JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 1. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 2 JANVIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les lois de la propagation de l'action morbide dans les cordons nerveux et dans leurs rameaux sont peu connues encore. Elles ont cependant été l'objet de recherches récentes. Le travail de M. Marchal (de Calvi), sur la *prosopalgie traumatique*, et son dernier *Mémoire sur la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens consécutive à la névralgie de la cinquième*, renferment des solutions sur divers points de ce sujet si important et si difficile.

Un fait extrêmement intéressant, que l'on peut observer en ce moment dans le service de M. Blandin, et qui a fourni à ce professeur la matière d'une leçon très instructive, rappelle notre attention sur cette question, à laquelle nous avons déjà eu occasion de toucher.

Voici très succinctement le fait dont il s'agit : Un homme qui a été atteint d'une plaie contuse de la région temporale, plaie aujourd'hui presque entièrement cicatrisée, éprouve depuis quelques jours des douleurs dans le conduit auditif externe et dans la région temporale, selon la distribution du nerf auriculo-temporal. Quelques douleurs se font sentir également dans les dents inférieures du côté correspondant. Mais le symptôme prédominant consiste dans une salivation abondante, semblable à celle qui a lieu par suite de l'absorption du mercure.

Cet homme, cependant, n'a pas fait usage de préparations hydrargyriques, à sa connaissance du moins. Il a eu des maladies vénériennes, dont il a été traité par des moyens qui lui sont restés inconnus; mais ces maladies sont de date ancienne, et on ne peut en aucune façon rattacher son ptyalisme à la présence du métal spécifique dans l'économie.

La parotide correspondant au côté blessé est douloureuse à la pression ; l'autre ne l'est pas. Les gencives du même côté sont un peu rouges, mais si légèrement qu'on ne peut faire rentrer cette circonstance dans l'appréciation étiologique du ptyalisme.

L'opinion de M. Blandin est que l'affection de son blessé est une névralgie auriculo-temporale. Il penche à croire aussi qu'il pourrait y avoir un commencement d'inflammation de la parotide. En conséquence, il a prescrit l'application d'un cataplasme sur la plaie, et celle de quelques sangsues sur la région parotidienne, pour combattre ou prévenir l'inflammation de la glande.

On comprend très bien que l'irritation nerveuse appelle le sang dans une partie. L'axiome d'Hippocrate était aussi celui de Broussais, et nous ne répugnerions pas à admettre qu'il existât, dans le cas actuel, un certain degré d'irritation inflammatoire dans la glande parotide. Mais, en laissant de côté ce point discutable ; ce qui n'est point douteux, c'est la nature névralgique des accidents éprouvés par le blessé. Quel diagnostic plus anatomique que celui-ci : des douleurs à la tempe et dans le conduit auditif ; un excès de sécrétion dans la glande parotide, c'est-à-dire l'action vitale élevée partout dans la circonscription des rameaux du nerf auriculo-temporal ; en faut-il davantage pour affirmer que c'est ce nerf qui est affecté ?

Mais voici où surgit la question de propagation de l'action morbide à travers les cordons nerveux. Ce sont les filets temporaux du nerf qui ont été lésés, et l'action morbide gagne les filets auriculaires et les filets parotidiens. Bien plus, elle passe dans les filets dentaires, c'est-à-dire dans les rameaux d'une branche distincte de la branche auriculo-temporale.

C'est qu'effectivement, d'après M. Marchal (de Calvi), l'action morbide peut rétrograder, et non-seulement rétrograder mais encore passer d'une branche à une autre branche du même tronc.

Le tronc du nerf maxillaire inférieur (portion sensitive) fournit trois branches, le nerf auriculo-temporal, le nerf dentaire inférieur et le nerf lingual. La névropathie est passée des rameaux temporaux du premier à ses rameaux auriculaires, puis du nerf auriculo-temporal au nerf dentaire inférieur. Il n'y aurait rien de surprenant qu'elle eut atteint coïncidemment le nerf lingual.

Ce n'est pas tout; la réalité des faits veut qu'on aille au delà de ces deux lois : 1° propagation de rameaux à rameaux de la même branche; 2° propagation d'une branche à une autre branche; elle exige qu'on admette 3° la propagation de tronc à tronc, comme lorsqu'une plaie du nerf sous-orbitaire ou l'avulsion d'une dent de la mâchoire supérieure a produit une amblyopie ou une amaurose; et (4°) la propagation, non-seulement de tronc à tronc, mais au tronc commun, c'est-à-dire à la souche même des trois troncs dont l'ensemble constitue la portion ganglionnaire du nerf trijumeau. Alors la tête tout entière (hormis le segment postérieur) est livrée à la névropathie. Les douleurs sont horribles, et les perversions sensitives les plus complexes peuvent se montrer. Et il y a encore quelque chose de plus, car l'action morbide peut, dépassant la souche du nerf, s'étendre aux centres nerveux, comme dans ces cas d'épilepsie traumatique que tout le monde connaît, mais qui n'avaient pas été convenablement interprétés avant ces derniers temps.

Telles sont les cinq lois que l'on peut déduire des faits contenus dans le travail sur la *prosopalgie traumatique*.

Il y a un cas particulier, c'est celui où un ganglion se trouve sur le trajet de la névropathie. Nous arrivons ici à expliquer le mécanisme de ces paralysies de la troisième paire, assez communes dans nos hôpitaux et sur lesquelles la science était si pauvre.

La loi formulée par M. Marchal subordonne, dans l'immense majorité des cas, cette paralysie à la névralgie de la cinquième paire. Si elle n'a pas été établie plutôt, c'est que les observateurs ne s'étaient pas éclairés des antécédents. Il faut interroger les malades sur les douleurs qu'ils ont éprouvées, sur le trajet de ces douleurs, trajet qui, si la théorie est vraie, devra être celui des rameaux nerveux, et se faire rendre un compte exact des troubles sensitifs qui auront pu se produire. Lorsqu'on n'a plus sous les yeux que les accidents de la paralysie, à savoir la chute de la paupière et le strabisme externe, on peut échapper aux obscurités du présent par une investigation approfondie du passé. Il est reçu que l'étiologie de ces affections est impénétrable, et l'on s'y résigne. Tous nos efforts doivent tendre à faire cesser cette résignation à l'obscurité et à l'impuissance.

Cela étant, que la paralysie de la troisième paire est liée, dans le plus grand nombre des cas, à une névralgie de la cinquième, comment expliquer l'affection du nerf moteur par celle du nerf sensible ? Le voici. Les deux nerfs se rencontrent dans le ganglion ophthalmique auquel celui de la troisième paire fournit la racine motrice, tandis que celui de la cinquième lui fournit la racine sensible. Soit donc une névralgie des rameaux frontaux de la cinquième paire (tronc ophthalmique). Selon la seconde loi de propagation, elle pourra passer de la branche frontale à la branche nasale. Cette dernière fournissant la racine sensible au ganglion ophthalmique, on voit tout de suite comment l'action morbide peut arriver à ce ganglion. Une fois là, celui-ci étant le lien entre la racine sensitive et la racine motrice, on se rend compte parfaitement de la transmission de la névropathie à cette racine motrice, et par elle aux branches diverses et au tronc de la troisième paire : d'où la la paralysie des muscles qui empruntent leur innervation à celle-ci.

La névropathie qui, dans les nerfs sensibles, s'exprime par la douleur et par l'anesthésie, s'exprime dans les nerfs moteurs par la convulsion et par la paralysie. Aussi a-t-on vu quelquefois le strabisme interne précéder le strabisme externe dans la paralysie de la troisième paire, le muscle droit ayant été convulsé avant de perdre son action nerveuse ou d'être paralysé.

L'explication du mécanisme de la transmission de l'action morbide du nerf de la cinquième paire à celui de la troisième, telle qu'elle vient d'être présentée, a l'avantage de s'adapter parfaitement à la seule théorie plausible que l'on puisse donner touchant l'usage du ganglion ophthalmique. Il est impossible de voir dans ce ganglion autre chose qu'un petit cerveau réglant instinctivement les rapports de la rétine avec l'iris. Averti des modifications de la sensibilité dans la rétine par le petit filet sensitif qui plonge dans le nerf optique, et qui a été suivi par Tiedmann, puis par Ribes; ce petit centre réagit sur les filets moteurs iriens pour resserrer ou dilater la pupille suivant que la membrane impressionnable est trop ou faiblement stimulée par la lumière.

Un chirurgien-major, qui se trouvait dernièrement dans les salles de M. Marchal (chargé alors provisoirement du service de M. Baudens, chirurgien en chef), était affecté de mydriase à la suite d'une insolation prolongée. La pupille était dilatée et immobile. Les objets étaient visibles de loin; quand le malade regardait de près, ils étaient petits et confus. La rétine et le nerf optique étaient positivement hors de cause, ainsi que l'appareil central, puisque, quand la vue s'exerçait à travers une carte percée d'un petit trou, elle ne différait pas de celle de l'autre œil, qui était normale. Voilà donc un cas dans lequel l'iris est devenue malade par la rétine. Jusqu'à présent l'explication d'un tel fait aurait été impossible. Elle est simple et facile au point de vue auquel nous nous sommes déjà placé avec l'auteur cité. La même transmission qui a lieu pour le *système convergent* du ganglion a lieu pour son *système divergent*. Ce qui arrive pour les racines du ganglion, arrive pour ses rameaux. Ceux-ci sont, comme les racines, de l'ordre sensitif (rameau de Tiedmann) ou de l'ordre moteur (filets iriens).

Rien de plus facile à comprendre que l'action morbide puisse, aussi bien que l'action physiologique, passer du rameau sensible de la rétine, à travers le ganglion, aux rameaux moteurs de l'iris. La rétine a été vivement impressionnée, et cette impression excessive a retenti dans le ganglion et ses ramuscules iriens, dans lesquels elle a épuisé l'action nerveuse : épuisement momentané dans le cas dont il est question, car les vésicatoires répétés et la strychnine par la méthode endermique ont rendu à l'iris sa mobilité et à la vue sa netteté.

Un cas analogue au précédent, mais bien plus remarquable, a été vu par le même chirurgien. Il s'agit aussi d'un docteur en médecine, chirurgien aide-major dans l'armée, qui à la suite d'une névralgie trifaciale cruellement douloureuse, présente une cataracte et une mydriase de l'œil gauche. Ce fait, que nous ne pouvons qu'indiquer quant à présent, confirme, en ce qui touche l'opacité du cristallin, les données de la physiologie expérimentale. On sait que partout, dans les sens crâniens, le nerf trifacial préside à la sécrétion des humeurs nécessaires à l'exercice du sens (mucus nasal, liquides de l'oreille interne, humeurs de l'œil), et de plus à la nutrition des parties. Il est aisé de comprendre, d'après cela, que la nutrition de la capsule cristalline et sa fonction sécrétoire aient pu être modifiées et perverties du fait d'une névralgie de la cinquième paire.

Les douleurs, chez le médecin qui fait le sujet de la remarquable observation dont nous parlons ici, étaient surtout violentes au grand angle de l'œil. La névralgie était rhumatismale, et avait été précédée de douleurs dans diverses parties du corps; elle avait pris naissance peu après l'arrivée du sujet dans une contrée balayée et refroidie par des vents fréquents du nord et du nord-ouest.

Nous avons été entraîné, par le fait de M. Blandin, a examiner avec quelque détail, la grande question de pathologie du système nerveux à laquelle il se rattache. Cette question est à la fois si importante et si neuve, que l'on nous excusera d'avoir retenu si longtemps sur le même sujet l'attention de nos lecteurs.

— Un cas qui, pour l'intérêt, ne le cède pas au précédent, existe dans le même service; c'est celui d'un homme qui, étant tombé sur la partie postérieure gauche de la tête, a présenté, le premier jour de son entrée à l'hôpital, une paralysie de la face du côté correspondant. Le coup ayant été porté au voisinage du tronc du nerf facial dans le crâne, on comprend très bien que la contusion de ce tronc nerveux ou de la portion de l'encéphale qui lui donne naissance, ait pu occasionner à la paralysie.

Cette explication s'est offerte immédiatement à l'esprit de M. Blandin. Mais le lendemain, on a constaté une paralysie commençante du mouvement et de la sensibilité des membres supérieur et inférieur gauches. Ici l'explication était bien autrement difficile.

Fallait-il admettre un de ces cas exceptionnels dans lesquels la paralysie existe du même côté que la lésion cérébrale ? Il y avait, pour M. Blandin, d'autant plus de raisons d'incliner vers cette opinion que lui-même a observé deux de ces cas, et que, le plus souvent, quand on a vu ainsi la paralysie et la lésion de l'encéphale se correspondre, cette dernière avait son siége en arrière. M. Blandin penche à croire, néanmoins, que, dans le fait présent, il y a eu un contre-coup par suite duquel l'hémisphère droit a été lésé, d'où la paralysie des membres supérieur et inférieur gauches. Il est malheureusement probable que le blessé succombera : quoi-qu'il arrive, nous reviendrons sur cette importante observation.

— Nous avons vu M. Blandin opérer une fistule lacrymale à l'aide d'un mandrin très alongé. Le mandrin ordinaire est si court, que la canule y trouve peu d'appui pour se faire une voie. Avec celui dont M. Blandin s'est servi, elle entre plus facilement; seulement, pour achever de l'enfoncer, il faut retirer le long mandrin et avoir recours à l'ordinaire. A la vérité, il suffirait probablement d'une spatule pour terminer l'opération.

X...

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Des rétractions musculaires. Douleurs ostéoscopes. Périostoses.

(Suite du numéro du 16 décembre.)

Rétraction musculaire. — Parmi les accidents tertiaires de la syphilis, il en est un des plus curieux, et que nous devons mentionner : c'est la rétraction musculaire.

Chez quelques individus à la troisième période de la vérole, il survient quelquefois des douleurs qui ressemblent aux douleurs rhumatismales, ostéoscopes de la même période,

qui au lieu de siéger dans les portions les plus superficielles des os, soit longs, soit plats, se manifestent dans les masses musculaires. Ces douleurs ne sont pas très vives; le malade n'y fait pas d'abord grande attention. Peu à peu, la partie qui a été le siége de la douleur se trouve gênée dans ses mouvements, et principalement dans les mouvements qui exigent l'extension, l'allongement du muscle dans lequel s'est fait sentir la douleur; c'est-à-dire que ce muscle se rétracte peu à peu, et perd insensiblement la faculté de s'allonger. Le membre se fléchit, et reste d'une manière permanente dans une flexion forcée. Cette rétraction se produit graduellement; ce n'est point une contracture plus ou moins brusque et sous l'influence de l'élément nerveux; le point de départ de la lésion n'est ni dans le cerveau, ni dans la moelle; c'est donc tout simplement un muscle qui se circonscrit par suite d'une altération dans son tissu.

Nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement sur les différences qui existent entre la contracture et la rétraction que l'on observe dans ce cas. Il se passe dans ce muscle un phénomène analogue à celui qui a lieu dans la tunique albuginée; c'est une matière plastique particulière qui se dépose et qui annihile le tissu musculaire. Le muscle se coagule, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et de là, dans un espace de temps plus ou moins long, dégénérescence fibreuse, cartilagineuse, osseuse même; hypertrophie du muscle d'abord; plus tard, atrophie.

Jusqu'à présent, les cas qu'il nous a été donné d'observer ont été des faits de rétraction du muscle biceps et du brachial antérieur, de laquelle résultait une flexion constante de l'avant bras sur le bras. Nous avons, une fois, pu faire l'anatomie pathologique de cette altération; le muscle rétracté était le jambier postérieur. Ainsi, comme premier symptôme, douleur musculaire plus ou moins intense, affectant le caractère des douleurs syphilitiques, avec tendance à être intermittente nocturne; puis gonflement de la partie douloureuse, développement du muscle, très sensible au toucher; impossibilité graduelle des mouvements; raccourcissement progressif du muscle à mesure qu'il subit l'altération de tissu que nous avons signalée; enfin, rétraction complète, s'opposant à ce que le muscle se prête le moins du monde à l'action de ses antagonistes.

Avant que le tissu musculaire ne soit dégénéré, il peut se faire une révolution telle que le muscle soit ramené à un état d'intégrité parfaite; les mouvements alors redeviennent possibles. Cette rétraction musculaire constitue un phénomène qui doit toujours fixer votre attention, et que vous ne devez point négliger. Il nous est quelquefois arrivé de raconter, à ce propos, une anecdote qui touche au sujet qui nous occupe. J'avais été consulté par un de nos premiers chanteurs lyriques, il y a quelques années. Depuis cinq à six mois, au moment où il vint me voir, cet artiste jouait tous ses rôles de la main droite seulement; il avait une flexion de l'avant bras [illegible] dire que je trouvai les accidents classiques et obligés, aboutissant à des accidents profonds, après avoir passé par la filière commune des accidents secondaires. Je mis mon malade au traitement des accidents tertiaires, à l'iodure de potassium; et ce que les traitements les plus énergiques, et qui semblaient le mieux appropriés n'avaient pu produire, nous l'obtînmes en très peu de temps. Il n'y avait pas quinze jours qu'il prenait de l'iodure de potassium qu'un soir, à l'Opéra, je vis mon malade déployer ses deux bras en chantant. La guérison fut complète et s'est parfaitement soutenue.

Nous arrivons à l'étude d'accidents plus profonds encore, nous voulons dire l'exostose et la périostose; mais préalablement, et comme point de départ, nous devons dire quelques mots des douleurs ostéocopes.

Douleurs ostéocopes. — La douleur que l'on désigne sous le nom de douleur ostéocope peut avoir pour siége toutes les parties du tissu osseux et du périoste en général. Il n'y a pas dans toute l'économie un seul point qui paraisse pouvoir être exempt de cette douleur. Mais ce que l'on observe fréquemment, c'est que cette douleur se rencontre dans les parties du système fibreux et osseux qui sont les plus superficielles. Il semble véritablement que moins les parties sont entourées et garanties, et plus elles sont exposées à l'air, plus aussi elles sont exposées à être le siége de ces douleurs. Ainsi, par exemple, on trouvera plus souvent des douleurs ostéocopes à la face sous-cutanée du tibia, du cubitus, du radius, à la clavicule, au sternum, aux os du crâne qu'aux os profonds. Puis ensuite viennent, quant à l'ordre de fréquence, les métacarpiens, les métatarsiens, les phalanges; puis, plus rarement encore, l'humérus, le fémur, et, dans ces cas là, c'est dans les points où l'os est le plus rapproché de la peau, où la couche musculaire est la plus mince que la douleur apparaît le plus communément.

Comme loi relative au siége de la douleur dans un os donné, c'est dans les points compactes des os plutôt que dans les points spongieux que la douleur éclate. La douleur ostéocope est un accident tertiaire par excellence. Si vous l'étudiez bien, vous ne trouverez pas un seul cas dans lequel elle puisse être observée chez un malade avant le cinquième ou le sixième mois qui suit l'apparition du chancre. Mais aussi elle peut, comme les autres accidents de la même période, ne se manifester que dix, quinze, vingt ans après, et même à une époque plus éloignée encore du début de la diathèse syphilitique.

La douleur ostéocope est souvent mise en évolution, provoquée par des variations brusques de température. Les causes qui agissent sur la production du rhumatisme agissent également sur la production de l'accident dont nous vous entretenons. Chose bizarre, tandis que les influences atmosphériques, le passage du chaud au froid, semblent être les circonstances les plus favorables pour les mettre en jeu, le passage du froid au chaud, une fois qu'elles sont produites, est la condition qui les exaspère le plus. Ainsi, c'est principalement lorsque le malade se met au lit, lorsqu'il commence a sentir la chaleur du lit, que la sensibilité s'exaspère et devient plus vive. Cette influence du décubitus et de la chaleur dans laquelle se trouve plongé le malade est une des conditions qui préside peut-être le plus au caractère nocturne des douleurs ostéocopes. On en a fait un signe pathognomonique. Pour la plupart des malades, il y a rémission complète pendant le jour, et accès violent et complet pendant la nuit. Mais, comme règle générale, douleurs nocturnes pour ceux qui font de la nuit la nuit, qui se couchent avec le soleil et se lèvent avec lui. Mais dans nos grandes villes, où l'on intervertit souvent le cours ordinaire du jour et de la nuit, ou dans certaines professions, les douleurs ostéocopes se manifestent au moment où le malade se couche, et cessent quand il se lève, quelle que soit l'époque à laquelle il se mette au lit ou en sorte.

Lorsque l'on a affaire à des cas que nous appellerons normaux et classiques, chez des malades qui se couchent le soir, les douleurs commencent à se faire sentir vers onze heures du soir environ, et finissent vers deux ou trois heures du matin. Il est une chose assez curieuse et originale, c'est que, chez les gens riches qui passent l'été à la campagne et l'hiver à Paris, les douleurs ostéocopes sont diurnes à Paris, nocturnes à la campagne, et cela s'explique facilement par ce que nous disions il n'y a qu'un instant. Les personnes qui vont dans le monde dorment pendant le jour en hiver; et pendant la nuit en été, époque à laquelle elles se lèvent de grand matin pour aller à la chasse.

Dans tous les cas, la douleur ostéocope commence par une sensation désagréable, augmente peu à peu d'intensité, et finit par devenir tellement vive qu'elle constitue un véritable supplice. Elle a toujours ce caractère particulier, pathognomonique, qu'elle est fixe, se montre toujours au même endroit du même os; elle disparaît dans le jour, ou plutôt quand le malade est levé. Mais lorsqu'elle reparaît, c'est au même endroit, dans le même point toujours; tous les soirs, le malade éprouve la même sensation, pareille à celle qu'il a éprouvée la veille. La douleur ostéocope s'exaspère sous la moindre pression; tandis que la douleur rhumatoïde, avec laquelle il serait quelquefois possible de la confondre, ne devient pas plus vive lorsque l'on applique le doigt sur le point où elle s'est produite. A mesure que la douleur vieillit, si nous pouvons nous exprimer ainsi, d'intermittente qu'elle était, elle devient rémittente; bientôt elle ne s'éteint plus pendant la veille; elle accompagne le malade dans toutes les circonstances de sa vie active; seulement, pendant la nuit, il y a des exacerbations; on observe chez quelques individus une particularité, c'est qu'elle est plus vive pendant la veille que pendant le sommeil; mais ceci est plus rare, et constitue une exception à la règle commune.

La douleur ostéocope peut rester pendant un temps plus ou moins long douleur sans lésion appréciable du point où elle a élu domicile; et dans ce cas, il semble qu'il s'agisse d'une douleur névralgique. Mais, dans le plus grand nombre des cas, elle n'est que le prélude d'une lésion qui va se manifester plus tôt chez les uns, plus tard chez les autres. Il est des sujets qui l'éprouvent pendant plusieurs mois, sans qu'il soit possible d'observer chez eux autre chose qu'un amaigrissement progressif, qu'un dérangement dans les fonctions de nutrition. Mais, le plus souvent, ce qui lui succède, c'est la périostose.

Périostoses. — Communément, dans le point même qui a été le siége de la douleur, on voit survenir des gonflements du périoste. Il se forme une tumeur plus ou moins étendue, plus ou moins circonscrite, adhérente par sa base à l'os qui lui est sous-jacent. La peau reste mobile sur elle, sans aucun changement de couleur; peu à peu, plus ou moins lentement, suivant les individus, la tumeur va se développant, et peut acquérir un volume qui varie depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'un œuf de dinde. Elle peut présenter aussi des caractères différents, qui constituent les variétés de la maladie sur lesquelles nous reviendrons plus tard. La tumeur dont nous parlons est formée par le périoste, qui se soulève, devient le siége d'une tuméfaction, et se détache de l'os qu'il recouvre. Ici deux cas peuvent se présenter: ou il se fait entre l'os et le périoste un épanchement plastique; ou bien le périoste est simplement soulevé par une exsudation de liquide assez semblable à de la synovie.

Dans le cas d'exsudation plastique, la tumeur, en se développant, présente une certaine solidité, n'est pas fluctuante, sans cependant offrir au doigt de l'explorateur une dureté tout à fait comparable à la résistance des os. Cette périostose plastique, rénitente, élastique peut acquérir un certain degré de développement, comme aussi elle peut se résoudre et ne laisser aucune trace, aucune saillie; la résolution complète est possible lorsque l'épanchement plastique n'a pas encore eu le temps de s'organiser. Mais lorsque l'on ne fait suivre au malade aucun traitement, elle subit très facilement et fréquemment la dégénérescence osseuse, qui s'opère à peu près de la même manière que le travail du cal après les fractures. Ainsi voilà bien précisément des périostoses plastiques expliquant les exostoses épiphysaires, les exostoses épigéniques. Si on les attaque de bonne heure, on trouve souvent ces exostoses simplement juxtaposées sur l'os, avec lequel elles n'ont contracté aucune adhérence, et dont elles se décollent aisément. Plus tard, au contraire, elles adhèrent intimement à l'os, avec lequel elles se confondent. Ces exostoses plastiques sont quelquefois développées en champignon et pédiculées. Le travail de résorption, quand il s'opère, se faisant d'une manière inégale, vous vous rendez compte de ces exostoses épigéniques murales, de ces végétations osseuses que l'on rencontre fréquemment chez les sujets affectés de syphilis constitutionnelle. Voilà une première espèce, une première variété de périostose; c'est la plus lente, la plus froide.

Une autre variété que nous vous avons signalée, est celle laquelle nous donnerions volontiers le nom de périosto *gommeuse*, celle qui s'accompagne de l'épanchement d'u matière analogue à de la synovie. A mesure que cette péri tose fait des progrès, il se manifeste une fluctuation plus moins marquée, variable selon le degré de tension, et se l'abondance du liquide qui soulève la membrane fibreuse p riostique.

Il n'est pas rare de rencontrer, avec l'action spéciale de cause syphilitique, un élément inflammatoire, et dans ce la périostose, de froide, de lente qu'elle était, devient fra chement phlegmoneuse. Alors, c'est la marche des affectio aiguës que l'on observe; par suite de la marche de l'infla mation, la peau finit par prendre part au travail phlegma que, par devenir adhérente à la tumeur. Puis survient u véritable gangrène de la peau, suivie de l'ouverture de la t meur.

Ces trois variétés de périostose nous paraissent constitu les trois variétés classiques; cependant il semblerait jusq un certain point que les conditions d'exsudation séreuse, s noviale, que les conditions d'exsudation phlegmoneuse fusse diamétralement opposées aux conditions de plasticité néce saires à la production des exostoses. A mesure que la malad fait des progrès, la douleur propre et caractéristique dim nue; la raison en est bien simple, c'est qu'à mesure que périoste marche, que la tumeur augmente, l'affection int resse et détruit les filets nerveux qui se rendaient au poi malade; partant, il n'y a plus de douleurs possibles.

Bien que nous vous ayons présenté d'une manière su cincte l'histoire de la périoste, nous croyons vous l'avoir tr cée assez complétement pour n'avoir pas à revenir sur diagnostic, que vous établirez facilement d'après les sympt mes que nous vous avons décrits. Le pronostic de la périos tose n'est pas moins facile à déterminer. On comprendra f cilement que la périostose plastique est la moins grave toutes, si l'on s'en occupe à une époque rapprochée de s début. Plus l'on tardera, plus l'on s'éloignera du moment a commencé l'affection, plus aussi le pronostic prendra gravité, en ce sens que l'on fera difficilement disparaître altérations qui se seront produites, et revenir les parti l'état normal.

Dans la périostose gommeuse et dans la périostose inflam matoire, il arrive souvent que les os sont mis à découvert circonstance qui constitue toujours une maladie grave et s rieuse. Toute lésion qui expose les parties osseuses à être m ses à nu et en contact avec l'air extérieur, rend l'affecti dangereuse. C'est là la raison qui nous fait regarder la v riété phlegmoneuse comme la plus redoutable, lorsque l'o ne parvient point dès le début à arrêter les progrès du trava inflammatoire.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 30 décembre. — Présidence de M. Caventou.

L'Académie procède par voie de scrutin au renouvellement des mem bres sortants dans les diverses commissions permanentes.

Ces divers scrutins absorbent la moitié de la séance.

M. le professeur Forget (de Strasbourg) donne lecture d'un trava dont voici l'analyse. Si les cas rares importent peu à l'artiste, ils im portent au moins au savant, et, sous ce rapport, ils intéressent l académies. Le fait suivant, dont l'analyse n'existe dans aucun liv classique, fournit un nouveau trait au diagnostic des maladies de poi trine.

Abcès emphysémateux suivi de fistule aérienne du thorax, pa fonte tuberculeuse. — Un homme de quarante-trois ans, de consti tution détériorée, entre à la Clinique de la Faculté de Strasbourg, e juin 1845. Il prétend avoir été pris, il y a six semaines, d'une tou très vive. Trois semaines après il se forma au côté droit du thora une tumeur du volume d'un œuf, douloureuse et augmentant de gros seur pendant les quintes de toux. On constate une tuberculisation a deuxième degré. La tumeur correspond à la partie moyenne des sep tième et huitième côtes; elle offre 6 centimètres de diamètre; elle es rouge, molle, fluctuante, *crépitante*, et réductible à une pression modérée, pendant laquelle on y perçoit un *gargouillement* semblabl à celui de la réduction de la hernie entérocèle. Puis elle reparaît spontanément ou par les efforts de toux; il ne s'y passe rien pendant l'acte de la respiration. A travers les téguments amincis de l'abcès o perçoit les côtes dénudées, rugueuses. Le contour de la tumeur offr un bourrelet du tissu cellulaire induré. La percussion du thorax, au tour de la tumeur, donne un son à peu près normal; l'auscultation indique quelques râles muqueux.

Cette tumeur contient évidemment du liquide et des gaz; mai d'où viennent ceux-ci? M. Forget arrive à conclure qu'ils proviennent de l'air inspiré, et que les bronches communiquent avec l'abcès. Comment s'est formé cet abcès aérien? Par des tubercules développés et ramollis dans un point d'adhérence des plèvres pariétale et pulmonaire, et qui ont successivement perforé les parties molles jusqu'aux téguments.

Quoi qu'il en soit, malgré un traitement convenable, le malade dé cline de plus en plus. Les parois de la tumeur s'amincissent et se pe forent spontanément; il s'écoule du pus et de l'air; l'ouverture res à l'état de fistule aérienne d'où l'air s'échappe par bulles, que n'aug mentent pas la toux ni la respiration. Le malade expire trois mois après son entrée à l'hôpital.

La *nécroscopie* fait découvrir une forte adhérence entre le poumon droit et les parois thoraciques. Au centre de cette adhérence est creusé un canal qui passe des bronches aux téguments. Une sonde cannelée pénètre très avant dans le poumon par une bronche qui, partie du voisinage de la trachée, communique avec la fistule par l'intermédiaire d'une espèce de caverne existant derrière les septième et huitième côtes, et formée par le ramollissement de tubercules sous-pleuraux. Ces côtes dénudées sont elles-mêmes frappées de dégénérescence tuberculeuse dans la longueur de 2 centimètres; en dehors des côtes se trouve l'abcès fistuleux sous-cutané Le reste de l'autopsie est de peu d'intérêt.

M. Forget discute le mécanisme de cette fistule aérienne, et pense que, conformément au diagnostic porté pendant la vie, la lésion a procédé des poumons vers les téguments. Seulement la tuberculisation des côtes n'a pas été et ne pouvait être diagnostiquée en raison de son extrême rareté. Il a vainement cherché dans les auteurs des cas analogues; rien de semblable ne se trouve dans les recueils de Tulpius, Th. Bartholin, Lazare Rivière, Stalpart-van-der-Wiel, Th. Bonnet, Morgagni, Portal, Cruveilhier, Andral, ni dans les traités sur la phthisie de Baumes, Portal, Brieude, Bayle, Laënnec, Clarke, Louis,

rnet, ni dans les articles de dictionnaires relatifs aux tubercules, abcès, aux fistules, etc., etc. Les fistules du thorax sont ordinai-ent le produit d'empyème spontané résultant d'épanchement pleu-que, ainsi que M. Forget en a observé plusieurs cas intéressants, entre autres qui fut guéri par l'huile de foie de morue; mais ces ules ne sont pas aériennes. Celles-ci s'observent assez souvent à la te d'accidents traumatiques, des plaies par armes de guerre; mais fistules aériennes de cause interne, spontanées, de nature tubercu-se spécialement, faisant communiquer les bronches avec le tégu-nt externe, celles-ci sont si rares qu'on n'en rencontre pas dans les eurs, ce qui a engagé M. Forget à soumettre à l'Académie cette ple observation, malheureusement stérile en conséquences prati-es, du moins pour le moment.

M. Velpeau trouve cette observation très intéressante, mais il ne oit pas les faits de ce genre aussi rares que le pense M. Forget. Il u, pour son compte, plusieurs analogues; il donne les princi-. détails de quelques uns, et en rappelle un tout récent observé ns le service de M. Rayer, à la Charité.

M. Blandin partage l'opinion de M. Velpeau sur la fréquence plus ande que ne le pense M. Forget, de ces sortes d'accidents. Il en a aussi quelques cas.

M. Forget remercie ses collègues de leur communication; mais les ts qu'ils ont indiqués étant complétement inédits, il n'a pu les cou-tre. Dans les auteurs qui ont traité spécialement de la phthisie, il en est pas fait une seule fois mention.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ance du 29 décembre 1845. — Présidence de M. Elié de Beaumont.

Les seuls points qui intéressent les sciences médicales dans les mmunications de cette séance sont :

1° L'annonce de la mort de l'enfant double (Philomène et Hélène) rivée le 28 décembre : Philomène à huit heures et demie, Hélène à x heures du soir.

La commission de l'Académie avisera pour faire l'autopsie et con-rver les pièces.

2° Une réclamation de M. le docteur *Ripault* (de Dijon) relative x fonctions du thymus. M. Simon, de Londres, dans une communi-tion antérieure, avait dit que la fonction du thymus ne paraît être u'une séquestration organisatrice des matières nutritives, action qui urait de l'analogie avec la formation de la graisse. Cette séquestra-on doit avoir quelque rapport avec la fonction respiratoire; et ce qui e M. Simon à y voir une accumulation de matériaux destinés à la bustion, c'est que la séquestration n'a lieu que dans l'époque de vie (l'enfance) ou dans les espèces d'animaux (les hivernants) où il y a aucune activité des muscles, aucune dissipation des éléments miques du corps, aucune dépense considérable de matières oxyda-les pour la respiration.

Or, M. Ripault trouve une grande analogie entre cette opinion et elle qu'il a aussi publiée à la même époque et qui consiste à regar-der le thymus comme un organe protecteur pour le poumon, comme estiné à le préserver d'une ampliation excessive au moment où s'é-tablit la fonction respiratoire.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 1er octobre 1845. — Présidence de M. Gillette.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lecappon-Veillon, qui sollicite le titre de membre résidant. — Est joint à l'appui un travail intitulé : Notes sur les maladies du foie observées au Chili et particulièrement à Valparaiso. — Renvoyé à MM. Piedagnel, Caffe et Cherest, rap-porteur.

2° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique au sujet de l'ordonnance du roi du 27 juillet 1845, et concernant les Sociétés savantes du royaume.

3° Un mémoire intitulé de l'Œsophagotomie, par M. de Lavacherie, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'Uni-versité de Liége, correspondant de la Société. — Bruxelles, 1845.

4° L'exposé des travaux de la Société des sciences médicales du département de la Moselle. — Renvoyé à M. le président.

Rapports. — Le rapporteur de la Commission des délégués au Congrès chargés d'examiner le programme adressé par la Commis-sion permanente, expose que les graves et nombreuses questions qu'il renferme n'ayant pu être encore examinées suffisamment, son travail n'est pas prêt.

La Société, considérant le prochain délai dans lequel ce rapport doit être transmis à la Commission permanente; considérant, en outre, qu'il ne saurait lui être adressé sans avoir reçu la sanction de la ma-jorité, décide qu'une séance extraordinaire aura lieu pour en entendre la lecture et en discuter les conclusions, et qu'une invitation spéciale sera adressée à chaque membre. — Cette séance est fixée au mercre-di 8 courant.

— *M. Larrey* lit un rapport sur une brochure intitulée : Des Re-mèdes antisyphilitiques, de leur appréciation et de leur application thérapeutique, mémoire couronné par la Société de médecine de Bor-deaux; par M. le docteur Payan, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, et correspondant de la Société.

Le mémoire de M. Payan répond aux questions mises au concours par la Société de médecine de Bordeaux pour 1842. Ces questions étaient :

1° Faire l'examen comparatif de l'action thérapeutique des diffé-rentes préparations mercurielles dans les maladies syphilitiques ;

2° Juger comparativement la valeur thérapeutique des préparations iode, d'or, d'argent et de platine. Le mémoire de M. Payan peut être résumé dans les propositions suivantes :

Les fumigations mercurielles, d'abord préconisées par Desruelles, constituent un moyen imparfait qu'il faut rejeter comme méthode gé-nérale, mais qui offre localement quelques avantages ;

Les bains mercuriels, comme mode de traitement général, sont aussi insuffisants, dangereux même; mais ils sont applicables, excep-tionnellement, dans certaines dermatoses invétérées;

Les frictions sont sans contredit les plus sûres comme les plus usi-tées des méthodes externes. Leur emploi peut être heureusement combiné avec celui des antiphlogistiques et des purgatifs. Elles sem-blent indiquées de préférence dans les accidents secondaires accompa-gnées d'irritabilité des voies digestives; mais elles sont insuffisantes, nuisibles même, s'il s'agit d'accidents tertiaires.

Les préparations mercurielles administrées à l'intérieur, ne sont pas d'un choix indifférent; ainsi le deutochlorure convient surtout dans les accidents secondaires, Quant au protochlorure, il est presque abandonné, et à bon droit, à cause de la facilité avec laquelle il pro-duit la salivation.

Les iodures, et surtout le protoiodure, ont été justement préconi-sés par Cullerier, M. Ricord, et d'autres praticiens; tandis que le cya-nure, administré par MM. Parent et Boutigny, est peu employé.

L'or et ses préparations, que M. Legrand a vantés, ne semblent pas avoir d'avantages réels.

Les préparations d'argent, employées par MM. Serres (de Montpel-lier) et Sicard, n'ont aussi qu'une efficacité très contestable.

L'iode, au contraire, si généralement employé aujourd'hui, révèle de plus en plus son action. De tous les composés, l'iodure de potas-sium est préférable. Il trouve son indication spéciale dans les acci-dents tertiaires; néanmoins il a souvent aussi paru efficace contre les accidents secondaires, surtout lorsque les accidents étaient anciens. Son efficacité est même probable contre les accidents primitifs; toute-fois, elle n'est pas définitivement démontrée.

En résumé, ce médicament est un des plus précieux de la médica-tion antiphlogistique.

Le travail de M. Payan, dit en terminant le rapporteur, n'offre pas, à vrai dire, comme on vient de le voir, d'autres idées que celles qui ont généralement cours aujourd'hui dans la pratique; et à ce point de vue il manque d'originalité, sauf dans quelques points de dé-tail; mais il a le mérite de représenter nettement l'état actuel de la science et de l'art, et à ce titre il se recommande à l'attention des médecins comme l'une des meilleures publications à consulter sur le traitement des maladies syphilitiques.

M. Gillette fait quelques réflexions sur l'énormité des doses aux-quelles on a eu le ridicule d'administrer l'iodure de potassium. En effet, les faibles doses, 50 centigrammes, 1 gramme, 1 gramme 50 cen-tigrammes au plus par jour, donnent des résultats très satisfaisants.

Communications. — Compression du nerf crural et des bran-ches antérieures des nerfs sacrés avec douleur de toute la périphé-rie de la cuisse, observée par M. Chailly.

Madame L., femme d'un de nos confrères, arrivée au terme d'une première grossesse, n'avait pu être délivrée après un travail très pro-longé qu'à l'aide d'une application de forceps faite dans l'excavation. La tête de l'enfant était très réductible, petite; elle s'était considéra-blement allongée pendant un engagement pénible, effectué dans un détroit supérieur, ne présentant que trois pouces un quart environ.

Redevenue enceinte cette année, cinq ans après la première gros-sesse, madame L. n'éprouva aucune incommodité. Le seul fait à no-ter, c'est qu'elle mangea beaucoup pendant tout le temps. M. Chailly conseilla l'accouchement prématuré artificiel. On se fonda, pour reje-ter son avis, sur ce que probablement le second enfant se présenterait dans les mêmes conditions avantageuses que le premier. Ce pronos-tic ne se réalisa pas. Malgré vingt-cinq heures de douleurs énergiques et des plus vives, la tête ne s'engagea pas; elle s'allongea seulement un peu, et resta fixée au détroit supérieur. Le forceps fut appliqué avec facilité et presque sans douleur; mais l'extraction fut des plus pénibles; il ne fallut pas moins de vingt minutes d'efforts considéra-bles pour vaincre la résistance. L'enfant était très fort; sa tête était très volumineuse et tout à fait irréductible; il fit quelques inspira-tions, et expira en dépit des soins les plus complets, l'insufflation comprise.

Pendant l'extraction, madame L... avait ressenti des crampes très vives dans le membre inférieur gauche. Son état fut très bon pendant les trois premiers jours; la fièvre de lait se manifesta en son temps et avec toute la régularité désirable; le ventre resta constamment affaissé et indolent. Mais ensuite la malade fut prise de douleurs intolérables dans la cuisse et dans la jambe gauche, douleur affectant toute l'é-tendue du membre et surtout sa surface. Le membre droit ne tarda pas à se prendre de la même manière. Le pouls s'éleva à 110 et même à 120 pulsations; le sommeil fut tout à fait perdu. Au moment où M. Chailly entretient la Société, cet état dure depuis huit jours sans s'être trouvé modifié ni par les antiphlogistiques au début, ni par les opiacés administrés sous toutes les formes; le plus léger contact dé-termine des douleurs très vives. L'auteur attribue ce déplorable état à la compression du nerf crural, à son passage à la marge du bassin et à celle des branches antérieures des nerfs sacrés. Il demande à ses collègues les conseils de leur expérience pour calmer des douleurs aussi vives, aussi persistantes et aussi insolites.

Plusieurs membres parlent des douleurs qu'on observe sur le trajet du nerf sciatique à la suite de compressions et d'applications du forceps.

M. Chailly fait observer qu'on quitte le terrain sur lequel il a posé la question, et qu'on parle de choses qu'on voit chaque jour, tandis qu'il a entretenu la Société d'un fait auquel il ne connaît pas d'a-nalogue.

Stomatite. — M. Gillette appelle l'attention de la Société sur la fréquence des stomatites observées par lui depuis quelque temps. Il dit n'en avoir pas vu moins d'une trentaine en un mois et avoir été frappé surtout de l'analogie des différents cas. Elles étaient caracté-risées par des ulcérations siégeant à la partie interne des joues vers les dents de sagesse et présentant tout à fait l'aspect des ulcérations syphilitiques; cette ressemblance était même si parfaite qu'elle le trompa d'abord.

M. Larrey attache d'autant plus d'importance à la remarque du préopinant, que les cas de stomatite sont assez rares dans la pratique civile. Elle est commune, au contraire, dans les hôpitaux militaires, où on l'observe à l'état épidémique. Cette maladie est caractérisée par des ulcérations à la face interne des joues, frangées, découpées, cou-vertes d'une sécrétion puriforme, accompagnées de salivation assez forte ressemblant beaucoup à la salivation mercurielle, et en ayant même l'odeur. L'arrière-gorge, le voile du palais, les amygdales et le pharynx sont le siége d'une inflammation aiguë, de laquelle résulte une grande difficulté pour la déglutition. Quelquefois, mais rarement, des symptômes généraux se joignent à ces manifestations locales. C'est toujours, au reste, une affection sans gravité qui se guérit promptement par des ablutions, des fumigations, des gargarismes dé-tersifs et, au besoin, par la cautérisation. En tout cas, l'histoire en présenterait assez de points curieux pour mériter une monographie, et elle est à désirer. La fréquence de cette maladie chez les soldats, par exemple, peut-elle être expliquée par la malpropreté de la bou-che, par l'habitude de manger en commun?

M. Cherest dit avoir observé le jour même un cas semblable à ceux de M. Gillette, et il se rappelle en avoir vu un autre quelques jours auparavant auquel il n'avait pas pris garde.

M. Blatin expose que la Société médico-pratique s'est récemment occupée de lésions semblables, et qu'on les a attribuées à l'usage abusif du camphre.

M. Depaul rapporte deux autres faits présentant les mêmes symp-tômes que les précédents, sauf l'odeur de la salivation.

— La séance est levée à dix heures.

Docteur J. Cherest, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode d'application du chlorhydrate de morphine dans le traitement des névralgies et les odontalgies; par M. le docteur Ebrard, de Bourg.

Dans les cas d'odontalgie, M. Ebrard prescrit avec un succès signalé le chlorhydrate de morphine en frictions sur la gencive du côté dou-loureux, et il fait procéder à ces frictions de la manière suivante :

Le premier jour, préférablement le soir, trois heures au moins après le dernier repas ou pendant la durée des souffrances, le malade prend 13 milligrammes du sel de morphine avec l'extrémité préalable-ment mouillée de l'un de ses doigts, puis il le promène pendant trois minutes sur la gencive douloureuse; après quoi, penchant la tête du même côté, et s'abstenant de cracher ou d'avaler sa salive qui tient la substance narcotique à l'état de solution, il favorise le contact et par suite l'absorption du médicament pendant un laps de dix minutes au moins. Enfin, il termine en avalant la totalité de la salive.

Si, au bout de deux heures, cette opération n'a été suivie d'aucun soulagement (ce qui est très rare); ni d'aucun signe de narcotisme, elle doit être renouvelée de la même manière.

Le lendemain, si l'odontalgie reparaît avec quelque amélioration, on pratique la même médication que la veille; mais s'il n'y a aucun amendement, aucun symptôme de narcotisme, il faut porter la dose du sel à 37 milligrammes, que l'on prend en deux doses, toujours comme il a été dit plus haut, en laissant entr'elles un intervalle de deux heures environ.

M. Ebrard cite des cas dans lesquels l'odontalgie a cédé à une ou deux frictions, soit qu'elle reconnût pour cause la carie, soit qu'elle consistât en une simple douleur nerveuse sans aucune altération de la dent.

Dans certaines névralgies frontales, le même praticien a réprimé tous les accidents en faisant inspirer au malade, comme une prise de tabac, de vingt-cinq à cinquante milligrammes de chlorhydrate de morphine.

Il n'est pas besoin de dire que cette médication, toute simple qu'elle est, exige de grandes précautions dans son emploi, en raison de l'excessive activité de la substance avec laquelle on opère.

Efficacité des frictions mercurielles dans la variole; par M. le docteur Goblin (de Stains).

M. Goblin vient de faire connaître plusieurs observations de succès dus à l'emploi des frictions mercurielles dans la variole, pendant le cours d'une épidémie qui a sévi sur vingt-cinq individus. Voici la ma-nière dont ce praticien a mis en usage le mode de traitement dont il s'agit.

Pendant la durée des symptômes précurseurs, il s'est borné aux boissons émollientes et diaphorétiques, et il a fait appliquer des sina-pismes sur les extrémités inférieures pour activer l'apparition de l'exanthème. Aussitôt que l'éruption s'est montrée, il a prescrit des frictions sur toute la face avec l'onguent mercuriel double dans la va-riole confluente; et, dans la variole discrète, il s'est borné à faire fric-tionner les boutons les plus saillants et les plus douloureux : dans tous les cas, il a toujours eu besoin de proportionner la dose d'on-guent à la quantité des boutons.

L'action de la pommade mercurielle sur les pustules varioliques est entièrement locale, et, pour s'en convaincre, il suffit d'observer les phénomènes qui apparaissent à la suite des frictions. Dès que les pus-tules sont bien caractérisées, elles sont pour ainsi dire arrêtées immé-diatement dans leur marche inflammatoire par le médicament qui, même au moment de la confluence, prévient le gonflement et parti-culièrement la tension érysipélateuse de la peau. Voici d'ailleurs ce qui arrive sous l'influence de cette médication : les boutons les plus apparents se flétrissent et se dessèchent en très peu de temps, et ceux que l'on sent pointiller et comme s'agglomérer sous la peau sont enrayés dans leur marche progressive.

Lorsque ces boutons commencent à confluer, il suffit de vingt-qua-tre heures pour qu'ils se rétrécissent et pour que le gonflement érysi-pélateux de la peau se dissipe; le pus qu'ils contiennent devient peu à peu opaque et se dessèche sous forme pulvérulente; enfin une croûte mince et noirâtre se produit aux dépens de l'épiderme, et le tout dis-paraît par desquammation sans qu'il survienne aucun indice de ptya-lisme.

A l'aide de cette médication, les malades se trouvent sûrement à l'abri des cicatrices qui stigmatisent souvent d'une manière horrible les traits de ceux qui ont été affectés de variole confluente.

Les nouvelles les plus favorables arrivent de toutes parts sur les démarches faites, d'après les conseils de la Commission permanente du Congrès, par le corps médical auprès des membres de la Chambre des Députés. Partout où les médecins et les pharmaciens se sont présentés, ils ont été accueillis avec le plus grand intérêt, les pro-messes les plus positives ont été données d'appuyer les vœux du Con-grès, et le corps médical peut aujourd'hui compter sur des sympathies nombreuses et importantes dans le sein de la Chambre des Députés. Cet heureux résultat est dû à l'empressement avec lequel nos con-frères des départements ont suivi les indications de la circulaire n° 1, et à la généralité, à la simultanéité des démarches faites. La position est excellente; nous ne demandons aux Chambres rien qui puisse ré-pugner à aucun système politique, nous ne trouverons donc aucune opposition sérieuse si nous savons toujours marcher avec cet ensem-ble et cet accord qui ont caractérisé nos premiers actes.

L'association médicale est partout aussi en voie d'organisation Voici les plus récentes nouvelles de Paris, à ce sujet.

L'association du 2e arrondissement est définitivement constituée. M. Goupil a été nommé président; M. Buchez, secrétaire général; M. H. Roger, secretaire des séances. Cette Société se réunit à la mairie.

Le 3e arrondissement a aussi constitué son bureau définitif. Ont été nommés : M. Janin, président; M. Teallier, vice-président; M. Amédée Forget, secrétaire général; M. Costilhes, secrétaire annuel. Ameuille, archiviste; Braine, trésorier. Cette Société se réunit aussi à la mairie.

Les choses sont fort avancées dans le 5e arrondissement; dans la prochaine réunion, qui aura lieu à la mairie, le bureau sera nommé.

Dans le 6e arrondissement, les médecins ont éprouvé quelques dif-ficultés pour se réunir à leur mairie. M. Vée, maire du 5e arrondisse-ment et membre de la Commission permanente, a aussitôt offert sa mairie à nos confrères du 6e, qui doivent s'y réunir et s'y constituer définitivement.

Les choses sont aussi fort avancées dans le 7e arrondissement. Nous manquons de renseignements sur ce qui se passe dans le 11e.

Nous donnerons prochainement les renseignements que nous avons reçus sur les progrès de l'association dans les départements.

Si nous sommes bien renseigné, voici les principales dispositions arrêtées par la Commission dite des hautes études : Le concours pour les chaires existantes; nomination directe pour les chaires de nou-velle création; conservation des facultés et des écoles actuellement existantes; écoles préparatoires rentrant sous l'administration univer-sitaire, et pouvant conférer le titre de bachelier ès-sciences médicales titre qui ne donnera ni droits, ni prérogatives; suppression du deuxiè-me ordre de médecins.

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira son cours d'embryogénie comparée le lundi 5 janvier prochain, à deux heures et demie précises, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

---

l'aveu même des praticiens qui en font usage depuis quelques années, il réunit toutes les conditions désirables.

La Trousse agenda est composée de deux pliants. Le pliant supérieur, ou de droite, est disposé pour recevoir les instruments suivants :

2 bistouris en buffle à coulant à 3 fr. en écaille (1), 4 fr.
1 paire de ciseaux acier de 2 à 3 fr. en argent, soudés et non cimentés, 12 à 14 fr.
1 pince à pansement, acier, modèle Charrière, 2 à 3 fr. ; la même partie en argent très solide, 12 à 14 fr.
1 pince à artères, acier, de 2, 3 4 et 6 fr., en argent, monté en acier, 8, 10, 12 et 14 fr.
3 stylets assortis, acier, 50 c. la pièce, en argent, 1 fr. 50 et 2 fr.
1 sonde cannelée, acier, 1 fr. et 1 fr. 50 c.; en argent, 3 fr. 50 à 4 fr. 50
1 porte-mèche, acier, 50 c.; en argent, 1 fr. 75 à 2 fr.
1 sonde d'homme et femme, argent, la vis aussi en argent, 9 à 10 fr.
Modèle Charrière :
1 trocart explorateur, argent, avec entonnoir et gaîne, 2 fr. 50 à 3 fr.
1 Porte-pince en buffle, cerclé d'argent et goupillé, le porte-nitrate monté à l'intérieur de la vis, afin d'assurer la solidité, 2 fr. 25 c.
Le même, étui en ébène, 1 fr. 50 c.
Le même, à crayon en argent, 8, 10, 12 et 14 fr.
Le porte-nitrate en platine fait une différence de 5 fr. pour tous modèles.
4 ou 6 lancettes en corne, 1 fr.; en écaille, 1 fr. 50 et 2 fr.
4 ou 6 aiguilles à sutures, trempées en ressort, la pièce, 50 c.

Une poche est pratiquée au-dessous pour recevoir les lancettes, les aiguilles et les fils.

Tous ces instruments sont recouverts et indépendants, de telle manière qu'on peut faire usage de l'Agenda et du portefeuille, sans mettre les instruments en évidence.

Il arrive même fréquemment de placer dans ces trousses quelques autres pièces, surtout en confectionnant les bistouris à deux lames sur le même manche. Du reste, ces instruments suffisent pour les cas ordinaires.

Le porte-pierre à crayon est toujours placé sur le rabat du portefeuille comme tous les crayons.

Sur le pliant inférieur ou de gauche sont pratiquées deux poches assez grandes pour contenir les papiers.

Entre ces deux pliants, on place l'Agenda médical divisé en 5 parties toutes indépendantes l'une de l'autre; les 4 premières contiennent l'Agenda proprement dit divisé par trimestres; la 5e partie comprend tous les renseignements utiles aux médecins et chirurgiens.

Cette 5e partie peut être à volonté adjointe au trimestre courant de l'Agenda ou en être séparée.

Pour satisfaire aux différents besoins, j'ai adopté, pour ces portefeuilles comme pour toutes les trousses en général, cinq longueurs différentes : 11 centimètres (4 pouces); 12 centimètres (4 pouces 1/2); 13 centimètres 1/2 (5 pouces); 15 centimètres (5 pouces 1/2); 16 centimètres (6 pouces). J'en fournirais de plus ou moins grandes, si on m'en faisait la demande. Je ne propose ces mesures que pour faciliter la correspondance. J'ajouterai que celles de 13 centimètres (5 pouces) à 15 centimètres (5 pouces 1/2) sont le plus généralement demandées. Les instruments étant appropriés à ces différentes longueurs, sans rien perdre de leur solidité, il y a un autre avantage, c'est qu'elles me permettent de placer dans le portefeuille l'*Agenda* que l'on choisira.

L'*Agenda* est maintenu dans le portefeuille, soit par un lacet de soie, soit par une broche en maillechort ou en argent, etc., qui vient se fixer à deux anneaux d'un dossier en métal. Dans cette broche, je place deux aiguilles à acupuncture.

On voit, d'après ce que je viens de dire, combien ces trousses sont avantageuses. J'ajouterai qu'on peut leur donner tout le luxe désirable, soit dans la confection des portefeuilles, soit dans les instruments qu'on désire. Je me conformerai à cet égard aux demandes qui me seront faites.

Pour le prix des instruments, je renvoie à mon Catalogue de trousses.

Prix des trousses-portefeuilles vides :

Maroquin cylindré fermant à patte, 7 à 9 fr.
Les mêmes cylindrés fermoir en maillechort, 8 à 10 fr.
Maroquin chagrin ordinaire à patte, 10 à 12 fr.
Les mêmes en chagrin fermoir maillechort, 11 à 13 fr.
Maroquin chagrin première qualité avec un seul filet à froid fermant à patte, 12 à 14 fr.
Les mêmes, fermoir à maillechort, 13 à 15 fr.
Maroquin chagrin gauffré première qualité, belle dorure, à patte, 14 à 16 fr.
Les mêmes, fermoir maillechort, 15 à 17 fr.

Toutes les trousses-portefeuilles détaillées ci-dessus sont garnies d'un cahier de papier.

Le prix de chacune augmentera de 2 fr. 50 quand on y joindra l'Agenda médical divisé par trimestes et le cahier comprenant les renseignements.

Le prix du fermoir en argent sera de 3 francs en sus de celui en maillechort.

Ainsi que dans toutes les autres trousses, le prix de celles-ci est toujours relatif au luxe qu'elles comportent.

Les praticiens préféreront toujours, dans un but d'économie, bien entendu, les maroquins de première qualité, qui durent beaucoup plus longtemps que les autres, et, de plus, n'ont pas l'inconvénient de blanchir vers les bords et sur toutes les saillies.

Je ne pousserai pas plus loin cette nomenclature ; je dirai seulement que j'en fais avec des fermoirs intérieurs pour maintenir fermées les pattes de la trousse. Sur ces fermoirs, qui sont, du reste, plus ou moins riches, on peut graver toute espèce de chiffres, etc. On fait souvent aussi des gravures en cachet sur le porte-pierre, etc.

(1) Les bistouris doubles coûtent le double de prix ; il y en a de plus ordinaires à un prix moindre.

Observations relatives au dernier rapport publié sur le Sirop pectoral de Lamouroux.

D'après le rapport de M. Pallas, la valeur thérapeutique du Sirop de Lamouroux, ne peut être contestée dans les affections catarrhales et tuberculeuses de la poitrine : notre intention n'est pas de discuter la vérité de cette assertion, mais de la confirmer plus largement que ne l'a fait M. Pallas. En effet, de nombreuses expériences comparatives avec le Sirop pectoral de Lamouroux et les autres sirops mucilagineux et pectoraux, employés dans les mêmes cas, nous ont donné la certitude que l'art de la composition, et les substances que contient le Sirop de Lamouroux, lui donnent une supériorité incontestable sur toutes les autres préparations du même genre.

Nous ajouterons que l'innocuité de ce Sirop est telle, qu'employé en toutes circonstances, même à fortes doses, il est toujours sans dangers et jamais sans avantages ; et cette dernière condition, rangeant le Sirop de Lamouroux au nombre des préparations hygiéniques sans toutefois lui enlever les propriétés d'une préparation médicinale, ne saurait être la moins importante.

X...

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) No. 2. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service pour 1844. — Revue thérapeutique de l'année.

Maladies aiguës.

Péritonites. — Sept malades atteints de péritonites, deux dans la salle des hommes, cinq dans la salle des femmes, ont été traités à l'hôpital Necker. Sur ces sept péritonites, quatre étaient produites par des causes traumatiques, trois étaient consécutives à l'accouchement. Les femmes étaient d'une constitution lymphatique. Des deux hommes, l'un était très robuste et sanguin, l'autre était grêle, chétif et d'une constitution nerveuse. Ces sept malades ont été traités par les émissions sanguines locales souvent répétées; les sangsues, en très grand nombre sur l'abdomen, ont suffi pour dissiper tous les phénomènes graves de la maladie; il ne faut pas redouter dans une maladie si grave d'en employer un grand nombre, soit 40, 50, 60 et même 80, selon le cas, le premier jour; puis, lorsqu'elles sont tombées, recouvrir toute la surface de l'abdomen (si le malade est soulagé) d'un cataplasme fort léger ou d'une fomentation émolliente souvent renouvelée. Le lendemain, on examine l'abdomen; si on rencontre des points douloureux, s'il existe des traces d'une douleur superficielle ou profonde, on n'hésitera pas à prescrire de nouvelles sangsues. Ces deux émissions sanguines suffisent ordinairement pour détruire ou arrêter la marche de l'inflammation. Il est convenable aussi de stupéfier l'intestin, et on y parviendra en donnant des demi-lavements émollients avec de petites doses du laudanum de Sydenham.

Il arrive également que la première émission sanguine locale n'amène aucun soulagement; dans ce cas, après la chute des premières sangsues, on fera de suite une nouvelle application, ou bien une forte saignée du bras qui amènera un soulagement notable. On continuera, le lendemain, comme il a été dit. Il est inutile de dire que la diète la plus sévère, malgré la faiblesse du malade, doit être scrupuleusement observée. Une péritonite en cinq jours est ordinairement jugée: le malade est hors de danger ou il est perdu.

Dans le traitement des péritonites, il est un point capital sur lequel nous appelons l'attention : la constipation ; la constipation est opiniâtre dans les péritonites, et, vers le cinquième jour de la maladie, des douleurs vives parcourent l'abdomen, des tranchées même apparaissent, accidents qui pourraient faire craindre une rechute; ces symptômes doivent être combattus non pas avec des sangsues, elles affaibliraient le patient sans le guérir, mais par les laxatifs, qui expulseront les matières fécales, causes principales de ces douleurs. Cette dernière indication remplie, la guérison ne se fait pas attendre.

Ce traitement a eu un grand succès à l'hôpital Necker : sur huit malades, sept ont guéri. Le malade qui a succombé était cet homme chétif dont nous avons parlé précédemment.

Avant de passer outre, qu'il nous soit permis de dire quelques mots sur les maladies similaires. Des cinq péritonites traitées dans le service des femmes, trois ont radicalement guéri, deux ont offert les particularités suivantes :

Les malades étaient guéries, des aliments leur étaient accordés; elles se promenaient dans les salles; puis, à une visite, on les trouvait couchées se plaignant : la première, d'une violente douleur à l'un des côtés de la poitrine, de la dyspnée, de la toux, de la fièvre; on examinait le sujet, et on découvrait une pleurésie avec un épanchement. Cette pleurésie, traitée par des émissions sanguines locales jusqu'à complète disparition de la douleur, puis par un vésicatoire et les diurétiques pour favoriser la résorption de l'épanchement, céda parfaitement à ces moyens. La malade, remise sur pied, errait dans les salles; sa sortie était décidée, quand encore on la trouva, le jour même fixé pour sa sortie, couchée et ayant une pleurésie du côté opposé. Le traitement fut le même : il réussit. La malade fut renvoyée radicalement guérie. La seconde malade présenta les symptômes d'une péricardite. On fit dans la journée deux applications de sangsues, qui eurent un heureux succès.

De ces deux faits, il reste acquis :

1° Que, dans les maladies séreuses, l'attention du médecin doit être portée également sur toutes les autres séreuses de l'économie;

2° Que le médecin ne doit pas croire sa malade entièrement guérie par cela même qu'il aura guéri l'affection qu'il avait constatée d'abord;

3° Qu'une maladie similaire, apparaissant dans un autre point de l'économie, pourra être traitée avec énergie et succès en se servant du traitement dirigé contre la première affection;

4° Qu'une maladie d'une séreuse est toujours très grave, par cela même qu'une maladie plus grave que la première peut apparaître même après sa cure radicale.

Pleurésies. — Les pleurésies idiopathiques sont des maladies graves, peu communes et difficiles à diagnostiquer. Nous allons développer ces trois points :

1° Graves : sur quatre cas de pleurésie aiguës, qui ont paru dans les salles Saint-Ferdinand et Sainte-Eulalie de l'hôpital Necker, deux malades ont succombé;

2° Peu communes : dans un service quotidien de soixante-quinze malades et pendant toute une année, il n'y a eu que quatre pleurésies, et, parmi ces quatre cas, nous faisons rentrer les deux pleurésies rapportées à l'article péritonites, de telle sorte que sur trois malades deux ont succombé;

3° Difficiles à diagnostiquer : malgré les excellents moyens de diagnostic que nous possédons, il est extrêmement difficile, quoi qu'on en ait écrit, de distinguer une pleurésie d'une pneumonie, les signes de la première maladie manquant dans un grand nombre de cas et offrant de plus, dans ses autres signes, une identité parfaite avec ceux fournis par la pneumonie. La pratique confirme tous les jours ce que nous avançons.

Revenons à nos malades. La première pleurésie a atteint une femme âgée, cacochyme; elle est entrée à l'hôpital le matin, elle est morte le soir; quand elle fut examinée, on fut frappé d'abord de la prostration extrême de la malade, de la faiblesse du pouls, des crachats rouillés qu'elle avait peine à expectorer, de la pâleur de la langue, de son visage grippé, de son facies hippocratique; cependant, point de diarrhée, une intelligence nette, précise. L'examen de la poitrine présenta une matité à droite, une douleur extrêmement vive à la percussion, du souffle dans tout le poumon droit, de la bronchophonie, enfin il y avait dyspnée et respiration plaintive; le thorax se développait fort mal dans l'inspiration, la mensuration de la poitrine ne donna aucun résultat : on diagnostica une *pleuropneumonie*. La maladie datait de trois jours; une saignée de deux palettes fut pratiquée; on obtint une couenne inflammatoire très épaisse; la malade se trouva très affaiblie sans perdre connaissance. Le soir, il y avait une amélioration notable; une seconde saignée de trois palettes fut faite; on obtint sur le sang une couenne inflammatoire fort belle; la malade était très affaiblie, son pouls n'était pas développé. L'état de langueur dans lequel elle tomba après la saignée se prolongea dans la soirée, et elle mourut à dix heures du soir, le jour même de son entrée.

A l'autopsie, on fut très étonné de ne trouver aucune trace de pneumonie, mais une pleurésie à droite sans épanchement : telle fut toute la lésion. Cette observation nous montre parfaitement la justesse de l'assertion précédemment émise.

La deuxième observation de pleurésie est très curieuse. Un malade était entré à l'hôpital pour être traité d'une phthisie pulmonaire siégeant au poumon gauche. Il y était depuis un mois, quand un matin il accusa une douleur très vive dans le côté droit de la poitrine. Côté droit plus volumineux que le gauche (par la mensuration), douleur développée par la percussion, matité en bas du poumon droit, souffle et égophonie, etc. ; joignez à cela une dyspnée très vive ; une toux vibrante, un pouls petit, serré, un facies grippé, vous diagnostiquerez une pleurésie avec épanchement. Une saignée générale, des ventouses appliquées ensuite sur le côté droit soulagèrent le malade, mais n'arrêtèrent pas la marche de l'épanchement ; une autre saignée fut pratiquée, suivie d'un large vésicatoire sur la poitrine : rien ne réussit. La tuberculisation avancée empêcha d'employer les dérivatifs sur le tube intestinal; on avait à redouter la colliquation : aussi se borna-t-on aux diurétiques. L'épanchement ne diminua pas, au contraire, il augmenta; et trois semaines après le début de la pleurésie, le côté droit de la poitrine était rempli par de la sérosité épanchée, la respiration était nulle, le malade était menacé de suffocation. L'état alarmant du sujet engagea à réunir les médecins de l'hôpital. Que faire? Pratiquer l'opération de l'empyème? Le malade était tuberculeux, il succomberait tôt ou tard; laisser mourir le malade sans chercher à prolonger sa vie? On se décida pour l'opération de l'empyème; elle fut pratiquée. On retira deux litres d'une sérosité sanguine; cette sérosité sanguine offrait tous les caractères de la pleurésie hémorrhagique de Laënnec, pleurésie extrêmement rare. Cette opération soulagea le malade. On ausculta; la respiration avait lieu dans le poumon droit, mais au sommet seulement. Quatre jours se passèrent; le malade, qui quelques jours avant était à l'agonie, s'asseyait sur son séant et se regardait comme guéri. Mais cet espoir fut de courte durée; l'épanchement se reproduisit. Quatre jours après, on pratiqua une seconde fois l'opération de l'empyème; le malade mourut le jour même. A l'autopsie, on trouva la

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un revenant. — Larrey dans l'atelier de David (d'Angers). — Publications médicales de l'année. — Les cartes de visite. — Boîte aux lettres.

Ne vous moquez pas de moi, je crois aux revenants. C'est une vieille croyance que tous les esprits-forts du monde n'ont pu détruire en mon esprit simple. J'ai sur ce point des histoires singulières que je vous raconterai quelque jour; mais laissez-moi vous dire ce qui m'est arrivé mercredi dernier, et vous verrez si j'ai quelques motifs d'être de plus en plus raffermi dans ma foi.

Il était midi..... — C'est minuit que vous voulez dire, minuit, heure solennelle, heure propice aux revenants. — Non, monsieur, c'est midi que je dis, en plein soleil et par une journée charmante; ce qui rend le phénomène bien plus intéressant. J'étais dans la rue d'Assas, une de ces rues dont la tradition se perd à Paris, composée d'une douzaine de maisons entrecoupées de jardins délicieux, une de ces rues que le soleil réchauffe, où l'air peut circuler abondant et pur, rue probablement oubliée des avides spéculateurs de la truelle et du moellon, car depuis bientôt vingt ans que j'ai le plaisir de la connaître, nul changement n'est survenu dans ses riantes et paisibles demeures. C'est la même vigne qui serpente autour de cette petite maison jaune; ce sont les mêmes tilleuls qui ombragent ce petit jardin, les mêmes chèvrefeuilles qui parfument ce petit pavillon; c'est dans toute la rue le même calme qui invite à la méditation. Je me suis laissé dire qu'une bonne partie de cette rue appartient à un de nos confrères, qui y habite une maison charmante. Tant mieux; car je suis sûr que par goût, aussi bien que par hygiène, notre heureux confrère ne remplacera pas ces espaces plantés et verdoyants par ces odieuses souricières qu'on appelle des maisons.

J'entrai au n° 14, où j'avais rendez vous. On me fit descendre un petit escalier, traverser un jardin au bout duquel se trouvait un bâtiment dont on ouvrit la porte; on me fit entrer, et je me trouvai en présence..... — mais, c'est que la chose est bien sérieuse et que j'en suis encore tout tremblant d'émotion — en présence de Larrey dont M. Pariset disait naguère l'histoire glorieuse, de Larrey qui venait sans doute de converser avec son fils, car son fils était là, grave, pensif, recueilli, l'œil mélancoliquement attaché sur son père, dont il semblait attendre encore une suprême parole.

J'entends un esprit fort me dire : La rue d'Assas est la rue qu'habite David, notre grand statuaire; au n° 14 est sa maison; ce jardin est le sien, et le bâtiment qui le termine est son atelier. Vous étiez dans l'atelier de David et en face de la statue de Larrey, qui a été confiée à cet illustre artiste.

Je répondrai que l'on ne me fera jamais croire que l'ébauchoir de David, tant habile soit-il, puisse faire sortir d'une matière inerte ce mouvement, cette vie, cette accentuation de l'homme tout entier tel que nous l'avons vu et connu, toute cette individualité si profondément originale de Larrey. Prodige pour prodige, j'aime autant croire à la surnaturalité des revenants, qu'aux miracles de l'art, et ce serait un des mieux conditionnés si ce que j'ai vu n'était qu'un modèle en terre glaise d'une statue à laquelle le bronze va donner la pérennité de sa matière.

Larrey est debout — je devrais dire était, car je ne puis ne pas craindre que l'apparition se soit évanouie. Ce que vous auriez de mieux à faire, ce serait d'y aller voir vous-même; si réellement c'est là une statue, David vous accueillera avec sa bienveillance et sa politesse habituelles, et vous jouirez d'un spectacle imposant et rare. — Larrey est debout, comme cela convient à sa vaillante nature, qui ne connaît pas le repos. Il porte le grand uniforme de chirurgien en chef de la garde impériale, à moitié caché sous son ample manteau de Wagram, dont la draperie abondante et admirablement jetée enlève au costume moderne son exiguïté et sa maigreur. Sur sa tête découverte flotte cette riche chevelure qu'il avait conservée jusque dans ses vieux jours. Son bras droit, entièrement dégagée, presse sur le cœur, avec un calme respectueux, un rouleau à moitié déployé, sur lequel on lit : *Testament de l'Empereur;* pieuse et touchante pensée admirablement rendue par l'artiste qui ne pouvait pas plus glorieusement résumer cette glorieuse existence. Sur la bouche d'un canon verticalement fiché en terre, on voit les ouvrages de Larrey, sur lesquels reposent les instruments habituels de la chirurgie militaire. Sur ce canon, digne colonne pour un tel héros, seront gravées en lettres d'or toutes les batailles où Larrey prodigua les secours de son art, depuis la guerre d'Amérique jusqu'à Waterloo.

La pose est grave et noble, mais sans roideur et sans emphase théâtrale. Cette statue, qui a près de dix pieds, produit néanmoins cet effet singulier; tant les lignes ont été habilement étudiées, que Larrey, dont la taille n'était pas élevée, ne paraît pas grandi. C'est bien là ce corps carré et vigoureux dont vous vous souvenez, cette attitude ramassée mais énergique, ce port de tête d'un homme qui a accompli de grandes choses et qui en a conscience. La ressemblance est admirablement réussie. Dans l'œuvre de David, je ne connais rien de plus complet et de plus saisissant que cette statue de Larrey qui, après avoir été coulée en bronze, doit être placée dans la cour du Val-de-Grâce comme pour rappeler sans cesse aux nombreux élèves de cet hôpital militaire l'exemple de cette noble vie.

Le modèle de cette statue est l'offrande que David (d'Angers) a voulu apporter à la souscription pour le monument à élever à la mémoire de Larrey. Ainsi a déjà fait ce noble et grand artiste pour les gloires médicales auxquelles la patrie reconnaissante a élevé des statues. Ambroise Paré et Bichat ont déjà reparu dans ses habiles et généreuses mains, et leurs statues ornent les villes de Laval et de Bourg. Aujourd'hui c'est Larrey qu'il va nous rendre, demain ce sera peut-être Fernel ou Dupuytren, car seul, je crois, parmi les artistes contemporains, David a su comprendre les illustrations de notre art, a su en voir le côté poétique et a voulu leur donner l'immortalité de son ciseau. Qu'il en reçoive ici l'expression bien affaiblie de notre gratitude !

— Dans le catalogue général des productions imprimées que l'année 1845, de défunte mémoire, a fait éclore, les sciences médicales figu-

pleurésie. Le poumon droit était revenu sur lui-même, e était appliqué sur le côté de la colonne vertébrale ; il était gros commme le poing, d'un tissu très dense. Les efforts furent impuissants pour l'insuffler. Il n'y avait point de tubercules dans le poumon gauche ; il y avait des cavernes dans le droit.

Ces deux observations sont très curieuses ; nous avons cru devoir les rapporter ici. Il ne nous appartient pas de faire connaître l'opinion de docteurs fort recommandables qui envisagent la pleurésie aiguë comme étant une maladie très grave, souvent mortelle ; beaucoup plus grave que la pneumonie. La gravité de la pleurésie ne repose pas seulement sur deux faits, mais sur des observations prises les années précédentes ; elle trouve encore sa sanction dans l'appui de praticiens fort éclairés qui ont été à même de constater la vérité de ces faits.

Hydrocéphales aiguës. — Les hydrocéphales ont une marche funeste, et font trop souvent le désespoir du médecin. Deux cas d'hydrocéphale aiguë sont entrés à Necker, un homme et une femme ; tous deux robustes, jeunes, bien constitués : tous deux ont succombé. Les saignées générales, la glace sur la tête, l'artériotomie de la temporale, les sinapismes, les vésicatoires aux cuisses, les révulsifs sur le tube intestinal, le calomel, les antispasmodiques, etc. ; en un mot, tous les efforts ont été infructueux. Les malades ont succombé, et, chez les deux, on a trouvé un épanchement énorme de sérosité dans les ventricules, destruction de la membrane ventriculaire et de la voûte à trois piliers.

Rhumatismes aigus. — Quatre rhumatismes articulaires aigus ont été traités à l'hôpital Necker. Deux dans la salle des femmes ; l'une était cuisinière, l'autre blanchisseuse. Deux dans la salle des hommes ; l'un était cuisinier, l'autre avait été surpris dans un voyage par une pluie d'automne. Chez ces quatre individus, les articulations malades étaient les articulations du genou, et les articulations métacarpo-phalangiennes de la main étaient également prises. Dans aucun des cas, il n'y avait endocardite. Les traitements ont varié. Les deux femmes ont été traitées par des émissions sanguines locales. Le premier jour, on entourait les articulations de sangsues. Cette thérapeutique soulageait en vingt-quatre heures, faisait disparaître le gonflement et les douleurs vives des articulations. On prescrivait en même temps quelques boissons sudorifiques et une potion avec le sirop diacode, et la diète. Le second jour, quoique les malades accusassent une amélioration, on renouvelait l'application des sangsues, on appliquait des cataplasmes laudanisés sur les articulations ; les prescriptions à l'intérieur étaient conservées. Le troisième jour, les malades paraissaient guéries ; on suspendait les émissions sanguines, et, suivant l'état des voies digestives, on prescrivait un purgatif. Cet état satisfaisant se manifeste le quatrième et le cinquième jour ; mais vers le sixième, la maladie reprend un nouveau caractère d'acuité. Cette acuité ne se montrait pas dans les articulations primitivement affectées, mais dans les articulations les plus voisines en se rapprochant du tronc. Ainsi, sur deux malades, les articulations du coude furent le siége du rhumatisme ; tandis que, à l'entrée des malades à l'hôpital, ce rhumatisme occupait les articulations du poignet, et le poignet, lieu primitif de l'inflammation, n'était nullement affecté. Cette rechute, commune dans ces maladies, fut traitée par les émissions sanguines locales ; on donna l'infusion de camomille, les potions avec le sirop diacode, etc. ; en un mot, on répéta le premier traitement. Le succès fut complet, et les malades guérirent. Cette guérison, cependant, n'était pas absolument radicale ; car, soit que les malades sortissent de l'hôpital vers le douzième jour, soit qu'ils restassent un temps beaucoup plus long et dans des appartements convenablement disposés pour la convalescence, il se manifestait des douleurs lancinantes, passagères il est vrai, mais se répétant plusieurs fois dans le jour. Si on examinait les malades, les articulations étaient saines, sans douleur à la pression, sans gonflement ; la marche était facile, libre. Ces douleurs appartiennent sans doute au rhumatisme, qui devient alors chronique ; elles sont difficiles à faire disparaître, tenaces et rebelles : les bains de vapeur, les frictions excitantes autour des articulations, les purgatifs, quelquefois tous ces moyens réunis sont inefficaces.

Des deux autres malades, l'un, très fort, très vigoureux, a été traité par des saignées générales et locales, etc. Pour le dernier, on a eu recours à une autre thérapeutique ; on a donné le sulfate de quinine, et le succès a été complet. Le douzième jour, le malade est sorti radicalement guéri. Voici le traitement : Le premier jour, on fit une large saignée, et on donna de la camomille pour boisson ; le second jour, on prescrivit un gramme de sulfate de quinine. Le troisième jour, point de soulagement ; des douleurs très vives, du gonflement aux articulations, de l'insomnie, de la fièvre, etc. : l'action du sulfate de quinine n'a amené aucun trouble dans les fonctions. On en prescrivit alors 1 gramme 50 centigr. Le quatrième jour, les douleurs ont diminué ; le malade a été un peu sourd ; il a eu des bourdonnements dans les oreilles, de la céphalalgie ; le gonflement des articulations est moindre. On n'augmenta pas la dose. Le cinquième jour, amélioration plus marquée ; surdité presque complète ; les bourdonnements et la céphalalgie ont cessé. On prescrivit alors 2 grammes de sulfate de quinine. Le sixième jour, le malade se plaint de douleurs articulaires ; le gonflement dans les articulations reparaît ; il souffre beaucoup ; la surdité est toujours existante. On continue la même dose. Le septième jour, le malade est soulagé. On donne encore la même quantité. Le huitième jour, le malade se trouve tellement bien qu'il veut sortir ; on n'accède pas à sa demande. On diminua tous les jours le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes. Le douzième jour, on suspendit toute médication ; la surdité persistait encore. Le malade fut soumis à un régime assez nutritif ; il sortit au bout de seize jours. Craignant une rechute, on l'obligea à venir pendant un mois tous les huit jours ; cette sage précaution nous a prouvé que l'efficacité du sulfate de quinine était durable. Dès lors, on dut tenter ce moyen dans d'autres cas semblables ; et M. Bricheteau, dans sa pratique privée comme dans son hôpital, n'a eu qu'à se louer d'un semblable traitement. Seulement, sur un malade dont il nous a parlé, 50 centigrammes donnés le premier jour ont amené des accidents d'intoxication assez graves. Il recommande donc d'observer avec attention l'action de ce médicament, et, au lieu de le donner de suite à la dose d'un gramme, de diviser cette quantité en quatre parties, que vous donnerez l'une après l'autre dans la journée, à trois heures d'intervalle entre chacune d'elles ; et si, après la première, la seconde ou la troisième, quelques accidents d'intoxication se manifestaient, on suspendrait aussitôt l'emploi du médicament. C'est le seul accident grave qu'il ait eu à noter, et, phénomène très remarquable, le second jour la même dose produisit des accidents semblables ; à un subdélirum succéda un calme parfait, et le troisième jour la maladie avait presque entièrement disparu. Le malade put sortir le sixième. Cette susceptibilité tenait sans doute à une idiosyncrasie individuelle, car le malade était un avocat de vingt-huit ans, vigoureux ; chez plusieurs autres, de plus fortes doses n'ont point été suivies d'accidents.

Pneumonie. — Trente-huit pneumonies aiguës, trente-six chez les hommes, deux chez les femmes, ont été traités pendant l'année 1844. Cinq malades ont succombé, sur ces trente-six pneumonies ; trente ont été traitées pendant les mois de janvier, février, mars et d'avril. Ces pneumonies ont atteint généralement des hommes robustes, bien constitués, et presque tous maçons, ou bien des hommes de peine travaillant aux fortifications de Paris. Deux pneumonies sont survenues chez des phthisiques.

Toutes ces pneumonies ont été franchement inflammatoires, n'atteignant jamais qu'un seul poumon, plus souvent le droit que le gauche. Parmi ces pneumonies, deux doivent rentrer dans la catégorie des pneumonies dites bilieuses ; une autre a été accompagnée de désordres cérébraux des plus graves. Nous aurons donc à parler :

1° Des pneumonies simples et franchement inflammatoires ;

2° Des pneumonies survenant chez les phthisiques ;

3° Des pneumonies bilieuses ;

4° Des pneumonies avec trouble dans les fonctions cérébrales.

Première division.

1° *Pneumonies simples et inflammatoires.* — Toutes les pneumonies, sauf une, étaient dues à des causes internes ; une suppression de transpiration, l'exposition à un air froid ont été les causes principales. Presque tous les malades sont entrés à l'hôpital lorsque la pneumonie était au deuxième degré. Quelques-uns cependant sont arrivés lorsque la pneumonie était au premier degré. Dans ce dernier cas la pneumonie est une maladie facile à guérir et dans un bref délai, par les émissions sanguines générales ; émissions copieuses, et obtenues par une large ouverture à la veine. Six heures après, on faisait une seconde saignée, semblable à la première, et quelquefois la pneumonie était jugulée. Quelquefois aussi, après cette seconde émission, le râle crépitant a entièrement disparu, et le lendemain on ne trouvait aucun vestige de l'affection. Ce traitement n'a jamais échoué, et la guérison a été rapide.

Dans la majorité des cas, au contraire, les malades sont entrés à l'hôpital lorsque la pneumonie était parvenue au deuxième degré ; un seul est entré lorsque la maladie était parvenu au troisième, il est inutile d'ajouter que les efforts de l'art ont été insuffisants chez ce dernier malade. Les autres étaient généralement doués d'une belle constitution ; ils présentaient les symptômes suivants : rougeur et turgescence de la face ; injection oculaire ; point de sueurs ; peau sèche, brûlante ; pouls tantôt fort et plein, tantôt plein et serré ; toux assez forte, crachats rouillés, adhérents au vase, quelquefois visqueux et spumeux. Matité dans une grande partie du poumon, surtout en arrière, jamais en avant ni à la base du poumon ; point de douleurs vives à la percussion, ou légères quand elles existaient ; souffle bronchique dans toute la partie malade ; bronchophonie ; quand le malade parlait, oppression, dyspnée, langue blanche, large, sans rougeur sur ses bords ni à sa pointe, etc.

Traitement. — Lorsque la pneumonie était reconnue, ainsi que son degré, immédiatement la veine était ouverte largement, et on retirait quatre palettes de sang ; à l'intérieur, eau gommée ; diète. Quatre, six ou huit heures après, on examinait de nouveau le malade, qui généralement était soulagé ; le souffle existait avec la même intensité ; le sang était recouvert d'une couenne très dense, elle couvrait le caillot et adhérait aux parois du vase dans lequel on avait reçu le sang. La première saignée ayant soulagé, on tirait quatre autres palettes de sang. Si on examinait le malade quelques heures après, le souffle avait disparu en partie, et le râle crépitant était déjà appréciable. Le patient se sentait mieux ; la respiration était plus libre, le pouls plein, mais plus large et plus dépressible. Alors une potion composée de 40 centigr. de tartre émétique associé à l'opium, pour obtenir la tolérance, était prescrite. Cette potion, ainsi donnée, était tolérée dans la majorité des cas ; les premières cuillerées de cette potion non opiacée, étaient souvent rejetées, et les autres déterminaient des selles très fréquentes. La portion stibiée, quand elle n'est pas immédiatement tolérée, jette les malades dans une prostration extrême, cause des sueurs abondantes apparaissant sur la face ; les yeux sont cernés ; le malade est dans un état de langueur très pénible. Si la potion au contraire n'est pas vomie, si elle ne détermine pas d'évacuations alvines, le malade n'éprouve pas les angoisses que nous venons de mentionner ; la peau se recouvre d'une moiteure, jusqu'alors inaperçue, et un bien-être réel se manifeste ; l'oppression qui avait en partie cessé par la saignée, disparaît entièrement au moyen de cette potion ; la toux elle-même devient rare. Nous avons établi que les deux saignées ont soulagé le malade ; mais s'il arrive que deux les larges saignées, malgré la couenne inflammatoire qui les recouvre, ne suffisent pas, on aura recours à une troisième, moins forte que les deux précédentes. Cette troisième produira généralement l'effet que l'on désire, le sentiment d'une amélioration pour le malade, et l'amélioration réelle pour le médecin ; amélioration qui consistera dans un état général meilleur, et dans les signes que lui fournissent la percussion et l'auscultation.

---

rent pour le chiffre de 2357 ; c'est monstrueux ! Que chacune de ces productions contienne seulement en moyenne quatre feuilles d'impression in-8°, cela fait un contingent de 9,428 feuilles, qui, à 16 pages chacune, formeraient un petit total de 150,848 pages. Et s'il se trouvait un lecteur assez intrépide pour lire tout cela, il aurait une petite besogne d'un peu plus de 400 pages par journée, soit un volume tous les jours. Et remarquez bien que dans ces calculs ne sont pas compris les cinquante ou soixante journaux de médecine, pas plus que les thèses des Facultés. Où donc tous ces livres vont-ils se nicher, et où donc est l'idée qui surnage dans cet océan de livres ? Graphorrhée, lagorrhée, voilà les deux maladies du siècle sur lesquelles ni les spéculations sur les chemins de fer, ni les autres spéculations d'intérêts matériels ne peuvent produire une dérivation quelconque. Où sont les temps où l'apparition d'un ouvrage de médecine était un grave événement scientifique ? Qui s'occupe aujourd'hui de critique littéraire proprement dite ? Et le moyen de s'en occuper au milieu de cette production immodérée et incessante ?

— Rien de nouveau dans les académies, qui ont été fort occupées cette semaine aux cérémonies du jour de l'an. J'en suis moi-même passablement fatigué, et je demande la permission de clore ici ces Causeries pour vérifier dans tous ces petits morceaux de carton blanc qu'on a eu la bonté de m'envoyer si je n'ai oublié personne, crime au premier chef pour certaines gens très susceptibles à l'endroit des cartes de visite. Un brave confrère de ma connaissance me racontait qu'il avait manqué la place de vérificateur des décès de son arrondissement, à cause d'une carte de visite oubliée le jour de l'an. Un de ses protecteurs ne put lui pardonner l'absence de ce petit morceau de carton, et ne voulut plus s'intéresser à un homme capable d'une telle négligence. Quoique, fort heureusement, je ne sollicite rien de semblable, ni même absolument quoi que ce soit, je tiens à remplir ces petits devoirs de société, surtout envers mes confrères qui m'ont envoyé leurs politesses par l'entremise de Bidault.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

Mon cher confrère,

J'ai recours à votre obligeance et à celle de votre boîte pour annoncer à qui de droit la nouvelle suivante :

J'offre un numéro de la loterie de Monville *tout plein d'agréments*, à celui de Messieurs les rédacteurs de la *Gazette médicale* qui, sans employer les formules du vitalisme hippocratique (*qui s'appuie sur la connaissance des causes et des forces*) nous expliquera *clairement* ce que c'est que la médecine étiologique (*sic*)...

Tout à vous. E. A.

Sans compromettre sa fortune, mon honorable correspondant aurait pu élever de beaucoup le chiffre de sa prime ; je crois que le concours resterait longtemps ouvert.

4 janvier 1846.

NOUVELLES.

Un journal que nous n'avons pas attaqué, et contre lequel nous n'avons fait que nous défendre, insinue aujourdh'ui une grosse calomnie à l'endroit du désintéressement de la *Gazette des Hôpitaux* dans les affaires du Congrès. Il donne à croire que nous serions *payés* (ce sont ses expressions) pour défendre les vœux et les intérêts du Congrès. La loi nous autoriserait à détruire jusque dans les colunnes de ce journal, cette odieuse, sinon ridicule, imputation ; et nous le ferions assurément si nous n'avions pas la parfaite conviction que ses attaques ont perdu toute valeur et tout crédit. Nous défions ce journal de donner la plus légère preuve de son allégation. Il ne nous convient pas de solliciter un témoignage en notre faveur ; mais si M. le trésorier du Congrès veut faire connaître, à cet égard, la vérité toute entière, nos colonnes lui sont ouvertes. Nous verrons si cet honnête journal aura la pudeur de reproduire les explications de M. le trésorier.

— Le Conseil royal de l'Université s'est réuni une seconde fois sous la présidence de M. le grand maître. Cette séance, qui avait été précédée d'une réunion des sections pour la préparation des affaires, aux termes du décret de 1808, n'a pas duré moins de quatre heures. Il avait été distribué à chaque membre un ordre du jour de trois pages in-4°, et qui a pu faire voir au nouveau Conseil l'étendue et la variété des matières que M. le ministre se proposait de soumettre à ses délibérations. Des questions de plein exercice, d'autorisation de pension, d'examen de diplôme, d'approbation de livres, de règlements de comptabilité, ont été proposées à l'examen du Conseil, qui les a successivement débattues.

— On lit dans *Le Charentais*, à la date du 31 décembre :

MM. les médecins de l'arrondissement d'Angoulême se sont réunis à l'Hôtel-de-Ville, le 27 décembre dernier, pour délibérer sur les conclusions adoptées par le Congrès médical. Beaucoup d'entre eux ont répondu à l'appel de leurs confrères d'Angoulême, et à l'unanimité ils ont adhéré aux réformes décidées par le Congrès, pour tout ce qui touche à la discipline, à l'enseignement et à l'administration médicale. Le grand projet d'association de tous les médecins français a également reçu toutes les sympathies de l'assemblée. Séance tenante, on a procédé à la nomination, par voie de scrutin, d'une commission permanente, composée de MM. Levallois, Gigon, Brun, Bénard et Delâge, auxquels ont été adjoints MM. Bouniceau et Courtaud, président et secrétaire de la Société médicale. Cette Commission a pour but de se mettre en rapport avec la Commission permanente de Paris, et de recevoir les adhésions de ceux des médecins qui n'ont pu se rendre à la réunion.

Avant de se séparer, il a été ouvert une souscription en faveur du monument de Bichat, l'illustre promoteur de la médecine moderne. *Tous* les membres présents se sont empressés de déposer leur offrande.

Nous félicitons sincèrement les médecins de la Charente d'avoir pris part à ce grand mouvement qui doit régénérer leur honorable profession, et donner au public des garanties nouvelles de moralité et de capacité.

Lorsque cette troisième évacuation sanguine aura été pratiquée, on donnera, comme plus haut, la potion stibiée. On ne se bornera pas à une seule potion stibiée; une seule ne suffirait pas. En général, le souffle de la veille n'est plus appréciable; le râle crépitant, sec ou humide, existe, mais il faut également agir contre ce dernier. Une seconde potion stibiée, donnée douze heures après la première, et augmentée de 20 centigrammes d'émétique, suffira pour achever de guérir le malade.

Nous ne voulons pas dire que toute trace de pneumonie n'est plus; cette trace existe, et persiste quelquefois pendant plusieurs jours. Mais ces bulles d'un râle crépitant et diffus ne doivent pas inquiéter : ces bulles s'effacent; seulement il ne faut pas négliger son malade; on l'auscultera matin et soir pour être prêt à agir dans le cas d'une rechute. Notons aussi que la seconde potion stibiée est mieux tolérée que la première.

Notons aussi que pour obtenir la tolérance il faut soumettre le malade à une diète très sévère, et que cette diète est indispensable pendant une grande partie de la convalescence des malades. Notons enfin que deux potions stibiées ne sont pas toujours suffisantes.

Ainsi, dans des cas rebelles, il faut quelquefois trois et quatre potions stibiées. Il est presque toujours nécessaire d'augmenter la dose d'émétique à chaque potion; la tolérance ne peut s'obtenir chez certains malades, et cependant ils guérissent fort bien: la tolérance une fois disparue, il est impossible de la rétablir; il faut aussi, dans l'emploi de la potion stibiée, tenir compte des aphthes ou des pustules qui peuvent apparaître dans la bouche, et quelquefois même envahir l'œsophage, etc. Ces accidents sont des indications précises de suspendre la potion. Si deux potions stibiées n'ont pas suffi, et qu'on soit obligé d'avoir recours à une troisième, il est convenable de ne pas épuiser les forces de son malade, et de laisser un jour complet de repos.

Si le mal, pendant cet intervalle de repos, tendait à augmenter, immédiatement on appliquerait un large vésicatoire sur la poitrine, et le lendemain on reprendrait l'usage de l'émétique à haute dose.

Tel a été le traitement des pneumonies lorsqu'elles étaient simples et franchement inflammatoires. La maladie a été, en général, jugée dans le premier septénaire, ce qui est une circonstance très heureuse. Ordinairement les malades restaient à l'hôpital jusqu'à complète convalescence, et le terme moyen était de douze jours pour tout séjour à l'hôpital. Ainsi, nous pouvons formuler le traitement des pneumonies inflammatoires : deux saignées générales et deux potions stibiées, pour les cas les plus ordinaires du moins.

Nota. Pendant les mois de janvier, février, mars, et la première moitié d'avril, il n'y a pas un seul décès à la suite d'une pneumonie; mais du 15 avril au 30, quatre malades sont entrés atteints de pneumonie, et tous les quatre ont succombé. Le traitement indiqué plus haut avait été employé contre ces maladies absolument de la même manière; les malades succombèrent cependant; et, fait extraordinaire, elles ne différaient pas des pneumonies précédentes. A la même époque, toutes les fièvres typhoïdes succombèrent également dans l'espace de trois ou quatre jours, comme nous le dirons plus bas; et avant les fièvres typhoïdes, principalement traitées par les purgatifs, guérissaient très bien. Comment expliquer ce phénomène? Il n'y avait pas de maladies intercurrentes capables de modifier les maladies régnantes. Ces maladies, qui ne paraissaient pas différentes des autres, et qui naguère guérissaient, deviennent tout à coup mortelles !

Nous avons fait une observation intéressante que nous rapporterons ici : elle peut avoir de la valeur, puisqu'elle indique un changement dans la constitution médicale. Ces maladies n'eurent cette issue si funeste que pendant les beaux jours d'avril. Pendant ces belles journées, le vent était au nord-est. Lorsque le vent eut varié, les maladies aiguës, traitées comme il a été dit plus haut, guérirent; et, fait bien important, les malades dont la vie était compromise pendant ce vent de nord-est, allèrent mieux dès que les vents eurent changé. Doit-on attribuer cela à quelque modification atmosphérique? Nous l'ignorons. Le temps, le ciel, tout était superbe; l'air ne paraissait point vicié. Cependant, si on se rappelle qu'à l'époque du choléra, en 1832, les vents étaient au nord-est; que l'atmosphère, malgré les analyses les mieux faites, n'a pas paru altérée; si l'on pense au nombre des victimes, à l'insuccès des traitements, on pourra reconnaître qu'il y a peut-être là un phénomène inconnu, agissant à notre insu, et contre lequel l'effort du médecin est aussi impuissant pour le caractériser que pour le paralyser.

2° *Pneumonies survenant chez les phthisiques.* — Nous avons eu, à l'hôpital Necker, deux hommes atteints de pneumonie du poumon droit. Ces deux individus, qui paraissaient doués d'une fort bonne constitution, furent traités selon la méthode préconisée plus haut. Ils guérirent parfaitement et sortirent de l'hôpital. Un mois environ après leur sortie, ils rentrèrent, l'un pour y être traité d'un érysipèle siégeant au nez, l'autre d'un crachement de sang. On examina les deux malades; on reconnut au sommet du poumon droit, chez le premier individu, des tubercules parvenus à la deuxième période; on chercha à ralentir la marche des tubercules en suivant le traitement que nous indiquerons ailleurs, mais les efforts furent inutiles, l'érysipèle persista, et le malade mourut un mois après sa seconde entrée.

Le second malade fut examiné, on reconnut également au sommet du poumon droit des tubercules crus; ces tubercules continuèrent leur marche avec rapidité, le malade succomba deux mois et demi après sa seconde entrée.

Ces observations sont fort intéressantes, nous n'avions pas reconnu les tubercules dans le poumon des pneumoniques; ces tubercules ne s'étaient pas révélés par des signes appréciables, et se sont développés après la complète guérison de la maladie. Maintenant on pourrait demander si la phthisie n'était pas aiguë, et si la pneumonie était une complication de la phthisie. Nous ne sommes pas porté à admettre cette seconde hypothèse, nous croyons la première préférable; car, si la phthisie avait été primitivement aiguë, lorsque la complication de la pneumonie aurait disparu nous aurions reconnu la marche des tubercules, marche qui nous a été cachée dans son principe. De plus, les accidents consécutifs de la phthisie sont survenus après la sortie des malades de l'hôpital, qui alors étaient radicalement guéris de leur pneumonie. Il est donc vrai de penser que la pneumonie a hâté le développement des tubercules, comme les fièvres éruptives ou les maladies aiguës, chez les enfants, favorisent l'évolution des tubercules dans l'économie.

3° *Des pneumonies bilieuses.* — Une maladie inflammatoire peut être compliquée. Cette complication varie suivant les organes affectés. Nous parlerons ici de l'influence du foie sur deux pneumonies. Ces complications ont paru dans le mois de mars 1844. Deux malades étaient atteints de pneumonie; l'une siégeant au côté droit, l'autre au côté gauche. Les deux malades avaient un ictère général bien caractérisé, la langue était recouverte d'un enduit jaunâtre très épais; il était difficile de dire si les tempéraments étaient bilieux. L'état inflammatoire du poumon et l'ictère empêchèrent de trouver la cause de la complication. Pouvait on attribuer la complication au siége de la pneumonie? Dans un cas cette hypothèse était admissible : puisque le poumon droit était enflammé à sa base et en arrière; le voisinage du foie avec le poumon pouvait expliquer jusqu'à un certain point cette complication; mais elle n'était plus admissible pour la seconde observation, car la pneumonie siégeait au poumon gauche. Quoi qu'il en soit, dans le traitement de ces pneumonies, contrairement aux idées de Stoll, on a envisagé la complication comme ne pouvant être l'indication curative première, et on a tout d'abord agi directement sur la pneumonie par deux évacuations sanguines générales largement pratiquées. Le sang a été couenneux; le sérum était d'un jaune vert. Ces saignées soulagèrent le malade. On prescrivit ensuite, comme pour les pneumonies franchement inflammatoires, du tartre stibié à haute dose, mais sans laudanum, de manière à obtenir un vomissement lorsque la première partie de la potion aurait été prise. Cette thérapeutique fut suivie d'un plein succès, et les malades guérirent parfaitement dans un temps très court. Ces deux faits, quoique isolés, ont de la valeur : le traitement suivi prouve évidemment qu'une pneumonie dite bilieuse peut être traitée comme une pneumonie franchement inflammatoire. Seulement on ne doit pas associer l'opium au vomitif, le but principal étant d'obtenir un ou deux vomissements avec des évacuations alvines.

4° *Pneumonies avec complication de symptômes cérébraux.* — Nous n'avons à citer qu'un seul cas de ce genre. Un Espagnol, grand, maigre, vigoureux, d'un tempérament nerveux, entra à l'hôpital Necker au mois de mars 1844 pour une pneumonie siégeant au côté gauche. Cette pneumonie fut traitée par deux évacuations sanguines générales, le malade en fut très soulagé; mais le deuxième jour délire, carphologie, mouvements désordonnés de la tête, loquacité continuelle, cris, fureur, etc. Tout cela était assez grave pour faire redouter une complication du côté du cerveau, et avec d'autant plus de raison que la pneumonie était améliorée. On n'ignorait pas, d'un autre côté, que des malades atteints de pneumonie inflammatoire singulièrement modérée par des émissions sanguines générales, avaient succombé à la suite de troubles dans le système nerveux; troubles occasionnés, non par une inflammation des méninges ou du cerveau, mais bien par une atonie réelle dans le système nerveux lui-même. Cette atonie cède souvent à l'usage du musc; mais on ne crut pas devoir employer ce moyen, tant le danger paraissait imminent. On eut recours à plusieurs agents actifs combinés : des sangsues appliquées derrière les apophyses mastoïdes, de la glace sur la tête et deux vésicatoires aux cuisses, furent prescrits avec un plein succès. Le quatrième jour de la maladie, le délire avait cessé; la lésion anatomique de la pneumonie n'avait pas augmenté pendant ce temps. L'amélioration n'était pas cependant sensible comme après les premières saignées; en conséquence, on donna deux potions stibiées. Le malade guérit parfaitement à l'aide de cette thérapeutique complexe à l'excès.

Cette observation est intéressante, il n'y avait, chez ce malade, ni encéphalite, ni méningite; c'était sans doute un désordre dans le système nerveux, complication qui eût peut-être cédé à l'usage du musc comme elle a cédé à l'application des vésicatoires, de la glace et des sangsues; toutefois, il est bon d'avoir plusieurs médications à sa disposition dans des cas aussi graves, aussi compliqués par des éléments divers.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 10 décembre 1845. — Présidence de M. LENOIR.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gosselin, candidat au concours d'anatomie de la Faculté, demande un congé de trois mois, qui lui est accordé.

— *M. Danyau* donne des nouvelles de la malade dont il a entretenu la Société dans la dernière séance, et qu'il a opérée d'un polype fibreux du col de la matrice immédiatement après l'accouchement. Le lendemain de l'opération, cette femme était souffrante; elle avait de la fièvre, et accusait des douleurs hypogastriques. On fit une application de sangsues, qui fut suivie d'une grande amélioration. La fièvre de lait a été un peu tardive; mais elle s'est bien passée, et aujourd'hui la santé est tout à fait satisfaisante.

M. Huguier a fait examiner au microscope, par M. Robin, cette tumeur fibreuse, et sans que ce dernier sut d'où elle provenait; il a déclaré qu'elle était constituée par du tissu fibreux semblable au tissu aponévrotique et enveloppée par des fibres évidemment musculaires : ce qui du reste avait été parfaitement visible à l'œil nu.

— *M. Morel-Lavallée* avait dit dans la dernière séance, à propos du fœtus présenté par M. Malgaigne, qu'il croyait qu'on avait affaire à une rétention d'urine avec rupture de la vessie. Il fait remarquer qu'il y a une objection contre l'hypothèse d'une rupture de la vessie consécutive à une rétention d'urine; c'est la bonne santé apparente des enfants nés avec une imperforation du prépuce ou du canal de l'urètre lui-même. Mais on peut répondre 1° qu'il n'est pas facile de dire si ces oblitérations dépendent d'un défaut de formation ou d'une maladie locale arrivée plus tard; qu'ainsi on ne saurait préciser à quelle époque remonte une rétention d'urine occasionnée par l'imperforation du prépuce ou du gland; que d'ailleurs la résistance à la rétention d'urine varie beaucoup suivant les sujets; 2° que, dans le cas de M. Malgaigne, s'il n'y avait pas une rétention d'urine normale, il n'en est pas moins probable que la vessie s'est rompue dans le péritoine par suite de l'accumulation dans sa cavité du liquide qui distendait les uretères dilatés. Deux autres raisons militent encore en faveur de la rupture de la vessie, rupture que l'imperfection de l'autopsie n'a pas permis de constater : c'est d'une part l'eschare profonde signalée par M. le président sur un autre point des parois du réservoir urinaire; c'est d'autre part l'énorme dilatation de la vessie coïncidant avec sa vacuité, coïncidence inexplicable sans la rupture de la vessie, surtout quand il y a communication de ce viscère avec les uretères distendus par un liquide.

M. Malgaigne ne sait pas s'il y a eu réellement une rupture de la vessie, il n'a pas vu l'eschare dont parle M. Morel; mais il est certain que la dilatation de la partie antérieure de l'abdomen était excessive, et l'épanchement d'urine ou l'hydropisie dataient au moins de longtemps.

— *M. Huguier* fait un rapport verbal sur plusieurs brochures envoyées à la Société par M. Payan (d'Aix). La première, ayant pour titre, Mélanges cliniques, est signalée par le rapporteur comme contenant deux observations intéressantes de restauration des lèvres, un aperçu sur le traitement de la gangrène sénile par l'opium à l'intérieur, un parallèle de la taille et de la lithotritie. La seconde est un Mémoire sur l'hydrochlorate de baryte contre les maladies scrofuleuses.

M. le rapporteur fait remarquer que M. Payan n'emploie pas ce traitement indistinctement chez tous les scrofuleux, mais qu'il le préconise surtout chez ceux à fibre sèche qui ne sont pas d'un tempérament lymphatique. C'est une des conditions de la réussite du médicament.

Dans un troisième mémoire ayant pour titre, De l'Ergot de seigle, de son action thérapeutique et de son emploi médical, l'auteur développe cette idée que la seigle ergoté n'agit pas directement sur les organes malades, mais bien par contre-coup en stimulant la moelle, qui réagit ensuite sur eux. M. Huguier ne partage pas cette opinion, et il pense qu'en émettant cette proposition on n'a pas tenu compte de l'action de l'estomac sur le médicament dont l'élément actif peut être absorbé et porté par le sang directement sur les parties malades. Un fait cité par M. Payan lui-même vient à l'appui de cette manière de voir, c'est celui d'une paralysie des extrémités inférieures résultant d'un mal de Pott, améliorée par l'administration de l'ergot. Il est, dit-il, bien évident qu'ici il n'a pas pu y avoir une action directe sur la moelle détruite, ou au moins comprimée par la déformation du rachis. Un dernier mémoire sur l'appréciation et l'application thérapeutiques des remèdes antisyphilitiques donne lieu à quelques remarques de la part de M. le rapporteur. Ainsi il n'admet pas qu'en parlant du mercure on puisse dire que c'est le spécifique de la vérole, puisque sa puissance curative n'est pas infaillible et qu'il échoue dans beaucoup de cas. Il trouve erronées certaines assertions sur l'action de diverses préparations mercurielles. Il ne croit pas, par exemple, comme M. Payan, que les frictions donnent plus souvent lieu à la salivation que le mercure administré sous toute autre forme. Il aurait voulu aussi que la nomenclature adoptée par l'auteur fût plus exacte, et qu'il ne confondit pas, comme il l'a fait quelquefois, la forme et la valeur de certains symptômes. Il conclut en demandant qu'il soit adressé des remercîments à M. Payan, en même temps qu'on lui exprimera le regret qu'éprouve la Société de chirurgie de ne pouvoir l'admettre au nombre de ses membres correspondants sur la seule présentation d'ouvrages imprimés, le règlement demandant un travail manuscrit.

M. Robert aurait voulu que M. le rapporteur, au lieu d'indiquer seulement quelques passages des travaux de M. Payan, donnât son opinion personnelle d'une manière plus explicite. Il trouve fort intéressant ce que dit M. Payan sur l'emploi de l'hydrochlorate de baryte chez les diverses espèces de scrofuleux. Il croit que c'est un fait à vérifier, et il regrette qu'il n'en ait pas été parlé plus longuement dans le rapport et que des expériences n'aient pas été faites. Il pense que M. Huguier a été un peu sévère sur ce qu'il a dit de la nomenclature adoptée par l'auteur dans une de ses brochures, car il lui paraît certain qu'il y a des formes de la maladie vénérienne qui sont difficiles à classer. Il s'étonne aussi que M. Huguier ait nié que la contracture musculaire peut être occasionnée par la syphilis, car c'est un fait aujourd'hui hors de doute. Il rappelle une observation d'un cas de cette espèce, publiée il y a deux ans par M. Philippe Boyer, et lui-même a eu occasion de voir une contracture du biceps, à laquelle on ne pouvait pas trouver d'autre cause que le principe syphilitique et qui a cédé à un traitement mercuriel.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Malgaigne annonce que l'enfant qu'il a taillé, et dont il a montré les portions de calculs, a succombé le cinquième jour. Il rappelle combien l'opération avait été laborieuse. Pendant les premiers temps, cet enfant allait très bien; mais, le quatrième jour, il fut pris de douleurs de ventre assez intenses. Le cinquième jour au matin, on pratiqua une saignée dont le sang était très couenneux et sans sérosité. Cette saignée abattit les accidents; l'intelligence était restée nette, et à sept heures du soir de ce même jour il paraissait très bien lorsque une heure plus tard il se fit subitement un changement extrême. Le ventre se gonfla, redevint douloureux; il y eut des selles involontaires; les yeux prirent un aspect hébété; le pouls devint intermittent, et la mort arriva au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouva une certaine quantité de sérosité claire dans le péricarde; dans le ventricule droit un caillot volumineux, jaune, très résistant, adhérant à sa face interne, et dans l'oreillette du même côté un autre caillot présentant la même coloration, la même consistance et les mêmes adhérences.

M. Malgaigne attribue à ces caillots la mort inopinée de son malade. Il pense qu'ils ont commencé à se former trois ou quatre heures avant la mort, et que c'est leur présence qui donnait lieu à l'intermittence du pouls. En voyant ces caillots, il avait annoncé qu'on trouverait les poumons et le cœur gauche vides, et l'examen a confirmé cette prévision.

D'après les accidents observés du côté du ventre pendant la vie, on croyait trouver une péritonite : mais il n'y en avait pas la moindre trace. Dans la fosse iliaque, il existait une énorme infiltration de pus, non encore collecté, qui descendait jusqu'à a partie inférieure du bassin derrière le péritoine. On avait dû penser en voyant cet amas purulent qu'il y avait épanchement d'urine par l'incision de la prostate, mais on a pu se convaincre qu'il n'y avait rien du côté du périnée : le pus occupait toute la partie postérieure du rectum et s'étendait sur le côté gauche; mais il n'y avait pas la moindre communication avec l'incision prostatique. La muqueuse vésicale était épaissie et parsemée de tubercules; l'urètre gauche très large, quoique son ouverture dans la vessie n'ait pas paru plus grande qu'à l'état normal. Les reins et le rectum étaient sains.

M. Malgaigne est convaincu que l'incision prostatique, dans la méthode latéralisée qu'il avait employée, n'est pour rien dans la produc-

tion de cette formation de pus. Il n'hésite pas à l'attribuer aux labeurs de l'opération, et aussi peut-être à ce que l'enfant s'est refroidi. Il ne pense pas non plus que la mort soit le fait même de l'inflammation suppurative trouvée dans le bassin. C'est à la formation des caillots des cavités droites du cœur qu'il faut l'attribuer, au moins comme cause immédiate. Il croit en effet, avec Bichat, que c'est par le cœur, le poumon ou le cerveau que l'on meurt, et suivant lui, depuis Morgagni qui a rejeté tout ce qu'on avait dit jusqu'alors sur l'influence des caillots du cœur comme cause de mort, les auteurs ont été trop exclusifs en leur refusant toute action. Il est convaincu qu'il y a des caillots qui mettent fin à la vie, bien qu'en même temps on trouve d'autres lésions, comme dans le cas qu'il présente, mais il faut bien faire attention que ces lésions ne sont pas capables d'amener directement la mort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GENÉRALE.

De l'emphysème des paupières. — L'emphysème des paupières est une affection assez rare pour que nous croyions devoir emprunter au Journal de Chirurgie une observation de cette maladie rapportée par le docteur Desmarres.

M. H..., cinquante-huit ans, chef d'orchestre du théâtre Beaumarchais, d'une bonne constitution, m'est adressé, le 18 juin 1845, par M. le docteur Bordet. Il n'a jamais été malade, et n'a souffert dans sa vie que pendant une vingtaine de jours, en rendant de petites concrétions pierreuses par les voies urinaires Il n'a point eu de rhumatismes ni d'attaques de goutte, ni d'affections vénériennes. Ses yeux ont toujours été très sains: il n'en souffre que depuis quinze jours, époque à laquelle ils sont devenus rouges. Ces organes ne présentent d'autre affection qu'une conjonctive granuleuse au troisième degré, en voie de résolution. La sécrétion puriforme est peu abondante, les granulations peu élevées; il n'y a point de photophobie.

Les paupières sont légèrement gonflées à gauche; l'inférieure, près de son tiers interne, offre une tumeur du volume d'une amande ordinaire, oblongue, couchée sur la paroi osseuse de l'orbite entre la peau et la muqueuse. Cette tumeur, dont la nature est difficile à reconnaître, et à laquelle le malade ne donne que deux mois de date, est mobile, indolente, peu dépressible. La paupière inférieure correspondante est gonflée, un peu violacée, nullement tendue. En cherchant à me rendre compte de la nature de la tumeur au moyen du toucher je remarque, à mon grand étonnement, que toute la paupière présente à la pression du doigt le frémissement particulier caractéristique de l'emphysème. L'air, sous les efforts de mes doigts, se déplace dans tous les sens, et passe facilement aussi du côté externe au côté interne de l'organe. Le malade n'a point conscience de la cause qui a pu faire naître cette affection; il ignore depuis combien de temps elle existe; il n'a point reçu de coups, ne s'est heurté nulle part, et ne se rappelle pas avoir fait des efforts exagérés pour se moucher. Il prend énormément de tabac.

Bien qu'il fût impossible de méconnaître l'emphysème à la seule pression, je voulus m'en assurer d'une manière plus certaine encore, et j'ordonnai dans ce but, au malade, de moucher avec force, m'attendant bien à voir les paupières se gonfler sous les efforts qu'il allait faire. Cela arriva en effet; mais je remarquai, en outre, les phénomènes suivants:

Aussitôt que le malade presse le nez entre les doigts pour se moucher, et que l'air est poussé jusque dans le canal nasal, on voit l'œil gauche chassé en avant dans l'étendue d'un centimètre et demi au moins (j'avais d'abord mesuré deux centimètres), poussé par l'air qui s'introduit en arrière du globe à chaque effort du malade pour se moucher. Aussitôt que la compression des narines a cessé, le globe reprend sa place et se trouve de niveau avec son congénère. En même temps qu'il est poussé en avant, l'œil est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et pour un instant le malade est atteint de diplopie. Lorsqu'on cache l'autre œil en ce moment, la vision double cesse immédiatement, et l'image perçue est unique et distincte; elle se déplace seulement et suit la direction de l'organe. Pendant que l'œil s'avance, comme nous l'avons dit, les paupières s'infiltrent d'air et prennent un volume très considérable pour un moment seulement, parce qu'une grande quantité de gaz contenu dans le tissu cellulaire palbépral disparaît à l'instant où la réduction du globe a lieu.

Cependant, et malgré la disparition immédiate d'une grande partie de l'air, les paupières demeurent encore assez tendues pour que le malade éprouve le besoin de les comprimer avec les doigts de dehors en dedans, afin de pousser le gaz vers l'angle interne. L'air s'échappe alors dans cette direction avec un bruit particulier, assez fort, semblable à du gargouillement, qui est d'autant mieux perçu, que le malade appuie un peu plus fortement et un peu plus vite. Quelle route suit le gaz pendant cette pression? Telle est la question que je devais me faire. Je mis l'œil du malade sous l'eau, en versant de manière à remplir le grand angle; je lui ordonnai de comprimer la paupière, et je ne vis aucune bulle à la surface du liquide. J'acquis ainsi la preuve que l'air ne sortait ni par les conduits lacrymaux, ni par une déchirure qui m'aurait échappé et qui aurait pu exister dans le sac et dans la conjonctive. Je serrai le nez entre mes doigts, et le même bruit se fit entendre sous l'influence de la compression; le malade ne sentit rien descendre dans le nez, et je dus conclure que le gaz s'échappait par une déchirure assez large placée très haut en arrière dans le sac lacrymal (et peut-être en face d'une fracture correspondante de l'unguis).

Si l'on comprime fortement dans la direction de la tumeur en remontant jusqu'au diamètre transversal de l'œil, de manière à cacher tout le grand angle sous les doigts, l'air ne pénètre plus ni dans la paupière ni dans l'orbite, quelque grand que soit l'effort du malade pendant qu'il se mouche, et l'on sent une pression énergique dans l'endroit ainsi comprimé.

Une injection d'eau faite dans le point inférieur avec la seringue d'Anel descend très aisément dans la narine et la gorge; le volume de la tumeur, des paupières et du globe reste le même; il est évident qu'il n'en pénètre pas une goutte dans le tissu cellulaire. Si l'on injecte l'eau par le point supérieur, ce liquide arrive au contraire à la fois dans la narine, la gorge et le tissu cellulaire de la paupière, et derrière l'œil qui reste un peu saillant jusqu'au moment où le malade chasse ce liquide par une pression convenable.

Le traitement de la conjonctive fut très simple: des cautérisations légères avec le crayon de sulfate de cuivre, des lotions astringentes, aidées de quelques purgatifs, la firent bientôt disparaître Quant à l'emphysème, il existe toujours, malgré la précaution que j'ai recommandée au malade de ne se point moucher et de se borner à s'essuyer. L'air pénètre encore aujourd'hui (7 septembre 1845) dans les paupières et derrière le globe, en quantité à la vérité beaucoup moins grande. Je me propose d'établir une compression permanente dans le grand angle; mais je compte peu sur ce moyen, parce que le malade, peu patient de sa nature, n'est que médiocrement gêné par son infirmité, et parce que d'un autre côté, obligé qu'il est de conduire tous les soirs un orchestre, il ne consentira pas à garder le compresseur sans interruption pendant quelque temps.

Fractures de l'acromion. — Dans un article dernièrement publié par M. Nélaton, sur les fractures de l'acromion, il a été insisté longuement sur la rareté de ces fractures. Le docteur Avrard communique au Journal de Chirurgie l'observation suivante d'un cas de fracture directe de cette apophyse.

Au mois de décembre 1838, le nommé Kélennec, âgé de vingt sept ans, constitution athlétique, quartier-maître à bord de la corvette la Thisbé, sur laquelle j'étais alors embarqué, fut blessé dans les circonstances suivantes:

Debout sur les barreaux d'une échelle de revers, à laquelle il se tenait de la main droite, cet homme voulut soutenir seul, avec la main gauche élevée plus haut que la tête, l'extrémité d'une vergue de bonnette basse que l'on descendait rapidement sur le pont. La vergue ayant glissé dans la main vint frapper la partie supérieure de l'épaule gauche.

La douleur fut très vive, et, une heure après, je trouvai Kélennec dans l'état suivant:

Contusion légère de l'épaule gauche dans une étendue correspondant au tiers-externe de la clavicule; pas de déformation de l'épaule; les mouvements de rotation du bras en dehors et en dedans faciles et peu douloureux; le mouvement d'élévation possible, mais douloureux.

Le bras étant complétement abandonné aux mains d'un aide et dans la position horizontale, je constatai, ainsi que le chirurgien-major, M. Delussay, qu'il existait, à deux centimètres du sommet de l'acromion et dans une direction exactement perpendiculaire à son grand axe, une dépression de trois à quatre millimètres de largeur. Le pouce droit appliqué sur l'acromion percevait d'une manière très nette la mobilité, quand on abaissait le bras et le moignon de l'épaule, ou que l'on déprimait avec le pouce gauche le sommet de l'acromion. La crépitation était douteuse.

J'appliquai des compresses résolutives et le bandage de Desault. Je réappliquai le bandage le troisième et le cinquième jour; le septième, aucune trace de contusion n'existant plus, et la gêne déterminée par ce bandage n'étant pas compensée par ses faibles avantages, je le remplaçai par une écharpe triangulaire dont le plein passait sous le coude.

Le dixième jour, Kélennec se débarrassa de son bandage, et voulut reprendre son service.

La région acromiale continua pendant quelques semaines d'être douloureuse, mais seulement lorsque cet homme faisait des efforts pendant le mouvement d'élévation du bras, quand, par exemple, il montait dans la mature.

Trois mois après la fracture, un examen attentif ne me permit de constater ni dépression, ni mobilité. Il n'y avait plus de douleur, quelque fût le mouvement imprimé au bras, et la force était la même qu'avant l'accident.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants.

M. P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continue son cours et ses opérations tous les jeudis, de huit heures à dix heures, pendant tout le semestre d'hiver.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IV[e] volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 3. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

De la pleurésie.

Au n° 2 de la salle Saint-Bernard, est couchée une femme qui nous présente une pleurésie à un degré de simplicité qui ne nous fait concevoir aucune inquiétude immédiate. Cependant les causes auxquelles il est possible de la rapporter, et quelques-unes des circonstances qui lui ont donné naissance et qui l'entretiennent, lui donnent à notre avis assez d'importance pour que nous pensions utile de vous en entretenir.

C'est une femme de vingt-neuf ans, d'une constitution délicate, pâle, d'une santé assez habituellement débile, sans être cependant mauvaise; il y a six mois, elle eut une hémorrhagie utérine, survenue sans cause appréciable, qui dura pendant près de six semaines. Pendant toute la durée de l'hémorrhagie, le sang coula aussi abondamment qu'il coule ordinairement pendant ses époques menstruelles. Jusqu'à cette perte, il n'y avait pas eu de retard dans ses règles; elle avait toujours été bien menstruée, et il n'est pas naturel d'après cela de supposer qu'elle fût enceinte et qu'elle ait fait une fausse couche. Nous avons dû nous assurer de l'état de l'utérus par une exploration directe. Disons encore que cette femme a déjà eu plusieurs enfants, et qu'elle n'avait aucun intérêt à cacher une nouvelle grossesse dans le cas où elle aurait été enceinte. Nous avons cru nécessaire de pratiquer le toucher, afin de nous convaincre qu'il n'existait du côté de l'appareil utérin aucune circonstance qui pût expliquer cette hémorrhagie. Voici ce que nous trouvâmes : Le museau de tanche présente au toucher quelque chose de mollasse, qui n'est ni la consistance de l'état normal, ni l'état lisse du col sain. Je suis porté à croire, d'après cette seule exploration avec le doigt, qu'il existe sur le col de la matrice des granulations assez nombreuses. On sait que les granulations sont une cause assez fréquente d'hémorrhagie utérine. Nous n'avons cependant, malgré cette probabilité de l'existence des granulations, pas jugé à propos de l'examiner à l'aide du spéculum ; nous avons réservé cette exploration pour un moment plus opportun et lorsque la malade sera complétement guérie de la pleurésie dont elle est atteinte.

Deux motifs nous font une loi de suspendre jusque-là cet examen direct de l'organe : d'abord la crainte d'exposer la malade au froid, puis nous avons redouté l'émotion que ne manque jamais de causer aux femmes cette manœuvre, si délicatement qu'elle puisse être faite. Nous n'aurons une certitude complète de l'existence de cette altération morbide que lorsque nous aurons vu la rougeur et les granulations que nous ne faisons que soupçonner par la sensation que le toucher nous a fait éprouver.

Une fois la perte arrêtée, la santé se rétablit, et pendant trois mois environ la malade se porta assez bien. Au bout de ce temps elle fut prise d'un mouvement fébrile assez intense, revenant à époque et heure fixes ; état fébrile qui ne paraît pas cependant avoir porté un trouble dans les fonctions organiques. Ces accès disparurent après avoir duré trois semaines environ ; la malade n'avait pris, en fait de traitement, aucun fébrifuge; elle nous dit avoir seulement pris des pilules qu'elle laissait fondre dans la bouche, et qui étaient sucrées. Ces prétendues pilules n'étaient donc autre chose que des pastilles, et à coup sûr ne contenaient point de sulfate de quinine; car l'amertume excessive de ce sel n'eût pu échapper à la malade. Le médecin qui lui donnait ses soins à ce moment n'avait donc pas pensé que l'on eût affaire à une fièvre intermittente primitive et idiopathique. La santé s'était rétablie de nouveau presque complétement, lorsqu'il y a quinze ou vingt jours survinrent de nouveaux troubles; inappétence, céphalalgie pendant deux jours, puis douleur dans le côté gauche de la poitrine; la douleur persista pendant quelques jours, peu forte, occasionnant seulement un peu de difficulté dans la respiration, mais non assez intense pour empêcher la malade de se lever, de vaquer même aux soins de son ménage. Cette douleur dura cinq jours, disparut, et pendant deux semaines entières la malade se regarda comme tout à fait bien portante, quoiqu'il lui restât un peu d'essoufflement et d'oppression, surtout lorsqu'elle montait ou marchait vite.

Enfin il y a dix jours aujourd'hui, il se déclara de la fièvre; désordre plus grand dans les fonctions. Cette femme fut alors forcée de se mettre au lit. Il y a quatre jours qu'elle est entrée à l'hôpital; et voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée :

Visage assez animé, peau un peu chaude, pouls à 100-104 par minute. A la percussion, son obscur dans les deux tiers inférieurs du côté gauche; absence de bruit respiratoire dans la région de la matité; souffle bronchique; pendant que la malade parle, retentissement égophonique de la voix. Légère voussure du côté malade. Un purgatif fut administré; des boissons diurétiques. Diète.

Nous vîmes la malade le lendemain pour la première fois. Son état était à peu près le même que la veille. L'étendue de la matité avait seulement un peu augmenté, ainsi que l'égophonie et le retentissement de la voix. Le visage était assez calme, la physionomie n'était pas celle d'un sujet atteint de maladie grave et sérieuse. La respiration n'était pas accélérée. Ce fait, rapproché de la matité qui occupe les deux tiers inférieurs du côté gauche de la poitrine, est de la plus haute importance pour le diagnostic. Examinons la valeur de ces symptômes, et tâchons de déduire les conséquences logiques auxquelles il nous conduit nécessairement.

Le son mat de la poitrine pouvait être ici produit presque exclusivement par deux causes. Il pouvait y avoir, ou épanchement de liquide dans la cavité pleurale, ou hépatisation du parenchyme pulmonaire. De ce fait seul, qu'avec un son mat dans une grande étendue de la poitrine, la malade présente une habitude extérieure presque normale, un visage calme, une respiration peu précipitée, nous concluons tout d'abord, et sûr de ne pas nous tromper, qu'il ne peut pas y avoir là hépatisation du poumon. S'il y avait phlegmasie du parenchyme avec hépatisation, il y aurait évidemment des phénomènes généraux très intenses. L'épanchement pleurétique est la seule affection qui puisse donner lieu à ces symptômes locaux sans réaction fébrile. En médecine, il est toujours nécessaire de tenir compte des circonstances qui, rapprochées les unes des autres, se prêtent un mutuel appui, et servent à établir le diagnostic.

En même temps que cette femme offre un son obscur dans la partie inférieure de la poitrine, on observe chez elle une voussure manifeste du côté malade. Mais il faut faire attention que quelquefois cette voussure peut dépendre d'une mauvaise conformation du thorax. Il ne faut pas d'un seul signe tirer de suite et sans réflexion des conclusions qui pourraient être hasardées; mais si cette convexité de la poitrine ne saurait être toujours un signe pathognomonique et caractéristique, si l'on examine simultanément les autres conditions individuelles du sujet, on arrive assez facilement à en déterminer la valeur. La respiration bronchique, qui se fait entendre dans tous les points où le son est obscur, n'appartient pas exclusivement et absolument à l'hépatisation du poumon; dans la pleurésie, elle se fait entendre presque toujours dans le point correspondant au sommet de la couche de liquide. Dans les deux affections il est à peu près identique, et, s'il n'y avait que ce signe, il serait impossible de les distinguer. Mais il n'en est pas de même du retentissement de la voix, qui diffère dans la pleurésie et dans la pleuropneumonie. Dans la première, il est saccadé; dans la seconde, il ne l'est point. Il est cependant des cas de pleurésie où la voix ne chevrote pas, tout comme dans certaines pneumonies ce chevrotement existe; ce sont des circonstances exceptionnelles qui peuvent dépendre ou de ce qu'il existe des fausses membranes, ou de ce qu'un peu de liquide est épanché dans la cavité de la plèvre. Ainsi, l'égophonie est un signe d'une assez grande valeur; mais seule elle ne pourrait être regardée comme caractéristique.

Nous aurions pu changer la position de la malade, et chercher à déplacer ainsi le niveau du liquide. Nous ne l'avons pas essayé, et c'est une manœuvre qu'en général nous n'aimons pas à pratiquer, et cela pour plusieurs raisons. Nous avons toujours peur d'étendre la maladie en déterminant le contact du pus ou du liquide, si innocent soit-il, sur des points auxquels il ne touchait pas. Ensuite, il peut s'être formé des adhérences qui, encore molles et peu résistantes, se laissent déchirer par le déplacement du liquide. On peut faire refroidir les malades et augmenter l'intensité de l'affection. Enfin, les renseignements que procure cette exploration ne sont pas d'une grande utilité. Quelque légers que puissent être tous ces inconvénients, il ne faut pas risquer de faire quelque chose qui soit susceptible d'augmenter l'intensité de l'affection. Ce ne serait que dans les cas où il y aurait une véritable difficulté à établir le diagnostic qu'il faudrait se servir de ce moyen d'exploration. S'il n'y a qu'incertitude sans grand avantage pour le traitement, le danger que l'on fait courir au sujet compense largement l'avantage que l'on pourrait retirer de la juste et exacte détermination de l'affection.

Ainsi en rapprochant tous ces phénomènes, son mat, poitrine voûtée, probablement sous l'influence de l'épanchement, souffle bronchique, retentissement de la voix très rapproché de l'oreille au sommet de la poitrine, plus éloigné mais encore distinct à la base, nous arrivons à la certitude de l'existence d'une pleurésie avec épanchement. Deux mots sur ce dernier phénomène, qui est dû à la forme pyramidale de la cavité thoracique, et par conséquent de la colonne de liquide qui se moule sur elle. Le liquide épanché dans la plèvre présente une couche mince au sommet, épaisse en bas; aussi dans un grand nombre de cas, la respiration bronchique n'est-elle perceptible que dans la partie supérieure. Ces deux phénomènes, souffle ou respiration bronchique, et retentissement de la voix, se montrent ordinairement ensemble. La respiration bronchique disparaît habituellement la première, parce qu'elle est la plus faible, et le retentissement égophonique de la voix persiste plus longtemps. Lorsque l'épanchement devient plus considérable, il n'y a plus de respiration bronchique. Lorsque la couche de liquide est d'une épaisseur telle que le poumon se trouve repoussé loin de la paroi thoracique et par conséquent de l'oreille, il y a absence complète de bruit respiratoire, soit pur, soit modifié d'une manière quelconque. A cette époque, il n'est plus possible de confondre l'hépatisation avec la pleurésie. Dans l'hépatisation, le souffle et le retentissement de la voix persistent toujours; devenant d'autant plus forts, que la maladie fait des progrès. Dans la pleurésie ces deux phénomènes cessent de se faire entendre lorsque la collection de liquide est très abondante, et remplit exactement toute la cavité.

Nous devons cependant vous signaler un cas exceptionnel. Dans l'inflammation du parenchyme du poumon, il n'y a pas toujours hépatisation, c'est-à-dire, endurcissement du tissu du poumon. Il y a des cas où l'inflammation détermine une splénisation, un ramollissement de ce même tissu; dans ce cas, il est facile de comprendre qu'il n'y a ni souffle, ni retentissement de la voix. Vous pourriez croire alors qu'il y a là un épanchement pleurétique circonscrit, et cela d'autant mieux, qu'il y a une matité circonscrite et facile à limiter à la percussion. La raison de cette matité sans souffle ni retentissement de la voix, c'est dans la mollesse du tissu qu'il faut la chercher. La dureté et la résistance du tissu pulmonaire sont nécessaires pour qu'ait lieu la transmission du souffle et le retentissement de la voix. L'organe n'est plus dans les conditions matérielles nécessaires à la production du phénomène. Nous le répétons, sans la splénisation du poumon, il n'y a ni retentissement de la voix, ni souffle bronchique. Nous y reviendrons plus tard, en nous occupant de la pneumonie, à laquelle nous consacrons chaque année quelques-unes de nos conférences cliniques sur le diagnostic différentiel de la splénisation et de l'hépatisation du poumon.

Dans le cas actuel, nous n'avons ni les phénomènes locaux, ni les phénomènes généraux que l'on observe dans l'hépatisation du poumon; nous n'avons ni les crachats sanglants, ni la fièvre; nous avons donc affaire à un épanchement pleurétique; cet épanchement s'est accompagné de phénomènes réactionnaires peu graves, peu intenses; pendant les premiers jours de sa maladie, cette femme allait et venait, sortait de chez elle, vaquait à ses occupations; elle mangeait encore un peu de viande, et même avec assez d'appétit. Le nombre des pulsations, qui était de 100 au moment de l'entrée, a varié tout au plus de quelques-unes en plus ou en moins pendant le cours de la maladie jusqu'à présent.

Une chose que nous avons à nous demander aujourd'hui, c'est quels rapports il peut exister entre la douleur qui s'est fait sentir il y a trois semaines et les symptômes que l'on constate maintenant? Cette douleur avait été précédée de mouvement fébrile; elle a duré pendant quatre ou cinq jours, présentant toute l'apparence d'une simple douleur rhumatismale, d'une pleurodynie. Nous avons souvent insisté, et nous insistons tous les ans sur ce fait, que la pleurodynie doit toujours inspirer au médecin les craintes les plus sérieuses. La pleurodynie, c'est le plus souvent une pleurésie qui commence, et contre laquelle on ne saurait trop se mettre en garde. La douleur pleurodynique est ou une inflammation pleurale au début, ou une forme rhumatismale très suspecte. Presque toujours, à la suite d'une pleurodynie un peu violente, vous verrez survenir un épanchement dans la plèvre. Aussi regardons-nous comme une loi thérapeutique la nécessité de combattre la pleurodynie avec vigueur.

Chez la femme dont nous parlons, il y a ceci de curieux que la douleur a existé avant que la malade présentât aucun signe de pleurésie, et que maintenant qu'elle a une pleurésie bien évidente, bien confirmée, avec collection séreuse dans la poitrine, elle ne ressent plus de douleur. La douleur, cependant, à nos yeux, appartenait bien à la pleurésie; mais la maladie a marché lentement, et, peu à peu, a pris une forme subaiguë ou chronique, ordinairement exempte de toute douleur.

La pleurésie est d'importance et de gravité diverses, suivant qu'elle est primitive ou secondaire ; quand elle est primitive, elle peut se présenter sous deux formes bien différentes : la pleurésie que nous appellerons séreuse, et la pleurésie purulente ; la seconde beaucoup plus grave que la première.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Tétanos spontané suivi de guérison. Observation recueillie par M. BOURGOGNE.

Rondel (François), âgé de cinquante-huit ans, terrassier, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, entra à l'hôpital le mercredi 3 décembre 1845.

Le samedi précédent, le malade, qui habite une chambre humide, nous dit avoir éprouvé une vive douleur dans la région lombaire ; douleur qui s'étendit ensuite aux jambes, de telle sorte qu'il lui fut impossible de les fléchir.

Le dimanche, cet état empira ; mais il y eut une notable rémission le lundi, car il put faire une lieue à pieds.

Mardi, les premiers symptômes reparurent ; et depuis ce jour jusqu'au moment où le malade entra à l'hôpital, ils ne firent qu'augmenter.

Toutes les parties du corps furent alors minutieusement examinées ; on ne trouva ni blessure, ni contusions ; on ne put découvrir que quelques égratignures non enflammées, et vraiment insuffisantes pour qu'on pût attribuer à ce tétanos le caractère traumatique.

Aujourd'hui, jeudi 4 décembre, lendemain de son arrivée, et sixième jour de la maladie, il existe une grande roideur des membres abdominaux, dont les principaux muscles forment une saillie prononcée, quoique le sujet, d'un embonpoint médiocre et d'un âge déjà avancé, ne soit pas des plus vigoureux ; et tous les moyens employés pour les fléchir sont inutiles.

De plus, ces parties sont agitées par intervalles de légères convulsions cloniques, et sont le siége d'élancements subits et très douloureux, qui vont s'irradier jusque dans les reins. Ces convulsions et ces paroxysmes de douleur sont facilement provoqués par l'attouchement des membres contracturés, dans lesquels la sensibilité est parfaitement conservée, et même exaltée.

On a essayé de faire marcher le malade ; mais il n'a pu s'avancer que très lentement, en traînant les pieds, et encore eut-il besoin de l'aide de deux personnes.

Quant aux membres thoraciques, ils sont dans leur état normal. Les muscles de la partie antérieure du thorax sont un peu moins roides ; ceux de l'abdomen sont parfaitement libres. Rigidité des muscles de la partie postérieure du cou et du tronc, qui empêche le malade de se mettre complétement sur son séant, soit au lit, soit dans le bain. Un peu de trismus ; parole embarrassée ; pas de céphalalgie ; pas de bourdonnements d'oreilles ; constipation ; respiration et circulation normales. — Saignée de 400 grammes ; un bain ; ventouses scarifiées à la région lombaire ; tartre stibié, 0,05 dans un pot de limonade. Le soir, un bain de vapeur pour favoriser la transpiration ; julep avec opium, 0,05.

Le 5 décembre, le sang tiré de la veine est couenneux. Le malade n'a pu rester que très peu de temps dans le bain, où il souffrait de le flexion forcée du tronc en avant. Sueurs abondantes ; décubitus dorsal obligé. Même contraction très énergique, permanente, douloureuse, des muscles de la cuisse, de la jambe et de la partie antérieure de la poitrine. Les muscles de la colonne vertébrale participent à cette rigidité ; mais ceux du cou sont en partie libres. Contraction douloureuse des muscles abdominaux, qui étaient souples hier. Hémi-érection de la verge ; rigidité des muscles de la langue ; trismus toujours incomplet, permettant l'écartement des mâchoires nécessaire pour introduire facilement les boissons et tirer la langue jusqu'au niveau des lèvres. Exaltation de la sensibilité profonde. La contracture s'exaspère, tant le jour que la nuit, à des intervalles très rapprochés et sous forme de paroxysmes très douloureux. Il y a aussi quelques rémissions, mais jamais assez prononcées pour que le malade recouvre l'usage, même imparfait, des membres inférieurs.

84 pulsations ; déglutition facile ; pas de garderobe ; excrétion urinaire naturelle ; muscles respirateurs libres. — Limonade suc., 2 pots, et dans chaque pot 0,05 de tartre stibié ; j. gommeux avec 0,10 d'extrait thébaïque ; ventouses à la région lombaire pour tirer 200 grammes de sang ; saignée de 250 grammes. Le soir, un bain de vapeur.

Le 6, le sang de la seconde saignée est encore couenneux ; sueur abondante ; rigidité des membres inférieurs un peu moins prononcée ; mais il faut tenir compte de la faiblesse du malade. La demi-érection de la verge continue ; les muscles du ventre et de la poitrine sont souples, mais il existe toujours de la contracture dans ceux du dos. Trismus au même degré que les jours précédents. Le pouls est à 112 ; 24 respirations ; langue un peu blanche ; pouls embarrassé ; pas de garderobe ; miction régulière. — Limonade suc. 2 pots ; calomel, 0,50, et opium, 0,10, en 3 pilules ; diète.

Le 7, contracture des membres inférieurs plus prononcée qu'hier ; ventre tendu, plat, présentant une consistance ligneuse ; opisthotonos plus manifeste ; courbures du tronc à convexité antérieure. La contracture des parois du ventre est intermittente, et se reproduit constamment sous l'influence de l'attouchement.

Respiration presque entièrement diaphragmatique ; pas de mouvement sensible des côtes. 108 pulsations ; la constipation persiste. Calomel 0,60, extrait thébaïque 0,10, en 3 pilules ; huile de ricin, 20 grammes dans 2 bouillons gras, à prendre, l'un le matin, l'autre le soir.

Le 8, ventre moins tendu qu'hier ; contractions paroxystiques des muscles très douloureuses ; face un peu grippée ; respiration pénible ; 32 respirations pendant un paroxysme ; pouls assez développé ; pas de sommeil ; constipation opiniâtre. Quant au reste, même état qu'hier. — Limonade sucrée, 3 pots ; lavement purgatif des peintres ; calomel 0,10, opium 0,05, en 3 pilules ; huile de ricin, 20 grammes dans 2 bouillons.

Le 9, un peu moins de douleur qu'hier, quoique la bouche s'ouvre peut-être moins facilement. La roideur des membres abdominaux et du tronc persiste à peu près au même degré, mais les commissures buccales sont un peu tirées en arrière (rire sardonique). Les paroxysmes ne sont pas plus fréquents que les autres jours, et ils sont un peu moins prolongés. Il y a eu du sommeil. 94 pulsations. Respiration toujours diaphragmatique. Le malade est enfin allé deux fois à la selle. — Lim. suc., 2 pots ; julep op., 0,10. On juge convenable d'alimenter le malade : 2 bouillons, 2 soupes.

Le 10, diminution générale dans la rigidité tétanique. Le malade ouvre un peu mieux la bouche, et remue assez bien la tête à droite et à gauche, mais ne peut la fléchir ou la renverser en arrière. La contracture paroxystique dure moins longtemps, même quand elle est provoquée par le touche. Cependant les paroxysmes se renouvellent encore au moins trente fois par jour ; les uns disparaissent en quelques secondes, les autres durent de cinq à dix minutes ; 94 pulsations. Respiration diaphragmatique, quoique libre. Le dévoiement a remplacé la constipation. — Lim. suc., 2 pots ; julep op., 0,05 ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 11, le malade a bien dormi, il n'a pas eu beaucoup de contracture la nuit, et la durée des accès a été seulement de quelques secondes ; cependant le trismus est beaucoup plus prononcé, et le muscle sterno-mastoïdien gauche est fortement contracté. D'ailleurs, ventre souple ; immobilité toujours forcée des jambes et du tronc, dont la rigidité diminue toujours plutôt qu'elle n'augmente, mais non douloureuse ; 22 respirations, 84 pulsations. — Lim. suc., 2 pots ; julep op., 0,10 ; 2 bouillons, 2 soupes. Le soir, 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, dans le cas où le trismus continuerait.

Le 12, cette dernière prescription n'a pas reçu d'exécution, le trismus ayant diminué, et le muscle sterno-mastoïdien étant moins contracté le soir ; amélioration qui persiste aujourd'hui et s'étend aux muscles des autres régions. La langue est plus facilement tirée hors de la bouche ; respiration toujours diaphragmatique, quoique facile ; 94 pulsations ; pas de garde-robe. — Lim. suc. ; julep op., 0,10 ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 13, l'amélioration se soutient ; ventre souple, on peut le toucher sans déterminer de contracture ; langue humide ; sudamina nombreux à la base de la poitrine ; la diarrhée a définitivement cessé. — Lim. suc. ; julep op., 0,10 ; 2 soupes, 2 potages.

Le 14, le malade se trouve plus souffrant depuis ce matin, sans que l'on puisse attribuer ce changement à une imprudence. La face est altérée, pâle, couverte, ainsi que le tronc, d'une sueur froide et visqueuse ; demi-érection de la verge ; contracture violente et douloureuse des membres abdominaux, plus prononcée du côté gauche ; ventre médiocrement tendu ; muscles du cou assez lâches ; affaissement sensible du malade, qui a été souvent assoupi dans la journée ; respiration plus difficile. — Lim. suc. ; julep op., 0,10 ; deux cuillerées à bouche d'huile de ricin dans deux bouillons de bœuf.

Le 15, hier soir, les contractures ont été fréquentes et ont fait beaucoup souffrir le malade ; mais l'exacerbation d'hier a complétement cédé dans la nuit. La rigidité des membres inférieurs est modérée ; le ventre est un peu dur. Au total, l'état général est redevenu satisfaisant ; le malade a dormi d'un bon sommeil ; 80 pulsations ; 16 respirations ; appétit. — Lim. suc. ; julep gom. op., 0,10 ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 16, moiteur ; toujours quelques crampes dans les jambes forcément immobiles ; 94 pulsations ; pas de garde-robe ; appétit ; 22 respirations. — Lim. suc. ; julep op., 0,10 ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 17, hier soir, douleurs intenses dans les jambes, qui néanmoins commencent à exécuter quelques mouvements ; le cou et le tronc gagnent dans la même proportion. Ce matin, le malade ouvre bien la bouche ; la respiration est libre ; 76 pulsations. — Lim. suc. ; julep op. ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 18, état de plus en plus satisfaisant ; le malade fléchit un peu les jambes et commence à courber le tronc ; 76 pulsations. — Lim. sucrée ; julep op., 0,10 ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 19, le malade ouvre facilement la bouche, et fléchit un peu mieux les jambes et le tronc, quoiqu'il y ait nécessairement un peu de roideur dans ces mouvements ; 72 pulsations ; appétit. — Idem ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 20, le mieux continue à faire des progrès rapides. Le malade peut s'asseoir dans son lit ; les douleurs sont bien plus rares dans les jambes ; 68 pulsations ; deux garde-robes ; appétit. — Limonade sucrée ; julep op., 0,05 ; 2 bouillons, 2 soupes.

Le 21, l'amélioration continue. — Une portion.

Le 22, les crampes sont devenues très rares et de peu de durée. Presque tous les mouvements du tronc et des jambes peuvent être exécutés, quoique avec un peu de roideur ; mais les muscles ne sont plus contractés d'une manière permanente. — Lim. suc. ; julep op., 0,05 ; une portion.

Le 23, l'état du malade est encore amélioré. — Lim. suc., 2 portions.

Le 24, idem.

Le 25, convalescence complète.

Le 4 janvier 1846, le malade marche toujours, sans entraves, vers la santé ; il mange actuellement quatre portions de l'hôpital, se lève les trois quarts de la journée. Il ne lui reste plus qu'un peu de roideur dans les muscles des parties qui ont été si gravement et si douloureusement affectées.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 6 janvier 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Melier, secrétaire annuel, donne communication d'une lettre de M. Raciborski, relative à deux cas d'abcès fistuleux par suite de phthisie tuberculeuse.

— *M. Roche*, président, remercie l'Académie, dans une courte allocution, de l'honneur qu'elle lui a fait en l'élevant au fauteuil de la présidence. Il propose de voter des remerciments à M. Caventou, président sortant.

M. Nacquart propose de voter aussi des remerciments à M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel sortant.

Cette double proposition est adoptée.

— *M. le président* communique le discours qu'il a adressé au Roi à l'occasion du 1er janvier, et la réponse de Sa Majesté.

Le Roi a répondu : « Qu'il était un exemple frappant des bienfaits de la médecine ; car, malgré mes soixante-onze ans, vous voyez, Messieurs, a-t-il dit, que je me porte bien. »

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport de M. Velpeau sur les injections iodées.

M. Roux, premier orateur inscrit, rappelle le sujet du débat, reproduit, en la résumant, sa première argumentation, et s'attache surtout à venger les injections vineuses des reproches qui leur ont été adressés dans le traitement de l'hydrocèle. Il ne voit absolument aucun motif de leur préférer les injections iodées, dont il craint qu'on ait caressé l'idée avec un sentiment trop vif de paternité. Quand la chirurgie est depuis long-temps en possession d'un moyen sûr, éprouvé, innocent dans l'immense généralité des cas, il est vraiment fâcheux de venir jeter la perturbation dans les esprits, en préconisant un moyen nouveau qui ne se présente pas encore avec la double garantie du nombre des cas de succès et d'une expérience suffisamment longue. Pour son compte, il a déjà opéré par l'injection vineuse, plusieurs malades qui avaient déjà infructueusement subi l'injection iodée.

M. Roux termine par des considérations sur le mécanisme de la cure radicale de l'hydrocèle. Il ne la comprend pas sans l'adhésion de la tunique vaginale.

M. Velpeau. Que M. Roux ait opéré quelques malades dont l'hydrocèle avait résisté à l'injection iodée, cela ne prouve pas grand chose ; car, retournant cet argument, je pourrais lui dire que, quand j'ai pris son service à la Charité, j'ai opéré par l'injection iodée quelques malades qui avaient été inutilement traités par l'injection vineuse. Je ne conteste pas la possibilité absolue des récidives par l'injection iodée ; je dis seulement qu'elle est moins fréquente, et je m'appuie maintenant sur une masse considérable de faits.

Quant aux accidents que peuvent produire les injections vineuses, ce n'est pas moi qui les ai indiqués et qui en ai cité des exemples ; au contraire, je les ai toujours considérées comme un excellent moyen que j'emploierai toujours si j'étais privé d'iode. Vous dites que l'injection vineuse n'est pas douloureuse ; mais voici ce qu'en dit un de ses partisans. (Ici M. Velpeau lit un passage de M. Blandin, dans lequel ce chirurgien décrit la douleur que produit l'opération.) — Vous dites que l'injection vineuse est innocente ; écoutez encore un de ses partisans. (Second passage du même auteur, où sont énumérés les accidents qu'elle a occasionnés). — Voulez-vous savoir maintenant ce que j'en pense moi-même ? (M. Velpeau lit un passage de ses ouvrages dans lequel il rend justice à l'injection vineuse.)

Ainsi donc, ce n'est pas moi qui ai detaillé et grossi à plaisir les inconvénients de l'injection vineuse ; je l'ai appréciée, au contraire, comme elle mérite de l'être, mais je n'ai pu m'empêcher de reconnaître que l'injection iodée lui était de beaucoup supérieure. On me demande des faits comparatifs ; mais pendant quinze ans j'ai opéré l'hydrocèle par l'injection vineuse, depuis douze ans je l'opère par l'injection iodée : les faits comparatifs sont très nombreux, et c'est à cause de leur nombre et de leur parfaite ressemblance que je me corrobore de plus en plus dans mon opinion sur l'injection iodée.

M. Jobert (de Lamballe). Je regrette de n'avoir pas entendu le rapport ; mais la discussion qui l'a suivi a pris assez de développement pour que je puisse me permettre de donner mon avis sur la question.

Trois objections principales ont été faites aux injections iodées ; on leur a reproché d'amener des récidives, de produire la gangrène, de produire l'intoxication. Examinons ces trois graves reproches.

1° La récidive. Personne ne la nie d'une manière absolue. La théorie aussi bien que l'expérience s'accordent à prouver qu'elle est possible ; mais dans quelle proportion ? Voilà le point vraiment intéressant et pratique du débat. La récidive est-elle plus fréquente que par l'injection vineuse ? Je le nie complétement, et j'ai pour moi l'autorité d'un grand nombre de faits. Est-elle aussi fréquente ? Je le nie encore ; car sur 70 cas que je possède d'injections iodées dans l'hydrocèle, je n'ai vu qu'un seul cas de récidive ; et encore le cas était-il mauvais, et aurait-il dû, je l'avoue, être traité par une autre méthode, l'excision, par exemple. Par l'injection vineuse, la récidive est incomparablement plus fréquente. Parmi les nombreux exemples que j'en pourrais rapporter, je n'en citerai qu'un, qui est relatif à un jeune Anglais qui subit deux fois, en Angleterre, par les mains d'un chirurgien très distingué, et une troisième fois en France, l'injection vineuse, et toujours infructueusement. Il n'a pu être débarrassé de son infirmité que par l'excision. Ainsi donc, sur ce premier point, les faits prouvent que la récidive est de beaucoup moins à craindre par l'injection iodée que par l'injection vineuse.

2° La gangrène : on peut établir d'une manière certaine que si l'injection est bien faite, cet accident n'arrivera jamais. Il ne s'est produit que lorsque l'injection a été poussée en dehors de la tunique vaginale ; est ce que dans de pareilles circonstances l'injection vineuse est exempte de cet accident ? Mais encore ici je vois un avantage très marqué pour l'injection iodée, tandis qu'une injection vineuse mal faite peut produire, comme les auteurs en rapportent des exemples, d'effroyables ravages : la gangrène totale du scrotum, des péritonites générales, la gangrène même du pénis et des parois abdominales ; par l'injection iodée mal faite, la gangrène a été toujours bornée à une petite étendue du scrotum ; elle ne s'est pas irradiée vers des organes importants ; les accidents inflammatoires ne se sont pas propagés vers l'abdomen, et les phénomènes morbides ont été plus facilement attaquables par les moyens de l'art. Sur ce point encore l'expérience me détermine à donner la préférence aux injections iodées.

3° L'intoxication : j'ai employé l'iode un grand nombre de fois et à de très hautes doses, je n'ai absolument rien vu qui puisse me faire craindre des accidents toxiques. Qu'une partie d'iode soit absorbée, je ne le nie pas ; mais je conteste que cette absorption produise l'intoxication.

M. Jobert fait un parallèle entre les injections vineuses et les injections iodées ; il énumère les inconvénients et les avantages des unes et des autres, et il conclut en faveur des injections iodées.

Ce n'est pas seulement au traitement de l'hydrocèle que M. Jobert a appliqué l'injection iodée ; il a traité avec succès un grand nombre d'abcès froids avec suppuration abondante et décollement considérable de la peau, des kystes hydatiques du poignet, des kystes tuberculeux du testicule, dont il rapporte un cas extrêmement curieux. Il lui est arrivé d'injecter 200, 250 grammes de teinture pure d'iode dans de vastes abcès froids, non-seulement sans déterminer des accidents, mais en produisant la guérison des malades qui n'auraient pu être guéris sans ce moyen.

Cette improvisation de M. Jobert a été écoutée avec un vif intérêt, et suivie de témoignage de satisfaction.

M. Gerdy. Je suis fâché que M. Velpeau ait pris pour lui ce que je disais l'autre jour d'une certaine chirurgie imprudente et téméraire que j'opposais aux sages prescriptions de nos maîtres. Je ne m'adressais pas à notre honorable collègue; mais je persiste dans le blâme que l'on doit infliger à l'imprudence chirurgicale. Je considère l'injection iodée comme le fait d'une chirurgie imprudente, et le discours que je viens d'entendre n'a pas modifié mon opinion. M. Jobert s'est fait l'apologiste..... extraordinaire de cette méthode; voyons donc ses arguments.

Sur la récidive, remarquons d'abord que M. Jobert a été véritablement trop heureux, un insuccès sur 70 opérations! C'est admirable. Ce qui l'est un peu moins, ce sont les faits de Calcutta, où M. Martin opère 200, 400, 800 hydrocèles par an au moyen de l'injection iodée. Car il faut bien que je fasse remarquer que M. Martin fait usage de ce moyen depuis longtemps, dans les mêmes circonstances que M. Velpeau, et absolument avec les mêmes formules. M. Velpeau a eu le bonheur inouï de se rencontrer exactement avec le chirurgien d'Asie. Ce qui est moins admirable, se sont les faits de M. Fricke (d'Hambourg). A Calcutta comme à Hambourg, les récidives sont nombreuses. J'en ai vu aussi pour mon compte de fréquents exemples.

Sur les accidents, M. Jobert n'en a pas vu; mais à Calcutta, mais à Hambourg, mais à Paris, on en a vu, douleur, suppuration, gangrène et le reste.

L'intoxication ne fait pas de doute pour moi; les expériences de M. Bavaut sont positives; des animaux ont été empoisonnés et sont morts à la suite d'injections d'iode dans le tissu cellulaire.

De quelque côté que j'examine la question, je ne vois aucun motif de donner la préférence aux injections iodées. J'en vois au contraire beaucoup de m'en tenir à l'injection vineuse, et si j'avais à opérer mon fils, je n'emploierai pas d'autre méthode.

Ce que je dis de l'hydrocèle, à plus forte raison je le dis de l'injection iodée dans les grandes articulations, dans les vastes abcès froids et surtout aux doses énormes auxquelles les a employées M. Jobert. J'avoue que je ne ferai jamais une pareille chirurgie.

M. Gerdy termine en rappelant ce qu'il a déjà dit sur la chirurgie imprudente.

M. Velpeau. Je serais presque tenté d'en vouloir aux injections iodées, qui produisent une telle excitation sur M. Gerdy. Voyons cependant à quoi se réduisent ses arguments si chaleureux. La question n'est pas de savoir si tel ou tel moyen réussit dans l'hydrocèle : il y a fort longtemps que nous savons ce que dit M. Gerdy à cet égard; mais la question est de savoir quel est le moyen qui guérit le mieux. Moi, je dis que c'est l'iode, et je le dis après une expérience de plus de 400 observations. A cela qu'oppose M. Gerdy? Rien que des faits partiels dont l'application est impossible. Je dis, me basant toujours sur mes 400 faits, que l'iode produit infiniment moins d'accidents que les autres moyens; que répond M. Gerdy? Des faits empruntés à des cliniques étrangères, car M. Gerdy n'est pas le seul que l'injection iodée ait irrité, ait comme blessé.

Je n'ai pas dit d'abord que l'injection iodée ne déterminait jamais de douleur; certains sujets en éprouvent; mais dans l'immense majorité des cas, les malades ne témoignent aucune douleur. Je pourrais citer un grand nombre d'exemples connus de mes collègues ici présents. Dans le cas où l'injection iodée produit de la douleur, elle est beaucoup moindre que par l'injection vineuse.

Les cas de M. Fricke, de Hambourg, ne sont rien moins que concluants. M. Fricke était aussi irrité contre l'iode, dont M. Oppenheim, un de ses collègues, avait préconisé les avantages. (Hilarité.) M. Fricke a employé l'iode à de trop faibles doses. Il voulait que la guérison fût obtenue le douzième jour; or, aucune méthode n'est aussi expéditive.

L'intoxication est-elle mieux démontrée? Pas le moins du monde. Il est vrai qu'on trouve l'iode dans les urines le premier, le deuxième, le troisième, très rarement le quatrième jour; mais cette absorption est si minime, que l'iode, serait-il un poison, ce qui est contestable, ne pourrait, dans aucun cas d'injection selon ma formule, produire des accidents d'intoxication. Mais, Messieurs, si l'iode empoisonnait, que serait-ce donc à une époque où l'on en fait une consommation si énorme et si générale? Ne le donne-t-on pas aujourd'hui à des doses considérables? Et les accidents toxiques qu'il détermine sont-ils donc bien fréquents?

On a parlé d'expériences sur les animaux; mais j'en ai fait, et je n'ai rien vu de semblable à ce qu'on rapporte. M. Gerdy s'appuie beaucoup sur les expériences de M. Bavaut, qui paraît aussi irrité contre l'iode, et fort au courant de ce que fait M. Gerdy; mais ces expériences manquent de détails suffisants. Les chiens étaient-ils jeunes ou vieux, grands ou petits, sains ou malades? Rien de tout cela. Et puis, à quelle dose a-t-on injecté l'iode? A la dose de 150 grammes! Est-il étonnant qu'un jeune chien à qui on aura injecté cette dose d'iode dans le tissu cellulaire de la cuisse ait succombé? J'ai ici une note qui m'a été adressée par un vétérinaire fort distingué de Paris, M. Leblanc, dans laquelle je vois qu'il a injecté l'iode dans les grandes articulations et même dans la plèvre avec un grand succès, sur des chevaux voués à la mort ou à l'incapacité.

M. Gerdy assure que ce n'est pas à moi que s'adresse son blâme sur la chirurgie téméraire; mais à qui donc s'adresse-t-il? C'est moi qui préconise l'injection iodée, l'injection iodée est le fait d'une chirurgie imprudente, je suis donc un chirurgien imprudent; je ne vois pas que M. Gerdy puisse sortir de là. C'est une mauvaise argumentation, à mon sens, que ces récriminations personnelles, que ces distinctions entre les chirurgiens prudents et les chirurgiens téméraires. Ne pourrait-on pas aussi établir une troisième classe de ces chirurgiens qui ne font rien et qui ne veulent pas que les autres agissent? Et M. Gerdy a-t-il bien bonne grâce de crier à la témérité, lui qui a inventé une méthode de traiter la hernie par laquelle il a eu 4 morts sur 60 opérés, une méthode qui ne guérit pas et qui fait mourir?

Il est plus de cinq heures; la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

M. Adolphe Brongniart a été élu vice-président pour l'année 1846. M. Mathieu occupe cette année le fauteuil de la présidence.

M. Roux a obtenu 18 suffrages pour la vice-présidence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 17 décembre 1845. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— On reprend la discussion sur le fait d'anatomie pathologique présenté dans la dernière séance par M. Malgaigne.

M. Robert dit que c'est à tort que M. Malgaigne prétend que depuis Morgagni on n'a pas tenu compte de la formation des caillots dans les cavités du cœur; plusieurs auteurs en ont parlé. Il y a quelques années, M. Legroux a fait une thèse sur ce sujet; et ce travail, qui contient beaucoup de faits semblables à celui de M. Malgaigne, est venu encore confirmer les idées qu'il avait souvent entendu professer et dans lesquelles il a été élevé, de la production des caillots des cavités droites du cœur comme causes de mort.

M. Guersant ne partage pas l'opinion de M. Malgaigne sur les causes de la mort de son malade. Les caillots prouvent que la circulation était gênée ou arrêtée dans les derniers instants de la vie; mais la cause de la mort est l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin survenue par suite de la résorption de l'urine qui peut très bien avoir eu lieu, quoique trois centimètres séparassent l'incision prostatique de la limite de la collection purulente. Dans les grandes incisions de la prostate, l'urine doit s'infiltrer peu à peu dans le tissu cellulaire. C'est par l'infiltration du tissu cellulaire du bassin qu'ont péri les malades qu'il a perdus, et il est convaincu que les succès qu'il obtient sont dus à ce que, pratiquant la taille bilatérale, il ne fait à la prostate que de petites incisions qui découvrent peu de tissu cellulaire. On a parlé des labeurs de l'opération comme cause déterminante de l'inflammation, il ne la rejette pas entièrement; cependant il a fait plusieurs fois des tailles qui ont été très laborieuses, entre autres celle qu'il a citée dans la dernière séance, et qui pourtant ont été suivies de succès.

M. Malgaigne répond qu'il croit se rappeler que dans la thèse de M. Legroux, qu'il ne connaît que par quelques extraits, la question de la présence des caillots dans le cœur reste douteuse, qu'on n'en peut pas donner la symptomatologie, et qu'ils n'ont guère été considérés que comme une maladie particulière. Il est donc permis de ne pas tenir un grand compte de ce travail, en le considérant seulement au point de vue de la question actuelle. Il ne nie pas que, chez son malade, l'abcès ait été cause de l'altération du sang; mais ce n'est pas lui qui a fait la rapidité de la mort. Il y a eu d'abord des accidents graves qui ont été amortis momentanément par le traitement, et qui ont reparu ensuite avec des circonstances qu'a très bien expliquées la lésion trouvée à l'autopsie; et si la collection purulente avait été la cause de la mort, il y aurait eu des symptômes différents. Il est des morts qu'on ne saurait attribuer à l'un ou à l'autre des organes centraux; mais ici, les altérations ont prouvé que c'est par le cœur que le malade a péri. En chirurgie, il y a des causes directes de mort qu'on saisit et que l'on voit pour ainsi dire; c'est le cerveau dans une fracture du crâne, c'est le cœur dans une plaie de cet organe. Mais, en médecine, les choses ne sont plus aussi simples; ainsi, il nous est impossible de comprendre et d'expliquer comment on meurt par la résorption purulente. C'est l'honneur de l'anatomie pathologique d'avoir démontré que l'on ne meurt pas par une opération, mais bien par les accidents qui peuvent en être la conséquence; il y a encore un grand pas à faire pour mettre le doigt sur la cause directe de la mort dans beaucoup de cas.

Quant à la possibilité de l'infiltration et de l'absorption du pus après la taille sans grandes incisions à la prostate, cela n'est pas douteux. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, après des divisions très minimes de la prostate, il y a eu de ces infiltrations; M. Lenoir en a trouvé dans des cas où elle avait à peine été divisée : on peut donc les attribuer aux fatigues de l'opération ou à quelque autre cause accidentelle, sans en accuser nécessairement les larges incisions.

M. Vidal (de Cassis) pense qu'il y a un fait qui ne peut être mis en doute; c'est celui de savoir si l'on peut mourir par un abcès. Pour lui, il est évident que cela ne peut pas être, et qu'il faut finalement l'intervention du cerveau, du cœur ou du poumon. Il n'insistera donc pas davantage sur ce point; mais il reste convaincu que les grandes incisions qui dépassent la base de la prostate sont nuisibles, et peuvent facilement être suivies d'épanchement d'urine. Ainsi, dans celle qu'a faite M. Malgaigne, il est allé au-dessous de l'aponévrose profonde, il a intéressé largement le tissu cellulaire du bassin; il est logique de croire que l'urine a pu passer dans ce tissu. On ne sait pas généralement assez que l'action de l'urine sur le tissu cellulaire peut varier.

Chez les vieillards elle agit en mortifiant les tissus qu'elle touche, mais sans qu'il y ait production purulente.

Chez les enfants, elle révèle sa présence par la formation d'abcès. Les petites incisions mettent le tissu cellulaire à couvert; mais c'est à condition qu'elles ne seront pas suivies de déchirures; car alors elles sont aussi graves que les grands débridements. Dans les cas cités par MM. Lenoir et Guersant, a-t-on bien vu si la prostate n'avait pas été déchirée; car si cela avait eu lieu, les abcès n'ont plus rien de surprenant. M. Vidal rappelle que quand il institua la taille suspubienne en deux temps, un chirurgien placé à la tête d'un grand hôpital lui disait qu'il se préoccupait trop des grandes incisions, et qu'à quelques jours de là ce praticien faisait plusieurs tailles hypogastriques après lesquelles les malades moururent des suites d'infiltration urineuse. Il ajoute qu'il a fait des recherches nombreuses pour savoir par quoi on meurt dans la taille, et qu'il a vu que le plus souvent c'est par suite de maladies des reins ou des uretères, par infiltration urineuse du bassin, et exceptionnellement par péritonite.

M. Robert se demande si la mort ne peut pas avoir lieu par d'autres causes directes que celles adoptées par M. Malgaigne. Il pense que dans la résorption purulente, par exemple, on ne peut pas dire par quel organe le malade meurt; on trouve des abcès dans divers tissus, on trouve le sang liquide, diffluent, décoloré : il faut donc tenir compte de cet état du sang; car on peut mourir d'une grande perturbation du système sanguin, comme on meurt d'une perturbation du système nerveux. Il n'est pas rare de ne trouver à l'autopsie d'individus qui ont succombé à la taille, qu'un abcès du bassin sans qu'il y ait quoi que ce soit au cœur. Ne peut-il pas se faire qu'il y ait phlébite des veines lésées? et M. Malgaigne a-t-il bien examiné les veines vésico-prostatiques divisées en nombre d'autant plus grand, que son incision a été plus large? Pour son compte, il a toujours présent à la pensée un fait qu'il a observé avec Dance. Un homme était mort à l'Hôtel-Dieu de résorption purulente, et l'on avait trouvé des abcès dans différents organes. Dance, qui croyait que les abcès ne pouvaient pas avoir lieu sans qu'il y eût de nécessité une phlébite, fit avec lui les plus grandes recherches, et ils finirent par trouver, dans la vessie, une épingle qui avait déterminé une ulcération avec abcès de la prostate et formation de pus dans les veines environnantes.

Quand on veut renverser un système généralement adopté, et qui a prévalu parmi les chirurgiens depuis Frank, Cheselden et tant d'autres, il faut un grand nombre de preuves et un examen bien attentif ou au moins bien minutieux.

M. Huguier dit que nous ne savons quelle est la cause de la coagulation du sang; il est porté à croire qu'elle pourrait bien se trouver dans l'introduction du pus dans ce liquide. Lorsqu'il était interne à l'hôpital des Enfants, il a fait l'autopsie d'un jeune sujet, qui avait succombé à une amputation de la cuisse faite pour une gangrène spontanée, et il a trouvé le sang coagulé dans toute la partie inférieure de l'aorte et dans ses divisions à partir du niveau de la mésentérique inférieure, en même temps qu'un vaste abcès dans la rate; l'enfant avait été tourmenté pendant longtemps par des accès de fièvre intermittente. Il s'était demandé en voyant l'intégrité des parois artérielles si dans ce cas, comme aujourd'hui dans celui de M. Malgaigne, le pus n'avait pas disposé le sang à la coagulation.

M. Guersant partage l'opinion de MM. Robert et Huguier. Il a fait une double amputation de cuisse dans un cas de gangrène spontanée; l'enfant a succombé, et à l'autopsie on a trouvé dans l'aorte un caillot qui commençait, comme dans le fait de M. Huguier, au niveau de la mésentérique inférieure sans aucune trace d'inflammation de la membrane interne.

M. Deguise fils a vu sur des sujets morts de pneumonie et de fièvre typhoïde des caillots au cœur bien plus volumineux que ceux présentés par M. Malgaigne, sans qu'il soit venu à l'idée de personne de leur attribuer la cause de la mort. Quand on trouve des abcès semblables à celui que portait le malade dont il est question, il n'est pas nécessaire de chercher une autre cause, celle-là étant bien suffisante.

M. Malgaigne croit que la théorie de l'influence du pus mêlé au sang comme cause de coagulation est jusqu'à présent une pure hypothèse à laquelle on ne peut pas s'arrêter.

Il regarde comme essentiel de répondre à ce qu'a dit M. Robert sur l'antiquité de la doctrine des larges incisions et sur le grand argument qu'elle a pour elle l'expérience des siècles : c'est le contraire qui est la vérité. Sans remonter plus loin que Franco, Franco coupait tout ce qu'il rencontrait sans se soucier de la prostate. Cheselden était renommé pour ses larges incisions. L'Académie royale de chirurgie craignait si peu les lésions du corps de la vessie qu'elle publia dans ses mémoires la méthode de Foubert, qui coupait tout à fait en dehors de la prostate. Enfin frère Côme, le dernier des grands lithotomistes du dix-huitième siècle, coupait toute l'épaisseur de la prostate, et c'est encore l'opinion de M. Souberbielle son élève. La doctrine actuelle est donc toute moderne; elle s'est glissée d'une façon qu'on dirait presque honteuse et subreptice, sans filiation bien connue. C'est Deschamps qui en a parlé le premier après avoir fait des expériences qui concluaient contre. Elle s'est fondée uniquement sur des données anatomiques sans un seul fait pratique. Depuis lors, elle a été adoptée par l'Ecole de Paris, dont elle flattait les tendances anatomiques, et par l'Ecole de Paris elle a été imposée en quelque sorte à la généralité des chirurgiens d'Europe. Ainsi, quand on vient répéter que l'incision extraprostatique expose à une infiltration d'urine, c'est une pure hypothèse, car cette infiltration n'a encore été démontrée par aucune autopsie.

M. Malgaigne n'admet pas comme prouvée la différence que M. Vidal établit sur l'action de l'urine chez les enfants et chez les vieillards. Il craint que l'on ait confondu l'infiltration de pus avec l'infiltration d'urine, et dans le fait qu'il a cité il est de toute impossibilité que l'urine ait franchi le pont de parties saines qui existait entre l'incision de la prostate et la limite de l'abcès.

On lui a dit aussi qu'il a bien pu exister une phlébite qu'il aurait laissée passer inaperçue. Il répond à cela que d'abord il n'y a pas eu chez son malade de symptômes d'infection purulente, qu'ensuite il a disséqué et séparé avec soin la prostate de la vessie, et qu'il n'a pas trouvé la moindre trace d'inflammation des veines et de formation de pus. Lorsque l'infiltration d'urine a lieu dans la taille suspubienne, elle tient souvent à des causes qui ne sont pas indiquées ou avouées par les opérations; et s'il y a une large ouverture aux parties molles, l'urine aura bien plus de tendance à sortir par là qu'à s'infiltrer dans le tissu cellulaire. Il en est de même au périnée.

M. Vidal trouve que M. Malgaigne a été mal inspiré en nous montrant l'histoire préférant les grandes incisions; car c'est précisément par suite des infiltrations d'urine que déterminaient les procédés de Foubert, de Thomas, de frère Jacques, que ces procédés ont été rejetés. Il dit que si les incisions étendues n'étaient plus à craindre, si l'on dépassait impunément les bases de la prostate, autant vaudrait pratiquer toujours la taille suspubienne, et pourtant ce n'est pas celle qui est généralement adoptée. Quelques personnes seulement la préconisent, et malheureusement elles ne la font pas assez ostensiblement pour que l'on puisse juger de leurs succès, d'après les statistiques qu'elles présentent.

— *M. Huguier* revient sur la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance relativement aux contractures musculaires causées par la syphilis, et dit qu'il ne croit pas à leur existence; il n'en a jamais vu. Il pense, avec Boerhaave, que le virus syphilitique respecte le tissu des muscles. Il est convaincu que souvent on a cru ce tissu malade alors qu'il ne l'était pas; ainsi on voit aux lèvres des pustules énormes, puis des ulcérations qui détruisent la peau, la muqueuse et le tissu cellulaire, mais qui laissent intact le muscle orbiculaire. A la longue il y a des nodus, des ulcérations profondes, mais qui ne détruisent pas le tissu charnu. On voit quelquefois des solutions de continuité très larges et très profondes à l'isthme du gosier qui dissèquent les muscles sans les entamer, ou qui n'arrivent à les intéresser et à les détruire que quand la maladie est très ancienne. Dans le cas de contracture des doigts qu'on pourrait citer, ce n'est pas le tissu musculaire qui est pris. Ces contractures ne se voient guère que lorsqu'il existe un psoriasis palmaire, et alors c'est l'altération de la peau qui se prolonge sur l'aponévrose palmaire et détermine la flexion des doigts.

M. Vidal proteste contre ce que vient de dire M. Huguier, et de ce qu'il n'a jamais vu la contracture syphilitique, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse exister, et c'est un fait qu'il est impossible aujourd'hui de mettre en doute. Il a actuellement dans son service, à l'hôpital du Midi, un homme qui a présenté une semblable contracture du droit antérieur de la cuisse, et qui avait en même temps une exostose du tibia. Ces deux symptômes ont cédé à l'iodure de potassium. Il a vu il y a quelques années une rétraction du biceps également syphilitique. A cette époque, il ne connaissait pas l'action de l'iodure de potassium; il a employé le mercure, et son malade a quitté l'hôpital sans être guéri.

M. Morel-Lavallée fait observer que jusqu'au fait dont vient de parler M. Vidal, on n'avait encore constaté la contracture syphilitique que dans le muscle biceps. Suivant lui, il y a ceci de remarquable dans cette affection : que le membre n'est douloureux que quand on veut l'étendre. Il a vu un cas où l'on avait cru à une contracture, alors que le malade n'avait qu'une arthrite.

M. Huguier ne nie pas qu'il puisse se former des tumeurs plus ou moins volumineuses dans les muscles qui en déterminent la contracture; mais ces tumeurs ne sont pas dans la portion charnue, et ne sont autre chose que du tissu cellulaire induré. Vouloir attribuer cette maladie aux muscles, c'est comme si l'on disait qu'il y a anévrisme d'un muscle parce qu'une artère se sera dilatée dans son intérieur.

M. Vidal dit que la discussion n'est plus possible avec cette manière d'interpréter les choses, et qu'il est impossible de s'entendre si on n'admet pas qu'il y a maladie d'un muscle quand on trouve dans son épaisseur des tumeurs dont il est peut-être difficile d'apprécier la nature intime, mais qui le déforment et empêchent son jeu et ses fonctions naturelles. Il tient à ce qu'il soit bien constaté qu'il a vu une tumeur formée dans l'épaisseur du droit antérieur de la cuisse, qui a donné lieu à une contracture de ce muscle caractérisée par la tension extrême de la jambe; que cette maladie accompagnait une exostose, et qu'elle a cédé au traitement par l'iodure de potassium. On jugera si ce n'est pas là un accident syphilitique affectant le muscle même.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur les propriétés thérapeutique de l'oxalis crassicaulis, par M. le docteur Montain, de Lyon.

M. Montain vient d'introduire dans notre matière médicale européenne l'oxalis crassicaulis, plante originaire du Pérou. C'est le suc astringent obtenu par expression des tiges et des feuilles de ce végétal que le praticien de Lyon a mis en usage, soit pur, soit à l'état de sirop.

Les affections dans lesquelles il a obtenu les avantages les plus marqués de ce nouvel agent thérapeutiques sont les suivantes :

1° *Flux hémorrhagiques chroniques ou passifs.* — Dans un grand nombre de cas de ce genre, M. Montain a vu diminuer et cesser l'écoulement du sang dans l'espace de cinq à quinze jours de traitement. Toutefois, il n'est pas inutile d'ajouter qu'il a aidé l'action du suc administré par l'emploi simultané des révulsifs et de toutes les ressources d'une hygiène bien entendue. Il ne faut pas oublier non plus de mentionner que, dans tous les cas où il a mis cette médication en usage, il n'existait point de lésions organiques.

2° *Flux muqueux chroniques.* — Les catharres chroniques, tous les flux muqueux de longue durée, spécialement les diarrhées et les dysenteries, ont été combattues avec un succès assez constant par ce médicament. M. Montain n'en a pas obtenu de moins beaux succès contre les blennorrhées, spécialement contre celles qui s'étaient montrées rebelles à l'action de l'oléo-résine de copahu, du poivre cubèbe et des autres agents thérapeutiques ordinairement employés dans le cas de catarrhe urétral.

L'auteur fait prendre le suc pur d'oxalis, à la dose de trois à six cuillerées à bouche par jour, soit seul, soit étendu, dans une tisane ou dans une potion appropriée. Par fois aussi, il la prescrit en lavements ou en injections. Sous la forme de sirop, il l'emploie pour édulcorer les boissons ordinaires des malades, ou il le fait entrer dans la composition d'une potion.

Note sur l'action thérapeutique du monesia, par M. le docteur HALBOUT.

M. Halbout a souvent prescrit le monesia dans des circonstances pathologiques assez diverses, et il a eu à se louer de son emploi.

A l'aide de ce médicament prescrit sous forme de gargarisme (quarante à soixante grammes de sirop de monesia étendus dans une suffisante quantité d'eau) et aidé ordinairement d'un cathartique, il a fréquemment réussi à faire avorter à leur début les angines pharyngiennes et laryngées. Dans les cas de ce genre, chez des sujets trop jeunes pour qu'il soit possible de recourir à l'usage des gargarismes, il fait donner un julep contenant de vingt à trente grammes du même sirop.

Dans un grand nombre de cas de muguet et de phlegmasie diphthéritique de la cavité buccale, dont quelques-uns présentaient un haut degré de gravité, il s'est très bien trouvé de l'emploi, sous forme de potion et de collutoire à la fois, d'une solution de sirop de monesia dans l'eau. Il a pu se convaincre alors que l'usage de ce médicament n'a jamais paru augmenter l'irritation gastro-intestinale qui existait en même temps.

Il a obtenu des avantages non moins signalés de l'administration du même sirop dans la diarrhée, spécialement dans les cas de diarrhée séreuse chez les jeunes sujets.

Il a vu cet agent réussir à arrêter une métrorrhagie qui datait déjà de six semaines, et qui avait vainement été combattue par les autres moyens ordinairement mis en usage contre les hémorrhagies.

Enfin, suivant M. Halbout, qui s'est servi avec succès de l'application topique d'un soluté aqueux d'extrait de monesia dans certaines plaies anciennes et atoniques et dans un cas d'ulcération rebelle du rectum, il n'existe pas de meilleur moyen que ce même soluté pour guérir les gerçures du mamelon chez les femmes qui nourrissent.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Les explications que j'ai à donner relativement aux insinuations dont vous avez parlé dans votre dernier numéro sont fort simples.

Je déclare que vous n'avez demandé et qu'il ne vous a été alloué aucune indemnité sur la Caisse du Congrès pour les insertions, que vous avez bien voulu faire et que vous faites encore dans votre journal, des pièces concernant le Congrès médical de France.

Agréez, etc. G. RICHELOT,
Trésorier du Congrès médical.

NOUVELLES.

A la suite du dernier concours pour l'internat, les nominations ont été faites dans l'ordre suivant :

MM. Viallet, Batemberg, Guibout, Ozanam, Faton, Morvan, Simon, Escallier, Chausit, Follin, Clavaud, Bezançon, Dupuy (Jean), Gogué, Blanche, Courtin, Penard, Dimey, Thimbart, Gauthier, Leneveu, Moulin, Tailhé, Rollet, Blat, Guyton, Gougeon, Lepelletier, Rames, Cœurdcroi, Lagrange, Toutée, Sagot, Dubois, Petit (Pierre), Hocquet.

Internes provisoires. — MM. Bouteiller, Viguès, Grivot-Grandcourt, Klippel, Botrel, Boulland, Chertier, Coffin, Mignot, Bellaigue, Boursier, Wickam, Dupuy (Louis), Gondouin, Vinet, Jacotot, Boivin, Chauveau, Saint-Vis, Viollet.

Prix des Internes.

Troisième année. — 1er prix, M. Jousset; 2e prix, M. Richard; 1re mention, M. Erard; 2e mention, M. Moutard-Martin.

Première et deuxième années. — 1er prix, M. Caucal; 2e prix, M. Racle (Victor-Alexandre); 1re mention, M. Duclos; 2e mention, M. Hervieux.

Prix des Externes.

1er prix, M. Viallet; 2e prix, M. Batemberg; 1re mention, M. Guibourt; 2e mention, M. Ozanam.

— Nous apprenons avec plaisir que MM. les conseillers municipaux de la ville de Paris n'ont point oublié cette année de récompenser les internes des hôpitaux qui, par le nombre des vaccinations qu'ils avaient pratiquées en 1844, avaient concouru à la propagation de la vaccine. Ces récompenses consistent en des jetons d'argent et de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Une des faces représente une vache et une lancette, et au-dessous on lit cette inscription : *Ex insperato salus.*

Ces jetons ont été distribués de la manière suivante :

MM. H. Bonnet,	3,
G. Gogué,	2,
P. Jousset,	2,
Tily,	2,

Internes en 1844 à l'hôpital des Enfants malades.

— M. Parisot, docteur en médecine, suppléant près l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Roussel, promu à la chaire d'accouchement.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Certains succès de l'emploi du Colchique contre toutes les douleurs arthritiques aiguës sont connus de toute antiquité, et il n'est aucun cahier de recettes trouvé dans les plus anciens monastères, comme il n'est aucun vieux formulaire qui ne renferment une recette spéciale contre les douleurs de la Goutte, et toujours le Colchique fait la base de ces préparations, soit sous forme de teinture ou d'élixir, soit sous forme de pilules préparées avec l'extrait alcoolique de Colchique.

Cependant, malgré certains succès obtenus par l'usage de cette bulbe, les vieux praticiens ont depuis longtemps abandonné son emploi. Certains succès contre la Goutte ne les avaient pas aveuglés, et, à côté de certains avantages, ils avaient vu les propriétés ataxiques de cette plante dangereuse, et l'ont depuis longtemps bannie de l'usage de leur pratique.

Les Anglais les premiers reprirent l'usage de cette plante, et, sans craindre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui résulte toujours de l'emploi des préparations de Colchique, ils calment certains accès avec la teinture vicieuse de Colchique dite Gouttes de Wilson.

Le Colchique donc employé autrefois, rejeté de la pratique médicale et repris de nos jours, reste toujours avec ses vices, et cependant des médecins prescrivent encore sous forme de pilules l'extrait alcoolique de Colchique dont cette plante délétère fait seule la base; et cependant nous voyons encore des médecins rejeter de leur pratique un médicament qu'ils considèrent comme secret, bien que la formule partout publiée soit connue de tout le monde, et reconnue par quatorze années de succès, comme étant le seul remède contre la Goutte qui puisse être employé sans danger.

Nous voulons parler du Sirop antigoutteux de Boubée, dont la formule et les succès sont connus aujourd'hui du monde entier.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 4. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 9 JANVIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons posé il y a quelque temps, dans cette Revue, la question de l'hérédité de la syphilis.

Voici, sur ce sujet, les opinions de M. Ricord.

Si, au moment de l'accouchement, la mère est affectée d'un chancre encore inoculable, l'enfant, par le dépôt de la matière virulente à la surface d'une muqueuse, lors du passage, peut être infecté et présenter un accident semblable, un accident primitif, un chancre. C'est là un fait simple de contagion, ne différant pas en soi de la contagion qui a lieu dans les circonstances les plus générales. C'est de la même manière que le chirurgien qui aura accouché une femme affectée d'un chancre inoculable, pourra être atteint d'un chancre au doigt, si cette partie présente une excoriation.

Voilà le premier cas, celui d'un accident primitif communiqué par contagion directe de la mère à l'enfant. Il va sans dire que l'enfant ainsi inoculé pourra offrir toute la série des accidents syphilitiques.

Maintenant, nous supposons le cas dans lequel la mère serait affectée d'un chancre *induré*. Lorsque nous disons chancre *induré*, en nous plaçant au point de vue de la théorie de M. Ricord, c'est comme si nous disions *diathèse syphilitique*, ou accidents secondaires, puisque, dans la théorie, l'induration du chancre marque irréfragablement l'extension de la syphilis à l'économie, l'infection générale, en un mot la syphilis constitutionnelle.

Deux choses peuvent avoir lieu : ou le chancre induré existe vers la fin de la grossesse, ou il existe dès les premiers temps de la conception.

Dans la première hypothèse, l'enfant (à part une autre cause de préservation dont nous allons parler) pourra ne pas être affecté, et la raison en est simple. On comprend que si la mère n'a donné du sang altéré spécifiquement au produit que pendant quelques jours, la quantité du principe morbide dans les humeurs de l'enfant soit insuffisante pour que la manifestation ait lieu.

Dans la seconde hypothèse, supposé que le chancre induré ait existé dès le commencement de la grossesse, il y a les plus grandes chances pour que l'enfant présente des accidents secondaires. Mais l'infection n'est pas nécessaire, ou, comme on dit, fatale. Les termes mêmes que nous venons d'employer l'indiquent. Pour être infecté, dit M. Ricord, il faut une prédisposition. C'est même un point sur lequel il insiste beaucoup et revient souvent. Cette diathèse veut une idiosyncrasie. Il en est de la syphilis comme de la variole. Il y a des individus nativement préservés de celle-là comme de celle-ci. Eh bien ! il peut arriver (et il est arrivé plusieurs fois) qu'un enfant infecté par sa mère tienne de son père la disposition particulière de laquelle il résulte qu'un individu, tout en étant susceptible d'acquérir un accident primitif, est à l'abri de l'infection générale. Telle est l'explication du fait; elle nous paraît plausible. Mais, qu'on l'admette ou qu'on la rejette, le fait lui-même, à savoir, l'absence d'accidents chez un enfant né d'une mère affectée de chancre induré, est indubitable.

D'une manière générale, l'enfant ne *naît* pas avec des accidents secondaires. On peut dire qu'il se trouve, par rapport à ces accidents, dans la même position que l'adulte au moment de la production de l'accident primitif. En d'autres termes, il faut un certain temps de vie extra-utérine à l'enfant, comme il faut à l'adulte une certaine durée de l'accident primitif, pour que l'infection générale se manifeste. Chez l'adulte, c'est dans la circonscription de six mois à partir de la contagion, que se développent les accidents secondaires. La circonscription est la même pour l'enfant né d'une mère affectée de chancre induré. Mais, comme il y a pour l'adulte des cas de manifestation précoce, de même il en existe chez les nouveau-nés. C'est ainsi que, dernièrement, dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker, on a vu des papules caractérisées se montrer dès le dixième jour après la naissance.

Nous avons raisonné d'après ce qui se passe de la mère à l'enfant. C'est la méthode logique suivie dans cette question par M. Ricord, et elle est bonne, attendu que la maternité peut seule, étant seule indubitable, fournir une base assurée au raisonnement. Ce n'est pas à dire que le père ne puisse transmettre par voie d'hérédité la syphilis constitutionnelle. Les deux ascendants sont également aptes à se continuer par la génération, aussi bien dans leurs conditions morbides que dans leurs conditions physiologiques. M. Ricord n'a jamais prétendu qu'il en fût autrement.

Nous arrivons au point le plus difficile de cette question, à celui auquel se rapporte le fait qui nous a engagé à la soulever. Ce fait, il est bon que nous le rappellions en quelques mots : Il s'agissait d'une jeune fille qu'on avait toute raison de regarder comme exempte de rapports sexuels, et qui présentait des accidents ostéo-fibreux identiques à ceux que l'on décrit comme appartenant à la période tertiaire de la syphilis. Cette malade était dans le service de M. Blache, à l'hôpital Cochin. Nous nous demandâmes s'il n'était pas possible qu'elle fût affectée d'accidents tertiaires qui auraient été la révélation première d'une syphilis héréditaire.

Voici le raisonnement que nous faisions et qui, encore aujourd'hui, conserve, à notre avis, toute sa force. Etant donné que l'administration du mercure dérange l'évolution des accidents syphilitiques, à tel point que ceux de la diathèse qui se présentent les premiers puissent céder la place aux derniers, et que, d'une autre côté, les époques d'apparition puissent être plus ou moins retardées; cela étant, disions-nous et disons-nous encore, ne se pourrait-il pas que l'enfant d'une mère qui aurait présenté des accidents secondaires et qui aurait été traitée par le spécifique, naquît avec le germe des accidents tertiaires, accidents plus ou moins tardifs, et qui pourraient, comme chez la malade de M. Blache, ne se présenter que vers l'âge de dix-huit ans, ou même plus tard ? Il ne nous a point paru que la réponse à cette question fût catégorique. Ou les faits ont manqué, ou ils n'ont pas été recherchés, le problème n'ayant pas été posé dans ces termes. M. Ricord pense que la disposition qui chez la mère donne lieu aux accidents tertiaires, produit chez l'enfant la scrofule. Devant la preuve expérimentale, les difficultés logiques s'évanouissent et n'accusent que notre impuissance. Mais si les faits ne sont pas suffisants, voici ce que nous avons à objecter. L'enfant ne peut être considéré autrement que comme un organe nouveau et séparable de la mère. C'est la mère qui se continue hors d'elle-même, indépendante d'elle-même. Dans l'enfant nous voyons la mère, ou du moins une partie de la mère, et si celle-ci, parce qu'elle a présenté des accidents secondaires, reste exposée aux accidents tertiaires, il nous paraît impossible qu'il en soit autrement pour son produit, cette autre partie d'elle-même. C'est comme si l'on disait que tout le corps de la mère, hors l'un des membres, est dans le cas de présenter des accidents tertiaires. La difficulté est considérable, et, quant à la question, nul ne contestera son importance pratique. Nous appelons donc sur ce point les méditations des hommes qui s'occupent plus spécialement de l'étude des maladies syphilitiques.

Nous ferons observer, en terminant, qu'à la rigueur la malade de M. Blache aurait pu avoir des accidents secondaires méconnus ou du moins confondus avec les éruptions de la première enfance : confusion fréquente, comme chacun sait.

— Un homme du service de M. Ricord était affecté d'un chancre phagédénique du gland et d'une ulcération également phagédénique ayant succédé à un bubon suppuré. Divers moyens avaient été employés sans avantage, lorsqu'un examen général du sujet fit reconnaître qu'il était affecté de la gale. On lui prescrivit des onctions avec la pommade citrine, et des bains sulfureux. L'affection psorique s'amenda, et en même temps les deux chancres se bornèrent et commencèrent à se cicatriser. Il semblerait que, chez ce malade, le caractère phagédénique des ulcérations fût sous la dépendance de l'affection psorique. Reste à savoir si les ulcérations n'ont pas été directement modifiées par les bains sulfureux.

— D'après M. Ricord, la syphilis constitutionnelle n'affecte qu'une seule fois le même individu. Il y a des exceptions à cette règle. Un cas exceptionnel se trouve précisément dans l'une des salles de M. Ricord. Un homme ayant éprouvé des accidents secondaires et des accidents tertiaires, dont il a été traité par ce chirurgien, présente des accidents secondaires à la suite d'une nouvelle infection. M. Ricord, qui a lui-même appelé sur ce fait l'attention des personnes qui suivent sa visite, ne pense pas, et nous sommes de cet avis, qu'un seul cas, ou même quelques cas isolés puissent infirmer la loi.

— Un soldat avait une carie des surfaces de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil. L'amputation étant indispensable, il s'agissait de savoir si on la pratiquerait dans l'articulation de la première phalange avec le métatarsien, ou dans la continuité de cette phalange. M. Baudens, suivant l'opinion que nous avons émise dans une note sur l'amputation du gros orteil (*Annales de la chirurgie*), et conformément à sa pratique générale, a opté pour l'amputation dans la continuité. Les parties molles étant ulcérées sur le dos du doigt, une incision en cœur a contourné l'ulcération et a circonscrit un lambeau aux dépens de la peau de la face plantaire du gros orteil, puis la première phalange a été sciée. L'adhésion du lambeau s'est faite avec une grande promptitude.

— Le même chirurgien a opéré un officier affecté d'adhérence intime du prépuce au gland à la suite de balano-posthites répétées. Nous avions pensé à appliquer un procédé analogue à celui de M. Dieffenbach pour le rétablissement de l'ouverture de la bouche. Le prépuce devait être disséqué, puis renversé en dedans et fixé dans cette position par une suture, de manière qu'il opposât une surface sèche à la surface balanique saignante. Nous avions pour objet, en agissant ainsi, d'éviter l'effet habituel de l'inodule et le rétablissement des adhérences. M. Baudens, ayant repris son service, dans lequel se trouvait le malade en question, se borna à séparer les parties, puis le prépuce fut ramené et maintenu en arrière au moyen d'une compresse, dans l'ouverture centrale de laquelle on fit passer le gland. La verge fut entourée de glace. Au moment de la sortie de l'opéré, le prépuce était libre et pouvait recouvrir la moitié du gland.

— Une jeune femme, malade à l'hôpital Necker, phthisique, parvenue au septième mois de la grossesse, éprouvait depuis 18 heures les douleurs de l'enfantement. M. Deville, interne de garde, lui fit prendre une pilule de 0,05 d'opium, une demi-heure après un lavement opiacé, et après un intervalle d'une heure, une nouvelle pilule d'opium, à 0,05. Le travail fut enrayé.

— M. Songy, chirurgien aide-major, propose pour le traitement de l'orchite l'application pure et simple d'une couche épaisse de coton, et à défaut de coton, de laine de mouton, sur le scrotum.

On doit avoir soin de bien relever les testicules à l'aide d'un suspensoir. Cette condition est indispensable. M. Songy se loue beaucoup de ce moyen, qui calme presque subitement les douleurs et amène une résolution plus prompte que par aucune autre médication. On laisse le coton en place pendant huit jours. Le repos au lit n'est pas nécessaire. Il ne s'agit pas, bien entendu, de traiter ainsi l'orchite parenchymateuse; mais on sait que celle-ci est très rare. X...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Du rhumatisme articulaire.

Il y a quelques jours, est entré dans nos salles une jeune fille de dix-neuf ans, d'une constitution lymphatique, moyennement forte, assez grasse, dont les épaules sont larges, les bras arrondis, les chairs molles, peau fine et blanche, cheveux blonds; enfin, le type du tempérament lymphatique. Cette fille est née dans le département du Bas-Rhin. Voilà pour l'extérieur du corps; j'y insiste, parce que généralement cette constitution lymphatique n'a pas été signalée par les auteurs comme prédisposant aux affections rhumatismales, tandis que nous pensons, nous, qu'elle constitue une des conditions les plus ordinaires sous l'influence desquelles se développe cette maladie. Vous allez, du reste, en avoir la preuve dans l'intensité du cas que nous allons faire passer sous vos yeux, et qui nous fournira l'occasion de vous présenter quelques considérations pratiques.

Cette jeune femme est récemment accouchée, il y a environ sept semaines; sa couche a été heureuse et naturelle, sans accident aucun. Au bout de quelques jours, elle s'est trouvée assez forte et assez bien rétablie pour vaquer à ses occupations, dans l'intérieur de la maison d'abord. Elle est sortie pour la première fois trois semaines après être accouchée. Dans la même semaine, elle a fait un savonnage assez considérable, et a tenu longtemps les mains et les bras plongés dans l'eau chaude et dans l'eau froide alternativement. Elle nous dit s'être aperçue alors de frissons; le lendemain, fatigue et courbature générale, puis douleurs légères dans les articulations, douleurs augmentant peu à peu d'intensité. Les articulations qui ont été prises les premières sont les articulations tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales, qui ont été aussi le siége de gonflement. Après quelques jours, elles se sont dégagées, ont diminué de volume; la peau de ces régions, qui était devenue rouge, a repris sa coloration normale; mais en même temps, d'autres articulations se prenaient, et la malade est entrée dans notre service le 27 du mois dernier, c'est-à-dire il y a maintenant douze jours.

Au moment de son admission, elle ressentait des douleurs dans les articulations radio-carpiennes et phalangiennes, qui étaient rouges et tuméfiées. L'épaule du côté droit était douloureuse également, et la malade ne pouvait qu'avec grand'peine se servir de ce membre pour exécuter quelques mou-

vements. Le bras et la main gauches étaient beaucoup moins douloureux.

Quand nous la vîmes pour la première fois, les articulations du membre supérieur droit étaient gonflées, d'un volume considérable; les téguments étaient d'une couleur rouge-vif; la rougeur disparaissait par la pression, pour reparaître ensuite. Le moindre attouchement était insupportable, et lui faisait jeter les hauts cris; la peau était chaude. Nous avions donc là, au plus haut degré, les quatre caractères classiques de l'inflammation: douleur, rougeur, chaleur, tumeur, caractères qui se rencontrent, du reste, assez fréquemment dans le rhumatisme articulaire aigu.

Au gonflement qui existait d'abord, a succédé un empâtement qui persiste encore en partie maintenant. Les phénomènes généraux que nous pûmes constater étaient ceux-ci: Langue rouge à la pointe, blanche et saburrale à la base, un peu sèche; soif vive; la malade, peut-être à cause de la sécheresse de la bouche, s'exprime assez difficilement; inappétence; ni nausées, ni vomissements; pas de douleurs à l'épigastre ni au ventre; les fonctions digestives s'accomplissent bien; le pouls était à 100 par minute environ; les pulsations étaient fortes, développées; l'auscultation des bruits du cœur faisait entendre un bruit de souffle bien manifeste, ne correspondant pas au premier temps, et qui fut reconnu, plus tard, appartenir à la respiration. La respiration à 40 par minute. Nous ferons remarquer en passant, que lorsque l'on entend à l'auscultation du cœur un bruit de souffle intermittent, il faut toujours se défier des illusions dont on peut devenir le jouet, si quelquefois, comme dans le cas actuel, le bruit de souffle est lié au bruit respiratoire. Jusqu'aujourd'hui, nous n'avons pas entendu de bruit de souffle suffisant pour qu'il nous soit possible de le regarder comme un signe pathognomonique d'endocardite.

Pour le dire en passant, nous ne croyons pas que ce fait constitue une exception. Le rhumatisme sans complication du côté du cœur est le fait normal, le fait régulier. Nous pensons, d'après l'expérience journalière, que ce sont les cas exceptionnels, ceux où l'on entend le souffle endocardique. D'après les relevés statistiques qui ont été faits par un assez grand nombre d'auteurs, il semblerait que l'on n'entend le bruit de souffle caractéristique d'une inflammation aiguë de la membrane interne du cœur que dans le septième des cas tout au plus. On voit que cette proportion est loin de constituer la règle.

Chez notre malade, les urines sont très acides; peut-être devrions-nous insister sur ce fait, si nous avions plus d'égards aux travaux qui ont été faits dans ces dernières années pour différencier le rhumatisme de la goutte, par la détermination de la quantité d'acide urique contenu dans l'urine des malades affectés de l'une et de l'autre maladie. Nous ne pensons pas que ces recherches aient encore produit de grands résultats. Nous avons dit que la chaleur de la peau était très forte; ainsi, chaleur de la peau, frisson initial intense, voilà deux caractères dont il est important de tenir compte; le système nerveux et ses fonctions ne présentaient rien d'anormal et d'irrégulier. Quant à la menstruation, elle ne s'est point encore rétablie depuis l'accouchement de la malade. Les lochies ont cessé de couler. La sécrétion du lait qui commençait à se faire a diminué dès l'apparition des premières douleurs rhumatismales.

La maladie, comme vous venez de le voir par le tableau que nous vous en avons tracé, était violente; elle a dû être énergiquement traitée, proportionnellement toutefois à la force et à la constitution de la femme dont nous faisons le sujet de cette conférence. Nous ne pensons pas que l'on doive, relativement au traitement du rhumatisme, établir une formule uniforme, inflexible et toujours la même, suivant laquelle on applique à tous les cas, à tous les individus, une méthode thérapeutique qui serait insuffisante pour les uns, trop forte et dangereuse pour les autres. Une formule, un traitement formulé est chose inadmissible en médecine. Le premier jour, nous avons fait une saignée générale. D'après l'état général du sujet, le sang ne pouvait pas être riche; le caillot, en effet, était petit, la sérosité abondante; mais il existait à la surface du coagulum, une couenne épaisse, forte, résistante.

Le lendemain, le pouls avait un peu diminué; il n'y avait plus que 96 pulsations par minute. Après une seconde saignée, le pouls se releva et donna 104; trois saignées furent faites encore; en tout, cinq. Le troisième jour, les articulations étant en grande partie débarrassées, nous avons ordonné une saignée locale; une application de sangsues a été faite, et le sang a coulé abondamment. Le quatrième et le cinquième jour, une nouvelle saignée chaque jour. Malgré ce traitement énergique, la maladie n'a pas cédé; nous n'avons pu cependant saigner davantage. Nous avons dû nous restreindre à l'expectation, nous contenter de boissons délayantes, mucilagineuses.

Nous avons administré les narcotiques; nous avons fait prendre à la malade la poudre de Dower, qui n'a fait presque aucun effet, même à la dose de cinquante centigrammes. Hier matin, il y avait encore 104 pulsations par minute. Nous nous sommes décidé à faire une nouvelle et dernière saignée. Nous sommes certain d'avance qu'il y aura une grande quantité de sérosité, et que le caillot sera recouvert d'une croûte inflammatoire ferme et résistante comme celle des premières saignées. Il y a un moment dans les maladies aiguës où l'on n'ose plus saigner, soit parce que l'on a fait un nombre assez considérable d'émissions sanguines, soit parce que la constitution du malade est trop faible pour que l'on puisse continuer cette médication.

Abordons aujourd'hui, à propos de cette malade, quelques-uns des points de l'histoire du rhumatisme articulaire.

La première question qui se présente est celle-ci : Qu'est-ce que le rhumatisme articulaire aigu? On est surpris de voir combien il est d'opinion diverses sur cette question. Les uns disent : Ce n'est point une inflammation, c'est une maladie *sui generis*, qui ne présente aucun des caractères anatomiques de l'inflammation. Nous verrons plus bas sur quelles raisons ces médecins s'appuient.

D'autres disent : Le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation; il en a tous les caractères physiques et toutes les altérations pathologiques.

Pour nous, adoptant une opinion mixte, nous disons : C'est une inflammation, mais elle a un caractère, une nature spéciale; elle reconnaît une cause spéciale aussi.

Examinons successivement les diverses raisons que chacun des auteurs qui soutiennent ces trois opinions ont données à l'appui de leur manière de voir.

Jamais, disent les premiers, chez les malades qui ont succombé au rhumatisme articulaire aigu, qui, nous devons le dire, tue très rarement, jamais on n'a trouvé de suppuration dans les articulations, les ligaments n'ont pas augmenté de volume; et, quand on leur oppose un certain nombre de faits dans lesquels on dit avoir trouvé du pus dans les cavités articulaires, voici ce qu'ils répondent :

Il y a dans les observations rapportées par un professeur de clinique de la Faculté quinze cas *douteux* : de ceux-là nous n'en tenons aucun compte. Quant aux vingt-deux autres que l'on donne comme des faits certains, sept ou huit ont été manifestement accompagnés de phlébite ou d'autres affections étrangères au rhumatisme. Enfin, les dernières sont incomplètes et ne peuvent former la base d'une statistique sérieuse. Relativement aux phénomènes inflammatoires, ils disent : Les douleurs du rhumatisme sont trop vives pour être simplement inflammatoires : il y a peu de rougeur, peu de gonflement; s'il y avait phlegmasie articulaire, la rougeur de la peau et le gonflement de la région affectée seraient bien autrement intenses.

Les partisans de la seconde opinion, à savoir que le rhumatisme n'est qu'une inflammation, vous diront :

Les quatre phénomènes caractéristiques de l'inflammation sont constants dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est donc une phlegmasie pure et simple. Si vous tenez compte des phénomènes généraux, ce sont ceux de l'inflammation la plus franche. Le pouls est fréquent, dur, essentiellement inflammatoire. Faites-vous une saignée, le sang est aussi riche en fibrine que le sang de la pleurésie, de la pneumonie la mieux caractérisée; c'est le sang fibrineux type. Mais, sans que l'on ait besoin de recourir à ces analyses difficiles et minutieuses, que tout le monde n'est pas capable de faire, vous trouvez sur le caillot cette couenne inflammatoire si manifeste et si caractéristique. Que l'on considère les phénomènes locaux ou les phénomènes généraux, il est difficile qu'il reste à l'esprit le moindre doute sur la nature inflammatoire du rhumatisme.

Nous prenons aux deux opinions ce qu'elles ont de raisonnable, de positif. Nous avons eu occasion de voir une fois dans notre service à l'Hôtel-Dieu, il y a plusieurs années de cela, un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu de l'articulation tibio-tarsienne; du pus se forma dans l'articulation, et l'abcès s'ouvrit pendant la vie. Que si l'on vient nous objecter à cela qu'il y avait ici non pas rhumatisme, mais arthrite, on conviendra avec nous que ce n'est qu'une dispute de mots. Nous avons quelquefois, dans des cas de rhumatisme articulaire aigu intense, trouvé les cartilages corrodés, comme détruits, par le pus. Nous avons trouvé le liquide synovial trouble, purulent ou floconneux, et contenant des concrétions albumineuses; nous l'avons vu mélangé de sang. Nous avons quelquefois rencontré les ligaments périarticulaires rouges, injectés, mous, et le tissu cellulaire manifestement engorgé. Evidemment il y a là quelque chose d'inflammatoire, et nous ne croyons pas que l'on puisse raisonnablement le nier.

Mais nous ajoutons que c'est une inflammation spéciale, ne reconnaissant pas une cause purement physique. Nous nous fondons sur la facilité avec laquelle elle peut passer d'une articulation dans une autre. Une articulation est, un jour, rouge, gonflée; le lendemain, elle est revenue à l'état normal, et c'en est une autre, fort éloignée de la première, qui est atteinte. Voyez une entorse, c'est là une arthrite, une inflammation articulaire par suite d'une cause purement physique. Dans le rhumatisme, il faut qu'il y ait autre chose; c'est une cause spéciale qui fait la différence. Lorsqu'il nous arriva d'émettre cette opinion devant les médecins de l'école physiologique, ils nous répondirent que la migration de l'inflammation était favorisée par l'identité de tissus, comme on le voit quelquefois dans les affections inflammatoires des membranes séreuses. Tel fut un cas publié par M. le docteur Bricheteau, relatif à un homme qui eut successivement une péritonite, une péricardite, une méningite. A notre tour, nous fîmes cette autre objection, que les tissus ne cessent pas d'être identiques quand il s'agit d'inflammation traumatique; et cependant, dans l'entorse, la phlegmasie ne voyage pas, elle reste fixée dans l'articulation où elle s'est développée; l'inflammation simple ne bouge pas. Nous serons donc forcé d'admettre que, dans le rhumatisme, il y a une cause spéciale; sous ce rapport, le rhumatisme rentre dans la catégorie d'un grand nombre d'autres affections qui reconnaissent des causes spéciales, la coqueluche, par exemple, la rougeole, la variole, la scarlatine.

Ce qui imprime au traitement une physionomie spéciale, c'est la question de la nature de la maladie; il est nécessaire, avant tout, d'avoir des idées bien arrêtées sur la nature de la maladie, et c'est là le point sur lequel nous devions nous insister d'abord.

Passons au traitement. Les médecins qui partagent la première opinion, et admettent que le rhumatisme n'est pas inflammatoire, ceux-là s'efforcent de démontrer que le traitement par les saignées non-seulement n'est pas utile, mais même est nuisible. Il y a des auteurs qui prétendent que les émissions sanguines sont dangereuses dans le rhumatisme. D'autres prétendent seulement qu'il faut être réservé dans leur emploi, qu'une ou deux saignées suffisent pour favoriser la résolution de la maladie, qu'un plus grand nombre sont nuisibles; suivant eux encore, on ne doit faire de saignées locales que lorsque le rhumatisme est localisé, mono-articulaire. Quand il est généralisé, il faut se borner aux saignées générales.

Ceux qui prétendent que le rhumatisme est toujours inflammatoire et purement inflammatoire, préconisent les saignées répétées, dites coup sur coup. Cette manière de voir et d'agir peut être bonne dans quelques cas, mais je crois que ces médecins sont trop exclusifs. Nous avons eu déjà l'occasion de dire que l'on ne peut avoir une formule exclusive pour tous les cas; il faut régler le traitement sur la marche et l'intensité de la maladie, sur l'intensité des symptômes, sur la force du sujet, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 24 décembre 1845. — Présidence de M. LENOIR.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le docteur Lafargue (de Bordeaux) fait hommage à la Société d'un mémoire ayant pour titre : Du diagnostic des tumeurs. M. Marjolin fils est chargé d'en faire un rapport verbal.

— *M. Malgaigne* raconte qu'un homme est entré ces jours-ci dans son service à l'hôpital Saint-Louis, présentant les signes d'une hernie étranglée. Comme il n'y avait que des envies de vomir et quelques vomissements, on crut pouvoir ajourner l'opération; mais la nuit suivante le malade fut pris de hoquet; il vomit des matières fécales; le pouls devint petit, filiforme; on pratiqua la herniotomie. L'intestin parut sain; il n'y avait pas de gangrène, pas même de couleur livide. Le hoquet et les vomissements cessèrent, et dans le courant de la journée il y eut des selles naturelles; mais le pouls resta constamment intermittent et misérable jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu dans la soirée. L'autopsie n'a pas encore été faite. M. Malgaigne en fera connaître les résultats; mais il croit, par avance, qu'il trouvera quelque chose au cœur, en dépit de ce qui peut exister dans le péritoine; les symptômes du côté du cœur ayant précédé la mort de douze heures.

— *M. Souberbielle* présente deux malades. La première est une femme d'une trentaine d'années qui porte à la partie latérale droite de la tête une tumeur cancéreuse, sur laquelle il a été fait il y a trois mois une application de pâte arsenicale. Aujourd'hui, plusieurs points de la surface ulcérée se couvrent de bourgeons de bonne apparence, et l'os mis à nu dans une certaine étendue est en voie d'exfoliation. L'autre malade est encore une femme qui a été opérée d'un cancer du sein par l'instrument tranchant. La cicatrisation s'est bien faite; mais maintenant il semble qu'il y ait récidive dans la cicatrice même. M. Souberbielle se propose d'y appliquer le caustique. Il fera connaître les résultats qu'il en obtiendra.

M. Robert demande la parole à propos de cette communication. C'est, dit-il, une question importante que celle de savoir si la repullulation du cancer a lieu plus souvent quand on l'emporte avec l'instrument tranchant, que quand on le détruit à l'aide du caustique; s'il y a plus de sûreté à mettre en usage un de ces moyens que l'autre, secondairement si parmi les caustiques il n'y en a pas qui soient pour ainsi dire spécifiques. Il en est en effet quelques-uns dont l'action s'épuise sur la partie même qu'ils touchent; mais il en est qui sont absorbés, et qui peuvent agir sur la masse du sang par suite de cette absorption. Telle est entre autres l'action de la pâte arsenicale du frère Côme. M. Manec a cité des faits curieux de son action générale. Il y a aussi ceci de remarquable dans l'emploi de ce caustique, c'est que le plus souvent il se manifeste au bout de quelques jours de son application des douleurs très vives dans les environs de la surface qui en est couverte; il se forme là une tache grisâtre qui plus tard se détache sous forme d'eschare. Il peut citer une femme qui portait au sein une tumeur ulcérée sans engorgement axillaire. Il appliqua la poudre de Rousselot, préparée suivant la formule du Codex, et il en résulta une eschare énorme en profondeur, trois fois grande comme la surface qui avait été couverte de caustique et qui laissa à nu le muscle pectoral. L'eschare en se détachant avait l'apparence des tissus momifiés par l'arsenic. Il croit que cette mortification a eu lieu, parce que le caustique a été absorbé dans cette étendu du rayon de l'ulcération. Il dit que M. Manec ne croit pas que le caustique arsenical mette plus à l'abri des récidives que les larges amputations. Il a essayé aussi le chlorure de zinc, et il a vu qu'il avait les mêmes prérogatives que la pâte arsenicale. Il l'a appliqué sur une tumeur cancéreuse du nez, et il a obtenu une eschare très profonde, mais peu large. Il lui a semblé que l'absorption de ce caustique avait lieu plus facilement par les surfaces cancéreuses que par les parties saines, de telle sorte qu'on pourrait dire qu'il est plus intelligent que l'instrument tranchant qu'on croit souvent porter sur les parties saines, alors qu'en réalité on divise des tissus qui ont déjà subi l'influence de l'affection qu'ils environnent, tissus rougeâtres signalés par Ledran comme existant au pourtour des tumeurs cancéreuses. M. Robert est convaincu que souvent on laisse des parties malades. Il cite un cas dans lequel ayant enlevé une tumeur cancéreuse, les parties environnantes comprises dans l'incision et qui lui avaient paru saines furent examinées au microscope, et l'on y trouva des granulations de mauvaise nature. Il se demande si la récidive ne survient pas, parce qu'on n'a pas porté le bistouri assez loin.

Quand le mal reparait dans les ganglions de la sphère de la partie malade, il est croyable que c'est que déjà il n'était plus local; mais quand c'est dans la cicatrice, on est autorisé à croire que l'ablation n'avait pas été complète. Il a vu une récidive dans la cicatrice d'une glande du sein enlevée par un chirurgien habile. Il cerna la maladie nouvelle par une large incision comprenant une grande épaisseur de parties saines; la cicatrisation se fit bien, et depuis dix-huit mois le mal n'a pas reparu.

Ce sont là, dit M. Robert en terminant, des questions à reprendre, et bien dignes des investigations des chirurgiens.

M. Malgaigne a souvent vu employer, et il a lui-même appliqué bon nombre de fois la pâte arsenicale du frère Côme, et il n'a pas remarqué que les eschares qui en résultaient fussent plus larges que la surface sur laquelle elle avait été étalée. Il croit que dans ce qu'on vient de dire, la largeur des eschares pouvait dépendre de la préparation de la poudre de Rousselot. Quand il remplaçait M. Cloquet à l'hôpital des Cliniques, M. Souberbielle appliqua sa pâte sur un malade du service qui portait à la lèvre inférieure un petit cancer tellement peu profond, que pour quelques personnes cette ulcération n'était pas cancéreuse. A la chute de l'eschare, qui était restée très bornée, la surface était parfaitement saine. Au bout de plusieurs mois, il revit la malade, qui était en fort bon état; mais plus tard elle se présenta à l'hôpital Saint-Antoine avec un engorgement sous-maxillaire qu'on enleva après avoir essayé les émollients et les fondants.

Peu da temps après, il y eut dans cette dernière cicatrice une récidive qu'il n'y avait plus moyen d'opérer. M. Malgaigne pense que quand la maladie est peu étendue et bien circonscrite, les caustiques peuvent être préférés à l'instrument tranchant; mais que quand elle occupe une grande surface, ils sont à craindre par l'intoxication qu'ils peuvent produire. D'ailleurs, il est des individus qui ne peuvent supporter l'action des caustiques. Dans un cas, il appliqua le chlorure de zinc sur une glande du sein d'une dame de race aristocratique ; il y eut des douleurs atroces, bien que le caustique ait produit un résultat superficiel. On fit de nouveau une application de pâte de Vienne; mais il y eut encore des douleurs très vives et de la fièvre, et l'on constata que ce caustiquc n'avait pas agi plus profondément qua l'autre. Le cancer continua à marcher; il n'y avait plus moyen de faire aucune application locale, et la malade mourut, regrettant qu'on n'eût pas employé l'instrument tranchant,

M. Huguier dit que dans un cancer, quand on trouve les ganglions lymphatiques sains, on est en droit de croire que la maladie ne s'étend pas jusque-là ; cependant, il peut arriver que ces ganglions paraissent sains alors qu'ils ont déjà subi son influence. Un malade avait été opéré d'un cancer de la lèvre inférieure par M. Lenoir, et il avait été constaté que les glandes correspondantes étaient saines. Cependant, au bout de dix-huit mois, il se présenta à l'observation de M. Huguier avec un engorgement et une ulcération sous-maxillaires. Il pense que dans ce cas les ganglions étaient déjà malades au moment de l'opération.

Il a remarqué que tous les caustiques étaient loin de produire le même résultat. Ainsi, quand il applique la potasse caustique snr des ganglions scrofuleux, ceux qui se trouvent dans un rayon d'un pouce ou d'un pouce et demi sont diminués, tandis que, si on emploie un autre caustique, ils augmentent au contraire. Il est porté à croire que cela tient à une action spéciale de la potasse, action qui n'a pas lieu seulement quand elle est caustique, mais qui se fait voir dans toutes les préparations qui en contiennent : le savon, par exemple, dont tont le monde connait l'efficacité dans les engorgements ganglionnaires scrofuleux.

M. Vidal (de Cassis) pense que la contradiction qu'il voit s'élaver entre M. Robert et M. Malgaigne tient à la différence dans le dégré de force des caustiques dont la préparation n'est pas toujours la même. Il a eu occasion, lorsqu'il fit la taille par le moyen des caustiques, de constater ces différences. Il appliqua d'abord la pâte de Vienne pour détruire la peau; mais, pour les tissus sous-jacents, il se servit du chlorure de zinc, qui lui fut donné comme le caustique le plus limitatif, qualitée qu'il a retrouvée chaque fois qu'il en a fait usage, et dans laquelle il a une telle confiance qu'on peut, dit-il, cerner avec cette substance un sein cancéreux en n'enlevant exactement que ce que l'on veut.

M. Robert recommande, d'après M. Manec, de fractionner l'application de la pâte arsénicale pour éviter l'intoxication. Il est facile de voir à quelle époqua on peut revenir à une application du caustique. En effet, lorsqu'une première a déjà été faite, après un temps très court, les urines contieunent de l'arsenic; il suffit d'attendre qu'elles n'en charrient plus pour recommencar sans danger.

Quelques membres de la Société faisant observer à M. Robert que Dupuytren n'agissait pas autrement, il dit qu'il ne conteste pas le fait, mais que c'est certainement à M. Manec que l'on doit d'avoir apporté plus de précision dans les détails. M. Robert croit aussi que dans les applications du caustique il faut tenir compte de l'état des tissus sains ou malades. Ainsi, de même que son action est plus prompte sur le tissu cellulaire que sur le tissu fibreux, sur celui-ci plus que snr les os, de même il croit que les surfaces cancéreuses y sont plus sensibles que les surfaces saines.

— *M. Lenoir* présente une portion de tunique vaginale épaissie qu'il a enlevée à un homme de quarante-cinq ans, qui portait dans les bourses une tumeur du volume des deux poings à peu près, arrondie, sans fluctuation, sans transparence, avec le cordon du même côté tout à fait sain, et qui avait commencé à se former il y a deux ans, sans cause connue. M. Lenoir, ne sachant pas positivement à quoi il avait affaire, fit une incision comme moyen explorateur, et il tomba sur une tunique vaginale présentant une épaisseur d'une ligne au moins. Il fit l'excision de toute la poche, excepté de la portion qui recouvre le testicule, où elle était beaucoup moins épaissie. Ce qu'il a enlevé de la tunique séreuse était piqueté de rouge, comme ulcéré ; mais ces caractères, très prononcés au moment de l'opération, ne se voient plus si bien aujourd'hui parce que la pièce est trop sèche. Il croit qu'il a agi convenablement en pratiquant l'excision, à cause de l'état d'épaississement et d'induration où était la tunique vaginale.

M. Michon trouve que M. Lenoir a bien fait de faire l'incision comme moyen explorateur ; mais il ne partage plus ses idées quand il l'entend dire que les hydrocèles qui se présentent avec l'altération qu'il a rencontrée réclament l'excision. Il a observé des cas dans lesquels il a suffi d'ouvrir la tunique vaginale, de la bourrer de charpie pour qu'il y ait production purulente, formation de bourgeons charnus et guérison radicale. Parmi un certain numbre de faits, il en a trois surtout, un en ville et deux à l'hôpital, qui ont été très remarqnables. Quand on traite par les injections des hydrocèles de cette espèce, ou bien elles ne réussissent pas, et il y a récidive; ou bien il se forme des abcès, et cette dernière circonstance peut amener la guérison parfaite de l'exfoliation de la tunique vaginale dont le testicule se débarrasse très bien.

M. Robert partage entièrement l'opinion de M. Michon. Il a vu un maçon qui, après un coup reçu sur les testicules, vit paraître une tumeur sans transparence et sans fluctuation ; il fit une incision, et rencontra une tunique vaginale cartilagineuse épaisse d'un centimètre et demi dans la portion de la poche, et un peu moins dans celle qui tapisse le testicule. Il se contenta de bourrer cette poche de charpie ; il y eut une formation de bourgeons charnus, et le malade, à sa sortie de l'hôpital, conservait seulement le testicule un peu plus volumineux que celui du côté opposé, mais tendant encore à diminuer. Il croit qu'il faut réserver l'excision pour les cas très rares d'ossification partielle de la tunique vaginale.

M. Malgaigne regrette de ne pas être de l'avis de tout le monde ; mais il ne veut pas de l'incision. Il a vu un malade qui portait dans les boorses une tumeur sans transparence et sans fluctuation. On crut à un sarcocèle; mais le malade déclara qu'il ne voulait pas qu'on lui amputât le testicule. M. Malgaigne fit une ponction ; c'était une hydrocèle. S'il avait voulu faire une incision, le malade s'y serait refusé, et il n'aurait pas guéri. Il pense que l'incision ne doit être mise en pratique que quand la ponction n'a pas éclairé le diagnostic. Consulté par un notaire de Luxembourg, auquel on avait dit qu'il avait trois testicules, il pensa qu'il portait une hydrocèle du cordon ; il fit une ponction, rien ne sortit. Un second coup de trocart ne donna pas plus de résultat ; il se décida seulement alors à faire l'incision, et il reconnut une hydrocèle avec de très petits kystes. Quant à l'excision, il croit que l'on ne doit la faire que suivant l'épaisseur de la tunique vaginale. Dans un cas, il avait fait une simple incision ; mais la poche était tellement épaissie que les bords de la division ne s'écartaient pas, et qu'il ne pouvait pas introduire l'extrémité du petit doigt. Il en excisa une petite losange, qui lui permit de constater l'état de la surface interne.

M. Robert rappelle que Dupuytren disait que quand on porte un instrument piquant sur les tumeurs des bourses dont on ne connaît pas la nature, on peut blesser le testicule ou les vaisseaux sanguina dont on ne sait pas bien la position ; il pensait qu'il fallait inciser, disséquer couche par couche, et que si l'on avait affaire à un simple épaississement de la vaginale, on pouvait agir plus sûrement et plus facilement. Il croit qu'il n'est pas prudent de donner d'emblée un coup de trocart ou de bistouri dans une tumeur dont le diagnostic est obscur, et il soutient que c'est un principe dangereux.

M. Lenoir dit que l'excision n'est pas aussi douloureuse qu'on le pense, et que souvent la dissection de la partie épaissie est très facile ; il croit que quand on la pratique le tissu cellulaire sous-jacent se couvre plus facilement de bourgeons charnus que quand on se contente d'exciser les surfaces malades. En faisant l'incision simple, on ne sait pas dans quel état on laisse la tunique vaginale, et il est à craindra qu'elle soit assez altérée pour produire des accidents graves. Il a vu un malade auquel on s'était contenté de faire une incision à la suite de ponctions qui n'avaient pas réussi ; il lui était resté une suppuration abondante avec gonflement; il fallut enlever la tumeur. M. Lenoir, qui l'opéra, trouva le testicule parfaitement sain, et constata que le gonflement et la suppuration étaient entretenus par une dégénérescence de la tunique vaginale. Au bout de trois ans le malade devint aveugle, puis il succomba, et à l'autopsie on trouva un cancer du cervelet.

M. Michon est convaincu que ce que vient de dire M. Lenoir prouve que son malade avait un cancer de la tunique vaginale ; mais que ce n'est pas du tout un argument contre l'incision. Chez cet homme, les procédés ordinaires n'ont pas réussi ; il a fallu faire l'incision, puis il arrive une suppuration impossible à tarir; on ampute la tumeur ; on voit une altération dont on ne spécifie pas la nature intime; au bout d'un certain temps le malade meurt, et l'on trouve un cancer. Il est bien permis de croire qu'il y a une relation entre la maladie pour laquelle il a été opéré et l'affection cancéreuse que l'on constate à l'autopsie.

— Séance levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

Anévrisme de l'artère fessière. — Une femme, détenue à la maison centrale de Montpellier, succomba pendant l'hiver de 1842, et fut apportée dans les salles de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

On ne possédait sur cette femme aucun renseignement important, non plus qua sur la maladie dont les traces furent découvertes pendant la dissection. Le sujet ne présentait même aucun indice extérieur d'une tumeur anévrismale dans la région fessière gauche ; il n'offrait point de cicatrice, et l'embonpoint dont il était doué contribuait à effacer toute apparence d'anévrisme. Mais, comme ce cadavre était destiné à l'étude de l'angéiologie, il fut injecté avec soin, et toutes les artères furent disséquées. C'est en préparant les branches de l'hypogastrique qu'on découvrit sur le trajet de l'artère fessière et dans sa partie extrapelvienne une tumeur circonscrite ayant l'aspect d'un anévrisme. La pièce fut alors spécialement préparée et recueillie par M. Vergez, prosecteur à la Faculté de médecine, qui eut l'obligeance de me l'adresser.

La tumeur présentait le volume d'un œuf de poule; elle était un peu aplatie d'avant en arrière, et répondait dans ce sens au muscle pyramidal et aux ligaments sacro-sciatiques qu'elle recouvrait. Son fond était situé en bas, tandis qu'en haut elle tenait par un pédicule d'un centimètre de diamètre à l'extrémité du tronc de l'artère fessière, dans le point où ce vaisseau fournit les branches terminales qui se distribuent dans les muscles de la région. L'artère fessière elle-même avait un volume considérable et dépassait de deux centimètres au moins le rebord supérieur de l'échancrure sciatique, en sorte qu'on eût pu l'embrasser sans trop de difficulté dans une ligature si les progrès de l'anévrisme eussent rendu une opération nécessaire. Mais dans ce cas les efforts de la nature, ou les circonstances dans lesquelles était placée la tumeur, avaient écarté toute indication de l'opération, et il était facile de reconnaître, en examinant l'état de la tumeur, qu'elle portait les caractères d'un anévrisme guéri.

Le sac avait des parois épaisses, parsemées d'intervalle de plaques cartilagineuses et de granulations calcaires. La portion rétrécie par laquelle il adhérait au tronc artériel était obstruée par des caillots sanguins et de la lymphe organisée; cependant l'artère elle-même non-seulement n'était pas oblitérée dans ce point, mais elle était au contraire dilatée, ainsi que les branches qu'elle fournit. Les rameaux de la fessière étaient effectivement dans cette disposition remarquable décrite par M. Breschet sous le nom de *dilatation cirsoïde* ou varice artérielle. L'obturation du collet de l'anévrisme était si complète que l'injection qui distendait le tronc et les divisions de la fessière n'avait nullement pénétré dans la cavité de la tumeur. En ouvrant celle-ci, je l'ai trouvée complétement remplie de couches fibreuses conservant encore la couleur du sang, mais avec les apparences d'une nouvelle organisation ayant acquis une densité considérable et présentant des granulations osseuses très sensibles.

Les organes qui avoisinaient la tumeur étaient dans l'état normal; l'artère hypogastrique présentait aussi la disposition ordinaire.

Le traitement, suivant M. Bouisson, doit consister, dans les cas de cette nature, dans la ligature de l'artère. Il s'élève contre la pratique suivie jusqu'à ce jour, et qui a pour objet la ligature de l'iliaque primitive ou de l'iliaque interne. Il veut que, dans tous les cas d'anévrismes spontanés, comme dans les anévrismes traumatiques, on aille directement à la recherche de l'artère malade. Ce nouvel avis vaut la peine d'être pesé, sans doute; cependant, nous craignons que dans la pratique il ne rencontre deux difficultés qui l'empêcheront d'être adopté dans le plus grand nombre des cas : la première est l'incertitude du diagnostic différentiel entre l'anévrisme de l'artère fessière et celui de l'ischiatique ; la seconde, plus grave encore, est l'impossibilité de s'assurer par avance à quelle hauteur remonte l'anévrisme, et s'il ne se trouverait pas hors de la portée des instruments.

Le procédé généralement décrit pour la ligature de l'artère fessière est celui de Harrison, qui fait une incision parallèle aux fibres du muscle grand-fessier, et les sépare plutôt qu'il ne les coupe. M. Bouisson propose une incision toute contraire, et voici comment il décrit son procédé :

Le chirurgien doit se rappeler que le point le plus élevé de l'échancrure sciatique est à onze centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à six centimètres de l'épine iliaque postérieure et supérieure, à dix centimètres de la partie la plus élevée de la crête iliaque. Après avoir fait coucher le malade sur la face antérieure du corps, il constate les saillies mentionnées; et s'étant assuré de cette manière du siége véritable de l'artère fessière, il pratique une incision transversale de six ou sept centimètres d'étendue, dont le milieu correspond au point d'émergence du vaisseau.

Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire, le muscle grand fessier, et met l'aponévrose à découvert dans une ligne tangente à la courbe de l'échancrure sciatique. Les bords de la plaie s'écartent aussitôt; l'aponévrose est alors divisée sur une sonde cannelée un peu au-dessous de l'artère, dont il est facile de sentir les battements en explorant le rebord osseux de l'échancrure sciatique. Le chirurgien, muni d'une sonde cannelée modérément recourbée, et percée d'un trou à son extrémité, garnie d'un fil, déchire avec précaution le tissu cellulaire qui entoure le paquet vasculaire, refoule la veine ou les veines, lorsqu'il en existe plusieurs, ainsi que le nerf, en dedans ; engage le bec de la sonde entre ces organes et l'artère, et soulève celle-ci sous le rebord osseux de l'échancrure. Il importe de diriger le bec de la sonde assez profondément pour être bien sûr de saisir le tronc artériel. Autrement, on s'expose à n'embrasser qu'une de ces divisions, à manquer le tronc lui-même. La manœuvre qui conduit à ce résultat, est notablement facilitée par l'écartement naturel des bords de la plaie transversale ; tandis que, lorsque la plaie est parallèle à la direction des fibres du grand fessier, ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à engager sous l'artère la sonde cannelée ou l'aiguille de Deschamps.

Empoisonnement par l'arsenic. Médecine légale. — On lit dans le *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, une note intéressante sur ce sujet, qui depuis quelques années fixe à un si haut point l'attention des médecins et des chimistes. Le crime d'empoisonnement par l'arsenic, dit ce journal, a essayé de s'introduire en Belgique. Deux condamnations de ce chef viennent d'être prononcées presque en même temps, l'une à Bruges, l'autre à Gand. Les expertises qui ont été faites par MM. Mareska et Lados, nous ont appris deux faits qui présentent un intérêt réel pour la science.

Dans la première expertise ces messieurs ont découvert que les suies de houille contiennent en général de l'arsenic, et ils en ont évalué la quantité, en moyenne, à quatre milligrammes par kilogramme et demi. Cet arsenic doit provenir de nos houilles, qui renferment fréquemment du sulfate de fer, et qui probablement contiennent aussi de l'arseniure du même métal.

La quantité d'arsenic trouvée dans la suie d'une cheminée ayant dépassé cette moyenne de plus de seize fois sa valeur, ils en ont déduit, comme conséquence probable, que la suie de cette cheminée devait contenir, outre l'arsenic naturel, une certaine quantité de ce poison provenant d'une autre source.

Dans la seconde expertise ils ont constaté que dans l'empoisonnement d'une femme enceinte, l'arsenic pénètre jusqu'au produit de la conception. Le fœtus qu'ils ont analysé était parvenu au quatrième mois; ils y ont trouvé des traces de poison. L'utérus et le placenta renfermaient également de l'arsenic; mais ce dernier organe en a donné relativement plus que l'embryon. Les eaux de l'amnios ne contenaient point d'arsenic, du moins en quantité appréciable.

Anémie mortelle à la suite d'épistaxis supplémentaires des menstrues. — Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* rapporte le fait suivant dû au docteur Fricker, de Horb. — Le sujet était une jeune fille de dix-neuf ans, grêle, blonde, à peau fine et rosée. A l'époque de la puberté, elle sentit des bouffées de chaleur, des palpitations, de la dyspnée et une faiblesse générale qui l'empêchait de se livrer à ses occupations. Au lieu des règles dont on attendait l'apparition, il survint un écoulement de sang par le nez, qui dès cette fois menaça l'existence, et ne put être arrêté qu'avec les plus grandes difficultés. Cette hémorrhagie supplémentaire fut cependant suivie d'un retour complet à la santé, et la jeune personne put reprendre ses occupations. Mais au bout d'un mois, il revint une seconde épistaxis tout aussi grave que la première, qui remit la malade dans l'impossibilité de se mouvoir ; elle refusa d'ailleurs de se laisser traiter. L'hémorrhagie nasale se représenta dans l'espace da six semaines, et ainsi de suite quatre autres fois ; alors survint de l'anasarque, de la paralysie de tout un côté du corps ; la malade perdit la parole, la faculté de la déglutition, et expira ainsi au milieu des symptômes de l'exhaustion sanguine.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas très remarquable d'épistaxis arrêtée par la compression de l'artère carotide primitive; par M. Henri Duclos.

Le concierge de la maison habitée par M. Piorry fut atteint, le 28 novembre, à cinq heures du matin, d'une épistaxis abondante qui dura jusqu'à neuf heures; à onze heures l'hémorrhagie recommença avec force. Enfin M. Piorry fut appelé pour arrêter le sang; il plaça des ligatures au-dessous du genou, et recommanda l'élévation de la tête. Ce moyen ne réussissant pas, il y ajouta l'introduction d'un tampon de charpie dans l'orifice antérieur de la narine, siége de l'hémorrhagie, en même temps qu'il faisait pancher en avant la tête du malade pour faciliter la formation d'un caillot dans les fosses nasales. Mais le sang continuait de couler par la bouche, et le malade s'affaiblissait. En vain aussi M. Piorry employa l'application de la glace sur le nez, en recommandant au malade de conserver un morceau de cette glace dans la bouche; il allait en venir à pratiquer le tamponnement des fosses nasales, opération pénible pour le malade et non toujours suivie de succès. Mais alors M. Piorry eut l'idée de comprimer la carotide primitive du côté correspondant à celui de la narine, siége de la rhinorrhagie. Aussitôt l'écoulement de sang s'arrêta tout à coup, la compression fut maintenue pendant vingt minutes, et il n'y a pas eu récidive. Ainsi, grâce à cette heureuse inspiration due à l'anatomie et à la physiologie, l'épistaxis qui durait depuis cinq heures du matin jusqu'à sept heures du soir presque sans interruption, fut arrêtée instantanément.

Cas remarquable d'empoisonnement par le sublimé corrosif, à la suite duquel aucune parcelle du poison ne put être décélée dans le cadavre par l'analyse chimique, par M. le docteur Taylor.

Un homme âgé de trente-huit ans, bien constitué, avala huit grammes de bichlorure de mercure, puis but par-dessus un litre d'eau. Quatre blancs d'œufs lui furent immédiatement administrés. Des vomissements abondants survinrent, et l'administration de l'albumine fut continuée. Bientôt une salivation considérable se manifesta, accompagnée du gonflement de la langue, sans que les vomissements s'arrêtassent. Enfin, malgré l'ingestion de vingt-quatre blancs d'œufs et de deux litres de lait, les mêmes symptômes persistèrent en s'accompagnant d'évacuations alvines sanguinolentes et de délire, jusqu'à la mort qui arriva le cinquième jour après l'ingestion du poison.

A l'autopsie, on trouva les altérations de tissus qui se rencontrent ordinairement dans les cas d'empoisonnement par le sublimé.

L'analyse chimique ayant été pratiquée avec le plus grand soin, on chercha d'abord s'il était resté quelques traces du poison dans l'estomac. A cet effet, les liquides contenus dans les viscères furent acidulés par l'acide chlorhydrique, puis on y plongea un fil d'or et un fil de zinc, mais sans en obtenir le moindre résultat, même après une immersion de plusieurs heures.

Les mêmes matières, soumises à l'ébullition pendant deux heures, ne produisirent pas de taches sur l'or. Il n'existait donc point de sublimé à l'état de solution.

Pour rechercher s'il se trouvait encore de ce sel à l'état de combinaison avec l'albumine, soit des œufs, soit des tissus, on coupa l'estomac en petits morceaux que l'on fit bouillir avec l'acide azotique ; et, après avoir saturé l'excès de cet acide, on traita le liquide par le double fil d'or et de zinc; mais on n'obtint pas plus de succès de cet essai que du précédent.

Le sang de la rate et la sérosité du péritoine furent examinés aussi successivement; mais ni dans l'un, ni dans l'autre, il ne fut possible de découvrir la moindre trace de sel mercuriel.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Troisième liste.

MM.	le docteur Gernandez, méd. espagnol, à Bourg (Ain),	5 fr.
	le docteur Robert Mac-Cormick, à Paris,	5
	le docteur Monge, chirurgien en chef de l'hôpital de Tarascon,	5
	le docteur Lestrohan, à Lorient,	5
	le docteur Mougeat, médecin en chef de la marine, à Lorient,	5

le docteur Lideberder, à Lorient, 5
le docteur Lefèvre, à Lorient, 5
le docteur Villers, à Lorient, 3
le docteur Leyer, chirurgien-major du corps royal d'artillerie, à Lorient, 3
le docteur Renard (Athanase), inspecteur des eaux à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Férat, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Causard, à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Henry, à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Balley, à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Magnin, à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Jeannyot, à Coiffy-le-Bas, 5
le docteur Therrin, l'un des fondateurs de la Société d'émulation, à Bourbonne-les-Bains, 5
le docteur Gallot, à Provins, 10
le docteur Raphaël, à Provins, 5
le docteur Vallée, méd. de l'Hôtel-Dieu, à Vernon (Eure), 5
le docteur Vaucanu, à Yvetot, 5
le docteur Godlewski, à Sorgues (Vaucluse), 10
le docteur Bronicki, à Béziers (Hérault), 5
le docteur Barrion, à Bressuire (Deux-Sèvres), 5
le docteur Félix, à l'Isle-sur-la-Sorgues (Vaucluse). 5
le docteur Bonnet, à l'Isle-sur-la-Sorgues, 5
le docteur Tourrel, à l'Isle-sur-la-Sorgues, 5
le docteur Sabatier, à La Chapelle, 5
Gervais, pharmacien, à La Chapelle, 5
le docteur Euvrard, à Marly-le-Roi, 5
le docteur Lemonnier, à Château-du-Loir, 5
Bréard, pharmacien, à Paris, 2
le docteur Goupil, à Paris, 10
le docteur Cornay, de Rochefort, à Paris, 5
le docteur Laigoelet, méd. des épidémies, à Semur, 5
le docteur Gely, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Nantes, 5
le docteur Vigier, à Pontoise, 5
le docteur Massie, à Habas (Landes), 5
Société médicale de La Rochelle, 40
le docteur Barbier, à Melle (Deux-Sèvres), 10
le docteur Garnault, à Pons, 1
le docteur Michelet, à Pons, 1
le docteur Ardouin, à Pons, 1
Drouet, pharmacien, à Pons, 1
Bertifort, pharmacien, à Pons, 1
Bourquin, à Pérignac, 1
le docteur Gama, à Paris, 5
le docteur Fuilhan, délégué de Laon, 10
le docteur Roques, à Condom (Gers), 10
le docteur Bouchard, médecin titulaire à l'hôpital de Saumur, 5
le docteur Bineau, à Saumur, 5
le docteur Déperrière, chirurgien titulaire à l'hôpital de Saumur, 5
le docteur G.-E. Burry, médecin-adjoint des hospices de Saumur, 5
Majesté, chirurgien-major de l'Ecole de cavalerie, à Saumur, 5
Morgon, chirurgien-major en retraite, 5
Pichon, docteur-médecin, à Saumur, 5
Martinet, docteur-médecin, à Saumur, 5
Destouches, pharmacien en chef de l'Ecole de cavalerie, à Saumur, 1
Bossard, docteur-médecin, à Saumur, 2
Girault, pharmacien, à Saumur, 2
Brière, pharmacien, à Saumur, 5
Dablancourt, pharmacien, à Saumur, 5
Faulcon, pharmacien, à Saumur, 5
Rivaud, pharmacien, à Saumur, 5
Bouchard, docteur-médecin, à Doué, 3
E. Baillergeau, docteur-médecin, à Doué, 5
Ed. Lieutaud, docteur-médecin, à Doué, 5
le docteur Martel, à Saint-Malo, 5
le docteur Chapel père, à Saint-Malo, 5
le docteur Chapel fils, à Saint-Malo, 5
le docteur Egault, à Saint-Malo, 5
le docteur Behier, à Saint-Malo, 3
le docteur Cabaret, à Saint-Malo, 5
le docteur de Kvollier, à Saint-Malo, 5
le docteur Le Roux, à Saint-Servan, 5
le docteur Martin, à Saint-Malo, 5
le docteur Trouessard, de Saint-Meloir, 5
Pautry, médecin, à Pleurtuis, 5
Fournerie, médecin, à Saint-Coulomb, 2 50
Chifolian, médecin, à Saint-Pierre de Pleudihen, 5
Robiquet, pharmacien, à Saint-Malo, 5
Fcrail, pharmacien, à Saint-Malo, 5
Barbot, pharmacien, à Saint-Servan, 5
Bertrand, pharmacien, à Saint-Servan, 5
Dubée, pharmacien, à Saint-Servan, 5
le docteur Sanzeau, à Saint-Maixent, 2
le docteur Rondeau, à Saint-Maixent, 2
le docteur Lémanski, à Saint-Maixent, 2
le docteur Roubier, à Saint-Maixent, 2
Lévrier aîné, vétérinaire, à La Crèche, 2
le docteur Basset, à Premery (Nièvre), 5
Boissel, pharm., député du 12e arrond., à Paris, 20
Bouillaud, professeur à la Faculté de Paris, député, 40
le docteur Levacher, à Paris, 2
le docteur Morlière, à Pierrefonds (Oise), 3
le docteur Obet, à Cherbourg, 10
le docteur Fantin, à Seine-Port, 5
le docteur Duplan, à Tarbes, 3
le docteur Dimbarre, à Tarbes, 3
le docteur Vigues, à Tarbes, 3
le docteur Galiay, à Tarbes, 3
le docteur Léon Dufour, à St-Sever (Landes), 10
le docteur Berdot, à Colmar, 10
Duvernoy, professeur au Collége de France, 10
le docteur Cassius, à Agen, 5
le docteur Barjavel, à Carpentras, 5
le docteur Constans, à St-Orain, 5
le docteur Olliffe, à Paris, 50
Berga, pharmacien à Sarrebourg, 1
Burkardt père, médecin à Sarrebourg, 1
Burkardt fils, médecin à Sarrebourg, 1
Constantin, médecin à Sarrebourg, 1
Deslandes, méd. ord. à l'hôpital milit. de Phalsbourg, 3
Friant, pharm. à Sarrebourg, 1
Grillet, médecin à Lorquin, 1
Grosse, médecin à Sarrebourg, 3
Harvich, pharmacien à Phalsbourg, 2
Legouest, chirurg.-major en retraite, à Sarrebourg, 1
Léman, D.-M. à Phalsbourg, 3
L'huillier, pharmacien à Lorquin, 1
Lindner, pharmacien à Fénestrange, 2
Mabile, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Phalsbourg, 2
Mangenot père, vétérinaire à Sarrebourg, 1
Mangenot fils, vétérinaire à Sarrebourg, 1
Marchal, médecin à Lorquin, 1
Mariatte aîné, pharmacien à Sarrebourg, 1
Mariatte (Victor), pharmacien à Sarrebourg, 1
Perrin, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg, 3
Pfister, D.-M. à Fénestrange, 3
Reeb, chirurg. sous-aide à l'hôp. milit. de Phalsbourg, 2
Reeb, pharmacien à Phalsbourg, 1
Renard, chir. aide-major à l'hôp. milit. de Phalsbourg, 3
Teinturier, chirurgien aide-major au 17e léger, à Phalsbourg, 3
Vittot, id., à Phalsbourg, 3
le docteur Prosper Hullin, membre corresp. de plusieurs soc. savantes, délégué, à Mortagne (Vendée), 10
Baudry, médecin à Mortagne, 3
le docteur Poisson, à La Gaubertière, 5
Bonin, médecin à La Gaubertière, 3
Meljeu, médecin à St-Malo-du-Bois, 5
Duprez, médecin à Tiffauges, 5
le docteur Charruau, à Paris, 5

Total de la troisième liste, 757 50
Listes précédentes, 777

Total général, à ce jour, 1534 50

NOUVELLES.

La Société de médecine de Lyon avait mis au concours pour 1845 la question suivante : Des fièvres intermittentes symptômatiques, de leur diagnostic différenciel et de leur traitement.

Dans sa séance publique du 29 décembre, cette Société savante a décerné le prix, consistant en une médaille de 300 fr., à M. le docteur Camille Bernard.

— On lit dans un journal :

« L'instruction publique va être organisée dans l'Afrique française, au moyen de la création à Alger d'une académie semblable à celles qui existent dans plusieurs grandes villes de France ; tous les établissements d'instruction publique dépendront de cette académie, qui dépendra elle-même de l'Université. M. le ministre de l'instruction publique a eu avec son collègue de la guerre plusieurs conférences relatives à ce projet, qui sera présenté aux Chambres dans la session.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 5. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Résection du coude. Des résections en général.

(Suite du n° du 2 décembre.)

Après vous avoir fait rapidement l'historique de l'opération qui nous occupe, après vous avoir dit par quelle succession d'événements j'avais été conduit à m'en occuper sérieusement, je puis dire maintenant que ma prédilection pour les résections repose sur un grand nombre de faits bien réels, bien positifs; mon expérience est maintenant assez longue, et je vous ai donné le chiffre assez élevé auquel je suis arrivé aujourd'hui. Une chose certaine et démontrée pour moi, c'est que, bien que la résection du coude soit une opération longue et laborieuse, qu'elle laisse après elle une plaie assez étendue et profonde, cependant, chose singulière, il est facile d'obtenir de cette plaie la réunion par première intention, sinon totalement, du moins dans une grande étendue. Même lorsqu'il survient une abondante suppuration, il arrive rarement des accidents graves, et la sécrétion du pus n'apporte pas dans l'économie une perturbation aussi grande que celle qui survient après l'amputation d'un membre. Il est bien certain qu'en tenant compte des relevés statistiques, on arrive à ce résultat qu'il succombe beaucoup moins de malades après la résection des extrémités articulaires des os, et en particulier de ceux du coude, qu'il n'en succombe, toute proportion gardée, après des amputations. D'après tout ce que nous vous avons exposé, il vous est facile de voir quelle énorme différence il y a entre les deux opérations dont nous établissons succinctement le parallèle, l'une, l'amputation, privant le malade de son membre, et présentant toujours consécutivement des dangers plus ou moins grands; l'autre, la résection, pouvant être un peu plus longue, plus douloureuse, plus laborieuse, mais conservant le membre au sujet malade, lui permettant par la suite l'accomplissement de mouvements plus ou moins étendus, et présentant très peu de chances défavorables. Pour nous, du reste, nous vous l'avons déjà fait pressentir, nous pensons que l'articulation du coude est celle de toutes les articulations du corps dans laquelle la résection des extrémités osseuses est la plus avantageuse et la moins dangereuse pour la vie.

En général, les résolutions sont plus constamment heureuses pour le membre supérieur que pour le membre inférieur; et pour celui-là, plus heureuse pour le coude que pour toute autre jointure. Au membre inférieur, c'est pour l'articulation tibio-tarsienne qu'elle nous a semblé toujours être le plus favorable. Jusqu'à présent nous n'avons pu, malgré les succès obtenus par M. Textor, nous familiariser avec l'idée de pratiquer la résection dans les grandes articulations, comme celles du genou.

Pour la résection du coude, un des principaux points c'est le choix du procédé à suivre. Le but est bien toujours le même, de retrancher, d'enlever en agissant sur un point plus ou moins élevé, une, plusieurs, ou toutes les parties osseuses qui composent l'articulation. C'est dans la manière de diviser les parties molles, bien plus que dans le temps de l'opération qui consiste à réséquer l'os sur lui-même, que consiste la différence qui peut exister entre tel ou tel procédé opératoire. Pour les sept premières résections du coude que j'ai faites, je m'étais conformé au procédé de MM. Moreau père et fils; procédé qui consiste à transformer les parties molles qui entourent l'articulation en deux lambeaux quadrangulaires se continuant, le supérieur avec les chairs du bras, l'inférieur avec les chairs de l'avant-bras. Lorsque je fis ma huitième résection, il m'advint de supprimer la plaie de la partie interne de l'avant-bras; j'avais pensé qu'en pratiquant une simple incision en T, et ne taillant que deux lambeaux triangulaires, je pourrais mettre suffisamment à découvert les parties malades, et faire la résection avec plus de peine peut-être, autant pour la chirurgie que pour le malade, mais en ayant l'avantage de ne point avoir de plaie dans un plan déclive, et de pouvoir faire tous les pansements sans imprimer de mouvements au bras. Le résultat que j'obtins par ce nouveau procédé, par cette simplification du mode opératoire fut tel, que j'ai cru pouvoir jusqu'à présent m'en tenir là, et c'est la méthode que j'emploierai dans l'opération de résection du coude, à propos de laquelle je vous présente ces quelques considérations pratiques.

Je sais bien que l'on a proposé depuis ces derniers temps d'autres modifications encore; mais je pense qu'en règle générale il est bon de préférer les incisions droites aux incisions courbes, et de tailler plutôt des lambeaux rectangulaires que des lambeaux ovalaires ou elliptiques. Je suis certain que de cette façon on est plus sûr de respecter le nerf cubital. Une des perfections de l'opération, vous le comprendrez facilement, c'est de ne point intéresser avec l'instrument tranchant le nerf cubital; il m'est néanmoins arrivé de voir le nerf cubital entièrement divisé, et pourtant, à une époque plus ou moins éloignée de l'opération, le mouvement et le sentiment renaître dans les deux derniers doigts de la main, ce nerf ayant repris ses fonctions. Puis, une fois l'opération terminée, on ne peut laisser la plaie béante, et l'expérience nous a prouvé que les chances de la réunion immédiate sont plus grandes avec des lambeaux rectangulaires qu'avec des lambeaux ovalaires; et l'on sait que même dans les cas où les parties molles sont plus ou moins malades, il faut, après une résection, chercher à obtenir cette réunion par première intention, réunion qui, du reste, se fait assez facilement à l'extérieur; il ne se fait dans les parties profondes qu'une suppuration peu abondante qui s'écoule par les points non réunis de l'incision.

Il est une difficulté qui doit vous être signalée parce qu'elle se rencontre la même dans presque toutes les opérations de résection. Elle a rapport au temps de l'opération pendant lequel on fait la section de l'os du bras au-dessus des tubérosités; cette difficulté dépend de la forme de l'os, lequel est aplati d'avant en arrière, et de l'obligation où l'on est de passer des instruments sous l'os au fond d'une plaie assez étroite et profonde. Nous disons passer des instruments sous l'os, car il faut forcément agir de dessous en dessus, sans quoi l'on s'exposerait à meurtrir et à déchirer les parties molles qui entourent l'articulation. De cette disposition de l'humérus résulte donc une assez grande difficulté à pratiquer la section de l'os, et même, une fois la section faite, à le séparer des deux os de l'avant-bras. Je sais qu'il serait à la rigueur possible d'agir sur les deux os de l'avant-bras à la fois, et sans enlever préalablement la portion détachée de l'humérus. Mais j'ai toujours pensé, et le plus grand nombre des chirurgiens partagent cette opinion, qu'il vaut mieux agir sur chacun de ces os séparément. La résection isolée de chaque extrémité osseuse a l'avantage de permettre au chirurgien de ne prendre de chacun des os que ce qu'il est absolument nécessaire d'enlever. De toutes ces circonstances résulte ceci: Que les difficultés que doit nécessairement présenter la résection du coude tiennent principalement à la forme de l'humérus. Ces difficultés sont peut-être un peu plus grandes lorsque l'on fait l'incision des parties molles, comme nous l'avons indiquée, en T. Nous ne reviendrons pas plus longuement sur les motifs qui nous ont décidé à adopter cette forme de l'incision, dût l'opération être un peu plus longue et un peu plus difficile.

Sans nous astreindre à suivre dans ces considérations cliniques un ordre plus convenable dans un cours théorique de pathologie externe que dans un cours professé pour ainsi dire au lit du malade, nous croyons utile de donner quelques développements à certains points de la question des résections que nous n'avons jusqu'à présent fait que vous signaler, que vous indiquer. Les résections sont loin de pouvoir s'appliquer à tous les cas. Nous avons eu l'occasion de vous dire qu'en général les résections nous paraissent beaucoup plus dangereuses aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Cependant, il serait injuste de proscrire les opérations de ce genre d'une manière absolue et définitive quand il s'agit

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'âme de M. Rochuux.

Je la tiens !... La voilà !... Je veux parler de l'âme de M. Rochoux. Comme une âme en peine, elle errait, depuis le 23 octobre dernier, dans les paperasses qui encombrent mon cabinet. Je la cherchais au sud quand elle était au nord, et fort inutilement j'inventoriais et tiroirs et cartons, quand hier, vers trois heures de l'après-midi, un cri aigrelet et perçant se fit entendre, bientôt suivi de ces mots bien connus: « Je demande la parole ! » — Ah ! ah ! me dis-je, voilà une voix qui bien souvent a frappé mon oreille; serait-ce par hasard l'âme que je cherche? Et me dirigeant vers l'angle nord d'où cette voix était partie, je trouvai en effet cette pauvre âme de M. Rochoux dans une situation fort désobligeante; elle s'était nichée, la maladroite, entre les *Pensées* de Pascal et les *Méditations* de Lamartine; qui diable eût été la trouver là?

Quand je dis, l'âme de M. Rochoux, vous comprenez tous mon antiphrase; car quel médecin assez peu abonné à un journal quelconque ne sait, n'a lu et relu que M. Rochoux est le matérialisme incarné, qu'il met sa gloire à le proclamer, son ambition à prouver sa croyance, et son argent à la disposition de ses contradicteurs? Oui, son argent; car sachez, si vous l'ignorez, que M. Rochoux, Montyon retourné, propose depuis six ans un prix de dix mille francs pour celui qui lui prouvera l'existence de l'âme. C'est incroyable ! Et cela est pourtant, et c'est pour donner au public une centième édition de sa philosophie qu'il a pris la peine de m'adresser, voilà bientôt trois mois, un nouvel article sur ce sujet, précédé du petit billet suivant:

23 octobre 1845.

Monsieur et très honoré confrère,

Les hommes se comprennent parfaitement bien dans deux cas: quand ils ont des idées tout à fait identiques, ce qui est excessivement rare, ou quand ils sont d'opinions diamétralement opposées, comme vous et moi, par rapport à l'âme. En effet, vous regardez la question de son existence comme insoluble, et je la crois, au contraire, facile à résoudre. Vous déclarez cette solution insignifiante pour la conduite de la vie, et je pense, au contraire, que le moment est venu où elle doit servir de base au gouvernement de la société. Au reste, attaquez-moi, combattez-moi sans le moindre ménagement, vous irez au devant de mes plus vifs désirs, puisque vous ne pouvez me convaincre d'erreur sans me montrer, en perspective, le paradis, avec ou sans lequel je serai toujours votre très sincèrement affectionné serviteur et confrère,

ROCHOUX.

Je n'ai jamais proféré cet énorme blasphème, que la solution de la question de l'âme fût insignifiante pour la conduite de la vie. Où donc M. Rochoux a-t-il vu cela? J'ai dit, et je soutiens encore à cette heure, que cette question est insignifiante au point de vue de la médecine pratique; que spiritualistes ou matérialistes, ou, comme le dit mon spirituel et savant correspondant, que dualistes ou unitaires, doivent nécessairement, en présence de l'homme malade, ne voir qu'une seule chose, l'organisme souffrant; n'entendre qu'une chose, le cri des organes souffrants, comme l'a dit Broussais; ne chercher qu'une chose, à réparer les désordres de l'organisme souffrant. La question de l'âme n'a rien à faire en présence d'une pneumonie, d'une péritonite ou d'une fracture; j'ajoute, et cela après avoir aussi sérieusement qu'il m'a été possible réfléchi sur ce sujet, qu'elle n'a pas plus à faire en face d'une maladie mentale. Mon dilemme est bien simple:

Vous êtes spiritualiste ou vous ne l'êtes pas.

Si vous l'êtes, vous admettez que l'âme, principe spirituel, ne peut pas être malade, et que c'est le cerveau seul, fonctionnellement ou matériellement, qui est altéré.

Si vous ne l'êtes pas, vous n'avez qu'à vous occuper de l'altération cérébrale, organique ou physiologique, sans prendre souci d'une cause première à laquelle vous ne croyez pas;

Dans les deux cas, c'est toujours aux moyens physiques et matériels qu'il vous faut avoir recours, car je vous défie d'employer un moyen en dehors de cette catégorie;

Donc, en aucun cas, la question de l'âme n'offre un intérêt réel et pratique en médecine d'application.

De ce raisonnement fort simple et sans prétention aucune, j'ai tiré cette conséquence que je rappelle de nouveau, c'est que la question de l'âme n'offrant aucune espèce d'utilité médicale il fallait l'abandonner aux métaphysiciens purs, la parquer dans le domaine de la conscience et de la foi, et qu'il était quelquefois ridicule, souvent dangereux et toujours inutile, de l'immiscer sans cesse dans des discussions de pure et simple observation physique.

Je dis de plus qu'en dehors de la conscience et de la foi, c'est-à-dire par la démonstration scientifique, la question de l'âme me paraît insoluble. On voit tout de suite que je ne me pose pas en candidat du prix Rochoux, quoique, si je voulais faire une gasconnade, moi pauvre, je pusse bien proposer à l'honorable philosophe de Bicêtre un prix de vingt, de cinquante et de cent mille francs pour qu'il m'expliquât, par les seules ressources de la physique, pourquoi l'homme seul est doué des organes de la phonation articulée, pourquoi l'homme seul est perfectible, pourquoi l'homme seul a inventé l'ordre social, l'architecture, la musique, tous les arts, le calcul, le gaz, la vapeur, l'Académie de médecine où M. Rochoux occupe une banquette, tandis que la fourmi, l'huître et la baleine restent baleine, huître et fourmi depuis la création.

Mais ce n'est pas là l'affaire de M. Rochoux; il croit la question très facile à résoudre, et vous verrez tout à l'heure par quel argument capital il la résout; il croit surtout la solution d'une extrême importance pour le bonheur des hommes puisqu'elle doit, dit-il, servir de base au gouvernement de la Société.

Hélas! cette prétention du matérialisme n'est pas nouvelle, et, quand M. Rochoux s'écrie que le moment est venu, les unitaires de tous les siècles l'avaient fait avant lui, et, mieux que tout autre, il doit connaître les gros et petits livres que le matérialisme a jetés dans le monde pour prouver ceci: Que l'homme ne serait heureux que quand il serait matérialiste et athée. Nonobstant, le monde s'est obstiné à croire à l'immortalité de son intelligence, à une cause première toute-puissante et créatrice, à être probe, bon, charitable, à aimer sa patrie, sa famille, à cultiver les sciences et les arts, et tout cela en dehors du matérialisme qui ne comprend pas le développement intellectuel et moral de l'homme avec des croyances aussi ridicules, des préjugés aussi abrutissants, une philosophie aussi superstitieuse. Que le matérialisme soit nécessaire au bonheur du genre humain, voilà ce qu'il m'est impossible de croire alors même que le matérialisme serait démontré comme un théorème de géométrie. Dans cet ordre d'idées, le genre humain ne vit pas seulement d'intérêts matériels, et, pour le bonheur d'un grand nombre d'hommes, il serait cruel et dangereux de détruire la loi qui exalte, l'espérance qui console; le genre humain n'est pas tout entier à l'Académie des sciences; un philosophe comme M. Rochoux, assez libre des entraves de la vie pour distraire dix mille francs de sa fortune sans regret et sans gêne, peut être matérialiste sans grands inconvénients pour ses semblables, et, s'il est heureux dans ce monde, il ne sent pas le besoin d'un monde meilleur; mais le malheureux prolétaire que le travail tient courbé pendant quatorze ou dix-huit heures par jour et qui ne trouve au bout qu'un salaire insuffisant pour lui et pour sa famille, pour ses maladies que l'hôpital, pour sa vieillesse que l'abandon ou qu'une charité insuffisante, laissez-lui, laissez à tous nos frères malheureux l'espérance qui fait leur résignation, ou bien, et vous serez plus logique, changez d'abord l'ordre social avant de vous en prendre à leurs croyances.

Je ne cherche pas à prouver l'existence de l'âme, je crois la chose impossible; je reconnais même, si vous le voulez, que ceux qui l'ad-

d'une affection organique ou autre d'un des os du membre pelvien. Nous avons vu pratiquer avec succès une résection de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons vu des guérisons suivre des résections des extrémités osseuses constituant l'articulation du genou, soit qu'elles aient porté sur le fémur, soit que l'on ait dû attaquer les tubérosités du tibia. Voici du reste les raisons qui me rendent encore moins disposé à approuver la résection des membres inférieurs que celles des membres supérieurs : Les membres inférieurs ont une destination particulière ; ils forment, pour ainsi dire, les colonnes de l'édifice : ils sont destinés à supporter le poids du corps. Il est donc nécessaire que les articulations qui leur appartiennent jouissent d'une grande mobilité dans un sens, soient très solides et très résistantes dans le sens opposé. Ainsi, par exemple, un sujet chez lequel on aurait pratiqué la résection de la tête du tibia, et chez lequel une soudure complète, une ankylose du genou ne serait pas survenue consécutivement, serait évidemment plus mal partagé que celui auquel on aurait fait l'amputation de la cuisse : un membre inférieur sans soudure complète serait un soutien bien incomplet. La résection du genou ne peut convenir qu'à cette condition, savoir : qu'après l'opération il y aura soudure entière et complète des deux os. J'ai fait une fois cette résection, et cela dans les premiers temps où je m'occupais de ce genre d'opération ; c'était, je crois, la troisième ou la quatrième tout au plus.

C'était un malade couché au n° 22 de la salle de la Vierge, à l'hôpital de la Charité. Il avait entendu plusieurs fois parler d'opérations pratiquées au coude, opérations à la suite desquelles les sujets qui les avaient subies avaient conservé leur membre. Cet homme avait une tumeur blanche du genou. Ses premières paroles furent pour nous dire, à M. Boyer et à moi, qu'il se savait atteint d'une maladie qui devait nécessairement entraîner sa mort, que cependant il ne voulait point se faire couper la cuisse ; mais qu'il avait entendu parler d'une opération qui pouvait lui conserver son membre, et qu'il ne voulait s'exposer qu'à celle-là. Malgré nos instances réitérées, il exigea qu'on lui fît la résection du genou. Consécutivement, à cette opération, il me fut impossible de maintenir la jambe étendue sur la cuisse. Ceci me conduit à vous dire en passant que chez les sujets que j'ai vus en Allemagne et chez lesquels on avait fait la résection du genou, j'ai vu souvent la jambe à demi fléchie sur la cuisse ; je n'ai pu savoir si cette position avait été choisie par le malade et par le chirurgien, ou si elle constituait un accident survenu malgré l'opérateur.

Notre malade succomba au dix-huitième jour de l'opération. Il s'était établi une abondante suppuration ; je n'oserais pas dire qu'il ait péri par suite d'une résorption purulente, maladie dont on ne s'occupait guère à l'époque dont je vous parle. Mais, depuis lors, je n'ai pas voulu tenter de nouveau la résection de l'articulation du genou.

Nous voyons souvent, à la suite de simples contusions, à la suite de fractures du fémur, survenir cette terminaison de la maladie, que l'on a désignée sous le nom de luxation spontanée. Nous voyons souvent le fémur se souder complètement avec le bassin. Mais les malades finissent par s'habituer à cette immobilité du fémur, et ils contractent une démarche particulière. Peut-être ne serait-il pas impossible quelquefois de tenter la résection de la portion supérieure du fémur, et cela avec succès. Mais il serait préalablement nécessaire de savoir dans quels cas la maladie serait bornée à la partie supérieure du fémur, car ce n'est qu'alors que l'on pourrait agir avec quelque chance de succès.

La difficulté d'un diagnostic exact est encore une raison contre l'opération dont nous parlons. Si l'affection s'étend à l'os du bassin, évidemment il n'y a rien à faire. Dans l'articulation du pied le danger serait moindre. Il y a longtemps que nous n'avons eu occasion de pratiquer de résection de l'articulation tibio-tarsienne. Mais nous l'avons faite trois fois, et ceci nous rappelle un fait important de cette nature, qui remonte déjà à plus de quinze ans, car le malade était dans nos salles, à la Charité, lorsque éclatèrent les journées de juillet 1830.

Un jeune homme se présenta à nous affecté d'une tumeur blanche de l'articulation du pied. Autant qu'il nous fût permis de le supposer, la maladie nous sembla bornée à l'extrémité inférieure des os de la jambe. Le malade était âgé de seize ans, exerçait la profession de menuisier ; il était d'une belle et forte constitution ; une chose qui nous frappa en lui, ce fut la beauté de son pied, qui véritablement avait une forme et une finesse remarquables. Cette circonstance étonnante chez un homme, et surtout chez un ouvrier, me détermina à ne pas sacrifier le pied et à éviter l'amputation. La pensée me vint de pratiquer la résection de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné ; cette opération avait déjà été faite par MM. Moreau père et fils, et suivie de succès. Je la pratiquai donc ; elle fut laborieuse ; elle devait l'être, car ce n'est pas chose facile que de réséquer le tibia et le péroné à leur extrémité inférieure. Néanmoins, le sujet étant d'une bonne constitution, la réunion se fit par première intention ; l'astragale était sain ; le résultat de l'opération fut admirable ; il ne survint que le degré d'inflammation nécessaire pour la consolidation de la plaie. J'avais fait le pansement avec le taffetas gommé, ce qui me permit de ne point renouveler l'appareil fréquemment ; je crois même me souvenir qu'il conserva le même appareil jusqu'à la guérison complète. Je le répète, le résultat de cette opération fut admirable ; il y eut nécessairement raccourcissement du membre, l'astragale se souda avec les os de la jambe, et le sujet put reprendre ses travaux accoutumés. Je suis donc persuadé que dans les cas où l'affection est bornée à la portion inférieure des os de la jambe, on pourra pratiquer la résection avec grandes chances de succès. Si j'en juge par ce fait, il me paraîtrait, comme d'après un assez grand nombre d'autres faits analogues, que le pied a beaucoup de tendance à se souder avec les os de la jambe.

La comparaison du membre inférieur avec le membre supérieur donne lieu à une foule de contrastes parmi lesquels je dois vous signaler particulièrement celui-ci : il semble que les articulations du membre pelvien ont une bien plus grande tendance à la soudure que celles du membre thoracique. Il est rare qu'à la suite de la résection de la tête de l'humérus, qu'à la suite de la résection du coude, il survienne une ankylose, il y ait perte des mouvements du bras ou de l'avant-bras. Cet avantage est surtout inappréciable pour le coude. Il semble que la nature prévoyante accomplisse les souhaits qu'aurait pu former le chirurgien. Il n'est pas toujours facile, lorsqu'il se forme une ankylose, de déterminer la soudure dans l'attitude que l'on aurait désirée, dans la situation que l'on aurait jugée la plus convenable, dans celle qui présente le moins d'inconvénients. D'ailleurs, fût-il possible de la déterminer à volonté, quelle position devrait-on choisir ? Faudrait-il fléchir le membre, ou le laisser et le maintenir dans l'extension ? C'est par la flexion que le membre supérieur nous sert le plus ; aussi, si l'on était forcé d'opter, faudrait-il plutôt, je pense, déterminer l'ankylose angulaire pour le membre supérieur, tandis que ce serait le contraire pour le membre inférieur. Mais nous avons dit que l'ankylose du coude est rare. On ne saurait trop priser l'avantage que nous retirons pour le malade de lui conserver les mouvements du coude. Les extrémités des os du coude s'arrondissent ; les inégalités s'effacent ; il s'établit une sorte de croûte cartilagineuse de nouvelle formation ; les muscles contractent de nouvelles adhérences ; enfin des mouvements, un peu anormaux, il est vrai, et moins étendus qu'à l'état sain, se rétablissent, et le sujet peut encore vaquer à quelques-unes de ses occupations journalières.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Revue des cas principaux du service pendant le dernier trimestre. (Fin.)

Luxation compliquée du pied en dedans. Fracture de la malléole interne. Résection du tibia. Infection purulente. Mort. Autopsie.

Le nommé Pierre Vorion, âgé de cinquante-trois ans, est entré à la Charité le 20 août 1845, et a été couché au n° 27 de la salle Sainte-Vierge. C'est un homme grand et robuste, d'un tempérament sanguin ; il a été vacciné, non variolé, et n'a jamais été malade.

Le 20 août, cet homme, qui est charretier, conduisait une voiture pesamment chargée, lorsque son attelage, composé de trois chevaux, se porta brusquement de son côté, dans un moment où il voulait lui faire prendre une direction inverse ; l'un de ses chevaux le frappa du pied au bas de la jambe droite, et avec tant de violence, qu'il tomba sur le coup. Apporté immédiatement à l'hôpital, on constata les lésions suivantes : Le pied est complètement luxé en dedans ; le tibia proémine à travers une large déchirure des téguments ; la malléole externe est fracturée, complètement séparée de l'os, et perdue dans les chairs ; le pied est tellement renversé, que la face plantaire regarde tout à fait en dedans, et il se trouve remonté le long du bord interne du tibia, à deux ou trois centimètres au-dessus de son extrémité. Il n'y a point d'hémorrhagie.

M. Velpeau pratique sur le champ la résection de l'extrémité inférieure du tibia, à un pouce environ de sa terminaison ; la malléole externe est extraite du milieu des téguments qui la renfermaient. Le pied est ramené immédiatement dans sa position, et on l'y maintient à l'aide d'une attelle placée à la partie interne de la jambe ; la plaie est pansée simplement, et le bandage sera tenu imbibé d'un mélange d'eau blanche et d'alcool camphré. — On prescrit une potion antispasmodique.

Le 21, avant la visite, le malade se plaint d'avoir éprouvé pendant toute la nuit des douleurs violentes qui ne lui ont laissé aucun repos ; le pouls est vif ; la langue est blanche. Le premier appareil est remplacé par un bandage de Scultet soutenu par deux attelles.

Le 22, on applique un bandage dextriné remontant jusqu'au-dessus du genou, et présentant une fenêtre au niveau de la solution de continuité ; ce bandage est soutenu par deux attelles placées à la partie interne de la jambe, et se croisant à angle droit. Ces attelles sont appuyées sur un coussin de balle d'avoine. L'état du malade est le même.

Le 23, les douleurs sont un peu moindres ; il n'y a toujours pas de sommeil ; la plaie donne issue à une suppuration abondante et fétide. — Pansement ordinaire ; charpie ; linge cératé.

Le 24, les douleurs vives sont revenues ; le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; la langue très blanche. La plaie est

---

mettent — et pourquoi ne dirais-je pas que je suis de ce nombre ? — n'ont aucun motif *scientifique* pour cela ; j'ajouterai encore que ceux qui la nient résolument ont pour eux toutes les apparences de la vérité scientifique, et qu'on ne peut les combattre que par des raisons de sentiment et quelquefois de vanité humaine. Mais je soutiens aussi que ces apparences scientifiques ne sont pas tellement évidentes qu'au bout de toute démonstration le doute avec toutes ses anxiétés ne se trouve pas encore ; je dis, et ceci pour mon seul compte personnel, qu'entre deux croyances dont l'une me plaît et me console, dont l'autre me décourage et m'afflige, sans que l'une ou l'autre se présente irrésistible de preuve, j'adopte la première avec empressement et satisfaction.

Je dirai maintenant, et par un détour un peu long peut-être, que le nouvel argument de M. Rochoux n'est pas encore destiné à ébranler ma foi. Le voici dans sa rédaction originale et dans toute la pureté de son texte, nos lecteurs jugeront s'ils sont plus accessibles que moi à une démonstration de cette nature.

« Tout phénomène du domaine de la psychologie est un produit de l'action de l'encéphale et n'a pas d'autre cause.

» Quiconque possède les premiers éléments de la psychologie sait que les nombreux phénomènes dont l'étude et la connaissance sont l'objet de cette science, exigent l'état de veille pour se produire dans toute leur plénitude, et cessent tout à fait d'avoir lieu quand le sommeil est complet. A notre réveil, véritable résurrection quotidienne sous le rapport mental, le sentiment de conscience, le moi ou la sensation interne de notre existence renaît, indépendamment de toute volonté, de même qu'il s'était anéanti sous le poids du sommeil.

» Comment s'opère cette succession alternative d'états, à certains égards opposés entre eux ? Personne, à commencer par Aristote, n'a encore pu le savoir ; mais bien assurément on ne peut voir là qu'un jeu d'organes comparable à ces changements alternatifs dans les courants circulatoires des pétales, d'où résulte, suivant M. Dutrochet, le sommeil et la veille de plusieurs fleurs. Au reste, l'explication du fait n'ajouterait rien à sa réalité, ni à la certitude des conséquences qui en découlent. Assurés dès lors que, dans l'état normal ou de santé, une action organique dont l'encéphale est évidemment le siége principal, détruit et renouvelle alternativement la sensation interne, d'où dépend la manifestation de tous les actes psychologiques, nous n'hésiterons pas à affirmer que leurs troubles si variés et si nombreux, dans les diverses nuances de la folie, ont pour cause une action de même nature, c'est-à-dire organique et, partant, toute physique. »

Ainsi donc, en réduisant cet argument à sa plus simple expression, l'homme n'a pas d'âme parce qu'il dort. Je comprends difficilement qu'un esprit aussi positif que M. Rochoux ait cru trouver là un argument sérieux et déterminant. Le sommeil est précisément le phénomène le plus obscur, le plus incompris, le plus mystérieux de la physiologie ; et vouloir expliquer la physiologie par le sommeil, c'est, que M. Rochoux me le pardonne, expliquer *obscurum* par *obscurius*. L'observation la plus vulgaire, d'ailleurs, détruit cet argument dans sa base ; quelques physiologistes prétendent que le sommeil complet, c'est-à-dire l'anéantissement absolu des facultés de l'entendement, n'existe jamais, et que l'homme rêve toujours plus ou moins. Je ne sais plus quel médecin hollandais passa plusieurs nuits dans une caserne à contempler le sommeil de plusieurs centaines de soldats. Il n'en trouva pas un seul qui, à un moment ou à un autre, ne parlât, ne s'agitât, ne parût sous l'influence d'une impression physique. Quelques-uns assurent même que l'âme, pendant le sommeil, dégagée des impressions extérieures, paraît dans toute la splendeur de son activité, et avec un éclat qu'elle ne conserve plus au réveil. Que de beaux discours fait l'orateur dans ses rêves ! Et le poète ; voyez-le le matin chercher les beaux vers que les songes lui apportèrent par la porte d'ivoire ! Dieu, les beaux feuilletons que j'ai faits en dormant ! Et pourquoi, pour mes lecteurs, ne pas dormir toujours ? Mais ceci me rappelle une page délicieuse que je veux citer sur ce sujet, et qui nous dédommagera tous de cette disquisition tant soit peu fatigante. Ecoutez cette prose rare et charmante :

« Il peut paraître extraordinaire mais il est certain que le sommeil est non-seulement l'état le plus puissant, mais encore le plus lucide de la pensée, sinon dans les illusions passagères dont il l'enveloppe, du moins dans les perceptions qui en dérivent, et qu'il fait jaillir à son gré de la trame confuse des songes. Les anciens, qui avaient, je crois, peu de chose à nous envier en philosophie expérimentale, figuraient spirituellement ce mystère sous l'emblème de la porte transparente qui donne entrée aux songes du matin, et la sagesse unanime des peuples l'a exprimé d'une manière plus vive encore dans ces locutions significatives de toutes les langues : *J'y rêverai ; j'y songerai ; il faut que je dorme là-dessus ; la nuit porte conseil.* Il semble que l'esprit offusqué des ténèbres de la vie extérieure ne s'en affranchit jamais avec plus de facilité que sous le doux empire de cette mort intermittente, où il lui est permis de reposer dans sa propre essence, et à l'abri des influences de la personnalité de convention que la société nous a faite. La première perception qui se fait jour à travers le vague inexplicable du rêve, est limpide comme le premier rayon du soleil qui dissipe un nuage ; et l'intelligence, un moment suspendue entre les deux états qui partagent notre vie, s'illumine rapidement comme l'éclair qui court éblouissant des tempêtes du ciel aux tempêtes de la terre. C'est là qu'Hésiode s'éveille les lèvres parfumées du miel des muses, Homère les yeux dessillés par les nymphes du Mélès, et Milton le cœur ravi par le dernier regard d'une beauté qu'il n'a jamais retrouvée. Hélas ! où retrouverait-on les amours et beautés du sommeil ? »

J'offre à M. Rochoux un prix de..... dix lignes de mon feuilleton, s'il peut deviner l'auteur qui vient de répondre si magnifiquement à son argument du sommeil.

Jean RAIMOND.

Le concours pour la chaire d'anatomie, vacante par la mort de Breschet, ouvert le 1er décembre dernier, marche vers sa fin.

Les candidats, au nombre de dix, étaient : MM. Béclard, Bourgery, Chassaignac, Denonvilliers, Després, Duméril, Giraldès, Gosselin, Lebaudy, Sanson (Alphonse).

M. Lebaudy s'est retiré dès l'ouverture du concours.

Le 3 décembre a eu lieu, ainsi que nous l'avons dit, la composition écrite ; la question était : De la peau.

Pour la première épreuve, après vingt-quatre heures de préparation, voici quelles ont été les questions que les candidats ont eu à traiter :

M. Gosselin, Du système cérébro-spinal ; M. Duméril, Des appareils sécréteurs en général ; M. Chassaignac, De l'appareil auditif ; M. Denonvilliers, Comparaison des appareils des sens ; M. Béclard, De la main ; M. Després, Du canal digestif ; M. Giraldès, Parallèle du membre supérieur et du membre inférieur ; M. Sanson, De l'appareil respiratoire ; M. Bourgery, De l'appareil de la vision.

Les sujets des leçons, faites après trois heures de préparation (deuxième épreuve orale), ont été les suivants : MM. Duméril et Chassaignac, Le foie ; MM. Gosselin et Sanson, Les testicules ; MM. Denonvilliers et Béclard, Les annexes de l'utérus ; MM. Després et Bourgery, L'articulation de la tête avec la colonne vertébrale ; M. Giraldès, La vessie.

Samedi 10 janvier, à quatre heures, ont été tirées au sort les thèses des compétiteurs. Voici l'ordre dans lequel seront soutenues les dissertations :

M. Gosselin, Du système nerveux ganglionnaire ; ses connexions avec le système nerveux cérébro-spinal.

M. Duméril, De l'évolution du fœtus.

M. Denonvilliers, Comparaison des deux systèmes musculaires.

M. Sanson, Des articulations en général.

M. Giraldès, Du degré d'utilité de l'anatomie comparée dans l'étude de l'anatomie humaine.

M. Chassaignac, Des membranes muqueuses.

M. Després, De la valeur des recherches microscopiques en anatomie.

M. Béclard, Le système cartilagineux.

M. Bourgery, Les annexes du fœtus et leur développement.

L'argumentation commencera le mercredi 28 janvier.

pansée avec le baume d'Arcæus; on y fera des injections avec la décoction de quinquina; les jours suivants, le pansement se fait avec de la charpie imbibée de jus de citron.

Le 27, il y a eu beaucoup d'agitation dans la nuit; le pouls est petit, fréquent; la langue rouge. Constipation. (Une cuillerée à café d'huile de ricin dans un bouillon.) Le lendemain, la cuisse présente un peu de rougeur et de gonflement à sa partie interne au-dessus du bandage. — Frictions mercurielles.

Le 29, point de changement notable dans la plaie; l'état général s'aggrave; tous les symptômes d'un phlegmon diffus considérable occupant tout le membre jusqu'au grand trochanter, se manifestent. — On applique un vésicatoire à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

Le malade succombe le 2, à quatre heures du matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouve la jambe et la cuisse droite infiltrées de pus dans toute leur étendue.

La vessie, le foie, la rate sont sains. Le poumon gauche présente à son bord postérieur un abcès métastatique gros comme un œuf de poule. Congestion à la partie inférieure du poumon droit.

Le cœur est marbré de taches blanchâtres qui sembleraient indiquer l'existence d'une ancienne péricardite. Le cerveau est sain.

Par l'inspection microscopique, on trouve des globules de pus dans le sang des veines caves supérieure et inférieure.

— Cette observation acquiert un nouvel intérêt de cette circonstance, qu'il existe actuellement dans le service de M. Velpeau, au n° 15 de la salle des femmes, une malade chez laquelle ce chirurgien a aussi été obligé de pratiquer la résection de l'extrémité inférieure du tibia pour une lésion semblable du pied droit; mais chez cette dernière la plaie siége au côté interne, et le pied était luxé en dehors. Cette femme a résisté jusqu'ici; il y a une quinzaine de jours que l'opération a été pratiquée. Nous reparlerons de ce cas grave et intéressant.

Polype utérin. Pertes considérables. Excision de la tumeur. Guérison.

Le 16 septembre 1845, est entrée à la Charité la nommée Legrand (Jeanne), âgée de quarante-quatre ans. Cette femme, d'une constitution faible, est malade depuis deux mois. Elle est d'un tempérament lymphatique, a eu la variole, n'a pas été vaccinée, et a vu paraître ses règles à l'âge de seize ans. Depuis, elle avait été constamment bien réglée. Elle n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre dont elle aurait été affectée à l'âge de douze ans, et qu'on lui a dit être la fièvre putride.

Il y a deux mois, elle fut prise d'une perte considérable qui a continué; mais plus faiblement; depuis cette époque, elle éprouva en même temps de la pesanteur à l'anus, dans le vagin, et des douleurs lombaires; elle ne fit rien que de prendre de l'eau de riz.

A son entrée à l'hôpital, la malade accuse les mêmes douleurs. M. Velpeau s'assure par le palper qu'aucune tumeur ne proémine dans le bassin; mais par le toucher on constate que l'orifice vulvaire est occupé par une tumeur que l'on isole parfaitement de toutes parts.

Cette tumeur, qu'on peut suivre jusqu'au fond du vagin, paraît pyriforme; elle offre un volume considérable à la partie inférieure, au point de boucher l'entrée du vagin. En haut, au contraire, elle est suspendue à un pédicule du volume d'une plume de cygne au moins, qui franchit le museau de tanche, paraît traverser la longueur du col utérin et s'insérer à la face postérieure de la lèvre antérieure du col. Du reste, le point précis de son insertion est assez difficile à déterminer. Le toucher est d'ailleurs douloureux, à ce que dit la malade; et quand le doigt est retiré des parties génitales, il est teint de sang. L'orifice du col utérin est assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt dans la cavité de l'organe. L'état général est passable, et les fonctions digestives s'exécutent convenablement. — On prescrit 3 décigrammes de seigle ergoté en trois doses; limonade citrique et sirop de gomme.

L'opération étant résolue, M. Velpeau la pratique de la manière suivante: La malade est placée le siége sur le bord du lit, le dos appuyé contre un oreiller suffisamment élevé. Deux aides maintiennent les jambes fléchies et écartées. M. Velpeau introduit dans le vagin les deux premiers doigts de la main gauche, puis il conduit sur eux une érigne avec laquelle il va arracher la tumeur; l'érigne est alors confiée à un aide; saisissant aussitôt un bistouri à long manche, à lame étroite, courte et courbée sur le plat, il le fait glisser sur les doigts demeurés dans le vagin jusqu'au pédicule de la tumeur, tandis que l'aide, tirant doucement sur l'érigne, abaisse la masse; le pédicule est alors tranché d'un seul coup.

Le vagin est immédiatement tamponné avec des boulettes de charpie enduites de cérat que l'on maintient à l'aide d'un bandage en T.

Le 24 août, il n'est survenu aucun accident depuis l'opération. Quelques coliques seulement se sont développées sous l'influence de la pression qu'a exercée le bandage, compression qui a amené de la rétention d'urine.

Le 27, plus de perte, plus de coliques; mais la malade est très faible. Injections avec une décoction de quinquina; deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 1er septembre, la malade a éprouvé quelques douleurs dans le ventre; le pouls est normal; il y a de l'appétit, mais beaucoup de faiblesse. — Carbonate de fer; valériane en poudre et sirop de miel.

Le lendemain il y a une perte légère, qui s'arrête bientôt. L'état de faiblesse continue jusqu'au 10.

Le 17, la malade sort guérie, et avec un peu plus de forces.

Fracture de l'humérus droit non consolidée. Résection des extrémités des fragments. Séjour d'un an à l'hôpital.

Jacques Uzureau, âgé de quarante-sept ans, menuisier, est entré à la Charité le 25 octobre 1844. Cet homme n'a jamais eu de maladie grave. Il est d'une assez bonne constitution, et est né de parents sains et d'une bonne santé habituelle. Il y a environ deux ans, il se fractura l'humérus du côté droit, et fut traité à l'hôpital de Nantes. Bien qu'il n'y eût aucune complication, que ce malade parût être dans des conditions ordinaires, le traitement des fractures échoua, et la consolidation ne put être obtenue.

La fracture était, il est vrai, fort oblique dans une étendue au moins de trois travers de doigt. Divers moyens furent tour à tour employés; l'appareil inamovible, le séton, le froissement échouèrent successivement. Les fragments sont demeurés extrêmement mobiles; ils se coudent, et l'avant-bras est d'une mobilité telle, que le malade ne peut en aucune façon se servir de son membre.

Selon M. Velpeau, et nous l'avons entendu émettre cette opinion déjà plusieurs fois, le défaut de consolidation serait dû d'abord à l'obliquité des fragments, qui rend l'immobilité complète très difficile à obtenir, et très probablement aussi à du sang qui, s'étant épanché entre eux, s'y sera mortifié, pour ainsi dire, et sera devenu ainsi corps étranger.

Quoi qu'il en soit, rebuté des diverses opérations qu'il avait subies en province, ce malade prit le parti de venir à Paris.

Après l'avoir laissé presque un mois dans les salles pour qu'il s'accoutumât à l'hôpital, M. Velpeau résolut d'avoir recours à la résection de l'extrémité des fragments; l'opération fut pratiquée ainsi: Une incision est faite à la partie postérieure du bras; on dégage le fragment inférieur, qui est réséqué près de sa base; l'extrémité inférieure du fragment supérieur est enlevée à son tour. L'opération a été longue et douloureuse; les fragments ont été fort difficiles à isoler à cause de leur union avec les parties molles, ils semblaient faire corps avec elles. De plus, une cloison charnue renfermant chacun d'eux, il a fallu exciser cette sorte de poche pour parvenir à affronter convenablement les surfaces osseuses.

Le pansement a été fait de la manière suivante: La plaie a été remplie de charpie, et on a appliqué par-dessus un linge cératé; des attelles de carton ont été placées autour du membre, la postérieure étant courbée et moulée sur le coude, de manière à maintenir le bras dans la flexion exagérée à l'aide d'un bandage roulé.

Les jours qui ont suivi l'opération n'ont rien présenté de particulier. Le malade a eu fort peu de fièvre; la plaie offre un bel aspect; la suppuration devient abondante; les douleurs sont faibles, passagères.

Le 2 décembre, on enferme le bras dans un appareil inamovible, il est maintenu dans la flexion forcée; une fenêtre est laissée pour panser la plaie.

Le 12 décembre, le malade se plaint vivement; il éprouve des douleurs dans le bras; il y a de la rougeur autour de la plaie.

Le 18, on s'aperçoit d'une vaste collection au côté externe du bras; le pouls est fébrile; douleur, insomnie. Le lendemain, M. Velpeau pratique l'ouverture du foyer. Mieux les jours suivants.

Le 12 janvier, la plaie étant presque cicatrisée, le membre est placé dans un appareil dextriné. On enlève ce bandage le 9 février; la fracture n'est pas consolidée.

On laisse le malade tranquille jusqu'au 14 mai; les forces étant parfaitement revenues, l'état général se trouvant bon, M. Velpeau procède à une seconde opération.

Un lambeau courbe, à convexité inférieure, est taillé de manière à intéresser toute l'étendue des parties molles et à mettre du premier coup les fragments à nu; cela fait, on les dégage de la plaie, et la résection est de nouveau pratiquée; puis, pour parvenir au maintien du contact entre les fragments, on creuse un trou dans chacun d'eux, et l'on y passe un fil d'argent de façon à établir en quelque sorte un point de suture: les deux bouts du fil sont alors tordus sur eux-mêmes et ramenés en dehors de la plaie.

On panse en conservant le lambeau assez relevé, pour pouvoir suivre le travail de consolidation des fragments osseux. Un appareil dextriné est appliqué; il enveloppe l'épaule, le bras, le coude et une partie de l'avant-bras.

Les jours qui suivent l'opération, aucun accident ne se manifeste.

Vers le 20 mai, la main se tuméfie. Le 21, la tuméfaction fait des progrès; quelques phlyctènes se montrent; il y a de la fièvre et un peu de délire dans la nuit. M. Velpeau prescrit de fendre l'appareil. Le lendemain, les accidents augmentent; on fend le bandage dans toute sa partie inférieure. Les symptômes généraux disparaissent.

Le 23, la tuméfaction de la main et de l'avant-bras fait encore des progrès. On enlève complétement le bandage pour ne laisser qu'une gouttière en arrière; de la suppuration se montre sur le dos de la main, le lambeau est toujours relevé, les fils d'argent en place. Le malade va bien; on lui accorde deux portions.

Le 12 juin, en tirant sur le fil d'argent, il se détache. M. Velpeau fait exercer une légère compression sur le lambeau. Le malade va bien.

Le 1er juillet, la suppuration est presque tarie et la plaie en grande partie cicatrisée. Quelques mouvements imprimés au bras apprennent que la consolidation est encore imparfaite.

Le 14 juillet, le bras est replacé dans un appareil inamovible, où il reste jusqu'au 22 août. La fracture n'est pas consolidée; on l'y replace le 25, et il sort de l'hôpital le 12 septembre 1845. Sa fracture n'est pas encore consolidée.

Bibliographie.

Traité des maladies chirurgicales (de Boyer). — Cinquième édition, publiée par le docteur Philippe BOYER. — Tom. II et III.

D'après l'ordre suivi par Boyer dans les éditions dont il avait dirigé la publication, le deuxième volume de l'édition nouvelle devait commencer par les tumeurs. Nous avons dit, dans l'analyse du premier volume, que M. Philippe Boyer a cru devoir changer l'ordre adopté par son père, pour y substituer une classification plus méthodique, plus en harmonie avec l'état actuel de la chirurgie. Il n'a donc conservé ici que le chapitre *des Tumeurs en général*, et, renvoyant l'étude des tumeurs en particulier, aux chapitres consacrés aux maladies chirurgicales des divers appareils; il a placé en tête de ce tome les affections du système cutané, l'érysipèle, le furoncle, l'anthrax, le cancer de la peau, etc. Il a joint un chapitre supplémentaire sur une des maladies les plus graves, les plus redoutables, et de la description de laquelle s'est enrichie la science dans ces dernières années, nous voulons dire la morve et le farcin chez l'homme. Nous n'avons que des éloges à donner à l'auteur; quant à la manière dont a été traité ce chapitre; mais nous ferons deux observations, quant à la place qu'il a assignée à ces deux maladies: d'abord, la morve et le farcin nous paraissent être plutôt du domaine de la médecine que de la chirurgie; puis elles nous semblent constituer des affections générales plutôt que des maladies du système cutané, les éruptions que l'on observe n'étant guère que des symptômes et ne pouvant être regardées comme l'essence de la maladie.

Aux maladies du système artériel et veineux, M. Philippe Boyer a fait quelques importantes additions qui ont trait aux plaies des artères et des veines, aux tubercules, à l'hypertrophie des artères, aux plaies et à l'inflammation des veines. Les maladies du système lymphatique ont été de même l'objet de notes nombreuses. On lira avec fruit les articles Angioleucité, Adénite, Tubercules, et Induration des ganglions lymphatiques, maladies dont les recherches modernes permettaient seules de tracer l'histoire; et qui comblent une lacune regrettable de l'ouvrage original.

M. Boyer a ajouté à ce volume des chapitres entiers renfermant l'histoire des maladies chirurgicales des nerfs, des muscles, des tendons et des cartilages; des bourses séreuses; celle du tubercule, des corps étrangers. Enfin deux monographies, dont la dernière surtout est fort longue, renferment la pathologie et la thérapeutique de la scrofule et de la syphilis. Quant à cette dernière, qui ne comprend pas moins de 200 pages; nous avons vu avec regret M. Boyer, qui cependant regarde les maladies syphilitiques comme parfaitement connues, émettre dans quelques-uns des points de leur histoire des opinions qui nous ont paru souvent étranges et peu d'accord avec l'observation des faits. Prenons quelques exemples: M. Boyer nie que le chancre puisse se développer sur les membranes muqueuses parce que celles-ci, dit-il, sont recouvertes d'une couche de mucus qui ne permet pas le contact entre elles et le pus syphilitique. Jamais, dit-il encore, on ne trouve de chancres dans le vagin; on n'y rencontre que des ulcères syphilitiques consécutifs. Cette assertion nous semble d'autant plus étonnante que l'auteur admet, comme rares il est vrai, mais enfin comme réellement existants quelquefois, les chancres de la langue, ceux de l'urètre. Pour notre part, nous avons vu à l'hôpital de Lourcine des chancres inoculables non-seulement du vagin, mais même du col de l'utérus. Nous ne sommes pas moins surpris de voir M. Boyer déclarer qu'il n'existe *jamais un seul chancre*, mais qu'il y en a toujours au moins deux ou trois. Enfin, et tout en reconnaissant qu'il est souvent difficile de diagnostiquer le chancre d'une manière positive, M. Boyer rejette l'inoculation comme dangereuse et pouvant entraîner les accidents les plus graves. Un dernier reproche que nous ferons à l'auteur, que nous ne pouvons suivre dans les détails de cette monographie, c'est d'avoir, à l'article Thérapeutique, presque passé sous silence l'iodure de potassium, cet énergique et admirable spécifique de la vérole à sa troisième période, l'iodure de potassium auquel il consacre cinq lignes à peine.

Le troisième volume, qui vient d'être publié il y a quelques jours, renferme les maladies des os, divisées en celles qui attaquent la substance des os ou leur continuité, fractures, plaies, nécrose, carie, ramollissement, etc.; 2° celles qui attaquent les articulations ou la contiguïté, entorses, luxations, plaies des articulations, corps étrangers, tumeurs blanches, ankylose, déviations, etc., etc. La plus grande partie de ce volume n'est que la réimpression des articles originaux de Boyer; nous ne nous occuperons que des additions assez considérables qu'a faites son fils à un grand nombre de chapitres.

Et d'abord, pour les moyens de maintenir les fractures réduites, M. Boyer décrit en détail les divers procédés récemment employés, les appareils à suspension, les bandages inamovibles et leur appréciation, des considérations générales utiles sur le cal, sa formation régulière ou irrégulière.

Les fractures en particulier ont été étudiées par Boyer avec assez de soin pour qu'il soit difficile d'y ajouter beaucoup; cependant celles de la clavicule, de l'extrémité inférieure de l'humérus, le diagnostic des fractures du radius, si bien établi dans ces dernières années par MM. Velpeau et Voillemier; celles du col du fémur, de la jambe, du calcanéum, ont fourni à M. Boyer l'occasion de mettre à profit les travaux des modernes, et de compléter d'une manière satisfaisante l'histoire d'un des points les plus importants de la chirurgie. Nous avons remarqué également dans les derniers chapitres, consacrés aux affections de la continuité des os et de leur substance, les articles Ostéite et Tubercules des os, pour lesquels l'auteur a mis heureusement à contribution les savantes recherches de M. Nélaton. Il est à regretter qu'en parlant des fractures des os longs, M. Boyer n'ait pas cru devoir consacrer un paragraphe spécial à un genre de fractures encore peu étudiées, les fractures par suite de contraction musculaire, sans cause déterminante extérieure.

On lira avec intérêt les additions faites par M. Ph. Boyer à l'histoire de quelques-unes des luxations, et en particulier à celle des luxations de l'humérus et du fémur; un article original sur les luxations congénitales du fémur, et des notes étendues relatives aux corps étrangers dans les articulations, et aux difformités produites par quelques dérangements survenus peu à peu et sans violence extérieure dans la direction naturelle des surfaces articulaires des os.

Les additions faites au livre de Boyer sont tellement nombreuses et étendues que l'éditeur annonce, dès à présent, qu'un septième volume sera nécessaire et sera donné aux souscripteurs. Ce n'est point ici le lieu d'examiner s'il eût mieux valu réimprimer l'ouvrage original de Boyer, quitte à le compléter par un supplément tout à fait indépendant. Tel qu'il est, le travail du fils du célèbre chirurgien de la Charité est fait avec intelligence, et dénote un esprit sérieux parfaitement au niveau de la science.

Dr A. FOUCART.

Rétrécissement remarquable du calibre de l'intestin. — Les Archives de médecine ont rapporté, d'après le *Guy's hospital Reports*, une observation de ce genre qui aurait pu en imposer pour un étranglement interne.

Une dame de cinquante ans, mère de nombreux enfants, avait réclamé les soins du docteur Lever un an auparavant pour des symptômes semblables à ceux qui accompagnent le passage des calculs biliaires, c'est-à-dire des douleurs très vives sur le trajet de ces conduits et revenant par accès, de l'ictère, des nausées, des urines rares et fortement colorées, de la constipation, etc. Tous ces symptômes disparurent par un traitement convenable, à l'exception de la teinte jaunâtre qui persista. Entre cette époque et le moment où cette dame fut prise de l'affection qui l'entraîna au tombeau, elle fut exposée à une con-

stipation des plus rebelles; en même temps, pour peu qu'elle surchargeât un peu son estomac, elle était prise de vomissements. Le 5 août 1844, douleurs extrêmement vives, bornées principalement à la région de la vésicule et présentant des exacerbations de temps en temps; vomissements presque continuels; teinte ictérique générale; évacuations alvines peu abondantes; urines rares et fortement colorées. (Saignée locale, calomel et opium, lavements). La constipation persista malgré le traitement; cependant les lavements ramenèrent, le 6 août, une petite quantité de matières féculentes. A deux reprises différentes, on introduisit une sonde dans l'intestin quoique avec une certaine difficulté. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre. L'affaiblissement marcha rapidement, et elle mourut pendant qu'elle était assise sur un vase de nuit.

Examen du cadavre. Foie volumineux, d'une couleur brunâtre et fortement congestionné; pas de traces de vésicules biliaires; l'extrémité pylorique de l'estomac, le foie et la tête du pancréas étaient soudés par des adhérences. L'orifice pylorique de l'estomac était considérablement rétréci par suite de l'épaississement de ses parois et des dépôts qui s'étaient faits entre les membranes. Un changement analogue s'était produit dans le tiers supérieur et le tiers moyen du duodénum, qui avait tellement perdu de sa capacité, qu'à peine si l'on pouvait y introduire une plume. Le tiers inférieur du duodénum avait un diamètre bien plus considérable, et le jéjunum et l'iléon avaient leur capacité normale. Le cœcum et le colon ascendant avaient aussi perdu de leur capacité; mais ils avaient conservé l'aspect du gros intestin, tandis que le colon descendant, le colon transverse et le rectum, ne le présentaient plus. A peine si l'on apercevait leurs faisceaux longitudinaux, et leur cavité était si étroite qu'on aurait eu peine à y passer le petit doigt. Au centre de l'iléon, on trouva un calcul biliaire du volume d'une noisette; il était enchatonné en partie, quoique mobile.

Cas remarquable d'iléus, suivi de l'expulsion d'une portion d'intestin; par M. le docteur NOEGEL, de Lemberg.

Un jeune homme âgé de vingt et un ans, dont la santé avait toujours été bonne jusques-là, à des coliques près qui avaient été éprouvées depuis quelques années, fut pris tout à coup, dans la nuit du 12 au 13 février, d'une douleur très vive dans l'hypogastre, douleur qui s'accompagna de frissons, de chaleur, de vomissements fréquents et d'évacuations alvines.

Porté à l'hôpital, il présenta à son arrivée les symptômes suivants: Céphalalgie; tête brûlante; langue chargée; soif; abdomen gonflé, chaud, et très douloureux au toucher; peau sèche; pouls dur, plein et fréquent; vomissements et selles de matières limpides et teintes de sang.

Après un traitement anti-phlogistique énergique, pendant la durée duquel il survint du ténesme et un prolapsus d'une portion d'intestin qui put être réduite sans douleur, le malade arriva, le 26 du même mois, à un état satisfaisant; la fièvre avait cédé complétement. Ce même jour il rendit, en allant à la garderobe, une portion d'intestin de 55 centimètres environ de longueur sur 7 centimètres de largeur dans certains points de son étendue.

Cette portion du tube intestinal comprenait une partie de l'iléon, le cœcum, l'appendice vermiforme, tout le colon ascendant et une certaine étendue du colon transverse La membrane muqueuse, tournée en dehors, était brunâtre et marquée de noir, particulièrement sur le cœcum; elle était ramollie, et se laissait facilement détacher de la tunique sous-jacente. La tunique séreuse, pareillement brunâtre et érodée, laissait voir à nu la tunique musculeuse également détruite en certains points.

Après cette expulsion, le malade éprouva pendant quelques jours encore de légères douleurs à l'hypogastre, puis elles cédèrent définitivement, et le 25 mars suivant l'individu sortit de l'hôpital parfaitement rétabli.

NOUVELLE LISTE D'ADHÉSIONS AU CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE ADRESSÉES A LA COMMISSION PERMANENTE.

M. le docteur Saussier, à Troyes (Aube).
M. le docteur Thouret, à Airaines (Somme).
M. le docteur Faivre, à Montfermeil (Seine-et-Oise).
M. Seigneury, pharmacien, à Dreux (Eure-et-Loir).
M. Dufournel, pharmacien, à Paris (Seine).
M. Winsbach, pharmacien, à Saint-Avold (Moselle).
M. Huguenin, vétérinaire en premier au 6e hussards, à Sarreguemines (Moselle).
M. Rique, pharmacien, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).
M. le docteur Chabrière, à Annonay (Ardèche).
M. le docteur Renault (Paul), à Luzy (Nièvre).
M. Jourdan, pharmacien, à Sainte-Marie-du-Mont (Manche).
M. le docteur Garnault, à Pons (Charente-Inférieure).
M. le docteur Andrieu, à Dondeville (Seine-Inférieure).
M. le docteur Guyenot, à Lyon (Rhône).
M. le docteur Giraud, à Draguignan (Var).
M. Teillon, pharmacien, à Moirans (Isère).
M. le docteur Salles, à Sainte-Marie-de-Gosse (Landes).
M. le docteur Baneel, médecin en chef de l'hôpital de Toul (Meurthe).
M. le docteur Roques, correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, à Condom (Gers).
M. Descelers, pharmacien, à Saint-Omer (Pas-de-Calais).
M. Guillaumot (Auguste), pharmacien, à Roquemaure (Gard).
M. le docteur Rodde, à Saint-Pourçain.
M. le docteur Arnaud, à Saint-Pourçain.
M. E. Constant, docteur-médecin à Bagnols.
M. le docteur Lemonnier, à Château-du-Loir (Sarthe).
M. le docteur Euvrard (Joseph), à Besançon (Doubs).
M. le docteur Mayer, à Mascara (Afrique).
M. le docteur Haspel, à Mascara.
M. le docteur Delaunay, à Mascara.
M. le docteur Bonnal, à Mascara.
M. le docteur Fée, à Mascara.
M. le docteur Thierry de Maugras, à Mascara.
M. Jullier, pharmacien à Mascara.
M. Casimir Arcoaga, pharmacien à Tolosa, province de Guipuzcoa (Espagne).
M. le docteur Dufour (Léon), correspondant de l'Académie des sciences, à Saint-Sévère (Landes).
M. le docteur Berdot, à Colmar (Haut-Rhin).
M. le docteur Lacbevrie, à Clamecy (Nièvre).
M. Tulfier, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin de l'hospice des aliénés de Saint-Alban (Lozère), attaché aux mines du bassin de Brassac, à Nonette (Puy-de-Dôme).
M. Bergeret, pharmacien, à la Guillotière (Rhône).
M. Brun, pharmacien, à Lyon.
M. le docteur Molinié, aux Andelys (Eure).
M. Boissel, pharmacien, député du 12e arrondissement, à Paris.
M. le docteur Loiseau, à Montmartre.
M. Malle, chirurgien en chef de la Salpêtrière, à Alger (Afrique).
M. le docteur Vincenty, à Saint-Maximin (Var).
M. Olivier, vétérinaire, à Saint-Maximin.
M. Leroux, ex-pharmacien, à Vitry-le-Français (Marne).

NOUVELLES.

Les travaux du nouvel hôpital militaire de Marseille, qui s'élève au chemin de Lodi, marchent avec une grande activité. Ce sera un magnifique bâtiment, bien distribué et surtout bien aéré. Outre la cour intérieure, qui forme le *carré long*, les convalescents auront pour se promener une galerie extérieure qui entoure l'édifice, et dont un mur élevé garantira les promeneurs du vent nord-ouest, qui se fait vivement sentir sur cette hauteur. Quand le Conseil municipal prendra-t-il des mesures sérieuses relativement à l'érection d'un hospice pour les civils? On pense, à Marseille, à construire des hôtels de douanes, des docks, des bourses; mais on oublie l'asile ordinaire du pauvre. Cet oubli est d'autant moins pardonnable que chacun sait que l'hôpital actuel de Marseille est un foyer d'infection aussi redouté du malade qui y entre que du chirurgien qui va s'y livrer à une grande opération. (*Clinique de Marseille.*)

— Dimanche prochain, 18 janvier, à une heure, le docteur Auzoux ouvrira son Cours d'anatomie. Il expliquera le mécanisme des principales fonctions par lesquelles la vie s'entretient dans l'homme.

Mettant ses préparations d'anatomie *clastique* comparée sous les yeux de ses auditeurs, il démontrera les modifications que subissent ces mêmes fonctions dans les autres mammifères, les oiseaux, les reptiles, les poissons, les mollusques, les insectes, les zoophytes et les végétaux.

Les jeudis, à la même heure, conférences publiques sur la leçon du dimanche.

« A monsieur le Président de l'Académie royale des sciences. — Monsieur le Président, en 1839 j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences *quatre Lettres* sur la Cause véritable, la Nature, le Siége, les Symptômes et le Traitement curatif de la Rage humaine confirmée. — La première de ces lettres porte la date du 25 août; les trois autres sont des 8, 14 et 30 décembre de la susdite année.

» Ces quatre lettres furent l'objet de discussions très vives, dans les séances des 9 et 23 décembre 1839.—La presse médicale et la presse politique s'en occupèrent également d'une manière spéciale.

» Au commencement de 1840, je fis imprimer ces quatre lettres. Des exemplaires en furent envoyés à plusieurs Sociétés savantes de notre pays et de l'étranger. Les réponses de l'Académie de médecine et des sciences de Paris, de l'Académie des sciences de Berlin et de Turin me causèrent une juste satisfaction.

» Depuis cette époque, j'ai poursuivi mes recherches sur ce sujet, si palpitant d'intérêt. Grâce à elles, ma conviction, loin d'avoir changé, n'est devenue que plus inébranlable.

» Aujourd'hui, je possède des notes précieuses. J'y ai consigné les travaux et les opinions rabiques des *sept cents* auteurs, dont les noms suivent: depuis Asclépiade le Bithynien (dernier siècle avant l'ère chrétienne), jusqu'à M. le professeur Hippolyte Royer-Collard (8 novembre 1845).

» Parmi les médecins contemporains, combien y en a-t-il qui sient fait autant que moi, pour le complet éclaircissement de la question rabienne? On n'en compterait pas beaucoup; je puis l'affirmer, sans vanité aucune.

» En conséquence, monsieur le Président, j'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien:

» 1° Nommer une Commission, à laquelle je soumettrai mon nouveau travail.

» 2° Je démontrerai péremptoirement à cette Commission que l'*origine* de la Rage humaine date seulement du dernier siècle avant l'ère chrétienne.

» 3° Je lui indiquerai les *expériences* nécessaires, suivant moi, pour arriver à l'entière solution d'un problème en litige depuis tant de siècles.

» Il est impossible que l'Académie des sciences n'accueille pas favorablement ma demande, si elle veut bien se rappeler ce que le savant Gastellier disait avec tant de raison, en 1814: « La Rage est » une maladie affreuse; — *elle est l'opprobre de la médecine.* » — (Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc., n° d'août.)

» Monsieur le Président, en 1845 comme en 1814 la Rage est encore l'opprobre de la médecine. — Il est donc du devoir des Savants sincèrement philanthropes, de venir en aide aux médecins qui s'efforcent d'élucider avec une persévérance infatigable, et la cause, et la nature, et le siége, et le traitement curatif de cette étrange affection.

» Veuillez agréer, etc. Dr BELLENGER (à Senlis — Oise —).

» 16 novembre 1845. »

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 6. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. De l'exostose.

La vérole sévit sur le système osseux de deux manières différentes; ou pour produire des tumeurs solides, ou pour faire survenir des conditions de suppuration. Ici encore, nous trouvons la forme sèche et la forme suppurative. La production des accidents de l'une ou de l'autre de ces deux espèces d'accidents dépend entièrement et exclusivement des conditions individuelles, et nullement du principe syphilitique lui-même, qui reste toujours identique. Etudions chacune de ces lésions dans leur ordre de fréquence. Et tout d'abord, nous trouverons les exostoses syphilitiques.

De l'exostose syphilitique. — Les exostoses ont pour siége les différentes régions que nous avons signalées précédemment en parlant des périostoses; mais ce sont surtout les portions compactes des os. Le sujet ressent d'abord dans le point qui doit devenir malade, des douleurs ostéocopes. Chez quelques individus, la douleur s'est à peine manifestée, que déjà l'on aperçoit des différences dans la forme du membre, dans le point où doit se développer la lésion.

Il y a des exostoses de plusieurs sortes. Les unes semblent n'être qu'un gonflement, suite d'un état inflammatoire de l'os, d'une ostéite; gonflement qui est à l'ostéite ce que sont aux inflammations des parties molles les engorgements qui leur succèdent. Elles peuvent avoir pour siége intime, ou tout à fait la surface de l'os, ou le parenchyme de l'os, ou même, pour les os creux, le canal médullaire lui-même. Il faut ajouter, et c'est une remarque des plus importantes, tant pour le diagnostic que pour le traitement, qu'on trouve des lésions du tissu osseux et du tissu fibreux qui ne dépendent nullement du principe syphilitique.

Si la vérole est une cause fréquente, la cause la plus fréquente même des lésions du périoste et du tissu osseux, elle n'est pas la cause unique et exclusive de ces altérations. Lorsque la syphilis est la cause d'une exostose, elle détermine beaucoup plus communément une lésion de surface qu'une lésion de parenchyme. Les exostoses que l'on désigne sous le nom d'épigéniques ou épiphysaires, qu'on les fasse venir de l'os ou du périoste, sont beaucoup plus fréquentes comme suite de la vérole, que les exostoses parenchymateuses, tandis que pour les ostéopathies scrofuleuses c'est plus souvent le parenchyme que la superficie de l'os qui se prend.

Ainsi, deux conditions dans lesquelles, à l'ostéite, succède une tumeur, un engorgement tendant à produire un tissu analogue à celui qui est le siége du gonflement, et produisant deux espèces d'exostoses, l'épiphysaire et la parenchymateuse.

Ces exostoses épiphysaires ou épigéniques partant du tissu fibreux pour se rendre au tissu osseux, peuvent se répéter dans les canaux médullaires. Le mode de formation et d'évolution sera le même, il n'y aura de différences que dans le siége; les douleurs paraissent être aussi beaucoup plus intenses.

On a vu des cas dans lesquels des douleurs ostéocopes ont abouti à la formation d'une exostose du canal médullaire, qui, une fois arrivée à la période éburnée, cesse d'être douloureuse. Vous comprenez que cette exostose épigénique interne n'aura de gravité que relativement au siége qu'elle peut occuper. Si elle se développe sur la surface interne des os du crâne, la tumeur donnera lieu à des douleurs céphaliques fixes, et il est possible que l'on voie des symptômes plus ou moins graves survenir du côté du cerveau. On comprend dans les cas de cette nature toute la gravité de l'affection, toutes les variétés de symptomatologie qu'elle peut offrir. Il est certain, nous le répétons, que des exostoses épigéniques peuvent se développer dans la cavité du crâne. Vous aurez d'abord des douleurs ostéocopes crâniennes fixes, puis des symptômes de compression des centres nerveux, des accidents de paralysie, qui se trouvent en rapport avec le point qui a été le siége de la douleur.

Pas n'est besoin de dire que le pronostic sera toujours des plus graves; d'autant plus grave que vous ne pourrez avoir grande prise sur l'altération pathologique, en vertu de l'ancienneté de l'affection.

Dans la seconde variété de l'exostose, c'est dans le parenchyme même de l'os que survient la lésion. Dans cette circonstance, vous avez une tumeur qui se développe d'une manière lente et presque insensible dans la majorité des cas. Comme règle générale, ces tumeurs sont d'abord très circonscrites; elles tendent à affecter la forme arrondie, sphérique. On en voit cependant quelquefois de fusiformes. Chez ces malades vous constatez, lors de la première apparition de l'exostose, sur la surface de l'os, soit le tibia, l'un des os le plus fréquemment le siége de cette altération, plusieurs nodus qui finissent par se rapprocher, se réunir en un seul. Dans la syphilis on trouve plus communément des exostoses symétriques que des exostoses générales d'un os. C'est le contraire dans la diathèse scrofuleuse, où l'on rencontre plus souvent une exostose de tout un os que des exostoses symétriques. L'exostose parenchymateuse des os profonds est plus commune chez les sujets scrofuleux que chez les syphilitiques. Il semblerait, si nous pouvons nous exprimer ainsi, que la scrofule ne choisit pas les régions qu'elle attaque, ou plutôt qu'elle s'attaque de préférence aux os profonds.

Arrêtons-nous un instant sur le mécanisme des gonflements osseux. La douleur se manifeste. Alors commence la série des phénomènes qui se passent dans l'inflammation; phénomènes qui se montrent graduellement et d'une manière lente. Cependant nous devons dire que, des quatre caractères classiques de l'inflammation, la douleur et le gonflement seuls s'observent; la rougeur et la chaleur manquent. Un travail morbide a lieu, que l'on peut rapporter au travail inflammatoire. Comment s'opère le gonflement de l'os? On a supposé qu'il se faisait d'abord un travail de ramollissement, de résorption préalable dans la partie malade, puisqu'à cette résorption succédait un épanchement. Cette théorie repose sur une hypothèse un peu gratuite. Sur quoi peut-on se fonder pour supposer que l'inflammation aurait pour premier résultat un travail d'absorption, pour devenir ensuite exhalante? Quelle preuve peut-on apporter à l'appui de cette opinion?

Nous croyons au contraire, nous, que la cause de l'erreur dans laquelle on est tombé, est la suivante. Dans la première période de l'inflammation, il y a ramollissement du tissu osseux, mais ramollissement par hypertrophie de la trame organique. Cette trame de l'os se tuméfie, la proportion de matière calcaire restant la même. Il n'y a pas en même temps fluxion vitale et fluxion calcaire. Il n'y a d'abord que fluxion vitale. La circulation est augmentée par suite du gonflement vasculaire des tissus; et si l'on examine l'os à cette période, on ne trouve pas autant de dépôt calcaire que de dépôt organique. Si les parties organiques se tuméfient, et que l'on compare volume à volume ce qui appartient aux parties molles et ce qui appartient aux parties calcaires, on voit que les premières sont plus abondantes, sans que les autres aient diminué. Telle est la raison qui a fait croire à une résorption des principes calcaires du tissu osseux. On a pensé, à tort, que la matière calcaire s'était résorbée. Il est plus logique de supposer la matière calcaire sans modifications, soit dans sa quantité, soit dans sa qualité, et de supposer l'augmentation de la trame organique, circonstance et disposition à l'aide desquelles on se rend bien compte du commencement d'altération que subissent les parties malades.

On comprend l'atrocité de la douleur par le développement de cette trame organique et par la lenteur et la difficulté avec lesquelles cèdent les fibres osseuses. Cette trame hypertrophiée devient plus tard le cartilage constituant dans lequel l'ossification va se faire. On peut suivre toutes les phases par lesquelles va passer la tumeur.

Il y a d'abord épanchement plastique, puis cartilaginifica-

FEUILLETON.

NOUVELLE LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Des avantages de l'étude et de l'érudition dans la pratique.

« L'homme ne peut qu'autant qu'il sait. » (BACON.)

L'illustre fondateur de la philosophie expérimentale, Bacon, a dit : « Les intrigants méprisent les lettres, les simples se contentent de les » admirer, et les sages savent en tirer parti » (Essais de morale.) — Bien que cette belle sentence soit approuvée par tous, au moins dans le for intérieur, on ne manque jamais d'excellentes raisons pour se soustraire aux obligations qui en découlent. Ainsi, la multiplicité des occupations est l'excuse banale de la paresse, le bouclier de l'ignorance, et communément l'arme du charlatanisme contre le savoir. « S'il était praticien, dit-on d'un médecin érudit, il n'aurait pas le temps de fouiller les bouquins, de noircir du papier et de fatiguer la presse; » et le public d'approuver fort un pareil argument.

Et pourtant, un des hommes les plus absorbés par les fonctions publiques, ce même Bacon, a déclaré qu'il n'est « point d'homme tellement obsédé par les affaires, qu'il n'ait ses heures de loisir. » (De l'Accroiss. des sc., liv. I.) — Nous pouvons, en effet, invoquer le témoignage de cette foule de grands hommes qui furent à la fois les auteurs les plus féconds et les plus illustres praticiens de leur temps : Hippocrate et Galien, Fernel et Sydenham, Stoll et Cullen, Pinel et Broussais, sans parler de ceux qui florissent de nos jours.

Or, ces loisirs que tout homme possède sont remplis, hélas! de bien des manières; et tel qui les consacre à la dissipation, à l'intrigue, trouve habile et commode d'en faire un ridicule à celui qui les consacre au travail. L'orateur Eschine, dont les mœurs étaient déréglées, reprochait un jour à son rival Démosthènes que ses harangues sentaient l'huile. « Sans doute, répondit celui-ci; mais il y a quelque différence entre ce que toi et moi faisons à la lumière de la lampe. »

D'autres, plus sincères, donnent pour prétexte à leur nonchalance le défaut de but et d'ambition scientifiques. A ce motif, opposons d'abord la maxime de Socrate : « Il vaut mieux travailler sans but que de ne rien faire. » Et puis, nous médecins, n'avons-nous pas toujours devant nous le but le plus louable, la plus noble des ambitions; je dirai même le devoir le plus impérieux, celui de nous mettre de plus en plus à même de secourir efficacement nos semblables, en suivant les perpétuelles évolutions de la science pour nous tenir à sa hauteur? Car c'est l'humanité qui est en cause.... *agitur de pelle humanâ.* (Baglivi.)

» J'aimerais mieux, dit Rhasès, qu'un médecin n'eût pas vu de malades, que d'ignorer ce qu'ont dit et écrit les anciens. Mais dès qu'il a lu et comparé leurs préceptes, avec un peu de pratique, il sera en état de traiter ses malades avec plus de succès que le médecin le plus occupé qui ne lit pas. » — « Le médecin le plus occupé est un médecin dangereux s'il ne lit pas, dit aussi Zimmermann; un médecin qui n'a pas lu doit toujours être dans la crainte et dans l'incertitude. Le petit nombre de malades qu'un seul homme a lieu d'observer ne fournit que très peu de lumières, et c'est toujours dans un cercle très étroit qu'il observe. » (De l'Expér., t I.)

— « La pratique seule n'enseignera point l'art à un homme, » dit Barker, « car il ne manque point d'exemples de praticiens qui ont blanchi dans l'exercice et qui cependant, faute d'avoir appris de bonne heure les principes de l'art, y sont absolument aussi étrangers qu'ils l'étaient dans l'instant où ils ont commencé.» (Conformité de la méd.) — En somme, et pour faire une part équitable à l'art et à la science, rangeons-nous à l'avis de Bacon : « Nous aimons fort, dit-il, ces médecins qui, tout en faisant preuve d'une grande érudition, attachent beaucoup de prix à la pratique, ou qui étant renommés pour la pratique ne dédaignent pas les méthodes et les principes généraux de l'art. » (Accroiss. des Sc., liv. IV, ch. 2.)

Voilà pour les obligations communes à tous les praticiens, dont beaucoup, il faut le dire, arrivent à capter la confiance publique sans passer par tant de labeurs; mais la route qu'ils suivent, quoique plus douce et plus directe, n'est pas celle que choisissent les gens de cœur.

Que si vous aspirez aux sommités de la profession, aux honneurs de la science, à l'aristocratie de la pratique, l'étude sera pour vous une condition indispensable. Les médecins des têtes couronnées furent toujours, à peu d'exceptions près, d'illustres savants. Dans un intéressant discours sur la *Santé des princes*, Ramazzini s'exprime ainsi : « Ne peut-être archiatre celui qui ne fait qu'exercer jusqu'à ce qu'il ait acquis auprès des savants et des ignorants le titre de bon praticien. Car les médecins de ce genre sont ordinairement étrangers aux notions théoriques, ignorant les découvertes qui se font journellement, et ne lisant que les Traités de pharmaceutique afin de se faire une provision de remèdes. » (*De Princip. valet*)

« La médecine, dit Bordeu, s'apprend dans les vieux auteurs, qu'il faut étudier pour les entendre. » (Malad. chron.)

« On ne comprend ce qui est entièrement nouveau que par analogie avec ce qui est déjà connu. » (Bacon : *Nov. organ.*, *aph.* 34.)

« La seule bonne manière d'étudier, c'est celle d'examiner avec soin les opinions des grands hommes qui ont vécu avant nous. » (D'Argens : Philos. du bon sens.)

L'étude de l'histoire est la meilleure école de philosophie. « Une profonde connaissance de l'histoire de la médecine, en nous faisant connaître la source des maximes et des remèdes adoptés en pratique, rendrait naturellement un médecin méfiant sur ceux qui ont été introduits par un faux raisonnement ou par la superstition. » (Gregory : Devoirs du méd.)

L'histoire nous révèle ces fraudes quotidiennes dont se rendent coupables une foule de petits plagiaires. « La médecine nouvelle, dit Ramazzini, est destinée à périr; beaucoup de dogmes acceptés avec enthousiasme disparaîtront peut-être un jour de la scène, et ceux qui ont été bannis avec dédain reparaîtront avec éclat. » (*Orationes.*)

N'est-ce pas là de l'histoire contemporaine? N'y reconnaissez-vous pas la proscription du solidisme broussaisien et la réhabilitation de l'humorisme qui tend à l'étouffer à son tour?

« En travaillant à bien connaître les illustres médecins, a dit Guy Patin, on trouve chemin faisant bien des connaissances qui contribuent beaucoup à se perfectionner dans l'art. » (Esprit de Guy Patin.)

Enfin, comme l'a dit Zimmermann, « l'érudition nous fournit la connaissance historique, l'esprit d'observation nous apprend à voir, et le génie à conclure. » (De l'Exp., t. I.)

Donc, ceux qui s'intitulent praticiens *purs*, et qui affectent journellement un profond dédain pour l'érudition, pour les théories, en un mot pour tout ce qui n'est pas d'application immédiate, ne peuvent être, s'ils sont sincères, que des gens à courte vue qui ne peuvent apercevoir l'intime connexion de la science et de l'art.

A part son utilité positive, l'étude, croyez-le bien, est une source féconde d'avantages moraux et de jouissances ineffables. « Les études sont pour l'esprit une source d'amusement, d'ornement et d'habileté. » (Bacon, Ess. de mor.) — « J'estudiai jeune pour l'ostentation, dit Montaigne; depuis un peu pour m'assagir, à ceste heure pour m'esbattre, jamais pour le quest. » (Ess., liv. III, ch. 3.)

« Ne vivons pas pour étudier, dit Erasme, mais étudions pour vivre agréablement. » (Colloq.)

« Le plus grand avantage des sciences dans le particulier, dit Zimmermann, c'est de nous sauver de l'ennui, que je regarde comme le plus grand ennemi de l'âme et du corps. » (De l'Expér., t. III.)

En effet, tous les philosophes s'accordent à dire qu'en rendant l'homme heureux, l'étude le rend meilleur. Au frontispice de la bibliothèque d'Alexandrie, vous le savez, brillaient ces mots : « Remèdes de l'âme. » — « Les études passent dans les mœurs..... Il n'est point dans l'esprit de vice ou de défaut qu'on ne puisse corriger par des études bien appropriées à ce but. » (Bacon, Ess. de mor.)

En parlant des tribulations de la vie mondaine, un sage contemporain écrivait à sa mère : « A quoi donc aurait servi mon livre si mon cœur était encore sensible à ces atteintes? » (P.-L. Courier.)

Enfin, si vous aimez le monde, songez que « la lecture donne à

tion ; puis, peu à peu, la substance calcaire apparaît dans ce cartilage, et la totalité de la tumeur se transforme en substance osseuse ; enfin, l'os nouveau devient complétement éburné. Pendant la première période de la maladie, c'est-à-dire pendant le développement de la trame organique, vous voyez la douleur aller croissant ; pendant la seconde, et lorsque se fait le dépôt calcaire, l'élément organique se détruit peu à peu, la douleur va s'éteignant et le malade ne souffre plus du tout. L'absence de toute sensibilité dans les tumeurs osseuses syphilitiques est la preuve du dernier degré de l'ossification.

Nous venons de faire la symptomatologie de l'exostose. Mais ce n'est pas tout. Une fois la tumeur développée, elle va entraîner des accidents consécutifs, déterminer une symptomatologie de voisinage, qui n'est plus une symptomatologie spécifique ; une exostose développée sur le trajet d'une artère, d'un nerf, d'une veine plus ou moins importants, donnera lieu à des troubles, à des modifications pathologiques dans la circulation artérielle ou veineuse, dans l'innervation, dans la motilité. Si l'exostose se développe sous des muscles, on comprendra encore qu'elle donne lieu à une symptomatologie toute particulière, qui devra vous faire conclure à l'existence d'une exostose placée quelque part. Les exostoses des os superficiels se montrent bien faiblement, et sont aisément appréciables à l'œil ou au toucher de l'observateur. Mais celles qui ont pour siége la surface interne des os du bassin, du crâne, vous ne pourrez souvent arriver à leur connaissance que par l'appréciation des phénomènes auxquels elles donneront lieu, par la symptomatologie de voisinage.

Quelle est la marche, quelles sont la durée et la terminaison des exostoses ?

Leur marche est ordinairement lente, surtout pour les exostoses parenchymateuses ; leur développement se fait d'une manière pénible, très doucement ; cette lenteur est un caractère important et qu'il ne faut pas oublier. Cependant, il est des cas où elles se développent d'une manière aiguë, très rapidement ; on a vu des cas dans lesquels des exostoses de la surface interne du crâne se sont développées avec une telle vitesse que l'on a pu croire à un ramollissement aigu du cerveau, par exemple. Ces cas d'exostoses aiguës sont heureusement fort rares. Presque toujours, on a le temps de mettre en usage une médication spécifique et d'en arrêter les progrès. La durée des exostoses est indéfinie. Il en est qui persistent pendant le reste de la vie du sujet qui en est affecté ; mais, si nous envisageons les cas où la guérison est possible, nous avons vu disparaître des exostoses qui avaient un an et plus de durée.

On ne sait point encore, dans l'état actuel de la science, quel est le terme au bout duquel l'exostose ne peut plus ni diminuer ni disparaître. Nous avons eu l'occasion d'observer des cas dans lesquels au bout de six mois, un an même, on est parvenu à obtenir la résolution de tumeurs osseuses de cette nature. Dans les cas ordinaires, car il est permis, vu leur rareté, de regarder ceux dont nous venons de parler comme exceptionnels, dans les cas ordinaires elles ont une tendance à rester permanentes.

Comment peuvent se terminer les exostoses lorsque l'on ne les arrête point ?

Boyer cite une observation dans laquelle il parle d'une exostose de l'humérus disparue par métastase. Ceci n'est point admissible. En comprenant le mécanisme de la formation et du développement de l'exostose comme nous l'avons expliqué en détail, on conçoit qu'il est impossible qu'une exostose disparaisse instantanément. Dans ce cas, il n'est pas douteux pour nous qu'il n'y ait eu erreur de diagnostic. Nous rejetons complétement, et personne ne pourra maintenant non plus l'admettre, la possibilité de la métastase pour les exostoses.

Une terminaison assez ordinaire, c'est la terminaison par résolution plus ou moins rapide, plus ou moins rapprochée du début. La résolution est une terminaison heureuse et assez fréquente de l'exostose syphilitique, et qui peut se faire dans un temps plus ou moins court, suivant l'âge de la maladie, suivant aussi les constitutions individuelles. Dans l'espace de quinze ou vingt jours, une tumeur encore parenchymateuse peut disparaître ; une terminaison encore plus fréquente que celle-ci, celle qui constitue la tendance de la tumeur osseuse, si on la laisse marcher sans lui opposer de médication spécifique, c'est la terminaison par induration, par *éburnation*, par épanchement de plus en plus abondant, compacte de matière calcaire.

Les exostoses peuvent-elles se terminer par suppuration ? Quelques auteurs admettent la suppuration des exostoses ; d'autres la nient complétement. Il est certain que si vous prenez l'exostose à son terme extrême, à son dernier degré de perfection, l'exostose éburnée, il est constant que dans la partie éburnée, il n'y a plus de suppuration possible. Dans du phosphate de chaux pur et sans trace aucune de matières organiques, il n'est pas possible que s'établisse un travail de suppuration. Pour que survienne une inflammation suppurative, il faut de la vie, il faut une trame particulière.

Mais avant l'éburnation de la tumeur, à la période d'hypertrophie organique, du gonflement vital, est-il possible qu'au lieu d'aboutir à la plasticité, la tumeur suppure ? Sans aucun doute, la suppuration peut survenir dans quelque région que ce soit ; mais c'est toujours, comme dans la plupart des affections syphilitiques, c'est toujours l'histoire des éruptions cutanées ; les papules ne suppurent point ; mais sur les papules, si la peau se détache, il peut y avoir de la suppuration. Dans les circonstances actuelles, la même chose a lieu. On a dit : Lorsqu'il y a suppuration, c'est qu'il n'y avait pas exostose. Le point de départ a été le même, répondrons-nous ; mais la marche de la maladie a été différente. Si vous avez affaire à des sujets à constitution pyogénique, l'exostose aboutira à de la suppuration ; chez d'autres, qui ne se trouveront pas dans les mêmes conditions, la tumeur aboutira à l'éburnation.

Jusqu'à un certain point, c'est une discussion de mots. Il est évident que l'exostose ne peut suppurer, parce qu'il n'y a point de trame organique, lorsqu'elle est arrivée à son maximum de développement, à son plus haut degré de perfection. Il fallait dire : l'ostéite syphilitique, soit de surface, soit de profondeur, de superficie soit interne, soit externe, peut suppurer ou aboutir à des tumeurs solides. En prenant pour sujet de l'examen l'exostose commençante, nous admettons trois terminaisons, la résolution, l'induration, la suppuration ; de ces trois terminaisons, l'induration est d'autant plus fréquente et facile à se produire que la maladie aura sévi dans les parties compactes des os ; plus on s'éloignera des conditions vitales nécessaires à la suppuration, moins cette terminaison est à craindre. C'est à l'aide de ces considérations que vous expliquerez la plus grande fréquence des exostoses éburnées, comparativement à celle des tumeurs tendant à la suppuration. Mais, que la vérole vienne à s'attaquer à d'autres régions du système osseux, plus aptes à l'inflammation, plus aptes à la suppuration, au lieu d'être des ostéites qui se termineront par l'éburnation, vous observerez des caries, des nécroses ; le tissu spongieux des os est souvent le siége de caries syphilitiques.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 13 janvier 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le président annonce que par suite du décès de MM. Canuet, Larrey et Chervin, une place est actuellement vacante dans le sein de l'Académie. Ces membres appartenant à des sections différentes, une commission sera nommée, chargée d'examiner et de proposer dans quelle section aura lieu le remplacement.

— L'ordre du jour amène la continuation de la discussion sur les injections iodées.

M. Aug. Bérard. J'ai beaucoup regretté de n'avoir pas entendu le rapport de M. Velpeau. Heureusement pour moi que la discussion qui l'a suivi m'a permis de connaître les opinions diverses qui ont été émises. Comme il s'agit d'une question nouvelle et importante, chacun doit apporter ici le résultat de son observation propre, et c'est à ce titre que je me mêle à la discussion.

Quand M. Velpeau, il y a cinq ou six ans, introduisit dans la chirurgie la pratique nouvelle des injections iodées, je lui en sus presque mauvais gré ; je vis avec une sorte d'inquiétude qu'il vînt troubler notre confiance dans les injections vineuses, qui depuis si longtemps rendaient de si nombreux services. Mais il n'entre pas dans ma nature de m'inquiéter seulement et d'opposer une négation stérile à l'affirmative d'un collègue. Je voulus expérimenter ; j'expérimentai, et je dirai tout de suite que, depuis cette époque, je n'emploie plus que l'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle. C'est dire d'avance que je leur ai trouvé de précieux avantages. Mais ce n'est pas tout de le dire, et je sens le besoin d'appuyer mon assertion sur des détails pratiques et sur des faits. J'ajoute d'ailleurs que ce n'est pas seulement dans l'hydrocèle que j'ai employé l'injection iodée, mais encore dans l'hydrocèle enkystée du cordon, dans des kystes hydatiques, dans les kystes goîtreux, dans certaines hydropisies articulaires, et spécialement du genou.

Voilà donc le champ d'expériences sur lequel j'ai opéré, et dont je dirai brièvement les résultats à l'Académie.

Pour juger la valeur des injections iodées, il importe de les considérer sous le double rapport de l'innocuité et de l'efficacité.

Quant à l'innocuité, il faut d'abord dire les doses auxquelles on a employé ces injections. Je les ai toujours pratiquées avec une solution composée de parties égales d'eau et d'iode. L'iode n'était jamais pur, jamais trop étendu.

Dans aucun cas, je n'ai observé des accidents, ni locaux, ni généraux. Et cependant, dans un cas d'hydrocèle, une grande partie de l'injection, par un mouvement que fit le malade, fut poussée dans le tissu cellulaire du dartos. Il n'en résulta qu'une inflammation modérée, sans suppuration, sans gangrène surtout, et la guérison fut radicale. Dans un autre cas qui m'a été rapporté par un praticien de Paris, deux injections d'iode poussées l'une sur l'autre en dehors de la tunique vaginale, n'occasionnèrent néanmoins aucun accident grave.

Dans le bronchocèle, on sait que M. Maunoir a été obligé de renoncer à l'injection vineuse à cause des graves accidents qu'elle déterminait. Par l'injection iodée, je n'ai eu à redouter aucune sorte de suite fâcheuse.

La douleur est variable ; il ne faut pas dire, et M. Velpeau n'a pas dit, qu'elle soit absolument nulle. Non ; mais ce qui résulte de mon observation, c'est qu'en général, et en tenant compte de quelques susceptibilités excessives, la douleur est moindre par l'injection iodée que par l'injection vineuse.

Quant aux accidents toxiques, je n'en ai jamais observé. Quelquefois j'ai vu survenir un peu de colique, un léger mouvement fébrile ; mais tout cela se dissipait au bout d'un jour ou deux.

Sous le point de vue de l'innocuité, mon observation prouve donc que les injections iodées ne méritent pas les reproches qu'on leur a adressés.

Sous le rapport de l'efficacité, la question est toute différente. Quant à l'hydrocèle, j'ai eu des récidives, en petit nombre, il est vrai, 3 sur 250 à 300 opérations. Il est vrai que dans les hôpitaux il est difficile de suivre tous les malades, et il pourrait bien se faire que le nombre de mes récidives fût plus considérable. J'ajoute néanmoins que les trois malades ont été opérés de nouveau par l'injection iodée, et ont parfaitement guéri ; ce qui prouverait que le premier insuccès doit être attribué moins à la méthode qu'à des dispositions individuelles.

J'ai opéré par l'injection iodée deux hydrocèles enkystées du cordon, et j'ai obtenu deux guérisons.

J'ai opéré deux hydrocèles enkystées du con, et deux fois avec succès. J'ai perdu de vue un de mes opérés ; mais sur l'autre, j'ai des

---

l'esprit de l'abondance et de la fécondité ; la conversation de la prestesse et de la facilité, l'habitude d'écrire de la justesse et de l'exactitude. » (Bacon, Ess. de mor.) Toutes qualités essentielles au médecin, dans l'intérêt même de sa réputation auprès du profane vulgaire.

Mais c'est trop insister sur l'utilité comme sur les douceurs de l'étude, texte philosophique et banal revendiqué par toutes les sciences ; mieux vaut formuler quelques règles sur l'art d'étudier.

« Les bibliothèques, dit Bacon, sont des sortes de mausolées où sont déposées les reliques des temps anciens, reliques pleines de vertus. » (Accroiss. des Sc., liv. II.) — Mais, vous le savez, il est des reliques authentiques, vénérables, et d'autres qui sont apocryphes, suspectes ou de peu de valeur ; cela veut dire qu'il faut faire un choix. « Il n'est si mauvais livre dont on ne puisse tirer quelque profit, » a dit Pline. Cependant le triage étant chose délicate et chanceuse pour l'inexpérience, il est bon et souvent obligatoire de se restreindre. « Ne pouvant lire tous les livres qu'on peut avoir, il suffit d'avoir ceux qu'on peut lire, » dit Sénèque ; « mes livres sont peu nombreux parce que je n'en ai que de bons, » disait Guy Patin.

Voici quelques petits axiomes applicables au choix des livres : « Il ne faut pas s'en laisser imposer par les grands noms des anciens, ni par les gros volumes des modernes. » (Bacon, Accroiss. des Sc., liv. II.) — Les anciens, en effet, décoraient volontiers du titre d'*Opus aureum* des livres dont on fait aujourd'hui fort peu de cas.

Déliez-vous aussi des titres piquants ou pompeux ; l'art de l'intitulé est aujourd'hui porté au plus haut degré de perfection. « *Aliud in titulo, aliud in pyxide* » est un vieux proverbe qui vous garantira des déceptions ; et Voltaire disait avec raison : « Il faut être en garde contre les livres plus que les juges ne le sont contre les avocats. » (Mensong. imprim.) — « Tout mot imprimé, dit-on, n'est pas mot d'Evangile. »

Pour mieux apprécier l'ouvrage, veuillez vous enquérir des qualités et des titres de l'auteur. « La longue expérience que j'ai acquise, disait Cullen, m'a convaincu qu'on ne pouvait compter sur les faits et l'expérience prétendue des hommes de peu de jugement. » (Mat. méd., t. I, p. 36.) — « La véritable expérience dépend surtout de la tête de celui qui cherche à l'acquérir, » dit Zimmermann (De l'Expér., t. I), et c'est ici que s'applique l'axiome de Morgagni : « Non numerandæ sed perpendendæ observationes. » (*De Sedib. et Caus.*) — Toutes sentences qui ne sont que la paraphrase de celle empruntée à Hippocrate par Baglivi : « *Ut valent oculi, sic et homo.* »

Les livres à consulter n'ont pas tous une égale valeur ; effleurez les auteurs médiocres, méditez les auteurs modèles. « Il y a, dit Bacon, des livres dont il faut seulement goûter, d'autres qu'il faut dévorer, et d'autres, mais en petit nombre, qu'il faut mâcher et digérer. » (Ess. de mor.) — « *Nocturnâ versate manu,* » etc.

Un des préceptes les plus essentiels, c'est d'étudier avec ordre. Craignez le sort de cet érudit dont parle Guy Patin : « M. D... savait beaucoup, dit-il ; mais son esprit était l'image du chaos : nous l'appelions *la bibliothèque renversée* » (Esprit de G. P.)

Prenez des notes sur tout ce que vous lisez, entendez ou voyez. En écrivant, dit encore Bacon, on devient exact et on retient mieux ce qu'on lit. Celui donc qui est paresseux à faire des notes a besoin d'une bonne mémoire. » (Ess. de mor.) — Or, la mémoire est une reine capricieuse sur les faveurs de laquelle il ne faut pas compter. Permettez-nous d'exposer ici en quelques mots la méthode que nous employons nous-même pour nous instruire : Quel que soit l'ouvrage que vous parcourez, lisez la plume à la main, c'est le meilleur moyen de se tenir éveillé, et marquez d'un signe en marge les passages que vous voulez retenir. — La lecture terminée, transcrivez en notes séparées les passages désignés. — Au bout d'un certain temps faites le triage de vos notes, et rangez-les par ordre de matières ou même par ordre alphabétique. — Renfermez les notes sur un même objet dans une case, une enveloppe à part, ou mieux dans un registre destiné à les recueillir et distribué par ordre alphabétique. — Après une ou plusieurs années de ce travail méthodique, vous serez étonné de vos richesses, et vous posséderez assez de matériaux pour discourir ou pour écrire sur un sujet de votre compétence et avec l'érudition convenable. Tel est le mécanisme au moyen duquel nous pouvons nous-même étaler devant vous ce luxe d'autorités dont l'abondance vous étonne peut-être, et qui pourtant nous coûte actuellement peu de travail. J'ai cru devoir entrer dans ces détails minutieux, persuadé que beaucoup de bons esprits croupissent dans la médiocrité, à défaut d'une méthode propre à féconder leurs travaux.

Ceci nous conduit naturellement à vous entretenir de l'art d'écrire en médecine, et ceci ne sera point tout à fait un hors-d'œuvre, car vous serez auteurs au moins une fois dans votre vie, lorsqu'il s'agira de produire une dissertation inaugurale ; et dans tous les cas, vous êtes appelés à juger les auteurs qui prétendent à vous instruire.

Lorsque l'homme de science a longtemps travaillé à se faire un fonds de savoir et d'expérience, un moment arrive où il éprouve le besoin de communiquer à autrui le fruit de ses labeurs. Certains hommes positifs se sont demandé s'il était plus avantageux au praticien d'aspirer au titre d'auteur que de se renfermer dans une sage obscurité ? Question délicate et qui, selon nous, relève complétement des qualités, des instincts dévolus à tel ou tel individu : « *Spiritus ubi vult spirat.* » Mais, en thèse générale, nous pensons que l'homme vraiment instruit et doué de quelque facilité d'énoncer ses idées, doit d'abord, faisant abstraction des avantages ou des inconvénients qui peuvent s'ensuivre, faire profiter le public du produit de ses travaux. Telle est l'opinion du célèbre Guy Patin : « Il me semble, dit-il, qu'après avoir longtemps lu et médité, il faut écrire et rendre au public ce qu'on tient de lui-même. »

La fameuse sentence épicurienne : « Cache ta vie » ne peut être que la devise de l'intrigue souterraine ou de la stérilité, surtout dans une science qui a pour objet la vie et le bonheur des hommes. Que si les labeurs du savant philanthrope l'exposent à la critique, à l'envie, aux persécutions, compagnes inséparables du mérite et de la célébrité, ils lui préparent aussi de vives satisfactions, à défaut de beaux triomphes, et sont la voie la plus noble, sinon la plus certaine, qui conduise aux honneurs et même à la fortune. « Travaillez, disait Buffon, la gloire vient après, si elle peut, et elle vient presque toujours. » (Héraut de Séchelles : Voyage à Montbar.) — Il y a plus de solidarité qu'on ne le croit entre la fortune et le génie, et de nos jours les exemples abondent de ceux qui sont parvenus à l'opulence par les travaux de l'esprit, même parmi les médecins. Et, quant aux insinuations de l'envie, rappelons encore une fois avec Zimmermann, « que les plus grands médecins ont toujours été les meilleurs écrivains parmi les médecins, et que, selon Celse, Hippocrate méritait autant d'estime par son éloquence que par son habileté dans son art. » (De l'Expér.)

Mais la première condition pour affronter les hasards de la publicité, est de bien savoir s'apprécier soi-même : « *Nosce te ipsum.* » — « Il messied à tout autre de se faire cognoistre, a dit Montaigne, qu'à celui qui a de quoi se faire imiter, et du quel la vie et les opinions peuvent servir de patron. » (Ess., liv. II.)

Le second point est le sentiment de l'utilité réelle des objets à produire : « La science, dit Bacon, ne doit pas être une sorte de courtisane instrument de volupté, ni une espèce de servante instrument de gain, mais une sorte d'épouse légitime destinée à donner des enfants, à procurer des avantages réels et des plaisirs honnêtes. » (Accroiss. des Sc., liv. I.)

Le vrai et l'honnête doivent être le symbole de toute œuvre de science : « Il n'est point dans l'immensité des choses de sympathie plus intime que celle du vrai et du bon. » (Bacon : Accroiss., liv. III.) — « *Nunquam discedat utile a decoro.* » (Ausone : Périandre.) — « Rien n'est plus voisin du grand que l'honnête. » Victor Hugo : les Burgraves.)

La probité, telle est donc la première vertu qui doit animer l'écrivain, dont la devise doit être celle d'Erasme : « *Non secus sentio quam loquor.* » Certes, « un méchant esprit peut tout aussi bien qu'une bonne cause rendre éloquent tel qui sans cela ne le serait pas, » disait Alexandre à Callisthènes, qui plaidait devant lui le pour et le contre ; néanmoins, il est vrai de dire avec Quintilien : « *Pectus est quod disertos facit.* » Et, selon les naïves expressions de Mon-

renseignements exacts, et la guérison se soutient depuis trois ans. Ces guérisons ont été obtenues à l'aide d'une seule injection.

Quant à l'hydarthrose, j'ai pratiqué cinq fois l'injection iodée dans l'articulation du genou. Ces cinq opérations ont été faites sur deux malades, c'est-à-dire que ces injections, pratiquées trois fois sur l'un et deux fois sur l'autre, n'ont pas été suivies d'accidents graves; mais je dois m'empresser d'ajouter que j'ai été obligé de pratiquer l'amputation chez ces deux malades, non pas à cause des désordres qu'avaient produit les injections, mais parce que les injections n'avaient pas guéri les malades.

Voilà ce que l'observation m'a appris sur la question des injections iodées.

M. Rochoux se plaint de ce que M. Roux a dénaturé ses opinions relativement au rhumatisme comme cause d'ankylose, et il entre dans quelques explications sur les injections iodées que le bruit nous empêche d'entendre.

M. Blandin. Je m'applaudis que la question ne soit pas restée à son point de départ et qu'elle se soit généralisée. C'est à tort, à mon sens, que M. Rochoux a dit que cette discussion serait frappée de stérilité; non, les discussions qui s'agitent dans cette enceinte ont une grande influence. J'en citerai pour preuve la discussion sur la distinction des nerfs, qui a eu pour résultat la conversion de M. Gerdy.

Le procès-verbal m'a fait dire une chose que je n'ai pas dite, à savoir : que les injections iodées ne réussissaient jamais; cela est trop absolu, j'ai la conviction qu'elles réussissent quelquefois, mais je crois aussi qu'elles sont loin d'avoir toute la valeur qu'on leur attribue. Avec elles, on est exposé à des tâtonnements qui rendent souvent le succès très lent.

Avec les injections iodées, on éprouve des récidives plus fréquentes. On est exposé à des accidents analogues à ceux que produisent les injections vineuses; cela résulte même des discours des membres qui se sont déclarés leurs champions, quoiqu'ils aient tout fait pour atténuer la gravité des accidents dont ils ont parlé.

Le fait cité par M. Bérard d'une injection d'iode poussée en dehors de la tunique vaginale, sans accidents consécutifs, est-il donc sans exemple par l'injection vineuse? Non, certes, et pareille chose m'est arrivée à moi-même en opérant une hydrocèle par l'ancienne méthode.

Dire que les injections iodées sont innocentes dans les kystes du cou, ce n'est pas rendre complétement hommage à la vérité. Toutes les injections sont dangereuses dans ce cas; j'en ai pratiqué une avec de l'orge miellée, qui a donné lieu à des phénomènes redoutables. M. Maunoir, de Genève, a opéré souvent des kystes du cou avec l'injection vineuse....

M. Velpeau. C'est inexact; M. Maunoir n'a fait cette opération qu'une fois, et il y a renoncé

M. Blandin. A la Charité, M. Chassaignac a poussé une injection iodée dans un kyste du corps thyroïde, et le malade a succombé.

M. Velpeau, par un artifice de langage, a lu des citations au moyen desquelles il a cru produire plus d'effet qu'il n'en a produit. Ces citations étaient de moi; mais s'appliquaient-elles exclusivement aux injections vineuses? Pas le moins du monde, elles s'appliquaient aux injections irritantes en général; et je persiste dans l'opinion que j'ai émise, car cette opinion ne vient nullement en aide aux idées de M. Velpeau.

Quant à la douleur, M. Velpeau s'est un peu amendé sur ce point : il ne dit plus que les injections iodées ne produisent jamais de douleur....

M. Velpeau. Je n'ai jamais dit cela, j'ai dit et je soutiens que la douleur est moindre.

M. Blandin. Et moi je soutiens que sous ce rapport les injections iodées n'ont aucun avantage. J'ai fait des essais comparatifs à l'hôpital; certains malades ne souffrent pas, d'autres souffrent beaucoup; il en est absolument de même avec l'injection vineuse. Dernièrement, en ville, j'ai opéré un malade par l'injection iodée, chez lequel la douleur a été si vive que j'ai tremblé de crainte que l'injection n'eût pénétré dans le péritoine.

M. Velpeau est venu nous parler de ses faits; je les crois sincères; je suis profondément convaincu qu'il ne veut pas tromper l'Académie; mais M. Velpeau peut se tromper. Est-ce que la *strabotomie* ne s'est pas appuyée aussi sur un nombre considérable de faits? Et, pour guérir le bégaiement, n'est-on pas venu produire en masse des faits qui prouvaient que la section des muscles de la langue guérissait cette infirmité? Que sont devenues aujourd'hui, dans le monde chirurgical, ces deux procédés si bruyamment produits? Toute méthode nouvelle en thérapeutique exige l'examen, la discussion, la contradiction, et voilà pourquoi, j'espère, la discussion actuelle produira ses fruits.

M. Velpeau nous a parlé d'une injection pratiquée dans le péritoine par un chirurgien du Midi, dont j'ai oublié le nom. Il faut se méfier en général de ces faits extraordinaires éclos sur les rives de la Garonne. Un professeur du voisinage de la ville où l'on dit que l'opération a été pratiquée, me disait dernièrement que, dans le pays, on ne croyait pas à ce fait (1).

On a bien vu que les insuccès de Fricke (de Hambourg), embarrassaient M. Velpeau. Je ne saurais qu'y faire; mais les faits de cet honorable praticien subsistent, et vouloir les expliquer ce n'est pas les détruire.

M. Jobert a parlé des succès de l'injection iodée dans les fistules scrofuleuses et tuberculeuses; je crois, en effet, que là elles sont très avantageuses ainsi que dans les grands abcès, quoique dans ces cas je ne voulusse pas employer les énormes doses d'iode dont a parlé M. Jobert.

Quant aux hydarthroses, je repousse complétement l'injection iodée dans ces cas; c'est une opération téméraire et dangereuse comme le prouvent les faits rapportés dans cette discussion, et tout au moins inutile, d'après M. Bérard lui-même. Le fait même qui a donné lieu au rapport signale des accidents graves, la suppuration, la gangrène.

En résumé, il me paraît difficile, dans une discussion où les uns affirment, où les autres nient, de prendre un terme moyen. L'expérience seule peut faire pencher la balance; aussi je propose à l'Académie de nommer une commission chargée d'expérimenter dans les hôpitaux les méthodes rivales, et d'en présenter ici le résultat.

M. Velpeau. Je tiens à relever tout de suite les inexactitudes involontaires, je le suppose, que vient de commettre M. Blandin.

Il se trompe assurément quand il me croit embarrassé des insuccès de Fricke. Embarrassé, pourquoi? Je pourrais me borner à répondre : Fricke n'a pas réussi, ce n'est pas ma faute; mais là où il a échoué, j'ai réussi toujours. Je peux heureusement faire une autre réponse : Fricke n'a pas réussi, parce qu'il ne s'est pas placé dans les conditions du succès; il employait un gros de teinture d'iode dans six onces d'eau, tandis que j'emploie un mélange à parties égales; il voulait la guérison au bout de dix à douze jours, tandis qu'ici nous sommes moins pressé et ne la demandons pas dans un espace de temps si court, parce que cela est impossible. Ainsi donc, ces expériences de Fricke m'embarrassent si peu, que je les crois complétement nulles.

Ce que vient de dire M. Blandin relativement au fait d'injection iodée dans le péritoine est extrêmement grave. Il est très fâcheux qu'une accusation semblable ait été portée dans cette enceinte contre un des chirurgiens les plus distingués du Midi, M. le docteur Dieulafoy, professeur à l'école de Toulouse. J'ai connu M. Dieulafoy pendant qu'il était interne à Paris; il a publié plusieurs travaux intéressants; il jouit à Toulouse d'une considération générale, et sa moralité scientifique bien connue le met à l'abri de l'injurieux soupçon insinué par M. Blandin. On doit garder pour soi des opinions semblables, et se garder de les produire à la tribune académique. Quant au fait en lui-même, je n'en tire aucune conséquence pratique; M. Dieulafoy a réussi, c'est un grand bonheur; voilà tout ce que je veux en dire, en faisant néanmoins remarquer que l'injection iodée, si elle n'a produit aucun accident dans le péritoine, ne doit pas être si énormément dangereuse dans des organes moins importants.

M. Maunoir, dit M. Blandin, a préconisé l'injection vineuse dans l'hydrocèle du cou; erreur. M. Maunoir n'a pratiqué cette opération qu'une fois; il a eu des accidents graves, et il l'a sévèrement proscrite.

Le fait de M. Chassaignac n'était pas, à mon avis, favorable à l'opération. C'était une énorme tumeur qui remontait au-dessus des oreilles. L'injection pratiquée détermina une inflammation vive qui occasionna des accidents de suffocation par la compression de la trachée. On fut obligé de faire des incisions, qui donnèrent lieu à une suppuration abondante et à des accidents mortels. Je ne vois pas ce qu'on peut arguer de ce fait contre l'injection iodée.

Quant à l'hydarthrose, les faits de M. Bérard ne prouvent pas, comme l'a dit M. Blandin, que l'injection iodée ait déterminé des accidents, ils prouvent seulement qu'elle n'a pas guéri l'hydarthrose; ai-je dit qu'elle guérissait toujours? D'ailleurs, les faits tels que les a présentés M. Bérard, manquent de détails essentiels sur la nature et l'ancienneté de la maladie, sur les désordres qu'elle avait produits dans l'articulation. J'ai dit et je répète que l'injection iodée ne doit être conseillée que dans les cas d'hydarthrose ancienne, rebelle, contre laquelle les autres traitements ont échoué, et exempte d'altérations organiques.

Dans le fait de M. Jules Roux, qui a été l'occasion de ce rapport, il n'est nullement question d'accidents graves dont a parlé M. Blandin.

M. Blandin. M. Roux m'a dit lui-même qu'il y avait eu suppuration et gangrène.

M. Velpeau. Je ne sais ce que M. Roux a pu vous dire, mais je sais ce qu'il a écrit dans son mémoire, et je suppose que ce n'est que là qu'il a pu donner les détails exacts du fait.

Maintenant, si l'Académie le voulait, et pour en finir, je présenterais le résumé général de la discussion.

M. le président. Plusieurs orateurs sont encore inscrits; il vaudrait mieux les entendre et renvoyer à la séance prochaine le résumé de M. Velpeau.

M. Bouley. M. Velpeau nous a cité 35 cas d'injection iodée pratiquée sans accidents sur des chevaux, par M. le docteur Thierry et M. Leblanc, vétérinaire. Ces cas sont fort intéressants. Je ne viens pas en contester l'exactitude; je les accepte. Je viens seulement leur opposer quelques faits contradictoires.

La ponction des membranes synoviales a été faite depuis longtemps en médecine vétérinaire; mais on la pratiquait avec le trocart ou le cautère actuel; il n'y a donc pas parité avec ce qui se pratique aujourd'hui, où l'on arrive à l'articulation par la méthode sous-cutanée.

Des faits dont je veux entretenir l'Académie, il n'en est qu'un seul que je connaisse *de visu;* le voici : Un médecin me fit appeler pour soigner, sur un de ses chevaux, une tumeur synoviale du jarret. Les frictions résolutives ne produisant aucun résultat, j'appliquai deux vésicatoires sur la tumeur; un en dedans, l'autre en dehors du membre. Quelques jours après, je fus fort surpris de trouver un gonflement extraordinaire de l'articulation. Je m'évertuais à en chercher la cause, quand le cocher de la maison m'apprit qu'un autre vétérinaire avait été appelé, et qu'il avait pratiqué sur la tumeur une ponction suivie de l'injection d'une liqueur noirâtre. Une escharre gangréneuse survint autour de la piqûre; le cheval fut fort malade, et a perdu la moitié de sa valeur.

A Alfort, le professeur de clinique, mon fils, a pratiqué trois fois l'injection iodée, et trois fois cette injection a déterminé la mort.

A Rouen, M. Leverrier, vétérinaire distingué de cette ville, a opéré trois fois par l'injection iodée; trois fois il a eu des accidents graves, et dans aucun cas l'hydarthrose n'a guéri.

M. Velpeau voit dans le premier fait cité par M. Bouley des contre-indications à l'injection iodée; il n'est donc pas étonnant qu'elle n'ait pas réussi. Quant aux autres faits, sans en contester l'exactitude, il ne peut s'empêcher de les trouver fort extraordinaires, car comment expliquer ici l'innocuité de l'injection iodée, là sa léthalité? Il a vu les faits de MM. Leblanc et Thierry; une commission académique a été nommée pour en rendre compte; on verra qu'ils sont parfaitement exacts.

M. Guibourt appelle l'attention de l'assemblée sur les changements chimiques qui s'opèrent dans la teinture d'iode selon la préparation récente ou ancienne. Récente, l'iode n'est pour ainsi dire que suspendu dans la liqueur et ses particules métalliques peuvent se trouver ainsi en contact immédiat avec les surfaces organiques. Ancienne, la dissolution est d'autant plus complète que la préparation date d'un temps plus éloigné. Il suit de là que la teinture d'iode est d'autant plus énergique qu'elle est plus récemment préparée, circonstance que l'opérateur doit connaître pour ne pas produire un effet trop énergique, ou pour ne pas s'exposer à un mécompte.

M. Velpeau demande à M. Guibourt si en ajoutant une certaine quantité d'iodure de potassium on ne rend pas la dissolution plus complète dans la teinture récente.

M. Guibourt répond affirmativement.

M. Gimelle rectifie quelques opinions que M. Roux lui a prêtées sur la nature et le traitement de l'hydarthrose et sur la récidive de l'hydrocèle. Il reproduit quelques points de sa précédente argumentation sur l'emploi de l'émétique dans l'hydarthrose. Il conclut pour l'adoption de l'injection iodée dans l'hydrocèle.

Il est cinq heures passées, la séance est levée.

(1) Notre collaborateur *Jean Raimond* se propose de répondre, mardi prochain, à cette assertion au moins étrange de M. Blandin, qui, tout en suspectant la moralité d'un des plus honorables praticiens du Midi, semble frapper de discrédit les opinions et les travaux scientifiques de nos confrères méridionaux en masse.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 25 août, 8 et 22 septembre 1845. —
Présidence de M. Battaille.

Communications de faits pratiques.

Revenant sur la communication faite dans la dernière séance par M. Tessereau, relative aux maladies de la peau qu'il avait observées dans une proportion plus grande que de coutume, M. le docteur Banche fait savoir que lui aussi a remarqué leur grande fréquence, et que dans un temps très court il a eu occasion d'observer quatre cas d'urticaire.

M. Tessereau dit avoir observé ces maladies surtout chez les jeunes sujets.

M. Charrier a également observé cinq ou six cas du même genre.

A ce sujet, *M. Homolle* croit avoir remarqué que les urticaires coïncident souvent avec les affections tuberculeuses.

M. Charrier ignore si cette coïncidence existe; mais pour son compte, il a rencontré l'urticaire aussi bien chez les pléthoriques que chez les lymphatiques.

M. Thirial est du même avis que M. Charrier. Il pense cependant qu'il se pourrait que cette maladie fût plus fréquente chez les tuberculeux, non pas à cause des tubercules, mais parce que chez les individus tuberculeux la peau est extrêmement fine et impressionnable.

— *M. Dobigny* rapporte qu'il a vu dernièrement un cas de scarlatine dont l'éruption se fit attendre onze jours. C'était chez un jeune enfant; pendant tout le temps qui précéda l'éruption, les symptômes se bornèrent à l'angine, à la rougeur de la langue, et à quelques symptômes vagues de fièvre typhoïde.

M. Thirial fait observer que la scarlatine est une des fièvres éruptives où l'on rencontre le plus d'anomalies. A ce sujet, il rapporte un fait analogue qui simula pendant neuf jours une fièvre typhoïde. Ce n'est que le neuvième jour que l'éruption se fit sur l'abdomen et envahit plus tard d'autres parties du corps. Enfin la maladie se termina par la desquammation caractéristique.

Cette discussion lui fournit l'occasion de rectifier une erreur involontaire dans laquelle il est tombé à l'occasion d'une éruption mentionnée dans un des procès-verbaux de l'année dernière, et qu'il avait donnée comme un fait de miliaire idiopathique. Cette erreur reposait tant sur la marche irrégulière de la maladie, que sur la lenteur avec laquelle la desquammation s'est manifestée. En effet, ce phénomène morbide ne s'est produit qu'au bout de plus d'un mois, sans doute empêchée dans son développement par une légère phlegmasie pulmonaire; et à l'époque où il faisait cette communication, M. Thirial n'avait plus la malade sous les yeux.

M. Banche rapporte également trois observations de scarlatine dans lesquelles l'éruption fut nulle ou n'apparut que faiblement, et qui se terminèrent cependant par la desquamation.

— *M. Dobigny* fait un rapport sur l'ouvrage de M. Belhomme, intitulé Nouvelles recherches sur la folie.

Après avoir félicité notre confrère sur la bonté de son travail, le rapporteur conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur, et son livre honorablement déposé dans les archives.

La Société adopte les conclusions.

M. Dobigny reprend la parole. J'ai, dit-il, simplement et par conve-

taigne : « C'est la gaillardise de l'imagination qui élève et enfle les paroles. » (Essais, liv. III, ch. 5.) — « Celui qui dit ce qu'il pense l'assene bien plus vivement que celui qui se contrefait. » (Liv. II, ch. 31.) Et « l'homme ne vault que quand il est esmeu. » (Ibid.)

Nonobstant les intentions les plus consciencieuses, comme il est assez commun de se tromper, imitez la réserve d'un illustre savant, Bayle, qui, dans la préface de son Dictionnaire, s'exprime en ces termes : « Je ne garantis que mon intention et non pas mon ignorance. »

Ces conditions posées, l'essentiel est de se former un plan méthodique et complet : « *Dimidium facti, qui benè cœpit, habet.* » (Horace, *Epist.* II, lib. 1.) « Mettre dans le discours tout l'ordre et toute la netteté dont il est susceptible, a dit Labruyère, cela conduit insensiblement à y mettre de l'esprit. » (Caractères.) La facture d'un livre ou même d'un simple mémoire n'est chose comprise que par les esprits d'élite; et il est vrai de dire encore que certains esprits, quoique moins profonds ou moins cultivés, y sont plus propres que certains autres; car c'est là une affaire de goût; et « le goût naturel, a dit Montesquieu, n'est pas une connaissance de théorie; c'est une application prompte et exquise des règles même que l'on ne connaît pas. » (Essai sur le goût.) Aussi Platon disait-il : « Tout homme en état de donner de bonnes définitions et de bonnes divisions, doit être regardé comme un dieu. »

Après l'ordre, en effet, arrive la clarté dans l'exposition. Bacon, Loke, Condillac, tous les idéologistes, enfin, ont fait ressortir les graves inconvénients des objets et des mots mal définis. « La plupart des questions et des controverses qui embarrassent l'esprit des hommes, a dit Loke, ne roulent que sur l'usage douteux et incertain qu'ils font des mots, ou sur les idées vagues et indéterminées qu'ils leur font signifier. » (Essai sur l'entend.; préf., p. 59.)

La clarté dépend beaucoup de la simplicité, de la concision du langage, si nécessaires dans les sciences; la nôtre surtout est de celles dont on a dit : « *Ornari res ipsa negat, contenta doceri.* » (Manilius, *Astronomia*, lib. 3.) Et le médecin ne doit ambitionner d'autre gloire en fait de style que celle attribuée par l'élégant Buffon au savant Daubenton : « Il n'a jamais, disait-il, ni plus, ni moins d'esprit que n'en exige le sujet qu'il traite. » (Lacépède, Discours sur Daubenton.)

La clarté, la simplicité même, comportent un attrait que n'ont pas les ornements d'un style recherché; la première condition d'un style attrayant est en effet de reproduire des idées nettes : « *Scribendi rectè sapere est et principium et fons.* » (Horace.) Ce qui pourtant n'exclut ni la pureté, ni même une certaine élégance puisée dans l'harmonie de la période et le choix des expressions : « Souvenez-vous qu'entre toutes les expressions qui peuvent rendre une seule de nos pensées, il n'y en a qu'une qui soit la bonne. » (La Bruyère.) L'art de plaire et de convaincre est presqu'entièrement fondé sur celui de bien s'exprimer. « *Voluptate ad fidem ducimur,* » dit Quintilien; et comme l'a dit Voltaire : « La raison et la vertu même touchent peu quand elles ennuient. » (Dialogue sur Hobbes.)

Professeur Forget.

(La suite à un prochain numéro.)

Correspondance.

Contagion de la fièvre typhoïde.

Monsieur le rédacteur,

Le doute qui règne encore sur la contagion de la fièvre typhoïde est trop important à détruire pour taire les faits suivants.

A Longepierre, village voisin, M. B..., cultivateur, vit successivement, dans l'espace d'un mois, ses cinq enfants atteints de fièvre typhoïde, le premier seul succomba au vingtième jour; l'invasion s'empara des quatre autres à un jour ou deux seulement d'intervalle, et quelques jours seulement après la mort du premier.

Aujourd'hui que leur guérison est complète, les trois frères L..., parents et amis de la famille B..., ont, l'un deux enfants, les autres chacun un, atteints de la même maladie. Leur convalescence commence. Une fille de vingt-un ans, qui servit de garde-malade pendant quelques jours à un de ces derniers, est aussi, en ce moment, gravement atteinte.

Les circonstances suivantes prouvent évidemment le rôle immense qu'a joué la contagion dans la production de ces dix cas de fièvre typhoïde.

Les familles dont il est question ont leur demeure éloignée les unes des autres; mais, unis par les liens d'amitié et de parenté, leurs membres n'ont cessé chaque jour de se visiter et de se prodiguer réciproquement les soins les plus assidus comme les plus dévoués. La frayeur tenant les autres jeunes gens éloignés d'eux comme d'un foyer d'infection, aucun autre cas de fièvre typhoïde ne s'est présenté durant ce temps dans ce village, qui compte jusqu'à 1200 habitants.

Cette coïncidence de la même maladie chez des jeunes gens de 12 à 28 ans qui se sont fréquentés, et chez eux seulement, ne prouve-t-elle pas péremptoirement que la fièvre typhoïde est contagieuse au même titre que la rougeole, la scarlatine et la variole? Un grand nombre de faits, du reste, aussi concluants, existent déjà dans la science.

Agréez, etc., Petitjean, d.-m.-p.

Seurre (Côte-d'Or), 10 janvier 1846.

nance énoncé les opinions de M. Belhomme; mais, si la Société le permet, je discuterai les points suivants sur lesquels je suis diamétralement opposé à l'auteur :

1° J'exposerai une nouvelle manière d'envisager la folie;

2° Contrairement à M. Belhomme, je regarde la substance médullaire comme le siége de l'intelligence;

3° Je ne pense pas que l'inflammation générale du cerveau soit possible sans entraîner la mort, c'est-à-dire que la paralysie générale des aliénés ne peut dépendre d'une inflammation. Ma conviction est qu'elle est due à un état diametralement opposé.

Sur la proposition de M. Charrier, la Société décide qu'une discussion aura lieu sur ce sujet, et qu'elle est ajournée.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le croup.

M. Homolle donne lecture d'un travail où, après avoir passé successivement en revue les points encore obscurs que présente l'étude du croup sous le rapport du diagnostic, de la marche, du pronostic et surtout du traitement, il cherche à préciser les symptômes qui par leur réunion, sinon isolément, fournissent les éléments d'un diagnostic presque certain. Il pense que l'absence de fausses membranes sur les amygdales, au début d'une laryngite présentant l'ensemble des caractères du croup, ne doit pas infirmer le diagnostic, l'angine diphthéritique pouvant se rencontrer à l'état sporadique sans avoir débuté par le pharynx.

Il exprime le désir que l'on puisse constater si le croup présente dans sa marche des périodes distinctes, et si l'inflammation pseudo-membraneuse prend à une époque plus ou moins éloignée du début son caractère spécifique. La solution de cette question présente, selon lui, un intérêt pratique considérable, puisque le médecin, arrivé à cette phase de la maladie, n'aurait plus à combattre que les effets produits, sans redouter une nouvelle sécrétion de fausses membranes; malheureusement la marche insidieuse du croup, son apparente bénignité dans la première période, et la rapidité avec laquelle marchent les accidents redoutables de la seconde, la seule que les médecins soient appelés le plus souvent à étudier, rendent très difficile cette solution.

Témoin de la répugnance extrême des parents pour la trachéotomie, des regrets qu'ils témoignent constamment quand le succès ne l'a pas couronnée; convaincu de l'inefficacité presque constante d'un traitement général qui ne soit pas aidé de la médication topique, et frappé de la difficulté de porter les agents médicamenteux liquides ou solides jusque dans le larynx, M. Homolle a depuis plusieurs années remplacé ceux-ci par l'inspiration du gaz acide chlorhydrique, qui lui paraît devoir agir à la fois comme substitutif excitant des sécrétions muqueuses, et enfin comme dissolvant lorsqu'il est dilué, de l'albumine coagulé constituant les fausses membranes. Il rappelle trois observations de croup guéri sous l'influence de cette médication, et présentées par lui à la Société médico-pratique en 1842. Ces faits lui avaient, en outre, démontré l'innocuité complète de ces vapeurs pour le malade aussi bien que pour les assistants. Depuis, trois autres croups traités par la même médication, avaient été également suivis de guérison; mais deux revers successifs sont venus ébranler la confiance qu'il commençait à mettre dans l'emploi de ce moyen.

Il rapporte ces deux observations. Les enfants étaient arrivés à la période de suffocation lorsqu'il fut appelé. Chez le premier, les lambeaux membraneux bifurqués et canaliculés rejetés par le vomissement ne laissaient aucun doute sur l'extension de l'affection aux rameaux bronchiques; et chez l'autre, en l'absence de cette pièce de conviction, l'état de l'enfant annonçant une asphyxie imminente, indiquait la nécessité de pratiquer au plus tôt la trachéotomie. Ce ne fut donc que sur le refus des parents que notre collègue se décida à recourir aux inspirations chlorhydriques. Malgré des conditions aussi défavorables, une amélioration remarquable eut lieu; la dyspnée disparut, ainsi que le sifflement laryngo-trachéal; la voix perdit le caractère croupal; l'appétit et la gaieté revinrent, et ce mieux persista, dans le premier cas, cinq jours, et six dans le second. Malheureusement les accidents reparurent, et malgré la continuation des moyens employés, la mort eut lieu le huitième jour pour le premier enfant, et le neuvième pour le second.

La trachéotomie avait été pratiquée chez tous deux le dernier jour. L'autopsie ne put être faite.

M. Homolle, malgré ce funeste résultat, ne croit pas que les inspirations chlorhydriques puissent être condamnées sans appel; car 2 insuccès sur 8 cas de croup ne donnent pas encore une proportion aussi défavorable que par les autres médications, et l'amélioration qui suivit leur emploi dans ces deux cas dénote certainement une action puissante si l'on tient compte de leur gravité.

M. Charrier se range à l'opinion émise par M. Homolle dans son mémoire, et soutient que dans le croup sporadique on rencontre rarement des pseudo-membranes sur les amygdales. Il a eu dernièrement occasion de vérifier la vérité de son assertion sur une jeune fille de sept ans, dont les amygdales n'étaient pas même tuméfiées. Il a, du reste, employé toute la thérapeutique habituelle, ainsi que le moyen proposé par M. Homolle, et la mort n'en a pas eu moins lieu au bout de trente-six heures.

M. Homolle insiste sur l'amélioration prolongée qui a suivi l'emploi de la médication proposée par lui. Il pense en outre que les émissions sanguines ont peu d'efficacité dans cette redoutable maladie.

— *M. Szokalski.* Un homme d'une cinquantaine d'années était porteur, depuis vingt ans, dans l'œil gauche d'une cataracte complète. Venu à Paris dernièrement, et habitant dans un quartier humide, il se laissa choir dans son escalier, mais sans se blesser. Quelques heures après, cependant, il éprouvait une vive douleur dans la région sourcillière gauche : en regardant son œil, il s'aperçut alors qu'il avait complétement changé d'aspect. Il vint donc trouver notre confrère qui, examinant l'œil, trouva un corps blanchâtre de la grandeur d'une lentille logé dans la chambre antérieure et repoussant l'iris en arrière : c'était, comme on voit, une cataracte tombée dans la chambre antérieure et consistant en une vésicule de forme aplatie, plus longue de haut en bas que d'un côté vers l'autre; la paroi antérieure s'appuyait sur la cornée, et la postérieure refoulait l'iris. Cette cataracte présentait çà et là des taches blanchâtres et des espaces diaphanes à travers lesquels on distinguait l'intérieur de la vésicule remplie d'un liquide laiteux, dans lequel nageaient des parcelles d'une matière blanchâtre. La cornée injectée laissait voir un bord bleuâtre résultant de l'iris refoulé en arrière. L'œil était très sensible à la lumière. Cette cataracte était évidemment composée de la capsule cristalline et d'un détritus laiteux provenant de la destruction de la lentille. Ce passage dans la chambre antérieure ne put reconnaître d'autre cause que la chute du malade dans l'escalier, et fut favorisée par la dilatation de la pupille, par l'obscurité et probablement aussi par l'altération du corps vitré. Le malade se refusant à toute opération, notre confrère tenta la réduction de la cataracte : il fit donc enfermer le malade dans une chambre obscure, étendu sur un lit avec des applications de cataplasmes belladonisés sur l'œil, ainsi que des pilules d'extrait de belladone à l'intérieur jusqu'à commencement de narcotisme. Cette tentative fut inutile. Alors il revint à la proposition d'une opération; au bout de cinq jours, il incisa la cornée avec un couteau lancéolaire à son point de jonction avec la sclérotique, à sa partie externe, dans l'étendue d'un quart de son pourtour. L'incision pratiquée ouvrit la capsule lenticulaire, et il s'écoula de l'humeur aqueuse, ainsi que le liquide laiteux indiqué. Saisissant alors la cataracte, il essaya de la retirer; mais, comme elle adhérait déjà au pourtour pupillaire et qu'elle attirait la pupille au dehors, notre confrère fut obligé d'en retrancher une certaine quantité et de former de cette manière une pupille artificielle. Notre confrère donna la préférence à cette opération sur celle qui est habituellement pratiquée, par cette raison que cette dernière, exécutée avec un couteau à cataracte ordinaire, exige une grande incision dans la cornée, et qu'il était urgent de faire l'incision la plus petite possible, tout faisant présumer que l'humeur vitrée devait être ramollie.

L'opération terminée, les douleurs disparurent. La capsule déployée et examinée sous l'eau permit de constater qu'elle renfermait des débris du cristallin, qui constituaient les plaques blanches, jaunâtres, indiquées plus haut. La guérison ne se fit pas attendre; mais la vue est restée imparfaite.

M. Szokalski fait passer sous les yeux de la Société un dessin représentant l'œil avant l'opération.

— La parole est accordée à M. le docteur Homolle.

Un homme de trente-quatre ans, atteint de phthisie pulmonaire au troisième degré, compliquée de laryngite ulcéreuse, fatigué de la longueur du traitement auquel il était soumis et de son peu d'efficacité, se procura le Manuel Raspail, et suivit scrupuleusement le traitement indiqué dans cet opuscule. Il prenait entr'autres les grumeaux de camphre prescrit par l'auteur à la dose de trois grumeaux renouvelés quatre fois dans les vingt-quatre heures. Or chaque grumeau pesant à peu près 10 centigrammes, la dose totale dépassait un gramme. Notre confrère ignorait que le malade eût abandonné la médication conseillée par lui, lorsqu'il fut appelé un jour en toute hâte auprès de lui, et le trouva en proie à un état de suffocation qui avait forcé de l'étendre par terre devant une croisée ouverte. Des nausées presque continuelles et une anxiété extrême accompagnaient la dyspnée; les battements du cœur présentaient une irrégularité, un développement et une force d'impulsion véritablement effrayants. Ces accidents, qui ne pouvaient être attribués qu'au camphre, cédèrent au repos, aux boissons fraîches, acidulées, et à l'application de cataplasmes.

M. Gaide cite l'observation d'un jeune homme qui prenait des doses énormes de camphre, et qui fut à la suite de cette singulière et ridicule habitude, pris d'une angine pseudo-membraneuse fort grave. Cette maladie, qui pouvait compromettre ses jours, ne céda qu'aux astringents les plus énergiques, et tout fait supposer qu'elle a été occasionnée par l'usage abusif du camphre.

M. Blatin rapporte le fait suivant : Un homme bien portant se fait une écorchure superficielle et de peu d'étendue à une jambe, en se heurtant légèrement contre une marche d'escalier. Cette plaie, située un peu au-dessus de la malléole externe, est pansée immédiatement avec une pommade fortement camphrée. Le surlendemain un érysipèle phlegmoneux avec fausse membrane de la petite plaie se manifeste et occupe tout le tiers inférieur de la jambe. Un examen fort attentif ne peut faire découvrir d'autre cause que l'application réitérée et fort abondante de la pommade. Dès qu'elle a été supprimée, la chaleur et la douleur ont sensiblement diminuées.

M. Moreau est aussi d'avis que l'usage du camphre peut être fort dangereux, lorsqu'il est administré sans précaution; il raconte à cette occasion l'observation d'une jeune dame enceinte de huit mois qui prenait du camphre sous toutes les formes, dans l'espoir de se guérir d'une névralgie opiniâtre. Sous l'influence de ce médicament, elle fut prise des accidents d'une méningite aiguë redoutable, qui guérit par suite d'une médication antiphlogistique active, mais qui n'en provoqua pas moins un avortement.

M. Labarraque fils pense que l'administration du camphre exige la plus grande prudence, même entre les mains d'un praticien exercé et instruit. Il a vu chez un boucher aliéné et satyriase, l'emploi du camphre à la dose de six grains en vingt-quatre heures, quoique l'indication en fût formelle, donner lieu à un vomissement qui faillit devenir mortel.

— *M. Treves* appelle l'attention de la Société sur le cas suivant :

Une petite fille, de naissance bien portante, présente, à deux centimètres au-dessus de l'anus, un obstacle qui empêche la sortie du méconium; outre cette dangereuse disposition, elle ne présentait aucune trace de méat urinaire. Le doigt introduit dans l'anus n'aperçoit aucune distension par le méconium. Cette enfant, qui vomissait tout ce qu'elle prenait, qui n'avait évacué d'aucune manière, fut soumise à une opération qui fut difficilement faite et sans succès, et qui n'amena qu'une hémorrhagie recto-vaginale. L'enfant est à son sixième jour de naissance aujourd'hui, et n'a pas encore évacué. Depuis hier, elle vomit des matières fécales.

M. Treves appelle les lumières de la Société sur ce cas embarrassant.

Après une courte discussion, plusieurs membres de la Société engagent M. Treves à consulter M. Amussat, dont l'expérience et l'habileté sont connues dans ces sortes d'opérations.

M. Labarraque, avant de clore la discussion, rappelle un cas semblable qu'il eut occasion d'observer il y a sept ans. L'anus était bien conformé, et l'enfant n'allait pas à la garderobe. Une sonde introduite dans le rectum était arrêtée à deux centimètres au-dessus de l'orifice anal par un diaphragme. Une ponction faite avec le trocart par M. Vinchon père eut un plein succès, et amena la sortie du méconium. Une mèche fut introduite afin d'élargir l'ouverture. Mais malheureusement l'enfant succomba quelques jours après à une entéro-péritonite aiguë.

Le secrétaire annuel, VINCHON.

NOUVELLES.

M. Segond, docteur en médecine et ancien élève de l'Ecole de Marseille, a été nommé sous-bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Paris.

— Le Conseil municipal de Marseille vient de voter une somme de 10,000 fr. pour les dépenses du Congrès scientifique qui tiendra sa session à Marseille l'année prochaine.

— La défense faite en 1824, en Prusse, d'appliquer le magnétisme animal comme moyen de traitement médical a été révoquée, du moins en faveur des médecins gradués.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 7. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 16 JANVIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Lenoir a pratiqué, le mois dernier, deux amputations sus-malléolaires, l'une sur un homme, l'autre sur une femme, pour une carie des os du tarse dans les deux cas. La plaie de l'opération s'est cicatrisée, et les opérés sont sortis dans l'espace de vingt-cinq jours. Les deux amputations ont été faites d'après le procédé de ce chirurgien.

Il y a eu, pour l'amputation sus-malléolaire, deux époques. Dans la première, qui remonte à Solingen et s'étend jusqu'à nos jours, tout en reconnaissant les avantages de cette opération considérée en soi sur l'amputation au lieu d'élection, on la proscrivait par suite de l'imperfection des moyens prothétiques. Dans l'autre, qui est la période actuelle, le même motif de proscription n'existe plus, puisque les appareils prothétiques sont devenus très satisfaisants; mais, aux yeux de quelques personnes, ce motif n'a disparu que pour faire place à un autre tiré du prix de ces appareils, qui est tel, que les pauvres ne peuvent se les procurer. La science et l'art n'auraient progressé que pour les personnes favorisées de la fortune : pour les autres nous en serions encore à la première phase de la question, au temps où l'on amputait au tiers supérieur préférablement, faute d'appareils prothétiques. Ainsi posé, comme l'a bien fait remarquer M. Vidal (de Cassis), le problème se complique d'une question sociale qui le domine, et à laquelle on ne peut réfléchir sans éprouver un sentiment douloureux.

Mais, tout en n'étant plus scientifique, elle ne reste pas moins une question de pratique, attendu que l'homme de l'art pourrait se déterminer d'après cette pensée que son opéré, s'il l'amputait au tiers inférieur, serait privé, faute de ressources pécuniaires, d'un moyen prothétique convenable.

C'est à ce point de vue que s'est placé un jeune chirurgien militaire plein de distinction, M. le docteur Serrier, qui vient de proposer un appareil dans lequel il s'est étudié à faire disparaître les inconvénients de la jambe de bois ordinaire et dont pourront faire usage, *faute de mieux*, les amputés au tiers inférieur.

D'abord, M. Serrier a voulu vérifier l'objection tirée de la gêne et des accidents occasionnés par la trop grande longueur du moignon, quand les opérés sont obligés de se servir de la jambe de bois ordinaire. Il a interrogé un *très grand nombre* (peut-être aurait-il fallu préciser ce nombre) d'amputés qui se trouvent dans ce cas, et qui ne sont pas sensiblement incommodés par leur moignon ; surtout ils ont paru fort étonnés de la question qui leur était faite relativement au désir qu'ils auraient pu éprouver d'être débarrassés d'une partie de leur moignon.

Cette remarque de M. Serrier est radicale : d'une part, elle tendrait à prouver que l'amputation sus-malléolaire pouvait être et aurait dû être pratiquée, en l'absence de moyens prothétiques spéciaux ; de l'autre, elle diminuerait l'importance de l'appareil même de M. Serrier, puisque, avec la jambe de bois ordinaire, moyennant *quelques précautions très simples*, les opérés pourraient garantir parfaitement leur moignon.

Mais nous préférons admettre qu'il a dû exister une raison puissante pour que tant de chirurgiens éminents aient proscrit l'amputation au tiers inférieur, et nous la trouvons dans la gêne qui résulte de la présence, en arrière du tronc, d'une portion de membre considérable. L'appareil ingénieux de M. Serrier a surtout pour objet de soutenir le moignon latéralement et de garantir son extrémité, qui est reçue dans une cupule convenablement rembourrée. Qu'on se représente la jambe de bois ordinaire, avec cette différence que le montant externe se compose de deux pièces articulées entre elles au niveau du grand trochanter ; mécanisme très simple qui facilite la flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin quand l'amputé veut s'asseoir. Des deux côtés, au niveau du genou, partent, en arrière, deux tiges d'acier destinées à maintenir le moignon et aboutissant à la cupule précitée. La pièce de l'appareil qui porte sur le sol est mobile au moyen d'une vis et peut être enlevée lorsque l'opéré veut s'asseoir ; de sorte qu'alors le moignon lui-même porte à terre ou sur un tabouret par son bout, que garantit toujours la cupule. C'est là un avantage marqué, car avec la jambe de bois ordinaire, dans la position assise, l'amputé peut être singulièrement gêné par son moignon.

En somme, l'appareil de M. Serrier soutient et fixe le moignon, tandis qu'avec la jambe de bois ordinaire celui-ci est libre et pour ainsi dire flottant; il défend le bout du moignon, qui est exposé à tous les chocs quand l'amputé se sert de la jambe de bois ordinaire ; enfin, il permet à l'opéré de s'asseoir beaucoup plus commodément qu'il ne peut le faire avec cette dernière. Ajoutons que le prix de cet appareil excédera de fort peu (5 fr.) celui de la jambe de bois. Il est un inconvénient auquel le nouvel appareil est loin d'obvier : il consiste en ce que, indépendamment de toute lésion du moignon, l'opéré est exposé à être accroché par cette longue portion de membre qui s'étend en arrière de lui, et à être culbuté.

Nous admettrons, toutefois, qu'un pareil accident doit être fort rare, à ce point qu'il n'en existe pas d'exemple connu ; ce qui atténue extrêmement l'inconvénient signalé.

« J'ai voulu, dit M. Serrier, arriver à un résultat essentiel, celui de permettre à tout chirurgien de pratiquer à tout blessé (abstraction faite de sa position sociale) une amputation assurément moins grave que celle au lieu d'élection, je veux dire l'amputation sus-malléolaire. » Nous avons pensé que l'invention de notre judicieux confrère méritait d'être signalée à l'attention des chirurgiens.

— Il est des tumeurs communes dans le cuir chevelu : ce sont les athéromes, dus à l'ampliation des glandes sébacées dont le goulot est obturé, suivant la doctrine de Béclard admise par M. Blandin et par d'autres chirurgiens. Mais les lipomes sont rares dans cette partie. M. Lenoir vient d'en enlever un du volume d'une noix, qui avait son siége vis à vis la partie moyenne du pariétal droit, sur un jeune homme.

— Nous aurons prochainement à rendre compte d'un très beau succès obtenu par le même chirurgien, dans un cas de fracture non consolidée du fémur. Nous nous bornerons à dire, quant à présent, que c'est au placement à demeure d'épingles entre les fragments que M. Lenoir doit ce remarquable résultat.

— Tandis que la discussion sur les injections iodées se poursuit devant l'Académie royale de médecine (discussion que nous avons promis de résumer), M. Blandin a commencé à étudier la question expérimentalement dans son service à l'Hôtel-Dieu. Il a opéré, hier vendredi, un individu affecté d'hydrocèle simple par l'injection iodée, en ayant soin de se placer scrupuleusement dans les conditions indiquées par M. Velpeau. Il se propose de soumettre ainsi une série d'hydrocèles à la méthode des injections iodées.

L'opéré d'hier a éprouvé d'assez vives douleurs dans le scrotum et jusque dans les lombes du côté correspondant à l'hydrocèle (le droit), pendant que l'on poussait le liquide et tant que celui-ci a distendu la vaginale. Une petite quantité de la solution a été, suivant la pratique de M. Velpeau, laissée dans le sac séreux. Nous devons déclarer, en dépit du fait dont il est question, que l'injection iodée est généralement très peu douloureuse, sinon indolore, et que, dans l'immense majorité des cas, il y a lieu de remarquer une différence tranchée à cet égard entre elle et l'injection vineuse. M. Blandin a dit que, sur le très grand nombre d'opérations qu'il a faites par l'injection vineuse, *pas une n'a manqué*. Une assertion de M. Blandin est pour nous indubitable ; mais c'est là une espèce de miracle, car il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion de voir un nombre plus ou moins considérable de récidives à la suite de cette méthode. On ne doit pas perdre de vue que, quand une opération n'a pas réussi, il y a une raison toute naturelle pour que le sujet ne se représente pas au même opérateur, d'où il suit que la question des récidives est toujours fort équivoque : ceci soit dit, d'ailleurs, aussi bien pour l'injection iodée que pour l'injection vineuse. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons qu'applaudir, et nous applaudissons sincèrement, à la loyale résolution prise par M. Blandin. La science ne pourra qu'y gagner.

— Le blessé du service de M. Blandin, qui avait présenté une paralysie de la face du côté lésé, puis la paralysie des membres du côté opposé, a succombé. Les parents se sont opposés à ce que l'on pratiquât l'autopsie.

— L'autre malade du même service, dont nous avons parlé, et qui a été affecté de cette singulière salivation liée à une névralgie de quelques branches de la cinquième paire, est sorti guéri. Les sangsues, les cataplasmes, puis l'application sur la cicatrice d'un vésicatoire qui a servi à faire absorber un peu d'hydrochlorate de morphine, ont amené la cessation des douleurs et du ptyalisme. L'observation est donc complète. Nous n'avons pas besoin de revenir sur l'extrême intérêt qu'elle présente.

— Un homme de soixante ans se trouvait, le 6 janvier, dans le service de M. Piorry, à la Pitié. Il se plaignait de n'avoir pas été à la selle depuis huit jours, et les élèves qui l'avaient interrogé croyaient avoir constaté une énorme accumulation de matières solides dans l'intestin. Le malade affirmait d'ailleurs avoir uriné un grand nombre de fois depuis plusieurs jours. Le ventre était saillant ; il était dur dans une grande étendue. La plessimétrie fit reconnaître que les parties latérales de l'hypogastre correspondant au cœcum et à l'S iliaque donnaient un peu de sonorité tandis que la matité était absolue et sans élasticité aucune, dans la région intermédiaire, suivant une figure dont la limite s'élevait en hauteur à plus de six centimètres au-dessus de l'ombilic et dont la largeur était de près de vingt centimètres. Dès lors, on dut renoncer au premier diagnostic : il était évident qu'on avait affaire à une rétention d'urine. En interrogeant mieux le malade, on apprit qu'en effet il urinait, mais seulement par regorgement. On introduisit une grosse sonde dans la vessie, et l'on en retira *quatre litres* d'urine. Pendant cette évacuation, on put suivre, au moyen du plessimètre, la diminution graduelle de la matité.

Il eût été facile de reconnaître immédiatement, par une interrogation complète, la nature de la lésion chez ce malade; mais il n'est pas moins vrai que c'est la percussion qui a mis sur la voie. Rien de plus mathématiquement précis que cette double donnée : sonorité sur les côtés, matité au milieu.

— Une femme âgée de trente-cinq ans est en ce moment à l'hôpital des Cliniques, dans les salles de M. Gosselin, atteinte de fistule urétro-vaginale. Quand elle est debout, assise ou couchée sur le côté, son urine coule par le vagin, mais en petite quantité, d'où il résulte que le liquide peut encore s'accumuler dans la vessie et que le besoin de la miction subsiste, seulement plus rare que dans l'état normal.

Voici par quel moyen il a été possible d'apercevoir la fistule, que l'on avait d'abord recherchée infructueusement. Un spéculum à deux valves ayant été introduit dans le vagin, il fut recommandé à la patiente de pousser comme pour uriner, tandis qu'un doigt fermait complétement le méat urinaire. On vit alors l'urine jaillir dans le vagin par un jet extrêmement fin ; elle sortait par le fond d'une dépression existant à deux centimètres du méat.

De ces circonstances, le jet plus abondant pendant la miction et le siége de la perforation, on conclut que la fistule intéresse, non pas la vessie, mais l'urètre. Tontefois, comment expliquer que l'urine coule quand la malade est debout, assise ou couchée sur le côté ? On est obligé de supposer que la perforation empiète sur le col vésical.

On attendit plusieurs jours, dans la pensée que peut-être la fistule s'oblitérerait par le seul effet du repos. Il n'en fut rien, et l'on essaya le tamponnement du vagin, qui ne put être supporté. Alors, bien que la cautérisation avec le nitrate d'argent et même avec le fer rouge eût été tentée un grand nombre de fois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, plusieurs cautérisations au nitrate d'argent furent pratiquées. L'urine fut une fois trois jours, une autre fois douze jours, sans couler par le vagin. Cette seconde fois la malade se crut guérie, voulut se lever, et l'écoulement se rétablit.

Depuis, on a renouvelé à plusieurs reprises la cautérisation avec l'azotate d'argent, et une fois on a touché les bords de la perforation avec le fer rouge, mais sans succès.

La fistule est la suite d'un accouchement qui a nécessité l'emploi du forceps. Exceptionnellement, l'écoulement de l'urine par le vagin eut lieu peu d'heures après l'accouchement. Nous aurons sans doute à revenir sur ce cas, qui obligera prochainement le chirurgien à prendre un parti plus décisif.

X....

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De la pleurésie. (Suite.)

Nous avons dit que la pleurésie est d'importance et de gravité bien différentes, suivant qu'elle est primitive ou secondaire ; que lorsqu'elle est primitive, elle peut se présenter sous deux formes bien distinctes, la pleurésie séreuse, la pleurésie purulente ; cette dernière beaucoup plus grave que la première.

Un des praticiens les plus justement célèbres de notre époque, et auquel on ne refusera pas un grand talent d'observation, M. Louis, a publié un travail duquel il résulterait que la pleurésie est une affection ordinairement peu grave, peu dangereuse, n'occasionnant jamais la mort lorsqu'il n'y a point de complication.

Pour la pleurésie avec épanchement d'un liquide séreux, transparent, sans mélange de pus, le pronostic est, en effet, de peu de gravité dans la plupart des cas. Les faits que l'on recueille journellement le prouvent, et nous avons eu déjà l'occasion de le faire remarquer en parlant de l'hydropneumothorax. Mais, lorsqu'il s'agit d'une pleurésie purulente, d'une inflammation suppurative de la membrane séreuse qui tapisse la cavité de la poitrine, il est loin d'en être de même. Cette affection est mortelle dans le plus grand nombre des

cas ; heureusement, hâtons-nous de le dire, cette seconde variété est beaucoup plus rare que la première.

Dans le cas de la malade à propos de laquelle nous vous présentons ces considérations cliniques, nous avons tout lieu de croire, d'après l'intensité des symptômes, que ce n'est point une pleurésie purulente à laquelle nous avons affaire. En effet, la pleurésie avec épanchement purulent est accompagnée d'un mouvement fébrile plus ou moins violent, ordinairement assez fort, proportionné à l'étendue qu'occupe l'épanchement, et qui naturellement serait fort intense, si tout un côté ou presque tout un côté du thorax était rempli comme chez la femme de la salle Saint-Bernard.

Cette pleurésie est-elle primitive ou secondaire ? Autre question importante, et qui mérite d'être examinée avec attention. Toutes les séreuses ne s'enflamment pas primitivement avec la même facilité. Il y en a, parmi lesquelles nous placerons le péritoine, dont l'inflammation est presque toujours secondaire. Il est très peu fréquent, comme nous le dirons lorsque nous aurons occasion de vous faire l'histoire de la péritonite, de voir le péritoine s'enflammer primitivement, spontanément, et sans qu'il existe une cause étrangère antérieurement développée. Pour la plèvre, il en est autrement ; souvent l'inflammation dont elle est affectée se développe primitivement, spontanément, sans cause occasionnelle ou déterminante appréciable. Souvent aussi, elle survient pendant le cours d'une pneumonie, et suivant une marche inverse, dans son évolution, à celle que suit la première affection. Ainsi, il peut arriver qu'une pneumonie soit en voie de résolution, tandis que la pleurésie avec épanchement devient plus étendue et fait des progrès. Si l'on veut alors porter un pronostic exact, il faut s'en rapporter, non point à ce que prouvent les symptômes locaux, mais aux phénomènes généraux. On voit qu'alors le malade a changé une affection très grave et très redoutable pour une phlegmasie bénigne et peu dangereuse.

Ainsi, il y a des pleurésies qui se lient à des inflammations du poumon, qui en sont la conséquence, mais qui ne sont pas aussi graves que celles qui sont liées à des maladies organiques. Parmi ces dernières, il y en a qui sont compliquées de tubercules. Un tubercule parvenu à la période de ramollissement peut s'ouvrir dans la cavité de la plèvre, et donner lieu à la production d'un épanchement purulent. C'est à la suite de perforations de ce genre que l'on voit survenir les hydropneumothorax. Nous n'entrerons pas dans plus de détails relativement aux nombreuses variétés que peut présenter la pleurésie tant dans sa marche que dans sa gravité.

Ici, avons-nous affaire à une pleurésie primitive ou à une pleurésie secondaire ? Pour résoudre cette question, nous avons examiné avec le plus grand soin les organes respiratoires. Nous n'avons trouvé à l'auscultation aucun signe d'affection tuberculeuse ; la respiration se fait bien entendre au sommet du poumon. Le murmure vésiculaire est doux, moelleux ; nous n'avons point remarqué cette prolongation de l'expiration, cette respiration rude que l'on a signalée comme un commencement de respiration bronchique. Il n'y a point de bulles sèches ou humides, pas de gargouillement. Dans un examen de cette espèce, il ne faut pas se borner à explorer le côté dans lequel existe la maladie principale. Il faut examiner avec une égale attention les deux côtés de la poitrine, et lorsque, comme dans le cas actuel, on ne trouve aucune trace de tubercule, aucune trace de pneumonie, on est fondé à penser qu'il n'y a rien autre chose qu'une pleurésie pure et simple, primitive, idiopathique.

Nous avons dit que la pleurésie compliquée de tubercules est toujours grave ; ce n'est point à dire pour cela qu'elle entraîne la mort dans tous les cas. Il n'est pas excessivement rare que l'on voie des épanchements survenus chez les phthisiques se résorber en même temps que les tubercules font des progrès. Mais alors c'est le pronostic de l'affection tuberculeuse qui est plus grave encore que celui de l'épanchement pleurétique. Chez notre malade, le pronostic semble être assez favorable ; tout nous porte à croire que la pleurésie est simple, que l'épanchement n'est pas purulent. Le mouvement fébrile est trop faible pour un épanchement aussi abondant, pour qu'il nous soit permis de supposer la présence du pus dans la cavité de la plèvre. Toutefois, remarquons que l'affection a fait des progrès plutôt qu'elle n'a diminué. Il y a un grand nombre de maladies aiguës inflammatoires, nous pourrions presque dire toutes, qui ont une période d'accroissement forcée. Une pneumonie est toujours, au troisième ou quatrième jour, plus étendue qu'au premier, et il est impossible, quoi qu'on en ait dit, quoi qu'on ait publié, de la *juguler*, de l'arrêter subitement, et de l'empêcher de faire des progrès. Ce qui a pu faire croire qu'on avait jugulé des pneumonies, c'est que le diagnostic n'est pas toujours facile à porter. On a pu croire à l'existence d'une maladie qui réellement n'existait pas, et l'on conçoit facilement comment on a pu faire honneur au traitement de la guérison d'une maladie absente. Quelque faible, quelque peu étendue que soit une affection inflammatoire aiguë ; règle générale, on ne peut point l'enrayer à son début ; on peut en rendre la marche moins rapide, en diminuer la gravité ; l'arrêter, jamais.

Quelques mots encore, avant de terminer, sur le traitement que l'on doit mettre en usage dans le traitement de la pleurésie aiguë. L'énergie du traitement, dans toute inflammation, doit toujours être proportionnée à l'intensité de la maladie, et à l'importance de l'organe affecté. Il résulte de ce principe, que le traitement de la pleurésie sera beaucoup moins énergique que celui de la pneumonie, par exemple. Le poumon est un organe essentiel à la vie, toujours agissant, et ne pouvant se reposer d'une manière absolue et complète, sans qu'aussitôt la vie cesse. Il est donc nécessaire de diminuer autant que possible le travail de cet organe lorsqu'il est enflammé, et l'on n'obtient ce résultat qu'en diminuant la quantité générale du sang contenu dans l'économie. On produit alors deux choses : le sang étant en moindre quantité, et sa composition étant modifiée de telle sorte que les principes aqueux prédominent, le travail du parenchyme pulmonaire est moindre, puisqu'il est traversé dans un temps donné par une plus faible proportion d'un liquide moins riche. Ainsi donc, dans la phlegmasie du parenchyme du poumon, les saignées abondantes sont nécessaires parce que l'on a affaire à une inflammation d'abord, et parce que l'on place l'organe dans les conditions les plus favorables à son repos, non pas absolu, mais relatif.

Dans la pleurésie, les conditions ne sont point les mêmes. Il n'y a point à faire reposer un organe qui n'est point continuellement traversé par du sang dont les principes sont altérés, et qui doit être de nouveau soumis à un travail d'hématose. De plus, la durée de la pleurésie étant plus longue que celle de la pneumonie, on n'est point obligé d'employer un aussi grand nombre d'émissions sanguines dans un temps aussi court. Une ou deux saignées générales, quelques applications de sangsues ou de ventouses sur le point douloureux, des révulsifs puissants, soit extérieurs, comme des vésicatoires, soit intérieurs, le tartre stibié, les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, constituent tout le traitement. C'est, du reste, celui que nous avons commencé à mettre en usage chez la malade dont nous venons de vous entretenir.

Cirrhose du foie. Epanchement pleurétique.

Au n° 27 de la salle Saint-Bernard a été couchée dernièrement une femme de soixante ans, d'une mauvaise santé, d'une mauvaise constitution ; il y a quelques mois, elle commença à s'affaiblir, à perdre l'appétit ; cependant elle prenait encore quelques aliments, mais ses digestions étaient difficiles et pénibles.

En examinant la couleur de son visage, il était évident qu'il y avait une lésion organique des viscères abdominaux ; mais il nous avait paru difficile de dire d'une manière certaine quel était l'organe malade. Nous avions dit qu'il y avait affection chronique des organes servant à la digestion. Nous dûmes passer en revue les fonctions des différentes parties de cet appareil. Quant aux fonctions, quant à la disposition physique des organes, il n'y avait pas de lésion organique appréciable de l'estomac, soit au pylore, soit au cardia. On ne pouvait par la palpation découvrir aucune tumeur soit du foie, soit du pancréas ; enfin il ne paraissait pas qu'il y eût de tumeur adhérente aux intestins. Toutefois, nous le répétons, la teinte jaune-paille des téguments ne pouvait guère dépendre d'une autre cause que d'une lésion organique.

La nutrition se faisant assez mal, il était probable que nous avions affaire à une altération pathologique soit des organes de la digestion, soit de leurs annexes, sans qu'il nous fût possible de déterminer quelle était positivement la maladie.

Cette femme a cessé de vivre il y a quelques jours, sans que rien ait pu nous faire redouter une terminaison funeste dans un laps de temps aussi court. Nous l'avions examinée avec le plus grand soin trois jours avant sa mort ; la poitrine était saine, sans souffle ni râles d'aucune espèce à la partie antérieure.

Voici les altérations que nous avons constatées à l'autopsie : Les poumons ratatinés, engoués à leur bord postérieur. L'estomac et le canal digestif sains, sans rougeurs et sans ulcérations. Le foie a présenté cette lésion connue sous le nom de *cirrhose* ; il était jaunâtre, bosselé à sa surface. Son tissu, dans les points où l'on pratiquait des incisions, était d'une coloration jaune mêlé dans certains endroits de teintes grises un peu pâle. Le foie avait conservé à peu près son volume normal.

La cirrhose est une affection assez difficilement reconnaissable pendant la vie. Un des principaux symptômes qui la caractérisent est le plus souvent l'hydropisie ascite, que l'on ne peut rapporter à aucune autre lésion organique.

Le diagnostic de la cirrhose est donc en quelque sorte un diagnostic négatif : on y arrive par voie d'exclusion. Lorsque la maladie n'est encore que peu avancée, que la circulation est encore libre et que le cours du sang n'est pas interrompu, l'ascite ne se produit pas encore. C'est l'absence de ce phénomène important qui nous a empêché de déterminer pendant la vie la nature de la maladie dont cette femme était affectée. Nous avions bien manifestement indiqué l'existence d'une altération dans l'appareil digestif, mais nous n'avions pu nous prononcer sur la nature de cette altération, non plus que sur l'indication de la partie de l'appareil qui était attaquée. La cavité péritonéale ne contenait pas une seule goutte de sérosité.

Voilà pour ce qui tient à l'affection chronique chez cette femme.

Sept ou huit jours avant sa mort, nous avions noté un peu d'amélioration du pouls ; mais elle ne présentait aucun signe qui pût faire croire à l'imminence d'une aussi prochaine terminaison.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un épanchement pleurétique d'un liquide moitié sanguin, moitié séreux. On ne s'étonnera pas que cet épanchement n'ait pas été reconnu pendant la vie. Nous avons dit que la malade avait été auscultée quelques jours avant sa mort, mais en avant seulement ; on n'avait point voulu la faire mettre sur son séant dans son lit ; nul doute que, si on l'avait percutée et auscultée complétement tant en avant qu'en arrière, on n'eût constaté la présence du liquide ; mais ces explorations sont toujours plus ou moins fatigantes pour les malades atteints d'affection aussi grave que l'était celle de cette femme, et, lorsqu'il est impossible de rien faire pour la guérison, il vaut mieux s'abstenir. Il vaut mieux qu'un malade succombe à une pleurésie non reconnue, survenue pendant les derniers jours d'une affection chronique incurable, que de fatiguer inutilement, par des explorations sans résultat pour la thérapeutique, tous les malades qui meurent sans qu'il soit possible au médecin de les empêcher de mourir.

Il était impossible de supposer que l'épanchement pleurétique fût primitif.

Les poumons étaient ratatinés, considérablement diminués de volume, circonstance qui indiquait clairement que l'épanchement existait depuis longtemps. En examinant avec attention la surface extérieure de l'un de ces organes, nous avons vu un point saillant sur l'un d'eux ; nous avons fait faire une incision sur cette tumeur, et nous avons trouvé un abcès dont les parois présentaient çà et là une coloration noirâtre, gangréneuse. Tout nous porte à croire, en nous en rapportant à la filiation des symptômes, que la pleurésie a été consécutive à une inflammation gangréneuse du parenchyme pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 31 décembre 1845. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Malgaigne* rend compte de l'autopsie du malade qu'il a opéré d'une hernie étranglée, et qui est mort douze heures après l'opération. On se rappelle que M. Malgaigne avait pensé qu'il trouverait quelque chose au cœur, et c'est vers cet organe qu'ont principalement porté ses recherches. Le cœur droit était rempli de caillots de sang pris en gelée, et qu'il ne peut mieux comparer qu'à celui des cholériques. Le cœur gauche en contenait également, mais en moindre quantité, et aussi un peu moins consistant. Les poumons en étaient gorgés. Il y en avait dans l'aorte jusque vers le milieu de sa portion abdominale. Dans cette portion, la membrane interne était tachée couleur lie-de-vin ; et au delà de l'endroit où elle contenait ce sang, elle était vide, et sa surface interne était pâle et décolorée.

M. Malgaigne conclut que c'est cet état du sang qui empêchait la circulation et qui a été la cause de la mort. Il avait cru un moment que les vomissements avaient dépouillé le sang de sa partie fluide, comme dans le choléra ; mais il a trouvé dans ses notes un cas qu'il a eu occasion d'observer au Val-de-Grâce, celui d'un militaire qui, malade depuis longtemps d'une affection de poitrine caractérisée de bronchite, avait présenté, quelques jours avant la mort, un trouble très grand dans la circulation, avec absence de battements aux artères des extrémités. Il n'y avait pas eu d'évacuations alvines, et cependant on avait constaté la même altération du sang que chez ce dernier opéré. Au total, comme c'est par l'épaississement du sang que son malade est mort, il se demande s'il n'y aurait pas eu à faire quelque chose de plus direct. N'aurait-il pas été à propos de mettre le malade dans un bain prolongé, de le gorger de boissons aqueuses, d'appliquer les grandes ventouses aux extrémités pour y appeler la circulation ? Enfin, et ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'il proposerait ce moyen, ne serait-ce pas le cas de faire des injections d'eau dans les veines ?

— *M. Monod* fait voir un malade qui porte une rétraction imparfaite du médius de la main droite. Ce doigt conserve encore quelques mouvements. La flexion n'est pas complète, et l'extension ne le ramène pas à sa rectitude naturelle ; quand on cherche à la produire, on voit et l'on sent une résistance qui a pour siége les tendons des fléchisseurs, et l'on détermine une douleur qui est bornée à la partie moyenne de la paume de la main, ou l'on sent sur le tendon même une tumeur qui fait corps avec lui. Le malade a cette infirmité depuis deux ans, et elle a succédé à une plaie de la paume de la main faite avec un verre de vitre. M. Monod désire connaître l'opinion de la Société avant de se décider à aucune opération.

M. Maisonneuve est porté à croire, d'après la marche des accidents, qu'il est resté une portion de verre dans la plaie, et que c'est ce corps étranger qui occasionne la tumeur que l'on sent, et surtout la douleur que l'on y détermine par la pression. En conséquence, il propose de faire dans la paume de la main, parallèlement au tendon fléchisseur, une incision qui, mettant à découvert la nodosité, permettrait de la diviser et d'y chercher le corps étranger. Il est probable que, ce dernier une fois enlevé, on verrait disparaître la douleur, qui est ce qui gêne le plus le malade ; que si on ne le trouvait pas, l'opération deviendrait plus grave, car il conviendrait alors d'enlever la nodosité en masse. Le doigt aurait encore un tendon fléchisseur ; mais n'en eût-il plus, dans la supposition que la maladie occupe les deux tendons, les doigts voisins pourraient encore aider à la flexion.

M. Robert ne partage pas les opinions de M. Maisonneuve, ni sur la cause de la maladie, ni sur le traitement qu'il propose. Il croit qu'il n'est pas resté de verre parce que la plaie était large, et que, le plus ordinairement, c'est dans les plaies étroites que l'on observe cet accident ; que cette plaie a été inspectée, sondée avec une pince au moment où elle a eu lieu, et que l'on n'y a rien senti. Mais, en supposant même qu'il y fût resté une portion de verre, ce serait une opération grave que celle qui consisterait à faire une incision dans la paume de la main, et à se livrer à des recherches longues et difficiles peut-être du corps étranger ; on aurait à craindre une violente inflammation, des infiltrations purulentes, et peut-être même la perte de la main. D'un autre côté, comme le malade assure que la position du doigt dans l'extension ne le gêne nullement, ne serait-ce pas le cas de pratiquer la ténotomie des fléchisseurs, de façon à faire disparaître la douleur que l'on détermine en cherchant à les allonger ? Enfin, ajoute M. Robert, il y aurait encore un moyen préférable à ce que l'on a proposé ; ce serait l'amputation du doigt, si la ténotomie ne suffisait pas.

M. Deguise père croit à la présence du corps étranger par la douleur que détermine la pression, douleur qui est plus vive alors que quand on fait seulement l'extension et qui n'existe pas dans toute la tumeur, mais seulement dans un point circonscrit. Il ne rejette pas l'idée des tentatives que l'on pourrait faire pour aller à sa recherche.

—*M. Deguise* fils raconte qu'il a été appelé ces jours derniers près d'une femme en mal d'enfant depuis trente-six heures. A son arrivée, il constata une tuméfaction œdémateuse considérable des grandes lèvres, une tumeur de la grosseur d'un œuf environ, située à la partie supérieure du vagin et bouchant entièrement cet orifice. Un peu au-dessous et en arrière de cette tumeur, le toucher en faisait reconnaître une autre qui semblait être la poche des eaux.

La première tumeur était formée par un prolapsus de la paroi antérieure du vagin, couvert lui-même de varices. M. Deguise rompit la poche des eaux et reconnut une présentation de la tête. Les douleurs se succédèrent plus rapidement. Dans un effort d'expulsion que fit la malade, la tumeur se rompit, et il en jaillit une grande quantité de sang. A mesure qu'il coulait, la grosseur paraissait se dégorger, et il fut facile de voir l'ouverture d'une veine béante.

L'accouchement se termina, et à peine l'enfant eut-il franchi la vulve que l'hémorrhagie cessa d'elle-même. M. Deguise demande si, dans un cas semblable, on ne doit pas établir en principe d'ouvrir ces veines dilatées ; il sait qu'il en peut résulter une phlébite, aussi n'est-ce qu'avec une grande réserve qu'il propose ce moyen.

M. Huguier dit que des cas semblables ne sont pas rares, que MM. Deneux, Baudelocque et Velpeau les ont longuement décrits ; qu'il faut respecter ces tumeurs, éviter leur rupture et surtout se garder des mouchetures parce qu'elles peuvent être suivies d'hémor-

rhagie ; que ce qu'il y a de mieux à faire c'est de repousser la tumeur en haut pendant les contractions utérines.

M. Deguise répond que ces faits ne sont pas aussi communs qu'on le dit : il ne croit pas qu'il ait eu affaire à un trombus, et il pense que son cas était spécial.

M. Huguier soutient que le nom de trombus s'applique très convenablement au cas présent, et que c'est bien là la maladie que les auteurs qu'il a nommés ont eu en vue en le décrivant. Il est à même d'observer souvent des faits semblables dans son service, parce que les femmes qui présentent cette affection du vagin ont presque toujours un peu d'écoulement, et qu'à la. Maternité on les croit atteintes d'écoulement vénérien et on les dirige sur l'hôpital de Lourcine. Il a remarqué que c'est surtout dans la paroi antérieure du vagin que ces tumeurs se développent, qu'elles se font voir au commencement du travail lorsque la tête presse la partie supérieure du vagin sur la symphise pubienne, et c'est pour cela qu'il conseille de refouler la tumeur en haut lorsque la tête arrive à ce point.

M. Monod pense que l'affaissement de la tumeur et la cessation de l'hémorrhagie ne sont pas dus à la quantité de sang que la malade a pu perdre, mais bien à la sortie de la tête de l'enfant, qui a fait cesser la stase du sang. Il est convaincu qu'il faut éviter autant que possible l'ouverture de ces veines variqueuses, et que ce qu'il y a de mieux à faire c'est de s'attacher à hâter l'accouchement; la présence des varices n'était jamais un obstacle à sa terminaison.

M. Deguise fait observer que sa malade était forte, bien conformée; que la présentation était bonne; que par conséquent il n'y avait que la tumeur qui mettait obstacle à l'accouchement, et qu'il a été rendu plus facile par son affaissement à la suite de l'écoulement du sang.

— *M. Souberbielle* fait voir une femme qui a été opérée, il y a deux ans, d'un cancer au sein par l'instrument tranchant. La guérison est restée solide; mais aujourd'hui il existe dans le sein du côté opposé un engorgement qui peut devenir squirrheux. Il désire avoir l'avis de la Société sur ce qu'il y a à faire.

M. Huguier ne croit pas qu'il y ait dégénérescence squirrheuse. Il pense que c'est un engorgement simple d'un des cotylédons de la glande, comme cela se voit souvent chez les femmes dont les fonctions utérines se font mal. Celle-ci est mal réglée; aussi il y aurait d'abord une indication particulière qui consisterait à favoriser et à régulariser l'écoulement menstruel. Ensuite, on agirait localement par des sangsues, des émollients; et plus tard on aurait recours aux préparations iodurées à l'intérieur et en applications directes.

— Séance levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 5 novembre 1845. — Présidence de M. GILLETTE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend une brochure intitulée *Hydrorachis tombo-sacré*. — Nouveau procédé opératoire mis en pratique, par M. P. Dubois. Examen des circonstances qui permettent de recourir aux opérations proposées pour obtenir la cure radicale de cette affection, valeur relative des divers procédés opératoires, par le docteur Laborie, membre de la Société. — Remercîments à l'auteur.

2° Le numéro de novembre de la *Clinique vétérinaire*, de MM. Leblanc, Villate et Collignon.

3° Un ouvrage intitulé : De la Puissance nerveuse dans ses rapports avec la circulation, par M. Heidler. — Renvoyé à M. Barth.

Communications. — Expulsion de portions de ganglions bronchiques. — *M. Barth* communique une observation d'accès de suffocation avec mort imminente, qui cessa brusquement après l'expulsion d'un fragment de ganglion bronchique tuberculeux. Le sujet était une jeune fille de quatorze ans. Un deuxième accès survenu trois semaines plus tard, se termina par le rejet d'un fragment semblable. Enfin une huitaine de jours après, un troisième accès eut lieu; mais cette fois les efforts de la nature furent insuffisants. Quand M. Barth vit la malade elle était dans un état comateux, qui fut bientôt suivi de la mort.

M. Piédagnel fait observer que l'histoire complète des corps étrangers du poumon serait fort intéressante. La science possède un assez grand nombre d'observations recueillies au sujet de corps venus du dehors et de corps venus du dedans pour qu'elle soit possible.

Il cite 1° un cas d'expulsion de tubercule bronchique.

2° Deux cas de pneumonie produits, l'un par la présence d'un haricot, l'autre par la présence d'une vertèbre de poisson.

3° Des exemples d'expulsion de parties de poumons gangrenés.

4° Un exemple tout récemment observé par lui, d'expulsion d'hydatide.

Celle-ci fut rendue, après cinq minutes de toux, sous la forme de deux parties de fausses membranes blanches qui, réunies, avaient le volume d'une noix. Il constata, sur la femme qui la fournit, du tintement et du souffle métalliques dans l'étendue d'un pouce et demi. Il y avait donc là une cavité.

Suffocation intermittente guérie par le retour d'un exanthème. — *M. Gillette* cite une observation de suffocation intermittente constatée par lui avec plusieurs praticiens très haut placés. Sans cause connue, un enfant de dix-huit mois, assez bien portant du reste, fut pris d'une suffocation avec sorte de hoquet sans perte de connaissance. Toutes les médications imaginables furent essayées pendant sept à huit jours sans que le moindre changement se manifestât, quand la nourrice fit observer que cet enfant portait antérieurement à la figure une *dartre*, et que c'était depuis sa disparition que les suffocations existaient. L'enfant avait, en effet, quelques plaques d'eczéma. Sans y attacher grande espérance, mais précisément parce que tous les traitements rationnels et empiriques avaient déjà été employés, on pratiqua des frictions avec un mélange d'huile d'amandes douces et d'huile de croton tiglium. L'éruption reparut. Au bout de deux jours les suffocations avaient cessé. N'y a-t-il que simple coïncidence? Ce serait possible; en tout cas, la bizarrerie du fait vaut peut-être la peine de le noter.

M. Cazeaux cite un fait de suffocation singulière et aussi inexplicable. Un médecin de ses amis a trois enfants qui sont pris quelquefois d'accès de suffocation effrayante qui ne s'expliquent par rien, et qui guérissent spontanément. Il paraît que ce confrère eut des accidents semblables pendant son enfance.

Présence de gaz dans un abcès du sein. — *M. Cazeaux* communique l'observation d'une femme qui se présenta, à l'hôpital des Cliniques, sur le point d'accoucher et offrant un développement très considérable d'un des seins. Le volume de cet organe était double de celui de l'autre côté; il n'était, au reste, le siége d'aucune douleur, de façon que M. Cazeaux crut avoir affaire à une simple hypertrophie de la mamelle sous l'influence de la sécrétion laiteuse.

Le lendemain, la malade accusait des douleurs obtuses profondes; le sein ne présentait cependant rien de plus que la veille; partout même rénitence, pas de dureté, pas de tumeur. — Quelques accidents légers s'étant manifestés du côté du ventre et ayant été dissipés à l'aide des moyens appropriés, il devint plus douloureux.

Bientôt, quinze jours environ après le début, la palpation fournit une sensation dont on ne saurait mieux donner l'idée qu'en la comparant à celle qu'on éprouverait en prenant une vessie modérément distendue par de l'eau dans laquelle flotteraient des noix : on entendait à distance un bruit en rapport avec ce choc.

M. Gosselin, appelé par M. Cazeaux, inclina à penser que la tumeur contenait des hydatides. Celui-ci, trouvant dans le choc quelque chose de plus dur que dans un abcès hydatique, ne partagea pas cette opinion. Il fit une ponction exploratrice, qui donna issue à des gaz très fétides, puis à un liquide purulent; l'ouverture fut aussitôt pratiquée, et il sortit une grande quantité de pus et de gaz. — Une fièvre puerpérale survint; deux jours après la femme était morte. La paroi thoracique ne présenta pas la moindre ouverture.

M. Cazeaux appelle l'attention de la Société sur les circonstances étranges et exceptionnelles que présente ce fait : formation d'abcès énorme presque sans douleur, présence de gaz, sensation de corps durs flottants dans un liquide.

M. Piedagnel croit difficile de s'exprimer sur ce fait sans l'avoir observé. Toutefois, quant à la sensation perçue par l'auteur, il a de la peine à croire qu'elle ait été aussi nette qu'il le dit, et il s'appuie dans cette opinion sur le diagnostic de M. Gosselin, qui n'aurait pu s'arrêter à l'idée d'hydatides en face d'un signe aussi éloigné des symptômes qui leur sont propres. — Il exprime un regret sur le peu de soin qu'on apporte généralement au toucher des seins, toucher duquel il y aurait des indications précieuses à tirer non-seulement en égard aux affections propres de ces organes, mais encore aux divers états physiologiques de l'utérus.

Il note enfin, tout en constatant que le fait précité est rare, qu'il y a bien plus de gaz dans l'économie à l'état de santé qu'on ne le pense. En conséquence, leur présence dans les cas pathologiques est assez explicable : il en cite un exemple curieux recueilli à l'Hôtel-Dieu. Une femme avait un météorisme considérable pour lequel elle subit plusieurs fois la ponction. L'issue de gaz avait été bien constatée, car on avait éteint des bougies dans le courant. La femme étant morte, on trouva qu'on avait pénétré entre deux anses d'intestin et non dans leur cavité.

M. Barth rappelle que dans certains cas d'épanchement pleurétique, il y a à la partie supérieure du thorax une sonorité due à la présence de gaz. A l'autopsie, on ne trouve pas de communication avec la poitrine. Ces gaz sont très fétides. Il rappelle, en outre, qu'on a trouvé des gaz dans certains kystes hydatiques et dans des kystes des ovaires. On comprend également la formation de gaz dans les tumeurs.

M. Gillette saisit l'occasion qui se présente de chercher à s'éclairer sur une question qui l'a souvent occupé; c'est celle de l'odeur du pus. Comment s'établit la fermentation putride dans une cavité close? Comment des abcès éloignés du rectum, dans les bourses, dans les grandes lèvres, dans les aisselles, présentent-ils l'odeur stercorale? Cela tient-il à des dispositions individuelles? Cela tient-il à la présence de beaucoup de follicules dans ces diverses régions?

M. Larrey croit qu'il y a des abcès nécessairement fétides, ceux de la région anale, par exemple; pour ceux des autres parties, il serait fort possible qu'il y eut une relation entre la fétidité et la constitution des individus, et surtout le voisinage de glandes sécrétant beaucoup de sueur.

Quant au mélange de l'air et du pus, d'accord avec ses collègues, il le déclare assez commun. Il cite un cas récemment vu à Saint-Louis, dans le service de M. Emery, qui lui même en avait déjà observé d'analogues, d'abcès de l'aine contenant de l'air, et présentant tous les caractères d'une hernie. Il en cite un autre observé par lui à l'hôpital des Cliniques. M. Cloquet, dont il faisait alors le service, est dans l'habitude d'ouvrir les abcès au bas de la glande, et d'introduire une sonde à demeure, qui est expulsée à mesure que la cicatrisation s'opère. Cet appareil s'étant dérangé sur une malade à laquelle M. Larrey l'avait appliqué, l'ouverture s'oblitéra; le sein se gonfla et fournit une sensation de crépitation quasi emphysémateuse, mais bien différente de celle qu'a décrite M. Cazeaux. L'abcès ayant été ouvert derechef, il en sortit une grande quantité de gaz et de pus.

M. Cazeaux, sans donner satisfaction aux questions de M. Gillette, cite une opinion souvent énoncée par M. Velpeau, à savoir : que les abcès développés au voisinage des conduits aériens présentent une odeur très fétide.

Il lui paraît possible que la puerpéralité entre aussi comme élément dans la production de cette fétidité. Une femme guérie de fièvre puerpérale était couchée à l'hôpital des Cliniques, près de celle dont l'observation est précitée. Son état était très satisfaisant, seulement le pouls conservait de la fréquence; craignant la formation de quelque abcès, M. Cazeaux l'interrogea et l'examina souvent sans rien découvrir. Un jour, enfin, il trouva dans la fesse un abcès gros comme les deux poings, qui n'avait pas causé la moindre douleur; cet abcès contenait des gaz infects.

— La séance est levée à dix heures.

Docteur J. CHEREST, *secrétaire annuel.*

REVUE GÉNÉRALE.

Effets des vapeurs mercurielles sur l'homme, stomatite mercurielle. — L'observation des faits a prouvé depuis longtemps que les vapeurs mercurielles produisent ordinairement des affections particulières, la paralysie, le tremblement, plutôt qu'elles ne produisent la salivation. Cependant on trouve de temps en temps des faits qui semblent se dérober à la loi générale, et M. Grafin vient de publier dans les Archives cinq faits recueillis dans la même famille, dans lesquels la combustion d'une sébille de bois renfermant des parcelles de mercure produisit une véritable stomatite mercurielle avec salivation. L'un des cinq individus succomba; ce fut le chef de la famille, âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution détériorée par l'étamage des glaces. Parmi les autres observations, nous en choisirons deux, l'une dans laquelle la stomatite fut accompagnée de ptyalisme, l'autre où elle revêtit la forme diphthéritique.

Première observation. — Joséphine Doyen, femme Pernot, âgée de cinquante six ans, entre à l'hôpital le 12 mars. Le lendemain du jour où fut brûlée la sébille, elle éprouva un sentiment de courbature dans tous les membres, la muqueuse buccale se tuméfia, devint douloureuse, la langue augmenta de volume, ses mouvements furent difficiles, la mastication s'accomplit avec douleur, et ne put même plus s'exécuter; la parole fut moins libre, et le mercredi la salivation s'établit.

Etat de la malade à la visite du 13 : les gencives rouges, tuméfiées, recouvertes de légères plaques blanches qui s'enlèvent facilement sans laisser à leur place d'ulcérations, offrent à gauche et en arrière de la deuxième petite molaire, une plaque rouge qui a été converte d'une pellicule blanche. Elles sont profondément déchaussées et recouvertes d'un enduit d'un blanc-jaunâtre sale. Les dents sont fortement ébranlées; la muqueuse des joues est tuméfiée, surtout à droite, où l'on trouve une plaque rouge qui a été recouverte d'une pellicule blanche. La voûte palatine offre aussi quelques-unes de ces pellicules. La muqueuse de la lèvre inférieure offre des plaques blanches peu épaisses, environnées d'un liséré rouge. La langue est très volumineuse, surtout à droite; ses bords présentent des plaques grises; en avant, elle offre les impressions des dents; sa face supérieure présente une couche d'un jaune sale, caractéristique d'une infection hydrargyrique; ses mouvements sont difficiles. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont légèrement tuméfiés. Toutes ces parties sont douloureuses. Salivation, odeur mercurielle de l'haleine; parole gênée : elle ne peut manger que de la bouillie. — Gomme sucrée, gargarisme chloruré au douzième.

Le 14 mars, ces plaques blanches, qui existaient sur la lèvre inférieure, ont fait place à une surface chagrinée par de petites éminences rouges, entre lesquelles se remarque une légère couche grise. Cette surface granulée fait un relief prononcé au-dessus de la muqueuse saine, et laisse échapper du sang en nappe pour peu qu'on la touche, expérience qui, du reste, fait beaucoup souffrir le malade. — Gargar. chloruré au trentième; deuxième garg. de décoct. de guimauve et de tête de pavot.

Le 19 mars, sur le bord droit de la langue, on voit à la place de la plaque grise une surface granulée extrêmement évidente, faisant saillie au-dessus de la muqueuse saine, qui laisse suinter du sang au moindre frottement, et qui est bordée d'un liséré blanc, véritable liséré de cicatrice. Pareille chose sur le bord gauche de la langue. Sort guérie le 24 mars.

Seconde observation. — Stomatite diphthéritique. — La nommée Catherine Turlin, âgée de vingt-six ans, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 14, le 8 avril 1845.

Le 10, on pratique des frictions mercurielles sur le ventre de cette malade.

Le 14, elle est prise d'un gonflement de la membrane muqueuse de la bouche et de la joue gauche.

Le 15, les gencives sont rouges, tuméfiées; un enduit d'un blanc jaunâtre existe à leur bord libre; elles sont couvertes de petites plaques blanches qui s'enlèvent avec la plus grande facilité. Sur la face interne de la joue gauche, à la partie moyenne et parallèlement à la direction des dents, on voit des plaques d'un blanc grisâtre; on en voit de semblables sur le bord gauche de la langue. On enlève difficilement ces plaques, et, au-dessous d'elles, la muqueuse offre de légères taches rouges, mais est parfaitement lisse, non chagrinée; et, en la frottant, on ne produit pas d'effusion de sang. La face supérieure de la langue présente un enduit d'un blanc-jaunâtre sale. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont tuméfiés. Toutes ces parties sont extrêmement douloureuses, surtout au toucher. Le côté droit de la bouche n'offre aucune trace de la maladie, qui est entièrement limitée au côté gauche. La parole n'est pas libre; elle ne peut manger; la langue est douloureuse au mouvement et très volumineuse; odeur mercurielle de l'haleine; salivation abondante. — Gargar. émollients, bouillons.

Le 21 avril, liséré rouge saillant autour des plaques. que l'on enlève avec difficulté, et on constate, comme le 15, que la muqueuse sous-jacente est parfaitement saine. — Garg. de décoct. de guimauve et de tête de pavot; deuxième garg. fait avec 20 gram. de chlorure d'oxyde de sodium pour un litre d'eau bouillie.

Le 24 avril, le liséré rouge s'est agrandi, les plaques se résorbent; en les enlevant, on produit sur un point seulement une légère effusion de sang; on essuie, et on constate que la muqueuse est saine, lisse, sans aspect chagriné. Sur les bords de l'une des plaques, on voit l'épithélium, qui a disparu dans toute l'étendue de la plaque qui lui est sous-jacente.

Le 26, la guérison est très avancée; les gencives néanmoins sont encore très tuméfiées.

Le 27, la guérison est complète.

— Les auteurs, ajoute M. Grafin à propos de ce fait, sont divisés d'opinion relativement à la forme qu'affecte la stomatite mercurielle; les uns la regardent comme ulcéreuse, les autres comme diphthéritique; les uns et les autres sont trop exclusifs, et les deux formes peuvent se rencontrer. L'ulcération peut exister positivement, car on rencontre quelquefois des granulations, et Hunter l'a dit avec la plus grande vérité, il ne peut se former de granulations sur une surface muqueuse, à moins qu'il n'y ait une solution de continuité. Dans un autre fait observé par le même auteur, chez une femme qui avait eu des plaques blanches sur la langue à la suite d'une scarlatine miliaire, après la guérison, qui survint au bout de huit jours, on remarqua des cicatrices blanches dans les points où avaient existé les fausses membranes, ces cicatrices étaient déprimées. — Cette observation, et celle de stomatite diphthéritique que nous avons rapportée, prouvent, suivant l'auteur, que l'opinion qui place le siége des plaques sous l'épithélium est vraie.

Rétention d'urine et flux hémorrhoïdal considérable guéris par l'ergot de seigle. — L'ergot de seigle est un médicament dont on a depuis longtemps reconnu la puissance, et cela non pas seulement comme excitateur des contractions de la matrice. Voici deux cas publiés par le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* d'après les journaux italiens, et qui prouvent l'efficacité de l'ergot de seigle dans le flux hémorrhoïdal et la rétention d'urine.

Premier fait. — Une dame de soixante-quinze ans environ, d'un tempérament sec, mais sanguin, privée depuis longtemps de la vue par suite d'une altération profonde des deux yeux, était sujette à des douleurs de tête et à des vertiges suivis d'attaques d'hémiplégie. Le membre supérieur restait plus longtemps paralysé que l'inférieur; la parole était embarrassée, quoique la langue fût libre. Elle avait de fréquents vomissements, et elle sentait son intelligence s'obscurcir. La malade était en outre atteinte de rétention d'urine. On parvint toutefois à arrêter la plupart de ces fâcheux symptômes au moyen d'une saignée, des drastiques et des révulsifs. Les céphalalgies, les vertiges et les vomissements cessèrent; mais la paralysie persista, particulièrement celle de la vessie. Ce fut dans ces circonstances que l'auteur prescrivit l'ergot de seigle à la dose de 30 grains en infusion. Dès le sixième jour de ce traitement, il ne fut plus nécessaire de pratiquer le cathétérisme, la malade ayant pu uriner spontanément. Le seigle ergoté aurait peut-être aussi été avantageux contre la paralysie; mais la malade, satisfaite du résultat qu'elle en avait obtenu, n'en voulut plus continuer l'usage.

Second fait. — Un homme entre les deux âges, d'un tempérament bilieux, ayant des habitudes sédentaires, souffrait depuis longtemps d'un flux hémorrhoïdal qui l'avait considérablement affaibli. Les téguments étaient pâles, légèrement œdématiés; petite fièvre le soir. Divers moyens pharmaceutiques avaient été employés sans effet. Il suffit pour arrêter le flux de sang de l'ergot de seigle pendant une semaine à la dose d'un demi-gros par jour. Cet agent n'eut cependant aucun effet sur le pouls, qui continua à rester fébrile. L'auteur le supprima alors pour lui substituer les martiaux et les amers, dont un long usage ramena le malade à sa première vigueur. La suppression de cette habitude morbide n'exerça aucune fâcheuse influence sur la santé générale.

Traitement du diabète sucré par le baume du Pérou. — Le même journal rapporte un fait de la plus haute importance si l'expérience vient à le confirmer.

Un homme de quarante ans, de constitution cachectique, présentait tous les symptômes du diabète. Le docteur Van Nes lui prescrivit l'usage immédiat de 40 à 45 gouttes de baume du Pérou prises deux ou quatre fois par jour, en lui recommandant de lui conserver son urine. Au bout d'une semaine de traitement, le malade, qui sentait déjà son état amélioré, vint apporter de son urine à l'auteur. Cette urine, soumise à l'évaporation, fournit un résidu ayant l'odeur, la consistance et l'aspect du miel : la combustion dégageait une odeur de caramel. L'urine de ce malade, conservée pendant plusieurs jours, devint acide, tandis que l'urine normale devient ammoniacale.

Le diagnostic ainsi posé, le docteur Van Nes porta le baume du Pérou à la dose de quatre à cinq cuillerées à thé par jour. Le résultat dépassa bientôt les espérances. Après trois semaines seulement de traitement, la soif avait disparu, et le malade n'urinait plus qu'une seule fois par nuit. Au bout de cinq semaines, l'urine ayant repris ses caractères normaux, et le malade se trouvant entièrement rétabli, le baume du Pérou fut suspendu.

Mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névralgies frontales et dans quelques névralgies trifaciales; par M. Ebrard, médecin de l'hospice de la Charité de Bourg.

Voici la manière dont ce médecin procède à l'emploi de l'hydrochlorate de morphine :

« Le premier jour, dit-il, préférablement le soir, trois heures au moins après le dernier repas ou pendant les souffrances, le malade prend 13 milligrammes (un quart de grain) du médicament avec l'un de ses doigts préalablement mouillé; il le promène pendant trois minutes sur la gencive douloureuse; puis, penchant la tête du même côté, s'abstenant de cracher ou d'avaler sa salive, laquelle tient en solution la substance narcotique, il favorise ainsi le contact, et par suite l'absorption pendant dix minutes au moins. Il avale ensuite sa salive.

» Deux heures après, cette petite opération est renouvelée si elle n'a été suivie d'aucun soulagement, d'aucun symptôme de narcotisme.

» Le lendemain, la névralgie a-t-elle reparu, toutefois avec amélioration, le malade agit comme la veille. N'y a-t-il aucune amélioration, aucun signe de nascotisme, il a recours à 0,037 grammes (deux tiers de grain) de morphine, pris en deux fois, à deux heures d'intervalle.

» Lorsque la maladie résiste à cette seconde épreuve, mieux vaut tenter une autre médication que persister dans l'emploi du sel de morphine. Le malade doit aussi le discontinuer dès le moment qu'il sent sa tête lourde, qu'il a des étourdissements ou de la propension au sommeil; car le tissu genvival possède une puissance si grande d'absorption, que j'ai vu 3 milligrammes d'hydrochlorate de morphine, en friction sur les gencives, amener les prodromes de narcotisme. »

Dans les névralgies frontales et naso-frontales, M. Ehrard a employé l'hydrochlorate de morphine déposé comme une prise de tabac sur la membrane qui tapisse l'intérieur du nez. Il en emploie ainsi de 25 milligrammes à 5 centigrammes, et a obtenu des succès fort remarquables. *(Journal de médecine de Lyon.)*

Correspondance.

Mon cher Confrère,

Dans votre dernier numéro, vous donnez à quelques paroles que j'ai prononcées à l'Académie une signification qu'elles ne me paraissent pas avoir, et qu'assurément je n'ai pas voulu leur donner.

En parlant de l'injection iodée dans le péritoine, dont M. Velpeau s'était déclaré partisan en certain cas, j'ai dit *que le fait cité par lui comme favorable à cette injection, et qui appartient à l'un de nos confrères de Toulouse, ne me paraît pas avoir autant d'importance qu'on lui en accorde*; et j'ai ajouté *qu'un médecin de ces contrées m'avait rapporté que, sur les lieux mêmes, beaucoup de personnes partagent mon opinion, et ne croient pas plus que moi à cette importance.*

Vous avez l'air de croire, mon cher Confrère, que je porte par là une accusation contre tous les médecins du Midi; j'avoue que je me demande comment nos confrères du Midi pourraient tous se trouver impliqués dans cette affaire; en réalité personne plus que moi ne professe l'opinion que les médecins de province ont les droits les plus complets à l'estime et à la considération publique, et que sous ce double rapport ils marchent absolument de pair avec les médecins de Paris; par conséquent, il est évident que vos soupçons ne sont pas fondés; je n'ai réellement incriminé personne dans la circonstance dont il s'agit, pas même M. Dieulafoy, auquel appartient le fait en question.

Sans doute ce fait m'a toujours paru extraordinaire, et je ne l'ai jamais accepté qu'avec défiance; sans doute aujourd'hui il me paraît avoir encore moins de valeur; mais s'ensuit il que je croie que M. Dieulafoy a trompé le corps médical en le publiant? Non, assurément; je sais, au contraire, et je me hâte de le déclarer, qu'il est tout à fait incapable d'une telle action : c'était d'ailleurs aussi ce que disait la personne avec laquelle j'en ai parlé.

Seulement je pense, et on pensera j'espère avec moi, que M. Dieulafoy s'est trompé *tout* le premier; il a cru faire une injection dans le péritoine, et peut-être n'a t-il pénétré que dans un kyste; peut-être le liquide n'est-il pas arrivé jusqu'à la séreuse abdominale, et est-il resté dans le tissu cellulaire voisin, comme cela est arrivé à M. Velpeau dans un cas où il voulait tenter la cure radicale d'une hernie (*voyez* la thèse de M. A. Thierry, Concours de médecine opératoire, 1840 et 1841); d'autres suppositions peuvent encore être faites, et l'on comprend par conséquent que notre confrère ait pu de très bonne foi penser qu'il avait fait, sans accident, une injection iodée dans la cavité du péritoine, comme M. Velpeau l'avait cru également dans une autre circonstance. Vous comprenez, du reste, que, puisque nous discutions la valeur de la méthode des injections iodées, il importait d'apprécier la valeur du fait extraordinaire de M. Dieulafoy; c'est ce que j'ai fait; mais, je le répète, je n'ai jamais eu l'idée de mettre un seul instant en doute l'*honorabilité* bien connue de notre confrère.

J'attache beaucoup de prix, mon cher Confrère, à ce que vous donniez de la publicité à ces explications, et je vous prie de leur donner place dans le plus prochain numéro de votre excellent journal.

Agréez, etc. Blandin.

NOUVELLES.

Prix des Annales médico-psychologiques. — Le comité des rédacteurs des *Annales médico-psychologiques* avait proposé, pour sujet du prix de 1845, la question suivante :

« Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez les aliénés et de la monomanie homicide; faire un exposé critique des principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites judiciaires. Répondre à cette question : La monomanie est-elle, dans tous les cas, passible des peines légales? »

Une médaille d'or de 200 fr. a été décernée à M. le docteur Bonnet, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Un nouveau prix de 500 fr. a été proposé, pour 1846, pour le meilleur mémoire sur la question suivante :

« Examen comparatif des diverses méthodes curatives de l'aliénation mentale. En apprécier la valeur d'après les résultats recueillis par l'observation. »

Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1846.

Le prix sera décerné le 1er janvier 1847.

— M. le ministre a accédé à la proposition de la Faculté de médecine de Montpellier, qui avait demandé que M Martin, professeur à l'Ecole de Marseille, fût admis au nombre des juges pour le concours de la chaire de pathologie externe.

— A la suite du concours ouvert le 1er décembre, M. Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier. Une mention honorable a été accordée à M. Alquié.

Statistique des hôpitaux civils dans les principales villes de l'Europe. — Dans un *meeting* qui a été tenu il y a quelques temps à Londres pour la fondation d'un hôpital allemand, M. le Cher Bunsen, ministre plénipotentiaire de Prusse, a lu à l'assemblée une notice statistique aussi curieuse qu'intéressante sur les hôpitaux civils des principales villes de l'Europe. Nous hésitons d'autant moins à reproduire les quelques chiffres ci-après de cette notice, que M. le Cher Bunsen les a puisés à des sources que l'on doit considérer comme certaines.

	POPULATION.	NOMBRE de lits dans les hôpitaux.	MORTALITÉ ANNUELLE.	MORTALITÉ PAR JOUR.
Londres,	2 000,000	3,000	45,000	123
Paris,	900,000	10,000	21,900	60
Vienne,	330 000	5,700	17,000	46
Berlin,	365,000	3,000	9,000	25
St-Pétersbourg,	476,000	6 000	11,000	30
Varsovie,	150,000	4,000	»	»

Les Allemands forment à peu près les six septièmes du total des étrangers qui affluent du continent à Londres, et ils y exercent les professions les plus pénibles, les moins lucratives. De là l'idée de fonder un établissement hospitalier spécial pour eux, dans lequel ils recevront les soins de sœurs de charité, appartenant à une institution protestante de Berlin.

Dans la masse d'étrangers que l'on remarque à Londres, il y a très peu de Français pauvres. Les Danois, presque tous marins, en offrent également fort peu; ils se font soigner dans un navire, espèce d'hôpital flottant, par leurs compatriotes. *(Le Cultivateur.)*

— Le 19 janvier, à une heure, M. Edouard ROBIN commencera dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, n° 90, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences, et au premier examen de médecine.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 8. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Quelques considérations sur les fractures chez les rachitiques.

Nous profiterons de ce qu'il existe actuellement dans le service un assez grand nombre de fractures chez des enfants rachitiques pour présenter quelques considérations pratiques sur ce sujet important. Les cas de fracture de cuisse que nous avons maintenant en traitement sont au nombre de six :

Salle Sainte-Thérèse, n° 5, fille tuberculeuse, non rachitique;

Même salle, n° 24, fille de trois ans, non rachitique;

Salle Saint-Côme, n° 12, garçon rachitique;

Même salle, n°s 13, 19 et 23, enfants rachitiques.

Chaque année, sur une moyenne de 70 ou 80 fractures qui passent sous nos yeux, il y en a un tiers environ qui sont observées chez des rachitiques.

Depuis cinq ans que nous sommes chirurgien de l'hôpital des Enfants, les résultats se sont maintenus les mêmes; nous pouvons donc affirmer, sans craindre d'être taxé d'exagération, que, sur les enfants qui présentent des fractures, il y en a un tiers environ affectés de rachitisme. Quelles sont les circonstances qui rendent raison de cette fréquence plus grande et qui déterminent les fractures plus souvent chez les enfants rachitiques que chez les enfants d'une bonne constitution?

Ces circonstances sont multiples. D'abord, il faut tenir compte de la structure anatomique, des altérations subies par le tissu osseux, conditions qui prédisposent les enfants aux fractures. Si l'on examine ces conditions anatomiques dans les trois degrés du rachitisme, on constate différentes altérations que nous allons vous signaler en quelques mots seulement. Dans le premier degré du rachitisme, le système vasculaire est très développé, le tissu osseux, et particulièrement la partie spongieuse de ce tissu est gorgée de sang; il y a développement plus ou moins considérable des veines aux extrémités des os longs qui se gonflent anormalement. Au deuxième degré, lorsque la courbure arrive, on trouve que la congestion sanguine est presque générale dans le squelette. D'une autre part, la substance compacte est mince, réduite à une très minime quantité; la substance celluleuse est au contraire plus développée, remplace en grande partie le tissu dense de l'os; le canal médullaire est très large; le périoste participe à la maladie, il est gorgé de sang et paraît épaisi, remarque qui avait été faite pour la première fois par Bichat, et qui a été constatée par les recherches des pathologistes modernes. Enfin, au troisième degré, c'est-à-dire lorsque le rachitisme marche vers la guérison, que les os reprennent une certaine consistance, qu'ils tendent à se redresser plutôt qu'à se courber de plus en plus, on voit déjà la substance osseuse moins vasculaire, la substance compacte commence à s'épaissir et à reprendre son épaisseur normale. Le canal médullaire commence également à être moins large; les parties calcaires et solides sont reportées en plus grande abondance vers les points où l'os a cédé d'abord, et c'est vers les courbures et dans les parties les plus concaves, où la plus grande résistance devient nécessaire, que se trouve la plus grande quantité de phosphate de chaux.

Voilà succinctement les principales altérations physiques que subissent les os des enfants rachitiques; examinés chimiquement, ils donnent à l'analyse des résultats parfaitement en rapport avec les altérations que nous venons de signaler. Pendant la première et la seconde période, à l'époque du ramollissement et de la congestion sanguine, les principes calcaires inorganiques sont en moins grande proportion que la substance organique, et c'est cette circonstance qui explique comment on peut, avec le scalpel, couper les os presque aussi facilement que du simple cartilage.

On trouvera dans ces circonstances l'explication de la facilité avec laquelle se produisent les fractures chez les enfants rachitiques. Mais si le tissu osseux est beaucoup plus fragile, plus friable, il est une condition dont nous n'avons fait qu'une simple mention et dont il faut tenir compte, condition qui compense jusqu'à un certain point et contrebalance ce manque de résistance des parties solides. C'est l'épaisseur et la solidité du tissu fibreux périostique qui sont considérablement augmentées en raison inverse de l'amincissement de la table compacte de l'os. La résistance du périoste est naturellement proportionnée à son épaisseur, et protége l'os jusqu'à un certain point contre les causes de fracture, contre les chocs et les courbures forcées et brusques.

Une autre circonstance qui favorise encore davantage la production des fractures chez les sujets rachitiques, et à laquelle on doit rattacher la fréquence plus grande des fractures des membres inférieurs que celle des membres supérieurs, c'est que ces sujets sont plus faibles, par conséquent sont plus exposés aux chutes. Nous n'avons ici, parmi les individus rachitiques entrés par suite de fractures des membres, qu'un seul enfant chez lequel on en observe une de l'humérus; tous les autres ont des fractures du fémur, non pas à son col, mais dans sa continuité. Un grand nombre d'enfants rachitiques sont à demi paraplégiques, et marchent avec beaucoup de difficulté. Nous croyons avoir suffisamment insisté sur les causes auxquelles on doit attribuer la fréquence relative des fractures chez les jeunes sujets de constitution rachitique. Passons à l'examen et à l'appréciation des symptômes auxquels on les reconnaît.

Appelé près d'un enfant rachitique qui a fait une chute, et qui éprouve des douleurs dans la cuisse, le chirurgien doit tout d'abord soupçonner une fracture et chercher à la reconnaître. Le diagnostic n'est pas toujours très facile; souvent chez des sujets affectés de ce vice constitutionnel, les fractures peuvent être méconnues, et nous avons vu plus d'une fois des jeunes sujets qui nous ont été apportés quinze ou vingt jours après avoir fait une chute, auxquels la marche était impossible, qui avaient été forcés de garder le lit, et chez lesquels cependant on n'avait point reconnu la lésion. Parmi les malades au sujet desquels nous vous présentons ces réflexions, il en est un que ses parents ont gardé chez eux pendant quatre jours sans se douter un seul moment qu'il eût la cuisse cassée. C'est qu'en effet on reconnaît facilement la fracture du fémur chez le sujet adulte, aux signes communs et si bien connus, si bien décrits des fractures; nous ne parlons ici que de la fracture du fémur lui-même, et non pas de la fracture du col de cet os; tandis que chez les rachitiques, les signes ne sont point les mêmes. Nous avons insisté avec intention sur l'épaisseur et la résistance du périoste qui forme gaîne aux deux fragments, et les maintient plus ou moins exactement en rapport l'un avec l'autre. Voici comment il faut procéder à l'examen du membre malade, lorsque l'on est consulté dans un cas de cette espèce.

Le chirurgien saisira avec précaution, d'une main la moitié supérieure, de l'autre la moitié inférieure de la cuisse, et cherchera à imprimer doucement à l'une et à l'autre des mouvements de flexion. Lorsque, même en employant graduellement une force assez considérable, on ne détermine aucun changement dans l'état de la cuisse, que l'on ne peut constater aucune mobilité, aucune flexibilité, on peut être certain qu'il n'y a pas de fracture. Mais pour peu que l'on trouve un peu de mobilité, on peut presque toujours annoncer à coup sûr qu'il y a fracture, car le fémur se courbe dans le point qui a été brisé. Nous disons presque toujours, car il y a des cas où les os pourraient être assez ramollis par la maladie pour qu'il fût possible de produire une légère courbure sans qu'il y eut cependant de fracture réelle. Mais, outre que ceci est fort rare, la courbure serait beaucoup moins étendue, et à peine appréciable.

Si, continuant à chercher les signes des fractures ordinaires, on veut déterminer la crépitation, le plus fréquemment on n'en vient pas à bout; les fragments étant maintenus en rapport par le périoste, qui est resté intact. Cette intégrité du périoste est encore une raison du peu d'étendue des mouvements de flexion que l'on parvient à imprimer au membre. Il arrive, pendant cette manœuvre, un moment où la portion du périoste correspondant à la convexité de l'arc de cercle que l'on fait décrire au membre, est tendue, résiste, et empêche la flexion de devenir plus grande. On ne peut donc imprimer aux fragments des mouvements dans tous les sens. Nous devons encore ici mentionner et signaler à votre attention une circonstance peu connue, sur laquelle on insiste trop peu dans les ouvrages de pathologie chirurgicale, et qu'il est essentiel de connaître. Il peut y avoir fracture incomplète de l'os, fracture n'affectant que la moitié du cylindre osseux; chez les sujets rachitiques, cette particularité est assez fréquente. L'os peut se fléchir assez pour que la portion du cylindre qui répond à la convexité de l'os se rompe, sans que la moitié qui répond à la concavité de l'arc subisse aucune altération. Il arrive ici, pour nous servir d'une comparaison vulgaire, ce qui se passe lorsque l'on fléchit lentement et avec précaution, sans pousser la flexion trop loin, une branche flexible de saule, d'osier, de jonc, etc. La moitié du diamètre seulement cède, tandis que l'autre résiste.

Ce que nous avançons ici ne repose pas sur une hypothèse gratuite. Nous avons, l'an dernier, fait des expériences comparatives avec des os frais de sujets rachitiques qui avaient succombé dans nos salles, et nous avons reproduit ce genre d'altération autant de fois que nous l'avons voulu.

Pour reconnaître la fracture à la difformité du membre, il n'y faut pas songer. La difformité est ou tout à fait, ou presque entièrement nulle. Si la jambe est placée sur un plan ho

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un *lapsus linguæ* réparé. — Les médecins du Midi. — Les véritables gasconnades chirurgicales. — Discussion sur les injections iodées. — Les Horaces et les Curiaces. — Difficultés de l'appréciation. — Un petit fait chimique d'une grande importance. — Les chaires nouvelles. — Boîte aux lettres.

M. Blandin m'a désarmé; j'avais aiguisé ma plume en fer de lance pour la croiser en faveur de nos confrères du Midi en général, et de M. le professeur Dieulafoy en particulier, et voilà que l'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu explique l'inculpation qui m'avait fait prendre la mouche mardi dernier. J'en suis fort satisfait, car il m'eût été fort pénible de croiser quoi que ce soit contre M. Blandin, que j'honore comme font tous nos confrères. Il ne nous reste plus qu'une petite chose à régler entre nous; d'après les termes de la lettre de M. Blandin, il semblerait que le compte-rendu de la *Gazette des Hôpitaux* a été inexact et infidèle, que M. Blandin n'a pas dit ce qu'on lui fait dire. Je ne peux pas accepter cela, et j'en atteste l'auditoire tout entier qui assistait à la séance de mardi; j'en atteste surtout la réponse de M. Velpeau, qui n'aurait aucun sens si le texte n'était pas fidèle. Que M. Blandin ait dit ce qu'il ne voulait pas dire, ou autre chose que ce qu'il voulait dire, voilà probablement la vérité; ce malheur arrive à tout le monde, même aux improvisateurs les plus habiles. Ainsi donc, c'est chose convenue, M. Blandin n'a voulu ni jeter un doute injurieux sur la véracité d'un honorable praticien de Toulouse, ni suspecter la valeur morale des travaux scientifiques de nos confrères du Midi, et dans ce cas, je n'ai plus rien à dire à cet égard.

Ce moment, en effet, eût été singulièrement choisi de ridiculiser la médecine de province, quand nous sommes encore sous l'impression du rôle brillant et honorable qu'elle a joué dans le Congrès, et parmi elle surtout l'élément méridional. M. Blandin ne pouvait pas commettre cette faute, et il est regrettable que l'expression ait dénaturé sa pensée. Dans cette même ville où M. Dieulafoy exerce avec tant de distinction, vit un médecin dont la capitale serait fière, si la capitale sait apprécier une instruction profonde et générale, un sens pratique d'un merveilleux bonheur, un clinicien de cette grande et puissante école dont la tradition se perd, un opérateur d'une habileté rare, un praticien que les médecins prennent pour modèle, et que les chirurgiens nomment leur maître, un homme d'une pratique immense, et dont la réputation locale n'eut jamais de pareille, le vénérable professeur Vignerie (de Toulouse), dont la modestie et la simplicité égalent l'éminent mérite. Ah! qu'il serait désirable que nos écoles parisiennes possédassent une douzaine de *Gascons* de cette trempe! Défaisons-nous de ce préjugé blessant et ridicule qui consiste à croire que toutes les lumières médicales sont concentrées dans un foyer unique. Ce n'est pas du Midi que nous sont venues toutes ces opérations monstrueuses dont l'art a gémi depuis quelques années, véritables gasconnades chirurgicales qui n'ont pas eu cependant un seul Gascon pour patron; la myotomie oculaire — la myotomie linguale, et tant d'autres myotomies dont par charité pure je ne veux point parler. Certes, voilà de beaux sujets d'indignation pour une humeur antigasconne.

Ceci me ramène à la question du jour. Si elle ne s'est pas éclaircie, cette question, ce n'est pas que la discussion n'ait été étendue, sérieuse et bien conduite. L'affaire se passe, comme autrefois une plus retentissante querelle, entre trois champions de part et d'autre, et les injections iodées ont leurs Horaces et leurs Curiaces. Les trois Horaces sont MM. Velpeau, Jobert et A. Bérard; les trois Curiaces sont représentés par MM. Roux, Blandin et Gerdy. Il faut reconnaître que, pour la forme du moins, l'avantage est jusqu'ici aux partisans des injections iodées. M. Velpeau a répondu vivement et nettement à ses adversaires, ne laissant aucun argument en arrière, et se réservant encore une ultime réponse dans un résumé général. M. Jobert a discuté les trois points principaux de la question avec un ordre, une clarté, une méthode fort remarquable, et M. A. Bérard a fait preuve une fois de plus de cette lucidité d'exposition, de cette limpidité de parole qui l'ont placé au premier rang des vulgarisateurs de notre science. Les Curiaces n'ont pas été tout à fait aussi heureux. M. Roux a dit d'excellentes choses, assurément, mais toujours avec cette luxuriante et plantureuse abondance du discours, qui flue de ses lèvres comme des sirènes de la place de la Concorde l'eau de la pompe à feu. A part l'affaire des Gascons, M. Blandin a, comme à l'ordinaire, prononcé un discours remarquable par la solidité du fond. M. Gerdy a été, comme toujours, âpre, rogue, et tant soit peu colère; il s'est attiré une réponse très verte de M. Velpeau, qui, par des raisons à moi connues, ne devait pas s'attendre à une si prompte levée de bouclier.

Il y a cependant dans le discours de M. Gerdy des faits et des raisonnements qui ont leur valeur, et qui devront rester dans l'esprit des praticiens pour leur appréciation générale de la méthode.

Je dirai que cette appréciation, d'après les débats actuels, me paraît encore fort difficile à faire. Un tout petit mais fort substantiel discours de M. Guibourt est venu jeter une certaine perturbation dans les esprits. Ce discours, qui a eu le tort grave de veoir à la fin d'une longue séance qui avait singulièrement fatigué l'attention, devrait être répété, du moins dans ses faits principaux, au commencement de la séance de demain mardi. Les résultats chimiques, en effet, annoncés par M. Guibourt, entrevus déjà et signalés aussi par M. le docteur Fontan, ne tendent rien moins qu'à ceci : A savoir que la teinture d'iode, suivant la préparation récente ou ancienne, est un médicament d'une nature toute différente et dont l'énergie varie entre zéro et maximum. On pourrait comprendre ainsi les succès des uns, les insuccès des autres, l'innocuité que veulent ceux-ci, les dangers que redoutent ceux-là, suivant que les expérimentateurs divers auraient employé telle ou telle solution. Voilà un élément nouveau de discussion qui arrive inopinément et dont M. le rapporteur devra nécessairement tenir compte s'il tient à ce que de cette question surgisse un intérêt réel et pratique. Mais, Dieu! que l'exercice de l'art est donc chose périlleuse et difficile! C'est beaucoup, sans doute, de joindre une érudition profonde à la plus grande sagacité chirurgicale; mais aujourd'hui cela ne suffit plus, et, pour l'art du thérapeutiste surtout, le positivisme des sciences exactes est indispensable dans une certaine

rizontal ou incliné, mais droit, il n'y a pas de difformité appréciable, toujours en raison de l'intégrité du périoste. Cependant, si peu sensible qu'elle soit, dès qu'il y a fracture complète, la courbure devient évidente si on laisse pendre la jambe à faux. On devra, dans l'examen d'un membre que l'on soupçonne être fracturé, être d'autant plus circonspect, que le malade peut présenter des courbures naturelles des os produites par l'affection diathésique à laquelle il est en proie. On sait, et nous n'avons pas besoin de le dire, qu'un des premiers effets du rachitisme est de déterminer la courbure des os. Enfin, inutile de dire aussi, car c'est le corollaire naturel de ce que nous venons de vous signaler, qu'il n'y a pas de chevauchement des fragments l'un sur l'autre, partant pas de raccourcissement du membre, comme on le voit presque toujours dans les fractures de la cuisse chez les adultes.

Lorsque le chirurgien n'est appelé qu'au bout de quatre, cinq ou six jours, il peut se manifester des symptômes qui n'existaient pas d'abord, et qui rendent le diagnostic plus facile que dans les cas simples dont nous venons de vous entretenir. Un enfant rachitique fait une chute; la fracture qui s'est produite au moment de l'accident est méconnue par les parents du petit malade. On le met dans son lit, mais on le remue sans prendre aucune précaution; en le soulevant, on laisse pendre la jambe sans la soutenir. Si résistant qu'il soit, le périoste peut ne pas résister à ces violences, et se déchirer. Les fragments se déplacent, chevauchent l'un sur l'autre, et la fracture présente alors les mêmes signes que ceux de la fracture du fémur chez l'adulte, c'est-à-dire la crépitation, le raccourcissement du membre.

Enfin, l'homme de l'art peut n'être appelé que longtemps après la production de la lésion, et alors voici ce que l'on observe, et ce qui nous mène tout naturellement à la détermination du pronostic. Au bout de quinze ou vingt jours, on trouve encore de la mobilité, moins étendue qu'au moment de l'accident, mais facilement appréciable si l'enfant n'a pas été traité. Un peu plus tard, au bout de vingt-cinq jours ou un peu plus, même sans appareil, la fracture peut être consolidé chez l'enfant, mais le plus ordinairement cette consolidation est vicieuse. Il nous est arrivé, dans un assez grand nombre de cas, de voir des enfants chez lesquels une fracture de cuisse n'avait pas été reconnue, et chez lesquels s'était faite une consolidation vicieuse tellement irrégulière, que le membre présentait une courbure angulaire souvent très considérable. Nous sommes persuadé que souvent des courbures angulaires dont on ignore la cause et qui paraissent très surprenantes, ne reconnaissent pas d'autres causes que des fractures anciennes non réduites et mal consolidées.

A la suite des fractures chez les enfants rachitiques, la consolidation est rarement aussi prompte et parfaite que chez les enfants d'une bonne constitution. Ceux qui ont eu l'occasion d'observer un certain nombre de fractures chez les enfants, savent qu'au bout de vingt à vingt-cinq jours le plus communément la consolidation est parfaite, et que l'on peut enlever l'appareil. Il n'en est pas toujours ni tout à fait de même chez les individus entachés de rachitisme. Nous disons qu'il n'en est pas toujours ni tout à fait de même : en effet, il se rencontre quelquefois, comme par exception, des cas dans lesquels la consolidation est aussi rapide que chez des individus bien portants du reste. Ce fait se rencontre principalement chez les sujets parvenus à la troisième période de l'affection rachitique, à celle où les os commencent à reprendre leur consistance et leur solidité normales, et où les sels calcaires affluent de nouveau dans la trame organique, avec plus de force peut-être que dans l'état de santé parfaite. Dans la première et dans la seconde période, au contraire, dans lesquelles les os sont ramollis et privés en partie de leurs principes solides, la consolidation des fractures est toujours fort lente. Ainsi, si c'est chez les enfants que nous voyons les os fracturés se réunir le plus rapidement dans l'état de santé, c'est aussi chez ceux, quand ils sont rachitiques, que la consolidation est la plus lente à se faire. Y.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

De l'ongle incarné et de son traitement.

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, garçon limonadier, est entré le 7 novembre dernier pour une maladie de peu d'importance, et qui cependant nous conduira à quelques détails que nous croyons utiles à cause de sa fréquence et de l'embarras où l'on se trouve souvent en présence de cas semblables.

Ce malade a déjà été opéré par l'avulsion, et néanmoins la maladie s'est reproduite : c'est pourtant la méthode avec laquelle on réussit le mieux à empêcher la récidive; mais il est indispensable, quand on veut traiter avec succès, de se rendre un compte exact de la manière dont l'ongle se trouve emboîté sur la face dorsale de la phalange.

Ainsi que chacun le sait, l'ongle est une production cornée encadrée par l'épiderme replié sur lui-même. Or, comme cette bordure qui l'entoure du côté où il se développe est précisément ce qui le fait naître; il arrive qui si, dans l'opération, on ne s'est pas attaché à détruire ce contour épidermique, l'ongle repousse, et la maladie reparaît avec lui. Cette maladie, extrêmement gênante, et rendant la marche impossible, a dû nécessairement fixer l'attention des chirurgiens; elle a en effet, donné lieu à une multitude de remèdes dont la plupart sont, non des topiques, mais des moyens chirurgicaux. On en compterait au moins une centaine.

Ces divers moyens, et leur énumération surtout, ne seraient que d'une très médiocre importance s'il n'arrivait pas souvent à des praticiens de nos jours de s'évertuer à en inventer de nouveaux qui se trouvent très vieux et déjà connus depuis longtemps. On peut, pour mieux se les représenter, les diviser en plusieurs groupes dans lesquels viennent se ranger naturellement tous ceux que l'on connaît, et ceux même qu'on pourra imaginer par la suite.

Le premier groupe comprend tous les procédés à l'aide desquels on se propose d'aplatir ou d'enlever les végétations qui bordent l'ongle; les uns appliquent dessus des boulettes de charpie et une bande; d'autres, à l'exemple de Paul d'Egine, de Fabrice d'Aquapendente, d'Ambroise Paré, de Dionis, enlèvent ces végétations, soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière. Il est clair que tous ces moyens sont le résultat d'une méprise; les végétations sont le produit de la maladie et non la maladie elle-même.

Un deuxième groupe est celui des caustiques employés aussi de façons diverses; les uns en appliquent sur certains points seulement, en incisant ou sans inciser la peau; les autres en placent partout, en détruisant même la racine de l'ongle. Ces moyens réussissent quelquefois; mais les caustiques ont l'inconvénient de ne pas aller assez loin parfois, ou celui, plus grave, d'étendre leur action au delà de ce qui conviendrait.

Le troisième groupe comprend tous les procédés imaginés dans le but de redresser l'ongle et de s'opposer ainsi à sa pénétration dans les chairs. Ce groupe contient plusieurs catégories. Ou bien on glisse sous l'ongle quelques brins de charpie qu'on augmente graduellement de jour en jour, et l'on y adjoint la compression et les cachectiques; ou bien, selon la méthode de Desault, on se sert de petits appareils, d'une plaque de fer-blanc, de manière à abaisser et à aplatir les végétations; ou d'une plaque de plomb, comme le voulait Richerand. Enfin, dans ces derniers temps, MM. Vesignes, Labarraque et Grabowski ont proposé chacun, contre l'onyxis, de petits appareils particuliers, dont le but est aussi d'agir contre l'ongle. Ils consistent, en général, en de petites lames de métal, argent ou acier, disposées de façon à isoler l'ongle des chairs et à lui imprimer une direction différente de celle qu'il affecte. Mais le plus grand inconvénient de ces moyens est le repos qu'ils nécessitent absolument; et en cela ils ne conviennent point à la classe laborieuse. Dans une autre catégorie, tout en cherchant à isoler l'ongle on le redresse, soit en le grattant, comme le conseille Dionis, soit avec un fil d'argent, soit, comme le faisait M. Moreau, de Tours, en appliquant sur lui une cuiller suffisamment chauffée.

Enfin, le dernier groupe se compose de tous les procédés à l'aide desquels on coupe ou on arrache l'ongle; et ici encore se présentent une foule de variétés. Quelques médecins se contentent de couper l'ongle du côté malade, et même du côté sain; ils n'enlèvent absolument que l'angle de chacun de ces côtés; ils réussissent sans doute quelquefois, mais le plus souvent ils échouent; et dans tous les cas ce traitement demande un temps assez long. D'autres chirurgiens arrachent l'ongle d'un seul coup, avec les végétations, comme s'il s'agissait en quelque sorte d'enlever un copeau comprenant tout à la fois. M. Baudens s'est déclaré partisan de cette méthode, et nous croyons que notre collègue, à la Charité, la met aussi en usage.

Selon nous, la guérison définitive par ce moyen est plus rare qu'avec un autre procédé dont nous allons parler; car en enlevant ainsi tout d'un seul coup, il arrive que la matrice de l'ongle reste quelquefois, et alors la maladie se reproduit; cependant, cette méthode a l'avantage d'être un peu plus prompte que la nôtre; mais nous ne la croyons pas moins douloureuse.

Boyer, lui, après avoir arraché l'ongle, aplatissait les végétations. Larrey cautérisait au fer rouge. Dupuytren, après avoir fendu l'ongle en deux, l'arrachait. Un chirurgien de Nancy a proposé d'enfoncer une spatule et de détacher l'ongle par des mouvements de bascule à droite et à gauche; c'est une méthode qui est moins régulière que les précédentes, sans présenter beaucoup plus d'avantages.

Celle que nous préférons est celle-ci : nous ne pratiquons pas d'incisions, les regardant comme inutiles; il ne nous a pas paru non plus toujours nécessaire d'enlever les deux moitiés de l'ongle. Cependant la récidive est plus fréquente lorsqu'on en laisse une. L'ongle est donc fendu, puis chaque moitié arrachée. Il est une précaution que nous prenons; car elle nous a paru diminuer la douleur, qui, au reste, n'est pas si énorme qu'on pourrait se l'imaginer. Cette précaution consiste à entourer la racine de l'orteil par un tour et demi d'une bande étroite que nous faisons serrer fortement. Nul doute qu'elle ne contribue à émousser la sensibilité des tissus et à rendre l'opération moins douloureuse.

Opération d'hydrocèle par l'injection iodée chez un sujet ayant subi déjà la ponction et l'injection du côté opposé.

Aujourd'hui, 15 janvier 1846, sort un homme qui a subi, il y a trois ans, une première opération par l'injection iodée, et qui s'était représenté il y a quinze jours pour la même maladie développée de l'autre côté. Nous avons perdu l'habitude d'enregistrer ces faits tant ils sont nombreux; et, comme ils se présentent tous avec les mêmes phénomènes et le même résultat, ils cessaient pour nous et pour les praticiens d'avoir le même intérêt qu'autrefois. Mais la discussion toute récente à l'Académie leur donne une actualitée qui nous oblige pour longtemps à tenir compte de chacun d'eux. C'est ainsi, dit M. Velpeau, que des méthodes qui, pour nous, sont jugées définitivement, se trouvent quelquefois douteuses pour quelques personnes.

Quant à nous, complètement désintéressés dans la question, on nous accordera que notre témoignage est de quelque valeur. Or, depuis cinq années que nous suivons la clinique de M. Velpeau, et depuis quatre ans bientôt que nous en rendons compte dans ce Journal, nous avons assisté nécessairement à un grand nombre d'opérations d'hydrocèle; l'impartialité nous fait un devoir de déclarer que nous n'avons point encore observé les accidents graves (intoxication, gangrène), dont il a été parlé. Les deux faits qui nous ont semblé surtout *évidents*, c'est d'abord, qu'en général, l'injection iodée produit une douleur moindre que l'injection vineuse; et de plus, c'est qu'une quantité d'injection, *même considérable*, peut être impunément laissée dans la tunique sans produire *aucun* accident.

Névralgie de la mamelle. Absence de lésions matérielles coïncidant avec des douleurs dans le sein.

Une femme jeune encore s'est présentée à l'hôpital, se plaignant d'une douleur au sein, et tourmentée de l'idée qu'elle avait ou qu'elle était menacée d'un cancer. Elle souffrait, disait-elle, continuellement dans la mamelle, et cependant une exploration attentive ne nous a fait découvrir aucune espèce de tumeur ni de lésion appréciable.

Il nous semble qu'il est important d'appeler l'attention sur des faits semblables, qui ne sont pas rares dans la pratique, parce qu'en même temps que beaucoup de femmes sont prises de ces douleurs, beaucoup de chirurgiens finissent par se laisser influencer par ces malades, et par croire avec elles qu'elles portent quelque germe de tumeur cancéreuse. L'erreur des médecins qui ne sont pas sur leurs gardes est d'autant plus facile, que l'exploration directe du lieu qu'occupe le mal est souvent plus propre à entretenir cette erreur qu'à la détruire.

La mamelle, qui est, en effet, composée d'un certain nombre de lobes ou lobules ne paraissant pas toujours offrir la même consistance; la conformation du thorax, qui présente aussi tant de variétés, ce sont là des causes qui conduisent souvent à l'erreur dans cette exploration. Ainsi, quelques sujets présentent la cavité thoracique très étendue dans son diamètre transversal, d'autres très développée dans le sens antéro-postérieur; ou la trouve aplatie plus ou moins sur les côtés, etc. Ces différences de conformation ne sont pas sans influence sur les sensations que la main éprouve en explorant le sein. Il y a plus; quand on saisit la mamelle d'une certaine façon, par le côté, par exemple, comme pour la rétrécir, si l'on palpe alors avec la main restée libre, il sera très difficile de ne pas se laisser aller à l'idée que le sein renferme quelque tumeur, bien qu'il n'en existe pas. On ne s'aurait s'imaginer, si l'on n'en a fait soi-même l'expérience,

---

mesure. M. le professeur Piorry, dans son beau rapport fait au Congrès, a eu parfaitement raison de dire que les sciences, que l'on désigne encore dans les Facultés de médecine sous le nom de sciences accessoires, étaient devenues des sciences de première nécessité. Voici, dans la discussion actuelle de l'Académie, qu'un petit résultat chimique vient sinon renverser du moins fortement ébranler la valeur d'une longue et sérieuse discussion. A tous les esprits, en effet, s'est présentée cette question singulièrement puissante en thérapeutique : Les expérimentateurs ont-ils employé un médicament identique? *Fiat lux !*

— Il paraît décidé en haut lieu, et la Commission dite des hautes études a voté dans ce sens, que la Faculté de Paris ne sera pas dotée d'une chaire d'histoire et de philosophie médicales, pas plus que celle de Montpellier; cette faveur est exclusivement réservée à la Faculté de Strasbourg. Telle est du moins la demande qui sera faite aux chambres dans le nouveau projet de loi. Cette décision est regrettable; c'est, il est bon de le rappeler, précisément en vue de la Faculté de Paris que le Congrès avait demandé la création de cette chaire, et ce n'est que par amendement qu'il en étendit l'application aux autres Facultés. Comme compensation, on donne à Paris une chaire d'anatomie comparée, à Montpellier une chaire d'anatomie pathologique. Nous reviendrons sur ces nouvelles. Jean Raimond.

Boîte aux Lettres.

M. Rochoux n'a pas encore gagné le prix de dix lignes d'espace dans mon feuilleton, je lui donne encore huit jours; mais il est fort mécontent de ce que je n'ai pas inséré son article tout entier. La justice m'oblige à dire, en effet, que j'avais encore trois pages à réfuter de la force de celle que j'ai eu l'honneur de vous servir. Mais je m'en suis privé en voyant que ce n'était qu'une centième édition des arguments que M. Rochoux narre et renarre à l'Académie de médecine sur les propriétés nouvelles du fer battu, sur la dépendance de l'âme au corps, sur Epicure et le reste. Moi, je trouve tout cela charmant; mais M. Rochoux doit comprendre que ce n'est pas pour ma satisfaction personnelle que je feuilletonne et qu'il faut que j'accommode mon petit déjeuner hebdomadaire au goût de mes lecteurs. Le pâté d'anguille est une excellente chose, mais M. Rochoux voudrait-il y être condamné à perpétuité?

— A M. le docteur *Bernier*, à Brunhamel. — Reçu votre lettre. Votre premier paragraphe sur le Congrès doit vous faire désirer ce que le Congrès a voulu lui-même. Les inconvénients que vous signalez cesseront par l'Association. C'est vers ce but que votre esprit généreux doit tendre. Etes-vous descendant de Bernier, l'auteur des *Essais de médecine?* Noblesse oblige. — Vos deux faits sont très intéressants, celui surtout de fracture du crâne. Nous l'indiquerions s'il avait plus de détails; c'est un fait important au point de vue de la psychologie.

— A M. *Ferrier*, médecin à Pauillac. — Vos idées sur l'exercice de la pharmacie ne sont pas proposables en France. Il n'en est pas de même de ce que vous dites sur l'état des médecins à bord des bâtiments marchands. Juste, sensé, fort utile; nous nous en occuperons.

— A M. *Allemand*, D.-M. à Issengeaux. — Sur plusieurs points je pense comme vous; ne vous arrêtez pas trop aux détails, voyez l'ensemble, le résultat. Ce qui n'a pas été fait un jour peut se faire un autre; le plus difficile était de commencer. Courage et persévérance.

NOUVELLES.

M. le ministre de l'instruction publique porte au budget de cette année une allocation pour trois chaires nouvelles : pour une chaire d'anatomie pathologique à Montpellier; pour une chaire d'histoire de la médecine à Strasbourg, et pour une chaire d'anatomie comparée à l'Ecole de médecine de Paris.

— Le même ministre porte également au budget une somme de 60,000 francs pour trois Ecoles préparatoires. On présume que cette allocation s'appliquera à Lyon, Bordeaux et Toulouse. Il est d'ailleurs probable que le nombre des Ecoles préparatoires sera réduit.

toute la différence de densité que l'on y rencontre, selon qu'on presse la mamelle dans un sens ou dans un autre.

Si l'on ajoute que la glande est plus ou moins développée, que le seiu est plus ou moins résistant, plus ou moins pendant, on se rendra compte d'une multitude de nuances qu'il faut s'exercer à reconnaître.

Les femmes qui se plaignent des douleurs dont nous venons de parler ici les éprouvent les plus ordinairement en bas et en dehors; pour nous, elles sont surtout le résultat des tractions continuelles qu'éprouve la glande, la mamelle tout entière de ce côté. Mais, sous l'influence de ces douleurs, l'imagination des femmes ne tarde pas à entrer en action, et bientôt leur frayeur devient extrême. Alors, tourmentées qu'elles sont d'être affectées d'une maladie dont elles ont entendu souvent parler, elles font part de leurs craintes à leur médecin, et finissent quelquefois, à force de plaintes, par lui persuader que réellement elles sont atteintes de la maladie qu'elles redoutent.

Nous avons vu ainsi la femme d'un vétérinaire qui avait consulté plusieurs chirurgiens, et chez laquelle, en réalité, il n'existait de tumeur d'aucune sorte. Nous avons vu encore une dame extrêmement jolie, femme du monde, très pusillanime, qui, tourmentée par l'idée d'un cancer, se serait laissé enlever le sein si l'on y avait consenti. Et que l'on juge à quel degré ces terreurs sont portées : cette même dame a eu un abcès dans le sein, qu'il a fallu ouvrir avec le bistouri; et pour ce coup de bistouri elle a eu des attaques de nerfs et a été huit jours à se remettre, et néanmoins elle se laisserait amputer la mamelle!

Nous connaissons une dame de la province qui, après avoir tourmenté tous les chirurgiens de son pays, est venue à Paris, et s'est mise depuis quatre mois entre les mains des homœopathes; et elle n'a absolument rien de matériel!

Ceci est d'autant plus fâcheux que les femmes qui consultent ainsi les chirurgiens s'irritent pour la plupart quand on leur affirme qu'elles n'ont pas la maladie qu'elles craignent. Evidemment c'est là de l'hypocondrie; et leur dire absolument qu'elles ne sont pas malades, ne serait ni juste, ni humain; elles souffrent; elles éprouvent des malaises d'une certaine sorte; chez elles, le système nerveux n'est pas dans son état normal; elles sont malades, mais non pas comme elles l'entendent.

Ces femmes ressentent une sensation désagréable; elles l'écoutent, elles l'analysent; quel être humain, s'il voulait se replier sur lui-même et examiner attentivement toutes ses impressions, ne trouverait pas ainsi sujet de s'alarmer? Mais le commun des êtres fait peu d'attention à ces malaises passagers qui parcourent l'organisme; ces femmes, au contraire, si elles sont nerveuses, oisives, impressionnables, les recueillent avec soin, et si leur mère, ou leur sœur, ou même une amie a succombé à un cancer, oh! alors, elles ne tarderont pas à être convaincues qu'elles portent le même mal. Aussi ces souffrances légères ne tardent-elles pas à être exagérées; elles les regardent au microscope, qu'on nous passe cette expression, et il arrive dans la pratique privée que le médecin à une peine infinie à se défendre lui-même de croire qu'elles ont raison. Si le médecin y ajoute foi, il faut alors qu'elles se traitent, et absolument, heureuses encore quand elles ne finissent pas par altérer une santé véritablement bonne pour guérir une maladie légère ou qui n'existe pas.

Comme ces particularités sont très peu connues et qu'elles n'ont pas été encore signalées par les praticiens, nous croyons devoir y insister et appeler sur elles leur attention.

Quelquefois, cependant, ces douleurs paraissent dépendre d'une névralgie de la mamelle; mais alors même l'important est de ne pas confondre cette maladie avec les symptômes d'une tumeur, et pour cela voici, selon nous, comment il faut s'y prendre.

Il faut se souvenir d'abord que les tumeurs véritables ne causent pas en général de douleur dans le commencement. Si donc celles dont se plaint la malade durent depuis longtemps sans tumeur manifeste, il ne s'agit pas d'une tumeur. De plus il faut avoir soin, quand on explore le sein, de ne pas le saisir par le côté; il faut au contraire l'étaler pour ainsi dire, le presser de tous les doigts, et s'exercer surtout à distinguer la sensation différente qui résulte du contact des lobules de la glande et d'une tumeur pathologique. Quand après avoir senti une tumeur, en pressant par le côté, on ne sent plus rien en palpant d'avant en arrière, il n'y a pas de tumeur.

On conçoit d'après ce que nous venons d'exposer que le pronostic de ces sortes de douleurs est bénin et qu'elles pourraient à la rigueur durer longtemps par elles-mêmes sans amener quoi que ce soit de fâcheux. Cependant il est nécessaire de faire quelque chose pour les calmer.

Selon nous, la thérapeutique doit en être en partie mécanique. Voici le remède que nous employons: Il consiste dans une modification fort simple dans la forme du corset, et nous dirons tout de suite qu'il est des femmes qui cessent son emploi quand elles ressentent ces douleurs et qu'ordinairement alors la souffrance augmente. Il faut d'abord que le sein soit soutenu; mais comme aujourd'hui, contrairement à ce qui se faisait jadis, la mode veut que les femmes portent la gorge étalée en dehors, les mamelles écartées l'une de l'autre, il en résulte qu'elles se trouvent accumulées pour ainsi dire dans cette direction et que la douleur qui se fait sentir alors est le résultat des tractions subies par le côté interne, douleur comparable jusqu'à un certain point à celle qu'occasionne aux orteils une chaussure mal faite et étroite. La modification dont nous parlions consistera donc à reporter les parties des vêtements qui soutiennent le sein en dedans ou vers la ligne médiane de façon à rapprocher les mamelles l'une de l'autre en ayant soin qu'elles ne soient pas comprimées.

Cette précaution suffira souvent; nul doute qu'on ne puisse y ajouter quelque topique, quelque friction, quelque liniment, dans lesquels l'huile, le laudanum, la jusquiame, la belladone entreront.

On pourra avec avantage dans certains cas, et l'on pressent lesquels, y adjoindre l'emploi des ferrugineux, du bismuth, de la valériane, des bains simples, de Barége, alcalins, de sel, etc.

A l'aide de ces moyens, quand les femmes ont de la raison, on les guérit vite. Mais il faut savoir qu'on n'observe pas cela seulement sur les femmes du monde, mais que dans la classe inférieure on en rencontre assez souvent des exemples. En résumé donc, quand de telles malades se présentent, il faut avoir soin de ne pas heurter leur croyance, par la double raison qu'elles se fâcheraient, s'obstineraient à se croire très malades et iraient consulter jusqu'à ce qu'on leur donnât des remèdes. Il faut tâcher de les amener peu à peu à accepter qu'elles n'ont pas de tumeur, et les traiter par les moyens indiqués en les assurant de les guérir.

PAJOT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 7 janvier 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président donne lecture du discours qu'il a adressé à M. le préfet de la Seine à l'occasion de la nouvelle année.

— *M. Monod* annonce que la malade à la rétraction du médius, qu'il a fait voir à la dernière séance, s'étant plainte de douleurs plus vives déterminées par les pressions multiples faites sur la tumeur, et ces douleurs restant toujours fixées dans un seul point, il se décida à l'opérer. Il fit une petite incision, et il tomba sur une portion de verre; mais comme il éprouvait de la difficulté à le saisir, il agrandit l'ouvertura et retira un morceau triangulaire beaucoup plus grand qu'on ne devait le supposer. Il y eut une légère hémorrhagie dont on se rendit facilement maître. Les lèvres de la plaie furent rapprochées et soumises à des irrigations froides. La malade est en bon état.

M. Guersant rappelle à cette occasion un fait qu'il a observé lorsqu'il était chef de clinique à l'hôpital de l'Ecole. C'est celui d'un individu qui se présenta à la consultation avec un gonflement inflammatoire de la paume de la main, qui lui fit annoncer qu'il y avait là un corps étranger, bien que cet homme prétendit que ce n'était pas possible. M. Guersant fit une incision et retira un morceau de verre, lequel était contenu dans une espèce de kyste qui fut aussi enlevé facilement. Le malade avoua alors que six ans auparavant il était tombé sur un châssis vitré. Qu'au moment de l'accident, Boyer lui avait retiré de la main plusieurs morceaux de verre; qu'ensuite la plaie s'était bien cicatrisée, et que depuis il avait exercé plusieurs états, tels que ceux de charron, de garçon d'imprimerie, de jardinier, sans jamais avoir rien ressenti dans la main.

M. Maisonneuve, en examinant le malade de M. Monod, avait été frappé de deux symptômes qui se présentent toujours quand il existe un corps étranger, la tumeur et la douleur avec sensation de piqûre à la pression. Ces deux symptômes, auxquels il attache une grande importance, lui ont suffi, dans une circonstance récente, pour affirmer la présence d'un corps étranger à un malade qui le consultait pour des accidents semblables qu'il éprouvait dans l'index de la main droite. Il fit une petite incision sur la tumeur, et fut tout surpris de la largeur du morceau de verre qu'il retira.

Ces faits l'autorisent à dire qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par l'absence des signes physiques des corps étrangers.

M. Gaugier a aussi extrait de la main gauche, d'un maçon, un morceau de verre très considérable qui y existait depuis cinq ans. On ne se doutait pas de sa longueur, mais on le sentait très bien. Il y avait à la place qu'il occupait une sorte d'induration, et la peau était soulevée. Ce verre était aussi enveloppé d'un kyste; mais il n'a pas cherché à l'enlever, par la crainte de déterminer trop d'inflammation: la réunion des lèvres de la plaie n'en a pas moins été très exacte.

— *M. Michon* met sous les yeux de la Société un lipome très volumineux qu'il a enlevé à la cuisse d'une femme de trente ans, forte et bien portante. Il y a cinq mois seulement, cette malade s'aperçut qu'elle avait à la cuisse une tumeur du volume du poing à peu près. Elle consulta alors M. Velpeau, qui trouva de la fluctuation. Aucun traitement ne fut fait. Quelques mois après, la tumeur augmenta, devint douloureuse. M. Velpeau fut encore consulté, et constata de nouveau qu'elle était fluctuante. M. Michon vit alors la malade, trouva une tumeur considérable située à la partie antérieure de la cuisse entre le triceps et le droit antérieur, et bridée en dehors par le tenseur de l'aponévrose crurale.

Reconnaissant de la fluctuation dans tous les points de cette tumeur, il crut à un abcès froid avec maladie de l'os. Il pensa aussi un moment qu'il pouvait bien avoir affaire à une encéphaloïde; mais il rejeta cette idée, en considérant qu'il n'y avait jamais eu de douleur, que la fluctuation était générale, ce qui n'a pas lieu dans l'encéphaloïde; que la peau était lisse, et que le système veineux était resté à l'état normal.

Après un nouvel examen, la supposition de l'existence d'un corps solide ou d'une dégénérescence cérébriforme étant éloignée, il pensa que c'était un kyste rempli d'un liquide qu'il ne caractérisait pas. Il fit une ponction avec un trocart, il ne sortit rien; la canule jouait dans une masse molle, et cette circonstance ramena l'idée de l'encéphaloïde. Il fit une autre ponction avec un long bistouri à lame étroite, sur laquelle il fit glisser un stylet; mais il ne sortit encore aucun liquide.

Jusque-là la malade avait été vue chez elle; mais M. Michon, convaincu alors qu'il fallait enlever cette tumeur, la décida à entrer à l'hôpital. Il l'examina de nouveau avec la plus grande attention, et trouvant encore une fluctuation manifeste, il fit avec le bistouri une ponction non plus perpendiculaire, mais parallèle à l'axe du membre; il y introduisit profondément une sonde de femme, par laquelle il retira la valeur d'un verre de pus. A mesure que celui-ci s'écoulait, on voyait à sa surface de la graisse fondue, ce qui fit dire à M. Michon qu'il avait affaire à un lipome dégénéré. Il y eut aussi ceci de remarquable, qu'après la sortie du pus, on reconnaissait de la mollesse, mais plus de fluctuation. Il fit alors, sans désemparer, une large incision longitudinale, et tomba sur la membrane blanche et argentine qui enveloppe ces tumeurs. Le reste de l'opération fut facile; la tumeur s'enleva très aisément. Quand on l'ouvrit, on reconnut une substance lipomateuse contenant dans son intérieur un kyste tapissé d'une membrane pyogénique bien organisée. La difficulté et les variations du diagnostic furent alors parfaitement expliquées.

M. Maisonneuve demande si ce ne sont pas les ponctions qui ont été faites à différentes reprises dans la tumeur, qui auraient donné lieu à sa fonte purulente centrale.

M. Michon lui fait remarquer que ces ponctions ont été pratiquées très peu de temps avant l'opération, et qu'il aurait fallu un espace plus long pour déterminer la formation de la quantité de pus qui a été trouvée. Il y a, d'ailleurs, une membrane pyogénique organisée qui n'est pas l'œuvre de quelques jours seulement.

M. Lenoir a eu occasion de voir tout récemment un jeune homme qui portait un véritable lipome du cuir chevelu. Ce fait lui a paru remarquable, en ce sens que cette production est très rare sur cette partie de la peau. La tumeur était pédiculée, de la grosseur d'un œuf de poule; il n'y avait pas de fluctuation; la peau était saine: aussi il avait cru à une tumeur enkystée, comme on en voit fréquemment dans cette région; mais il constata qu'elle était de nature graisseuse.

M. Morel-Lavallée a vu un lipome sur les limites de la peau du front et du cuir chevelu; il a remarqué que le grain en était très fin, ce qui tient à ce que ces productions participent de la nature du tissu graisseux de la région qu'elles occupent. La sensation de fluctuation que l'on perçoit dans ces tumeurs provient de ce qu'elles sont formées de lobules qui glissent l'un sur l'autre quand on les comprime.

M. Nélaton a trouvé aussi un lipome du front dans un cas où l'on avait cru à une maladie beaucoup plus grave que l'on supposait exister dans les sinus frontaux dilatés.

M. Monod rappelle qu'il a entretenu la Société, il y a longtemps, d'une tumeur de la paroi de l'abdomen située sous la gaîne du muscle droit, qui donnait une telle sensation de fluctuation dans toute son étendue, que plusieurs chirurgiens étaient persuadés que c'était un kyste. Il opéra, et il reconnut sa nature encéphaloïde.

M. Maisonneuve a vu une femme qui portait à la partie interne de la cuisse, une tumeur pédiculée dont elle fit elle-même la ligature avec un fil de soie; des douleurs vives étant survenues, il fut mandé près d'elle, et de suite il enleva cette tumeur avec le bistouri. Il trouva un lipome, dont le tissu lui parut être plutôt une hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané qu'une véritable production graisseuse. La tumeur était infiltrée d'une sérosité abondante qui ruisselait sous l'instrument, et qu'il attribue à l'étranglement qu'avait supporté le pédicule.

Il a enlevé aussi une tumeur dure, non douloureuse, qu'il crut être fibreuse, et qui siégeait à la partie interne de la fesse près du périnée. Elle était formée par du tissu fibreux et de la matière caséeuse. Il ne sait si c'était un mode de ramollissement du tissu fibreux, ou bien une substance de nouvelle formation. M. Maisonneuve dit ensuite que dans les deux cas qu'il vient de citer, il a réuni ses incisions par la suture enchevillée. Depuis la lecture qu'il a faite du mémoire de M. Colson (de Noyon), il l'a plusieurs fois mise en usage, et il s'en est beaucoup applaudi. Il y ajoute quelquefois la suture en surjet pour obvier à l'inconvénient de l'écartement qui persiste. Il croit que la suture enchevillée est préférable à la suture entortillée, parce qu'elle rétrécit davantage le foyer de la blessure, qu'avec elle les épanchements sanguins ou séreux sont rares, et que la cicatrice est plus exacte. Il l'a employée dans les plaies du sein, de la fesse, de la région parotidienne, mais pas encore dans les grandes plaies des amputations.

La séance est levée à cinq heures.

Bibliographie.

Preuves de l'insénescence du sens intime de l'homme, leçons professées à Montpellier en 1443, 1844, par le professeur LORDAT.

On a reproché à l'Ecole de Monfpellier de s'occuper trop souvent de questions métaphysiques et d'abandonner la réalité de la science pour les théories sans application de la philosophie psychologique. Si ce reproche est quelquefois jusqu'à un certain point fondé, nous devons dire que d'un autre côté elle ne le mérite pas toujours, et que cette Ecole a compris, peut-être mieux que la nôtre, que c'était aux médecins surtout, aux hommes qui par leurs études anatomiques et matérielles ont seuls approfondi le mécanisme et l'organisation des mystérieux rouages de la machine humaine, qu'il appartenait d'aborder ces hautes questions, plutôt qu'aux rêveurs de cabinet qui passent leur vie à noircir le papier de leurs élucubrations nuageuses, sans base, sans fondement, sans point de départ fixe, partant sans résultat et sans fin utile. C'est à cette conviction qu'est certainement dû le nouveau livre du célèbre professeur de physiologie de Montpellier sur l'insénescence du sens intime de l'homme, livre dont nous allons essayer de donner à nos lecteurs une esquisse bien pâle et décolorée sans doute, mais que nous tâcherons de rendre aussi fidèle que possible, et dans laquelle nous nous efforcerons de reproduire brièvement les idées fondamentales sous l'influence desquelles il a été conçu et exécuté. Ces quelques considérations préliminaires étant posées, entrons de suite dans le fond de notre sujet.

Pour l'auteur, la vie humaine, considérée en général à la manière des naturalistes, est un phénomène temporaire qui consiste dans la formation, l'accroissement, le décroissement et la dissolution d'un agrégat mixte. Cet agrégat se compose d'une partie matérielle qui tombe sous nos sens, et d'un dynamisme mystérieux agent du phénomène. L'agrégat et sa puissance vivifiante commencent, s'accroissent, c'est la jeunesse; puis, parvenue au maximum de développement, que M. Lordat appelle point de *culmination*, la force agissante diminue, et l'agrégat matériel se dégrade d'autant, c'est la vieillesse. Quand cette force s'éteint, l'agrégat matériel n'ayant plus de maître, le corps organisé retombe sous l'empire des lois physiques, les éléments s'en emparent, le démembrent et le détruisent. Quittant le point de vue zoologique, il faut prouver que si la force vitale passe par ces trois phases, le principe de l'intelligence n'éprouve que le mouvement d'ascension, mais ne culmine et ne décline point.

Si la philosophie d'Epicure a voulu faire admettre le déclin et la dégradation de l'intelligence, ç'a été dans le but de faire confondre, comme absolument identiques, la nature du principe de l'intelligence et celle du corps qu'il habite. Or, examinant le vieillard bien portant, que trouve-t-on? Une force d'intelligence aussi grande à cet âge qu'à tout autre, plus étendue même en raison de l'acquisition journalière des idées et de l'expérience des faits passés. Comme exemple, l'auteur cite Bossuet, qui, parvenu à l'âge de soixante ans, renonce tout d'un coup à la vie publique et toute de représentation de l'orateur, pour commencer avec quel éclat, on le sait, la vie non moins laborieuse, mais toute de solitude, de l'écrivain. « L'éloquence de la jeunesse de Bossuet, dit M. Lordat, est de l'éloquence hermétique, celle de sa vieillesse est celle de l'hercule gaulois. »

Pour soutenir que l'intelligence humaine vieillit en raison des mêmes causes que la partie matérielle, il faut que la dégradation sénile de cette intelligence soit infaillible et fatale. Un seul exemple du contraire détruit forcément cette hypothèse, et ici, une distinction: Ce n'est pas l'*insénescibilité* de l'intelligence, l'impossibilité où elle est de vieillir, mais sa non-vieillesse, son *insénescence* possible qu'il est important de démontrer. L'insénescibilité serait un dogme théorique et paradoxal, l'insénescence est un fait purement historique qui sert à fixer certains points importants de la physiologie humaine. De là des applications à la médecine légale, à l'analyse du dynamisme humain, c'est-à-dire, à l'appréciation des différences qui existent entre le principe vital qui agit sans conscience, et du sens intime qui n'agit qu'avec conscience; à la distinction de l'homme et de la bête, enfin à l'admission forcée de l'immortalité de l'âme, tous points que nous ne pouvons qu'indiquer ici, et dans le développement desquels le lecteur aimera à suivre le hardi professeur.

Ici, définition longue et détaillée de la vie organique, constituée par des phénomènes élémentaires que l'on retrouve dans tous les êtres vivants, végétaux ou animaux, depuis les plus simples jusqu'aux plus composés; puis examen de la vie de l'homme, et sa division en deux vies distinctes, l'une zoonomique, qui lui est commune avec le reste de l'animalité; l'autre, intellectuelle, qui lui est propre, dont la progression ne s'observe que chez lui seul, dont l'influence n'est pas toujours étrangère à la première, sans lui être néanmoins indispensable.

Une fois admise cette division des deux vies de l'homme, on est

nécessairement porté à les comparer entre elles, à les distinguer l'une de l'autre.

D'une part, pour la vie zoonomique, nous notons l'activité prodigieuse de la force vitale, activité qui diminue à mesure que l'on s'approche du point de culmination, l'accroissement de l'agrégat, puis son décroissement et sa destruction, soit qu'ils s'opèrent suivant les lois normales, soit qu'une cause quelconque, une maladie, par exemple, atteigne la force vitale et accélère le décroissement. Pour l'auteur, galéniste sous ce rapport, la plupart des maladies aiguës ou chroniques, mortelles, qui n'altèrent pas les organes essentiels, de manière à rendre impossibles les fonctions indispensables, sont des vieillesses accélérées. Ici, peusons nous, on pourrait objecter à l'auteur qu'une maladie aiguë ou chronique n'est mortelle que lorsqu'elle blesse assez profondément un organe pour rendre impossible les fonctions nécessaires à la vie, sauf peut-être quelques cas rares dans lesquels la cause nous reste inconnue, et alors encore pouvons-nous supposer, sans être taxés de témérité, que la lésion ne nous échappe que parce que nos moyens d'investigation ne sont pas parvenus à un point de perfection suffisante.

Dans une comparaison originale et qui ne manque pas d'une certaine justesse, l'auteur représente géométriquement la vie animale par un fuseau ou losange curviligne solide, sur la longueur duquel les maladies qui amènent une diminution passagère de la force vitale sont représentées par les ornements plus ou moins profonds que l'ouvrier peut, à l'aide du tour, creuser sur le solide régulier primitif.

D'autre part, pour la vie intellectuelle, nous remarquerons qu'elle est loin de commencer au même instant que l'action de la force vitale, et qu'elle ne se manifeste qu'après la naissance de l'individu; avant cette époque, elle existe probablement aussi, mais elle reste à l'état latent. L'action intellectuelle ne date que du moment où des sensations ont été converties en idées, et où des idées ont pu être combinées. Le développement et l'accroissement de la force vitale et de la force intellectuelle sont loin aussi de s'opérer avec la même rapidité. Les premiers essais de l'une sont des coups de maître; l'autre ne s'instruit qu'avec lenteur et par des tâtonnements progressifs; puis ces deux principes se renforcent l'un l'autre; mais bien qu'également perfectionnés, il en est presque toujours un qui prime l'autre, et s'agrandit à ses dépens. Dans les maladies, l'essence de la force vitale subit une diminution dans la quantité; l'intelligence et son essence restent incapables d'appauvrissement. Non pas cependant qu'il n'y ait jamais d'exceptions à cette règle; il est des cas, les aliénations mentales, dans lesquels les deux puissances semblent être également éloignées de leur marche normale; mais ils ne suffisent pas pour établir que la vie intellectuelle est soumise, comme la zoonomique, aux alternatives de vigueur, de convalescence, etc. Selon M. Lordat, l'histoire des maladies mentales, qui possède aujourd'hui des faits plus clairs, plus circonstanciés que ceux des siècles précédents, est enrayée par l'*organicisme*, auquel, dit-il, on sera forcé de renoncer.

Enfin, une fois la force vitale à son apogée, à son point de culmination, la force intellectuelle va-t-elle décroître? Nullement. Elle acquiert, au contraire, une plus grande puissance pendant plus de la moitié de la vieillesse. On ne peut assigner une époque de la vie où elle faiblisse naturellement, et rien n'est plus commun que de voir l'extinction naturelle de la force vitale avoir pour témoin intelligent le sens intime son congénital. A l'appui de ces diverses propositions, l'auteur cite un grand nombre de faits tirés de l'antiquité comme des temps modernes; pour lui, l'imbécillité sénile est un idiotisme accidentel, comme celui qui peut survenir à tout autre âge de la vie, et il combat à outrance, par une multitude d'exemples, l'opinion de la seconde enfance des vieillards, sur laquelle, dans un passage devenu célèbre, Shakspeare a tant insisté, et dont les arts du dessin se sont emparés depuis pour la reproduire à l'envi.

S'il n'est pas vrai de dire que l'intelligence s'accroît toujours, à quoi cela tient-il? Simplement à ce que l'intelligence humaine a besoin, pour créer des idées, d'en acquérir les matériaux, de les combiner, et d'en transmettre les produits; or comment arriver à ce but quand les organes ne peuvent plus servir ni à l'importation, ni à l'exportation? Mais alors, il n'est pas nécessaire d'être vieux pour que l'intelligence s'affaiblisse. La maladie détériore les organes et peut produire cet affaiblissement: ce sont les vieillesses anticipées de Galien, dont nous avons parlé plus haut. Pour représenter la force intellectuelle par une figure géométrique, comme il a fait pour la force vitale, l'auteur trace une parabole, figure dans laquelle, la courbe n'étant point rentrante comme dans l'ellipse, il n'est pas possible d'assigner les bornes du paraboloïde. De l'insénescence du sens intime, l'auteur conclut forcément à la dualité du dynamisme humain.

Dans la seconde partie de son livre, M. Lordat cherche à apprécier par rapport à la physiologie médicale, les résultats des vivisections, et à prouver que le dynamisme humain et le dynamisme bestial sont trop différents l'un de l'autre pour que le résultat des expériences faites sur les animaux puisse être transporté à la science de l'homme.

Nous ne pouvons, dans une analyse de ce genre et borné comme nous le sommes par l'espace, suivre l'auteur dans les détails de la seconde partie de son livre, comme nous l'avons fait pour la première. Qu'il nous suffise de dire que peut-être, si les naturalistes ont voulu trop expliquer par leurs vivisections, M. Lordat refuse-t-il trop aussi l'appui qu'elles peuvent prêter à la connaissance physiologique et pathologique de l'homme.

Nous venons de tracer aussi brièvement que possible l'analyse succincte, le squelette de l'œuvre de M. Lordat, dépouillé de l'éclat magique du style qui distingue tout ce qui sort de la plume du célèbre professeur. Nous nous sommes efforcé de prouver à l'auteur que, bien que nous ne partagions pas toujours les doctrines souvent contestables, selon nous, de l'École dont il est un des plus illustres représentants, et que nous attachions, nous élève de l'École de Paris, une bien plus grande importance à l'étude des altérations pathologiques des appareils organiques de l'économie, nous ne saurions lui en vouloir de l'opinion, quelquefois un peu sévère, qu'il exprime sur le compte de la philosophie des médecins de la capitale.

Pour nous résumer, qu'ils soient ou non d'accord avec M. Lordat sous le rapport des idées qu'il émet ou qu'il défend, et nous pouvons dire que le talent toujours jeune du professeur semble être lui-même la preuve la plus incontestable qu'il puisse donner en faveur de la thèse qu'il soutient, nous promettons aux médecins qui liront son travail un intérêt soutenu, une lecture toujours attachante. Ceux qui, cédant à nos conseils, ne se laisseront point effrayer par le néologisme du titre se convaincront bientôt, nous n'en doutons pas, que le sérieux des matières de l'ordre le plus élevé n'exclut chez certains hommes ni l'esprit, ni l'élégance de la forme.

D[r] A. FOUCART.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

Lettre de monseigneur l'évêque de Saint-Dié.

La Commission permanente du Congrès médical de France porte avec satisfaction à la connaissance du public médical, une lettre adressée à l'un de ses membres par monseigneur l'évêque de Saint-Dié.

On se souvient que dans la séance du Congrès où fut discutée la question des deux ordres de médecins, M. Malgaigne avait signalé comme une plaie douloureuse de la médecine des campagnes, l'exercice illégal de la médecine et de la chirurgie par quelques membres du clergé. Au milieu de la vive et soudaine émotion qui s'était emparée de l'assemblée, les paroles de l'orateur n'avaient pas été exactement saisies par le rédacteur des comptes-rendus de la *Gazette des Hôpitaux* (1), et monseigneur l'évêque de Saint-Dié avait cru notamment que l'on avait voulu incriminer le clergé tout entier. M. Malgaigne se fit un devoir de rétablir la vérité pour les mots et pour les choses, en remettant surtout sous les yeux du prélat les débats de la séance suivante, où la cause du clergé avait été si nettement et si soigneusement séparée de celle de quelques-uns de ses membres.

Voici maintenant quelques extraits de la réponse du vénérable prélat, dont il a bien voulu autoriser la publication.

Saint-Dié (Vosges), le 10 décembre 1845.

Monsieur,

J'ai besoin de vous remercier de l'empressement que vous avez mis à répondre à ma dernière lettre, et de vous dire combien je suis heureux d'apprendre de votre propre bouche que les expressions employées par la *Gazette des Hôpitaux* (1) n'ont point été les vôtres; que vous n'avez eu en vue que de signaler un abus sans amertume et sans récrimination aucune contre le clergé, et surtout que vous vous gardez bien d'attribuer au corps en général ce qui n'est que le tort de quelques-uns de ses membres.

Du reste, vos paroles ne seront point sans portée; elles ont excité ma vigilance sur un abus dont je ne soupçonnais pas même l'existence dans le diocèse de Saint-Dié; et vous pouvez être sûr que toutes les fois qu'il me reviendra qu'un de nos curés se permet d'exercer la médecine, je m'empresserai de le lui défendre expressément. Je regrette que vous ayez craint de commettre une indiscrétion en me signalant d'une manière plus explicite ceux des membres de notre clergé auxquels peuvent être reprochés quelques-uns des faits que vous avez signalés; il n'en serait rien résulté de fâcheux pour eux; car je me serais borné à écrire à chacun une lettre encore plus officieuse qu'officielle pour leur interdire la pratique d'une science qu'ils ne possèdent pas assez, et dont l'exercice ne peut dans tous les cas que compromettre plus ou moins leur ministère.

En attendant, agréez, etc. D. VICTOR, évêque de St-Dié.

---

(1) Nous ne reviendrons pas sur cette discussion, et n'insisterons pas sur l'exactitude de notre compte-rendu. Nous croyons avoir été fidèle, et aucune réclamation ne s'est élevée dans le temps contre notre version. Nous comprenons du reste parfaitement que le sens des paroles de M. Malgaigne ait dû être restreint, et nous nous attendions d'avance aux explications qu'il fournit dans la séance suivante. Personne ne peut avoir eu l'idée qu'il ait voulu porter une accusation générale contre le clergé. Il ne pouvait s'agir évidemment que de quelques membres qui dépassaient la limite de leurs attributions.

(*Note du Rédacteur.*)

(1) *Voir* la note précédente.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Certains succès de l'emploi du Colchique contre toutes les douleurs arthritiques aiguës sont connus de toute antiquité, et il n'est aucun cahier de recettes trouvé dans les plus anciens monastères, comme il n'est aucun vieux formulaire qui ne renferment une recette spéciale contre les douleurs de la Goutte, et toujours le Colchique fait la base de ces préparations, soit sous forme de teinture ou d'élixir, soit sous forme de pilules préparées avec l'extrait alcoolique de Colchique.

Cependant, malgré certains succès obtenus par l'usage de cette bulbe, les vieux praticiens ont depuis longtemps abandonné son emploi. Certains succès contre la Goutte ne les avaient pas aveuglés, et, à côté de certains avantages, ils avaient vu les propriétés ataxiques de cette plante dangereuse, et l'ont depuis longtemps bannie de l'usage de leur pratique.

Les Anglais les premiers reprirent l'usage de cette plante, et, sans craindre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui résulte toujours de l'emploi des préparations de Colchique, ils calment certains accès avec la teinture vicieuse de Colchique dite Gouttes de Wilson.

Le Colchique donc employé autrefois, rejeté de la pratique médicale et repris de nos jours, reste toujours avec ses vices, et cependant des médecins prescrivent encore sous forme de pilules l'extrait alcoolique de Colchique dont cette plante délétère fait seule la base; et cependant nous voyons encore des médecins rejeter de leur pratique un médicament qu'ils considèrent comme secret, bien que la formule partout publiée soit connue de tout le monde, et reconnue par quatorze années de succès, comme étant le seul remède contre la Goutte qui puisse être employé sans danger.

Nous voulons parler du Sirop antigoutteux de Boubée, dont la formule et les succès sont connus aujourd'hui du monde entier.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 9. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 21 JANVIER 1846.

LE CONGRÈS MÉDICAL. — LES FACULTÉS.

(Troisième article.)

Ainsi que cela a été remarqué déjà, il faut reconnaître que le Congrès s'est montré un peu timide, ou, si l'on veut, très réservé sur la question de l'enseignement donné dans les Facultés de médecine. A proprement parler, il n'a demandé que l'institution d'une chaire nouvelle d'histoire et de philosophie médicales dans les trois facultés, et spécialement pour Montpellier, une chaire d'anatomie pathologique. Ces nouvelles chaires satisferont-elles à tous les besoins de l'enseignement, et toutes les lacunes qu'il présente, soit au point de vue dogmatique, soit au point de vue pratique, seraient-elles comblées par la seule création de ces chaires nouvelles? Nous ne le pensons pas.

Avant d'exposer nos idées sur ce point, débarrassons-nous d'abord d'une sorte de question préjudicielle relative au nombre des facultés. Avec le Congrès nous admettons que le nombre actuel de ces établissements est suffisant, plus que suffisant surtout avec la distribution topographique qu'on leur a donnée. Ainsi nous ne trouvons nullement légitimes et fondées certaines prétentions locales; nous croyons inutile et impossible la création de Facultés nouvelles. elles ne répondraient à aucun besoin réel; elles languiraient impuissantes sans professeurs et sans élèves. Sur les trois Facultés qui existent, une seule peut passer pour florissante; la seconde, malgré son antique réputation, voit de jour en jour disparaître ses élèves, et la troisième est à peine au niveau des écoles préparatoires. Quant à celle-ci, et l'on comprend que nous voulons parler de la Faculté de Strasbourg, nous croyons que son infériorité relative tient uniquement à sa malheureuse situation topographique. Placer une faculté dans une ville d'extrême frontière, c'est la vouer à l'isolement; car pour qu'un établissement de cette nature prospère, il faut qu'il soit placé au centre de départements assez nombreux pour que les élèves y puissent naturellement converger dans un rayon suffisamment étendu. Pour donner à cette troisième Faculté l'importance qui lui manque, il est nécessaire de la déplacer. La ville de Lyon, avec sa nombreuse population, ses vastes hôpitaux, ses ressources scientifiques de toute nature, nous semblerait merveilleusement placée pour servir de siége naturel à cette troisième Faculté et pour devenir ainsi le centre réel du mouvement médical dans l'est de la France.

Mais des intérêts plus élevés et plus généraux doivent occuper l'attention dans l'examen de l'enseignement des Facultés.

L'étude de la médecine, telle du moins que nous la comprenons, pour être générale et complète, pour qu'elle puisse jeter dans le monde des médecins à la hauteur de la mission qu'ils y doivent remplir, doit être envisagée sous le double point de vue de la pratique et de la science; ou, comme l'a fort bien exprimé M. le professeur Parchappe, de Rouen, dans un autre ordre d'idées cependant, de l'étude de la médecine doivent ressortir deux conditions, celle d'artiste, celle de savant.

Les Facultés actuelles, avec leur organisation, leur enseignement, leur personnel, leurs épreuves remplissent-elles cette double condition? Là est toute la question.

Pour l'artiste, pour le praticien que fait l'enseignement des Facultés? Encore peu de chose. Les études anatomiques y sont difficiles et chères; les Facultés n'ont qu'un seul cours d'anatomie professé dans un vaste amphithéâtre où les objets décrits échappent à toute inspection par l'éloignement. Si le professeur se borne à faire un cours d'anatomie graphique, ce cours est presque sans utilité dans le lieu où il est fait; s'il l'élève aux proportions de l'anatomie savante, ce cours perd son caractère pratique et rentre dans cette catégorie de l'enseignement dont il sera parlé plus tard. Pour les dissections, quoique des modifications aient été apportées sur ce point, l'élève regrette trop souvent encore l'absence de guide et de direction. Avant de disséquer, d'ailleurs, l'élève a besoin de connaissances préliminaires d'une haute importance; où lui enseigne-t-on, par exemple, pratiquement l'ostéologie, cette partie qu'il faut voir, toucher, manier et remanier cent fois pour la posséder suffisamment? Est-ce dans le grand amphithéâtre que l'élève peut apprendre l'ostéologie? Sera-t-il livré seul, à l'aide d'un livre, à cette difficile étude? Rappelons-nous tous les embarras, les ennuis, le découragement que nous avons éprouvé pour chercher seulement les rapports de position des os les uns avec les autres, nos tâtonnements vis-à-vis des os du carpe et nos impatiences à l'endroit du sphénoïde.

Si de l'anatomie on passe à la manière dont les sciences dites accessoires sont pratiquement enseignées, on voit qu'il reste encore beaucoup à faire pour rendre les élèves tant soit peu aptes à se livrer avec sécurité à une analyse chimique ou à une expérience physique. Il faut reconnaître néanmoins que l'on est entré à cet égard dans une voie de progrès, et que les élèves réellement studieux trouvent aujourd'hui des ressources qu'ils n'avaient pas autrefois.

Les Facultés négligent entièrement l'enseignement pratique de la petite chirurgie. Il est très vrai que l'élève, s'il n'appartient pas à l'administration des hôpitaux, s'il n'a pu suivre quelques cours particuliers, peut arriver au doctorat sans savoir rouler une bande, sans avoir jamais pratiqué une saignée.

L'étude des accouchements se fait, dans les Facultés, par la vue et par l'ouïe; mais un sens bien plus précieux en pareille matière n'est pas officiellement exercé chez l'élève. Il n'existe pas même un seul cours de manœuvres sur le mannequin.

Les cliniques sont-elles autre chose que des cours qui, au lieu d'être professés à la Faculté, le sont dans les salles ou dans les amphithéâtres des hôpitaux? Qui dirige l'élève dans l'examen du malade; qui l'interroge; qui lui enseigne la valeur des symptômes; qui lui apprend les signes du diagnostic, les moyens physiques qu'il exige? Et pour ne citer qu'un exemple, mais exemple capital, quel professeur exerce les élèves à la pratique de l'auscultation?

Un élève qui quitte la Faculté après ses quatre ans d'études, s'il s'est strictement borné à suivre l'enseignement officiel, sait-il, par expérience et par pratique, réduire une luxation, faire une ligature d'artère, opérer le débridement d'une hernie, porter enfin un secours énergique et rapide dans un moment d'urgence?

Reconnaissons le, l'enseignement actuel des Facultés ne remplit pas une des conditions indispensables de son institution; il ne produit pas des médecins artistes, des médecins praticiens. C'est en dehors des Facultés, et dans l'enseignement libre, que l'élève apprend l'anatomie, les manœuvres de petite et de grande chirurgie, l'art des accouchements, etc. C'est grâce au besoin qu'éprouve l'administration des hôpitaux d'un certain nombre d'élèves internes et externes qu'ils peuvent apprendre la clinique, et les bienfaits de cet enseignement sont nécessairement limités par les exigences du service. C'est seulement dans les cliniques officieuses que l'élève peut étudier l'aliénation mentale, les maladies syphilitiques, les maladies cutanées, les maladies des enfants et tant d'autres choses indispensables au praticien qui font complétement défaut sur le programme officiel.

Le Congrès ne pouvait s'empêcher de reconnaître les nombreux *desiderata* de l'enseignement pratique dans les Facultés; aussi a-t-il demandé l'institution de cliniques officielles dans les hôpitaux spéciaux. Cette institution, éminemment utile, n'est pas cependant la seule création que l'on puisse demander à cet égard. Plus exigeant que le Congrès, nous voudrions que l'élève qui paye des frais d'études considérables à l'Université ne fût pas encore obligé, par l'insuffisance de l'enseignement pratique officiel, de recourir, à prix d'argent, à l'enseignement libre. Les Facultés doivent rendre les élèves praticiens, ou elles n'ont pas de raison d'être, ou il faut créer à côté d'elles des écoles d'application; car l'application est le

---

FEUILLETON.

NOUVELLE LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Des avantages de l'étude et de l'érudition dans la pratique.

(Suite du n° 6.)

Le savant qui traduit ses observations et ses pensées doit, comme l'historien, s'affranchir de toute influence étrangère à la vérité pure et se défier de ses propres penchants. « L'erreur la plus ordinaire, a dit Sauvages, c'est de confondre son jugement avec l'expérience. » (Nosolog.) — « Quasi toutes les opinions que nous avons sont prises par autorité et à credit, » a dit Montaigne, » (Ess., ch. 12). — « Pour peu que des mensonges sur les choses naturelles aient pris pied et soient en honneur, dit aussi Bacon, soit vénération pour l'antiquité, soit qu'on veuille s'épargner la peine de les soumettre de nouveau à l'examen (soit qu'on y trouve un avantage), on ne peut plus se résoudre à les rejeter ou à les remanier. » (Accroiss., liv. II, ch. 2.) — Combien de faussetés ont ainsi traversé les siècles! Un écueil où viennent échouer la plupart des hommes qui ont déjà manifesté certaines opinions, c'est la fausse honte de conserver des erreurs publiquement professées. « *Credidi propter quod locutus sum,* » est le symbole de la plupart des savants; il est vrai que l'entêtement n'est pas toujours du calcul. « On répète une sottise, a dit Voltaire, et à force de la redire on en est persuadé. » (Lettre sur les Français.) — Telle est, pour le dire en passant, la cause pour laquelle les vieux praticiens affectent du mépris pour les idées nouvelles. Il est si pénible de s'avouer qu'on s'est trompé toute sa vie! C'est pourquoi les véritables savants parlent douteusement des choses douteuses, et pourquoi la force d'esprit nécessaire pour confesser des erreurs n'est le partage que du plus petit nombre.

Le vice le plus répandu et en même temps le plus funeste à la science est cette vanité qui nous porte à proclamer bruyamment nos succès et à dissimuler soigneusement nos revers. « Si les archives de la science, a dit Ramazzini, relataient les cas malheureux aussi bien que les cures magnifiques, la pratique serait probablement plus heureuse et plus certaine qu'elle ne l'est en effet.... Mais chacun cherche à couvrir ses méfaits d'un voile discret, et rares sont les grands hommes qui veulent imiter Hippocrate, lequel confesse ingénument avoir pris une suture pour une fracture du crâne. » (*Orationes*). — « Loin de moi, dit M. Lister, cette vaine jactance qui n'exhibe que les événements heureux, dissimulant avec soin les revers, soit par futile vanité, soit pour se faire une réputation et grossir la clientèle. » (*De morb. chronic.*) — Si les écrivains calculaient toutes les conséquences d'une erreur imprimée, ils se feraient un crime de faillir à la probité scientifique, surtout s'ils occupent un rang élevé dans la science; car, ainsi que l'a dit Montaigne, « l'erreur particulière fait premièrement l'erreur publique, et à son tour l'erreur publique fait l'erreur particulière. » (Essais, liv. III, ch. 11.) — Il y a là comme un cercle vicieux dont l'humanité subit les fatales conséquences. Ayons donc le courage de dire avec Bordeu : « Je déclarerai mes fautes comme celles d'autrui; je suis homme et je parle à des hommes. Si je ne suis pas à l'abri de l'erreur, je cherche à ne tromper personne. » (Malad. chroniq.)

Malheur à celui qui n'écrit pas uniquement pour la douce satisfaction d'émettre des vérités qu'il croit utiles! « *Urit miserum gloria pectus.* » (Sénèque : *Hercule*) — Malheur à celui qui prétend convertir les incrédules : « Comment se peut-il, dit un sage, qu'un homme se mette dans la tête de jeter les idées de tout le genre humain dans le moule de ses propres conceptions? » (Swift.) — « L'homme sensé, dit Labruyère, doit chercher seulement à penser et à parler juste, sans vouloir amener les autres à son goût et à ses sentiments; c'est une trop grande entreprise. » (Caractères.) — Chrysippe et Diogenes disaient que, de toutes les voluptés, il n'y en a point de plus dangereuse et de plus à fuir que celle qui nous vient de l'approbation d'autrui; et tous les philosophes proclament à l'unisson le mépris de l'opinion publique. La plupart, il est vrai, démentent cette saillie de courage contre laquelle déposent leurs œuvres mêmes qui ne sont que des offrandes à la gloire. Il est plus vrai de dire que l'opinion publique méconnaît fréquemment le vrai, le beau et surtout le sublime. « Le peuple, dit Bacon, loue volontiers les vertus du dernier ordre; les vertus moyennes excitent son admiration, ou plutôt son étonnement; quant aux vertus sublimes il n'en a pas même le sentiment. » (Essais de mor.) — L'orateur Phocion, applaudi par le peuple athénien, demande à son voisin s'il n'aurait pas dit quelque sottise. « La pluralité des voix, dit Descartes, n'est pas une preuve qui vaille pour les vérités un peu malaisées à découvrir. » (De la Méthode.); car ces vérités sont hors de la portée du vulgaire. — Sydenham exprime la même idée en ce qui concerne spécialement l'art de guérir : « Comme la plupart des hommes, dit-il, ne voient que la superficie des choses, et que très peu sont capables d'en pénétrer le fond et de découvrir le vrai, les médecins vulgaires et prétendus savants étant soutenus du suffrage de la multitude, l'emportent aisément sur ceux qui sont plus habiles et qui se trouvent souvent exposés à la calomnie; mais qui ayant la vérité de leur côté, et se contentant de l'approbation d'un petit nombre de gens sensés, ne s'embarrassent nullement des jugements et des discours d'une multitude ignorante. » (Lettre à G. Cole). (1).

En effet : « La seule réputation fondée est celle que nous font les gens avec qui nous vivons. » (Bacon.) — Et pour ma part, je tiens surtout à l'estime de ceux qui journellement me voient agir et m'entendent parler, fidèle à cette maxime de Cicéron : « *Est enim philosophia paucis contenta judicibus, multitudenem consulto ipsa fugiens.* » (Tuscul. II.) — « Plus on s'applique à former son esprit par l'érudition, et moins on a de penchant à procurer des partisans à ses opinions. » (Swift.) — Et le sage finit par se dire avec le philosophe de Genève : « En travaillant à mériter ma propre estime, j'ai appris à me passer de celle des autres. » (Préf. de l'Amant de lui-même.)

Quoi qu'il en soit de ces maximes stoïques, l'approbation publique, la gloire en un mot, sur laquelle il ne faut pas compter, est cependant la plus douce rémunération de nos travaux. « Les suffrages du pu-

---

(1) « Les hommes, dit Duclos, n'exigent point de preuves pour adopter une opinion; leur esprit n'a besoin que d'être familiarisé avec elle. » (Ess. sur les mœurs.) — « Rien ne plaît au grand nombre, dit aussi Bacon, que ce qui flatte l'imagination et enlace l'entendement en se liant aux notions vulgaires. » (Nov. org., aph. 77.) — Montaigne avait dit plus laconiquement : « Le monde va se pipant aisément de ce qu'il desire. » (Ess., liv. 2.)

Or, le peuple affecte un penchant déterminé pour le merveilleux, l'étrange, l'impossible : « Nous n'aimons presque que ce que nous ne connaissons pas », dit Montesquieu (Ess. sur le goût.) — « Il n'y a rien de beau que ce qui n'est pas », a dit J.-J. Rousseau. — Les opinions suivantes expriment les mêmes idées avec moins de ménagement : « Un recit plein de la plus crasse ignorance est aussi propre que l'exactitude historique à remuer les passions, » a dit Bayle dans la *Préf.* de son *Dictionnaire.* — « C'est ignorer le goût du peuple que de ne pas hasarder quelquefois de grandes fadaises, » dit Labruyère. — Enfin, comme l'a dit Helvétius : « On ne persuade jamais les sots qu'avec des sottises. » (De l'Esprit.) — Voilà précisément ce qu'explique la vogue populaire du magnétisme, de l'homœopathie, de l'hydrothérapie, etc., ce qui justifie la prédilection du peuple pour l'humorisme grossier, les purgatifs, les sudorifiques; pour les ragoûts révoltants des polypharmaques, les remèdes absurdes ou barbares des sorciers, des rebouteurs, des charlatans, des commères de la haute et basse société, etc.; car le poete a dit vrai :

« Le plus sot animal, à mon avis, c'est l'homme. »
(Boileau.)

but final et suprême des études médicales. Mais, sans recourir à des institutions nouvelles, est-il donc impossible que l'élève puisse étudier l'anatomie gratuitement et sous l'œil d'un répétiteur exercé; les manœuvres chirurgicales et les accouchements sous une direction habile? Non, assurément; car pour cela il ne suffirait que d'utiliser, en l'indemnisant honorablement, le corps des agrégés, institution dont les éléments précieux s'affaiblissent et s'éteignent dans les stériles loisirs qu'on lui a faits. Que chaque agrégé soit le répétiteur naturel et obligé des élèves, qu'il les initie aux nécessités et aux exigences de la pratique de l'art; qu'à lui revienne la direction des études anatomiques, des manœuvres de la chirurgie et des accouchements; que, des interrogations faites par lui, découle pour l'élève le droit de se présenter aux examens; et les Facultés auront beaucoup fait pour l'enseignement pratique, qui se trouve aujourd'hui déplorablement négligé.

Remarquons, en outre, que ces réflexions s'appliquent surtout à la Faculté de Paris, où l'enseignement libre est florissant et riche, où les hôpitaux spéciaux et les cliniques officieuses sont largement ouverts aux élèves, et que ces circonstances favorables sont loin de se présenter pour les Facultés de province, où les élèves sont encore plus mal partagés à l'égard de l'enseignement pratique, et où, par conséquent, les réformes que nous proposons deviennent encore plus urgentes.

Si les Facultés ne rendent pas l'élève artiste, et nous ne croyons pas qu'on puisse élever des doutes à cet égard, font-elles au moins des médecins savants? Y.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Tumeur sanguine entre l'angle interne de l'œil droit et le nez chez une petite fille. Remarques cliniques sur les tumeurs sanguines en général, et sur ce cas en particulier. Traitement par les aiguilles introduites dans la tumeur.

Depuis quelque temps, dit M. Robert, nous avons eu dans notre service un assez grand nombre de tumeurs dites érectiles. Je me suis proposé de jeter un coup d'œil aujourd'hui sur quelques-uns de ces cas, et d'ajouter quelques remarques cliniques sur cette espèce de maladie. Son histoire, il faut en convenir, n'est pas très connue, parce que les chirurgiens qui eurent occasion de s'en occuper, ayant observé et étudié des cas et des espèces isolées de la même maladie, n'ont donné l'histoire que de celles-ci, et non pas une histoire complète de la maladie en général.

La première question qui se présente est celle de préciser la nature de ces tumeurs. Quand on en fait une coupe, on voit une masse spongieuse parsemée de petits trous obronds, et du sang qui en suinte en assez grande quantité comme d'une éponge. Lorsqu'on les dissèque avec soin, on tâche d'isoler les ouvertures que nous venons de signaler; on trouve qu'elles se continuent avec des espèces de tubes, ou conduits semblables à ceux des vaisseaux, mais très minces, sans parois propres bien distinctes, d'une structure, enfin, qui ne ressemble ni à celle des veines, ni à celle des artères. Ces conduits sont très sinueux, tortueux, présentant des petits trous dans leur trajet, qui communiquent avec d'autres conduits; d'où il résulte un entrelacement très compliqué de ces tubes mêmes qui forme la base des tumeurs. Si enfin on les injecte, par exemple, par les artères, on les voit quelquefois se remplir du liquide de l'injection qui passe par les veines, de sorte qu'il y a là vraiment un cercle dans la circulation de ces tumeurs; en les injectant au contraire par les veines, il est très difficile de faire parvenir l'injection jusqu'aux artères. Voilà ce qu'on observe dans ces tumeurs, lorsqu'on les étudie par les différents moyens que nous venons d'indiquer.

Que sont donc ces tumeurs? Les opinions des physiologistes furent et sont encore très partagées à cet égard. John Bull pense qu'elles sont formées de vaisseaux capillaires dilatés d'une manière anormale par une cause morbide, et semblables aux vaisseaux dilatés de la verge en érection. La comparaison instituée par cet auteur n'est pas entièrement juste; car en faisant fondre et dégorger les corps caverneux préalablement injectés de suif, et en examinant leur tissu, on n'y remarque aucune analogie véritable avec le tissu érectile morbide que nous étudions dans ce moment.

D'autres chirurgiens, parmi lesquels se distingue Breschet, les considèrent de tout autre manière. Suivant eux, les vaisseaux capillaires qui doivent entrer dans la composition de ces tumeurs, se dilatent en longueur et en largeur, deviennent sinueux, bosselés comme des vaisseaux variqueux; leur tunique moyenne, par suite de cette distension extraordinaire, finit par disparaître, et la tunique interne faisant hernie à travers ces éraillures, donne lieu à des conduits accessoires ou diverticules, qui, unis au premier, constituent la trame des tumeurs. Je crois que les choses se passent vraiment ainsi. Breschet comparait, pour la structure, ces tumeurs aux anévrismes, qu'il appelait cirsoïdes, ou cylindroïdes, formés par la dilatation anormale des petites artères d'une région, qui s'allongent, s'élargissent, et deviennent bosselées comme des varices; c'est ainsi, disait-il, que les vaisseaux se dilatant, s'allongeant, devenant bosselés dans une partie de la peau ou sous la peau, viennent à former ce qu'on appelle tumeurs sanguines ou fongueuses.

Comme il y a deux ordres de vaisseaux dans l'organisme qui peuvent subir les modifications anormales dont nous avons parlé, c'est-à-dire artères et veines, on distingue aussi deux classes de tumeurs sanguines, savoir artérielles et veineuses.

Dans les tumeurs sanguines artérielles on rencontre les caractères propres aux anévrismes, comme nous venons de le décrire, et dans les veineuses les caractères qui conviennent aux vaisseaux veineux variqueux.

Dans les premières, ou artérielles, quel que soit le siége qu'elles occupent, on voit une tumeur mal circonscrite, molle; lorsqu'on la comprime, elle s'affaisse sous la main; mais la compression venant à cesser, elle revient à son état primitif. Quand on la comprime elle donne, comme les anévrismes proprement dits, la sensation de mouvements de dilatation et de résonnance isochrones aux pulsations artérielles. Lorsqu'on l'ausculte, on entend un bruit de souffle, de râpe ou de scie, un des bruits anormaux, enfin, qu'on a distingués dans ces derniers temps dans certaines affections du cœur; ce bruit est saccadé et continu. A ces caractères si tranchés, il est donc impossible de les confondre avec toute autre espèce de tumeur. Quand elles sont un peu volumineuses, la maladie s'étend peu à peu aux artères d'un plus gros volume de la région, et alors il en résulte l'anévrisme cirsoïde de Breschet. Il est très important de tenir compte de cette complication qui peut survenir; car elle fournirait d'autres indications à remplir; et nous pouvons déjà dire d'avance que le traitement, dans ce cas, serait beaucoup plus difficile et moins certain.

Je disais tout à l'heure que les caractères des tumeurs sanguines artérielles sont si tranchés, qu'on ne pourrait pas les confondre avec d'autres tumeurs quelconques. J'ai été un peu trop absolu à cet égard; car il y a certaines tumeurs anévrismales qui peuvent être très bien confondues avec elles. Ainsi, nous avons eu dans nos salles, il y a quelque temps, une jeune fille de dix-huit ans, portant sur la partie supérieure et moyenne de la tête une tumeur plate qu'on aurait tout d'abord pu prendre pour une tumeur sanguine artérielle; mais qu'on devait bien reconnaître pour un anévrisme cirsoïde de Breschet, lorsqu'on la voyait communiquer avec toutes les artères du cuir chevelu, temporales, occipitales, frontales, qui étaient devenues très dilatées, très bosselées et très sinueuses. La peau ou épiderme qui couvrait cette tumeur était si mince et si tendue qu'elle se déchira, et des hémorrhagies avaient lieu de temps en temps. On a commencé d'abord à tamponner la plaie, puis on a comprimé les artères dilatées communiquant avec la tumeur. La malade semblait aller mieux; la tumeur s'affaissait; mais à l'époque des règles elle reprenait son volume primitif et devenait le siége de nouvelles hémorrhagies. Plus tard, j'ai dû aviser à d'autres moyens. J'ai pensé d'abord à injecter dans le système artériel un liquide irritant pour donner lieu à une légère activité, et consécutivement à la formation de caillots sanguins capables d'interrompre d'une manière permanente la circulation sanguine dans la tumeur; mais j'ai craint avec raison les effets graves du liquide irritant lancé dans le torrent circulatoire: j'ai donc dû y renoncer. J'ai essayé alors une compression permanente et plus forte; son énergie a été même telle, que les cheveux tombèrent sur tous les points où elle s'exerçait. Malgré cela, il n'y eut pas d'inflammation adhésive dans les vaisseaux comprimés, inflammation qui est si difficile à obtenir dans les artères.

Ce nouveau moyen ayant échoué aussi, il ne nous restait plus qu'à tenter la ligature de tous les vaisseaux dilatés communiquant avec la tumeur, ou celle des gros troncs d'où les autres émanaient. Le premier genre de ligature était assez difficile, ou, pour mieux dire, compliqué; car il aurait fallu lier dix ou douze vaisseaux. D'ailleurs, l'expérience de faits analogues prouve que cela n'aurait pas suffi. Il ne restait plus alors que la ligature de l'artère carotide primitive; mais il fallait l'appliquer aux deux carotides si on voulait espérer une guérison radicale. Je savais que cela avait été fait déjà; qu'on avait lié ces deux gros vaisseaux l'un après l'autre, à des époques un peu éloignées. Je me suis arrêté à ce parti. J'ai commencé par lier la carotide primitive droite, comme étant celle qui communiquait avec les artères les plus dilatées. L'opération fut très simple; la ligature tomba le dix-huitième jour sans aucun accident; la plaie se cicatrisa rapidement; la circulation fut d'abord interrompue entièrement dans la tumeur; le frémissement qu'on entendait avant celle-ci avait cessé; mais il revint un peu quelque temps après. La jeune fille resta assez longtemps à l'hôpital, et sortit enfin dans un état satisfaisant. L'ulcération du cuir chevelu était guérie depuis longtemps, et les hémorrhagies n'avaient pas reparu.

Pourra-t-on dire qu'elle soit parfaitement guérie pour cela? Non, certes; car tout ce qu'on a pu obtenir par la ligature d'une carotide, ce fut une diminution, du reste très notable, dans la dilatation des vaisseaux, et par conséquent une diminution des symptômes morbides; mais le sang continuant à affluer dans les artères du côté gauche, n'est-il pas à craindre que la maladie ne revienne? Alors il y aurait lieu de lier l'autre artère carotide pour arrêter complétement la marche de la maladie; c'est ce que nous ferons peut-être, si plus tard cette malade est obligée de recourir encore à nos soins. Du reste, six mois se sont écoulés depuis l'opération, et nous avons appris, il y a peu de jours, que l'état de la malade n'a-

---

blic, pour n'être pas toujours éclairés, a dit Roussel, n'en flattent pas moins celui qui les reçoit. » (Eloge de Bordeu.)

« *Scribentem juvat ipse favor, minuitque laborem.* »
(Ovide, *De Ponto*, lib. III.)

Malheureusement le public aime les réputations toutes faites, et La Bruyère a dit avec raison: « Il n'est pas si aisé de se faire un nom par un ouvrage parfait, que d'en faire valoir un médiocre par celui qu'on s'est déjà acquis. » — Il y a encore ici cercle vicieux: on ne se fait de solide réputation que par les livres, et on n'estime que les livres des auteurs en réputation.

Par suite du même principe, on n'estime que les livres émanés des grands centres scientifiques, la capitale absorbe la province. Cependant, comme l'a dit Guy Patin: « Ce n'est pas l'Université qui fait l'habile homme, mais la connaissance des simples, des tempéraments et des maladies; tout cela s'apprend aussi bien ailleurs qu'à Paris. » — « La raison, dit Labruyère, est de tous les climats, et l'on pense juste partout où il y a des hommes. » Or, qu'il vous arrive de publier un livre consistant, sérieux. consciencieux, qui sorte de l'ornière commune, affronte les préjugés vulgaires et n'annonce point de miracles; que l'auteur, ignoré, ne soit point de ceux qu'on est habitué à croire sur parole, qu'il soit étranger à la grande famille des écrivains périodiques; deux chances s'offrent à lui: ou de s'éteindre dans l'oubli, ou de succomber sous les coups de la critique *à priori*. « Car tout homme, dit Zimmermann, qui s'applique à la recherche de la vérité, mérite certainement la reconnaissance de la société. Ce sont cependant ces gens que la société persécute le plus souvent, et contre lesquels elle est toujours prévenue, au point de leur préférer les idiots. » (De l'expér.) — Si quelqu'un, dit Sydenham, vient à faire quelque découverte, même une découverte des plus utiles, il doit être très persuadé, s'il connaît un peu les hommes, que toute la reconnaissance qu'ils lui en témoigneront sera de le critiquer, par cette seule raison qu'il sera le premier auteur de cette découverte.» (Méd. prat.) « Sa généreuse hardiesse, dit Bacon, est taxée de présomption et imputée à défaut de maturité.» (Nov. organ., aph. 92.) C'est, dira-t-on, l'œuvre d'un théoricien, d'un philosophe. A cette imputation l'on reconnaît l'envieuse animosité du praticien *pur;* car il n'ignore pas que le public professe une horreur profonde pour la théorie. « S'il est bon d'être philosophe, a dit Labruyère, il n'est guère utile de passer pour tel.... Il n'est pas permis, dit-il encore, de traiter quelqu'un de philosophe; ce sera toujours lui dire une injure. » (Caractères.) Que voulez-vous! c'est une loi de l'esprit ou plutôt du cœur humain: « C'est notre malheur, a dit Voltaire, que les vérités et les découvertes en tout genre essuient longtemps parmi nous des contradictions. » Mais qu'y faire? Attendre avec résignation; car, ainsi que l'a si bien dit Pascal, « la violence et la vérité ne peuvent rien l'une sur l'autre. » (Provinciales, lettre 18.) Prenez pour devise le *nihil admirari* (Bolingbrocke), ne vous étonnez de rien, et marchez devant vous. Le décret de Rome contre Galilée n'empêche pas que la terre tourne et que Rome tourne avec elle; l'excommunication lancée par un pape contre l'admission des antipodes, n'a pas empêché Christophe Colomb de découvrir l'Amérique. Il est enfin une foule d'occasion où un seul homme eut raison contre tous. « L'émétique, la circulation du sang, l'inoculation, tout cela fut proscrit pendant quelque temps et a triomphé enfin de l'ignorance, de la bêtise et de l'envie, » comme l'a dit Voltaire (Lettre sur l'Encyclopéd.).

« C'est que, dit-il encore, l'opinion gouverne le monde, il est vrai; mais ce sont les sages qui à la longue dirigent cette opinion. » (Conformez-vous aux temps.) Il n'est peut-être pas une opinion populaire qui n'ait eu crédit parmi les savants et n'ait éprouvé de l'opposition à sa naissance. Au dire de J. Frank, les remèdes aujourd'hui populaires ont été transmis au vulgaire par les médecins eux-mêmes. L'humorisme et le vitalisme grossier du public sont des émanations d'Hippocrate et de Galien. « Les idées les plus justes, a dit Cabanis, ne vont presque jamais faire partie de l'opinion publique qu'après avoir passé par les mains du talent. » (Révol. de la méd.)

Cette période d'opposition une fois passée, ou même concurremment avec elle, surgit une difficulté toute contraire, mais non moins conforme à l'esprit scientifique; c'est celle signalée par Bacon: « Tant qu'une chose n'est pas faite, dit-il, les hommes s'étonnent si on leur dit qu'elle est possible; et dès qu'elle se trouve faite, ils s'étonnent, au contraire, qu'elle ne l'ait pas été plus tôt.» (Accroissem., liv. I.)— C'est l'histoire d'Alexandre, de Christophe Colomb, d'Euclide de Galilée; c'est celle de la circulation, de la localisation des fièvres, de l'auscultation, de la lithotritie, de tous les grands inventeurs et de toutes les grandes inventions. Après avoir nié longtemps une découverte, les savants finissent par s'en disputer la propriété; et l'inventeur, après avoir combattu longtemps pour établir une vérité, se trouve engagé dans des luttes nouvelles pour s'en assurer la possession, tant il est vrai que, pour les savants surtout, la vie est un combat. Ne nous en plaignons pas, vous dis-je; car « la marque certaine du génie, c'est la conspiration que tous les petits esprits trament contre lui...; et la censure est une taxe qu'un grand homme paye au public pour la supériorité de son mérite. » (Wift.)

« Tout auteur envié devient bientôt illustre. »
(Pope.)

Au dire de Wift, il y aurait trois moyens de se venger de la censure: « 1° La mépriser; 2° User de représailles avec elle; 3° Se conduire avec tant de précaution qu'on ne puisse y donner prise. » (Pensées morales) — De ces trois moyens, le dernier est complétement illusoire. Vous connaissez ce mot d'un profond diplomate: « Qu'on me donne deux lignes du plus honnête homme du monde, et je me charge de le faire pendre; » le second moyen, la représaille, est imprudent et dangereux. Le premier est le plus sage; c'est du moins ce que pensait Cicéron lorsqu'il a dit: « Il n'est qu'un moyen d'éviter la critique, c'est de ne rien écrire. » — « *Qui foliorum strepitum timet non adeat sylvam*, » a dit Stork en style figuré. (*De cicutâ.*) — Théorie parfaitement comprise de ces gens dont Pascal disait: « Les plus habiles d'entre eux sont ceux qui intriguent beaucoup, qui parlent peu et qui n'écrivent point. » (Provinc., lett. 3.)

Que si pourtant vous ne résistez pas au désir de répondre, faites comme Montesquieu, qui disait de ceux qui critiquaient le plan de son Esprit des lois: « Mon intention a été de faire mon ouvrage, et non pas le leur. » (Lett. Famil.) — Ou mieux encore, dites avec Dower: « Toute la grâce que je demande à ceux qui ne seraient pas contents de cet essai, c'est d'en produire un meilleur. » (Legs d'un méd.)

La véritable grandeur supporte assez bien la censure, bien qu'elle soit toujours un calice d'amertume; mais, comme l'a dit Voltaire: « Un homme accoutumé à être loué dans l'obscurité de son petit cercle, devient furieux quand il est méprisé au grand jour. » (Réflex. pour les sots.) — « Il n'y a que les petits hommes qui redoutent les petits écrits, » dit Figaro. — Il est vrai de dire aussi que la censure blesse d'autant plus qu'elle est mieux méritée. « *Nulli patientius reprehenduntur quam qui maxime laudari merentur.* » (Pline.)

Pourtant, arrive un instant solennel où la méchanceté cesse de persécuter le génie; c'est celui où la mort vient éteindre les rivalités:

« *Pascitur in vivis livor, post fata quiescit.* »
(Ovid., *Amor.*, lib. I)

« On les persécuta tout le temps de leur vie;
Furent-ils enterrés, le monde en fit des dieux. »
(Trad. d'Horace.)

La même pensée se trouve énergiquement exprimée dans ces réflexions de Swift: « La renommée, dit-il est un fruit enté sur le corps humain; il ne saurait croître avant que le tronc soit mis en terre... C'est, dit-il encore, un oiseau de proie qui ne suit que l'odeur des cadavres. » (Pensées morales.)

Et pourtant, il n'y a guère que les génies du premier ordre, ou ceux qui attachent leur nom à des découvertes importantes, qui puissent espérer de vivre dans la postérité. « Qui peut, avec les plus rares talents et le plus excellent mérite, ne pas être convaincu de son inutilité quand il considère qu'il laisse en mourant un monde qui ne se sent pas de sa perte, et où tant de gens se trouvent pour le rempla-

vait pas changé.

Les hémorrhagies des tumeurs sanguines artérielles sont fréquentes et plus graves que celles qui ont lieu dans les tumeurs veineuses. Ainsi nous avons vu, avec M. le docteur Pinel-Grandchamp, une femme affectée d'une tumeur de cette nature à la lèvre; cette femme étant arrivée à l'époque de la cessation totale des menstrues, la tumeur prit un développement considérable et fut le siége d'hémorrhagies si abondantes que les jours de la malade furent en danger. On a essayé de lier les artères environnantes de la face, telles que la faciale, les labiales, et enfin la carotide primitive, mais sans succès. J'ignore ce qu'est devenue par la suite cette malade.

Les tumeurs sanguines veineuses semblent être constituées par les capillaires veineux dilatés comme nous avons dit, et présentant des caractères analogues à ceux des veines variqueuses. Elles sont molles, faciles à se gonfler à la suite de toute espèce d'efforts, par la toux, par exemple, lorsqu'elles siégent, comme il arrive souvent, dans les environs de la tête, du cou ou de la poitrine. Elles ne présentent pas de fluctuation, sont spongieuses aussi, s'affaissent sous la compression et reviennent quand on cesse de les comprimer, mais n'offrent ni mouvement d'expansion et de resserrement, ni de frémissement à l'auscultation, ce qui principalement les distingue des tumeurs artérielles. Elles sont toujours congénitales; au moins on n'en connaît pas, que je sache, de nature accidentelle.

Les tumeurs présentent dans leur siége des variétés qu'il est bon de connaître pour bien en asseoir le traitement. Les unes sont superficielles affectant la peau dans la totalité, ou une partie de son épaisseur; les autres sont plus profondes, placées au-dessous de l'enveloppe cutanée, par conséquent les unes s'appellent cutanées et les autres sous-cutanées. Quelquefois pourtant les premières deviennent sous-cutanées aussi en attaquant les tissus les plus profonds après avoir envahi tout le derme, et rien n'est si commun que de voir celles de la seconde espèce de profondes tendre à devenir superficielles. Ainsi, nous avons vu une petite fille de quinze mois qui avait une tumeur sanguine à la région ombilicale dont la marche fut comme je viens de le dire. Lorsque la mère s'en aperçut pour la première fois, elle la fit examiner par un jeune médecin, qui reconnut exactement la nature de la maladie; mais ayant parlé d'opération comme du seul moyen pour la guérir, il éloigna ainsi la mère de toute tentative; on la fit voir ensuite à un autre médecin qui la crut atteinte d'une hernie ombilicale, et proposa pour tout traitement un bandage contentif. La tumeur, pourtant, continuant à grossir, on m'amena l'enfant, et je trouvai qu'elle avait déjà un volume considérable, qu'elle avait envahi toute l'épaisseur de la peau et tendait en même temps à gagner les parties les plus profondes des parois abdominales. Je n'ai pu rien tenter pour l'en débarrasser.

Les tumeurs superficielles, lorsqu'elles débutent, se présentent sous la forme d'une petite tache rouge formée par des vaisseaux dilatés, comme nous le disions au commencement de ces remarques. Ordinairement, dans le centre, cette tache offre une petite élevure, la peau en est très mince et luisante; avec le temps, elle acquiert de l'étendue en largeur et en épaisseur, et tout le derme peut en être envahi.

Il y a des tumeurs sous-cutanées qui ont leur siége dans les parties profondes, au-dessous de la peau, sans que celles-ci en soient nullement attaquées; telles sont celles que J.-L. Petit a bien décrites, et qu'il appelle tumeurs variqueuses. Elles apparaissent également à la naissance sous la forme de petites taches un peu bleuâtres se montrant à travers les couches cutanées; elles commencent ordinairement par être très petites, grosses comme une graine de chènevis, par exemple; peu à peu elles s'accroissent dans tous les sens et peuvent acquérir une étendue considérable. La tumeur sanguine de la petite fille que nous avons à opérer (et ici M. Robert nous soumet l'enfant qui porte cette tumeur assez curieuse) est de cette nature et suit une marche analogue. Vous voyez cette petite tumeur bleuâtre, qui occupe la partie supérieure de la région oculo-nasale, s'étendre de la partie supérieure et externe du nez vers l'angle interne de l'œil droit; elle est grosse comme une petite noisette, tout à fait sous-cutanée, car la peau y est complétement étrangère; s'affaisse quand on la comprime et revient bientôt à elle-même quand on cesse de la comprimer; elle se gonfle sous les efforts de toux, de colère et de surexcitation quelconque de l'enfant, tandis qu'elle s'amoindrit dans l'état de sommeil et de calme. Enfin, elle a tous les caractères qui conviennent à cette sorte de tumeur, de manière qu'on ne peut pas s'y méprendre.

Le siége de quelques-unes de ces tumeurs peut donner lieu à des difficultés de diagnostic et pourrait bien les faire confondre avec d'autres maladies de la même région si on n'y prêtait pas toute l'attention nécessaire. Ainsi, par exemple, dans l'angle de l'œil, comme chez notre enfant, il peut se développer quelquefois des kystes séreux; mais ceux-ci ne sont pas compressibles, ne se dilatent pas à la suite d'efforts de de toux, etc. : de sorte qu'il est très facile de les distinguer des tumeurs qui nous occupent dans ce moment. Il y a, au contraire, des tumeurs d'une très grande analogie apparente, quoique de nature très diverse; par exemple, les hernies du cerveau qui paraissent quelquefois dans cette même région.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire le mécanisme de ces encéphalocèles, et la manière dont ils se comportent; je vous dirai seulement, qu'indépendamment du siége, qui est le même dans ces tumeurs comme dans les sanguines, on trouve une petite masse sous-cutanée molle, jusqu'à un certain point compressible, présentant enfin plusieurs des caractères que nous avons attribués aux tumeurs érectiles; de sorte qu'il n'est pas étonnant qu'on reste quelquefois dans le doute sur leur nature, et que même on ne puisse se tromper d'une manière funeste pour les malades. J'en ai eu une preuve frappante et d'une grande instruction dans un cas remarquable qui fut présenté, il n'y a pas longtemps, à la Société de Chirurgie par M. Guersant fils. Ce praticien avait reçu dans son service un enfant qui présentait à l'angle interne de l'œil une petite tumeur dont les caractères étaient à peu près ceux que nous venons de vous exposer, et qui le jetèrent dans une grande perplexité sur la véritable nature de la maladie. Avant de rien entreprendre comme traitement, il crut devoir soumettre le cas à l'examen de ses confrères et s'éclairer de leurs avis; il amena l'enfant dans le sein de la Société. Je fus le premier à examiner la tumeur, et dans mon examen assez rapide, je crus y voir les caractères d'un encéphalocèle; les autres membres l'examinèrent à leur tour; tous furent d'opinion opposée à la mienne, et proposèrent l'opération sans hésiter. Cette unanimité me fit balancer, et croire enfin que je m'étais trompé moi-même; je me rangeai donc à leur avis. M. Guersant, fort de l'assentiment de ses confrères, opéra l'enfant, comme s'il s'agissait d'une tumeur sanguine, en la traversant avec un séton; au bout de trois jours, l'enfant succombait. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un véritable encéphalocèle. Ce fait m'éclaira beaucoup et me rendit très circonspect; aussi, quand on me présenta l'enfant que vous avez sous les yeux, j'y mis toute l'attention, tout le soin possibles pour ne pas me tromper dans le diagnostic de la maladie. D'abord, la couleur bleuâtre de la tumeur me mit sur la voie de sa nature; ensuite, en voyant qu'elle était élastique, mais qu'après l'avoir fortement comprimée j'arrivais à une résistance osseuse qui ne devrait pas exister dans le cas d'encéphalocèle, je me crus autorisé à diagnostiquer une tumeur érectile.

Que faut-il faire pour guérir cet enfant? Point de doute qu'il faut pratiquer une opération chirurgicale, car les seules ressources de la nature ne pourraient pas suffire; mais laquelle? S'il s'agit d'une opération tant soit peu sanglante, l'enfant à son âge ne pourrait pas la supporter, de même que si la douleur est trop vive et prolongée. Il faut pourtant agir sans retard; car la tumeur, abandonnée à elle-même, prendrait dans quelque temps un volume considérable, et deviendrait non-seulement gênante, mais très difforme dans la région où elle a son siége. Si elle était placée ailleurs, on pourrait peut-être attendre: comme chez l'enfant dont nous avons parlé il y a quelques instants, et qui porte une tumeur dans la région ombilicale.

Comment peut-on guérir cette maladie, considérée d'une manière générale? Il y a plusieurs moyens de traitement :

1° En enlevant avec l'instrument tranchant toute la tumeur, et en réunissant par première ou par seconde intention la plaie qui en résulte.

2° En dénaturant d'une manière quelconque la masse sanguine; en y produisant une inflammation à l'aide de laquelle les tissus deviennent imperméables au sang, se transforment peu à peu et prennent les caractères du tissu fibreux. Cette transformation remarquable s'observe quelquefois dans les corps caverneux de la verge qui sont envahis par une inflammation. Je l'ai vue à la suite des journées de Juillet, chez un jeune homme qui avait été blessé par un coup de feu dans un des corps caverneux; l'inflammation consécutive avait tellement changé la texture de l'organe que la substance spongieuse érectile était devenue tout à fait fibreuse, et dans les érections on voyait l'organe décrire une courbe à concavité du côté qui avait été malade, parce que le corps caverneux de ce côté, ayant perdu sa nature érectile, ne pouvait plus répondre aux érections de l'autre côté qui était resté sain. Pour la même raison, on a vu la verge décrire un arc de cercle en avant ou en arrière, selon que l'inflammation avait attaqué la partie postérieure ou antérieure de l'organe lui-même. Nous devons cette remarque à M. Lallemand, qui en fit de belles applications au traitement des tumeurs érectiles morbides.

3° En liant les vaisseaux qui aboutissent à la tumeur et empêchent la circulation sanguine d'y arriver.

Passons brièvement en revue ces différentes méthodes thérapeutiques, avant de nous arrêter sur celle qui nous semblera la plus convenable pour notre enfant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 21 janvier 1846. — Présidence de M. Roche.

Au nombre des objets formant la correspondance imprimée, nous avons remarqué un mémoire de M. F.-L. Pichard, ayant pour titre : *Des abus de la cautérisation et de la résection du col dans les maladies de la matrice.*

— A l'occasion du procès-verbal, *M. Blandin* donne quelques explications sur le sens qu'il a voulu donner à ses paroles dans la précédente séance relativement au fait d'une injection iodée dans le péritoine pratiquée par M. le docteur Dieulafoy (de Toulouse). Ces explications sont la reproduction de la lettre que nous avons publiée.

M. Velpeau. Je veux bien admettre que M. Blandin n'ait pas voulu dire ce qu'il a dit; mais qu'il ne l'ait pas dit, voilà ce que je suis obligé de contester, car sans cela la réponse spéciale et *ad hoc* que je lui ai faite n'aurait eu ni raison, ni motif.

Cet incident n'a pas de suite.

— *M. Boudet* fait une série de rapports sur les remèdes secrets, dont les conclusions défavorables sont toutes adoptées au bruit des conversations particulières.

— L'ordre du jour amène la continuation de la discussion sur les injections iodées.

M. Laugier s'étonne des vives attaques portées contre la méthode des injections iodées. Il lui trouve des avantages signalés. La formule et le mode d'exécution lui paraissent plus faciles, plus simples, plus commodes. Avec l'iode, on ne pratique qu'une seule injection, on la pratique à froid; on n'a pas besoin de précautions minutieuses pour retirer tout le liquide injecté, car il faut au contraire en laisser une partie dans la tunique vaginale; il n'y a pas de pansement, et l'opération terminée, tout est terminé. Par l'ancienne méthode, au contraire, il est nécessaire de pratiquer deux injections, quelquefois trois, il faut retirer avec soin et à l'aide d'une pompe aspirante, le vin retenu dans la tunique vaginale; ce vin doit être à une température élevée; il faut ensuite appliquer des compresses résolutives, etc. Donc l'ancienne méthode est plus complexe, et l'injection iodée n'aurait-elle que des avantages égaux, il faudrait la préférer. Mais ses avantages sont supérieurs, et M. Laugier la trouve beaucoup plus exempte d'accidents consécutifs, de récidive. etc.

Mais cette part avantageuse faite aux injections iodées, M. Laugier s'est demandé qu'est-ce qui agit dans ces injections, est-ce l'iode? est-ce l'alcool? Il croit que c'est l'alcool qui se trouve en très forte proportion dans la solution iodée. M. Velpeau laisse une partie de la solution dans la tunique vaginale; or, sous la première impression de l'injection, une certaine exhalation de sérosité doit se produire, et l'on sait que l'eau précipite l'iode. Si c'était à l'iode qu'est due l'irritation, cette irritation devrait être excessive; mais il n'en est rien, M. Velpeau le reconnait lui-même; donc si cette irritation n'est pas due à la présence de l'iode, il faut bien la rapporter à l'alcool. Quel rôle joue donc l'iode dans ces cas? M. Laugier l'ignore; et pour sortir d'embarras il voudrait que l'on fît des essais comparatifs avec une solution non alcoolique.

M. Roux se défend d'avoir attaqué les injections iodées, il n'a voulu que venger les injections vineuses des injustes reproches qu'on leur a adressés. M. Laugier se trompe quand il dit que la méthode ancienne est plus complexe et laisse plus à l'arbitraire. Tout est réglé dans cette méthode; deux injections suffisent; M. Laugier a exagéré le tableau.

M. Roux a eu quatre cas de mort sur 1,800 ou peut-être 2,000 opérations. Ces revers sont anciens : il y a 25 ans qu'il n'a rien vu

---

cer? » a dit Labruyère. — « Dites-moi où sont maintenant ces maîtres que vous avez connus et que vous avez vus fleurir pendant leur vie par leur doctrine. Déjà d'autres occupent leur place, et je ne sais s'ils pensent seulement à eux. Tandis qu'ils vivaient, on les comptait pour quelque chose, et maintenant on se tait sur eux. » (Imit. de J.-C.)

Si l'écrivain de génie ne doit guère compter ni sur la renommée contemporaine, ni sur la gloire posthume, peut-il au moins espérer la récompense matérielle de ses utiles travaux? « Malheureusement, dit Bacon, la faculté d'avancer les sciences et le prix qui leur est dû, ne se trouvent pas dans les mêmes mains. Les talents nécessaires pour leur faire faire de rapides progrès sont le lot des grands génies, mais le prix et les émoluments sont au pouvoir du peuple ou des grands, gens dont les lumières sont rarement au-dessus du médiocre. » (Nov. org., aph. 91.) — Ces tristes vérités perdent pourtant de leur caractère absolu à mesure que les lumières se généralisent, que les institutions deviennent plus libérales, que le talent obscur et modeste trouve mieux occasion de se produire dans les luttes publiques.

Du reste, pour le vrai savant, la culture des sciences n'est point un objet de calcul, c'est un acte de bon plaisir, c'est presque une inspiration de l'égoïsme « Mon étude me plait au delà de ce qui se passe dans le monde, disait Guy Patin, et je préfère mon cabinet aux plus riches palais de l'Univers. » — Pour ceux qu'anime le feu sacré, le lucre et le trafic des talents sont choses quasi honteuses. Ils satisfont d'abord à de généreuses tendances, et pratiquent par instinct cette noble maxime du grand roi des livres des saints : « Achète la vérité et ne la vends pas, et fais de même pour la science et la sagesse. » (Prov., ch. XXIII, v. 23.)

Que ces préceptes puisés aux sources les plus pures vous tiennent donc en garde contre les sophismes calculés de l'ignorance, de la paresse et de l'intrigue, qui s'efforcent constamment de narguer la science et de la discréditer, en distinguant le médecin savant du vrai praticien. Sachez qu'il n'y a point de pratique salutaire sans culture de l'esprit. Sachez que la théorie n'est que le résultat des faits réduits en principes; qu'il n'y a que les gens médiocres qui mettent en opposition la théorie et la pratique; et qu'enfin, suivant la belle expression de Schiller, « il est un lien éternel entre la nature et le génie, qui fait que l'une tient toujours ce que l'autre promet. » (Colomb.)

Professeur Forget.

NOUVELLES.

Il est fortement question d'une mesure prise par M. le doyen de l'Ecole de médecine, et qui consisterait à demander aux Chambres une somme pour achever le bâtiment de l'hôpital des Cliniques.

Le projet de M. Orfila serait d'affecter dans une salle particulière, douze lits aux élèves en médecine malades, qui trouveraient dans cette infirmerie tous les soins désirables; les professeurs de clinique de la Faculté feraient le service à tour de rôle. On ne saurait trop applaudir à cette mesure et désirer qu'elle reçoive une prompte exécution, si l'on considère qu'il y a constamment, dans les hôpitaux de Paris, un certain nombre d'élèves en médecine confondus avec les autres malades. (*Gaz. méd.*)

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen. M. Flaubert était un praticien distingué, élève de Dupuytren; c'est une perte pour la science et pour l'humanité.

— Le 30 novembre 1845, a été rendue par M. le ministre de l'intérieur, une ordonnance qui 1° rapporte une ordonnance du 8 novembre 1844, laquelle avait autorisé la translation des restes mortels de Bichat dans la cour de l'amphithéâtre d'anatomie contiguë à l'ancien cimetière de Sainte-Catherine, à Paris; 2° maintient les dispositions d'une autre ordonnance du 27 avril 1844 approbative d'une délibération du Conseil municipal de Paris, contenant le vœu que les restes de Bichat fussent transférés au cimetière de l'Est, dans un terrain concédé à cet effet à perpétuité.

— On s'est souvent occupé des moyens de porter remède aux inhumations précipitées. D'après une statistique officielle, le nombre des enterrements prématurés, que des circonstances fortuites ont seules permis d'interrompre, s'élève, en France, depuis 1833, à 94. Dans ce nombre, 35 personnes sont sorties de léthargie d'elles-mêmes au momoment où on allait commencer la cérémonie des funérailles; 13 se sont réveillées sous l'excitation des soins prodigués par la tendresse de leur famille; 7 par suite de la chute du cercueil où elles étaient enfermées; 9 ont dû leur salut à des piqûres qu'on leur faisait éprouver en les attachant dans leur linceul; 5 à des suffocations qu'elles éprouvaient dans le cercueil; 19 à des retards fortuits apportés à l'enterrement; 6 à des retards volontaires ayant pour cause des doutes sur la mort.

— M. Le Roy-d'Etiolles commencera son cours public et gratuit d'*urologie*, le mercredi 28 janvier, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre. n° 3, de l'Ecole pratique, et il le continuera tous les mercredis à la même heure.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

de semblable, et peut-être faut-il les attribuer à quelques défauts de précaution. Il donne quelques détails sur l'état anatomique vaginale au moment de l'autopsie; le bruit nous empêche de bien saisir l'orateur. Il finit en déclarant que, pour lui, il n'y a cure radicale que lorsque l'oblitération de la tunique vaginale est obtenue.

M. Caventou est porté à croire, comme M. Langier, que c'est à l'alcool seul qu'est due l'action irritante de l'injection iodée. Ce qui est certain pour lui, c'est que dans l'injection vineuse c'est l'alcool qui agit. En effet, ce ne peut pas être aucun des autres éléments du vin, l'eau, le bitartrate de potasse, la matière colorante. C'est donc l'alcool. Sous ce point de vue, il ne peut pas être indifférent de pratiquer l'injection avec tel ou tel vin; car, tandis que les vins de la Haute-Bourgogne donnent à la distillation 16 % de liquides alcooliques, pesant 22° à l'aréomètre de Baumé, les vins des environs de Paris ne donnent que 11 et 12, alors que les vins du Midi donnent 24 et 25 %. Ce qui lui fait croire encore que c'est l'alcool seul qui produit l'irritation nécessaire, c'est que M. le docteur L'Homme de Château-Thierry a envoyé dans le temps un mémoire à l'Académie, dans lequel il racontait des succès, dans les cas où l'on emploie les injections vineuses, obtenus au moyen de la vapeur du vin. Or, qu'est-ce que la vapeur du vin, si ce n'est de l'eau alcoolisée? Les solutions iodées sont bien plus riches encore en alcool que les vins les plus généreux, car elles en contiennent 33 %. Il pense donc que tout le succès de ces injections doit être rapporté à l'alcool.

M. Moreau. Cela explique pourquoi, en élevant la température du vin, on agit avec plus d'efficacité.

M. Burdin voudrait que la discussion ne fût pas close; la question ne lui paraît pas suffisamment éclairée, et il propose à l'Académie de nommer une commission chargée d'étudier de nouveau l'act ou des injections iodées.

M. le président dit que cette proposition, déjà faite par M. Blandin, sera ultérieurement mise aux voix.

M. Velpeau a la parole pour le résumé général de la discussion.

Ce discours, qui a duré près de deux heures, a été écouté avec une attention soutenue. Ne voulant pas le diviser et le défaut d'espace nous empêchant de le publier en entier aujourd'hui, nous l'insérerons dans le prochain numéro.

Après ce discours, *M. Bouley* donne quelques explications sur les faits qu'il a rapportés dans la dernière séance et dont il affirme l'exactitude.

M. Gerdy ne voudrait pas que dans une question d'une telle importance on votât sur les conclusions du rapport dans un moment où l'Académie est presque déserte. Il propose de renvoyer le vote à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée.

— La séance est levée après cinq heures et demie.

Bibliographie.

Du suicide considéré comme maladie; par le dr C.-E. Bourdin.

La question du suicide est une des plus controversées. Quelques philosophes médecins considèrent le suicide comme un crime que la religion réprouve et condamne, parce qu'il a sa source dans une dépravation du moral vicieusement altéré par les mille entraînements des passions. — D'autres philosophes, ou pour mieux dire des philosophes médecins, regardent le suicide comme le premier ou le dernier acte d'une maladie qu'ils nomment folie ou aliénation mentale; M. le docteur Bourdin est de ce nombre; il a franchement abordé la discussion dans le livre que nous avons sous les yeux, et, en homme judicieux, éclairé et sérieux, il s'est appliqué à formuler scientifiquement ses idées, sans se laisser entraîner par les préoccupations du sentiment, ni par une foule de petites considérations puériles, qui, sous le cri de la morale, *soit-disant en souffrance*, retiennent sur le seuil de l'ignorance et de l'erreur tant de gens prudemment inquiets de leurs intérêts et de leur avenir! M. le docteur Bourdin a une plus haute idée de la science. Elle n'a jamais nui, dit-il, à la morale, et du côté de la vérité se trouve toujours la bonne morale. Nous ajouterons que la raison humaine a acquis désormais assez de maturité pour asseoir son histoire sur les faits de la vérité scientifique, fussent-ils d'ailleurs en contradiction avec les traditions de la scolastique, contre laquelle Descartes s'est élevé avec toute la puissance de son génie; fussent-ils même en opposition avec les espérances et les consolations que nous caressons le plus dans nos jours de tristesse et de doute.

Pour le docteur Bourdin, le suicide est le fait d'un état morbide de l'esprit, et l'homme qui attente à sa vie est déjà fou à un degré quelconque. Notre auteur a rapproché les faits de suicide de ceux des autres monomanies; et, en les comparant deux à deux et successivement dans les différentes phases de leur histoire, il a été irrésistiblement conduit à reconnaître qu'il existe entre eux une parfaite identité. Par conséquent il n'a fait que formuler ce qui se trouve expressément contenu dans l'expérience et l'observation; en disant que le suicide est positivement le résultat d'une monomanie. Une fois fixé sur ce point, et après avoir établi en principe que les symptômes de cette monomanie, considérés dans leurs causes, dans leurs rapports et dans leur mode de développement, ne sortent pas du cadre pathologique ordinaire, le docteur Bourdin s'est hâté de soutenir que les sujets atteints de cette monomanie ne sont pas sciemment coupables ni envers eux, ni envers la société, et que l'on doit par conséquent les plaindre ou les défendre plutôt que les punir en flétrissant leurs dépouilles. M. Bourdin a-t-il tort ou raison? Nous soutenons qu'il a raison, s'il est prouvé que le suicide est un acte de folie ou d'aliénation mentale. Or, nous le demandons au plus simple bon sens, je dirais presque au gros bon sens de tous: Peut-on ne pas regarder comme une folie, et même comme la plus folle de toutes, celle qui est caractérisée par l'aliénation de l'instinct si vivace et si intelligent de la conservation, par la dissolution ou la perte de cet amour intime de nous-mêmes sur lequel se brode toute notre existence rel gieuse et morale, et qui nous fait chérir la vie dans le présent comme dans l'éternité. En vérité, si l'homme n'est pas malade quand il apprête lui-même ses funérailles; si, lorsque de ses mains homicides il consomme froidement et brutalement sa perte, il n'est pas décidément aliéné, en vérité, j'ose le dire, il ne l'est jamais, et il faut très certainement ouvrir vos cabanons; car il n'y a plus de fous sur la terre, à moins pourtant que ce ne soient les tuteurs et les guérisseurs de fous.

Du reste, sachez le bien, on est fou très souvent avec conscience. En effet, on sait que l'on fait mal, on sait que l'on a tort, mais on sait encore plus et encore mieux que l'on ne saurait faire autrement et que l'on est fatalement emporté par un entraînement irrésistible. Dans ce moment, l'âme humaine n'a plus de prise suffisante sur les organes qu'elle commande ordinairement; ils lui échappent véritablement, et, pendant cette tourmente, elle assiste à la dissolution de société du corps et des forces qui le dirigent et qui l'animent. Mais elle est étrangère à ce désordre et par conséquent elle n'est pas coupable. Cet état de l'âme est parfaitement bien décrit dans les livres saints, et c'est dans ce sens que les pères de l'église ont dit: « Excusantur » Samson, Eleazar Razias, et plures qui honorantur ut martyres, licet » mortem sibi intulerint quia præsumuntur ita egisse ex divina inspi- » ratione vel ex errore invincibili. »

Le docteur Bourdin a passé en revue, dans son livre, l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie et la thérapeutique du suicide. Parmi les différentes causes du suicide, il en est une qu'il nous semble avoir oubliée: nous voulons parler de l'influence qu'exerce la manie actuelle de tout confier au public par la voie des journaux;... tout... Jusqu'aux misères des fous, devant lesquelles la pudeur, la prudence et le respect s'arrêtaient autrefois. Aujourd'hui tout est changé; les feuilles publiques regorgent de détails intimes à ce sujet, et l'on cause publiquement des fous à en rendre fous bientôt ceux qui écoutent.

M. Bourdin divise le traitement de la monomanie suicide en traitement physique et en traitement moral; et il fait entrer avec raison dans ce dernier toutes les consolations de la religion. Voici comment il s'exprime; ce fragment que nous lui empruntons donnera une juste idée de l'élévation et de la puissante élégance de son style. « De toutes les doctrines, dit-il, qui ont régné dans le monde, nulle ne contient d'aussi riches trésors de mansuétude et de miséricorde; nulle ne peut mieux remplir l'esprit humain et le dominer que la sublime doctrine de l'Evangile. Elle donne aux faibles la force; aux puissants, l'humilité; aux malheureux, la résignation; aux coupables, le pardon; à tous, l'espérance. Elle aide à supporter les angoisses de la misère, les tortures des passions, le supplice des positions hérissées de dangers et d'épreuves douloureuses; elle fortifie l'âme contre toutes les souffrances, rend le désespoir impossible et apprend à supporter avec résignation les vicissitudes de la vie. »

Nous venons d'abord en courant un des sujets les plus palpitants d'intérêt, un de ceux sur lesquels la science amassée depuis longtemps a encore beaucoup de choses à nous apprendre. Espérons qu'elle ne tera pas défaut, nous avons le droit d'y compter; car de nouveaux moyens d'exploration viennent d'être ouverts aux observateurs par le docteur Moreau, de Tours. Il a fait connaître dans un livre très curieux l'action de l'extrait de chanvre indien (le haschich) sur l'organe de la pensée. Il a prouvé que cette substance possède la propriété de mettre subitement et passagèrement dans la condition d'un halluciné celui qui en prend quelques grammes. Répétons et continuons les expériences du docteur Moreau, classons bien nos idées, généralisons-les, passons sagement ensuite aux applications et alors nous arriverons vraisemblablement à des résultats très satisfaisants.

Quoi qu'il en soit, et pour rentrer dans mon sujet, nous pouvons dès aujourd'hui classer le livre du docteur Bourdin au rang des meilleures monographies qui aient paru sur le suicide.

Dr Ed. Auber.

Des atteintes de goutte qui ne se renouvellent, hélas! que trop souvent chez le vénérable doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, et qui lui enlèvent cette activité si nécessaire pour diriger une administration quelconque, ont empêché M. Caizergues d'aller à Paris, où il avait été appelé pour faire partie de la haute Commission des études médicales. Cette circonstance est d'autant plus fâcheuse, qu'elle réduit à deux le nombre des membres de la Faculté de médecine de Montpellier dans une assemblée où le ministre de l'instruction publique avait bien voulu en admettre trois.

(*Gaz. méd. de Montpellier.*)

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 10. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 23 JANVIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux faits qui se rattachent à l'histoire des fistules uro-génitales, méritent d'être signalés.

L'un est relatif aux variétés de ces fistules, auxquelles il faudrait en ajouter une. L'autre, plus important encore, est relatif au traitement.

Commençons par la nouvelle variété de fistules uro-génitales. L'expression que nous venons d'employer répond à un besoin. Si, en effet, la variété dont il s'agit est certaine, et l'on verra qu'il y a de grandes raisons de l'admettre, elle constituera le troisième cas, dans lequel l'urine peut s'écouler par les voies génitales. En effet, elle peut s'échapper par le vagin communiquant avec la vessie, ce qui est le cas le plus commun (fistule vésico-vaginale); par le vagin communiquant avec l'urètre, ce qui est le cas le moins fâcheux (fistule urétro-vaginale); enfin, elle peut, d'après l'observation que nous allons rapporter, prendre son issue par l'utérus en communication avec l'un des uretères (fistule urétéro-utérine). Ces variétés constitueraient la classe des fistules uro génitales.

On se rappellera peut-être que nous avons indiqué, dans le temps, l'observation de fistule urétéro-utérine qui va être résumée. Nous n'avions pas exposé les détails de ce fait curieux, ayant été averti de l'intention dans laquelle se trouvait l'interne du service, M. Trifet, de la publier dans sa thèse inaugurale.

Cette publication ne doit pas nous empêcher de revenir aujourd'hui sur un cas qui mérite toute l'attention des chirurgiens.

Une femme âgée de quarante ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 5 mars 1845 (service de M. A. Bérard). Mariée à trente-deux ans, elle a eu son premier enfant à trente-six. Deux ans après, elle eut une seconde couche. Le travail, cette fois, dura près de trois jours. Le forceps, à ce qu'elle rapporte, ne put être employé. Dix jours après, cette malheureuse s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin.

Voici ce que l'on observe à l'hôpital :

Plusieurs fois par jour, elle éprouve le besoin de la miction, et elle rend chaque fois une assez notable quantité d'urine. Une partie de ce liquide s'écoule incessamment par le vagin. On suppose que l'ouverture fistuleuse est très étroite, et on la cherche deux fois infructueusement. Dans une troisième exploration faite avec un gros spéculum, on voit une matière limpide suinter à travers l'orifice du col utérin. M. A. Bérard pense dès lors à une fistule vésico-utérine, et essaie de la reconnaître en introduisant une sonde dans la vessie et un stylet dans l'utérus. Quelques accidents sont la suite de cette tentative, cèdent et se renouvellent à l'occasion du placement d'une sonde à double courant dans la vessie, le professeur croyant toujours avoir affaire à une fistule vésico-utérine et voulant empêcher le contact de l'urine avec ses bords, dans l'espoir de la guérir par ce seul moyen. L'infirme était complétement rétablie de ces accidents, lorsque subitement, sans cause appréciable, elle éprouva de vives douleurs dans la région lombaire gauche. L'urine avait cessé de couler par le vagin, et il s'en accumulait dans la vessie à peu près la même quantité que les jours précédents. Au bout de trois ou quatre heures, l'urine reprit son cours par le vagin, et les douleurs lombaires cessèrent. Le même phénomène s'était déjà produit plusieurs fois, et sa signification probable se présenta aussitôt à l'esprit du chirurgien : n'y avait-il pas une communication entre l'uretère gauche et l'utérus, de telle sorte que, par une circonstance quelconque, l'orifice urétéro utérin venant à s'obstruer, et l'orifice urétéro-vésical étant probablement oblitéré, l'urine s'accumulait dans l'uretère et le rein, d'où les douleurs lombaires cessant en même temps que l'obturation accidentelle de l'ouverture urétéro-utérine? Deux expériences semblent confirmer cette supposition. Premièrement, ayant vidé la vessie et ayant recueilli exactement dans un vase l'urine rendue par l'utérus pendant deux heures, on sonda, au bout de ce temps, la vessie et on en retira une quantité de liquide égale ou presque égale à celle qui avait été rendue par l'utérus. L'urine vésicale était plus foncée que celle qui était sortie par la fistule. Secondement, on poussa dans la vessie un liquide coloré par l'indigo, ou l'y retint en pressant du doigt sur le méat urinaire, et l'on s'assura que le liquide qui sortait par l'utérus, liquide qui possédait la saveur et l'odeur de l'urine, était parfaitement incolore. Toutes ces circonstances rendent extrêmement probable, si ce n'est certaine, l'existence d'une fistule urétéro-utérine. L'art n'ayant pas de moyen curatif contre une telle affection, on se borna à faire confectionner pour cette infortunée un urinal s'adaptant exactement au col utérin et maintenu à l'aide d'une tige recourbée montée sur un bandage herniaire. Elle ne put supporter cet appareil, et fut obligée de s'en tenir à un urinal ordinaire fixé sur la cuisse et adapté à la vulve.

Si, au lieu d'être urétéro-utérine, la fistule eût été vésico-utérine, on aurait pu, dit M. Trifet, oblitérer l'orifice utérin et transformer la vessie et la matrice en réservoir urinaire. Ce serait la méthode de M. Vidal (de Cassis) appliquée à une pièce supérieure de l'appareil génital, la méthode indirecte transportée du vagin à l'utérus. Mais si l'on a pu *supposer* que l'urine refluerait du vagin, après l'occlusion artificielle de la vulve, jusque dans le péritoine, combien cette supposition acquiert de probabilité en présence de l'opération indiquée (nous ne disons pas proposée) par M. Trifet, quand l'urine serait reçue directement dans la cavité utérine dont l'ouverture normale serait fermée !

L'auteur va plus loin. Dans notre cas, reprend-il, il n'y avait pas lieu d'oblitérer le col utérin, parce que l'urine accumulée dans la matrice n'aurait point eu d'issue (elle en aurait eu une dans le péritoine). « Si on avait voulu absolument avoir recours à ce traitement, il aurait fallu primitivement établir une communication entre la vessie et la matrice, afin de permettre au liquide apporté par l'uretère dans cette dernière cavité de pouvoir retourner dans la vessie, pour être ensuite chassé par l'urètre. »

En face d'une infirmité aussi déplorable, pire que la mort pour beaucoup de femmes, on comprend bien que l'esprit du chirurgien se replie de mille façons sur lui-même, et conçoive les plus hasardeuses entreprises. Il ira d'autant plus loin dans ces conceptions, qu'il unira plus de jeunesse à l'ardent désir de remédier à un mal cruel. Mais la raison revient de ces audaces quand il faut passer de la théorie à l'application, et nous ne sommes pas destinés à voir de pareilles tentatives se réaliser.

L'observation qui vient d'être analysée est d'un certain intérêt physiologique : elle prouve que les deux reins font un travail approximativement égal, et elle confirme l'opinion accréditée en physiologie, qu'il y a une résorption de l'eau de l'urine dans la vessie. En effet, M. Bouchardat ayant, à plusieurs reprises, examiné comparativement l'urine de la vessie et celle rendue par l'utérus, a reconnu que celle-ci était moins dense et moins aqueuse. La diminution de l'eau dans l'urine vésicale pouvait être déduite de sa coloration, relativement foncée.

— Le second des deux faits que nous avons annoncés comme se rattachant à l'histoire des fistules uro-génitales, est plus important encore, avons-nous dit. Et, en effet, ce n'est pas autre chose que l'institution d'un mode de traitement de fistules, qui a donné jusqu'ici, dans les trois cas où il a été employé, des résultats inespérés.

Ce mode de traitement, créé par M. Johert (de Lamballe), qui en a fait, il y a dix-huit mois, l'objet d'une lettre à l'Académie des sciences, consiste dans l'application de l'anaplastie par glissement aux fistules vésico-vaginales.

Voici le procédé aussi hardi qu'ingénieux et rationnel de M. Johert. La paroi antérieure du vagin est détachée transversalement, au fond de la rainure vagino-utérine, du col de l'utérus, dans une étendue variable, suivant la largeur de la fistule. Par le seul effet de cette section, la paroi vaginale obéissant à la rétraction musculaire, descend; aussitôt les bords de la fistule se trouvent rapprochés naturellement, sans aucun effort de la part du chirurgien, et l'on peut être assuré que les points de suture ne seront pas tiraillés. D'abord, bien entendu, les lèvres de la solution de continuité sont avivés. Une sonde est placée dans la vessie. Nous ne donnons, quant à présent, qu'une indication sommaire de cette méthode; indication suffisante toutefois pour qu'on puisse se faire une idée de l'acquisition dont la médecine opératoire des fistules uro-génitales s'est enrichie.

— Un fait d'anatomie pathologique des plus remarquables vient de se présenter à l'hôpital du Val-de-Grâce. Un militaire, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut atteint d'une entérite folliculeuse légère, au mois de septembre dernier. Après un court séjour à l'hôpital, il sortit guéri de son entérite. Depuis cette époque il n'a pu reprendre son service, se trouvant très faible et éprouvant par intervalles des accès de céphalalgie atroce. Il rentre à l'hôpital, et M. le professeur Champouillon, dans le service duquel il est placé, constate l'état suivant : maigreur; pâleur; physionomie empreinte du sentiment d'une souffrance profonde; céphalalgie continue depuis trois jours, plus intense au niveau de la tempe gauche; fourmillements; sensation de froid dans les extrémités inférieures, quoique la peau de ces extrémités soit chaude; marche chancelante; on dirait qu'il est indécis s'il doit marcher ou s'arrêter; pouls à 45. Ces symptômes persistent; il s'y joint une paralysie incomplète de la paupière supérieure droite. Les idées sont nettes. Le patient se rend compte de

---

FEUILLETON.

CONGRÈS MÉDICAL.

Médecins étrangers. — Réponse à quelques médecins allemands;

par M. MALGAIGNE.

On sait que le Congrès médical, sur la proposition de M. Lausse-dat appuyée par M. Malgaigne, avait voté une première fois :

« Que tout médecin étranger, pour exercer en France, soit obligé » d'obtenir le titre de docteur, et en conséquence, de passer ses six » examens et sa thèse devant une Faculté du royaume. »

Il se passa alors quelque chose d'étrange. La minorité était fort nombreuse; elle réclama et obtint une nouvelle discussion, une nouvelle épreuve; le débat fut donc renouvelé le lendemain, et cette fois le Congrès confirma son premier vote par une immense majorité.

Comme nous avions pris la parole dans ce double débat, bon nombre de personnes ont cru devoir nous en attribuer le résultat. Beaucoup de nos confrères de France nous ont écrit pour nous en féliciter; et ce qui est plus remarquable, nous avons reçu des félicitations tout aussi chaudement formulées de plusieurs honorables médecins d'Angleterre et d'Italie. Mais toute médaille a son revers; à Paris même, quelques médecins humanitaires se sont *voilé la face* (textuel) dans des journaux politiques soumis à leur rédaction; on nous a dit (mais nous n'osons croire à un tel honneur) que la *Gazette universelle d'Augsbourg* nous avait administré dans ses colonnes diplomatiques un châtiment exemplaire; et un de nos amis, revenu fort à propos d'Allemagne, nous a averti de ne pas passer le Rhin. Les médecins allemands se sont montrés en effet, dans cette circonstance, beaucoup plus irascibles que tous les autres; et malgré la juste différence que nous avions pris soin de faire entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas, malgré la haute estime que nous professons pour les médecins célèbres, pour les praticiens expérimentés que l'Allemagne possède en anssi grand nombre qu'aucun autre pays, nous avons été par quelques-uns déclarés atteints et convaincus du crime de *lèse-Germanie*.

Déjà nous avons reçu, par la poste, et non affranchie, une épître allemande fort agréablement assaisonnée de reproches d'ignorance et d'illibéralité. Notre officieux correspondant nous sommait de dire où nous avions puisé les renseignements mauvais, erronés, contraires à la justice et à la vérité, avec lesquels nous avions trompé la religion du Congrès. Nous étions tout à fait disposé à lui répondre; mais un petit obstacle nous arrêta; il avait oublié de signer sa lettre. Aujourd'hui voici quelque chose de plus grave; MM. les docteurs Stromeyer et Vogt, deux beaux noms de la médecine allemande, adressent à la *Gazette médicale* les mêmes plaintes et les mêmes reproches. De plus, la Faculté de médecine de Marbourg, par l'organe de son doyen, a adressé à la *Gazette des Hôpitaux* une réclamation du même genre. De plus, le rédacteur de ce journal nous communique une autre lettre écrite dans le même sens par M. Lieven, de Dantzig. Il y en a eu d'autres encore; mais il suffira de répondre à cette triple attaque. Et d'abord, procédons par ordre de dates, et faisons droit aux réclamations de MM. Stromeyer et Vogt.

Ces messieurs commencent par rappeler cette phrase du discours incriminé, telle qu'elle a été rendue par la *Gazette des Hôpitaux*.

« Il y a en Allemagne une grande quantité d'Universités; il y en a quelques-unes qui valent quelque chose; il y en a beaucoup plus qui n'ont pas la moindre valeur, qui ne valent pas la dernière de nos Ecoles secondaires. »

A la distance où nous sommes des événements, nous n'oserions affirmer que ce ne sont pas là nos termes; mais alors ils auraient quelque peu trahi notre pensée; et nous croyons avoir dit, et nous nous faisons un devoir de répéter que plusieurs des Universités d'Allemagne pourraient soutenir le parallèle avec nos Facultés de France, et offrent même un enseignement plus complet à certains égards. Quant à celles d'un ordre opposé et qui ne valent pas certaines de nos Ecoles secondaires, MM. Stromeyer et Vogt contestent fort qu'il en existe de pareilles; c'est donc une chose à examiner.

En 1834, l'Académie royale de médecine s'occupait, sur le rapport de M. Double, de cette question des médecins étrangers. M. Lodibert disait dans ce débat :

« Je voudrais seulement que l'on n'accordât le droit d'exercer en France qu'à des médecins pourvus d'un diplôme égal à celui de nos docteurs. Je m'explique. Il y a en Allemagne, par exemple, des Universités qui reçoivent des docteurs pour tout le royaume ou le pays dont elles relèvent; il en est d'autres qui ne donnent, avec le titre de docteur, que le droit d'exercer dans une circonscription fort limitée. L'Université de Wurtzbourg, *à présent abolie*, était dans ce cas.» (Séance du 7 février 1834; *Gazette médicale*, p. 124.)

Voilà ce qu'avait dit M. Lodibert, et personne alors ne l'avait contredit. Il y avait eu quelque chose d'ajouté touchant certains diplômes délivrés au premier venu par quelques-unes de ces Universités, sans examens et sans preuves de capacités ni même d'études; et sur ce point, comme on le verra tout à l'heure, les renseignements étaient exacts. Or, aucune de nos Ecoles secondaires n'a mérité la honte d'être comparée à des Universités qui se dégraderaient à ce point; et si l'on juge l'arbre à ses fruits, on peut juger une Université aux docteurs qu'elle fabrique. Mais, sur quelques points, il paraît que M. Lodibert était dans l'erreur; ainsi, l'Université de Wurtzbourg n'est point abolie, et elle continue à fleurir; ainsi, il ne serait pas vrai que les diplômes de cette Université ne conférassent qu'un droit limité d'exercice. Que cela soit donc rectifié comme ces messieurs le désirent; nous allons voir si cela fait beaucoup au fond de la discussion.

« Le même orateur du Congrès, disent-ils, s'est encore efforcé de démontrer que le diplôme de docteur en Allemagne ne donne pas de garanties suffisantes pour la pratique; « mais il paraît ignorer que le » diplôme de docteur n'est en Allemagne qu'un grade universitaire, » et qu'il n'y a pas un seul Etat dans lequel on puisse pratiquer la » médecine sur la seule garantie d'un diplôme. »

Vraiment, oui, nous l'ignorions, et grand merci de nous l'avoir appris. M. Forget, de Strasbourg, nous avait bien dit que la plupart des médecins allemands qui exercent en Alsace n'auraient pas le droit d'exercer dans leur pays, mais nous ne savions pas que ce fût une

tout ce qu'il éprouve, et répond avec précision. Il a de l'appétit et digère bien. La maigreur fait des progrès. Le sujet tombe dans la prostration. Il est tourmenté, dans les deux derniers jours de sa vie, par des vomissements. Il couserve jusqu'au dernier moment ses facultés intellectuelles. Le pouls n'a point varié. Le traitement a été d'abord modérément antiphlogistique, ensuite révulsif. Un séton a été mis à la nuque ; on a appliqué des moxas aux tempes.

Ces détails ont été recueillis par M. Bonacorsi, chirurgien sous-aide major.

Autopsie. Cerveau dense, coloration normale. A la face inférieure du lobe gauche du cervelet, existe une tumeur encéphaloïde du volume d'un marron, très vasculaire. Une tumeur encéphaloïde du volume du poing, véritable type, se fait remarquer dans le ventricule droit, dont les parois sont denses; l'inférieure est réduite à une lame très mince. Cette tumeur tient au cerveau par des tractus médullaires; elle est, comme l'autre, très vasculaire. Les poumons sont engoués. La muqueuse de l'iléon est rouge et très ramollie ; on remarque à la fin de cet intestin quelques follicules agminés et isolés plus développés qu'à l'état normal. Nulle part il n'y a de tubercules. Obligé de nous restreindre, nous renvoyons à une prochaine occasion les considérations qne ce fait peut suggérer.

— M. Marchal (de Calvi) a guéri une névralgie trifaciale qui avait résisté à divers moyens (notamment aux vésicatoires réitérés et à l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique), à l'aide des pilules suivantes :

Sulfate de quinine,	8 décigr.
Extrait de valériane,	1 gram.
Extrait aqueux d'opium,	2 décigr.
Poudre de feuilles d'oranger,	1 gram.
Poudre de cannelle,	1 gram.
Sirop de belladone, au besoin,	q. s.

F. 30 pilules, à prendre une par heure.

A la troisième pilule, la patiente s'endormit, la douleur ayant cessé. On continua l'administration des pilules à la dose de cinq par jour, et la névralgie ne se reproduisit pas. Les dents du côté affecté sont restées agacées pendant près d'un mois.

— Le fait de diathèse syphilitique double, que nous avons signalé dans l'avant-dernière revue comme existant dans le service de M. Ricord, a été observé par M. Deville, dont personne ne contestera la compétence en matière de syphiliographie. Le malade du service de M. Ricord offre quelque chose d'analogue en ce que, après avoir eu une première fois un chancre induré suivi de l'apparition de syphilides (accidents secondaires qui furent traités par M. Ricord lui même au moyen du mercure et qui disparurent), il est rentré dernièrement à l'hôpital du Midi avec un chancre induré diagnostiqué par M. Ricord et d'autres accidents secondaires, ce qui suppose une seconde diathèse. Ainsi, la question de la diathèse syphilitique double reste telle que nous l'avions posée, avec cette différence qu'au lieu d'un fait il y en a deux.

— Le discours de M. Velpeau, auquel nous cédons de grand cœur une partie de la place qui nous était réservée, résumant d'une manière complète la discussion sur les injections iodées, on nous dispensera de revenir nous-même sur ce sujet comme nous avions promis de le faire.

X....

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Du rhumatisme articulaire aigu. De sa nature et de son traitement. Parallèle du rhumatisme et de la goutte.

(Suite du numéro du 10 janvier.)

Nous avons dit dans une précédente conférence que les saignées devaient être employées dans le rhumatisme aigu ; mais qu'il était impossible et irrationnel de les pratiquer suivant une formule toujours la même, sans avoir égard aux circonstances individuelles. Après les saignées viennent les bains, que nous préférons presque à tous les autres moyens thérapeutiques, et qui ont l'heureuse propriété de diminuer notablement les douleurs, de les dissiper quelquefois complétement. Les bains constituent donc un excellent antiphlogistique ; inutile de vous dire que ceux-là proscrivent les bains, qui ne regardent pas le rhumatisme comme une affection inflammatoire.

Il arrive un moment où l'on ne peut plus saigner le malade affecté de rhumatisme, et cependant la maladie persiste ; il faut alors recourir aux moyens empiriques; nous ne parlons pas des douches de vapeur, qui sont encore un moyen rationnel. Mais il y en a d'autres; un des plus anciens a été le traitement par l'émétique à haute dose, par la méthode dite rasorienne. Il était naturel de penser qu'il aurait de bons résultats. M. le docteur Louis Viot de La Garde a publié sur ce sujet un travail assez complet. Les résultats n'ont pas répondu à l'espérance que l'on avait conçue, et tout le monde est à peu près d'accord maintenant que la médication rasorienne doit être abandonnée.

On a proposé les narcotiques à haute dose; nous les avons essayés soit localement, par la voie endermique, soit à l'intérieur, et nous y avons également renoncé. Dans ces derniers temps, on a préconisé la teinture de colchique; quelques médecins paraissent en avoir retiré d'assez bons effets. Nous avons essayé l'huile essentielle de térébenthine, la poudre de Dower, qui ne nous ont pas semblé avoir notamment modifié la marche de la maladie. Nous ne passerons pas sous silence les diaphorétiques, les boissons chaudes, non plus que les révulsifs sur le tube digestif, les purgatifs, qui ne devront être administrés qu'avec modération, et seulement lorsqu'il y a indication positive.

Il y a quelques années, M. Martin-Solon a conseillé l'usage du nitrate de potasse à haute dose. D'après les succès qu'il avait obtenus à l'hôpital Beaujon, nous avons répété ces expérimentations, mais sans pouvoir jamais, à cause de la répugnance des malades, le porter à la dose de 40 ou 60 grammes par jour. Nous devons dire que nous n'en avons jamais retiré aucun avantage sensible. Enfin, lorsque l'affection rhumatismale est passée à l'état subaigu ou chronique, c'est à des moyens plus énergiques qu'il faut recourir, aux vésicatoires volants, aux frictions avec la pommade stibiée.

Avant de passer à l'étude des complications du rhumatisme, nous ne croyons pas déplacé de vous dire quelques mots d'un nouveau malade qui est entré dans notre service depuis quelques jours avec un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé. La clinique a ceci de bon, qu'elle fait passer sous les yeux des exemples de chaque affection comme preuves à l'appui des considérations théoriques.

Nous avons au n° 73 de la salle Saint-Jean, un jeune homme de vingt-neuf ans, d'une constitution assez délicate, d'un tempérament lymphatico-nerveux, peau fine, blanche, blond de cheveux, entré il y a quatre jours; il souffrait alors depuis quatre ou cinq jours environ; habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'affections rhumatismales. Il est boulanger; cette circonstance est à noter comme cause prédisposante du rhumatisme. Il travaille pendant la nuit à pétrir le pain, et souvent en sueur s'expose à l'air frais. Cet hiver, il habitait une petite chambre humide au rez-de-chaussée.

Il y a aujourd'hui huit jours ; il fut pris dans l'articulation radio-carpienne gauche de douleurs, de gonflement ; à la main droite, il n'y avait que quelques articulations des doigts qui fussent affectées. Depuis hier, on a pu noter un gonflement de l'articulation sterno-claviculaire, accompagné de rougeur; phénomènes d'autant plus curieux, que cette articulation est une de celles qui sont le plus rarement prises.

Le jour de l'entrée, le pouls était à 92; deux saignées furent faites. Le caillot était fortement rétracté, recouvert d'une couenne épaisse, jaune, résistante. Sous l'influence de deux autres saignées pratiquées le lendemain et le surlendemain, le pouls tomba à 72-76. Aujourd'hui, les phénomènes locaux sont grandement améliorés. La bouche est pâteuse, Soif vive, anorexie; langue un peu blanchâtre; respiration libre.

Pratiquée avec le plus grand soin, l'auscultation n'a permis de découvrir, du côté du cœur, aucun bruit de souffle, de râpe ; les bruits sont parfaitement normaux, un peu voilés et obscurs peut-être, profonds. Chaleur de la peau assez prononcée, un peu au-dessus de la température normale ; un peu de moiteur sans sueurs abondantes. Les fonctions cérébrales intactes. En somme, l'état du malade est assez satisfaisant, et tout nous fait présager une guérison prochaine.

— L'histoire de ce malade nous conduit naturellement à nous occuper de la fréquence de certaines complications du rhumatisme, que l'on a données comme constantes, opinion que nous sommes loin de partager.

Complications. — Depuis longtemps on avait signalé le souffle du cœur dans le rhumatisme articulaire, ainsi que la fréquence de la phlegmasie de la plèvre. On trouve dans la dissertation inaugurale d'un de nos collègues à la Faculté, M. Chomel, la description et l'indication des maladies du cœur comme compliquant le rhumatisme. Depuis cette époque, de nouvelles recherches ont été faites dans le même sens, et l'on est arrivé à ce résultat, que dans la maladie qui nous occupe l'existence de cette complication, du côté du centre circulatoire, serait la règle, et la non-coexistence l'exception.

On a fait de cette simultanéité des lois que l'on a données comme certaines. Nous ne pouvons disconvenir que, dans certains cas, en effet, il n'y ait quelquefois complication du côté du cœur, dans le rhumatisme articulaire. Mais notre opinion, fondée sur l'observation journalière des faits depuis plus de vingt ans, est que l'existence de cette complication est loin d'être la règle, comme on l'a prétendu.

La cause de cette erreur est sans nul doute dans les bruits de souffle que l'on entend assez souvent, en effet, dans le cœur des rhumatisants. Dans les cas de cette espèce, à moins de faire une grande attention, on sera porté à faire rentrer dans la catégorie des rhumatismes compliqués d'endocardite des faits qui sont loin d'appartenir à cette série. On entend très souvent des bruits de souffle qui ne sont liés à aucune altération organique du cœur. Laënnec a signalé, dans une multitude de cas, des bruits de soufflet qui, suivant lui, ne sont dus qu'à des états dynamiques de cet organe. Il n'est personne d'entre vous qui n'ait eu l'occasion d'observer un plus ou moins grand nombre de fois le souffle du cœur dans la chlorose, dans l'anémie, chez des sujets atteints de toute autre affection que le rhumatisme, et qui avaient été saignés abondamment.

Dans des circonstances diamétralement opposées, chez des sujets pléthoriques, on entend souvent aussi des bruits de souffle qui ne se lient nullement à une inflammation de la membrane interne du cœur. On s'est longuement étendu aussi sur les altérations organiques, que l'on a dit avoir très fréquemment rencontrées dans l'endocardite rhumatismale, les pseudomembranes, l'injection, etc. Ces lésions nous paraissent, dans un grand nombre de cas, tout au moins douteuse et contestables. En effet, on ne meurt pas ordinairement du rhumatisme articulaire aigu; la terminaison fatale est très rare à la suite de cette affection ; et dans le cas où l'on a pu examiner l'état du cœur, la mort était presque toujours due à une cause étrangère à l'affection principale.

Le rhumatisme articulaire se complique assez souvent de pleurésie, de méningo-encéphalite. Comment s'effectuent ces complications? Quel en est le mécanisme? Les anciens auteurs disaient qu'il y avait alors métastase. Si les anciens abusaient un peu trop de ce mot métastase, nous devons convenir aussi que les modernes l'ont trop complétement banni de leurs explications. Mais ici, évidemment, on ne peut admettre qu'il y ait métastase. Pour qu'il y ait métastase, il est nécessaire que les phénomènes de la maladie primitive aient, ou diminué, ou disparu complétement au moment où apparaissent les symptômes de l'affection secondaire, et au fur et à mesure qu'ils augmentent d'intensité. Or, dans les circonstances dont nous parlons, il n'en est pas ainsi ; au contraire, la maladie secondaire, quand elle existe, ne se manifeste que chez les sujets très gravement affectés, et les deux affections augmentent simultanément d'intensité.

La goutte et le rhumatisme sont-ils deux maladies identiques? La plupart des pathologistes pensent qu'elles diffè-

---

règle aussi générale, et rien, ce nous semble, ne vient si fort à l'appui de ce que nous nous sommes efforcé de démontrer, savoir : que « le diplôme de docteur obtenu en Allemagne ne donne pas de garan- » ties suffisantes pour la pratique. »

Nous avions dit que les Universités allemandes se soutiennent par la rétribution qu'elles reçoivent des élèves qui suivent leurs cours, et que, lorsque les élèves manquent, elles ont été quelquefois obligées de recourir aux expédients. MM. S. et V. répondent :

« Rien n'est plus faux. L'élève en Allemagne ne paye pas un sou » au gouvernement; les inscriptions y sont inconnues ; la rétribution » payée pour les cours appartient uniquement aux professeurs. »

En vérité, nous ne comprenons pas la logique de ces Messieurs. Quoi, la rétribution des élèves appartient uniquement aux professeurs, et cette rétribution ne sert pas à soutenir les Universités! Mais cela est de peu d'importance en comparaison de cette autre assertion que certaines Universités avaient eu recours à d'indignes expédients. Voyons ce que disent ces messieurs à cet égard :

« Trois Universités seulement, Marbourg, Giessen et Erlangen (que l'on pourrait confondre avec Wurtzbourg puisqu'elle appartient aussi au royaume de Bavière) possèdent un ancien privilége du temps du Saint-Empire romain : *ces Universités peuvent faire des promotions* IN ABSENTIA; elles ont le droit de conférer le titre de docteur sur la présentation d'une thèse seulement. Ce grade, qui ne donne aucunement le droit d'exercer la médecine dans le pays, *a été recherché par les Anglais....* »

Non, messieurs, il n'a pas été *recherché par les Anglais*, c'est par trop déguiser le fond des choses. Il a été *offert* aux Anglais, offert par la voie des annonces, sans examens, sans thèse, sans qu'il fût besoin de se déranger de chez soi, *without absence from home*; c'était un honnête docteur, nommé John Bond, docteur probablement de la même farine, qui se chargeait d'ouvrir à ses compatriotes la porte du moulin. Nous n'avons fait qu'une petite erreur en disant que le diplôme coûtait 50 livres sterling; non, vraiment, et M. Bond en offrait à 40 livres.

« Toutes nos Universités, enfin, ont le droit de donner les titres de docteur, *honoris causa*, à des hommes éminents. »

Pourquoi dire seulement *à des hommes* éminents? Ajoutez donc et *à des femmes*.

« Quant au diplôme de madame Boivin, nous croyons savoir que c'était un diplôme d'honneur; mesdames Lachapelle et Siebold ont aussi eu le grade de docteurs, cette dernière même après avoir soutenu une thèse à l'Université de Giessen. Nous ne croyons pas, quant à nous, que ces diplômes aient été indignement portés : le sexe ne fait pas la science. »

Le sexe ne fait pas la science! Cela est vrai; ni le diplôme non plus. Mais en général la loi ne reconnaît de science que lorsqu'elle est couverte par le diplôme; et en France, nous ne donnons pas de diplômes de docteur à des femmes. Nous ne donnons pas de diplômes *honoris causa*; nous donnons des diplômes sérieux, qui confèrent le droit d'exercer par tout le royaume; et voila pourquoi le Congrès médical n'a pas voulu admettre les docteurs allemands et autres sur la foi d'un titre donné quelquefois *in absentia*, fût-ce en vertu d'un privilége du Saint-Empire romain.

Passons aux conclusions :

» Nous nous résumons, Monsieur, en disant que tout ce que l'on a » avancé sur l'état des Universités en Allemagne est complétement » erroné.... »

Sauf toutefois, avec votre permission, la rétribution des élèves, la vente des diplômes, la délivrance de ces diplômes, *in absentia*, soit à des apothicaires anglais, soit à des dames françaises.

« Les raisonnements sur les garanties que peut présenter un diplô- » me de docteur allemand portent à faux, puisque ce diplôme n'est » pas même regardé dans le pays comme une garantie suffisante. »

Fort bien raisonné!

« Une connaissance plus approfondie des institutions allemandes au- » rait donc probablement conduit l'assemblée à d'autres jugements » sur l'ordre médical en Allemagne, qui, grâce à ces institutions, n'a » pas encore eu besoin d'un Congrès médical pour relever sa di- » gnité. »

MM. Stromeyer et Vogt vont trop loin; et quelle que soit notre ignorance de ce qui se passe en Allemagne, nous en savons encore assez cependant pour leur apprendre quelque chose. Nous leur recommandons l'article suivant de la *Gazette médicale de Strasbourg*, du 20 décembre :

« Ce n'est pas seulement en France qu'il est question de la réforme médicale. En Saxe, des projets du même genre occupent l'opinion publique. L'association médicale de Dresde réclame l'abolition de différentes classes de médecins, et leur réunion en une seule, assujettie aux mêmes épreuves scientifiques; « elle demande la suppression des » liens qui existent encore entre les chirurgiens et les barbiers; » elle réclame le transfert à Dresde d'une école médicale qui existe à trois lieues et demie de la capitale, et « qui est tellement pauvre en sujets » d'études anatomiques et en cas de médecine opératoire, qu'il est » absolument impossible qu'un chirurgien puisse se former en Saxe. »

Nous faisons des vœux bien sincères et tout à fait confraternels pour que les médecins de la Saxe atteignent le but de leurs efforts; mais cependant MM. Stromeyer et Vogt nous permettront de leur faire observer que depuis plus d'un demi-siècle, les barbiers font la barbe en France et rien de plus.

— Un mot maintenant à M. le doyen de la Faculté de Marbourg; c'est au sujet des diplômes offerts à prix fixe. M. le doyen a cru voir que nous avions désigné la Faculté de Marbourg comme celle qui porte cet abus au plus haut degré. Il y a ici une erreur, et certes nous n'avons jamais voulu mettre la Faculté de Marbourg, qui n'a point été affichée, à côté de celle de Giessen, qui l'a été au vu et su de toute l'Angleterre.

Nous ne perdrons pas cependant l'occasion de remercier M. le doyen d'un petit renseignement qu'il nous adresse, sous une forme un peu amère, il est vrai; mais la forme est suffisamment rachetée par le fond.

« M. Malgaigne, dit-il, a prouvé qu'il ne connaît pas du tout l'organisation des études médicales en Allemagne. »

Cela nous avait déjà été dit.

« Car, dans tous les états allemands (à la seule exception du royaume de Saxe, où le droit de pratique est joint au doctorat), les doc-

rent; et voici leurs raisons sur lesquelles ils appuient leur opinion :

La goutte, disent-ils, n'affecte que les petites articulations, celles des phalanges, par exemple; elle n'attaque que les capsules synoviales ou au moins les parties blanches des articulations. Le rhumatisme survient dans les grandes articulations; il affecte le tissu fibreux et musculaire. La goutte revient par accès ; c'est principalement pendant la nuit que les douleurs se font sentir ; le rhumatisme est continu, et les souffrances des malades ne sont pas plus vives pendant la nuit que pendant le jour. L'urine des goutteux contient toujours une forte proportion d'acide urique, principe que l'on ne retrouve pas chez les rhumatisants en quantité plus considérable qu'à l'état normal. Dans la plupart des cas, la goutte s'accompagne de lésions variées d'organes internes, et principalement de l'estomac; on rencontre chez les goutteux des symptômes gastriques qui n'existent pas chez les rhumatisants, ou qui n'existent que fort rarement et d'une manière tout exceptionnelle. Un des symptômes caractéristiques de la goutte, c'est la formation dans les articulations de ces productions tophacée si connues, qui ne se rencontrent jamais dans le rhumatisme.

La goutte est plus souvent le partage de la classe riche que celui de la classe pauvre; on a cru, avec quelque raison, pouvoir attribuer cette fréquence plus grande à la qualité et à la quantité des aliments excitants et substantiels dont les uns font usage et souvent abus, tandis que les autres en sont privés. Le rhumatisme attaque, au contraire, ceux de la classe ouvrière et peu fortunée qui, par leur position, sont souvent exposés aux intempéries des saisons et aux vicissitudes atmosphériques.

La goutte est communément héréditaire; quelquefois, chose singulière, on lui voit franchir une génération pour se porter sur la génération suivante, et dans ce cas, dit-on, c'est ordinairement la ligne féminine qu'elle franchit. La fille d'un goutteux, par exemple, n'aura pas la goutte, mais ses fils seront sujets à cette maladie.

Il est incontestablement acquis à la science qu'une hygiène convenable, un régime sobre ont sur la production de la goutte une influence très grande et peuvent modifier jusqu'à un certain point la disposition à la goutte que l'on reçoit de parents goutteux. Le rhumatisme n'est point héréditaire. C'est le plus souvent le froid qui le produit. Enfin, et c'est une raison importante qu'il faut prendre en considération, la goutte est une maladie propre à la vieillesse ou du moins à la virilité; on ne la rencontre que très rarement dans la jeunesse. C'est l'inverse de l'affection rhumatismale qui, au contraire, domine pendant la jeunesse et l'adolescence, pour cesser à l'âge viril. Ce n'est guère que dans les cas où il existe une prédisposition héréditaire que la goutte se manifeste chez de jeunes sujets.

A ces assertions, les partisans de l'opinion que le rhumatisme et la goutte ne sont qu'une seule et même maladie ont répondu : Qu'il n'était pas vrai de dire que le rhumatisme n'attaquait que les grandes articulations. Les rhumatismes des phalanges sont assez communs pour détruire cette première objection. Dans le rhumatisme, les douleurs reviennent par accès comme dans la goutte. Les urines sont aussi chargées dans l'une que dans l'autre maladie. Dans la goutte, il n'est pas démontré péremptoirement que les symptômes gastriques soient constants.

Il en est de même de la gravelle dont la coexistence n'est pas suffisamment établie plus commune dans l'une que dans l'autre affection.

Parlerons-nous des concrétions tophacées? Mais M. Requin a recueilli des observations de malades affectés de rhumatisme pur et simple, et chez lesquels on a trouvé des concrétions semblables dans les articulations. Enfin, on a objecté que les gens riches étaient plus souvent goutteux que les pauvres. Mais les riches sont aussi souvent rhumatisants que les ouvriers, et nous avons dit plus haut de quelles conditions dépendait cette différence.

Pour nous résumer en deux mots, le rhumatisme et la goutte nous semblent deux affections éminemment différentes et qu'il est impossible de ranger dans la même classe.

Sans vouloir ici faire l'histoire de la goutte, profitons de cette occasion pour vous dire quelques mots de la symptomatologie de cette affection, d'autant plus qu'il nous arrive très rarement d'en rencontrer des exemples dans les hôpitaux. Dans son état de simplicité, de régularité, d'acuité, la goutte est souvent annoncée par les phénomènes précurseurs des autres phlegmasies. Le plus ordinairement, au milieu de la nuit, l'individu que la goutte va frapper s'éveille en proie à une douleur vive, qui a son siége au gros orteil dans les cas les plus communs; cette douleur ressemble assez à une crampe ; peu intense quelquefois au début, elle devient bientôt intolérable, âcre, pulsative, lancinante; elle devient si violente que le poids le plus léger, le moindre mouvement l'exaspèrent et la rendent insupportable; et cependant, elle oblige à changer à chaque instant de position. Un frisson suivi de chaleur et de sueur accompagne souvent les accès, à la suite desquels le malade s'aperçoit de gonflement, de rougeur dans la partie qui a été le siége de la douleur. Le soir, les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité qui augmente pendant quelques jours, et décroît ensuite graduellement. Parmi les phénomènes locaux, le gonflement est celui qui persiste le plus longtemps.

Une attaque si vive, on le conçoit facilement, ne peut avoir lieu sans réaction. Aussi observe-t-on tous les symptômes généraux des maladies inflammatoires; chaleur de tout le corps, mais surtout du membre affecté, rougeur de la peau, soif vive, fréquence du pouls. Il est rare qu'une seule articulation soit prise; et si cela arrive quelquefois dans la première attaque, dans celles qui succèdent d'autres articulations se prennent simultanément ou successivement; mais les phénomènes vont en décroissant depuis l'articulation prise la première, jusqu'à celle qui l'a été en dernier lieu.

L'attaque de goutte se termine ordinairement par résolution. Une espèce de desquamation s'observe quelquefois sur la région qui a été occupée par la rougeur. Toutes les fonctions reprennent leur activité première; souvent même, le malade semble jouir d'une santé plus parfaite.

Au bout d'un temps plus ou moins long, une attaque semblable à la première se reproduit; plus tard, ces attaques se rapprochent, et ne laissent que des intervalles fort courts entre lesquels la santé n'est même pas parfaite. Elles laissent surtout de la gêne, de la roideur dans les articulations, du gonflement dans les parties, qui sont parcourues par des veines dilatées.

Deux mots encore sur les altérations pathologiques que l'on rencontre chez les sujets qui ont été à plusieurs reprises atteints d'affections goutteuses. Tantôt la synovie est très abondante, bien que conservant tous ses caractères physiologiques. D'autres fois, elle est trouble et contient des flocons opaques, comme albumineux; nous l'avons vue présenter un aspect purulent, quelquefois roui, sanguinolent. Dans certains cas, les surfaces articulaires sont sèches; alors la membrane synoviale est rouge, injectée; elle a perdu son poli, sa transparence; le cartilage participe alors à l'altération. Il est assez commun de voir le cartilage ulcéré, détruit; c'est cette altération des cartilages qui paraît être le plus ordinairement la cause du changement de direction des phalanges, et de la déformation des doigts ou des orteils. L'ankylose consécutive n'est pas rare. Souvent on trouve dans les articulations, ou autour d'elles, sous les ligaments, des concrétions irrégulières, crétacées, plus ou moins dures, comme gypseuses. Cependant, ces concrétions sont plus rares que ne pourraient le faire croire les inégalités que l'on rencontre pendant la vie sur les parties malades, inégalités produites le plus souvent par les ongles saillants des extrémités articulaires altérées par la maladie. A mesure que l'on s'éloigne du centre des articulations, les parties sont moins malades; on voit peu de concrétions en dehors des tissus fibreux qui sont eux-mêmes peu susceptibles de désorganisation. Enfin, les nodosités peuvent occuper les tendons et leurs parties environnantes; mais cette altération est assez rare. Les os voisins des parties malades participent à l'altération pathologique, ils sont mous ou friables; les muscles eux-mêmes sont fréquemment dans un état de contracture et d'atrophie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Addition à la séance du 20 janvier.

Discussion sur les injections iodées dans l'hydrocèle; discours de M. Velpeau.

La discussion soulevée par mon rapport, dit M. Velpeau, aura du moins pour avantage un résultat assez rare, et auquel l'Académie ne s'attendait peut-être pas. C'est que si mes honorables adversaires ont lieu d'en être satisfaits, je ne puis pour mon compte que m'en applaudir vivement. Ajouterai-je que le public, que la pratique chirurgicale y auront gagné quelque chose. Mais pour la résumer, pour mettre chacun à même d'en apprécier la valeur, j'ai besoin de rétablir les faits, attendu qu'ils n'ont été jusqu'ici que très incomplétement exposés, et que, mal connus, plusieurs d'entre eux sont loin d'avoir été présentés sous leur véritable jour.

Ainsi qu'il arrive presque toujours, lorsque beaucoup de personnes se mêlent à une question scientifique au sein des académies, le débat actuel est promptement sorti du cercle où je m'étais d'abord renfermé, pour s'étendre à une foule de données que j'avais à peine énoncées sous la forme de simples propositions. Aussi me trouvai-je forcément conduit maintenant à remettre complétement en lumière les questions auxquelles je n'avais fait que toucher en passant.

Lorsqu'il y a douze ou quinze ans je voulus reprendre la thérapeutique des hydrocèles, j'expérimentais comparativement tous les moyens dont on avait fait l'éloge, et dont l'usage me semblait au moins dépourvu de dangers. Traverser la tumeur à l'aide d'une longue aiguille ou d'une canule très fine, à la manière des Indiens ou de M. Monro; pratiquer une simple acupuncture du kyste au moyen d'une aiguille à coudre, comme le veut M. Lewis; placer au travers de l'hydrocèle un ou deux fils en forme de séton très fin, étaient des opérations simples que j'essayai plusieurs fois, et auxquelles je renonçai bientôt. Les injections avec les matières ou les liquides variés que divers praticiens avaient déjà vantés ne m'occupèrent pas longtemps, attendu qu'elles me parurent toutes inférieures en efficacité à l'injection vineuse. Cependant, frappé comme ses partisans les plus absolus, des quelques inconvénients reprochés au vin chaud, je continuais de chercher afin de voir si on n'obtiendrait pas d'une autre substance tous les avantages attribués à celle-ci, sans en avoir les désagréments. L'eau-de-vie camphrée, l'eau-de-vie simple, que j'avais vu mettre en usage autrefois par M. J. Cloquet et que j'essayai à mon tour, me donna des résultats déjà assez encourageants, quoi qu'ils me parussent dans le principe un peu moins souvent heureux que ceux qui appartiennent au vin.

Une des circonstances qui me portèrent à faire tant d'essais pour une maladie en réalité si simple et d'une guérison si facile, c'était la nécessité où l'on se trouve quand on se sert du vin : 1° de faire chauffer ce liquide, séance tenante, à une température de 30 et quelques degrés, et par conséquent d'avoir un réchaud, du charbon, un soufflet et du feu; 2° de faire dans le kyste deux ou trois injections à quatre ou six minutes d'intervalle, et de le remplir de vin chaud jusqu'à ce que le malade éprouve de vives douleurs jusque dans les reins; 3° de retirer jusqu'à la dernière goutte le liquide injecté, afin de prévenir toute infiltration de ce liquide par la piqûre du trocart; 4° d'exciter ensuite au moyen de compresses imbibées de vin une inflammation assez vive dans la tumeur, pour provoquer de la fièvre et quelque apparence de phlegmon pendant une semaine. D'un autre côté, n'ayant pas d'opinion faite sur l'efficacité des autres liquides, j'invoquai les analogies, et je supposai que les préparations d'iode, si souvent employées comme moyen résolutif à l'extérieur, une fois associées à l'alcool, qui produit très bien par lui-même l'inflammation adhésive des cavités séreuses, on aurait un liquide très efficace dans le traitement de l'hydrocèle. Je me demandai en même temps si, déposé dans la tunique vaginale, ce liquide n'aurait pas une action résolutive plus marquée qu'aucun autre médicament quand l'hydrocèle se trouve compliquée d'engorgement testiculaire.

J'en étais pour ainsi dire encore au début de mes essais, lorsque, succédant à M. Roux, je pris le service chirurgical de l'hôpital de la Charité, et par suite d'une de ces rencontres, de ces bizarreries que le hasard se plaît si souvent à étaler devant les hommes, je trouvai là deux malades opérés depuis quelque temps par l'injection vineuse, chez lesquels il y eut récidive, et que j'opérai par l'injection iodée six semaines après leur première opération. Il est bon de dire que l'efficacité de l'injection iodée me parut bientôt si constante, que je ne tardai pas à mettre de côté toutes les autres. L'ayant mise en usage chez des malades de tout âge et de toute constitution pour des hydrocèles de toute espèce, grosses, petites, anciennes, récentes, avec le même succès, je voulus envisager la question sous tous ses faces. J'ai employé la teinture d'iode du Codex, dans les proportions d'un cinquième ou d'un sixième, d'un quart, d'un tiers ou par moitié avec de l'eau; je l'ai employée pure, je l'ai mêlée à la sérosité de l'hydrocèle, soit dans le kyste, soit hors du kyste, et j'ai vu avec autant de satisfaction que de surprise, que de toutes façons elle constituait un excellent remède. Toutefois, comme il m'a semblé que la guérison était un peu lente quand les proportions de teinture d'iode étaient faibles, et que l'inflammation était parfois trop vive quand je l'em-

---

teurs reçus par les Facultés doivent subir un nouvel examen (*staets examen*) devant des commissions indépendantes des Universités, pour obtenir le droit d'exercer. »

Ce qui nous frappe d'abord, c'est que déjà la Saxe fait exception à la règle que MM. Stromeyer et Vogt nous donnaient comme générale. D'où il suit que M. Malgaigne n'est pas le seul qui soit mal informé de l'organisation médicale allemande; et qu'avant de le gourmander si sévèrement, quelques-uns de ses adversaires auraient bien fait de commencer par s'interroger eux-mêmes. Et M. le doyen de Marbourg est-il bien sûr lui-même de ce qui se passe dans *tous* les Etats allemands, sauf la Saxe? D'après ce qui nous a été rapporté naguère, l'Autriche a aussi ses règles particulières; et là avant d'avoir le permis d'exercer, il faut, fût-on docteur de Prusse, passer trois années à suivre les hôpitaux autrichiens; nouvelle preuve de la valeur des diplômes de docteurs allemands.

M. le doyen, après avoir défendu la Faculté de Marbourg, qui n'a distribué que fort peu de diplômes *in absentia*, croit devoir dire quelque chose en faveur des autres.

« S'il y a encore quelques Universités allemandes qui donnent des diplômes à des personnes qui n'ont pas passé un examen chez elles, nous doutons que cela se soit jamais fait sans que les docteurs créés *en absence* aient donné des preuves de leur instruction dans les sciences médicales. »

Vous doutez! Mais, monsieur le doyen, alors *vous ne connaissez pas du tout* ce qui se passe en Allemagne. Vous doutez! Et il faut bien dire ici que d'autres médecins allemands, jaloux de l'honneur de leur pays, ont déclaré, ont affirmé de vive voix et par écrit, que le sieur Bond était un faussaire, qu'il falsifiait les diplômes et les signatures de la Faculté de Giessen. Or, un docteur de cette fabrique (nous ne trouvons pas d'autre terme) a craint, en effet, d'avoir été la dupe d'un faussaire, et a écrit pour s'en éclaircir à la docte Faculté. Voici la réponse du doyen telle qu'elle a été publiée dans le *Medical Times* du 10 janvier, et nous pouvons ajouter qu'on nous a offert de mettre à notre disposition l'original. Voici cette réponse incroyable, et nous ne saurions dire à quel point nous avons été contristé en relisant la lettre et la signature.

« Honoré Monsieur,

« Je m'empresse de vous informer que le diplôme de docteur en médecine que vous avez entre les mains, daté du ......, *a été délivré par cette Faculté, et est parfaitement authentique*. Le degré de docteur est à vous, et vous a été conféré en conséquence des enquêtes instituées, des certificats transmis *par votre agent*, et aussi de votre excellente thèse sur ..... La Faculté médicale de cette Université n'a pas, je l'affirme très nettement, d'agent pour la vente ou l'achat du degré de docteur; et si, *au lieu de 25 livres sterling, le prix accoutumé*, vous avez payé 80 livres, vous avez été PLUMÉ (*fleeced*) par la personne que vous avez employée.

» Je suis, etc.. Le Dr Justus LIEBIG.

» Giessen, 16 décembre 1845. »

— Que dirons-nous maintenant à M. Liéven? M. Liéven nous demande si nous ignorons l'existence de Liebig, de Textor, de Tiedmann, de Dieffenbach, etc., et ajoute que nous avons grand tort de les signaler comme des *barbares*. Il est facile de se donner raison avec des arguments de cette force. Nous connaissons, nous admirons les hommes illustres de l'Allemagne; nous nous félicitons d'en compter plusieurs parmi nos amis; et au-dessous d'eux nous portons une sincère estime aux praticiens honnêtes et éclairés de l'Allemagne, parmi lesquels se place sans doute M. Liéven. Mais des ignorans et des charlatans qui, n'ayant pas le droit d'exercer dans leur pays, viennent inonder nos départements de l'Alsace, faire à nos docteurs une concurrence illégale, et faire leur éducation pratique aux dépens de nos concitoyens; voilà ce que nous avons appelé une *invasion de barbares*, contre laquelle il est temps de garantir notre pays; et nous conjurons enfin les véritables médecins de l'Allemagne de ne pas se faire à eux-mêmes cet outrage, de croire qu'on ait jamais voulu les confondre avec des hommes dont eux-mêmes, dans leur pays, désavoueraient la douteuse confraternité.

Un dernier mot pour terminer. Ceux que la décision du Congrès a froissés dans leur opinion, dans leur amour-propre ou dans leurs intérêts, cherchent à se faire illusion, et se figurent que cette décision a été l'œuvre de quelques hommes, et qu'elle est sortie à l'improviste de quelques heures de débat. Qu'ils le sachent donc; toutes les sociétés médicales, toutes les réunions qui ont précédé le Congrès ont réclamé de sérieuses garanties contre l'invasion des médecins étrangers; elles n'ont hésité que sur le choix. Or la grande majorité s'était déclarée, comme le Congrès, pour le droit commun; et lorsque nous soutenions le droit commun, nous étions appuyés par avance par les Sociétés de médecine d'Angers, de Beauvais, de Lille, de Strasbourg, de la Moselle, de l'Yonne; par les associations ou réunions médicales de l'Allier, de Châteauroux, des Côtes-du-Nord, de Saint-Flour, de Gannat, des Sables-d'Olonne, de Valenciennes, du Bas-Rhin, etc., etc. Et que nos confrères d'outre-Rhin nous permettent en finissant de leur dire :

Nous tendons une main confraternelle à tous les hommes d'une science réelle; nous repoussons, de quelque part qu'ils viennent, les ignorants et les charlatans.

— Une question de médecine vétérinaire, fort importante pour la cavalerie et pour l'avenir de la race chevaline en France, vient d'être mise au concours, pour 1846, par M. le ministre de la guerre. La question dont la solution est demandée est celle-ci : « Des Maladies » typhoïdes dans l'espèce chevaline, et spécialement sur les chevaux » de l'armée; en connaître les causes; savoir si la maladie est épidé» mique; apprécier les méthodes expérimentées jusqu'à ce jour; indi» quer de nouveaux moyens curatifs. »

A diverses époques déjà, les vétérinaires avaient signalé et décrit des maladies typhoïdes dans les chevaux de troupes; mais cette question n'avait jamais été l'objet de recherches sérieuses et approfondies. Le but du concours ouvert par le ministre de la guerre est d'appeler l'attention sur cette importante partie de la médecine vétérinaire.

ployais pure, je me suis arrêté, sans tenir beaucoup cependant à cette formule, à un mélange par moitié de teinture et d'eau, ou d'un tiers de teinture et de deux tiers d'eau, en ayant soin néanmoins d'augmenter la proportion de teinture quand les tissus ou les malades semblent peu excitables, et de la diminuer dans les cas contraires. Je n'ai point fait usage de l'eau distillée ni d'eau chaude, non que j'aie à en contester l'égale efficacité, mais parce que l'eau simple, d'un emploi général plus commode, m'a d'ailleurs toujours suffi.

Je trouvai pour premier avantage à cette méthode, de rendre l'opération de l'hydrocèle d'une extrême simplicité. Il me suffit de faire entrer quelques cuillerées du liquide médicamenteux dans le kyste que je ne remplis jamais, afin que ce liquide puisse toucher tous les points de la cavité séreuse; je secoue le scrotum avec la main, comme s'il s'agissait d'une bouteille qu'on veut laver et nettoyer, et cela pendant une demi-minute environ. Je laisse aussitôt le liquide ressortir par la canule, mais sous l'influence de la simple rétractilité des bourses, et sans exercer sur elles la moindre pression. Je retire alors l'instrument, en laissant une portion de la teinture d'iode dans le kyste, et l'opération se trouve terminée. Le malade retourne à son lit; on lui tient les bourses mollement relevées, et aucune application médicamenteuse n'est utile. En général, les malades ne souffrent pas ou souffrent à peine pendant l'injection. Quelques-uns cependant se plaignent assez vivement. Il en est de même pour la suite. Pendant trois ou quatre jours l'irritation augmente dans la tumeur, qui reprend peu à peu une partie ou la totalité de son volume antérieur. Elle reste, à partir de là, dans un état stationnaire quelques jours encore, puis elle commence à diminuer, et une fois la résolution commencée, il est inouï qu'elle ne se continue pas sans interruption jusqu'à guérison complète, guérison qui a lieu, règle générale, du douzième au trentième jour. Dans quelques cas tout était fini avant la fin de la seconde semaine; dans d'autres aussi il a fallu attendre cinq semaines, et une fois même jusqu'à deux mois. La plupart de mes malades ont si peu souffert, ont eu si peu de réaction fébrile, qu'ils ont pu ou qu'ils auraient pu ne pas rester au lit, ne rien changer à leur régime habituel. Il est au moins très rare qu'ils souffrent encore après le quatrième ou le cinquième jour. A ce sujet, je pourrais citer un homme du monde que j'ai opéré en présence des docteurs Sicette, Saint-Nicolas, un magistrat longtemps traité par M. Marjolin, un malade de la clientèle de M. Paulin, un habitant de la Havane bien connu de M. Andral père, un des amis de M. Allard, un client de M. Cazenave, une connaissance de M. Dubois (d'Amiens), etc., qui n'ont ni souffert, ni éprouvé de fièvre, qui se sont levés, et dont quelques-uns même sont sortis de chez eux dès le cinquième et le sixième jour de l'opération. Faut-il ajouter qu'un certain nombre d'autres sont venus se faire opérer à l'hôpital pour s'en retourner immédiatement chez eux, et que l'un de ceux-là exerçant la profession de charron n'a pas cessé un jour de se livrer à ses travaux. Je n'ai jamais dit qu'il en fût toujours ainsi, qu'il fût prudent de prendre aussi peu de précautions; mais enfin il est positif que les choses se passent souvent de la sorte.

Le seul inconvénient de la teinture d'iode avait été jusque-là de ne pas se maintenir en solution dans l'eau, de laisser précipiter l'iode dans la seringue et de salir les instruments, de jaunir les doigts. Ajoutant un peu d'iodure de potassium, comme on le fait depuis longtemps à l'occasion de quelques autres maladies, comme M. Pétréquin l'a spécialement proposé pour l'hydrocèle, on rend cette précipitation de l'iode à peu près impossible. Toutefois, ayant l'habitude de ne faire le mélange qu'au moment de l'opération et de secouer le liquide dans la seringue même avant de l'injecter, je n'ai pas accordé une grande importance à cette précaution. D'ailleurs, que la teinture d'iode ait donné lieu à un précipité ou qu'elle soit restée dissoute, qu'elle ait été mêlée à l'eau avant ou après l'injection, que je l'aie fait prendre à la pharmacie centrale ou dans les pharmacies de la ville, quelle qu'en ait été l'espèce en un mot, elle m'a constamment donné les mêmes résultats, ce qui ne veut pas dire néanmoins que les remarques de M. Guibourt doivent être négligées, qu'il ne serait pas bon de suivre les indications posées par ce chimiste mardi dernier.

Je le demande, n'avais-je pas lieu d'être enhardi par de tels résultats? Et quand on remarque que des malades dont le testicule était doublé, triplé de volume même, guérissaient de cet engorgement du même coup que de l'hydrocèle, n'était-il pas permis de continuer mes essais? Cette efficacité des injections iodées dans l'hydrocèle compliquée d'engorgement est tellement ordinaire, qu'il n'y a guère que les gonflements syphilitiques, cancéreux ou tuberculeux très avancés qui leur résistent. Des testicules en fonte tuberculeuse, ulcérée, accompagnée d'hydrocèle, ont ainsi cédé dans mon service à des injections iodées au vu et au su de tout le monde. Récemment encore, au mois de novembre dernier, un homme, qui avait eu plusieurs abcès tuberculeux dans le testicule droit et qui gardait depuis six mois un ulcère fistuleux de même nature venant de l'épididyme, fut admis dans ma division et me permit de constater qu'il existait en même temps chez lui un hydrocèle de la tunique vaginale. J'eus recours à l'injection iodée, et, dans l'espace d'un mois, cet homme fut guéri à la fois de son hydrocèle et de son ulcère. Ajoutez que chez certains malades, dont l'hydrocèle formait la moindre partie de la tumeur, qui présentaient la plupart des caractères du sarcocèle encéphaloïde ou tuberculeux, si l'injection iodée n'a pas dissipé l'engorgement, elle a plutôt amoindri pour quelque temps qu'augmenté la gravité du mal; comme Boyer et son école soutiennent que, s'il y a en même temps qu'hydrocèle un engorgement bosselé avec déformation du testicule, l'injection vineuse ne ferait que hâter la dégénérescence cancéreuse du mal, on m'accordera qu'il faut savoir gré à l'injection iodée de produire des effets tout différents.

Cette guérison presque inattendue d'engorgement, que tant de praticiens combattent et veulent faire disparaître avant de traiter l'hydrocèle, est un fait que le vin chaud procure aussi quelquefois, mais que les injections iodées rendent aujourd'hui aussi fréquent qu'incontestable.

Une tentative en engendre naturellement quelques autres. Je suis donc passé de l'hydrocèle à l'hématocèle, c'est-à-dire à ces collections de matière liquide, couleur de café ou de chocolat, accompagnées d'épaississement, d'induration de la tunique vaginale. Un manque de précautions me força pour ainsi dire la main dans mon premier essai de ce genre. Arrivé pour l'opérer d'une hydrocèle près d'un homme du monde que soignait M. le docteur Rivaillé, il me vint quelques doutes sur la nature du liquide contenu dans la tumeur. Cependant, après en avoir fait part à mon confrère, je procédai à la ponction immédiatement, afin de ne pas alarmer par mon incertitude et le malade et sa famille. Un verre de matière noire, roussâtre, sortit par la canule du trois-quart, et fut aussitôt remplacé par une injection d'eau iodée. Fort inquiet des suites de cette opération, nous crûmes devoir avertir les parents du malade que le cas n'était pas ordinaire, et que peut-être serions-nous forcé de pratiquer quelques incisions sur la tumeur au bout d'un certain nombre de jours. Eh bien, il ne survint aucune sorte d'accident; et le malade, naturellement très craintif et d'une santé fort délicate, guérit aussi vite et aussi simplement que s'il eût été affecté d'une hydrocèle ordinaire. Aussi n'ai-je plus manqué depuis de traiter de la même manière toutes les hématocèles purement liquides que j'ai rencontrées, réservant les incisions et autres opérations sanglantes conseillées jusque-là en pareil cas, pour les hématocèles qui contiennent une certaine quantité de grumeaux, de pelotons, de fibrine, ou de sang concret. Non-seulement j'ai réussi de cette façon dans les hématocèles de la tunique vaginale, mais encore dans les kystes hématiques liquides de toutes les autres régions du corps. Si l'on veut bien comparer la simplicité, la bénignité de l'opération dont je parle, à la gravité des opérations chirurgicales que les chirurgiens mettaient en usage auparavant, on verra si elle mérite le blâme que quelques personnes voudraient déverser sur elle.

Enhardi par tous ces faits, je n'hésitai plus à traiter les hydrocèles enkystées du cordon par l'injection iodée, absolument comme l'hydrocèle de la tunique vaginale, et je vis bientôt que les craintes de Boyer à ce sujet étaient mal fondées, au moins en ce qui concerne la teinture d'iode. J'ai effectivement opéré de la sorte quatorze ou quinze malades, et constamment, oui constamment la guérison a été prompte, définitive, sans accident aucun.

De là je passai à l'hydrocèle qui s'établit quelquefois dans de vieux sacs herniaires dont le collet s'est oblitéré, et ce fut avec le même succès, avec la même innocuité que j'opérai ainsi trois femmes atteintes d'hydrocèle crurale, deux hommes affectés d'hydrocèle inguinale.

Des résultats aussi constamment favorables étaient bien de nature, on en conviendra, à m'inspirer de la confiance, à me donner de la hardiesse. J'osai, en conséquence, traiter aussi par l'injection iodée l'hydrocèle congénitale; je l'ai fait en ville sur un enfant de la clientèle de M. le docteur Fèvre, et chez un autre garçon que traitait M. Godin. Je l'ai fait aussi deux fois à l'hôpital, et cette opération, qu'un de mes honorables adversaires qualifie d'irrationnelle et de meurtrière, en parlant des injections irritantes en général, n'a été suivie chez mes quatre malades d'aucune sorte d'accident, a déterminé une guérison complète, radicale, avec la même simplicité que s'il se fût agi d'une hydrocèle simple.

Bien plus, j'ai injecté la teinture d'iode dans des sacs herniaires, transformés en hydrocèle à l'occasion de hernies étranglées, dont on avait chassé l'intestin et dont le collet restait obturé par une masse d'épiploon. Or, les deux malades traités de la sorte à la Charité n'ont éprouvé aucun accident; leur sac herniaire s'est oblitéré, et j'ai pu les croire radicalement guéris de leur hernie pendant quelques mois. Malheureusement ce dernier fait ne s'est pas maintenu, et une nouvelle portion du péritoine a été entraînée plus tard par les viscères qui ont fini par former de nouveau hernie, par exiger un bandage contentif, mais sans que l'hydrocèle soit revenue.

On le voit, j'étais déjà bien près du péritoine, et pourtant jamais la moindre menace de danger chez ces malades. Il me parut dès lors permis de tenter avec réserve, avec prudence les chances d'une injection iodée dans le sac des hernies réductibles, afin d'obtenir la cure radicale de cette ennuyeuse infirmité. Là je fus arrêté un instant par le manuel opératoire. Un sac herniaire vide n'est pas, en effet, comme un kyste quelconque rempli de liquide facile à ouvrir au moyen d'un trois-quarts. Je fus donc obligé de me servir du bistouri pour arriver dans la cavité de la hernie. Deux malades opérés de la sorte, c'est-à-dire à l'aide d'incision et sans que je fusse bien certain que le liquide iodé fût arrivé dans la cavité du sac, n'éprouvèrent pas d'accidents immédiats. Mais la hernie ne se trouva point guérie. Au bout de deux mois, alors que nous ne pensions plus à l'opération, l'un d'eux fut pris d'un rhumatisme articulaire général qui dura longtemps, et finalement d'une leucophlegmasie dont il mourut au bout de six mois. L'autre eut, au bout de 20 jours, un phlegmon sous-cutané qu'il fallut inciser et qui guérit promptement. On ne peut sans doute tirer aucune conclusion rigoureuse de ces deux faits. Mais un malade, affecté d'une énorme hernie crurale et qui s'est présenté en 1834 à l'hôpital de la Charité, a levé tous les doutes sur ce point. Le sac herniaire chez lui était si large qu'en pinçant ses parois et en les écartant par trois régions opposées je parvins à le tendre si complétement que la ponction et l'injection, à l'aide d'un trois-quart, en furent tout aussi facile que celle d'un hydrocèle.

Une compression établie sur la fosse iliaque servit de limite à l'inflammation, et toutes les personnes qui suivent l'hôpital ont pu s'assurer que le sac herniaire de cet homme s'est enflammé, gonflé, puis réduit et oblitéré, sans la moindre apparence de danger, de réaction sérieuse. Un pas de plus, et j'entrai dans le péritoine avec les injections iodées. Ce pas, je n'ai pas osé le faire cependant. Les portes de cette immense cavité m'étaient ouvertes, et je n'ai pas cru devoir en profiter. Il m'est venu à la pensée d'en explorer les contours, d'attaquer une foule d'autres cavités séreuses avant d'en venir à celle-là. C'est au kyste de la mamelle que je me suis dès lors adressé. Un jeune homme qui portait un kyste séreux du volume du poing en dehors du sein droit, l'épouse d'un médecin de Tonnerre, la belle-mère d'un médecin de Boulogne, qui avaient des kystes séreux dans la mamelle même, ont été guéris par l'injection iodée, c'est-à-dire par une simple piqûre et sans réaction notable, guéris radicalement en moins de trois semaines. Et pourtant il s'agissait chez ces malades, de tumeurs qu'on traitait depuis longtemps, qu'on voulait fendre ou extirper. J'ai fait la même chose pour des kystes séreux de volume considérable du creux de l'aisselle.

(La suite au prochain numéro.)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 11. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Gangrène spontanée.

Le malade couché au n° 18 de la salle Saint-Paul nous présente une gangrène du petit orteil du pied gauche. Cette affection est bien manifeste, et nous n'avons pas à nous occuper ici du diagnostic. La maladie est caractérisée de la manière la plus complète. La presque totalité de l'orteil est d'une couleur noire, insensible au toucher, sèche comme un morceau de bois; le malade nous a dit n'y éprouver aucune douleur; bien plus, il paraît tout à fait insensible aux piqûres ou pincements, et l'on peut y enfoncer une épingle assez profondément sans qu'il accuse aucune sensation pénible.

La partie qui est le siége de cette gangrène ne répand aucune odeur fétide. Mais nous devons noter qu'elle n'est pas humide, que l'orteil malade ne tombe pas en dissolution; il est donc tout simple que l'odeur soit tout à fait nulle. Il n'y a que la gangrène humide qui donne lieu à cette odeur caractéristique si connue, que l'on n'oublie point une fois qu'on a pu la sentir une seule fois. Cet homme, interrogé sur les causes auxquelles il rapporte ou croit devoir rapporter la maladie dont il est atteint, nous a dit avoir porté pendant quelque temps une chaussure trop étroite qui le gênait pendant la marche. Nous avons à examiner ici si la cause à laquelle le sujet rattache la production de cette gangrène, a été en effet la cause réelle et unique de cette altération. Voici comment est survenue la lésion de l'orteil affecté.

D'abord la partie est devenue rouge, douloureuse; c'est surtout à l'extrémité de l'orteil que la sensibilité était exagérée. De rosée qu'elle était au commencement, la teinte est bientôt passée au rouge-cerise, comme érysipélateux, puis au bout de quelque temps, au brun-noirâtre; à ce moment, la douleur a cessé. La teinte noire est devenue plus intense, s'est propagée de plus en plus en étendue, et maintenant elle a atteint l'articulation métatarso-phalangienne. Une particularité digne de remarque, c'est que cette maladie, dont le résultat définitif devait être l'abolition de la sensibilité, a commencé par quelques-uns des symptômes qui caractérisent l'inflammation. Les gangrènes dites spontanées dépendent presque toujours d'une artérite, et débutent de la même manière que celle dont nous venons de vous entretenir. En outre, et comme celle à laquelle nous avons affaire dans le cas actuel, elles sont caractérisées par une sorte de momification; il y a gangrène sèche. Lorsque l'oblitération du système artériel empêche le sang d'arriver à une partie, et que les matériaux qui ont servi à la nutrition peuvent être emportés par les veines, il n'y a qu'une chance, c'est la dessiccation des parties malades. La gangrène n'est humide que lorsque les veines sont oblitérées, et qu'il y a par conséquent stase des liquides dans le point affecté. D'après toutes ces raisons, nous sommes porté à croire que nous avons affaire ici à une gangrène spontanée, suite d'une oblitération artérielle.

Cet homme, avons-nous dit, attribue sa maladie à la compression qu'aurait exercée sa chaussure sur le doigt affecté; mais il est plus que probable que ce n'est pas là la seule cause, ou plutôt la véritable cause. Nous pensons qu'elle est survenue d'une manière spontanée, et sans cause déterminante occasionnelle. Le sujet n'est pas d'un âge très avancé: il a cinquante-neuf ans; il n'est pas encore dans la période de la vie où surviennent le plus fréquemment ces affections gangréneuses spontanées. Nous avons tout récemment donné des soins en ville à un colonel d'un régiment de ligne, qui était atteint d'une gangrène de l'extrémité libre des doigts de la main droite. Ce malade était d'un âge encore moins avancé que le sujet dont nous parlons en ce moment. Il avait tout au plus quarante-neuf ou cinquante ans. La condition de l'âge, qui est importante dans le plus grand nombre des cas, n'est donc pas absolument indispensable, comme le prouvent ces deux faits, et l'on ne peut pas toujours dire que la gangrène spontanée soit une gangrène sénile. Ce nom de gangrène *sénile*, sous lequel on l'a désignée, est fondé sur la fréquence plus grande avec laquelle elle se manifeste en effet chez les vieillards, sans que cependant il soit impossible de la voir survenir à un autre âge. Si, du reste, c'est à une période avancée de la vie qu'on observe de préférence la gangrène par oblitération artérielle, cela dépend de la fréquence des ossifications artérielles qui surviennent souvent chez les vieillards. Lorsque les parois artérielles sont rigides, privées d'élasticité, elles ne réagissent plus par le sang et ne contribuent plus par leur dilatation et leur resserrement successifs à sa progression dans le système circulatoire. Par suite de la stase du sang, ou seulement du mouvement moins rapide que dans les circonstances normales, des caillots peuvent se former et oblitérer le calibre du vaisseau.

Nous avons dû chercher à constater s'il y avait chez cet homme ossification des artères de la jambe ou du pied. L'examen le plus approfondi ne nous a permis de rien découvrir de semblable, et nous ne croyons pas qu'il y ait là aucune ossification que nous devions considérer comme principe et comme point de départ de l'inflammation artérielle. Quelle a donc été chez cet homme la cause de l'affection qu'il présente? Nous ne pouvons précisément le dire. Peut-être l'âge n'a-t-il pas été sans quelque influence; puis, et surtout, les travaux pénibles auxquels il est obligé de se livrer; nous noterons qu'il travaille continuellement debout. Enfin, et comme dernière circonstance qui seule n'aurait probablement pas grande valeur, mais qui, réunie aux précédentes, n'est probablement pas non plus restée indifférente, nous rappellerons qu'il dit avoir porté pendant quelques jours une chaussure trop étroite qui exerçait une compression assez forte sur le doigt actuellement gangrené. Ce qu'il nous importait de savoir, c'était la nature de la maladie dans le cas particulier qui nous occupe et la cause probable à laquelle on devait la rapporter.

La gangrène produite par une artérite et celle qui est déterminée par l'oblitération d'un gros tronc artériel sont de la même nature, sous certains rapports, comme aussi celle qui est le résultat de la ligature d'une artère. Lorsque l'on fait, pour une cause quelconque, la ligature d'une artère, la nature établit une circulation supplémentaire, par les artères collatérales, entre la partie du membre qui est inférieure et celle qui est supérieure à la ligature. Lorsque ces artères collatérales supplémentaires ne sont pas suffisamment dilatées, que la circulation est par trop incomplète, la gangrène survient. Dans les deux cas, la gangrène est sèche de sa nature, n'est point suivie de décomposition putride, de dissolution des parties affectées; c'est, comme nous l'avons dit, une sorte de momification, de dessiccation complète des tissus.

Chez le malade dont nous faisons le sujet de cette leçon, nous avons prescrit pour traitement l'application sur l'orteil gangrené de cataplasmes de poudre de quinquina délayée dans l'eau de-vie camphrée. Le but que nous nous proposons d'atteindre est d'empêcher la dissolution putride qui survient dans la gangrène, que l'on désigne sous le nom de gangrène humide, et de momifier à un plus haut degré encore les portions mortifiées. Notre but est de déterminer une excitation dans les parties contiguës. Si nous obtenons le résultat que nous cherchons, nous aurons de cette façon déterminé plus tôt la formation du cercle inflammatoire, qui, lorsque la gangrène se limite, sépare les parties mortes des parties vivantes. Pour que le cercle inflammatoire se forme, il faut que le sang arrive librement dans les parties où ce cercle doit se manifester.

Peu à peu, et à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, on voit la gangrène, qui jusqu'alors a fait des progrès, s'arrêter là où cessent les oblitérations principales. Nous ne savons pas jusqu'où s'étendra, dans le cas actuel, l'oblitération artérielle, et il nous est permis de supposer qu'elle ne va pas au delà de l'orteil que nous avons dit être affecté de gangrène. En conséquence, nous avons lieu d'espérer que le cercle inflammatoire pourra s'établir dans le point où s'arrête aujourd'hui la coloration noire. Nous avons fait lever, ce matin, le cataplasme de quinquina qui recouvrait les parties, et nous avons voulu voir si le cercle inflammatoire commençait à s'établir. Notre examen a été inutile, parce que le cataplasme a coloré fortement les tissus sur lesquels il était placé. Nous avons fait cesser l'application de ce topique; on se contentera pendant deux ou trois jours de panser avec des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

Dans les cas de gangrène, on ne doit pas se contenter de recourir à une médication topique; il faut ne pas négliger l'emploi des médicaments internes toniques et antiseptiques. Nous avons, en conséquence, fait prendre à notre malade du vin et du sirop de quinquina. La mauvaise nourriture dont il faisait usage, les travaux pénibles auxquels il se livrait avaient contribué à affaiblir et à détériorer la constitution du malade. Ce n'est point ici le cas de procéder comme on doit le faire lorsque la circulation est ralentie dans une partie, qu'il y a diminution de l'innervation; il faut alors empêcher le sang d'affluer avec trop de force dans les points affectés; les capillaires ne réagiraient plus contre cet afflux considérable de liquide, et il surviendrait une gangrène humide, une gangrène par stase de liquide. Quelles que soient les causes de la gangrène, il ne faut pas ajouter à ces causes et augmenter leur intensité par une thérapeutique intempestive.

Bien qu'il y ait ici gangrène et destruction de l'orteil, nous ne pensons pas à pratiquer l'amputation. Si nous le faisions, ce ne pourrait être que pour débarrasser le malade d'une partie morte et désormais inutile. Maintenant cette ablation n'est pas nécessaire. L'orteil n'a pas de mauvaise odeur. Nous ne serions pas sûr d'agir dans un lieu convenable, lors même que nous couperions dans la chair vivante. Il faut, pour

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Quelques excentricités médicales. — Valbelle. — Porthos. — Aramis. — Athos. — Graphos. — Logos. — Boîte aux lettres. — La queue — de l'âme de M. Rochoux.

Quel agréable sujet d'étude; si un Théophraste ou un Labruyère surgissait parmi nous, que l'étude de ce qu'on pourrait appeler les petits travers de quelques médecins, de ces mille et fort innocents petits moyens qu'ils emploient pour grossir leur importance, pour faire croire à des occupations qui les laissent fort tranquilles, et à une clientèle qui ne trouble guère leur sommeil! Et la pêche aux clients; qui racontera les engins multipliés et divers avec lesquels ils amorcent ce poisson rare et précieux? Et la chasse aux honoraires; quel Nemrod a jamais mieux connu les finesses et les ruses de ce gibier appétissant!

Valbelle vise surtout aux accouchements. Il y en a qui, ayant la même prétention, se croient obligés à publier quelque bon livre, à faire des cours, à devenir chef de clinique, à employer un moyen scientifique quelconque et de bon aloi. Le procédé de Valbelle est plus commode et plus simple. Valbelle accouche toujours, du matin au soir et du soir au matin, et du 1er janvier au 31 décembre. Le rencontrez-vous dans la rue, rasant le trottoir comme une hirondelle? Il s'empresse auprès d'une femme en travail. Allez-vous chez lui, la consigne est donnée; il est toujours au même endroit: auprès d'une femme en couches. Quelquefois on laisse pénétrer; mais alors Valbelle prend son chapeau et son forceps pour aller terminer un accouchement difficile. Valbelle ne mange ni ne dort; il accouche sans cesse; feu Lucine n'était pas plus occupée. Eh bien, ce petit manége commence à réussir. Je sais de science certaine que Valbelle a fait, l'an passé, trois accouchements, dont un double; il est vrai que celui-ci concernait sa propre portière.

Porthos est plus amusant, il a la manie des grandes familles et des grands noms. Ecoutez-le. Il sort de chez le duc de.....; il fut appelé chez le prince de.....; la belle comtesse de..... a la migraine aujourd'hui, et il court auprès d'elle. Sur son chambranle vous trouverez toujours en permanence trois ou quatre enveloppes de lettres à cachet armorié et blasonné. Dans les endroits où il se trouve, il est bien rare qu'un valet en livrée ne vienne le chercher en toute hâte pour quelque comte ou quelque marquis. Toutes ses cures aristocratiques, Porthos les raconte avec une libéralité sans pareille à qui veut lui prêter attention. Et n'allez pas croire que tout soit inexact dans ce que raconte Porthos, non; il est vrai qu'il fréquente plusieurs hôtels du grand monde; il est vrai qu'il entre en qualité de médecin dans de grandes maisons; seulement il s'abuse un peu sur la qualité des *gens* qu'il y soigne; et quand Porthos vous dit: Je sors de l'hôtel de..., il ne ment pas, car il est le médecin ou du valet de chambre ou du maître-d'hôtel.

Aramis cherche à se faire un nom parmi les femmes; il est jeune encore; il est beau garçon; sa mise est d'une tenue irréprochable; il porte le linge le plus fin, deux boutons en diamant étincèlent sur le vêtement indispensable; sur sa main blanche et fine brille un rubis précieux; il n'est pas marié, et il ne manque pas d'un certain jargon que les femmes adorent: tout bien pesé, je crois plus que bien d'autres à ses succès de..... clientèle. Mais à quel prix faut-il qu'il les achète, et une intelligence tant soit peu virile pourrait elle s'abaisser au rôle que joue Aramis? C'est lui, en effet, que ces dames consultent plus encore dans les grandes affaires de chiffons que dans les indispositions dont elles se plaignent. Aramis est expert dans la beauté des dentelles; il apprécie avec un talent distingué les tissus de l'Inde; il est grand connaisseur en fourrures, et pour tout dire, en un mot, le docteur Aramis a été un des grands protecteurs du chapeau *Pamela!*

Athos court après le monde littéraire, après le monde artiste; c'est là qu'il cherche à pêcher ses clients, mais, je l'en préviens, il pêche en eau trouble, et bien d'autres y ont usé leurs filets et leurs lignes. Quoi qu'il en soit — et c'est pour tous un problème — Athos donne des dîners somptueux où brille la fleur des pois de la littérature contemporaine; des soirées merveilleuses d'où sont exclus des médecins, mais où toute la fashion artistique et littéraire se donne rendez-vous. On parle d'un prochain bal costumé dont la renommée vous dira les merveilles.

Graphos confie à de petites brochures vertes ou bleues le succès de sa popularité. Il en a toujours plein ses poches, et où qu'il aille, Graphos laisse partout des traces de son passage, c'est-à-dire ses petites brochures.

Logos, qui n'écrit pas et qui professe un profond dédain pour ceux qui n'ont pas les mêmes motifs d'inciter sa discrétion, Logos, en revanche, vous assomme de ses interminables histoires de malades. Il les narre à tout venant, se fait son héros et sa trompette, grossit le fait le plus vulgaire aux proportions d'un cas rare, et ne rencontre qu'exceptions, difficultés, embarras dont il se tire toujours avec un merveilleux bonheur.

La kyrielle sera longue de ces excentricités médicales que je veux faire passer sous vos yeux. Aujourd'hui M. Rochoux me rappelle. M. Rochoux m'a écrit; je veux vous donner sa lettre, et je veux lui répondre un mot ou deux.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

M. Rochoux avait eu la bonté de m'écrire, je ne sais plus à quelle occasion, une longue lettre tendant à me prouver la non-existence de l'âme. D'autres devoirs m'empêchèrent de lire et de publier cette lettre. Sur les pressantes instances de M. Rochoux, j'en fis la recherche; je la lus, et comme, en définitive, je n'avais trouvé dans cette lettre qu'une nouvelle édition de ce que M. Rochoux a cent fois répété devant l'Académie de médecine, qu'elle ne contenait qu'un seul point, je ne dirai pas nouveau, mais nouvellement exprimé par M. Rochoux, je me bornai à publier de sa lettre le fragment qu'on a lu, afin de ménager à ce journal l'espace, à mes lecteurs leur bienveillante attention.

M. Rochoux n'a pas été content de cette suppression, et il m'écrit en conséquence la lettre que voici.

faire l'amputation, attendre que la nature ait posé elle-même la ligne de démarcation entre les parties mortes et les parties vivantes. Probablement l'amputation ne pourra point être faite dans l'articulation métatarso-phalangienne; mais si nous le pouvons, nous pratiquerons la section de l'os du métatarse dans sa continuité.

Abcès phlegmoneux de la main. Hémorrhagie.

Nous avons dans la même salle un sujet chez lequel nous avons été sur le point de faire la ligature de l'artère brachiale. Cet homme a eu un phlegmon de la paume de la main. Le médecin qui lui avait donné des soins en ville ne lui avait pratiqué à cet abcès qu'une étroite ponction. Au moment de son entrée l'abcès était énorme, très étendu; nous l'avons largement ouvert, et bientôt nous avons eu les plus belles chances de guérison. Il est évident que si nous n'avions pas mis ce procédé opératoire en usage, l'abcès se serait encore étendu davantage; des fusées purulentes se seraient formées, et la maladie aurait pu devenir fort grave. Quand elles se forment, ces fusées purulentes s'étendent presque toujours, quelle que chose qui arrive, jusque vers la partie supérieure de l'avant-bras. On n'a d'autre ressource pour les prévenir que de faire ces grands débridements que nous avons mis en usage.

Pendant quelques jours, l'état du malade était très satisfaisant, et tout faisait présager une heureuse terminaison, lorsque l'une des ouvertures a donné passage à du sang, et qu'une hémorrhagie abondante s'est déclarée. Cependant les incisions n'avaient point été faites sur le trajet des vaisseaux. Les unes étant sur le dos de la main, les autres dans la direction des doigts, sur la partie moyenne de leur face palmaire. Il est évident qu'il y a eu ici ulcération des parois d'un vaisseau artériel. L'hémorrhagie avait le caractère d'une hémorrhagie secondaire, et produite par des vaisseaux actuellement affectés d'inflammation. On a de suite appliqué un tourniquet sur l'artère brachiale; le lendemain matin nous avons enlevé le tourniquet, et l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Si le tourniquet avait dû être maintenu, il aurait fallu plus tard faire de nouveaux débridements, et peut-être même arriver à l'amputation du bras, parce que la gangrène aurait fort bien pu être le résultat de la compression exercée par cet appareil. Le tourniquet ne constitue jamais qu'un moyen provisoire, et ne peut être maintenu d'une façon permanente.

Pendant les deux jours qui suivirent il n'y eut pas d'hémorrhagie; mais avant-hier, c'est-à-dire le troisième jour, une nouvelle hémorrhagie fort abondante s'est produite vers trois heures du matin. L'interne de garde appliqua de nouveau le tourniquet. Lorsqu'à la visite du matin nous avons enlevé l'appareil hémostatique, le sang a coulé avec abondance. Nous nous sommes alors aperçu que le saug était fourni par une artère collatérale des doigts. Dans les hémorrhagies consécutives, nous savons bien que la ligature faite sur le point même du vaisseau ouvert, a peu de chances de succès. Lorsque l'on applique un fil sur un vaisseau enflammé, presque toujours ce vaisseau se coupe très rapidement, et même quelquefois au moment où on l'applique. C'est là l'histoire d'une foule d'hémorrhagies consécutives.

Faut-il, d'après cela, ne jamais tenter l'application d'une ligature sur le point qui fournit le sang, lorsque l'artère est manifestement enflammée? Nullement. On devra principalement l'essayer quand il est impossible d'arrêter autrement l'hémorrhagie, à moins que ce ne soit pas une opération très grave. Si nous n'avions pas voulu tenter ici de placer une ligature sur la branche artérielle malade, il aurait fallu lier l'artère brachiale; or la ligature de l'artère brachiale est autrement sérieuse et grave que celle d'une des collatérales des doigts.

La ligature de cette petite branche artérielle a suffi pour arrêter l'hémorrhagie, et depuis deux jours il ne s'écoule plus une goutte de sang. Nous ne voulons pas prétendre que cet heureux résultat persistera toujours; mais cependant, et surtout vu la petitesse des vaisseaux des doigts, il y a possibilité, probabilité même de succès.

En même temps que nous agissions dans ce sens, nous avons cherché à diminuer la violence du travail inflammatoire qui se passe dans la main. Nous avons étendu la main sur une palette en bois, de manière à éviter et empêcher tout mouvement des doigts, mouvements qui entretiennent l'irritation dans les artères enflammées, et qui sont une cause d'insuccès. Voilà la manière dont se produisent les hémorrhagies consécutives à la chute des fils de la ligature. Lorsque les artères sont enflammées à l'intérieur, il se produit de la suppuration, et le caillot ne peut former bouchon. S'il n'y avait pas d'inflammation de la membrane interne du vaisseau artériel, les choses se passeraient d'une manière tout à fait différente. Si nous avons pu, dans le cas actuel, et par l'emploi des antiphlogistiques faire diminuer l'inflammation, et la faire descendre au point de devenir inflammation plastique, d'inflammation suppurative qu'elle était d'abord, nous aurons rendu un grand service à notre malade. La ligature de l'artère brachiale, qui est en soi une très bonne opération, est cependant grave, et ne met pas toujours parfaitement à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. La circulation se rétablit par les artères collatérales, et le sang finit par repasser dans les vaisseaux des doigts. L'impulsion en est, il est vrai, beaucoup moins forte; il est en quelque sorte comme tamisé, et il en résulte que le caillot, même ramolli, qui s'est formé dans l'intérieur de l'artère enflammée, a beaucoup moins de chances de se déplacer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Addition à la séance du 20 janvier.

Discussion sur les injections iodées dans l'hydrocèle; discours de M. Velpeau.

(Suite du numéro précédent.)

Des kystes séreux simples, ou ayant pour point de départ l'affection de quelques ganglions lymphatiques, de quelques lobules glanduleux, des régions sous-claviculaire ou carotidienne, de la région sus-hyoïdienne, de la région parotidienne, traités par l'injection iodée, n'ont point résisté non plus et sont guéris sans encombre chez tous les malades qui m'ont été confiés.

N'était-il pas naturel de penser que le goître, l'espèce de goître ou de maladie du corps thyroïde représenté par un ou plusieurs kystes remplis de matière noirâtre ou séreuse, céderaient également au même moyen? Ce que MM. Maunoir, Persil et tous les autres chirurgiens avaient dit pour justifier la proscription des injections vineuses du traitement de cette maladie, cessa de m'effrayer autant qu'eux, et les faits invoqués précédemment m'autorisèrent à passer outre. Bien m'en a pris; car chez une jeune dame vue par M. Marjolin, chez un dentiste distingué de la capitale, chez une personne de la connaissance de M. Labarraque, chez une cliente de M. le docteur Garnier, chez quatre autres dames de la ville, et chez cinq malades de l'hôpital, j'ai traité les kystes goîtreux par l'injection iodée, et tout ce qui concerne l'opération s'est exactement passé comme après l'opération de l'hydrocèle la plus simple. Il n'est pas survenu une seule fois la moindre apparence d'accident, quoique dans presque tous les cas j'aie laissé dans le kyste la plus grande partie du médicament injecté.

Après tant de succès dans des cas si variés, le champ de l'expérience ne devait-il pas s'agrandir? Du tronc, ne devais-je pas me transporter aux membres, et voir si de ce côté l'injection iodée aurait la même efficacité qu'ailleurs? Dans l'aine, outre les sacs herniaires on trouve quelquefois, comme au cou, des kystes séreux développés sous l'influence de quelque ganglion lymphatique altéré. Demandez à M. Villeneuve avec quelle simplicité j'ai guéri, au moyen de l'injection iodée, une dame de sa clientèle qui avait dans l'aine un long kyste dont la nature avait été longtemps douteuse. Demandez à M. le docteur Boinet, si chez un jeune homme traité d'un large kyste de la fosse iliaque par l'injection iodée, la guérison s'est longtemps fait attendre, et s'il est survenu chez ce malade un seul phénomène inquiétant. Quatre fois j'ai traité et guéri par l'injection iodée l'hydrocèle de la femme, et cependant il faut remarquer que dans les grandes lèvres, autour de la vulve, les kystes sont souvent des kystes muqueux appartenant aux glandes, chez lesquelles M. Mugnier vient de fixer par de nombreuses recherches l'attention des anatomistes et des pathologistes. D'où il suit que peut-être il y a là deux classes de kystes qu'il ne faudrait pas confondre, les kystes séreux guérissables par l'injection, les kystes muqueux dans le traitement desquels l'efficacité de cette opération reste encore douteuse.

Ne voyant jamais de suites graves après l'injection iodée, j'ai cru pouvoir la pratiquer en présence du professeur Andral chez une jeune dame qui souffrait horriblement depuis plusieurs années, et qui avait un kyste rempli de matière couleur de café dans le petit bassin, depuis le milieu de la fosse iliaque droite jusqu'au dessous du col de la matrice, et après une réaction générale assez vive, cette jeune dame a été débarrassée de son kyste, de ses tumeurs.

M'attaquant ensuite aux bourses muqueuses et aux cavités synoviales, j'ai pratiqué l'injection iodée dans de vastes kystes, sous les téguments de la cuisse, sous la partie inférieure du triceps, derrière le grand trochanter, sur le dos du pied, sur la tête du premier os du métatarse, sur les malléoles, dans la coulisse synoviale du jambier postérieur et des péroniers latéraux, sur le devant de la rotule, derrière le ligament rotulien, au dedans, au dehors du genou, dans le creux du jarret, avec un succès si constant et une innocuité si manifeste, que personne ne pourrait trouver dans ma pratique un fait malheureux sous ce rapport. J'en ai fait autant aux membres supérieurs dans des kystes synoviaux profonds du pli du bras, dans les kystes séreux de la face dorsale du poignet et de la main. Tout le monde sait, depuis Pelletan et Dupuytren, combien sont dangereuses les opérations à l'aide desquelles il est possible de guérir les kystes en bissac de la face palmaire du poignet, et dans lesquels on trouve ces granulations qui ont tant occupé quelques savants modernes. Or, malgré le désavantage des conditions matérielles ou anatomiques de ces sortes de kystes, j'en ai pratiqué, j'y ai appliqué quatre fois l'injection iodée. Trois des malades, entre autres un ex-domestique du fameux marchand de galette du boulevard, sont guéris complètement, et le quatrième en conservant une partie de sa tumeur. Aucun d'eux n'a couru le moindre risque, ne nous a inspiré un seul instant d'inquiétude après l'opération.

Ces nombreux essais m'ont appris une infinité de choses. D'abord, règle générale, que la douleur et la réaction générale est encore moindre dans les kystes étrangers au scrotum que dans l'hydrocèle proprement dite; ce qui s'explique, du reste, par le voisinage d'un organe aussi sensible que le testicule. Ensuite, que la résolution, toutes choses égales d'ailleurs, est également un peu moins prompte dans la tunique vaginale que dans les kystes des autres régions. En troisième lieu, que partout où quelque plan osseux ou ostéofibreux forme une des parois du kyste, la guérison se fait plus longtemps attendre, manque même quelquefois tout à fait; c'est ainsi que le succès des injections iodées n'a pas été constant quand je les ai pratiquées sur l'olécrane, ou sur le devant de la rotule. Enfin, que si le kyste contient de la matière gélatiniforme ou grumuleuse, ou granulée ou visqueuse, le succès, sans être impossible, est moins sûr, moins constant, que s'il s'agit de kystes franchement liquides, soit séreux, soit synoviaux, soit sanguinolents. Et enfin encore, que selon toute apparence le liquide iodé ne fait naître d'inflammation que sur les points de surface séreuse qu'il touche, et que l'inflammation provoquée par son contact est d'une nature tellement fixe, qu'elle tend très peu à s'étaler et à devenir purulente.

Mes essais m'avaient encore appris une autre chose, c'est que épanchée dans le tissu cellulaire sous une simple piqûre de la peau, l'eau iodée est loin d'amener toujours les accidents reprochés au vin, la mortification des tissus et même la suppuration. Pour m'assurer de ce fait, que j'étais bien sûr d'avoir observé, mais qu'il m'était difficile de démontrer sur l'homme, je fis des expériences sur des animaux, et j'en fis faire par M. Richet, alors mon interne, actuellement chirurgien des hôpitaux. Nous injectâmes une cuillerée, deux, trois cuillerées de liquide iodé par une simple ponction sous la peau du flanc, de la cuisse, du cou de plusieurs chiens, et il est positif que ces animaux ne furent atteints ni d'abcès, ni de gangrène, ni d'accident d'aucune sorte.

Tournant et retournant la question sous toutes ses faces, je ne pus m'empêcher de mettre en regard des injections iodées, toute la grande classe des cavités closes, séreuses ou synoviales de l'économie. Et quand on songe combien ces cavités sont nombreuses, combien leurs maladies sont fréquentes, et combien il est difficile de guérir certaines de ces maladies, on sait aussitôt l'importance qu'une telle question devait prendre à mes yeux. Il ne s'agissait plus de la teinture d'iode seulement, mais bien des injections irritantes en général, non plus du traitement de l'hydrocèle, qui ne laissait, du reste, que très peu à désirer déjà, mais bien du traitement local de presque toutes les hydropisies, non plus des épanchements séreux proprement dits, mais aussi des collections sanguinolentes de toute sorte, et même de certaines collections purulentes.

L'horizon s'étant ainsi agrandi outre mesure à proportion que j'avançais, j'arrivai à un singulier résultat: c'est que des épanchements sanguins, que l'on vide par la ponction sans procéder à l'injection, finissent en se reproduisant par devenir collection séreuse; c'est qu'il en est de même de quelques abcès froids, simples, tuberculeux ou même par congestion; c'est que des abcès sanguinolents, froids, ponctionnés et injectés une, deux fois sans guérir sont devenus collection séreuse, de manière que, soumis une troisième fois à l'injection iodée, ils ont fini par disparaître, par guérir radicalement. D'où il suit qu'en ponctionnant plusieurs fois, à de certaines distances pour les vides des collections de nature peu favorable à l'établissement d'une phlegmasie adhésive, je suis arrivé chez plusieurs malades à remplacer le mal primitif par un kyste presque complètement séreux, cédant dès lors très bien à l'injection iodée. Il est pourtant vrai que les kystes muqueux, ou les kystes où l'on trouve une sorte de gelée, sont restés rebelles un grand nombre de fois jusqu'ici à mes tentatives sous ce rapport.

Il est facile de voir par ce qui précède que les injections iodées avaient été promenées par moi sur tous les points du corps et jusqu'à l'entrée des grandes cavités séreuses. De même que le péritoine et la plèvre m'ont toujours épouvanté, les jointures affectées d'hydarthrose

---

24 janvier 1846.

Monsieur et très honoré Confrère,

Platon, Mallebranche, Leibnitz, Gonfroy, une foule d'autres écrivains et presque tous les magnétiseurs ont soutenu que l'activité incessante de l'âme se manifestait surtout pendant le sommeil. Mais une erreur a beau être ancienne, elle ne saurait acquérir ni par là, ni par le nombre de ses partisans, le caractère de la vérité. J'ai donc cru pouvoir me dispenser d'aller à la recherche du nom de l'auteur du plus récent dithyrambe sur l'activité non interrompue de l'âme. Je fais mieux que de le nommer, je montre à quelle source il a pu puiser son erreur, s'il ne l'a pas enfantée de lui-même; question, ce me semble, fort insignifiante à résoudre. Comptant dès lors sur vos dix lignes de feuilleton offertes en prix, je les emploierai à apprendre au public médical que le véritable motif de la non insertion de ma lettre a été passé sous silence, parce qu'il était vrai. Il n'est autre, en effet, que la crainte de choquer une croyance que presque tous les médecins défendent ostensiblement, quoique, pour la plupart, la rejetant *in petto*.

Autant qu'un autre, je sens tout le poids de ce motif; car pendant longues années il m'a fallu courber le front sous cette manière de fourches caudines. Je n'ai pas toujours parlé avec le même sans-gêne qu'aujourd'hui. C'est par un semblable motif, et non pour mettre vos nombreux lecteurs à l'abri de mes redites sur Epicure, sur l'activité de l'atome, sur l'âme, etc., que ma lettre n'a pas été intégralement insérée, car si cette considération eût pu être alléguée à l'Académie de médecine, il n'en est de même dans la *Lancette*, où, loin de me répéter, je n'ai pas encore traité une seule fois les sujets en question. Venir ensuite me combattre après et avant sur un fragment séparé de ce qui le précède et le suit, et faisant à peine le cinquième d'une dissertation où tout se tient, n'est peut-être pas non plus se montrer très généreux. Si votre intention avait été de montrer à vos lecteurs que mon principal motif pour croire à l'esprit était d'en être complétement dépourvu, vous n'eussiez pas procédé d'une autre manière. Pourtant, soyez en bien persuadé, cela ne m'empêchera pas de me dire et d'être sincèrement votre très affectionné serviteur et confrère,

ROCHOUX.

P. S. D'assez vives souffrances, et le désir néanmoins d'en finir avec quelques calculs algébriques, sont la cause de mon retard à répondre à votre question; ce que le public peut fort bien continuer à ignorer.

Dire que Platon, Mallebranche, Leibnitz, une foule d'autres et l'auteur que j'ai cité, que M. Rochoux ne peut pas deviner, ont soutenu une erreur, c'est employer un expédient fort commode, mais ce n'est rien prouver. — J'ai bien voulu accorder le prix à M. Rochoux, mais ma conscience m'oblige à lui dire qu'il ne l'a pas gagné. — M. Rochoux s'abuse complétement sur le motif de ma suppression. Nous parlons ici, lui et moi, à des médecins et non à des cagots, à des hommes de science et de progrès qui comprennent, qui aiment et dont la plupart pratiquent la liberté de penser et d'écrire; et, si quelque frein de la nature de ceux dont parle M. Rochoux m'était imposé, je cesserais à l'instant ma faible participation à ce journal. Non, rien de semblable ne se passe; M. Rochoux n'est pas plus hardi que Lamettrie, que Cabanis, que Broussais, et que bien d'autres dont les ouvrages sont dans nos bibliothèques et qui n'ont été ni pendus, ni brûlés. Je n'aurais aucune crainte d'exposer les idées du philosophe de Bicêtre devant des confrères éclairés qui connaissent de longue main des idées analogues. Le véritable motif est, je l'ai dit très sincèrement: 1° répétition inutile; 2° inutilité de la question. Répétition inutile, car M. Rochoux avoue lui-même avoir répété cent fois le sujet de sa lettre à l'Académie de médecine; or, comme ce journal donne exactement les séances de l'Académie, il a donc répété cent fois l'argumentation de M. Rochoux. Inutilité de la question au point de vue médical, car je crois avoir prouvé que, quelle que soit notre opinion intime, nous devions nous conduire médicalement de la même façon, et, qu'à moins de tomber dans les extravagances des *archées*, il fallait admettre la matière comme le support et le théâtre de tous les phénomènes pathologiques. — M. Rochoux s'abuse encore sur ma générosité; on est souvent plus libéral en refusant qu'en accordant: je n'en dirai pas plus long sur ce chapitre. — Quant à vouloir prouver que M. Rochoux n'a pas d'esprit, dans quelque sens qu'il l'entende, moi, qui me déclare spiritualiste, je ne tenterai pas l'impossible.

— A messieurs les officiers de santé de l'armée d'Afrique. — Il y a mieux à faire que ce que vous demandez. Vos lettres originales ont été remises à qui de droit. Il ne dépendra pas de qui de droit que justice ne vous soit rendue. On s'en occupe.

— M. le professeur *Desalleurs*, à Rouen. — Merci. Hier j'ai cherché partout la brochure en question; impossible de mettre la main dessus. Un autre exemplaire me serait indispensable.

— A M. le professeur *Dieulafoy*, à Toulouse. — Oui; lire l'avis et l'indication mentionnée dans ma lettre à M. Desbarreaux-Bernard, à Toulouse.

— A un anonyme d'Orléans. — Tant pis pour Orléans si les choses sont telles que vous le dites; mais nous avons de fortes raisons d'en douter; et notre honorable correspondant de cette ville, qui est *régulièrement* investi, nous donne d'autres espérances. — La fin de votre lettre manque de justice et de vérité.

Dans la circonscription de Paris, 14 départements ont fourni des candidats; on a reçu 73 officiers de santé. Le Pas-de-Calais seul compte 10 réceptions. Dans la circonscription de Montpellier on a reçu, pour 11 départements, 59 officiers de santé.

Sept départements de l'arrondissement de Strasbourg ont fourni des candidats. Voici le détail des réceptions: Doubs, 7 officiers de santé; Saône-et-Loire, 6; Loire, 5; Marne, 2; Ardennes, 3; Moselle, 1; Meurthe, 5; total, 29. Ce qui fait pour toute la France 161 réceptions d'officiers de santé pour 1845. C'est un accroissement notable sur les années précédentes.

me tenaient incertain et craintif. L'anathème porté par Boyer et par tous les modernes contre l'idée de soumettre l'hydarthrose au traitement de l'hydrocèle m'avait épouvanté. Cependant, tout ce dont j'avais été témoin fit que je dus reprendre la question et faire de nouvelles tentatives. Ainsi que je l'ai dit, M. Bonnet, de Lyon, essaya de soustraire en même temps que moi, si ce n'est avant, aux arrêts les doctrines régnantes. Un premier fait était à établir. L'injection iodée, dans les articulations atteintes d'hydarthrose, entraîne-t-elle les dangers formidables signalés par Boyer? Or, j'ai pratiqué maintenant cette injection quatorze ou quinze fois, M. Bonnet en possède à peu près un aussi grand nombre d'exemples, et dans aucun cas ces accidents dont la lecture nous avait tant épouvanté ne sont survenus. Des douleurs vives, quelquefois très supportables, en général, une réaction tout au plus de quelques jours, une inflammation qui n'a pas tardé à s'amoindrir, voilà tout ce qui s'est présenté de sérieux à notre observation. Ici la guérison n'a pas été constante; quand elle s'est établie, elle s'est souvent fait attendre plus longtemps que dans l'hydrocèle. Mais aucun malade n'a succombé, aucun genou n'a été pris d'inflammation phlegmoneuse, et, quand l'opération a été pratiquée pour des hydarthroses qui n'étaient compliquées ni de carie, ni de nécrose, ni de fongosités articulaires, la maladie a guéri. Dans les cas contraires, c'est-à-dire dans les hydarthroses compliquées elles-mêmes, le mal en a plutôt été amélioré qu'aggravé. La maladie a continué sa marche sans que l'opération ait paru l'accélérer ni la ralentir notablement. On conviendra que, ce premier point une fois éclairci, mes angoisses devaient être considérablement amoindries, car nos observations prouvent au moins déjà que l'injection iodée dans les hydarthroses anciennes n'est pas à beaucoup près aussi dangereuse que les auteurs modernes le disent des injections avec le vin chaud.

La crainte d'une ankylose, en cas de succès, m'avait effrayé quelque temps: d'un autre côté, c'est cette crainte qui a fait naître mes recherches anatomiques sur les cavités closes. S'il est vrai, comme je le crois, que les cavités closes soient le résultat d'un tassement, d'un frottement mécanique de certains organes les uns contre les autres au lieu d'être des organes, des poches de formation primitive, comme l'indique la doctrine de Bichat, il en résulte comme conséquence naturelle que de telles cavités une fois oblitérées pourraient à la rigueur être reproduites artificiellement. Si ce point est capital dans la question, M. Gerdy, qui n'a pas lu, qui n'a pas compris ou qui n'a pas voulu comprendre mon travail, se fût sans doute gardé de le traiter avec tant de dédain. Il en résulte, en effet, qu'en supposant que dans une articulation préalablement soumise à l'injection iodée les surfaces synoviales vinssent à se coller, il devrait être possible, en imprimant à la jointure des mouvements convenables, de reproduire la cavité articulaire, de rétablir toute la mobilité des articulations ainsi traitées. Toujours est-il qu'aucun des malades traités par moi n'a conservé d'ankylose, que chez tous les mouvements du genou ont repris promptement leur liberté. J'ajouterai que le genou présenté ici offrait précisément, autour des cartilages, de ces lamelles organisées, de ces brides, de ces transformations celluleuses ou synoviales indiquant que des tractions en sens varié les avaient déjà allongées, assouplies au point de permettre tous les mouvements désirables de la jointure.

Est-ce à dire pour cela que, selon moi, l'hydarthrose soit aussi facile à guérir que l'hydrocèle par l'injection iodée? En aucune façon. J'ai dit et je repète :

1° Que l'injection iodée dans l'hydarthrose ancienne, simple et rebelle n'est pas dangereuse;

2° Que cette injection n'amène pas nécessairement l'ankylose;

3° Qu'elle réussit dans un grand nombre de cas, mais que, agissant sur des surfaces cartilagineuses ou osseuses plutôt que simplement celluleuses ou séreuses, que portée sur des tissus durs, presque inertes, souvent altérés assez profondément sans qu'on le sache bien d'avance, il est probable qu'elles échoueront souvent, comme elles ont échoué déjà quelquefois. Telle est là-dessus ma pensée tout entière : l'avenir montrera si je me suis trompé.

Avant d'en revenir au péritoine, aux plèvres, à l'arachnoïde spinale, j'ai voulu faire quelques expériences nouvelles. J'ai injecté de l'eau iodée dans le péritoine d'une douzaine de chiens. Là, j'avais à voir si l'injection iodée provoque une péritonite mortelle, si elle expose à l'empoisonnement, à l'intoxication; en cas de succès, si les adhérences qu'elle produit ne seraient pas de nature à faire périr secondairement. Sous le premier point de vue, sans résoudre la question complétement, mes expériences laissent croire que l'injection iodée du péritoine ne serait ordinairement mortelle ni par l'inflammation qu'elle provoque, ni en empoisonnant les malades. Elles permettent de croire aussi que les adhérences, suite de la phlegmasie artificielle, sont susceptibles de s'amoindrir, de s'allonger, de s'accommoder enfin à la longue au besoin des organes. Elles m'ont fait voir, en un mot, d'accord avec mes nombreuses observations, qu'il y a une différence tranchée entre les phlegmasies diffuses qu'on établit à dessein artificiellement dans une cavité séreuse et celles qui s'y développent d'elles-mêmes ou accidentellement. J'en étais là, lorsque M. Dieulafoy a réalisé sur l'homme vivant ce que je n'avais que timidement proposé soit *a priori*, soit d'après mes expériences sur les chiens.

Tels sont, Messieurs, les faits qui me sont propres dans toute leur exactitude. Je le dis, en les réunissant tous, j'en possède aujourd'hui plus de quatre cents. Maintenant voyons ce qu'on leur oppose. J'aurais d'abord à mettre de côté certaines objections montrant que ceux qui les ont faites ne sont pas au courant de ce que j'ai dit, ou qui tombent d'elles-mêmes parce qu'elles restent en dehors de la question. Ainsi, M. Roux a-t-il cru me contredire en parlant des dangers de la simple cure palliative de l'hydrocèle? Qu'y a-t-il dans cette remarque d'applicable aux injections iodées plutôt qu'à toute autre espèce de ponction? Je ne reviendrai point sur la nécessité des adhérences de la tunique vaginale dont il a parlé. Il sait maintenant que ces reproches relatifs aux dangers attribués aux injections vineuses ne m'étaient point applicables. Qu'ai-je besoin, quand il avance que les moxas conviennent plutôt que les vésicatoires, de lui faire remarquer qu'il ne s'agit dans mon rapport que des hydarthroses rebelles à tout autre médication?

En parlant des frictions mercurielles, de l'immobilité qu'il préfère à tout, M. Blandin a perdu de vue sans doute que j'ai beaucoup employé ces moyens et qu'il adopte alors une méthode vantée par moi dès longtemps. Est-il besoin de rappeler qu'il se trompe en préférant, pour les ponctions dont je parle, le trois-quarts à robinet et aspirateur au petit trois-quarts cylindrique? Que vient-il m'objecter la méthode sous cutanée et les opinions de Boyer, quand mes observations viennent toutes déposer contre la manière de voir de ce patriarche de la chirurgie? Est-ce une objection sérieuse de me dire que, si j'ai été heureux jusqu'ici, je ne le serai pas toujours? Est-ce moi qui aurai jamais la pensée de croire à des succès constants? Et, quand même les méthodes que je vante échoueraient plus souvent que je l'ai vu, en résulterait-il qu'elles ne fussent pas bonnes? Ce qui mérite d'être examiné, ce sont les faits contradictoires qu'on m'a opposés et les opinions émises sur la valeur des injections iodées. Dans l'hydrocèle d'abord, dans les kystes ensuite et dans les hydarthroses enfin.

Contre l'hydrocèle, l'injection iodée expose à la récidive, cause de vives douleurs, peut déterminer la gangrène. L'emploi du vin chaud n'est pas douloureux; il guérit presque constamment; il ne produit pas ordinairement la gangrène.

A ce sujet, une première remarque doit frapper tout le monde. Avant que j'employasse l'iode, l'emploi du vin chaud causait de très vives douleurs, manquait souvent son effet, faisait naître des abcès, la gangrène, quand il s'infiltrait dans le tissu cellulaire; et tout cela, au dire de ses partisans. Or, voilà que maintenant il apparaît dépourvu de tous ses inconvénients. Ne dirait-on pas vraiment qu'il se soit adouci tout exprès depuis quelques années, par crainte de voir la teinture d'iode l'emporter sur lui! S'il en était ainsi, les malades y auraient déjà gagné quelque chose; et l'iode mériterait, il me semble, des éloges pour avoir si complétement réformé les caractères du vin. Mais sur quoi se fonde-t-on pour émettre de pareilles assertions? Pour le vin, il y a, dit-on, cinq ou six récidives sur cent. Vous avez entendu M. Bérard vous dire que par l'iode il n'avait eu que trois récidives sur près de trois cents opérations. M. Bonnet soutient, dans sa lettre, qu'il n'a vu non plus qu'une récidive sur cent. M. Jobert n'en mentionne qu'une sur 60. Il est positif que depuis quatre ans je n'en ai pas observé une seule, et que si, dans les premiers temps de mon expérimentation, j'en ai trouvé quelques-unes, cela pourrait bien tenir à ce que je me pressais trop de réopérer mes malades. On sait maintenant à quoi se réduisent les deux prétendues récidives de M. Gimelle.

On dit avoir guéri par l'injection vineuse des malades préalablement opérés par l'injection iodée. Soit. Je ne sais pas nier les faits. Mais M. Godard, notre collègue, a guéri par l'injection iodée un malade qui avait été opéré deux fois sans succès par l'injection vineuse. J'ai guéri huit malades, pour ma part, en les soumettant à l'injection iodée, pour les débarrasser d'hydrocèles dont ils avaient déjà été opérés infructueusement par le vin chaud. Mieux que cela; j'ai guéri, en 1844, à l'hôpital, au moyen d'une simple injection iodée, un malade qui avait été opéré sans succès par Dupuytren, au moyen de l'injection vineuse; par Sanson, au moyen de l'excision d'une partie de la tunique vaginale; et par un autre chirurgien, au moyen des caustiques. En acceptant donc les cas de récidive qu'on invoque contre l'iode, il n'en résulte évidemment pas moins qu'ils s'appliquent rigoureusement au vin. Mais, comme ces récidives après l'injection iodée sont très rares entre mes mains, il reste à voir pourquoi elles seraient plus communes dans la pratique de M. Blandin, par exemple. Serait-ce parce que les moyens que je propose, une fois dans le service de mon confrère, se feraient un malin plaisir de ne plus être efficaces? Pour parler sérieusement, cela ne tiendrait-il pas à ce qu'on s'est trop hâté de recommencer l'opération; à ce qu'on n'a pas eu la patience d'attendre! Il faut que je le dise ici bien haut, parce que j'y ai été pris moi-même dans le principe. Après l'injection iodée, comme après le vin, plus qu'après le vin, peut-être, l'état stationnaire de la tumeur n'empêche point la résolution de s'en emparer, même au bout d'un mois, même au bout de six à huit semaines. C'est depuis que ce fait m'est démontré que je n'ai plus réopéré aucun de mes malades, et qu'en les laissant aller je les ai tous vus guérir. M. Blandin a parlé plusieurs fois d'une hydrocèle qu'il m'a fait voir; mais je n'ai point été témoin de l'opération chez ce malade, et je n'ai pas la certitude qu'avec du temps il ne fût pas guéri sans opération nouvelle. Le kyste de la vulve, qu'il a rappelé plusieurs fois, peut fort bien être un des kystes muqueux de M. Huguier; et d'ailleurs, qui a jamais dit, qui a jamais pu avoir la pensée que les injections iodées ne manqueraient jamais leur effet?

Au demeurant, les récidives sont-elles donc si rares après l'injection vineuse? Un partisan de ce genre d'injection a écrit qu'elle réussissait quatre-vingt-quinze fois sur cent (Journal des Connaissances médico-chirurgicales, pag. 149, octob. 1844). Dans la pensée de ce chirurgien, il y a récidive cinq fois sur cent. Il faut bien qu'elles ne soient pas rares, car voici ce qu'en dit Boyer lui-même: « Si tant de fois le procédé que nous venons de décrire (injections vineuses) a été infructueux, avance cet auteur, c'est qu'on s'est servi prématurément des applications émollientes, qu'on a négligé l'emploi des compresses imbibées de vin; ou bien encore, c'est que pour avoir cédé à l'expression exagérée de la douleur (vous voyez donc qu'il y a de la douleur) chez des malades timides, on n'a pas laissé séjourner assez longtemps le vin dans la tunique vaginale........ Il nous serait également facile, continue Boyer, de rapporter des exemples d'individus qui, ayant en quelque sorte forcé par leurs cris (si le malade crie si fort, c'est que sans doute il souffre beaucoup) le chirurgien à lâcher trop tôt l'injection, ont vu leur hydrocèle revenir. » (Dictionn. des sciences médicales, t. XXII, p. 213.)

Ce n'est pas seulement Boyer qui parle ainsi des récidives; les adversaires des injections iodées tiennent exactement le même langage : « La récidive de la maladie survient, dit l'un d'eux, toutes les fois que l'injection a été faite avec un vin trop peu irritant, ou que ce liquide n'a pas été laissé assez longtemps dans la tunique vaginale. Or, c'est M. Blandin lui-même qui parle de la sorte (Dictionn. de méd. et de chirurg. prat., t. X, art. *Hydrocèle*). Et si la récidive tient à si peu de chose, n'est il pas clair qu'elle peut avoir lieu souvent? D'ailleurs, qui peut contester aujourd'hui que l'injection par le vin chaud ait souvent échoué dans le traitement de l'hydrocèle? N'ai-je pas, pour ma part, réopéré et guéri par l'injection iodée douze ou quinze malades aujourd'hui, qui avaient été préalablement traités sans succès par l'injection vineuse? Faut-il que je cite un malade de M. de Beaufort, les deux malades de M. Roux, deux jeunes étudiants opérés préalablement au Brésil? Faut-il que je cite, en particulier, un homme opéré par l'injection vineuse à l'Hôtel-Dieu (service de Dupuytren), il y a douze ans; au moyen de l'incision, par Sanson, il y a huit ans; au moyen des caustiques quelques années plus tard, à l'hôpital Saint-Louis, sans que son hydrocèle ait jamais été guérie, et que l'injection iodée a guéri radicalement dans l'espace de quinze jours, avec la même simplicité que s'il se fût agi d'une hydrocèle tout à fait ordinaire? Veut-on que je cite encore un malade inutilement opéré deux fois par l'injection vineuse, et que notre collègue, M. Godard, a guéri définitivement au moyen de l'injection iodée? Mais à quoi bon accumuler les preuves pour démontrer l'existence d'un fait que personne ne conteste? Ma proposition, sous ce rapport, se réduit, et s'est toujours réduite à ceci: Il n'y a pas plus, peut-être même y a-t-il moins de récidives après l'injection iodée qu'après l'injection vineuse. Sous ce rapport, je ne crois pas qu'il ait été rien dit de nature à infirmer mes assertions.

Douleur. J'ai dit que l'injection iodée causait moins de douleur de réaction que l'injection vineuse. C'est faute de m'avoir lu ou de m'avoir entendu, qu'on m'a fait dire qu'il n'y avait aucune douleur, aucune réaction après cette opération. Quelquefois il n'y en a point, ordinairement il y en a peu; il n'est pas sans exemple, mais il est rare, qu'il y en ait beaucoup. Je n'entends pas qu'on me fasse sortir de ces termes de mon opinion. La discussion a mis en lumière une autre opinion, c'est que l'injection vineuse elle-même ne serait pas douloureuse. MM. Roux et Blandin sont revenus là-dessus à plusieurs reprises. Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu émettre de telles assertions. On a vu que ce n'était pas moi qui avais imaginé les méfaits de l'injection vineuse; que, loin d'avoir calomnié cette méthode, j'en avais, au contraire, parlé avec plus d'avantages que ses partisans avoués. Je n'ai rappelé les accidents qu'on lui reproche que d'après les assertions de ses défenseurs; assertions exactes d'ailleurs, et dont j'ai constaté la justesse en l'expérimentant moi-même.

M. Roux, qui s'élève avec tant de force contre ce qu'on dit de mal du vin; m'embarrasse un peu, attendu qu'ayant eu le malheur ou la prudence de ne rien publier là-dessus, je ne puis aller chercher dans ses écrits ce qu'il peut en avoir dit. Si, d'autre part, je me permettais d'emprunter à ses discours quelques opinions, il me dirait peut-être que je ne connais pas ou que j'altère sa pensée. Mais M. Roux a répété plusieurs fois que sa méthode, que sa manière de voir à ce sujet était conforme à celle de Boyer. Eh bien, nous avons déjà vu plus haut combien, d'après Boyer, l'injection vineuse provoque de douleur, combien même il importe qu'elle en provoque, puisque, selon cet auteur, une douleur vive est nécessaire au succès de l'opération. « L'irritation est suffisante, dit l'ancien maître de M. Roux, lorsque le malade éprouve un sentiment de pression sur le testicule, une douleur vive dans le trajet du cordon, et même quelquefois dans la région lombaire. » (Malad. chirurg., t X, p. 212.)

L'injection vineuse n'est pas douloureuse? Ecoutez donc ceux qui la prônent, et concluez: « Ordinairement chaque injection (vous voyez qu'il en faut plusieurs) détermine des douleurs que les malades comparent à celles qui résultent de la pression du testicule entre deux doigts, et qui remonte jusque dans les reins; douleurs accompagnées de sueurs, de nausées, quelquefois de vomissements et de défaillances. » Et qui parle de la sorte, ce n'est pas moi, messieurs; c'est Sanson (tome II, page 423, 2e édition), celui que quelques-uns appellent le véridique, le prudent Sanson. — En voici un autre.

« Cette circonstance (la douleur) ne doit pas effrayer le jeune chirurgien; loin de là, elle est de bon augure, elle annonce que l'irritation déterminée par l'opération est suffisante pour amener l'atrophie du sac de l'hydrocèle (l'auteur vous dira, s'il le juge convenable, ce qu'il entend par atrophie du sac de l'hydrocèle). Les vives douleurs de l'opération, ajoute-t il (donc il y a de vives douleurs), persistent pendant une heure ou deux, et deviennent supportables ensuite. Dix à douze heures après, la tuméfaction et la fièvre commencent; des douleurs nouvelles, moins accablantes que les premières, se font ressentir (Blandin, Dict. de méd., tome X, page 125). » Selon Boyer, Selon Sanson, et sans doute aussi selon M. Roux, il y a quelques mois, l'injection vineuse cause donc, doit donc causer, pour être efficace, des douleurs et une réaction fort vives; expliquera qui voudra maintenant comment ces honorables collègues n'en observent plus aujourd'hui. Il y a vraiment là de quoi s'enorgueillir en faveur de l'iode! N'est-il pas clair, en effet, que depuis les injections iodées, les injections vineuses se sont considérablement adoucies? Ne dirait-on pas que, dans la crainte de voir les injections iodées le détrôner, prendre le devant, le vin ait changé subitement de caractère, et de malin, de douloureux qu'il était autrefois, il ait pris le parti dans ces derniers temps de revêtir la douceur de l'agneau, l'innocuité des plus inoffensifs médicaments? Si cela est, pour mon compte, j'en serai enchanté; et l'injection iodée n'eût-elle amené que cette conversion, que ce serait déjà un bienfait dont il serait juste de lui tenir compte.

Au surplus, j'ai, pour ma part, été fort surpris de cette douleur moindre produite par l'iode dans le traitement de l'hydrocèle. Je n'y eusse pas pensé *a priori*; il ne me serait pas venu à l'esprit que l'alcool causât moins de souffrances que le vin, et comme l'iode est encore plus excitant que l'alcool, je ne m'attendais certainement pas à ce résultat. Aussi, cherchant à m'expliquer cette différence, me suis-je demandé si les douleurs de l'injection vineuse ne tenaient pas à la distension de la tunique vaginale, ou bien à la chaleur, à la température élevée du liquide, plutôt qu'à la nature du médicament. J'avouerai que j'ai posé cette question sans la résoudre. Toujours est-il que je ne remplis qu'incomplétement les kystes que j'opère par l'injection iodée, et que j'emploie le médicament à la température de l'air ambiant. Qu'on l'explique ou qu'on ne l'explique pas, après tout, peu importe au fond; car il suffit au malade que le fait soit parfaitement acquis, et je ne crois pas qu'il reste aujourd'hui le moindre doute à ce sujet dans l'esprit des chirurgiens non prévenus.

Arrivent la gangrène, les accidents. Je ne m'étais pas imaginé non plus, au début de mes expériences, que l'eau iodée infiltrée dans les tissus pouvait n'amener ni suppuration, ni gangrène. Mais enfin des faits se sont présentés, j'ai dû les accepter; j'ai fait des expériences, elles ont été concluantes. Et qu'oppose-t-on aux observations que j'ai communiquées? Quatre ou cinq faits; des faits qui, fussent-ils parfaitement exacts, ne prouveraient absolument rien contre ce que j'ai dit. Ai-je jamais affirmé nulle part, en effet, que l'injection iodée infiltrée dans les tissus ne pouvait amener ni suppuration, ni gangrène? Afin qu'on ne me prête plus d'opinions contraires à celles que je veux défendre, voici le résumé, sous forme de conclusions, de ma manière de voir sur la valeur des injections iodées.

« Il me paraît donc prouvé, disais-je dans cet écrit :

» 1° Que la teinture d'iode provoque avec autant de certitude qu'aucun autre liquide, l'inflammation adhésive des cavités closes;

» 2° Que cette teinture expose moins que le vin chaud à l'inflammation purulente;

» 3° Qu'elle favorise manifestement la résolution des engorgements simples qui compliquent les hydropisies;

» 4° Qu'infiltrée dans le tissu cellulaire, elle *peut* ne pas amener d'inflammation gangréneuse. » (Cavités closes, page 112.)

Après avoir dit ailleurs: « Le retentissement de la douleur dans la région lombaire est nul, les malades souffrent ordinairement assez peu; » j'ajoute, au total: « Il m'est démontré aujourd'hui, que, dans le traitement des différentes variétés d'hydrocèle, la teinture d'iode produit exactement les mêmes résultats que le vin. » (Méd. opér., t. IV, pages 279 et 280.)

De la suppuration, de la gangrène arriveraient quelquefois. Cela contredirait-il en quoi que ce soit ce que je viens de rappeler? Que sera-ce donc si ces faits qu'on a rassemblés avec tant de peine sont inexacts, faux ou dénaturés? Voyons. M. Gerdy a cité des expériences sur les chiens. Ces expériences ont été rappelées par M. Blandin pour infirmer ce que j'en avais dit dans une précédente séance. Eh bien! j'en appelle au jugement de l'Académie. Ces expériences sont tellement incomplètes qu'elles ne peuvent rien prouver. Comment! on injecte 156 grammes de liquide iodé dans la patte d'un pauvre caniche ou d'un chétif griffon, et l'on s'étonne qu'il en résulte des accidents (M. Gerdy nie, soutient qu'il n'a été injecté qu'une petite quantité d'iode, et que M. Velpeau se trompe)! Il est fâcheux que M. Gerdy conteste un pareil fait, car j'ai là le texte sous les yeux. Dans sa première expérience, l'auteur de la thèse (Thèses, n° 150; Paris 1844) dit avoir injecté 79 grammes de liquide iodé dans la cuisse d'un chien; dans une autre expérience, il en a injecté 156 grammes dans la cuisse d'un caniche; dans une troisième, il en injecte également 156 grammes dans la cuisse d'un griffon. Voilà qui est textuel et précis, n'en déplaise aux dénégations de M. Gerdy. Or, je le demande, est-ce ainsi que les choses se passent, quand, par accident, il s'échappe un peu de l'injection entre les tuniques du scrotum?

(*La fin au prochain numéro.*)

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

Associations.

Pour se conformer aux vœux émis par le Congrès, relativement à l'organisation des Associations médicales en France, la Commission permanente, par une circulaire en date du 25 décembre dernier, a institué des correspondants dans chaque chef-lieu d'arrondissement, chargés de lui transmettre tous les renseignements désirables sur l'opinion du corps médical des diverses localités touchant la possibilité de l'Association.

Les nouvelles les plus favorables lui sont parvenues de toutes parts. Dans soixante-douze départements représentant plus de 140 arrondissements, l'Association médicale s'organise ou est déjà constituée. Dans un grand nombre d'autres, les difficultés provenant de la saison ont seules fait ajourner les opérations préliminaires. Tout fait espérer qu'avant la fin du printemps prochain, l'Association sera généralement organisée. De toutes parts, en effet, les vœux du Congrès relativement à l'Association ont trouvé sympathie et dévouement.

De toutes parts aussi des instructions, des règlements sont demandés à la Commission permanente, qui ne pouvait répondre à ce vœu généralement exprimé avant d'être suffisamment renseignée sur les dispositions du corps médical. Aujourd'hui qu'il est démontré que l'Association médicale tend à devenir un fait de la plus haute impor-

tance, aujourd'hui que l'immense majorité des arrondissements réclame l'Association et en reconnaît tous les avantages, la Commission permanente va s'empresser de transmettre aux arrondissements le résultat de ses travaux et de ses recherches sur ce grave sujet, qui l'a longtemps et sérieusement occupée. Une instruction suivie d'un projet de règlement va très prochainement être mise en distribution, et adressée aux correspondants qui se sont déjà mis en rapport avec la Commission permanente.

Ainsi, le dernier vœu émis par le Congrès va trouver un immense et magnifique accomplissement. Grâce à cette grande manifestation, qui a fait surgir des sentiments nouveaux et des idées nouvelles, la famille médicale, qui jusque-là a vécu dans l'isolement, va se trouver unie par un lien confraternel et sympathique. La Commission permanente doit adresser de vifs remercîments aux honorables correspondants qu'elle a institués, et qui, à très peu d'exceptions près, se sont chargés, dans leurs localités respectives, des opérations préliminaires avec un zèle au-dessus de tout éloge. Choisis presque tous parmi les délégués ou parmi les adhérents au Congrès, ils ont prouvé une fois de plus combien leur adhésion était sérieuse et sincère.

Comme l'a voulu le Congrès, l'Association est projetée libre, dans le triple but de la science, de la dignité professionnelle et de la prévoyance.

Le bureau qui sera constitué dans chaque arrondissement remplira les fonctions de commission administrative et de conseil de famille.

Nous indiquerons dans ce Journal les principales dispositions réglementaires qui seront proposées, comme projet, aux divers arrondissements.

—

L'impression du volume renfermant les actes du Congrès a été retardée par un accident arrivé aux mécaniques de l'imprimerie. La Commission met tous ses soins à hâter cette impression, qui sera prochainement terminée.

Correspondance

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié dans le n° du 13 décembre de votre journal, une observation d'un *cas de pellagre* recueilli par M. Cahen, dans le service de M. le docteur Rayer. A cette observation est joint un long article, dans lequel le fait nouveau est jugé d'après les descriptions que j'ai publiées dans un travail récent sur la pellagre, et de ce parallèle l'auteur conclut que la malade de la Charité était réellement pellagreuse.

Permettez-moi, Monsieur, de rétablir les véritables termes de comparaison Il s'agit d'une question peu connue, et il ne faut pas que cette question devienne plus obscure, lorsqu'elle semble devenir plus grave de jour en jour. Je ne m'arrêterai d'ailleurs qu'aux points essentiels.

D'après l'auteur de l'article, la malade de M. Rayer est morte dans la *première période de la maladie*. Or, que voit on dans la première période de la pellagre? D'abord des troubles mal dessinés et difficiles à expliquer du côté du système nerveux et des voies digestives, accompagnés d'un affaiblissement général; puis tout à coup, vers l'équinoxe du printemps, des symptômes nerveux plus caractérisés, et l'apparition d'un érythème sur les parties du corps habituellement découvertes.

L'intensité de ces phénomènes décroît à l'approche de l'été, et, en général, ils disparaissent pour éclater de nouveau et parcourir les mêmes phases avec une intensité chaque année croissante.

Que voyons-nous chez la malade de la Charité? En 1837, des douleurs accompagnées de gonflement dans les articulations fémoro-tibiales; puis ces douleurs envahissent les articulations tibio-tarsiennes, et finissent par gagner la région lombaire. Cette affection fait des progrès lents et continus; en sorte qu'en 1843 (après six ans et demi) la marche est déjà difficile, et qu'en 1844 elle est presque impossible. D'ailleurs, pas d'autres phénomènes jusqu'en 1845; la *santé générale se maintient jusque-là très bonne.*

Ainsi donc, voilà une femme qui, d'une part, n'a présenté, après huit ans de maladie, aucun des phénomènes importants de la pellagre commençante (vertiges, tintements d'oreille, mouvements convulsifs, tremblement particulier des membres et de la tête, ardeur brûlante à la paume des mains et à la plante des pieds, ardeur pénible à la gorge et surtout à l'estomac, nausées, inappétence, etc.), et qui, d'autre part, présente une paraplégie presque complète, très rare chez les pellagreux et possible seulement aux dernières périodes de la pellagre.

Que faut-il penser, je le demande, d'une pellagre qui dure huit ans sans présenter la triple série de désordres qui caractérise toujours cette maladie, sans lésions cutanées, sans dérangements digestifs, et sans autres accidents nerveux que des douleurs articulaires qui n'appartiennent pas à la pellagre, et une faiblesse qui chez les pellagreux n'est pas bornée aux membres inférieurs?

Ce n'est pas tout; et on verra le contraste persister jusqu'au bout. L'éruption cutanée qui appartient au début de la pellagre, survient enfin la huitième année chez la malade de la Charité. Mais comment survient-elle? Au milieu de l'été, c'est-à-dire lorsque cette éruption cesse chez les pellagreux; à l'abri de toute influence du soleil, c'est-à-dire dans des conditions qui suffisent le plus souvent pour empêcher l'éruption, ou du moins pour la rendre plus légère, tandis que chez la malade de la Charité l'éruption a offert une grande intensité.

La malade est morte d'une péricardite le 24 septembre. Et pour compléter le tableau des symptômes pellagreux, nous trouvons notés: un dévoiement abondant qui se déclare au mois de juin; puis une tristesse chaque jour plus marquée, à mesure que cette infortunée jeune fille s'affaiblit et reconnaît sa fin prochaine; quelques troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille; enfin, et comme dernière singularité, l'intelligence conserve jusqu'à la fin une parfaite intégrité.

L'auteur de l'article a bien connu qu'il y avait une notable différence dans la marche de la maladie chez les pellagreux, et chez la malade de la Charité. « En Italie, dit-il, la maladie a lieu par *attaques*... Mais une différence dans la marche ne saurait constituer un caractère radicalement différentiel. » Mais qu'est-ce qui caractérise dans beaucoup de cas le *génie des maladies*, pour me servir d'une expression de l'auteur lui-même, si ce n'est leur marche (dans les fièvres exanthématiques, par exemple); j'ajouterai que la pellagre a présenté toujours une marche constante, non-seulement en Italie, mais en Espagne et en France, et que pour renverser sur ce point les doctrines reçues, il faut attendre que les observateurs à venir aient réfuté l'opinion unanime de leurs devanciers.

Au demeurant, l'observation de M. Cahen offre une importance réelle. Elle signale un nouveau terrain sur lequel devra s'exercer le diagnostic différentiel de la pellagre. Nous savons maintenant que l'on peut, dans certains moments, confondre avec la pellagre une paraplégie rhumatismale, accompagnée de dévoiement, et compliquée d'une éruption à la peau; et j'ai acquis aussi la certitude que la pellagre a été confondue quelquefois avec cette forme du *delirium tremens* des ivrognes, que l'on peut nommer *delirium tremens* chronique.

Lorsque l'étiologie de la pellagre sera mieux connue, ces méprises seront évitées. Elles étaient jusqu'ici à peu près inévitables.

Permettez-moi de rendre hommage, en terminant, à l'impartialité et à l'élévation d'esprit dont a fait preuve l'auteur de l'article à l'occasion duquel j'ai l'honneur de vous adresser ces remarques.

Agréez, etc. Théophile Roussel.

NOUVELLES.

Il se passe maintenant à l'Hôtel-Dieu un fait singulier en même temps que des plus regrettables. On se rappelle qu'il y a quelques années, M. Rostan avait un service de clinique médicale dans les salles de l'hôpital dit de *l'Ecole*. L'administration des hôpitaux ayant eu besoin des salles de M. Rostan pour le service de la clinique d'accouchements, on obtint de ce professeur, à titre de concession, qu'il voulût bien transporter sa clinique à l'Hôtel-Dieu, où on lui donna une salle d'hommes et une de femmes; il fut convenu que les deux professeurs de clinique interne feraient leur cours à l'amphithéâtre, chacun à leur tour pendant la moitié de l'année. Durant les mois où l'amphithéâtre était occupé par M. Chomel, M. Rostan exerçait les élèves à l'examen des malades, et présentait quelques courtes et utiles considérations pratiques au lit même du malade.

L'an dernier, sous nous ne savons quel prétexte, le Conseil des hôpitaux défendit formellement à M. Rostan la clinique au lit du malade et l'instruction des jeunes gens, hors le temps de l'année où il faisait ses leçons à l'amphithéâtre. Bien que M. Rostan fût persuadé que rien ne peut remplacer l'enseignement véritablement clinique, et qu'il lui semblât qu'il y avait dans cette mesure abus de pouvoir, il dut céder. Cette année, le Conseil a prétendu, non-seulement interdire au professeur les leçons au lit du malade, mais encore lui enlever complètement le service auquel il a droit en sa qualité de professeur de la Faculté. Il serait, dit-on, question de n'avoir plus à l'Hôtel-Dieu qu'une seule clinique, dont serait alternativement chargé pendant six mois chacun des deux professeurs, qui de cette manière se trouveraient privés de service actif pendant la moitié de l'année.

Outre que cette disposition est absolument contraire aux règlements de la Faculté aux termes desquels le professeur de clinique doit faire son service toute l'année, un pareil état de choses est des plus préjudiciables et aux malades et aux élèves. Nous ne voulons point examiner ici jusqu'à quel point le Conseil d'administration des hôpitaux est dans son droit, en prétendant imposer une pareille mesure. Mais nous pensons que la Faculté devrait intervenir dans ce débat, et qu'il serait nécessaire de donner une solution prompte à la difficulté soulevée par le Conseil des hôpitaux. Nous ajouterons qu'il est d'autant plus étonnant de voir M. Rostan en butte aux tracasseries de l'administration, que depuis plus de vingt-cinq ans ce médecin a rendu d'immenses services dans les hôpitaux, et qu'il s'est toujours acquitté avec la plus grande exactitude et le zèle le plus digne d'éloges de la mission d'humanité qui lui était confiée.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Ordinaire, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur adjoint de pathologie externe dans lad te école, en remplacement de M. Delacroix, promu à la chaire de matière médicale.

— Nous recevons une lettre de M. Le Roy d'Etiolles: nous l'insérerons dans le prochain numéro.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IV[e] volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 12. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 28 JANVIER 1846.

LE CONGRÈS MÉDICAL. — LES FACULTÉS.

(Quatrième article.)

Nous nous sommes demandé si les Facultés marchaient vers le but que doit atteindre l'enseignement de la médecine, c'est-à-dire l'art et la théorie, la pratique et la science. Nous avons vu que sous le premier rapport l'enseignement est incomplet, imparfait, presque stérile, et que c'est à d'autres sources que celles qui coulent de l'enseignement officiel que l'élève doit puiser pour devenir artiste et praticien.

Il nous faut examiner aujourd'hui si l'enseignement des Facultés remplira ou peut remplir la seconde condition que nous avons posée, c'est-à-dire si à cet enseignement l'élève peut cueillir les notions élevées de la théorie et de la science.

Nous dirons d'abord que, pour notre compte, nous n'avons jamais très bien compris la distinction capitale qui existerait entre ces deux choses, science et pratique. Nous rencontrons ces expressions partout; elles sont passées dans le langage usuel, et font les frais de longs discours et de brillantes dissertations; mais quand nous voulons saisir l'idée qu'elles devraient représenter, quand nous voulons toucher du doigt la chose qu'elles semblent indiquer, idée et chose s'obscurcissent, se voilent, se perdent dans les nuages de l'abstraction; nous n'y voyons plus clair. Qu'est-ce que la médecine comme science? Qu'est-elle en tant qu'art? Où est la ligne de démarcation qui sépare l'art de la science? Où commence le médecin artiste? Où finit le médecin savant? Qu'est-ce qu'un savant qui n'est pas artiste? Et comment peut-on être artiste sans être savant? Nous avouons ne rien comprendre absolument à ces distinctions; et, voulant nous rendre compte de ce silence de notre esprit interrogé sur ces questions, nous nous sommes dit que, peut-être, toute la difficulté venait de l'idée première et principale que nous nous faisions de la médecine, qui peut différer notablement de quelques idées reçues.

Une science, pour être science, doit réunir les trois conditions suivantes : Posséder des faits observables, une méthode d'observation et de déduction, des lois ou principes généraux qui résultent des faits coordonnés par la méthode. Supprimez une de ces conditions, il n'existe plus de science dans l'acception du mot. Les faits sans méthode, c'est la pierre dans la carrière; la méthode sans faits, c'est l'architecte sans matériaux; le principe général sans faits et sans méthode, c'est le palais de glace que le soleil d'été fait s'écrouler et fondre.

A ces trois conditions nécessaires, fait, méthode, loi, qui constituent la science, s'ajoute une condition accessoire, mais importante, savoir : la généalogie des faits et des idées de cette science, l'examen et la critique des principes généraux, ceux-ci, de leur nature, inconstants et mobiles, même dans les sciences les plus positives, à mesure que les faits se multiplient ou que des faits nouveaux surgissent; en un mot l'histoire, la critique et la philosophie de la science.

Nous disons que, pour étudier une science quelconque, il faut de toute nécessité étudier les quatre éléments dont elle se compose, les faits, la méthode, les principes, l'histoire.

Nous disons que pour enseigner fructueusement une science quelconque, il faut l'enseigner sous ces quatre points de vue, car un enseignement qui néglige un de ces éléments prive la science de sens, de lien et d'harmonie.

La médecine remplit-elle les quatre conditions que nous venons d'indiquer?

La médecine a des faits, ils sont innombrables, ils se produisent en masse tous les jours, ils sont parfaitement observables; voilà pour la première condition.

La médecine a une méthode, mi-partie d'observation, mi-partie d'expérimentation; c'est-à-dire la méthode qui a conduit les sciences naturelles à leurs brillantes et positives destinées.

Mais la médecine a-t-elle des lois ou des principes généraux? Non, pas encore, et cela ne peut pas être; car la loi n'est que le principe actif et virtuel des faits, et nous pourrions prouver ici que non-seulement la médecine n'a pas enregistré des faits suffisamment nombreux, quoiqu'ils soient innombrables, mais encore qu'elle ne s'entend pas, à l'heure qu'il est, sur ce que c'est qu'un fait, et quelles conditions il doit réunir pour être un fait.

La médecine peut avoir — elle ne l'a pas encore — la généalogie des faits et des idées; elle pourrait entreprendre partiellement — des tentatives plus ou moins heureuses ont été faites dans ce sens — l'examen et la critique des déductions tirées des faits observés; la médecine, en un mot, pourrait posséder une histoire; mais une philosophie, c'est-à-dire l'exposition et l'appréciation de ses lois générales? Non, assurément, puisque ces lois générales n'existent pas encore.

La médecine, pour nous — et nous sentons combien ces idées auraient besoin de développements, de preuves, d'applications, que nous aurons peut-être l'occasion de donner plus tard — la médecine est une science en puissance, mais non encore réelle, une science qui se fait, mais qui est loin d'être faite, puisqu'elle manque d'une des conditions essentielles de toute science, de lois et de principes généraux.

Si la médecine n'est pas encore une science faite, nous comprenons difficilement la distinction que l'on veut établir entre l'enseignement savant et l'enseignement pratique, entre des écoles d'où l'on doit sortir artiste et des écoles d'où l'on doit sortir savant. A notre point de vue, et à l'époque actuelle de la science, nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir deux manières d'enseigner la médecine; cet enseignement ne pouvant, en effet, s'exercer que sur des faits, sur la méthode pour utiliser les faits, sur l'histoire et la critique de ces faits. Nous ne voyons pas possibles deux manières différentes de procéder, et nous n'apercevons dans les Ecoles d'autres distinctions à faire que selon le plus ou moins grand nombre d'éléments qu'elles possèdent pour initier leurs élèves à la connaissance des faits.

Ces considérations succinctes nous permettent de répondre facilement à la seconde question que nous avions posée : Non, l'enseignement des Facultés ne rend pas les élèves savants; mais nous nous empressons d'ajouter : car les Facultés, dans l'état actuel des choses, n'ont pas cette puissance. Etre savant dans une science, c'est non seulement connaître la généralité des faits qu'elle renferme, mais encore leur liaison, leurs différences, leur généalogie, la loi qui les commande; et tout cela, où est-il? Dans les espérances de l'avenir.

Avec de telles opinions, on doit comprendre que nous nous éloignons beaucoup des idées émises par quelques esprits fort éclairés sur la nécessité de fonder de hautes et de basses Ecoles, sur les prérogatives à donner à certaines Facultés de n'enseigner que la haute science pour réserver à d'autres la science d'application. Cette distinction nous paraît impossible et irréalisable. La haute science ne pourrait être que le dogme, la théorie, la philosophie de la médecine, et nous n'admettons pas leur existence. L'enseignement ne peut être que pratique et d'application, nous entendons de la médecine proprement dite, et toute Ecole qui annoncerait ou à laquelle on donnerait d'autres prétentions périrait aujourd'hui dans l'isolement et l'abandon.

Mais est-ce à dire que les Facultés possèdent aujourd'hui tous les éléments nécessaires à l'étude possible? Le Congrès a jugé cette question avec élévation et une juste appréciation des besoins actuels. En demandant pour les Facultés une chaire d'histoire de la médecine, le Congrès a senti les lacunes de l'enseignement actuel. Seulement, contrairement à la proposition de la Commission n° 1, qui, avec une grande intelligence de la question, s'était bornée à demander une chaire d'histoire et de bibliographie, le Congrès a ajouté la philosophie, mot vague, sans application possible, et que nous proposerions de remplacer par celui de critique médicale, mot qui a l'avantage de représenter une idée pratique et réalisable, une étude d'une haute importance et malheureusement fort négligée, une étude presque vierge et qui promet à ceux qui l'entreprendront avec intelligence et sincérité une abondante et fructueuse moisson de résultats utiles.

Avec le Congrès, nous ne voyons donc aucun motif bien plausible de modifier profondément la constitution de l'enseignement dans les Facultés. Mais avec le Congrès, et plus vivement qu'il ne l'a fait, nous demanderions une extension considérable de cet enseignement, extension principalement dirigée vers les études pratiques. Tel qu'il est, à part l'histoire et la critique, l'enseignement des Facultés nous paraît suffisamment élevé ou savant, si l'on tient au mot; mais tel qu'il est, il doit paraître aussi fort incomplet sous d'autres rapports d'une suprême importance, et nous adressons ici à tout médecin sincère cette simple question : Est-ce par l'enseignement officiel seul que vous êtes devenu praticien?

Ceci nous conduit naturellement à examiner les vœux du Congrès relativement à l'enseignement libre, enseignement qui par ses services, son utilité et son éclat, mérite assurément une attention sérieuse. Y...

(*La suite à un prochain numéro.*)

HÔTEL-DIEU. — M. ROUX.

Du bec-de-lièvre et des opérations proposées contre cette difformité.

Nous profiterons de l'admission dans nos salles d'un sujet affecté d'un bec-de-lièvre des plus simples, du reste, pour vous présenter quelques considérations pratiques sur cette difformité et sur l'appréciation des divers procédés opératoires qui ont été proposés et mis en usage pour la faire disparaître.

L'opération du bec-de-lièvre est certainement une des plus simples de la chirurgie, et qui semblait, depuis longues années déjà, être arrivée à son apogée, à son summum de perfection. Il paraissait qu'au point où elle avait été portée la chirurgie n'avait plus rien à faire qu'à suivre les errements vulgaires, lorsque, dans ces derniers temps, une sorte de petite révolution s'est opérée dans la médecine opératoire de cette affection, et a donné lieu à des controverses qui durent encore au moment où nous parlons, ainsi qu'on a pu s'en convaincre par les discussions auxquelles on s'est livré, il y a peu de mois, dans le sein de l'Académie de médecine. Nous allons y revenir dans un instant.

Le cas actuel, disions-nous tout à l'heure, est des plus simples. Il n'y a, chez le sujet que nous vous avons présenté, qu'une simple division congénitale de la lèvre supérieure. Cette division est incomplète, c'est-à-dire n'embrasse pas toute la hauteur de la lèvre depuis son bord libre jusqu'à la narine. Nous vous ferons remarquer, comme circonstance digne d'attention, que la division labiale existe chez notre malade du côté droit. Sans que cette disposition soit inouïe, il est un fait d'observation, et qui résulte de l'examen d'un grand nombre de cas particuliers, c'est que le bec-de-lièvre simple, unique est incomparablement plus commun du côté gauche que du côté droit. La chose est incontestable, et cependant il n'est pas facile de donner une raison péremptoire de cette particularité. Néanmoins, on la comprend, on se l'explique jusqu'à un certain point d'après les théories reçues de nos jours sur les causes immédiates des difformités qui ont le caractère du bec-de-lièvre. En effet, c'est à un arrêt de développement que l'on a cru devoir attribuer la production du bec-de-lièvre. On l'explique aussi en la rattachant à ce fait général d'un ordre plus relevé encore, plus transcendant, qui tient aux lois primitives de la formation de notre être, à savoir que probablement nous sommes formés, nous nous développons avec une inégalité des forces vitales dans les deux moitiés de notre corps.

Les deux parties du corps ont une force inégale; elles semblent, à quelques égards, présenter des différences bien manifestes pour la puissance vitale. Il y a en nous une prépondérance d'action dans le côté droit du corps, du moins cela nous paraît être ainsi. Si cela est réellement, il est facile de comprendre que, dans les écarts auxquels la nature s'abandonne, ce soit plutôt le côté gauche, où la vie est moins forte, la puissance vitale moins développée, qui soit affecté; enfin, que presque tous les vices de conformation soient plus fréquents à gauche qu'à droite. C'est certainement là un petit fait et qui paraît assez insignifiant de lui-même. Si nous n'étions pressé par le temps, il nous fournirait l'occasion de vous présenter des considérations qui ne seraient pas sans quelque intérêt sur la dualité de notre corps; cette étude de la dualité en nous, de la formation du corps de l'être organisé en deux parties est féconde en considérations philosophiques, médicales et chirurgicales du plus haut intérêt.

Le fait de cet enfant affecté de bec-de-lièvre, est encore intéressant sous un autre rapport. Il rappelle naturellement à notre esprit un cas beaucoup plus important et plus digne d'intérêt, plus remarquable, dont nous avons été témoin il y a deux ans environ. Un frère de ce jeune enfant fut opéré par nous à cette époque de la même difformité; mais son affection n'était pas simple, unique, comme celle à laquelle nous avons affaire ici. Le bec-de-lièvre était double; entre les deux fentes de la lèvre, l'os intermaxillaire qui supporte les dents incisives faisait une saillie considérable. Cet enfant, qui vit maintenant, avait alors sept à huit mois; c'est aussi l'âge de celui que nous devons opérer devant vous. Lorsque sa mère nous l'apporta, il présentait vraiment une difformité monstrueuse, et ses parents nous témoignaient le plus vif désir de le voir soumettre à l'opération, chose à laquelle nous consentîmes sans peine, regardant comme une nécessité urgente de remédier à cette vicieuse conformation.

Il nous souvient parfaitement que nous ne voulûmes pas tenter, comme il est quelquefois indiqué de le faire, de remettre à la place qu'il aurait dû occuper, le petit mamelon médian formé par l'os incisif. Nous préférâmes en faire le sacrifice, et convertir de cette manière un bec-de-lièvre double très compliqué en un bec-de-lièvre simple, en une simple fente dont les bords supérieurs se trouvaient, par suite de cette ablation du tubercule médian, plus éloignés l'un de l'autre que les bords inférieurs. A cette époque, je faisais quelques essais sur un nouveau procédé imaginé par M. le docteur Clémot (de Rochefort), et recommandé de nouveau depuis par M. Malgaigne. Voici en quoi consiste ce procédé. Au lieu de pratiquer l'avivement de bas en haut, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri, on avive de haut en bas, sans porter l'incision jusqu'au bord de la lèvre, sans détacher le petit lambeau que l'on a formé, et en lui conservant un pédicule. De cette manière, on fait servir les deux lambeaux d'avivement pour former un petit mamelon au milieu du bord

libre de la lèvre, et remplacer le tubercule que l'on observe à l'état normal. De cette façon, non-seulement on augmente notablement la hauteur de la lèvre, mais on lui donne une conformation beaucoup plus rapprochée de celle qu'elle doit avoir chez les sujets bien développés.

Nous avons essayé ce procédé opératoire chez un jeune homme sur lequel nous avons parfaitement et complètement réussi, et qui a été un exemple du plus beau succès que l'on puisse espérer. Sur l'enfant dont nous vous parlons, l'opération fut faite avec le plus grand soin, et nous obtînmes à peu près ce que nous nous étions proposé. La douleur éprouvée par le petit malade ne parut pas avoir été excessive. Il perdit peu de sang pendant l'opération. Mais le sang qui s'était écoulé séjourna dans la bouche, l'enfant l'avala, et il y eut une syncope; accident qui chez un adulte serait de peu de valeur, et qui chez un enfant de sept mois est toujours une chose excessivement grave. La syncope fut telle, que nous crûmes l'enfant mort. On jeta de l'eau froide sur la figure; on le porta près de la fenêtre ouverte, mais vainement. Alors j'introduisis promptement dans le larynx une sonde de femme; cette manœuvre eut un très heureux résultat; je déplaçai de cette façon un caillot de sang assez volumineux qui s'était engagé dans le larynx pendant les efforts de déglutition opérés par le jeune sujet, et qui était devenu une cause d'asphyxie. L'état dans lequel se trouvait l'enfant n'était pas un état de syncope, mais d'asphyxie. Dès que le canal aérien fut désobstrué, le malade reprit connaissance, la respiration se rétablit, et l'enfant revient à la vie.

Bien qu'elle eût été faite avec toutes les précautions imaginables, et que le sujet fût dans de bonnes conditions, la première opération ne réussit pas; les deux bords de la solution de continuité ne reprirent pas, et la division persista. On nous rapporta l'enfant un an environ après; il était alors âgé de dix-huit mois. Les tissus avaient acquis plus de consistance, étaient plus solides; la constitution générale du sujet était forte, la santé parfaite. Nous l'opérâmes de nouveau. L'opération, cette seconde fois, était plus simple et plus facile. Il n'y avait plus de lambeau, plus de tubercule médian à enlever. Nous nous bornâmes à faire une suture après avoir rafraîchi les bords de la division par le procédé ordinaire. Le succès fut complet.

Le sujet que nous allons opérer est de la même mère. Existe-t-il un rapport de causalité entre ces deux difformités semblables, sauf l'intensité, présentées par deux enfants issus de la même mère? Nous n'osons nous prononcer complètement sur ce point. Ces faits ne peuvent rentrer dans la catégorie des cas héréditaires; ce sont des vices de famille seulement, et que l'on ne doit point faire rentrer dans la question d'hérédité.

C'est un point de la plus haute importance que cette double question de l'hérédité dans les maladies et les vices de famille, et l'on arrive, en l'étudiant, à la connaissance de faits bien curieux et bien extraordinaires. Il y a quelques années, un homme nous apporta un enfant qui lui appartenait, pour que nous lui fissions l'opération du bec-de-lièvre. Douze ou quinze ans auparavant, cet homme avait subi lui-même une opération semblable. Comme celui du père, le bec-de-lièvre dont était affecté l'enfant était double, avec tubercule médian supportant les dents incisives; mais ce n'est pas tout. Le père avait six doigts à chaque main et à chaque pied. Comme lui, l'enfant présentait la même conformation; il était *sexdigitaire*. Il est impossible de ne point admettre ici une disposition de famille, une transmission héréditaire. On ne peut point supposer qu'il y ait seulement du hasard.

Le cas dont nous vous entretenons et les détails dans lesquels nous nous trouvons entraîné nous rappellent encore un point de vue qui n'est peut être pas sans quelque valeur. Ne serait-il pas, à la rigueur, possible que dans des cas de cette espèce il y eût une influence de la mère sur le produit de la conception; que ces perturbations d'esprit, ces émotions morales, ces préoccupations dont on croit que les mères sont susceptibles pendant leur grossesse, retentissent sur l'enfant et produisent des altérations dans la conformation du fœtus? Dussions-nous nous exposer au sourire de quelques-uns d'entre vous, à la raillerie de la plupart des savants, nous l'avouons, nous croyons à l'empire de l'imagination de la mère. C'est une opinion que l'on taxe de ridicule, nous ne l'ignorons pas. On a fait à ce propos bien des plaisanteries. On n'admet pas généralement qu'une femme puisse transmettre à son enfant des vices de conformation dépendant des troubles de son imagination. Bien qu'il nous soit impossible à nous personnellement, d'appuyer notre manière de voir d'une façon systématique et absolue, nous nous sentons porté à ne pas être aussi sceptique. Nous avons par devers nous des faits assez nombreux et d'espèces bien diverses, qui ne nous permettent pas de penser que cela soit aussi ridicule qu'on a voulu le dire, quoique néanmoins nous accordions que ce pouvoir de l'imagination ne se manifeste pas au delà de quelques circonstances particulières.

Nous voudrions maintenant vous dire quelle est notre pensée sur le conseil que l'on a donné de faire l'opération sur de très jeunes enfants. Celui dont nous nous occupons n'est pas un enfant nouveau-né; il a sept mois; il est fort, bien constitué; il a été apporté dans nos salles se trouvant dans les conditions que l'on s'accorde à regarder comme les plus favorables, et en quelque sorte comme une garantie de succès. Malgré l'autorité d'un de nos collègues dont plus que personne nous avons en haute estime le talent et l'habileté, M. P. Dubois, malgré son opinion sur la possibilité de pratiquer l'opération du bec-de-lièvre chez les nouveau-nés, et les avantages que l'on retire de cette manière de procéder, nous ne l'avons mise en usage, à cette tout à fait première période de la vie, qu'un très petit nombre de fois, et encore ce n'a-t-il jamais été par suite de notre inspiration spontanée; nous avons dû céder aux instantes sollicitations des parents, et nous n'avons agi de cette manière que dans des cas de bec-de-lièvre simple et sans complication du côté des os, du voile du palais ou de la voûte palatine. Je ne crois pas que l'enfant nouveau-né soit susceptible de supporter une opération plus longue et plus laborieuse que celle du bec-de-lièvre simple.

Dernièrement, j'ai été forcé de céder aux prières de parents qui m'avaient présenté un enfant affecté de bec-de-lièvre simple d'un seul côté, avec écartement des os de la voûte palatine et de l'alvéole. On m'apporta l'enfant en me demandant de faire l'opération sur-le champ. Je n'y étais que fort peu disposé, sans cependant avoir l'idée qu'elle fût tout à fait impraticable; je me décidai néanmoins à la faire, après avoir prévenu les parents des chances défavorables qui pourraient en empêcher le succès. Il arriva, dans cette circonstance, un fait assez étrange et que j'avais l'occasion d'observer pour la première fois. On ne put allaiter l'enfant pendant les premiers moments qui suivirent l'opération, l'appareil appliqué sur sa lèvre s'opposant à ce qu'il exécutât les mouvements de succion nécessaires. On essaya de le nourrir avec du lait de vache; l'enfant tomba dans un état de faiblesse et de dépérissement, conséquence de l'inanition. Cet accident devait influer nécessairement sur la réussite de l'opération; c'est en effet ce qui survint. La réunion ne se fit pas, il ne resta rien qu'une petite bride très faible et de fort peu de largeur entre les deux bords de la division; dans tout le reste de l'étendue de la plaie, il y avait décollement complet. Je n'espérai plus dès lors de succès; je restai persuadé que je serais obligé de recommencer ultérieurement l'opération. Je conseillai aux parents de nourrir l'enfant avec du lait de femme, que l'on ferait tirer du sein de la mère ou d'une nourrice. Je perdis cet enfant de vue pendant une quinzaine de jours environ. Au bout de ce temps, on me le rapporta, et je fus très étonné de voir une réunion complète et une consolidation parfaite. Depuis cette époque, j'ai plusieurs fois revu l'enfant; il a grandi; la réunion des deux bords de la lèvre s'est bien maintenue, et, sans que sa lèvre soit très bien conformée, nous pouvons compter ce cas comme un succès complet.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

(Addition à la séance du 20 janvier.)

Discussion sur les injections indées dans l'hydrocèle; discours de M. Velpeau.

(Suite et fin du numéro précédent.)

M. Jobert vous a dit en quoi consistait le fait de gangrène qu'on lui attribuait. M. Blandin, qui est plus opiniâtre encore dans ses reproches, en a cité trois: celui de M. Chassaignac, un de M. Richet, et celui de M. Jules Roux. Oh! pour le coup, rien ne pouvait être plus mal trouvé. J'ai dit ce qui s'était passé chez la malade de M. Chassaignac. J'ajouterai aujourd'hui, après de nouveaux renseignements, que cette malade avait été traitée secondairement par des incisions du kyste, et qu'elle était dans un état fort satisfaisant, quand, au bout de vingt jours, l'opérateur, quittant le service, dut l'abandonner aux soins d'un autre, et que, de quelque façon qu'elle ait succombé plus tard, on ne voit guère en quoi la teinture d'iode peut en avoir été coupable. Le fait de M. Richet est encore plus singulier, en voici l'observation authentique. L'opération est pratiquée le 26 août 1845. Après la ponction, un liquide pur et clair s'échappe facilement; mais il sort bientôt après par la canule trois ou quatre cuillerées d'un sang rouge et vermeil, que le chirurgien suppose venir d'une petite artériole des parois de l'hydrocèle. Après quelques hésitations, on n'en procéda pas moins à l'injection iodée. Aucun accident ne survint. La résolution s'opérait régulièrement. Seulement, au bout de trois semaines, le malade ressentit quelques douleurs à la partie supérieure de la tumeur, réduite alors au volume d'un œuf. M. Richet croyant trouver une fluctuation douteuse dans ce point, y enfonça la lame d'un bistouri, et tira par là une masse rougeâtre homogène, un véritable caillot de fibrine, dont la nature fut d'ailleurs constatée par l'analyse chimique. Elle ne contenait d'ailleurs pas un atome d'iode. Quelques grumeaux de même nature furent encore extraits les jours suivants; la suppuration s'établit, et le malade sortit plus tard de l'hôpital parfaitement guéri. Où donc y a-t-il dans ce fait un reproche qui s'adresse à l'injection iodée? Et où donc M. Blandin a-t-il pris les couleurs gangréneuses dont il lui a plu de revêtir une observation si simple? Cet honorable adversaire est pour le moins aussi malheureux en parlant de l'observation de M. Roux, en disant qu'il est survenu chez ce malade une inflammation gangréneuse et des accidents qui ont inquiété vivement pour sa vie. Il n'y a pas un mot de tout cela dans le mémoire de l'auteur, et dans l'observation il est expressément dit qu'il n'y a point eu de gangrène, que le malade n'a jamais été en danger, et il est même douteux qu'avant l'injection des bosselures enflammées, il y eût là de l'inflammation purulente. M. Blandin me répond, il est vrai, que si ces accidents ne sont pas mentionnés dans le mémoire, M. Roux les lui a communiqués de vive voix, à lui M. Blandin. Oh! pour le coup, ceci me paraît sérieux. Sans vous en apercevoir, vous ferez jouer là un singulier rôle à l'auteur. Comment! il serait venu lire à l'Académie une observation dans laquelle il dit que son malade est guéri, qu'il n'a point éprouvé d'accidents graves, et il vous aurait dit à vous, sous le manteau de la cheminée, que ce malade a été pris d'une inflammation gangréneuse, et que sa vie a été gravement compromise. Non, non! cela ne se peut pas, et je proteste de toutes mes forces contre de pareilles insinuations (1). Voilà pourtant à quoi se réduit ce que ces messieurs, malgré tant de recherches et d'efforts, sont parvenus à trouver contre les injections iodées. Il faut en vérité que cette méthode soit encore plus innocente que je ne l'aurais cru, puisque tant de gens désireux de la trouver en défaut, en sont réduits à de pareils faits. Cela ne leur suffit pas, du reste; et ne pouvant rien articuler de précis contre ma méthode, ils en sont arrivés à soutenir que le vin lui-même infiltré dans les tissus, ne produit pas ordinairement la gangrène. Ce serait encore là une amélioration dont l'iode pourrait à juste titre revendiquer l'honneur. Car avant cette discussion, les partisans du vin convenaient volontiers, étaient même les premiers à le dire, que l'injection vineuse amenait cet accident. Infiltré dans le scrotum, le vin ne provoque ni suppuration, ni gangrène. Mais y pensez-vous? et les malades qu'indique Boyer, et qui sont morts, et la citation textuelle de l'article de M. Blandin que j'ai faite dans une autre séance! M. Blandin qui a dit, sans y mettre aucune expression restrictive: « Le passage du vin dans le tissu cellulaire est un accident plus commun... et des plus graves... Lorsqu'il arrive par malheur, les bourses se gonflent considérablement. Bientôt le sphacèle des parties survient... comme après les grandes infiltrations urineuses...... les accidents généraux les plus redoutables se manifestent et amènent quelquefois une terminaison funeste. » (Dict., *loc. cit.*) Après une déclaration aussi formelle, dis-je, M. Blandin voudrait soutenir que le vin chaud infiltré dans les tissus ne provoque pas la gangrène. Mais M. Gerdy n'est pas moins explicite (M. Gerdy nie, je ne comprends pas les dénégations de M. Gerdy. Il prétend n'avoir jamais dit ce que j'avance, il faut donc que je le cite textuellement, soit. Voici une phrase assez explicite de son mémoire: « J'arrive (c'est M. Gerdy qui parle) aux accidents qui peuvent compliquer l'injection vineuse de l'hydrocèle. Nous en noterons trois principaux (principaux, vous entendez; c'est qu'il y en a d'autres dont on ne parle pas), l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire, les abcès et la gangrène. » (Archives générales de médecine, 3e série, tom. 1er.) Est-ce clair, et d'ailleurs n'est ce pas l'avis de tout le monde? Si je cite ces messieurs, c'est parce que je ne veux pas emprunter le langage des antagonistes de l'injection vineuse.

Une autre objection s'est encore fait jour. Je ne la relèverais pas, si venant de M. Gerdy elle n'avait été acceptée ailleurs. On a dit que la teinture d'iode entraînerait à plus de dépenses que le vin, qu'elle était moins facile à trouver partout. Y a-t-il quelque chose de sérieux dans une pareille pensée? Pour l'injection vineuse et avec les compresses imbibées de vin, dont on se sert pendant six ou huit jours, il faudrait bien deux ou trois bouteilles de vin. Joignez-y le charbon, le réchaud, etc. Et je le demande, tout cela n'équivaudra-t-il pas au prix d'une cuillerée de teinture d'iode? On trouve du vin partout, dit-on; d'abord cela n'est pas exact, et M. Besnet-Perraud remarque que dans les pays où il a observé, à Lahore, il lui était plus facile de se procurer de la teinture d'iode que du vin. Qui donc serait embarrassé pour trouver de la teinture d'iode, quand il s'agit d'opérer une hydrocèle? Mais c'est assez là-dessus.

Cependant les injections iodées ont échoué dans quelques cas? A quoi cela tient-il? En bonne conscience, ce n'est pas à moi de répondre à une telle question. Entre mes mains les injections iodées n'ont jamais produit d'accidents, et ont à peu près constamment réussi. Si elles ont échoué dans la pratique de M. Blandin, c'est à lui bien plus qu'à moi d'en chercher la raison. Cela tient sans doute à quelque chose; mais en vérité, je ne puis me croire dans l'obligation de l'expliquer. En admettant que tout a été fait convenablement (et je suis loin d'admettre moins d'adresse et d'habileté chez MM. Gerdy et Blandin que chez moi), il faut que quelque bizarrerie, quelque mystère se soit glissé là-dessous; qu'il y ait eu quelque chose enfin que je ne comprends pas, et que je ne suis pas obligé de comprendre. Si je voulais absolument trouver une explication, je la trouverais peut-être dans les remarques que nous ont communiquées MM. les chimistes, et je pourrais dire: S'il vous est arrivé des malheurs, si vous avez échoué, c'est que vous avez employé de la teinture d'iode trop récente ou trop ancienne. Mais cette ressource m'échappe aussitôt, puisque la teinture d'iode dont je me suis servi a été prise tantôt à l'hôpital, et venait de la pharmacie centrale par conséquent, tantôt en ville chez des pharmaciens très différents; et puisque soit qu'il y eût, au moment du mélange, beaucoup ou peu ou point de précipité, soit qu'elle parût nouvelle ou qu'elle fût ancienne, elle m'a toujours donné des résultats satisfaisants, c'est donc une explication à laquelle je renonce et que j'abandonne à ceux de mes collègues que cela concerne.

Maintenant que nous sommes entrés dans les explications, je dois dire un mot de celles de M. Laugier et de M. Caventou. Ces messieurs admettent comme moi l'innocuité et l'efficacité des injections iodées. Ils se demandent seulement si cette efficacité ne serait pas due exclusivement à l'alcool de la teinture. Je l'ai déjà dit, les injections avec l'eau-de-vie camphrée, l'eau-de-vie ordinaire, avec de l'alcool légèrement affaibli, ont été essayées par moi qui les avais vu mettre en usage, il y a vingt ans, par mon ancien maître M. J. Cloquet.

J'en eusse continué l'usage si elles n'avaient pas échoué trois fois sur douze, un peu plus souvent que le vin chaud, par conséquent, dans les cas que j'ai observés. C'est, du reste, parce que ce médicament m'avait paru bon que j'espérais en y ajoutant l'iode, qui est lui-même un résolutif puissant, trouver un remède encore plus efficace. Or, comme depuis ce moment les succès de l'injection iodée ne m'ont rien laissé à désirer, je me suis arrêté à l'idée que la teinture d'iode devait être préférée à l'eau-de-vie proprement dite.

Je ne sais point du tout si la formule que nous propose M. Guibourt, c'est-à-dire 5 parties d'iode, 5 parties d'iodure de potassium sur 50 parties d'alcool et 100 parties d'eau, triturées, dissoutes extemporanément, conviendraient; je n'ai aucune raison d'en douter; mais enfin, je ne puis me dispenser de faire remarquer qu'en procédant comme je l'ai fait, les injections iodées réussissent parfaitement bien.

Et puis, Messieurs, n'allez pas croire qu'elles ne réussissent qu'à moi, ces injections. Vous avez entendu M. Jobert qui n'a eu qu'un insuccès sur 60 et quelques; M. Bérard, qui n'a eu que 3 récidives sur 300, et à l'instant même M. Laugier, qui n'a point vu de récidive, qui ne comprend rien aux objections qu'on nous fait. En voici bien d'autres. Ecoutez M. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker: « L'injection iodée, dit-il, met à l'abri des dangers de l'infiltration. Chez un malade auquel l'injection fut faite dans le tissu cellulaire des bourses, le liquide iodé n'amena aucun accident. Il s'agissait cependant d'un homme d'à peu près cinquante ans. Chez un autre malade, au contraire, l'injection vineuse détermina des escharres et une suppuration qui amenèrent la mort. » (*Gazette des Hôpitaux*, 14 octobre 1845.) Voulez-vous entendre M. Guersant? Il vous affirmera que « les injections par la teinture d'iode paraissent plus promptes que par l'injection vineuse. » (Même Journal.)

« De tous les malades opérés par moi, dit M. Chassaignac, soit dans les hôpitaux soit en ville, au moyen de l'eau iodée, il n'y en a pas un qui n'ait guéri définitivement. »

Voilà donc déjà six chirurgiens des hôpitaux de Paris qui ont obtenu de l'injection iodée les mêmes résultats que moi. Voulez-vous y ajouter M. Pasquier fils? « Ce chirurgien a mis plus de soixante fois l'injection iodée en usage, et il a constaté que la douleur manque alors environ dix-neuf fois sur vingt. » (Mém. de chirurgie militaire, t. LIII, p. 218.) Dans un autre écrit, on trouve: « Sur cinquante hydrocèles simples ou doubles, M. Pasquier a constamment réussi. » (Annales de thérap., janvier 1845, p. 376.)

Ce n'est pas à Paris seulement que de tels succès ont été obtenus. « Sur un malade, dit M. Godard, chirurgien de l'hôpital de Versailles, j'ai employé le vin chaud, et l'opéré a éprouvé les vives douleurs que produit ordinairement ce liquide; douleurs qui se sont prolongées jusque dans la région lombaire. Sur cinq autres j'ai employé la teinture d'iode; un seul a accusé de la douleur; les quatre autres en ont à peine ressenti; ils sont tous guéris. » (Chirurg. milit., t. LIII, p. 204.)

« Il est impossible, dit M. le professeur Serres, de Montpellier, de ne pas admettre que l'injection iodée est de beaucoup préférable à l'injection vineuse; il vous souvient des résultats heureux qu'elle m'a constamment donnés. » (Compte-rendu de la clinique, 1839, pag. 29.) Et M. Sicard, qui cite près de trois mille opérations d'hydrocèle par l'injection iodée, et qui termine par cette phrase: « Il n'y a jamais eu d'accidents; il n'y a eu qu'une récidive sur cent. » (Méd., chirurg., thérapeut., 18 0.)

La lettre que M. Besnet-Perraud vous a adressée récemment contient aussi ce paragraphe: « J'ai opéré plusieurs centaines d'hydrocèles, dit ce médecin, et, je puis l'affirmer, toujours sans inconvénient et avec succès, en produisant peu de douleur, et n'ayant vu qu'une récidive sur cent. Il n'est pas jusqu'au Brésil où « ce procédé a été tenté avec un égal succès dans la ville de Rio par MM. Franéa et Tosta, » dit M. Sigaud (Méd. et chir. du Brésil, p. 415).

(1) Ceci est encore une inadvertance. Peut-être une nouvelle lettre modifiera-t-elle dans la *Gazette des Hôpitaux* la révélation de M. Roux.

Faudrait-il ajouter à ces témoignages celui du chirurgien du roi de Suède assis en ce moment à nos côtés, et qui vous dira que dans son pays les injections iodées agissent comme je l'ai dit? De M. Stewart, de New-York, de M. Lesinnert, de l'île Bourbon, de M. Pétrequin, de Lyon, et d'une infinité d'autres dont je pourrais montrer la correspondance ou les écrits? Mais n'en est-ce pas assez de toutes ces preuves, et ne serait-ce pas lasser la patience de l'Académie que d'en accumuler davantage?

On vient d'émettre l'idée d'une commission. Déjà cette pensée s'était fait jour dans la discussion. Pour moi, je ne demande pas mieux. Mais, en vérité, que veut-on? Que fera cette commission? Est-ce pour savoir s'il est vrai que M. Blandin ne réussit pas avec les injections iodées? Franchement, puisqu'il en convient, puisqu'il nous l'a dit, nous devons l'en croire. Serait-ce plutôt pour savoir si ce que j'avance est exact? Alors, j'ai quelque chose de bien plus simple, de bien plus expéditif à proposer : au lieu d'attendre et de suivre des faits nouveaux, voici l'observation de ceux qui sont accomplis. J'ai là une quarantaine de noms de malades opérés dans la ville. J'en retrouverai peut-être cinquante autres. J'ai chez moi 150 ou 200 observations recueillies à l'hôpital. Eh bien, que ceux qui conserveraient quelques doutes se réunissent, et nous chercherons ensemble l'adresse de ces malades : nous en retrouverons certainement plus d'un cent à Paris, et nous les examinerons.

Pour l'hydrocèle, la question est claire, l'examen facile : en les questionnant, on saura bien vite s'il est vrai qu'ils aient eu une hydrocèle, qu'ils aient été opérés par moi, et qu'ils soient ou non guéris. Tous ces faits, j'en offre l'examen à quiconque le demandera, non pas simplement aux amis, aux partisans de la méthode, mais aussi à ses antagonistes. En huit jours on pourra, il me semble, être parfaitement édifié sur le sujet. Au lieu des observations passées, veut-on des faits à venir? J'y consens également à la condition toutefois qu'il s'agira de faits de ma pratique et non de celle de mes honorables adversaires. Il tombe sous le sens, en effet, que, pour savoir si je réussis avec les injections iodées, c'est à moi et non à M. Blandin qu'il convient de le demander. En confiant les injections iodées à M. Blandin pour décider si elles me réussissent bien, je craindrais en vérité qu'il ne leur prît fantaisie d'agir tout autrement qu'elles ne le font entre mes mains. Que sais-je, moi? M. Blandin s'est montré si peu bienveillant pour l'iode, qu'il est naturellement mal disposé pour obtenir de bons effets de ce médicament. A-t-on jamais vu d'ailleurs ceux qui veulent connaître la valeur d'une méthode, dont les résultats heureux sont contestés, aller chercher la preuve que cette méthode est bonne dans la pratique de ceux qui la repoussent ou qui la combattent? N'est-ce pas à celui qui la vante qu'on s'adresse pour avoir la démonstration de ce qu'il en dit? J'ajouterai que sous ce point de vue je suis tout prêt. Pour peu qu'on le désire, je m'engage volontiers à dire ici, tous les mardis, que j'aurai à l'hôpital tel jour de la semaine, tel ou tel malade à opérer, afin de mettre ainsi les personnes qui veulent s'éclairer à même de suivre les effets de l'injection iodée.

Tout ce qui précède se rapporte aux hydrocèles, aux différentes espèces de kystes, et laisse la question des hydarthroses de côté. Or, c'est sur l'hydarthrose qu'on a le plus violemment insisté pour repousser les injections iodées. Ici encore, j'ai eu le malheur de ne pas toujours être compris. J'ai dit en commençant que ma discussion portait exclusivement sur les hydarthroses chroniques anciennes, rebelles, dépourvues de lésions organiques des os, des cartilages ou des enveloppes de la jointure; et l'on a raisonné comme si j'avais proposé les injections iodées dans les hydarthroses récentes, traumatiques ou autres, dans les hydarthroses qui compliquent les différentes maladies articulaires. J'ai dit que l'injection iodée était un remède de plus, un dernier remède pour les hydarthroses essentielles que rien n'avait pu dissiper; et l'on m'a répondu qu'on guérissait l'hydarthrose par l'émétique, par les moxas, l'onguent mercuriel, l'immobilité, comme si je n'avais point parlé moi-même de ces différentes médications. J'ai dit enfin que l'injection iodée dans l'hydarthrose était loin de réussir toujours, de réussir aussi bien que dans l'hydrocèle, et l'on a discuté comme si j'avais soutenu que dans l'hydarthrose l'injection iodée est toujours suivie de succès. Je suis donc obligé de rétablir de nouveau les faits. Quand j'ai pris le parti de soumettre l'hydarthrose à l'injection iodée, c'est après de mûres réflexions. Les écrits de Boyer étaient pour moi, comme pour tout le monde, une sorte d'épouvantail. Cependant, j'avais si souvent constaté l'innocuité, l'efficacité des injections iodées partout ailleurs, que j'étais entraîné malgré moi à me demander si dans les articulations elles feraient naître ce cortége formidables de symptômes indiqué par Boyer. En étudiant avec attention les raisons données par cet auteur, je ne tardai pas à m'apercevoir d'une chose; c'est que les observations qu'il invoque avaient été mal interprétées, qu'il ne s'agissait point dans ses observations d'opérations comparables à celle de l'hydrocèle, mais bien d'injections répétées plusieurs jours de suite, d'injections détersives, d'injections, en un mot, qui tendaient à traiter l'hydarthrose comme un abcès qu'on veut déterger. Dès lors je fus frappé de cette remarque, que tout le monde sentira; c'est que, transformant par une plaie l'hydrocèle en un vaste foyer purulent, on aurait manifestement tout autre chose que ce que l'on veut obtenir, que ce que l'on obtient réellement par l'opération qui est destinée à guérir radicalement cette maladie. Partant de là les observations de Boyer ne parurent pas démontrer que l'opération de l'hydrocèle fût applicable à l'hydarthrose; mais j'eus au moins le droit de les mettre de côté comme étant étrangères à la question en litige, et de croire que les raisonnements de Boyer manquaient jusque là de bases pratiques. D'ailleurs, j'avais en quelque sorte jusque-là tourné tout autour du genou; j'étais même, selon toute apparence, entré une fois dans cette jointure, sans le faire absolument exprès, lorsque, en 1839, 40, 42, en même temps, un peu avant ou un peu après que M. Bonnet agissait de même à Lyon, je me décidai franchement à tenter cette méthode. Aujourd'hui je l'ai appliquée au genou douze ou quinze fois. M. Bonnet possède un nombre de cas à peu près semblables; M. Bérard vous en a cité 5; M. Robert en possède 1 : ce qui fait au moins 30 exemples. Eh bien! qu'est-il arrivé? Aucun des malades n'a eu la vie compromise par cette opération. Chez aucun, les suites immédiates de l'injection iodée n'ont été nuisibles. Plus de la moitié d'entre eux sont guéris. Chez une bonne partie des autres, le mal s'est amélioré, a fini même par s'éteindre sous l'influence de quelques médications consécutives. Dans quelques cas seulement, le mal de la jointure a continué de marcher, de faire des progrès. Chez trois malades, l'amputation de la cuisse est devenue nécessaire; mais dans quelles conditions? Au bout de six mois chez les malades de M. Bérard, au bout d'un an chez le malade de M. Robert, et chez des hommes qui au moment de l'opération avaient une tumeur blanche très avancée, plutôt qu'une hydarthrose pure et simple comme je le demande. — Or, qu'ai-je dit autre chose, que pouvais-je désirer d'abord? Un premier point restait à démontrer; c'est que l'injection iodée dans les articulations atteintes d'hydarthrose n'est pas dangereuse comme on le croyait. Voilà un premier fait acquis à la pratique aujourd'hui; car, je le répète, dans aucun cas il n'y a eu jusqu'ici d'accident sérieux qui puisse être raisonnablement imputé à l'opération. — Ceci posé, la principale difficulté était surmontée; car, dès lors, il est permis d'expérimenter. En second lieu, peut-on guérir en agissant ainsi? Les faits parlent encore ici d'eux-mêmes. La moitié au moins des malades sont guéris, et sont guéris sans ankylose, en conservant la mobilité de leur jointure; d'autres ne sont pas guéris il est vrai, mais leur état n'a pas été aggravé par l'opération. Autre fait d'autant plus important, que l'injection iodée n'empêche en aucune façon de traiter la maladie de la jointure simultanément ou consécutivement par tous les autres moyens connus. — Ne voulant tromper personne, ni me faire illusion à moi-même, j'ai dit, et je rappelle à dessein dans ce moment, qu'il ne faut pas s'attendre, en ce qui concerne l'hydarthrose, à des guérisons aussi faciles, aussi constantes que dans l'hydrocèle, et cela pour deux raisons principales : 1° parce que le kyste dans l'hydarthrose, est formé de parois qui appartiennent pour une grande part aux surfaces ostéo-cartilagineuses ou fibreuses, outre que ce kyste est naturellement très anfractueux au lieu d'être représenté par des parois complétement molles et très vasculaires, toutes conditions, on le devine, peu favorables au développement, au mécanisme de l'inflammation simplement adhésive; 2° parce que les hydarthroses anciennes et rebelles existent rarement sans qu'il y ait dans la jointure quelques érosions, quelques fongosités, quelques altérations au moins superficielles dans les tissus, autres conditions également peu propres à favoriser le résultat qu'on désire. En fin de compte, j'ai donné mes observations à ce sujet comme des essais, comme de nature à encourager des tentatives semblables, comme ne décidant que quelques points de la question, comme démontrant que l'opération n'est pas dangereuse, qu'en cas de succès elle n'amène pas nécessairement d'ankylose, et que, sans donner l'espoir d'un succès constant, elle permet au moins de compter sur des guérisons assez nombreuses.

Aux objections tirées d'expériences et de raisonnements, j'ai opposé des expériences faites sur des chevaux par MM. Leblanc et Thierry. Ces praticiens possèdent trente-cinq observations, dont 15 dans les jointures, 7 dans des bourses muqueuses, 10 dans des gaînes tendineuses et 2 dans les plèvres. D'où il résulte que les injections iodées n'ont jamais été suivies d'accidents graves et qu'elles ont toujours amené une guérison complète ou une amélioration notable dans l'état des animaux sans qu'il y ait eu aucune récidive. Ils ajoutent, et j'ai vu moi-même les pièces comme j'ai vu les autres chevaux opérés par eux, ils ajoutent que du vin rouge ayant été injecté d'un côté et de l'eau iodée de l'autre côté dans les deux jarrets d'un même cheval, il est survenu, dans le jarret traité par le vin, une inflammation purulente, et, dans le jarret traité par l'iode, une simple inflammation adhésive. En opposition avec ces faits, M. Boulay en a invoqué quelques autres dans la dernière séance. Il a vu, dit-il, un cheval opéré d'un large vésigon par l'injection iodée; une eschare gangréneuse, des accidents sérieux seraient survenus et l'animal aurait perdu la moitié de sa valeur. Mais M. Boullay n'a eu ses renseignements qu'indirectement, et voici ce que j'apprends du vétérinaire qui a pratiqué l'opération.

Le mal avait été combattu par des irritants, puis par des vésicatoires au bout d'une dizaine de jours; la tumeur restant très volumineuse fut opérée par M. Leblanc; l'inflammation fut vive; on s'en prit à l'irritabilité de l'animal, qui se débattit et brisa tout dans une écurie séparée où l'on avait voulu l'isoler. Du reste, il ne perdit guère de sa gaieté ni de sa vivacité ordinaires.

Au bout de quinze jours, la tuméfaction avait diminué; l'opérateur reconnut alors qu'il existait à la face externe du jarret, qui avait été durci par le vésicatoire, une place dure comme escharifiée. Cette plaque laciniée, desséchée, se bornait à l'épiderme et au tissu muqueux. On n'a pu détacher cette plaque qu'au bout de quinze jours, et sans qu'il y ait eu suppuration. L'auteur soutient que cette plaque superficielle doit être attribuée aux vésicatoires et non à l'injection iodée, et que cette sorte de gangrène n'a pas eu lieu autour de la piqûre comme le dit M. Boullay, mais bien au-dessus et en arrière. Du reste, il a couru si peu de dangers qu'on a pu le ramener au bout de deux mois et lui faire faire 47 lieues.

Monsieur Boullay, vous l'entendez, conteste l'exactitude de cette narration; quant à moi, placé entre deux assertions contradictoires, je ne puis rien décider; si ce n'est qu'en bonne logique, et en admettant une égale bonne foi de part et d'autre, M. Leblanc, qui a vu opérer et suivi le cheval, devrait être mieux en mesure d'affirmer et de savoir ce qui s'est passé que M. Boullay, qui n'en parle guère que par ouï-dire. C'est d'ailleurs là un fait à éclaircir entre messieurs les vétérinaires qui se trouvent impliqués dans la question. J'ajouterai pourtant, quant aux faits d'Alfort, qu'ils me paraissent en réalité fort extraordinaires. Je ne puis m'empêcher de me demander comment la teinture d'iode peut tuer les chevaux d'Alfort, quand elle guérit si bien les chevaux du faubourg Montmartre, ni d'ajouter que nous avons été témoins M. Rayer et moi des succès obtenus par M. Leblanc. Encore un coup, il y a dans les insuccès d'Alfort et des autres vétérinaires quelque chose de singulier qu'il appartient à ces messieurs d'expliquer, de rechercher, attendu que des faits négatifs n'ont jamais détruit et ne peuvent pas détruire des faits positifs. Avec le même remède, on guérit d'un côté, on tue de l'autre. De quoi cela dépend-il? C'est évidemment à ceux qui échouent de s'en informer, de le chercher. S'ils veulent absolument le savoir, M. Leblanc leur offre un moyen qui me paraît loyal et concluant, c'est qu'ils se donnent la peine d'assister à ses opérations, de vouloir bien examiner les chevaux qu'il traite par l'injection iodée.

Séance du 27 janvier 1846. — Présidence de M. Roche.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Fontan*, membre correspondant, obtient la parole.

On a rendu justice, dit-il, au caractère honorable et à la sincérité de M. Dieulafoy, mais on a contesté la valeur scientifique du fait d'injection iodée dans le péritoine; je ne crois pas qu'on soit plus fondé à cet égard qu'on ne l'aurait été en suspectant la loyauté de notre honorable confrère de Toulouse. J'ai reçu de M. Dieulafoy quelques détails sur ce fait important, et si l'Académie le permettait, je les lui communiquerais.

De toutes parts: Oui! oui!

M. Fontan lit les notes qui lui ont été adressées par M. Dieulafoy, parmi lesquelles nous citerons les renseignements suivants :

Un homme de quarante-deux ans, teinturier, d'une constitution cachectique, affaibli par une diarrhée constante (12, 15 selles par jour) qu'il avait depuis plus de deux ans, se rendit, le 18 octobre 1840, à une foire voisine. Après quelques excès de boisson, il fut exposé au froid en se retirant pendant la nuit.

Le lendemain, malaise général suivi de douleurs dans le ventre, diarrhée totalement supprimée. Le médecin ordinaire prescrit le repos, les calmants, un bain, qui apaisent la douleur. Mais le malade croit s'apercevoir que son ventre grossit.

Le 29 octobre, le médecin constate un épanchement dans le péritoine; cet épanchement augmente malgré le traitement.

Le 15 décembre, consultation avec M. Viguerie, le traitement prescrit n'amène aucune amélioration.

Le 13 janvier, nouvelle consultation, avec M. Naudin; la ponction est conseillée.

Le 15, M. Dieulafoy est appelé comme chirurgien pour faire la ponction. Il trouve le malade très amaigri, le ventre énormément distendu, les extrémités inférieures infiltrées; la ponction donne 20 litres de liquide clair, mousseux.

Le 3 février, nouvelle ponction qui donne 18 litres de liquide.

Le 20, nouvelle ponction, 24 litres de liquide.

Le 9 mars, nouvelle ponction; à peu près même quantité de liquide. Mais le malade, très affaibli, eut une syncope presque mortelle et fut bien longtemps à se remettre, malgré la compression du ventre et les autres moyens, frictions alcooliques, etc. Bien convaincu que l'ascite, par l'énorme dilatation du ventre, devait entraîner rapidement la perte du malade, M. Dieulafoy conçut l'idée d'oblitérer la cavité péritonéale par une injection iodée. Il fit part de son projet à son confrère, qui l'accepta voyant le danger imminent.

Le 20, le malade était sur le point d'expirer, tant était grande la gêne de la respiration. Nouvelle ponction; une solution iodée avait été préparée d'avance.

32 grammes teinture d'iode;
4 grammes iodure de potassium;
150 grammes d'eau.

Au moment de l'injection, cette solution fut affaiblie en ajoutant de l'eau. L'injection fut faite dans le péritoine par la canule qui avait été laissée en place; avec la main promenée sur le ventre, la solution fut étendue dans cette vaste cavité.

Le malade éprouva une sensation de chaleur agréable.

Après avoir laissé l'injection séjourner pendant quelque temps, le malade qui avait été couché à plat, fut remis sur le côté; il sortit par la canule la moitié du liquide injecté.

Le soir, réaction fébrile, légères douleurs dans l'abdomen; frictions mercurielles; cataplasmes. Le lendemain, le malade est mieux.

M. Dieulafoy ne fut appelé auprès du malade que le 19 avril suivant. Nouvelle ponction. La cavité péritonéale avait été oblitérée par moitié; le développement était fait aux dépens de la partie supérieure et droite de l'abdomen. 8 ou 10 litres de liquide. Nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes que lors de la première injection.

Le 30 mai, M. Dieulafoy appelé de nouveau, la tumeur formée par le liquide était globuleuse, arrondie. Nouvelle ponction; 3 litres de liquide; nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes; état fébrile; douleurs abdominales.

Huit jours après, le malade était infiltré dans tout son tissu cellulaire. La cavité abdominale ne contenait plus de liquide. M. Dieulafoy cessa de voir le malade.

Des purgatifs le débarrassèrent de son infiltration; sa convalescence fut longue; mais sa santé se rétablit complétement; il reprit son état de teinturier. Seulement, lorsqu'étant courbé il se relevait, il éprouvait dans le ventre des tiraillements, comme si les deux feuillets du péritoine ne jouaient plus l'un sur l'autre avec facilité.

M. Dieulafoy a fait cette opération une seconde fois sur un autre malade, et le résultat a été également heureux.

Pour prouver l'innocuité de l'iode, il rapporte qu'un interne de son service injecta par mégarde la solution pure d'iode dans une hydrocèle, et qu'il n'en résulta rien de fâcheux.

Après ces détails, ajoute M. Fontan, je ne crois pas qu'il soit possible de refuser au fait de M. Dieulafoy une grande valeur scientifique.

M. Blandin. Les détails que je viens d'entendre, loin de me faire changer d'opinion, ne font que me corroborer dans ma première idée. Je répugne à croire que M. Dieulafoy ait réellement pénétré dans le péritoine. C'est très probablement un kyste ou plusieurs kystes qu'il a ponctionnés. J'ai vu des cas analogues où j'ai cru avoir vidé le péritoine, et l'autopsie m'a démontré que je n'avais vidé qu'un kyste. Cette sensation de chaleur agréable éprouvée par le malade me fait fortement douter que l'injection ait pénétré dans le péritoine. Les injections successives que l'on a été obligé de faire me font croire à la présence de trois kystes. Peut-être même que l'injection n'a pas pénétré dans leur cavité.

M. Fontan. Entre l'opinion de M. Blandin et le temps pendant lequel les phénomènes se sont montrés, il y a un fait considérable que l'Académie ne perdra pas de vue, c'est la production d'une hydropisie énorme au bout de trois semaines; les kystes se produisent-ils après un temps si court? La maladie s'est montrée après un excès et un refroidissement, circonstances étiologiques fréquentes dans les hydropisies; elle s'est terminée par une suffusion séreuse générale, crise ordinaire des hydropisies qui se terminent bien.

M. Fontan ne voit aucun motif suffisant de douter que M. Dieulafoy ait réellement injecté l'iode dans le péritoine.

M. Velpeau partage entièrement cet avis; il ne voit pas comment M. Blandin peut admettre qu'une seule ponction ait pu vider trois kystes qui devaient être séparés par une masse énorme de liquide.

M. le président annonce que la discussion est close et qu'il n'y a plus à voter que sur les conclusions.

M. Blandin et *M. Roux* insistent vivement pour prendre la parole, mais l'Académie décide que l'ordre du jour sera maintenu et que l'on va passer immédiatement au vote des conclusions du rapport de M. Velpeau.

M. Velpeau relit les conclusion; elles consistent :

1° A remercier M. J. Roux, de Toulon, de sa communication;

2° A inscrire son nom sur la liste des candidats des correspondants;

3° A renvoyer son mémoire au comité de publications;

M. Gerdy a proposé un amendement ainsi conçu :

« L'Académie, sans se prononcer sur la valeur des injections iodées dans les grandes articulations, vote des remerciments, » etc.

M. Gerdy insiste pour que l'Académie ne s'engage pas légèrement dans cette question. C'est le propre des académies de temporiser, et de ne suivre qu'avec réflexion et maturité le mouvement des esprits. Les faits ne sont pas assez nombreux pour juger la valeur des injections iodées dans les articulations.

M. Rochoux s'oppose à cet amendement parce que les conclusions de la Commission ne disent rien pour ou contre les injections iodées, et que l'Académie ne vote que sur des conclusions.

M. Velpeau ne s'opposerait pas à l'amendement de M. Gerdy, s'il n'était qu'une proposition de forme; mais il y voit dessous un blâme contre lui-même, et il ne peut pas accepter un blâme de l'Académie. Que M. Gerdy, contempteur habituel de toutes les idées nouvelles, exprime son blâme personnel, M. Velpeau ne s'y oppose pas, car ce blâme, au demeurant, ne lui fait pas grand mal; mais que l'Académie se joigne à M. Gerdy, c'est à quoi il s'oppose, et il la prie de rejeter cet amendement.

L'amendement de M. Gerdy est rejeté, et les conclusions de M. Velpeau sont adoptées à l'unanimité.

M. Blandin réclame la parole pour répondre sur le fait de M. Dieulafoy.

De toutes parts on réclame l'ordre du jour. M. Blandin insiste avec énergie, et parvient, au milieu du bruit, à faire à M. Velpeau une réponse qui ne parvient pas jusqu'à nous.

— *M. Ségalas* fait un rapport sur une observation de strongle géant sorti par les voies ordinaires d'une femme, communiquée par M. Arnault, chirurgien major de la marine sur *le Diadème*.

Les conclusions favorables sont adoptées sans discussion.

— *M. Capuron* lit un rapport dont nous n'avons entendu ni le titre, ni le sujet.

— *M. P. Dubois*, qui paraît avoir été plus heureux, réclame contre plusieurs opinions émises par M. Capuron; et comme le sujet lui paraît fort important et que l'heure est très avancée, il demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance, ce qui est adopté.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 décembre. — Présidence de M. Mathieu.

M. Lallemant adresse, par l'intermédiaire de M. Arago, la communication suivante sur les eaux du *Vernet :*

« J'ai voulu déposséder l'Italie du monopole de son beau ciel, en prouvant que celui du Roussillon le vaut bien, et j'ai ajouté à cette action du climat, si puissante contre les affections chroniques de toute espèce, l'influence encore plus grande des eaux thermales, qu'on ne peut administrer nulle part en hiver, pas même dans les localités les plus favorisées du ciel; on n'y a pas même pensé, parce qu'on n'a pas cru la chose possible. Cependant, s'il est une saison dans laquelle il

soit plus utile de lutter contre ces affections, c'est surtout en hiver, parce que c'est dans cette saison qu'elles sévissent le plus cruellement, et que les recherches sont plus faciles, plus fréquentes. Il importe donc de guérir ces maladies en hiver; non-seulement pour ne pas faire perdre un temps précieux, mais encore parce que le printemps est la saison la plus favorable à la convalescence, et que les malades ont ensuite tout l'été devant eux pour compléter leur rétablissement chez eux, au milieu de leur famille, de leurs amis; tandis que, quand ils sont aux eaux en été, suivant l'usage antique et solennel, ils ne peuvent entrer en convalescence qu'en automne, et retombent nécessairement, en hiver, sous l'empire des causes qui ont amené le développement de la première maladie.

» Il faut donc faire précisément le contraire de ce qu'on a toujours fait jusqu'à présent; il faut s'efforcer de guérir ces affections chroniques dans la saison qui leur est le plus contraire, afin que la convalescence coïncide avec les conditions les plus propres à considérer la cure et à prévenir des rechutes, toujours à redouter par des temps rigoureux.

» Mais, pour que les eaux thermales puissent être administrées avec avantage en hiver, il faut qu'elles réunissent bien des conditions indispensables, dont la plupart ne dépendent pas de la volonté, et ne peuvent être acquises par aucun sacrifice pécuniaire, ou remplacées par aucun effort de l'intelligence. Il faut que tout l'établissement puisse être entretenu à une température d'environ 20° cent., constante la nuit comme le jour, et uniforme presque dans les dépendances les plus accessoires, afin de rendre impossible tout le refroidissement après les bains, les douches, les étuves, etc. C'est ce qu'on ne peut obtenir à l'aide des cheminées, des poêles, etc., qui d'ailleurs nécessitent des courants d'air dans les appartements pour entretenir la combustion, qui ne peuvent être maintenus au même degré d'activité la nuit comme le jour. Les poêles ont sur les cheminées l'avantage de chauffer davantage et d'une manière plus uniforme, dessèchent la poitrine, inconvénient incompatible avec les affections des organes respiratoires. D'ailleurs les poêles, les cheminées, ne peuvent chauffer les corridors, les escaliers, etc.; enfin tous les lieux dans lesquels les malades ont besoin de circuler librement. Le système appliqué à quelques établissements publics est très dispendieux. Il faut donc que ce soient les eaux thermales qui passent dans les conduits pour que la température soit égale partout, constante nuit et jour, et ne coûte que les frais de premier établissement; mais pour cela il faut que la source ait au moins 60 degrés dans tout son parcours, et qu'elle soit très abondante pour ne pas s'épuiser, etc.

» Ce n'est pas tout encore; les malades ne peuvent rester sans inconvénients confinés constamment dans un établissement quelque vaste qu'il soit. Ils ont besoin de respirer de temps en temps l'air du dehors, de s'exposer aux rayons bienfaisants du soleil. Il faut donc qu'un établissement thermal *pour l'hiver* soit situé dans un climat qui permette plusieurs heures d'exercice par jour dans la saison la plus rigoureuse.

» C'est parce que j'ai trouvé toutes ces conditions réunies à Vernet que j'ai poussé les propriétaires à les mettre à profit en leur indiquant les moyens d'en tirer le meilleur parti possible.

» Si tout ce qui précède est applicable en général à toutes ces affections chroniques, c'est surtout à celles qui ont leur siége dans les organes de la respiration. Mais ici se présente une circonstance tout à fait spéciale et de la plus haute importance.

» Tout le monde sait que les eaux hydro-sulfureuses sont d'un puissant secours contre toutes les affections anciennes des poumons. On connaît, en particulier, la réputation des *eaux Bonnes* contre tous les cas de cette nature. Mais comment les emploie-t-on en général? En bains, surtout en boissons. Les *eaux Bonnes* ne s'administrent même que sous cette forme à cause de leur basse température. Si les eaux sulfureuses sont si utiles contre les affections pulmonaires chroniques, appliquées seulement à la peau ou introduites dans les organes digestifs, de quelle efficacité ne doivent-elles pas jouir lorsqu'elles sont mises en contact immédiat avec les tissus mêmes qui sont malades? Lorsqu'elles pénètrent, en un mot, dans les dernières ramifications des vésicules aériennes? Tous les praticiens ont senti l'importance de cette action directe, immédiate, et plusieurs ont imaginé divers moyens de faire respirer aux malades de l'air chargé de principes médicamenteux. Ces essais n'ont pas été suivis de succès. Pour obvier à un inconvénient capital, j'ai imaginé de faire revivre en quelque sorte les malades dans l'atmosphère même des eaux sulfureuses, en leur réservant un immense local dans lequel la vapeur, arrivant par en bas et s'échappant par le haut, entretient la température de ce courant continu, à 18 ou 20° centigr. environ; température qu'on peut, au reste, faire varier à volonté, ainsi que la quantité de vapeur en circulation.

» Dans le principe, on n'y reste qu'une heure ou deux matin et soir; mais on s'y habitue bientôt de manière à y rester douze heures par jour, sans la moindre incommodité, en s'y livrant aux mêmes occupations que dans son cabinet.

» En ce moment, il y a dans l'établissement plusieurs phthisiques qui sont guéris depuis deux ou trois ans, et qui y reviennent passer les plus mauvais jours de l'hiver, dans la crainte de quelque rechûte. Plusieurs ont même quitté Pise ou Naples pour revenir se plonger dans les vapeurs qui leur avaient été si salutaires, et que le plus beau climat ne peut remplacer. Notez bien que je parle ici de phthisies tuberculeuses parfaitement constatées par l'auscultation, de phthisies accompagnées de sueurs nocturnes, de diarrhées colliquatives; enfin de tous les symptômes qui accompagnent la dernière période de cette cruelle maladie, dont le nom seul paraît un arrêt de mort.

» C'est donc une révolution à introduire dans la thérapeutique de ces affections, non-seulement quant à l'époque de l'administration des eaux sulfureuses, mais encore quant au mode de l'emploi, puisqu'il s'agit de les faire pénétrer jusqu'aux tissus altérés, comme on applique un topique sur un mal extérieur, et cela pendant des journées entières. »

CONGRÈS MÉDICAL.

Médecins étrangers. — Opinion de la minorité.

Dans le numéro de samedi dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Malgaigne, parlant de la décision du Congrès relative aux médecins étrangers, s'exprime de la manière suivante: « Il se passa » alors quelque chose d'étrange. La minorité était fort nombreuse; » elle réclama et obtint une nouvelle discussion, une nouvelle épreuve; le débat fut donc renouvelé le lendemain, et cette fois le Con» grès confirma son premier vote par une immense majorité. »

La Commission n° 9, autour de laquelle s'était groupée cette minorité dont parle M. Malgaigne, a défendu, il est vrai, et maintenu debout, jusqu'à la dernière extrémité, le drapeau sur lequel, à côté des mots, *Défense des intérêts nationaux*, elle avait inscrit ceux-ci: *République des sciences, égards pour les universités étrangères;* car, tout en exigeant rigoureusement les garanties d'instruction et de capacité, elle avait mis dans la forme la politesse et l'urbanité que l'on était convenu jusqu'ici d'appeler françaises; elle voulait, par exemple, que si des docteurs étrangers déjà vieillis dans la pratique, et riches d'expérience, venaient nous demander un asile, ils ne fussent pas, dans les épreuves pour le doctorat français qu'ils seraient tenus d'acquérir, confondus avec de jeunes élèves; mais qu'ils fussent interrogés séparément, dans des examens spéciaux. Le Congrès en a jugé autrement; il a déclaré qu'à ses yeux, il n'y avait point de différence d'âge ni de position sociale, et il a décrété l'égalité rigoureuse pour tous. La Commission a donc succombé sous un double vote, comme le dit M. Malgaigne, mais en conservant intacts son drapeau et ses convictions. Elle aurait pu en appeler du public médical passionné, impatient, tumultueux, au corps médical redevenu calme, méditatif et généreux; elle ne l'a pas fait, et ses membres, en se quittant, se sont contentés de se féliciter mutuellement d'avoir sur allier le sentiment des convenances et la défense du droit.

Aujourd'hui, après deux mois d'oubli et de repos, le principal adversaire des opinions de la minorité vient entonner un nouveau chant de victoire, et lui rappeler sa défaite. Il n'est pas, j'en suis sûr, un seul des membres de la Commission n° 9 qui ne soit prêt à répondre à cette provocation inattendue; mais j'ai pensé qu'il était du devoir de celui qu'elle avait honoré de la présidence, de relever à l'instant le gant qu'on lui jette, et de déclarer qu'elle est prête à recommencer le combat. Non pas, je pense, qu'elle veuille se jeter entre l'Allemagne et M. Malgaigne; elle n'a point à s'enquérir si un diplôme des Universités de Berlin ou de Vienne vaut mieux qu'un diplôme de Giessen ou de Marbourg; elle a voulu soumettre tous les diplômes au même contrôle, et imposer à tous les mêmes épreuves; elle ne s'engagera donc pas dans cette petite guerre de mesquines représailles et de prohibitions réciproques, mais elle ramènera M. Malgaigne et ses adhérents sur le véritable terrain de la discussion où elle-même s'était placée.

Les membres de la Commission n° 9 présents à Paris, déjà convoqués par moi, vont se réunir, et c'est elle qui désormais soutiendra son opinion.

Je connais trop, Monsieur le Rédacteur, votre impartialité pour insister sur la convenance de l'insertion de ma lettre dans votre prochain numéro.

J'ai l'honneur d'être votre dévoué confrère.

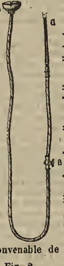
LE ROY D'ETIOLLES.

SIPHON POUR FAIRE DES IRRIGATIONS SUR UNE PARTIE SPÉCIALE DU CORPS OU DANS LES ORGANES.

CHARRIÈRE, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6.

Cet instrument, généralement recommandé par Messieurs les médecins et chirurgiens, présente encore quelques embarras pratiques à la plupart des personnes qui veulent en faire usage.

Fig 1.



Position dans laquelle on doit emplir le tuyau.

Ayant reçu des auteurs de ce Siphon les indications nécessaires à sa construction et à ses divers usages, je suis le premier qui ai confectionné cet instrument, et j'ai eu souvent à regretter de n'y avoir pas joint une note explicative qui en rendit l'emploi facile pour tout le monde.

Il faut, pour se servir du Siphon:

1° Ouvrir le robinet B en le tournant en travers;

2° Emplir le tuyau soit en versant dans l'entonnoir A, soit en puisant avec l'entonnoir lui-même jusqu'à ce que le liquide sorte par la partie C, qui doit toujours être maintenue un peu plus bas que l'entonnoir, comme on le voit figure 1;

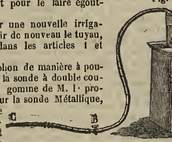
3° Fermer le robinet;

4° Placer l'entonnoir A dans un vase quelconque comme dans la figure 2.

Le vase doit être placé de manière que la partie C du tuyau, parvenue au point où doit se faire l'irrigation, conserve à peu près la pente indiquée dans la figure 2. Cela fait, on ouvre le robinet B au degré proportionné à la force du jet que l'on veut obtenir.

Pour conserver le tuyau en bon état, il serait convenable de le retirer de l'eau et de le suspendre, le robinet étant ouvert pour le faire égoutter.

Fig. 2.



Pour recommencer une nouvelle irrigation, on devra emplir de nouveau le tuyau, comme il est dit dans les articles 1 et 2 (1).

J'ai disposé ce Siphon de manière à pouvoir être appliqué à la sonde à double courant en métal ou en gomme de M. le professeur Cloquet: pour la sonde Métallique, sur un bout qui se monte à vis et s'ajuste à frottement sur la sonde; pour la sonde en gomme, de la même manière que sur les canules élastiques.

Dans ces deux cas, un autre bout de tuyau s'adapte sur le second entonnoir de la sonde; il est terminé par une boule en plomb, qui sert à le maintenir dans le vase destiné à recevoir le trop plein du liquide.

(1) Ce Siphon peut être mis en activité en aspirant avec la bouche pour l'amorcer, comme on fait pour les anciens Siphons; mais on préfère généralement amorcer celui-ci en l'emplissant comme il est dit plus haut. Il est bien entendu que, si l'on laisse vider entièrement le vase, il faudra amorcer de nouveau soit en emplissant le tuyau, soit en aspirant.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 31 JANVIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 13. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 30 JANVIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Théophile Roussel, dans une lettre insérée dans l'avant-dernier numéro de ce journal, essaie de réfuter notre article sur le fait de pellagre observé dans le service de M. Rayer. Notre correspondant est de ces hommes qui sont faits pour la discussion, c'est-à-dire pour la lumière, et qui la cherchent, la provoquent, bien loin de la craindre. Nous pouvons donc, sans autre préoccupation que celle des égards dus à un esprit distingué, préoccupation qui, à bien prendre, n'en est pas une, car elle doit être une habitude, examiner la question avec lui en toute franchise et en pleine liberté.

Et d'abord, il n'est personne parmi nos lecteurs qui puisse douter de l'importance et de l'intérêt du sujet, soit qu'on l'envisage au point de vue de la science, soit qu'on le considère au point de vue de la pratique. Rien ne peut nous intéresser plus qu'une maladie grave autant que singulière, qui, naguère presque inconnue chez nous, s'y montre, depuis quelques années, avec une certaine fréquence. Entrons donc en matière sans plus de préliminaires.

M. T. Roussel affirme que la malade de l'hôpital de la Charité n'était pas atteinte de pellagre.

« Que faut-il penser, dit-il, d'une pellagre qui *dure huit ans sans présenter la triple série de désordres qui caractérise toujours cette maladie*, sans lésions cutanées, sans dérangements digestifs, et sans autre accident nerveux que des *douleurs articulaires qui n'appartiennent pas à la pellagre*, et une faiblesse qui chez les pellagreux n'est pas bornée aux membres inférieurs? »

Ainsi, premièrement, il faut absolument une triple série de désordres pour que la maladie soit caractérisée, et il ne faut pas que cette série se déroule dans un espace de temps considérable. Une durée de huit ans, à elle seule, est une circonstance négative.

Mais plusieurs observateurs ont rapporté des cas de pellagre qui sont loin d'avoir présenté, dans un *court* espace de temps, cette triple série d'accidents dont parle M. T. Roussel. Bien plus, il en est qui ont admis des pellagres sans éruption, sans troubles notables des fonctions digestives. Ainsi, M. Brierre de Boismont, qui a étudié la pellagre avec beaucoup de soin en Italie, dit que « la pellagre est tantôt une irritation primitive des organes digestifs, compliquée de celle des systèmes nerveux et cutané, tantôt une maladie de l'innervation avec lésion secondaire des fonctions digestives »; et il ajoute : « *Dans plusieurs cas le système nerveux seul est attaqué.* »

Nous n'aimons pas, dans les questions de fait, à en appeler aux autorités. Les faits sont les meilleures autorités. Mais ici le cas est particulier. Quand il s'agit de maladies habituelles que chacun peut observer journellement, c'est la nature qui doit fournir les preuves. Lorsqu'il est question de maladies propres à des climats plus ou moins éloignés, il faut bien se résigner à laisser parler ceux qui les ont vues.

Secondement, dans l'opinion de notre correspondant, les douleurs articulaires n'*appartiennent pas à la pellagre.* Cependant on lit dans l'ouvrage même de M. Roussel, ouvrage si intéressant pour la forme aussi bien que pour le fond : « On a déjà vu que Strambio notait la pleurodynie parmi les symptômes spinaux propres aux pellagreux ; ailleurs il a dit encore que *le rhumatisme est une complication fréquente de la pellagre*; et, ici, je n'hésite point à croire que la sagacité de l'illustre observateur milanais a été en défaut, et qu'il a pris pour les effets d'une complication des phénomènes *appartenant à la maladie elle même.* » Plus loin, pour témoigner encore de la fréquence de ces douleurs, M. T. Roussel rappelle que Jansen a dit : « Souvent les douleurs arthritiques et rhumatismales torturent cruellement les pellagreux, et il n'est peut-être aucune maladie qui s'attache avec plus de fréquence et de ténacité à ces malheureux que les douleurs rhumatismales ou arthritiques. » Que ces douleurs soient une complication, comme l'entendait Strambio; qu'elles dépendent d'une lésion de la moelle et appartiennent à la pellagre elle-même, comme le pense M. T. Roussel (dans son livre, bien entendu, car, dans sa lettre, il dit précisément le contraire, au moins dans l'expression); ce n'est pas là ce qui nous touche; ce qui nous importe, c'est que M. T. Roussel affirme, dans son livre, l'existence de ces douleurs rhumatismales accusées par la malade de la Charité, douleurs qui, tout à coup, auraient cessé d'appartenir à la pellagre.

Suivant M. T. Roussel, la paralysie serait *très rare* chez les pellagreux. Contre M. Roussel, nous ne pouvons trouver de meilleure autorité que lui-même. Voici donc comment il s'exprime à ce sujet dans son livre : « Dans certains cas, les phénomènes choréiques sont moins prononcés et l'affaissement des membres se rapproche davantage de la *paralysie ordinaire*. Les pellagreux *traînent la jambe;* ils sont, en réalité, sur le point de tomber à chaque pas; ils perdent leur chaussure sans s'en apercevoir et ne sentent pas le sol sous leurs pieds. C'est sans doute en considération de ces derniers phénomènes qu'Aldalli avait donné à la pellagre le nom de paralysie scorbutique. »

Nous le demandons, est-il supposable qu'Aldalli eût pu désigner la pellagre sous cette dénomination de *paralysie scorbutique*, si la paralysie eût été réellement un phénomène *très rare* dans cette maladie?

Enfin, suivant notre honorable confrère, *l'éruption cutanée appartient au début de la pellagre.* Or, elle n'est survenue que la huitième année chez le sujet de l'observation de M. Cahen. Mais si M. T. Roussel affirme que l'éruption appartient au début de l'affection, d'autres observateurs, et des mieux informés, en particulier Rossi et Strambio (*in* Levacher de La Fentrie : *Recherches sur la pellagre.* — *Mém., Soc. méd. d'émul.*, t. VI, p. 238-39), citent des cas de pellagre dans lesquels l'éruption ne s'est déclarée que deux ans après les symptômes nerveux (vertiges, douleurs du dos et des extrémités). Si nous avons bonne mémoire, M. T. Roussel lui-même rapporte un cas analogue que nous devons avoir rappelé dans notre article.

Quant à la contestation qu'élève M. T. Roussel relativement à ce que nous avons dit, « qu'une différence dans la marche ne saurait constituer un caractère radicalement différentiel (entre deux maladies), » nous ne nions pas que l'opinion de notre correspondant ne puisse être soutenue avec de bons arguments. Mais, dans l'espèce, nous maintenons notre manière de penser, attendu que, dans un symptôme, il y a le symptôme et son cours, mais d'abord le symptôme, d'où il suit qu'en logique c'est le symptôme qui est essentiel. M. T. Roussel cite les fièvres exanthématiques, dont la marche, nous ne voudrions pas le contester, est réglée et prévue. Mais notre correspondant voudrait-il affirmer qu'elle est plus caractéristique que l'anatomie de la pustule?

En somme, la malade de l'hôpital de la Charité a présenté successivement des douleurs arthritiques, une paraplégie incomplète, un désordre notable des fonctions digestives et une éruption spéciale sur la face dorsale des mains et au visage; symptômes qui, d'après tous les auteurs qui ont écrit sur la pellagre, et (nous y persistons) d'après M. T. Roussel lui-même, nous sommes autorisé à rattacher à cette affection; symptômes enfin qui, suivant les premiers, sont susceptibles de varier, non-seulement dans leur durée et leur intensité, mais encore dans leur mode de succession.

Quelques mots maintenant sur un point que nous avons déjà recommandé à l'attention de notre confrère. Lorsque les vétérinaires, pour nier la transmission de la morve du cheval à l'homme, invoquèrent certaines dissemblances qui existaient entre les lésions du cheval et celles de l'homme, on eut quelque peine à leur faire comprendre que la différence des organisations rendait compte très suffisamment de ces dissemblances, qu'ils avaient d'ailleurs exagérées. On y parvint cependant, et M. le professeur Andral y contribua beaucoup dans une séance académique dont nous aimons à rappeler le souvenir. Ce n'est pas à un écrivain tel que M. Roussel qu'on aura peine à faire reconnaître qu'une maladie, tout en restant fondamentalement la même, peut bien présenter quelques différences quand on l'observe dans la Lombardie ou à Paris.

Terminons en déclarant que notre adhésion est acquise à M. T. Roussel, quand il considère les douleurs rhumatismales non pas comme une complication de la pellagre, mais comme liées directement à la pellagre même. Les douleurs, dans cette vue, si nous l'entendons bien, seraient à l'affaiblissement paraplégique ultérieur ce que, dans la névralgie trifaciale, par exemple, la douleur est à l'anesthésie consécutive. Mais alors il faudrait dire tout de suite que la pellagre est une affection des centres nerveux animal et organique, consécutive ou non à une altération des humeurs due elle-même à une réparation vicieuse.

— Suivant notre rôle qui est de remuer les questions et d'appeler les esprits à les examiner, plus que nous ne pouvons prétendre à les élucider nous-même, nous avons soulevé ici la question de l'hérédité de la syphilis, et nous avons lieu de nous en féliciter, puisque cet appel nous a valu de la part de M. Laborie la communication du fait suivant :

Une femme, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution sanguine, jouissant, assure-t-elle, d'une excellente santé, entra à l'hôpital des Cliniques pour y faire ses couches, dans le mois d'août 1844.

L'accouchement ne présenta rien de particulier. L'enfant, du sexe masculin, bien constitué, bien développé, offrait, répandues à la surface du corps, spécialement aux pieds et aux mains, des pustules en pleine suppuration; quelques-unes étaient ouvertes, et l'on voyait sur la surface excoriée un dépôt de pus concrété qui le lendemain formait des croûtes. Quelques pustules en petit nombre existaient sur le cuir chevelu.

La jambe gauche était tuméfiée inférieurement; le gonflement s'étendait au-dessus des malléoles, surtout en dedans, sans gagner l'articulation tibio-tarsienne. On sentait en dedans une fluctuation très marquée, et qui paraissait superficielle.

On examina avec soin le placenta, qui, assez fréquemment, dans les cas de syphilis, présente des altérations, des traces d'hémorrhagies anciennes; mais il fut impossible d'y rien découvrir d'appréciable. L'enfant vécut trois jours, se plaignant constamment.

A l'autopsie, la peau amincie de la jambe malade fut incisée, et il sortit une assez grande quantité de pus séreux, mal lié, d'une odeur fétide. Les muscles, autour du foyer, étaient décolorés; les tendons étaient déplacés et amincis. Le foyer reposait, en arrière, directement sur le tibia, qui, dans l'étendue de 18 millimètres en avant, et en dedans, depuis son extrémité malléolaire, était dénudé; sa surface, rugueuse, inégale, présentait tous les caractères de la nécrose.

Au-dessus de la dénudation, le périoste, énormément tuméfié, empiétait sur la partie nécrosée, comme pour l'invaginer. Cette disposition fut rendue très apparente à l'aide d'une section longitudinale.

L'épiphyse malléolaire était complétement détachée. Aucune lésion ne se faisait remarquer dans l'intérieur de l'articulation tibio-tarsienne.

Le péroné du même côté présentait un commencement d'altération analogue à celle du tibia; mais la suppuration était limitée à la réunion du corps de l'os avec l'épiphyse, qui était aussi en partie détachée.

Aucune autre lésion ne fut trouvée dans le squelette. Il y avait un abcès dans le thymus, altération que M. le professeur Dubois a fréquemment rencontrée chez les enfants syphilitiques.

Quant à la mère, rien ne put lui faire avouer une maladie syphilitique antérieure. Elle soutint n'avoir jamais contracté ni écoulement, ni chancres, ni bubons; elle ne put donner aucun renseignement sur le père de son enfant. A l'examen au spéculum, on ne constata ni trace de chancre ancien, ni chancre récent. Sur toute la surface du corps, on ne put découvrir de syphilides ni d'exostoses.

— Un malade portant une lésion organique ancienne du foie, et une hydropleurie, fut atteint il y a dix jours d'un érysipèle de la face. On s'opposa avec énergie au développement de cette affection par l'emploi du tartrate antimonié de potasse, par des vésicatoires, etc.; bien que la dermite fut violente, il ne se manifesta pas d'abord de délire. Le surlendemain, la phlegmasie s'étendit aux paupières, qui se tuméfièrent au point que tout écartement de ces voiles musculo-membraneux devint impossible. Des douleurs vives s'y firent sentir. Alors se manifesta une altération marquée dans l'intelligence; le malade rêva tout haut pendant la nuit, cessa de répondre aux questions qu'on lui faisait, et l'on fut obligé de le maintenir par une camisole. Un nouveau vésicatoire sur la face sembla modérer la phlegmasie cutanée. Le lendemain, les paupières du côté droit se dégorgèrent, l'intelligence se rétablit. Le jour d'après, on crut reconnaître dans l'œdème énorme de la paupière gauche, un peu de mollesse centrale, et l'on constata une matité absolue qui fit croire à un abcès. La fluctuation n'existait pas.

M. Piorry pratiqua une incision profonde, parallèle aux fibres du muscle orbiculaire : du pus s'échappa en abondance. Il y avait aussi une tumeur de la lèvre, à gauche, près de la commissure. Extérieurement, on ne sentait pas de fluctuation. M. Piorry, pensant néanmoins qu'il s'y trouvait du pus, renversa la lèvre, et trouva un point mou où il plongea un bistouri; une grande quantité de pus sortit par l'ouverture. Chose remarquable, l'hydropleurie, qui existait avant la dermite, se trouva alors complétement guérie, ce qui correspondait sans doute autant aux évacuations qu'avait éprouvées le malade, à l'abstinence et aux vésicatoires, qu'au mouvement critique déterminé par la phlogose cutanée.

Ce fait est analogue à ceux que M. Piorry a publiés (*Clin. méd. de la Pitié*) et dans lesquels le délire de l'érysipèle a été lié à l'inflammation et à la suppuration plus ou moins profondes de l'orbite. Ce professeur dit avoir eu maintes fois, depuis la publication de cet ouvrage, l'occasion de voir des faits de ce genre.

— Une femme de vingt-quatre ans entre dans la salle Sainte-Geneviève (même service), crachant du sang vermeil et écumeux en abondance. L'auscultation ne donne *aucun signe.* La plessimétrie fait trouver à gauche, sous la clavicule, une matité remarquable et profonde dans l'étendue de neuf pouces carrés.

On entend dans cette circonscription la respiration la plus

pure, comme aussi l'on y trouve, par une percussion très superficielle, de la sonorité et de l'élasticité. De toute évidence c'était profondément qu'existait une masse indurée. Celle-ci consistait-elle en des tubercules? Etait-ce d'une hémostase pneumorrhagique qu'il s'agissait? Pour le savoir, M. Piorry limita le point mat avec le nitrate d'argent. La malade crachait abondamment du sang devenu noir.

Le lendemain le son était moins mat, et l'étendue de l'espace où existait la matité avait un centimètre de moins en tout sens. M. Piorry déduisit de ce fait: qu'une grande partie de cette masse était formée par du sang accumulé; que c'était ce sang qui était expectoré avec l'aspect noir; que cet écoulement était le moyen de guérison; qu'il fallait, en conséquence, le respecter; que ce n'était pas là le cas de continuer à saigner ou à employer des moyens actifs; qu'il fallait placer la malade de façon que le lieu où l'hémorrhagie s'était faite laissât facilement s'écouler le sang par la grosse bronche correspondante, c'est-à-dire la faire coucher sur le côté droit; qu'il fallait avoir recours à de légers expectorants; qu'enfin, ce fait pouvait être invoqué à l'appui de l'opinion défendue par ce professeur, que l'hémorrhagie pulmonaire peut précéder les tubercules, et qu'il est urgent de favoriser l'expectoration du sang accumulé, pour les prévenir.

Nous admettons d'une manière générale ces déductions, et nous nous plaisons à reconnaître la sagacité avec laquelle on les a tirées du fait existant. Mais l'honorable professeur nous permettra de faire une réserve quant à la dernière, et nous saisissons même avec empressement cette occasion d'exprimer notre opinion sur ce point important de doctrine. A notre avis, il n'est pas possible que le sang puisse, par lui-même, par le seul fait de son extravasation, s'il n'a en lui rien de spécial, fournir matière soit au cancer, soit au tubercule. Ces altérations supposent une diathèse. Si quelque chose paraît acquis à la science, c'est cette proposition. Que du sang s'épanche dans un organe quelconque, il pourra se transformer et prendre toutes sortes d'aspect, comme dans ces tumeurs hématiques, très diverses en apparence, en apparence seulement, qu'a si bien étudiées M. Velpeau, continuateur des belles recherches et des grandes doctrines de Hunter. Mais que ce sang, parce qu'il est extravasé, parce qu'il est immobilisé, puisse devenir cancer ou tubercule, c'est ce que nous ne concevons plus. Et pourquoi le deviendrait-il? Voulez-vous l'isoler, le considérer comme indépendant de la vie commune? Il n'a rien en soi qui puisse le dénaturer exclusivement. Voulez-vous au contraire qu'il participe à la vie générale? Alors, pourquoi ferait-il exception? Et d'où lui viendrait, d'où viendrait à lui seul ce principe en vertu duquel il contracterait une nouvelle manière d'être, une autre vie; car le tubercule, comme le cancer, est un organe morbide ayant une vie propre, différente de celle des organes normaux? Voilà les réflexions que nous désirions soumettre au jugement du cliniciens de la Pitié.

— Un nouveau cas de morve s'est présenté. Nous en parlerons prochainement. X...

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe.)

Fistule urinaire urétrale. Autoplastie. Guérison.

Le nommé Pergeaux (Jean Jacques), âgé de quarante-six ans, tailleur de pierre, entre à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1845, et est couché au n° 45 de la salle Saint-Augustin.

Cet homme, d'une bonne constitution, eut dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies de l'urètre, et fut affecté, en 1842, de chaucres qui envahirent le prépuce et une partie du gland, surtout vers l'orifice urétral.

Il se fit guérir de cette maladie, mais il remarqua néanmoins que depuis cette époque il éprouvait toujours un peu de gêne dans l'émission des urines.

Le 15 septembre 1843, après un excès de boisson, il eut, pour la première fois de sa vie, une rétention presque complète d'urine. Cette affection se dissipa un peu les jours suivants, et ce malade, n'urinant plus que goutte à goutte, parvint ainsi jusqu'au 22 octobre 1843.

A cette époque, des symptômes plus graves se déclarèrent: Après avoir travaillé comme à l'ordinaire, il éprouva de la faiblesse dans les jambes, et fut obligé de garder le lit, la station étant devenue tout à fait impossible. L'urine s'écoulait toujours goutte à goutte, mais avec un peu plus de gêne que les jours précédents; le bas-ventre était tendu et un peu douloureux. On le transporta à l'hôpital de Bernay, où il fut admis le 26 octobre 1843.

Le lendemain, ce malade fut sondé par M. le docteur Neuville; la sonde pénétra facilement dans la vessie, et une quantité considérable d'urine fut évacuée, ce qui lui procura un grand soulagement. La sonde fut laissée à demeure dans la vessie, et resta, s'il faut ajouter foi au récit du malade, près de six semaines sans être changée. Ce fut alors, en décembre 1843, qu'il éprouva une assez vive douleur au niveau de la racine de la verge, et qu'il survint en ce point une fistule urinaire telle, que pendant la miction les urines, au rapport du malade, passaient en plus grande abondance par l'orifice anormal que par l'urètre. Il resta dix-neuf mois à l'hôpital de Bernay. Pendant ce long espace de temps, peu de changements s'opérèrent du côté de la fistule; mais la paraplégie s'améliora sensiblement, puisque le malade put faire à pied, en s'aidant toutefois d'un bâton et d'une béquille, la route de Bernay à Paris en quatre jours.

Il ne pouvait plus retenir, même pendant quelques minutes, ses urines, qui sortaient partie par le canal, partie par la fistule. Le contact incessant de ce liquide irritant avait déterminé sur la peau des bourses et de la verge des rougeurs et des excoriations très douloureuses. Tel était l'état malade, lorsque MM. Leberthe et Neuville, chirurgiens de l'hôpital de Bernay, l'adressèrent à M. Jobert, qui le reçut dans ses salles. Des bains sulfureux, quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent, et des soins de propreté, firent bientôt disparaître l'érythème et les ulcérations superficielles des bourses. Des vésicatoires à la région hypogastrique, des frictions excitantes, donnèrent à la vessie de la tonicité, et le malade parvint à pouvoir conserver ses urines pendant deux ou trois heures.

Des cautérisations au nitrate d'argent plusieurs fois renouvelées, deux cautérisations pratiquées avec un mandrin rougi à blanc appliqué sur la fistule, n'amenèrent aucun résultat notable, ce qui engagea M. Jobert à tenter l'autoplastie.

A cette époque, le malade offrait l'état suivant: A la face inférieure de la verge, sur le raphé médian, au niveau même de sa racine, ou mieux, de l'espèce de sillon formé par la peau des bourses et celle du pénis, et par conséquent au devant des bourses, on voit une légère dépression de l'orifice externe de la fistule. A partir de ce point, on sent au toucher une induration, une corde dure qui s'étend vers le canal de l'urètre, et qui indique manifestement la direction du trajet fistuleux. Bien que l'origine de la fistule remonte déjà à une époque assez éloignée et qu'elle siége près des bourses, on ne remarque point ces callosités résistantes qui transforment si souvent les tissus voisins en une masse dure et informe.

Pendant l'émission de l'urine, une partie de ce liquide quitte le canal de l'urètre pour passer dans la fistule et en sortir par l'orifice externe, non pas en formant un jet comme autrefois, mais en s'écoulant goutte à goutte, et en mouillant le linge. Le trajet fistuleux est tel, que l'on peut facilement y introduire une sonde cannelée; celle-ci atteint l'urètre dans une direction à peu près perpendiculaire à ce canal, et indique, par sa rencontre avec une sonde métallique préalablement introduite dans l'urètre, que la fistule peut avoir une longueur de 6 millimètres environ; quant à son orifice externe, il présente au moins 1 centimètre d'étendue.

Le malade peut retenir ses urines pendant trois heures; mais quand il urine il éprouve au niveau de la fistule une cuisson assez vive résultant sans doute du contact de l'urine avec les tissus ulcérés. Au reste, les parties voisines, l'urètre, le gland, la prostate, n'offrent rien de particulier; mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que M. Jobert constate à plusieurs reprises la présence de petits calculs dans la vessie, et que le malade a déjà rendu, depuis son séjour à l'hôpital Saint-Louis, une concrétion calcaire qui s'engagea même dans le trajet fistuleux. Quant à l'état général, il est satisfaisant, sauf toutefois cette faiblesse des membres inférieurs qui n'est point complètement disparue.

Le 6 septembre 1845, M. Jobert procéda à l'opération de la manière suivante:

Premier temps. — Le malade étant couché sur le dos et placé comme pour l'opération de la taille, le chirurgien circonscrit l'orifice externe de la fistule par une incision circulaire de 2 centimètres environ de diamètre, incision qui comprend toute l'épaisseur de la peau; il enlève ensuite en dédolant cette portion de peau sans atteindre les parois de l'urètre afin de ne pas augmenter le calibre du trajet fistuleux. De cette manière il obtient une surface saignante de 2 centimètres d'étendue, au milieu de laquelle on aperçoit l'orifice externe de la fistule.

Deuxième temps. — Au moyen de deux incisions latérales parallèles à l'axe de la verge, et distantes l'une de l'autre de 3 centimètres au moins, il taille aux dépens du scrotum un lambeau de peau auquel il donne au moins 3 centimètres de longueur.

Troisième temps. — Il fait glisser ce lambeau d'arrière en avant et de haut en bas, le porte sur la surface saignante dont nous avons parlé, et l'y fixe par six points de suture entrecoupée.

De cette manière, deux surfaces saignantes se trouvent en contact, et la fistule qui correspond au milieu du lambeau se trouve parfaitement bouchée.

L'opération terminée, on procède au pansement. Des disques d'agaric sont placés sur le lambeau, et servent par une compression modérée à l'appliquer sur la surface saignante; pour prévenir enfin tout tiraillement, un bandage en T maintient en même temps les bourses relevées. Une sonde en gomme élastique est introduite et fixée à demeure.

Le 7 septembre, un peu d'urine s'était écoulé entre les parois du canal et la sonde, et avait mouillé les pièces de l'appareil. M. Jobert renouvelle le pansement, et remplace la sonde par une autre d'un moindre calibre.

Le 11, le quatrième jour à dater de l'opération, M. Jobert enlève les six points de suture et constate que l'adhérence existait dans plus de deux tiers de la circonférence du lambeau, c'est-à-dire en avant et à droite; mais, au côté gauche du lambeau, la réunion n'avait eu lieu qu'en partie, et il restait encore une petite ouverture qui donnait issue à l'urine pendant la miction et malgré la présence de la sonde, qui était fixée à demeure dans la vessie.

Le 15, on retire la sonde, on avive avec un bistouri les bords de la solution de continuité et on les réunit avec un point de suture entortillée.

Les jours suivants l'urine, malgré le point de suture et une sonde placée à demeure dans la vessie, continue à s'écouler par le point fistuleux.

Le 21, dans l'espoir d'arrêter cet écoulement, on place une sonde plus volumineuse qui, dans la journée, fait tomber le point de suture; le soir, le malade éprouve du frisson, des nausées et passe la nuit sans pouvoir dormir.

Le 22, on enlève la grosse sonde et on la remplace par une autre d'un calibre beaucoup moins considérable.

Les jours suivants, les accidents cessent, mais l'urine continue toujours de s'écouler par l'orifice fistuleux.

Le 26, on supprime la sonde.

Le 27, l'urine ne sort presque plus par la fistule; de la lymphe plastique s'est épanchée, et il ne reste plus qu'un pertuis très petit.

Le 29, on cautérise avec le nitrate d'argent le petit point fistuleux.

Le 1er octobre, comme quelques gouttelettes d'urine s'écoulaient encore chaque fois que la malade urinait, on introduit une sonde à demeure, et on touche tous les deux jours avec le nitrate d'argent.

Les jours suivants, on n'observe aucune amélioration.

Le 11, on avive pour la seconde fois les bords du pertuis fistuleux et on place un point de suture entortillée.

Le 14, il ne s'est écoulé encore aucune goutte d'urine; mais, le 15, le point de suture est enlevé, et des gouttes d'urine reparaissent pendant la miction.

Le 24, on enlève la sonde, et on cautérise avec le nitrate d'argent le point fistuleux.

Le 26, la fistule paraît en voie de cicatrisation.

Les jours suivants cette cicatrice, qui est excessivement mince, s'éraille de temps en temps, et ces éraillures livrent alors passage à quelques gouttes d'urine. On continue la cautérisation avec le nitrate d'argent sans employer les sondes.

Le 10 novembre, il survient une orchite, que l'on traite par des frictions avec la pommade mercurielle. A partir de ce jour, la fistule paraît complétement cicatrisée. On continue néanmoins de toucher tous les deux jours avec le nitrate d'argent, afin d'obtenir une cicatrice plus solide.

Le 7 décembre, le malade se lève; pendant la miction, l'urine ne s'écoule plus par la fistule, et cette fois la cicatrice paraît très solide.

Les jours suivants, aucun accident ne survient, et la fistule est complétement guérie. Pendant la miction, les urines sont lancées à une assez grande distance et en formant un jet ordinaire; les érections sont faciles et nullement gênées par la cicatrice. Le malade peut conserver ses urines pendant deux ou trois heures et aussi bien pendant la marche que pendant le repos; mais, ce dont il se plaint surtout, c'est de ne pouvoir retenir ses urines, même pendant une minute, dans l'état de plénitude de la vessie. Là même où existait primitivement la fistule, on voit trois lignes de cicatrice et, un peu à gauche du raphé médian, une petite surface lisse, indice du point fistuleux qui a persisté si longtemps.

Quelle fut la cause de cette fistule urétrale?

Comme le plus souvent ces fistules sont dues à un obstacle au cours de l'urine, cherchons tout d'abord s'il en fut ainsi chez notre malade. Entré à l'hôpital de Bernay pour se faire traiter d'une paraplégie, le nommé Pergeaux fut sondé dès son arrivée; la sonde pénétra facilement, et les urines sortirent abondamment; on fixa une sonde à demeure, et six semaines plus tard il survint une fistule urétrale. On ne peut donc point invoquer l'existence d'un rétrécissement. Dans ce cas, nous devons l'avouer, la cause nous échappe. Seulement il est permis de supposer qu'un petit calcul, ainsi que nous l'avons observé pendant le séjour du malade à l'hôpital Saint Louis, a pu s'engager dans l'urètre, en perforer les parois et donner lieu à cette fistule.

Quoi qu'il en soit, l'urine qui s'écoulait au dehors pendant et après chaque miction ne pouvait laisser ici aucun doute sur la nature de cette fistule. Le diagnostic de cette affection était donc des plus faciles.

Quant au pronostic de cette fistule, il devait être grave, si l'on en juge par tout ce que l'on sait sur l'histoire de cette maladie; en effet, la fistule correspondait à la racine de la verge, les parties voisines n'avaient que peu d'épaisseur, son trajet était direct, et il y avait enfin perte de substance. N'est-ce pas en parlant de ces sortes de fistules, que les auteurs ont pu dire avec raison que leur guérison était toujours très difficile, sinon impossible, et que l'urétroplastie seule en triomphait quelquefois? Le fait que nous venons de rapporter se trouve donc une heureuse exception, et prouve qu'avec l'autoplastie la guérison des fistules, même des plus graves, pour être difficile, n'est pas impossible.

Toutefois, ici, une question importante se présente. Si, comme chez ce malade, l'indication de l'autoplastie est positive, quel procédé doit-on préférer?

En éloignant de suite la méthode indienne employée dans des cas semblables par A. Cooper, Earle et Delpech, et dont les revers ont dépassé les succès, on n'eut plus qu'à choisir entre les divers procédés de la méthode ancienne, ou de Celse. Mais là, nouvel embarras: Devait-on adopter la modification de M. Alliot, ou bien pratiquer préalablement la boutonnière, ainsi que l'a fait pour la première fois et avec succès M. Ricord?

Tout en reconnaissant les avantages que pouvait offrir dans certains cas le lambeau latéral de M. Alliot, M. Jobert pensa qu'en l'employant chez ce malade on pourrait craindre davantage le rétrécissement consécutif de l'urètre; qu'il était préférable, d'ailleurs, de mettre à profit le siége de la fistule près des bourses, et de tailler par conséquent un lambeau médian aux dépens du scrotum.

Quant au procédé de la boutonnière, que certains auteurs, encouragés sans doute par le succès de M. Ricord, n'ont pas craint de conseiller avant tout, on en fut éloigné parce que l'urétroplastie avait déjà réussi plusieurs fois à M. Jobert sans qu'il eût besoin de recourir préalablement à la boutonnière, et qu'en pratiquant celle-ci on eût pu craindre de n'être pas aussi heureux que M. Ricord, et de guérir une fistule en la remplaçant par une nouvelle.

Ces divers motifs engagèrent donc M. Jobert à préférer la méthode de Celse, et à pratiquer, sans la boutonnière, le pro-

cédé que nous avons déjà décrit avec détails, et qui se rapproche de celui de Chopart.

Sans vouloir apprécier quelle influence l'orchite a pu exercer sur la guérison de ce malade, nous nous bornerons seulement à faire remarquer que la cicatrisation complète du pertuis fistuleux qui persistait a coïncidé avec la suppression des sondes et le début de cette orchite. G. GOGUÉ,

Interne des hôpitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Addition à la séance du 27 janvier.

Extrait d'un rapport de M. Ségalas sur une observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme. Observation recueillie par M. Arlaud, chirurgien-major du vaisseau *le Diadème*.

..... Le sujet de cette observation est une fille de Cherbourg, âgée de vingt-six ans, bien constituée, bien réglée, bien portante jusqu'à l'époque où se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection vermineuse.

M. Arlaud la vit pour la première fois le 3 mai 1840. Elle souffrait depuis dix-huit mois. Elle avait éprouvé d'abord les symptômes d'une néphrite, puis il s'y était joint un sentiment de brûlure, de picotement dans la région des reins. Elle avait reçu les soins de plusieurs médecins, et suivi un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Il n'en était résulté aucun bien; au contraire, sous l'influence de ce traitement, la nutrition se fit mal, les règles se supprimèrent. Il y avait de loin en loin du hoquet, de la toux, des douleurs dans le membre abdominal droit, des hématuries. M. Arlaud apprit en outre qu'après trois mois de cruelles souffrances, la malade avait rendu spontanément par l'urètre, un ver ou quelque chose qui lui parut être un ver, et que pourtant on avait négligé de conserver. Les accidents ayant continué malgré l'émission du corps étranger, elle s'était confiée à un collègue de M. Arlaud; et celui-ci, dans l'espace de six mois, put constater la sortie de six vers, dont deux furent extraits par lui avec la sonde de Hunter.

..... Voici quels étaient les symptômes : Facies souffrant, un peu d'amaigrissement; douleur dans la région rénale droite; engourdissement et douleur le long du nerf crural droit jusqu'auprès de l'articulation fémoro-tibiale; ischurie. La malade disait sentir depuis trois jours quelque chose qui d'abord l'avait piquée dans le côté droit des lombes, qui ensuite lui avait causé plus bas une sensation indéfinissable de douleur peu vive, mais fort désagréable, qui maintenant pesait dans la vessie, *un ver*, disait-elle, *avait remué* pendant deux ou trois heures dans le réservoir.

Ce même jour, le cathétérisme, pratiqué sans difficulté, donna issue à une assez grande quantité d'urine blanchâtre, lactescente.

Le lendemain, la rétention d'urine était complète; M. Arlaud pratiqua encore le cathétérisme, et cette fois il sentit un obstacle au col de la vessie. Cet obstacle vaincu, un flot d'urine trouble et brunâtre s'échappa par la sonde; M. Arlaud ne laissa couler que la quantité de liquide indispensable pour calmer les douleurs qu'éprouvait la malade qui n'avait pas uriné depuis vingt heures, et, remplaçant la sonde par la pince de Hunter, il saisit, après quelques tâtonnements assez longs et douloureux, un corps mou qu'il tira avec lenteur et en causant des douleurs très aiguës. Un peu de sang s'écoula par l'urètre, mais le chirurgien tenait ce qu'il appelle la pièce de conviction; c'était un ver!

Il était de couleur rougeâtre, un peu aplati, avec deux dépressions longitudinales le long du corps, atténué aux deux extrémités, long de 22 centimètres, et de 4 millimètres d'épaisseur.

..... La malade fut prise ensuite d'un état nerveux qui dura près d'une heure et qu'accompagnèrent divers accidents, entre autres une douleur dans l'urètre et au col de la vessie. Des bains de siége gélatineux et des boissons mucilagineuses suffirent pour les calmer. Il y eut un mieux marqué jusqu'au 14.

Le 15 mars, la malade, dont les traits portaient l'empreinte d'une douleur profonde, avait cruellement souffert pendant la nuit. La rétention d'urine était complète; le cathétérisme donna issue à une très grande quantité d'urine brune, de la couleur d'une infusion très chargée de café, et permit de constater la présence d'un corps étranger. Ne pouvant l'extraire, faute d'instrument convenable, M. Arlaud prit le parti d'attendre.

Le lendemain, après plusieurs essais longs et infructueux, il parvint à saisir avec la pince à trois branches, dont il avait retiré le foret, et à extraire un corps mou, rougeâtre, d'apparence charnue et du volume d'une amande.

Dans l'espace de huit mois, M. Arlaud pratiqua ainsi l'extraction d'une quinzaine de ces corps, de volume différent, et sept nouveaux strongles. Un jour, tous ses efforts furent impuissants; il ne put faire franchir le col vésical à un corps étranger dont le volume était très considérable, et il prit le parti de dilater l'urètre à l'aide de très grosses sondes. Après quatre jours de douleurs et d'accidents divers et graves, la malade étant dans le bain de siége, se livra à des efforts semblables à ceux de l'enfantement, et sentit quelque chose s'engager dans l'urètre. Une syncope suivint. La malade fut transportée dans son lit. Le chirurgien examina les parties génitales, vit un corps mou, spongieux, ayant en partie franchi le méat urinaire, et en fit l'extraction avec la pince à anneaux. Ce corps, que nous placerons tout à l'heure sous les yeux de l'Académie, se présentait sous la forme d'un gros marron percé à son centre, et contenait cinq autres corps plus petits dans sa cavité.

Après son extraction, il y eut pendant deux heures alternativement des syncopes et des accès hystériques violents; ces symptômes furent suivis d'un hoquet qui dura quatre heures et qui fatigua beaucoup la malade. C'était le 19 novembre.

Le 20, hématurie, point douloureux au côté droit de la poitrine, hémoptysie, réaction générale des plus intenses, délire.

..... Pendant tout le temps que la malade a été soumise à l'observation de M. Arlaud, chaque fois qu'il y a eu extraction d'un strongle, divers accidents se sont manifestés; toujours il y a eu un peu de fièvre, souvent une hématurie, quelquefois du hoquet.

..... Au mois d'avril, les règles, depuis longtemps supprimées, reparurent faiblement. A cette même époque, une membrane de 30 centimètres de longueur, formant un conduit cylindrique qui pouvait admettre le pouce dans sa cavité, sortit spontanément par l'urètre.

Vers le milieu du mois de mai, l'état de la malade était assez bon; elle pouvait marcher sans douleur et vaquer à ses occupations; la nutrition se faisait bien.

Les obligations du service qui avaient amené M. Arlaud à Cherbourg en 1840, l'ayant contraint de quitter cette ville en juillet 1841, ce chirurgien n'a pas pu suivre la malade plus longtemps; mais il tient, dit-il, de source certaine, qu'après son départ il y eut du mieux pendant quelques mois; qu'ensuite les accidents qui avaient précédé la sortie des strongles reparurent, que trois de ces entozoaires furent extraits, et que la malade est en vie.

Voilà l'observation que M. Arlaud a recueillie; elle est d'autant plus importante à enregistrer, que les faits authentiques de ce genre sont en nombre extrêmement petit. Aussi votre commission s'est-elle livrée avec le plus grand soin à l'examen des pièces que M. Arlaud a jointes à son récit, et s'est-elle, pour plus de sûreté, aidée de l'expérience et de l'habileté d'un savant professeur de l'Ecole d'Alfort, très versé en pareille matièr, de M. de Lafond.

..... Les pièces adressées par M. Arlaud sont : 1° deux entozoaires; 2° une espèce de gaîne membraneuse; 3° une masse charnue; 4° deux autres petits corps charnus.

.... D'où proviennent ces trois corps charnus? Votre commission n'a pas d'opinion arrêtée à cet égard. Serait-ce de la fibrine organisée résultant de dépôts hémorrhagiques? Serait-ce plutôt des portions musculaires détachées de muscles plus ou moins voisins des voies urinaires, sous l'influence de l'affection vermineuse?

Un fait observé par Lapeyre en 1780, et reproduit par notre savant collègue M. Rayer, comme un exemple de strongles géants, viendrait, jusqu'à un certain point, à l'appui de cette dernière hypothèse. Ce fait, le voici : Une fille de quarante ans avait succombé à un abcès lombaire, après avoir offert les symptômes de la résorption purulente. A l'autopsie, le rein droit adhérait au foie et formait un corps ferme entièrement graisseux, sans vaisseaux apparents. On rencontra dans le bassin une pierre grosse comme une fève de marais, dure et raboteuse. Il y avait dans l'intervalle des aspérités une matière purulente, et cette pierre avait un prolongement par lequel elle s'adaptait à l'entrée de l'uretère. Mais, ce qui est plus étonnant, raconte Lapeyre, c'est que nous trouvâmes de plus, dans la région du rein, trois vers en vie qui avaient trois pouces et demi de long. En poussant nos recherches plus loin, vers l'épine lombaire, notre étonnement augmenta encore en découvrant trois autres vers longs de deux à sept pouces, qui étaient fixés et comme *lardés* dans la substance des muscles, et en trouvant l'épine cariée vers l'attache des piliers du diaphragme à la première vertèbre des lombes. Du reste, les viscères du bas-ventre ne présentaient aucune particularité.

...... Un autre fait viendrait encore à l'appui de cette même hypothèse, d'une origine musculaire, en établissant l'action désorganisatrice que les strongles géants peuvent exercer autour d'eux. On le lit dans une des précieuses notes que M. de Blainville a ajouté à la traduction française du Traité des vers intestinaux de l'homme, par M. Bremser. Le rein d'une marte dans lequel l'illustre professeur avait trouvé un strongle géant d'une longueur de 29 pouces 3 lignes, et d'une largeur de 2 lignes et demie, était réduit à une *minceur d'une demi-ligne* environ, et n'offrait plus aucun indice de son organisation normale.

On voit que l'examen microscopique est venu confirmer le jugement porté par M. Arlaud sur les entozoaires rendus par sa malade; que ces vers sont de véritables strongles géants; que l'espèce de fourreau membraneux, que ce chirurgien considère comme une partie du kyste qui enveloppait les entozoaires, paraît être une portion d'un de ces vers qui serait mort après avoir acquis un développement énorme, et que les trois corps charnus qui les accompagnent sont d'une nature musculeuse et d'une origine indéterminée.

Sans parler de ces derniers corps, l'observation de M. Arlaud est très importante à plusieurs titres, et notamment en ce qu'elle donne un exemple parfaitement authentique de la présence de strongles géants dans les voies urinaires de l'homme, et aussi en ce qu'elle conduit à croire que ces strongles géants peuvent acquérir dans l'espèce humaine un développement tout aussi grand que celui qu'ils ont offert quelquefois dans l'espèce canine.

Cette observation, d'ailleurs, est présentée avec méthode et une grande simplicité de style; elle porte le cachet d'un homme qui a l'habitude de voir, de bien voir, et elle décèle dans son auteur, chirurgien distingué et déjà haut placé dans la marine royale, des qualités que nous devons rechercher dans nos correspondants.

En conséquence, votre Commission vous propose : 1° de remercier M. Arlaud de son intéressante communication; 2° d'inscrire son nom sur la liste préparatoire des candidats à vos places de correspondants; 3° de publier le fait dans les fascicules de l'Académie, en y joignant, s'il est possible, un dessin des pièces à l'appui.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance extraordinaire et annuelle pour le renouvellement du bureau. 20 novembre. — Présidence de M. THORE.

La séance est ouverte à trois heures.

— D'après l'art. 12 du règlement, il est procédé à la nomination du président. M. Fouquier est proclamé à l'unanimité.

Le scrutin nomme à la pluralité des voix, comme premier vice-président, M. Fleurus-Léger.

Le second vice-président est élu également à la pluralité des voix. M. Duhamel est le membre qui réunit le plus de voix.

Le premier secrétaire annuel est M. Foucart.

Le second, M. Terrier.

— La Société vote des remercîments à MM. Thore, vice-président, et Masson, secrétaire annuel, pour le zèle qu'ils ont mis à remplir les fonctions auxquelles ils avaient été appelés par leurs honorables confrères.

— Séance levée à quatre heures.

SERRURIER, secrét.-gén.

Séance du 4 décembre 1845. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — M. le docteur Bourdin, exerçant à Choisy-le-Roi, envoie à la Société un mémoire qu'il a composé sur le suicide. — M. Belhomme, rapporteur.

M. Courserant sollicite la place de membre résident, et envoie, à l'appui de sa candidature, la relation d'un cas d'amblyopie convulsive et celle d'une transposition générale des viscères. — MM. Serrurier et Foucart, rapporteurs.

M. Magne, rue Louis-le-Grand, envoie un travail sur les taies de la cornée. — M. Guersant, rapporteur.

— *M. Duhamel.* On a rapporté dans le dernier procès-verbal l'histoire d'une fracture de la clavicule, méconnue d'abord. Voici un fait qui a quelqu'analogie avec celui que nous a communiqué notre confrère Léger. Une femme s'est laissée tomber *de son lit* sur des dalles. Aussitôt elle a ressenti une douleur vive qui a persisté. Un médecin, appelé aussitôt après l'accident, l'a examiné, légèrement peut-être, et a prescrit l'application de quelques compresses trempées dans l'eau végéto-minérale. Elle vint me consulter après cinq semaines, et voici l'état dans lequel je la trouvai. Il n'y avait point de raccourcissement du bras, mais elle ne pouvait ni l'écarter du corps, ni le soulever. En prêtant l'oreille, j'entendis une crépitation. Ce phénomène est-il dû à la présence de l'air dans la capsule articulaire, ou bien y a-t-il fracture du col chirurgical? Je me suis arrêté à cette opinion. Cette femme éprouve toujours la même douleur et la même impossibilité de mouvoir le membre.

M. Thore a été appelé auprès d'un curé qui s'était fracturé l'humérus en tombant de sa hauteur. Il lui appliqua un appareil convenable. L'accident était arrivé douze ou treize jours avant qu'on vînt à lui. On avait d'abord été consulter la Dame Blanche, rabouteuse célèbre des environs; bien entendu qu'elle n'avait point reconnu le mal, ni donné aucune prescription utile.

M. Tanchou s'étonne que dans le cas rapporté par son confrère M. Duhamel, on ait entendu la crépitation cinq semaines après la production de la fracture. Il soutient qu'à cette époque les fragments doivent avoir subi une modification, qu'une virole osseuse doit même être formée, et que, dans ce cas, les fragments osseux ne doivent point frotter l'un contre l'autre, ou, s'ils le font, ne doivent point produire ce bruit particulier qu'on nomme crépitation.

M. Guersant a entendu la crépitation sur des fractures non réduites et qui dataient de plus de cinq semaines; mais il s'étonne qu'on puisse, d'après ce signe seul, diagnostiquer l'existence d'une fracture, et il ne conçoit pas comment, en supposant la fracture dans le col chirurgical, il n'y aurait point de difformité, le grand pectoral entraînant en dedans le fragment inférieur.

— Je vais, ajoute notre confrère, vous rapporter un cas de trachéotomie pratiquée chez un enfant affecté de croup; les cas de réussite sont rares, car sur trente-trois opérés par moi, trois seulement ont guéri. L'enfant dont je vais vous entretenir avait trois ans et demi ou quatre ans. Je fus appelé au début. Les parents étaient bien éloignés de songer au croup; effectivement, l'enfant se plaignait seulement de ressentir quelque douleur au fond de la gorge. J'examinai avec soin, et je me suis toujours bien trouvé de cette manière de procéder; je vis sur une des amygdales une plaque bien circonscrite de la largeur de l'ongle du petit doigt. Comme c'est ainsi que le croup commence, je cautérisai avec le nitrate d'argent, je touchai avec le suc de citron, je continuai jusqu'au surlendemain; il n'y avait d'ailleurs ni suffocation, ni altération de la voix.

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, l'enfant s'était couché bien portant, sauf un peu de raucité dans la voix quand il toussait; à minuit, la voix était éteinte, la suffocation était imminente. Je conclus que les plaques couenneuses s'étaient étendues vers la glotte, et, dans cette pensée, au moyen d'une éponge chargée d'une solution d'azotate d'argent, je cautérisai au loin, et je répétai cette opération quatre fois dans l'espace de douze ou quinze heures. Je n'avais pas négligé les autres moyens; j'avais fait vomir, j'avais pratiqué des frictions mercurielles et administré le calomel à l'intérieur. Malgré nos soins l'enfant allait succomber; la face était violacée, la voix éteinte : la trachéotomie était le seul moyen proposable. Nous étions réunis en consultation M. Trousseau et moi : nous hésitions; le père insista pour qu'elle fût pratiquée, et la mère se résigna à tenter ce dernier moyen de salut.

Aussitôt que la trachée a été ouverte, l'enfant, comme c'est l'ordinaire, s'est trouvé mieux, les accidents ont disparu; il n'y avait aucune complication de pneumonie ou de bronchite; dès le lendemain l'enfant a pu prendre quelques aliments. Maintenant, il parle bas encore il est vrai, mais le succès est assuré. Je crois devoir l'attribuer à trois causes : d'abord à ce que le petit malade n'a pas été débilité par les sangsues, ensuite parce qu'il n'y avait point de fausses membranes dans la trachée, et enfin parce que nous nous sommes servis de la canule double de M. Trousseau, canule dont l'idée lui a été suggérée par un malade. En effet, quand on introduit par l'ouverture faite à la trachée une canule simple, et qu'il faut la retirer pour la nettoyer, cette manœuvre est longue et fatigante, au lieu qu'en se servant d'une canule double on peut retirer et remettre sans douleur, et quelquefois même sans réveiller le malade, la canule qui est reçue dans la canule externe.

M. Pertus. D'après ce que vient de nous dire M. Guersant, je demanderai s'il ne serait pas convenable de recourir dès le début à la médecine perturbatrice? Les vomitifs réussissent, et dans quelques cas non pas tout à fait analogues, mais où on observait des symptômes qui pourraient annoncer le croup, j'ai pu, en les employant dès le début, voir disparaître promptement les signes précurseurs ordinaires de cette maladie.

M. Guersant. Dans plusieurs circonstances, nous avons agi de la même manière.

M. Duhamel. J'ai vu, il y a huit ans, un enfant atteint du croup depuis six jours, et dès le troisième on le regardait comme perdu; j'ai administré l'émétique à hautes doses, et j'ai pu le faire vivre encore quatre jours; il n'a succombé que le dixième. J'ai traité, il y a deux ans, un croup qui a duré un mois; je l'ai traité en administrant l'émétique à hautes doses. Je dois dire ici que, pour moi, l'aphonie est le signe caractéristique du croup.

M. Sorlin. M. Guersant dit qu'il redoute surtout de voir les enfants affaiblis, mais qu'il serait bien utile de s'entendre à ce sujet. N'y a-t-il donc point de croup qu'on doive traiter par les antiphlogistiques?

M. Guersant. Le croup et les angines se ressemblent, et je vois que les fausses membranes se propagent d'autant plus facilement que les sujets sont plus débilités; d'où je conclus qu'il faut être très circonspect dans l'emploi des émissions sanguines dans une maladie où ces fausses membranes constituent tout le danger. Je puis, à l'abri de ce que j'avance, citer un fait qui s'est passé à l'hôpital des Enfants. Une petite fille avait un purpura hæmorrhagica; on me l'amena pour lui enlever les amygdales; je m'y refusai, parce que ces amygdales offraient des taches de purpura; je la renvoyai dans les salles de médecine, d'où elle me fut ramenée plus tard. Je me laissai aller à l'opérer; elle eut une hémorrhagie, et cette hémorrhagie fut suivie de l'apparition de fausses membranes.

M. Belhomme pense que le croup est souvent mortel; mais que néanmoins on s'est bien trouvé parfois de l'administration de l'émétique coup sur coup. M. Charles Masson ne croit pas qu'il faille, dans le principe, et lorsque le sujet est pléthorique, craindre d'appliquer des sangsues; et qu'on voit, après de copieuses évacuations sanguines, disparaître des accidents redoutables, qui, suivant toute apparence, auraient amené un croup mortel.

M. Guersant répond que ce n'est point son opinion, qu'on doive en toute circonstance s'abstenir d'appliquer des sangsues.

M. Thore rapporte que son fils a été appelé pour traiter un enfant dont les deux frères avaient succombé victimes du croup, aussi la mère se tenait-elle en garde, et même elle l'avait fait examiner quelque temps avant, lorsqu'il avait une simple bronchite. La maladie a éclaté avec violence; les amygdales se sont couvertes de fausses membranes. Comme l'enfant était vigoureux, des sangsues ont été placées au siége; on a cautérisé les amygdales et donné des potions émétisées; on a trouvé dans les vomissements une grande quantité de fausses membranes. L'enfant est entièrement rétabli.

M. Guersant. Il y a dans la maladie qui nous occupe une distinction bien importante à faire : il y a des croups qui commencent de haut en bas, ce sont les moins graves; d'autres qui s'étendent de bas en haut, ce sont sans contredit ceux qui se terminent le plus souvent par la mort.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

Bibliographie.

Du hachisch et de l'aliénation mentale, études psychologiques, par le docteur MOREAU (de Tours).

Il n'est maintenant personne qui n'ait entendu parler du hachisch, cette merveilleuse pâte orientale, dont les effets, impossibles à comprendre, plus impossibles à décrire, sont si variés et si bizarres; qui procure à ceux qui l'ont pris des hallucinations si étranges, qui plonge tour à tour le *hachisé* dans les voluptés inconnues et indéfinissables du fantastique paradis de Mahomet, ou l'enchaîne obstinément, malheureux monomaniaque, à la poursuite ridicule d'une idée grotesque, qui pour lui suspend le cours du temps, fait concevoir l'incompréhensible idée de l'éternité, qui décompose l'intelligence, transforme et matérialise les sensations, et pendant quelques heures fait vivre d'une vie tout autre que l'existence réelle, tous phénomènes dont on cherche-

rait vainement à se rendre compte si on ne les avait soi-même éprouvés à plusieurs reprises. Ce qu'il y a de très particulier dans l'ivresse du hachisch, c'est que pendant ce désordre général de toutes les facultés, au milieu des plus vives et des plus frappantes hallucinations, tout en se livrant avec bonheur aux plus singulières extravagances, on conserve cependant la conscience du *moi* parfaitement intacte et indépendante, et l'accès une fois terminé, le souvenir des phénomènes éprouvés persiste aussi complet que celui des actes de la vie normale. « Placé en dehors de ses atteintes, le *moi* domine et juge, dit M. Moreau, les désordres que l'agent perturbateur provoque dans les régions inférieures de l'intelligence. » Cette singulière propriété du hachisch a fait croire à M. Moreau qu'il serait possible, en décalquant, pour nous servir de son expression, les phénomènes du délire sur ceux développés par le hachisch, en appliquant à ceux-là le mode d'explication que lui fournissait l'examen de ce qui se passait en lui, qu'il serait possible de remonter par l'analyse et l'observation intime à la source de ces désordres nombreux et variés désignés sous les noms de *folie*, *délire*, *aliénation mentale*, états différents les uns des autres au point de vue symptomatologique, mais essentiellement identiques au point de vue psychique.

Par suite de cette analyse intérieure, M. Moreau se trouve conduit à poser les deux principes suivants. 1° Toute forme, tout accident du délire ou de la folie, idées fixes, hallucinations, etc., tirent leur origine d'une modification intellectuelle *primordiale*, *toujours identique à elle même*, qui est évidemment la condition essentielle de leur existence. C'est l'excitation maniaque. 2° La nature psychologique du délire est non pas seulement analogue, mais absolument identique avec celle de l'état de rêve. — Il semble que deux modes d'existence morale ont été départis à l'homme. La première de ces deux vies résulte de nos rapports avec le monde extérieur; la seconde n'est que le reflet de la première, s'alimente des matériaux qu'elle lui fournit, et en est parfaitement distincte. Le sommeil est comme une barrière élevée entre elles deux, le point physiologique où finit la vie extérieure, où la vie intérieure commence. Que, sous l'influence d'une cause, quelconque ces deux vies tendent à se confondre, leurs phénomènes à se rapprocher, une fusion imparfaite s'opère, et l'individu, sans avoir totalement quitté la vie réelle, appartient par quelques points au monde idéal, rêve tout éveillé; c'est l'aliéné, le monomaniaque. Or, rien n'empêche d'admettre que les conditions organiques dans lesquelles le sommeil place à certains égards l'imagination, la mémoire, le jugement, puissent se rencontrer alors que les sens sont éveillés, alors mêmes que ces facultés s'exercent de leur manière habituelle en dehors du cercle et des limites du rêve.

Ces généralités une fois posées, M. Moreau examine l'une après l'autre les modifications physiques et morales qui se manifestent chez le *hachisé*. Les premières sont peu nombreuses et de peu d'importance. Parmi les secondes, nous trouvons en première ligne un sentiment indicible de bonheur, de jouissance morale, de béatitude intellectuelle que le langage ne peut traduire et dont on ne peut se faire une idée sans l'avoir ressenti soi-même; puis, et c'est là ce que l'auteur appelle le *fait primordial* ou générateur commun à toutes les folies momentanées ou persistantes, survient une véritable dissociation des idées, une désorganisation de l'intelligence. Insensiblement, le *hachisé* se trouve débordé par une foule d'idées étrangères à celle sur laquelle il fixe son attention, idées qui surgissent à l'esprit on ne sait ni pourquoi ni comment. Le sujet vit à la fois, dans le présent par l'acte de sa volonté, dans le passé par la mémoire, dans l'avenir par l'imagination. L'appréciation du temps et de l'espace devient impossible; il y a exagération, perversion des sensations, idées fixes, illusions, hallucinations presque toujours en rapport avec la série d'idées qui préoccupe l'individu dans l'exercice habituel de la vie. A cette occasion, M. Moreau présente sur le délire partiel, sur la monomanie, les illusions et les hallucinations, des considérations neuves et ingénieuses, appuyant toujours ses assertions sur l'observation de cas particuliers et semant son récit de faits intéressants qu'il expose avec autant d'esprit que de vérité.

L'histoire et l'examen des hallucinations et du mode suivant lequel elles se produisent forme la matière d'un chapitre fort étendu que nous ne pouvons qu'indiquer ici, et qui, bien que l'auteur par la variété du style et des citations soit parvenu à éviter un écueil redoutable quand on s'occupe de psychologie, l'aridité et la sécheresse, nous semble échapper à l'analyse. Nous nous bornerons à signaler la conclusion à laquelle M. Moreau se trouve logiquement conduit, à savoir que les hallucinations, comme tous les phénomènes du délire, tirent leur origine de l'*excitation*, modification cérébrale qui, au point de vue psychologique, est identique à l'état de rêve ordinaire. Il peut exister, la chose n'est pas douteuse. des hallucinations sans désordre intellectuel apparent, mais dépendant d'un état particulier, d'un bouleversement général, mais rapide et instantané, des facultés morales. Parmi les états physiologiques favorables au développement des hallucinations, un de ceux qui les produisent le plus facilement c'est cet état intermédiaire à la veille et au sommeil, où l'on retrouve, comme dans la folie, comme dans l'action du hachisch, ce relâchement des liens intellectuels, cette désagrégation des idées qui s'associent d'une manière bizarre, modifient les convictions, les instincts, et laissent le champ libre aux impulsions les plus diverses. Parmi les états pathologiques qui prédisposent aux hallucinations, nous citerons les congestions cérébrales légères, l'état de fièvre, les affections nerveuses et convulsives, les causes débilitantes, la faim, la soif, etc.

Jusqu'à présent il ne s'est agi, qu'on nous passe cette expression, que du délire, que de la folie *physiologiques*. Faisant, des résultats de cette observation, l'application à l'aliénation mentale, on voit que pour M. Moreau l'aliénation mentale constitue un mode d'existence à part, une sorte de vie intérieure dont les matériaux ont été puisés dans la vie réelle, et qui n'est que le reflet de cette dernière. L'état de rêve en est l'expression la plus complète, et l'on y retrouve tous les symptômes de la folie, convictions délirantes, incohérence des idées, faux jugements, etc. Une seule faculté survit, agissant avec une énergie sans limites, c'est l'imagination qui absorbe toute l'activité cérébrale; de là résulte qu'il n'existe pas à proprement parler d'hallucinations, mais un état hallucinatoire pendant lequel l'âme, livrée tout entière à la vie intérieure, diversement impressionnée dans ses facultés sensoriales, transporte dans la vie réelle les créations de son imagination.

Nous voici maintenant arrivé à la partie la plus importante du livre, à l'examen des déductions pratiques que la science pourra tirer des observations et des expériences de M. Moreau. Deux mots encore, cependant, sur une question importante de pathologie mentale. La folie dépend-elle de lésions organiques ou n'est elle qu'un trouble purement fonctionnel de l'intelligence? Pour M. Moreau, des modifications existent sûrement dans l'organe chargé des fonctions intellectuelles; mais ce n'est pas dans telle ou telle disposition anormale des molécules du cerveau, dont la texture se trouverait altérée, qu'il faut les chercher; c'est dans une altération de la sensibilité, dans l'action irrégulière de ces propriétés d'où dépend l'accomplissement des fonctions intellectuelles. « On voit d'après cela, dit l'auteur, que, nous aussi, nous admettons une lésion fonctionnelle, non pas indépendante des organes, mais liée essentiellement à une modification toute matérielle et moléculaire, quoique insaisissable de sa nature, insaisissable comme le sont, par exemple, les changements qui surviennent dans la texture d'une corde à laquelle on imprime des mouvements vibratoires d'intensité variable. » Ne pouvant s'adresser aux causes elles-mêmes, c'est contre la modification primordiale elle-même qu'il convient de diriger les moyens thérapeutiques sans tenir compte des causes souvent inconnues qui la produisent.

Sur quelles données s'est fondé M. Moreau pour administrer le hachisch dans le traitement de l'aliénation mentale? Il pose d'abord en principe que, tant que le délire conserve quelque acuité, on ne doit pas désespérer de la guérison; que, dans les cas chroniques, on a vu la folie se juger par des accès d'agitation; que les guérisons coïncident ordinairement avec le renouvellement des saisons, et que souvent on les voit précédées d'un retour d'excitation; que lorsqu'il survient de l'excitation chez les aliénés paralytiques, on les trouve souvent plus raisonnables; que le délire à forme générale est celui qui présente le plus de chances de guérison. — De ces considérations ressortait une indication précise que M. Moreau formule ainsi : Conserver, au délire tendant à devenir chronique, son acuité première, ou rappeler et raviver cette acuité quand elle menace de s'éteindre. Le hachisch a paru à l'auteur la substance la plus propre à remplir cette indication. Il l'a donc mis en usage, et quelques succès ont déjà couronné ses tentatives, que depuis près de quatre ans il poursuit avec le zèle le plus digne d'éloges.

L'obligeance de M. le docteur Moreau nous ayant mis à même de pouvoir à plusieurs reprises nous initier aux délicieuses et magiques émotions de la *phantasia*, nous avons pu nous convaincre qu'il n'y a rien d'exagéré dans le merveilleux tableau qu'il trace des effets du hachisch; nous pouvons affirmer sans crainte à ceux qui, mus peut-être d'abord par un simple sentiment de curiosité, ouvriront le livre dont nous avons essayé de rendre compte, qu'ils ne regretteront pas les heures qu'ils auront consacrées à sa lecture. Ils resteront persuadés, nous n'en doutons nullement, qu'un ouvrage dans lequel se trouvent traitées les plus hautes questions de la psychologie, peut être lu sans ennui, sans fatigue, disons mieux, avec le plus vif plaisir et l'intérêt le plus soutenu.

Dr A. FOUCART.

Correspondance.

Paris, 27 janvier 1846.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai suivi avec le plus grand soin pendant toute la durée de sa maladie la femme qui a succombé dans le service de M. Rayer, et dont vous avez publié l'observation dans votre numéro du 13 décembre dernier. Mon opinion n'a jamais varié sur la nature de cette affection; j'ai toujours cru et je crois encore que c'est un cas de pellagre. J'ai trouvé dans les symptômes, fournis par la peau, les systèmes nerveux et digestif, les grands traits propres à cette singulière maladie. M. Théophile Roussel a fait sans doute un bon livre; mais l'insistance qu'il met à rejeter les cas de la Charité, me ferait penser qu'il a surtout en vue l'étiologie, et qu'il ne veut pas qu'on lui objecte plus tard ce fait comme une exception à sa théorie sur le mais, ou plutôt à celle de M. Balardini. Comme cette question me paraît vivement intéresser l'hygiène publique, je m'occupe en ce moment de rassembler des documents qui pourront éclaircir cet important sujet.

Agréez, etc.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 14. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Apoplexie cérébrale très circonscrite. Perte de la sensibilité de la peau du tronc et de la face. Paralysie du membre supérieur correspondant.

Le 8 janvier 1844, est entrée dans la salle Saint-Joseph la nommée Gournier, âgée de vingt-huit ans, domestique. Cette jeune fille, née de parents bien portants, d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament lymphatique, a été réglée pour la première fois à vingt-deux ans; encore ne l'a-t-elle été depuis qu'avec une très grande irrégularité, sous le point de vue de l'abondance et du retour de l'écoulement. Cependant, la santé a généralement été bonne. Elle a eu un enfant en 1840. Depuis son accouchement, les règles n'avaient pas reparu, lorsque, au mois de février 1841, elle éprouva, à la suite de violents maux de tête, les accidents suivants:

En frottant les appartements, elle se sentit tout à coup indisposée; elle s'assit, et peu à peu elle perdit connaissance. Quand elle revint à elle, la motilité et la sensibilité étaient perdues dans tout le côté gauche du corps; la bouche était déviée; et lorsqu'elle voulut se lever et marcher, elle tomba. Entrée à l'Hôtel-Dieu, elle y resta pendant huit mois. La sensibilité et la motilité se rétablirent d'abord dans le pied, puis dans la jambe et dans les autres parties du corps. La déviation de la face n'avait duré que quelques jours. Pendant un certain temps, la sensibilité du pied était tellement vive, que la malade ne pouvait le poser à terre. Elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Quatre ans s'écoulèrent, pendant lesquels elle jouit d'une asssez bonne santé, si l'on en excepte de violents élancements dans la tête, qui augmentaient lorsqu'elle se baissait, lorsqu'elle montait les escaliers ou lorsqu'approchait l'époque de ses règles. Depuis deux mois l'écoulement menstruel n'avait pas paru, lorsque, le 3 janvier 1846, à la suite de maux de tête très violents, et de deux évanouissements, elle a rendu son déjeuner, a perdu connaissance, et a ressenti des frémissements dans le bras et une douleur vive dans l'épaule gauche. En outre, elle a ressenti que la respiration était gênée du même côté; enfin, il y a eu des mouvements convulsifs dans la bouche et dans l'œil, mais sans perte de la parole. La céphalalgie a persisté plus intense que jamais. Depuis cette époque, la malade ne peut se servir de son bras.

Le 8 janvier, elle présente l'état suivant:

Décoloration générale, insensibilité de la peau du front, de la joue, du cou, du bras et du tronc du côté gauche, jusqu'au niveau du bassin. Cette perte de la sensibilité existe également en arrière du même côté, mais elle ne descend pas au delà de la région dorsale. La perte de la sensibilité est telle que l'on peut enfoncer une aiguille dans tous ces points sans que la malade s'en aperçoive. Les muqueuses des paupières, des fosses nasales, des joues et de la langue, sont également insensibles dans toute leur moitié gauche. On peut promener les barbes d'une plume sur les bords libres des paupières, etc., sans déterminer aucun sentiment désagréable. La pression, pratiquée sur la colonne vertébrale, à partir de la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la cinquième ou sixième dorsale, détermine une douleur assez vive. Les mouvements du cou sont libres. La malade remue un peu son bras, mais sans pouvoir porter la main à la tête, ou s'en servir pour saisir quelque chose. La jambe ne présente rien de particulier, et la malade marche comme à l'ordinaire. Le pouls est fréquent, la peau chaude. (2 saignées, une le matin, l'autre le soir; sulfate de soude, 60 grammes.) Ces saignées ont eu pour résultat de diminuer la céphalalgie.

Le 10, ventouses scarifiées sur le point douloureux de la colonne vertébrale.

Le 11, une nouvelle saignée.

Le 13, la joue a recouvré un peu de sensibilité; il y a quelques élancements dans le bras et un peu de fièvre. Cependant la vue est un peu plus nette de l'œil gauche. — Ventouses scarifiées; un purgatif.

Le 14, la sensibilité est revenue dans tout le bras; mais les mouvements sont encore très faibles. La douleur de la région cervicale et de l'articulation scapulo-humérale persiste; il y a quelques fourmillements et quelques tressaillements dans la joue gauche. — Saignée de 8 onces; sulfate de soude.

Le 15, il y a eu quelques envies de vomir; un peu de difficulté pour avaler. — Ventouses scarifiées à la nuque.

Le 17, en pressant sur la partie douloureuse de la région spinale, on détermine des tressaillements jusqu'aux extrémités des doigts.

A partir de cette époque, l'amélioration a toujours été en augmentant, si ce n'est qu'il est resté à la malade un peu de difficulté dans la déglutition et dans l'articulation des mots. Tout fait cependant espérer un prompt rétablissement.

Altération organique du cerveau; accidents épileptiformes; paralysie incomplète du côté droit du corps.

Le nommé Leclère, âgé de vingt ans, né à Paris, et y ayant toujours habité une chambre humide, sujet ordinairement à s'enrhumer tous les hivers, a eu une fluxion de poitrine au mois de février 1845. Au mois d'avril suivant, il se trouvait dans la rue lorsqu'il a senti ses jambes fléchir sous lui; puis, il a perdu connaissance; il a eu des convulsions des jambes, des bras, ainsi que du globe oculaire; il lui a semblé que quelque chose, partant de la jambe droite, remontant le long de la cuisse et du tronc, est venu se fixer à la gorge pour y déterminer un sentiment de constriction, qui a précédé son évanouissement.

Trois semaines après cette attaque, il a senti le bras engourdi et plus froid qu'à l'ordinaire. Depuis, il a eu des attaques irrégulières, revenant tantôt tous les mois, tantôt deux fois dans le mois. Depuis sa dernière attaque, il y a un mois environ, la jambe droite, qui était seulement un peu plus faible que celle du côté opposé, fléchit lorsque le malade s'appuie dessus. Il fauche en marchant, et le pied se renverse en dedans. Il y a de temps à autre des fourmillements dans le côté droit du corps et de l'amaigrissement notable.

A son entrée à l'hôpital, le 13 décembre 1845, le malade offre l'état suivant: Maigreur générale; chairs flasques et molles; espèce de décoloration de la peau tirant sur le blanc-jaunâtre; quoique âgé de vingt ans ce jeune homme n'a aucune apparence de barbe; tout le côté droit du corps, à partir de la clavicule, présente une sensibilité moindre qu'à l'état normal; le bras correspondant est plus faible que celui du côté gauche. Cependant, le malade peut s'en servir pour porter des choses assez lourdes; quand il est couché, il remue assez bien la jambe droite; mais il est facile de remarquer que les mouvements manquent de précision; et, quand il marche, il tomberait bientôt s'il n'était soutenu; la respiration est difficile; le côté droit de la poitrine semble notablement plus développé que le côté gauche; la toux est habituelle, plus forte le matin que le soir; elle revient par quinte et détermine l'expectoration d'une assez grande quantité de matière muqueuse d'un blanc grisâtre, visqueuse et mélangée à de la salive. Ces quintes de toux sont quelquefois assez violentes pour déterminer le vomissement. La percussion fait reconnaître une sonorité dans le côté droit de la poitrine, surtout en bas, où l'on trouve les traces d'un épanchement ancien; le foie est très développé, et dépasse au moins de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes; la pression exercée sur l'hypocondre et l'épigastre est très douloureuse; à l'auscultation, on trouve la respiration dure, au sommet du poumon droit, en avant; elle est rude et craquante en arrière; en bas et en arrière du même côté, la respiration est faible et soufflante; la résonnance de la voix est égophonique; la pupille est plus dilatée du côté droit que du côté gauche; de temps en temps, il y a du brouillard devant les yeux. Ce malade est resté jusqu'au 12 janvier dans l'hôpital. Lorsqu'il en est sorti, il était dans un état tellement satisfaisant qu'il se croyait guéri. Il est rentré, quelques jours après, dans un état à peu près analogue à celui qu'il avait présenté la première fois. La paralysie paraît faire des progrès; l'épanchement pleurétique persiste, et tout fait croire que, d'ici à peu de temps, ces accidents se termineront d'une manière funeste. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette intéressante observation.

Z.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Quelques considérations sur les fractures chez les rachitiques. Leur traitement.

(Suite du numéro du 20 janvier.)

La consolidation des fractures est des plus lentes chez les enfants rachitiques. C'est là un fait d'observation; l'expérience de chaque jour prouve que quelquefois au bout de dix-huit ou vingt mois, le cal n'est point encore formé d'une manière solide et définitive. Cette non-consolidation tient à l'état rachitique, auquel elle est intimement liée. Mais, de plus, la marche vers la guérison peut être entravée par des accidents fréquents chez les sujets entachés du vice rachitique. Ceux chez lesquels on observe la diathèse, dont nous nous occupons en ce moment, sont habituellement prédispo-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une grande nouvelle. — Suppression des cliniques libres. — Décapitation de l'enseignement libre. — La philanthropie à l'œuvre. — Démarches à cet égard. — La conduite de M. Orfila à ce sujet. — Le canon d'alarme. — Le curé médecin. — Le *conjureur* et la vipère. — Un bal à Lorient. — Affiche singulière. — Où se fait, à Paris, la consultation des enfants malades. — Boîte aux lettres.

Voici une grande, une grave nouvelle qui prouvera aux plus récalcitrants si l'on a raison de dire au monde médical d'unir ses efforts, son dévouement et son zèle, de ne pas s'endormir sur des promesses, de continuer l'agitation que le Congrès a fait naître et de se préparer aux luttes sérieuses dont le Congrès n'a été que le prélude.

On s'en souvient, en demandant l'enseignement médical libre, le Congrès avait surtout insisté sur cet enseignement que l'on puise dans les hôpitaux, sur l'enseignement clinique, à Paris si florissant et si riche par le zèle officieux d'un grand nombre de médecins et de chirurgiens; un jeune membre même de la Faculté soutint avec talent et fit adopter par l'assemblée un amendement ayant pour but de transformer les hôpitaux spéciaux en autant de cliniques officielles. Ce vœu fut adopté avec acclamation, car il traduisait une appréciation éclairée des besoins urgents de l'enseignement clinique.

Savez-vous comment l'administration des hôpitaux a tenu compte de ce vœu? Savez-vous la réponse que le Conseil général vient de lui faire? Il faut en gémir de honte et de douleur! Le Conseil général des hôpitaux vient de décider qu'à l'avenir il ne pourrait plus être fait d'autres cliniques que les cliniques officielles de la Faculté! Tout autre enseignement est interdit dans les hôpitaux! Le Conseil des hôpitaux vient de décapiter l'enseignement libre!

C'est en plein dix-neuvième siècle, au milieu de cette civilisation ardente, de cette fièvre scientifique qui dévore notre génération, que cette mesure impie et rétrograde a été prise! Oui, impie; car, qu'est-ce que la science médicale, si ce n'est un bienfait continuel et de tous les instants, répandu à flots, et avec une générosité sans analogue, dans les autres professions par la profession médicale? Et c'est cette science que l'on veut arrêter dans sa course la plus pure, et cela je ne sais plus sur quels prétextes de sensiblerie philanthropique dont le moindre défaut est d'être basés sur l'inexactitude et sur l'erreur.

La voilà à l'œuvre, cette philanthropie inintelligente; déjà nous avions vu ses tentatives à l'endroit des autopsies. Indifférente et froide pour toutes ces profondes misères sociales qui forcent le pauvre à venir exhaler son dernier soupir dans un lit d'hôpital, ses entrailles s'émeuvent pour disputer sa dépouille mortelle aux investigations de notre science austère; elle craint pour ses malades l'activité studieuse des élèves, et elle ne sait donner à ses malades que du bouillon détestable, du lait problématique et de la viande de rebut; elle exerce une tyrannie de plus en plus lourde sur les médecins, et elle laisse subsister cette indigne et odieuse organisation des infirmiers!

Cette nouvelle incroyable, mais que des renseignements précis ne permettent pas malheureusement de révoquer en doute, était à peine connue, que d'actives démarches se préparaient auprès de l'autorité supérieure pour qu'elle ne sanctionnât pas cette fatale mesure. La commission des médecins et des chirurgiens des hôpitaux s'est immédiatement réunie, et va convoquer une réunion générale de tout le personnel médical de ces établissements. De son côté, la Commission permanente du Congrès médical, qui a été saisie de la question dans sa dernière séance, est déjà en instance auprès de M. le préfet de la Seine pour qu'il ne ratifie pas par sa signature la décision du conseil. Pareille démarche sera faite auprès de M. le ministre de l'intérieur; car il faut heureusement que ces deux pouvoirs sanctionnent et approuvent la mesure du Conseil pour qu'elle devienne exécutoire.

On m'a dit, et je me plais à le redire, que M. Orfila a lutté de tous ses efforts pour s'opposer à la décision du Conseil. Il a protesté avec énergie contre cette mesure sauvage, et voyant ses efforts impuissants, il n'a pas voulu assister au vote. Outre tous les motifs généraux qui ont dû inciter son opposition, M. le doyen de la Faculté de Paris a certainement compris que cette mesure loin d'être utile à la Faculté lui serait extrêmement fâcheuse. Ce n'est pas seulement l'enseignement officiel qui donne à la Faculté de Paris ses élèves et sa prépondérance, c'est aussi l'existence des nombreuses cliniques libres où les élèves viennent avec affluence trouver le complément de leurs études. La décision du Conseil aurait pour effet inévitable de diminuer à Paris le nombre des élèves et d'amoindrir considérablement la Faculté; M. Orfila ne peut pas se tromper sur ce sujet.

On sent que nous aurons beaucoup à dire sur ce point. Je n'ai voulu aujourd'hui que tirer le canon d'alarme. Il faut ici de la résolution et de l'entente. La question est des plus graves; elle touche aussi bien aux intérêts les plus élevés de la science qu'aux intérêts de la liberté professionnelle et de la dignité du médecin. Il faut savoir enfin si le médecin d'hôpital n'est plus qu'un serf attaché à la glèbe du Conseil, si ce Conseil a droit de vie et de mort sur l'existence intellectuelle des médecins qu'il emploie, et si les services que rend notre profession à la population malade doivent être assimilés à ceux des serviteurs à gages. La tyrannie de ce Conseil devient excessive; le courage et la ténacité des médecins peuvent la briser, mais il faut d'abord qu'ils s'entendent.

— De toutes parts, du reste, les abus les plus extravagants et les plus monstrueux me sont signalés qui démontrent de quelle urgence il est que les vœux du Congrès reçoivent une prompte satisfaction, et avec quelle impatience le corps médical attend la présentation de la loi promise. Tels curés de cantons voisins, écrit un honorable correspondant, font plus de médecine que tous les médecins des environs. Une épidémie de scarlatine éclate dans une commune, le curé empêche les familles d'envoyer le médecin, et pendant quinze jours traite tous les malades par une soupe à l'ail et au vin. — Dans un autre endroit, un de nos confrères est appelé pour soigner un enfant à qui, disait-on, une mule avait écrasé la main. Rendu sur les lieux, notre confrère trouve le bras droit fortement enflé, ecchymosé; mais de lésion traumatique de la main, point. Surpris, il interroge, et on lui

sés aux affections de la poitrine, de l'abdomen, ou de la peau. Toutes les fois que l'une ou l'autre de ces maladies survient pendant le cours du traitement d'une fracture, on peut annoncer que la consolidation sera lente, et d'une lenteur proportionnée à l'intensité de l'affection intercurrente. Nous ne saurions trop fixer votre attention sur ces complications, qui deviennent de la plus haute importance lorsqu'il s'agit de porter le pronostic. Nous le répétons; lorsque vous voyez dans une salle d'hôpital un enfant traité pour une fracture être pris d'une pneumonie, d'une bronchite, vous pouvez hardiment affirmer que l'influence de cette affection secondaire se fera sentir d'une manière bien manifeste, et que la consolidation sera lente à s'opérer.

Il en sera de même s'il est pris de diarrhée, ou s'il est atteint de fièvre éruptive, de rougeole ou de scarlatine. Ces complications d'affections de la peau sont encore plus graves peut être que les précédentes. Ces quelques remarques suffiront pour vous faire juger de la circonspection que l'on doit apporter dans la détermination du pronostic. Lorsque vous serez appelés près d'un enfant rachitique présentant une fracture, vous vous garderez bien d'annoncer aux parents que la fracture sera guérie dans vingt-cinq jours, comme on l'observe d'ordinaire dans les cas simples. Néanmoins, car nous ne voulons rien porter à l'exagération, on ne devra point désespérer de la guérison, à moins qu'il n'y eût de très graves complications. Il n'y a qu'un petit nombre d'enfants, rachitiques purement et simplement, chez lesquels au bout de trente-cinq à quarante jours les fractures ne soient pas consolidées.

Nous ne ferons pas du diagnostic le sujet d'un paragraphe spécial. Nous nous sommes assez longuement étendu sur la symptomatologie pour qu'il ne puisse rester aucun doute à un observateur attentif. Nous rappellerons seulement, en passant, qu'il faut tenir compte des courbures angulaires dont le rachitisme est assez souvent la cause unique, et qui pourraient quelquefois en imposer pour une fracture vicieusement consolidée ou mal réduite.

Nous arrivons au traitement des fractures chez les enfants rachitiques. Le traitement, on le conçoit tout d'abord, varie essentiellement, suivant que l'on a affaire à des fractures simples ou à des fractures compliquées, et dans ce dernier cas, il est subordonné aux complications.

Le traitement des fractures simples, c'est-à-dire des fractures sans complication d'autres affections internes que le rachitisme, est à peu près le même que celui que l'on met en usage chez les individus de bonne et saine constitution. Nous appliquons dans cette circonstance l'appareil dont nous nous servons chez les petits enfants au-dessous de trois ans, c'est-à-dire, l'appareil avec des bandes roulées. Pour la fracture du fémur, dont nous nous occupons plus spécialement ici, nous plaçons la bande roulée depuis l'extrémité du pied jusqu'au pli de l'aine. Nous disposons ensuite trois attelles étroites, l'une en dedans, l'autre en dehors, plus longue; la troisième à la face antérieure du membre; une précaution que nous prenons dans tous les cas, et qu'il est utile de vous rappeler, c'est de ne jamais faire porter les attelles sur les saillies osseuses. Ce point est d'autant plus important, que chez les enfants rachitiques presque toujours les extrémités des os longs sont plus volumineuses qu'à l'état normal, partant plus saillantes. Les tubérosités du fémur sont toujours plus grosses dans le rachitisme que chez les enfants bien constitués. Nous avons donc le soin de nous servir d'attelles proportionnées à la longueur du membre, et qui ne portent ni sur les tubérosités condyliennes du fémur, ni sur la rotule.

Les compresses graduées sont inutiles ici. Il n'y a point dans la cuisse d'espace interosseux qu'il faille combler. Pendant que nous appliquons les attelles, nous avons soin que des aides intelligents et attentifs fassent l'extension et la contre-extension, surtout lorsqu'il y a chevauchement des fragments, par suite de la déchirure du périoste. Une fois l'appareil ainsi disposé, le membre bien également maintenu, nous enveloppons l'appareil d'une pièce de taffetas gommé, pour éviter que l'urine ne puisse mouiller les pièces de linge dont il est formé. Nous recommandons de ne jamais oublier, chez les enfants très jeunes, cette précaution inutile le plus souvent chez les adultes. Elle est avantageuse ici sous plus d'un rapport. En premier lieu, en évitant que les bandes ne soient imbibées d'urine, on ne court point le risque de voir survenir une irritation des téguments, d'autant plus sensibles et délicats que la peau est plus fine. Voilà pour le malade. Pour le chirurgien, elle a cet avantage que l'on est moins souvent obligé de renouveler l'appareil, ce qui ménage le temps, et permet au cal de se faire d'une manière plus régulière et plus prompte.

Nous avons déjà plusieurs fois eu l'occasion de dire les raisons pour lesquelles nous préférons chez les très jeunes sujets l'appareil fait avec une bande roulée. Le membre étant d'un petit volume, il est facile de le maintenir soulevé. Puis cet appareil se maintient plus serré; on est moins souvent obligé de le renouveler. Chez les sujets bien portants d'ailleurs, les fractures ne mettent guère plus de vingt à vingt-deux jours à se consolider. Pendant ce laps de temps, nous ne changeons guère l'appareil plus de trois fois, quelquefois même moins souvent encore, lorsque la pièce de taffetas gommé préserve complétement le bandage du contact de l'urine. L'appareil a-t-il été mouillé, il est très facile à replacer, moins long et moins compliqué que l'appareil de Scultet. Un appareil que nous regrettons de ne point pouvoir employer, et qui, nous n'en doutons point, aurait ici souvent les plus grands avantages, c'est l'appareil inamovible, dont nous sommes obligé de nous passer toujours, par cette raison que les enfants pissent au lit, et que l'humidité ramollierait la préparation de dextrine ou d'amidon. A notre avis, l'appareil inamovible, sauf cet inconvénient, serait le meilleur de tous. Voilà pour le traitement local.

Quant au traitement général, il doit varier suivant que le sujet rachitique est ou non atteint de quelqu'une des maladies dont nous avons signalé l'existence possible comme complication, suivant qu'il est affecté de pneumonie, de bronchite, de phlegmasie intestinale, etc. Lorsque l'individu est purement et simplement rachitique, nous prescrivons une bonne alimentation; nous lui donnons de la viande, du bouillon, un peu de vin même. Quelques auteurs ne partagent pas sur ce point les opinions généralement reçues. On a prétendu, dans ces derniers temps, que la nourriture animale et substantielle n'était pas celle qui convenait aux enfants rachitiques, qu'il valait mieux leur faire prendre des aliments féculents, farineux. Cette manière de voir est en désaccord formel avec l'observation des siècles. Jusqu'à présent, on a toujours vu les sujets rachitiques se bien trouver des aliments substantiels, azotés. Dans la classe pauvre, les enfants, comme leurs parents, ne se nourrissent guère que de substances féculentes et farineuses, de haricots, de pommes de terre, etc. Or, c'est dans la classe pauvre que l'on trouve incontestablement le plus grand nombre d'enfants rachitiques. Dans les classes aisées de la société, les rachitiques sont bien plus rares, et si quelquefois il s'en trouve, leur constitution se modifie bientôt de la manière la plus avantageuse sous l'influence d'une nourriture substantielle. Tous les jours nous voyons, dans nos salles de l'hôpital des Enfants, des sujets rachitiques revenir à la santé dès qu'on leur fait prendre du bouillon, du vin, de la viande, s'ils peuvent les supporter. Mais, nous dit-on, ces enfants d'ouvriers ne supportent pas toujours ce changement d'alimentation, et telle est la raison qui doit faire abandonner les errements anciens. Nous convenons volontiers qu'une transition brusque et soudaine d'une alimentation pauvre et débilitante à une nourriture forte et substantielle sera plus souvent nuisible qu'utile. Si l'on nous apporte un enfant de deux ans nourri jusqu'alors de pommes de terre, et que nous lui donnions de suite de la viande et du vin, nous lui occasionnerons sans aucun doute une entérite, et nous déterminerons de la diarrhée. Mais cet accident tiendra-t-il au nouveau régime? Nullement; il tiendra uniquement à sa mauvaise administration. Les changements, surtout à un âge aussi tendre, doivent être lents, graduels. Pendant quelques jours, on devra continuer encore les féculents; puis peu à peu et comme insensiblement, on donnera de petites quantités de bouillon; bientôt la viande sera supportée, et dans l'espace d'une à deux semaines, le petit malade se trouvera très bien du régime tonique et analeptique que vous aurez constitué. C'est de cette manière, et de cette manière seulement, que vous obtiendrez de bons résultats. La funeste influence d'un changement brusque d'alimentation et de régime est encore plus sensible et plus appréciable chez les enfants à la mamelle, qui n'ont pris encore pour toute nourriture que du lait.

Ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux cas simples. Mais s'il y a complication de pneumonie ou de fièvre éruptive, on ne peut commencer le traitement tonique, qui serait bon pour leur mauvaise constitution; il faut attendre que la complication soit guérie. Dans ces cas compliqués, nous levons l'appareil plus tard que chez les malades ordinaires. Vous avez pu voir au n° 7 de la salle Saint-Côme un garçon rachitique dont la fracture, aujourd'hui au vingt-troisième jour, n'est point consolidée. Nous en avons également montré un autre où, au trente-quatrième jour, il y avait encore mobilité et possibilité de flexion du membre. Ce dernier avait eu une rougeole avec catarrhe bronchique intense. Au n° 13 de la même salle, fracture du fémur chez un rachitique, au vingt-neuvième jour, non consolidée. En résumé, et en moyenne, nous n'enlevons nos appareils qu'au bout de trente-cinq ou quarante jours ordinairement. Quand il survient des complications, nous les laissons plus longtemps encore, presque indéfiniment.

Au traitement général hygiénique dont nous venons de parler, nous ajoutons souvent l'emploi de quelques médicaments dont nous avons parfois retiré de salutaires effets; nous faisons prendre aux malades l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium. L'huile de foie de morue nous a souvent donné d'heureux résultats, mais plutôt dans la pratique de la ville que dans les hôpitaux. La raison en est que nous ne gardons pas habituellement les malades assez longtemps dans les hôpitaux pour constater des effets toujours lents à se produire, encore plus lents à se manifester. En ville, au contraire, nous pouvons revoir nos malades pendant très longtemps s'il est nécessaire.

Fistule à l'anus.

Au n° 26 de la salle Sainte-Thérèse est couchée une fille de treize ans, à laquelle nous avons pratiqué dernièrement l'opération de la fistule à l'anus. Cette fille est dans de mauvaises conditions; probablement, elle porte des tubercules pulmonaires qui ne sont pas encore de la dernière évidence. La fistule que présentait cette jeune fille paraissait appartenir aux fistules borgnes externes. Les gaz n'y passaient point, non plus que les matières. L'ouverture externe était située tout près de la commissure postérieure de la vulve.

Lorsque nous avons opéré, nous avons noté que le stylet suivait une première direction antéro-postérieure, et qu'une fois l'incision faite nous avons pu le redresser un peu et le faire pénétrer dans le rectum. La fistule était complète, mais le trajet fistuleux était comme coudé. Notre stylet vint sortir dans l'intestin au-dessus du sphincter; il y avait décollement de la peau et de la partie inférieure de l'intestin.

Le lendemain de l'opération, en mettant le doigt dans la plaie, nous avons reconnu qu'il existait un cul-de-sac entre l'intestin et le tissu cellulaire. Nous avons, d'un coup de ciseaux, débridé ce cul-de-sac. Aujourd'hui, la plaie est rosée, vermeille, présente un bon aspect: elle ne tend pas encore à se cicatriser.

Depuis l'opération, il n'est rien survenu de bien remarquable. L'enfant n'a qu'un peu de fièvre le soir; depuis quelques jours, il s'est déclaré un peu de diarrhée. Nous n'avons pas encore cru pouvoir nous dispenser de l'emploi de la mèche. Si nous la supprimions, il pourrait très bien se faire que les bords libres de la solution de continuité se réunissent, et que la fistule se reproduisît. Nous faisons donner à l'enfant quelques lavements laudanisés, et nous espérons de cette manière arrêter le dévoiement.

Cette fille guérira-t-elle? Ceci est une question sur laquelle nous n'osons pas nous prononcer. La maladie pulmonaire fera-t-elle des progrès plus rapides qu'elle n'aurait fait si nous n'avions pas opéré? Vous savez tous que l'on a cru souvent

---

répond ingénûment: « L'exprès s'est bien gardé de vous dire qu'une » vipère a piqué mon fils, vous savez que cela porte malheur; le » *conjureur* qui est venu, il y a environ huit heures, a dit *d'i* frotter » d'huile d'olive, et *surtout de n'en rien dire.* » Il fallut envoyer chercher les médicaments nécessaires; il était trop tard, l'enfant succomba. « J'étais navré, écrit l'honorable confrère; il était évident pour moi qu'un médecin appelé à temps, avant le *conjureur*, aurait sauvé l'enfant. Je ne pouvais m'empêcher de considérer ce dernier comme coupable d'homicide par imprudence. J'en parlai à M. le procureur du roi, qui me dit fort tranquillement de lui citer des témoins et de me porter *dénonciateur*. Ce dernier rôle me fit peur, et je n'en parlai plus. »

Pareils abus aussi révoltants se voient partout, et à peu près partout l'autorité se montre aussi insouciante de la santé publique. Oui, M. Malgaigne a eu raison de le dire au Congrès: la magistrature française sur ce point ne fait pas son devoir.

Que dis-je? voici un petit document qui prouve que sur quelques points de la France, l'administration, non-seulement tolère, mais autorise, reconnait l'illégalité dans l'exercice de la médecine. Le maire de Lorient a donné, samedi dernier, un grand bal au profit des pauvres de sa commune. Rien de mieux, assurément. Mais ce qui n'est pas tout à fait aussi bien, c'est que dans les annonces et les affiches de ce bal, dont un exemplaire m'a été envoyé, ont trouve ceci: dont le produit sera réparti *tant aux malades traités chez eux par les sœurs hospitalières* qu'aux pauvres à domicile. Il y a donc à Lorient des sœurs hospitalières qui *traitent* les malades chez eux, et M. le maire de cette ville le reconnaît, l'approuve, l'affiche afin qu'on n'en ignore. Voilà où en est la répression de l'exercice illégal en province.

A Paris, les choses se passent d'une manière toute aussi édifiante. Il existe ici une congrégation de femmes célèbre dont la consultation journalière est de beaucoup plus nombreuse que celle d'aucun autre hôpital. On y afflue de tous les points de la ville, et sa renommée est grande, surtout pour les maladies des enfants. Voici ce qui m'est arrivé, à moi-même, il y a quelques mois. Je soignais un enfant d'une famille pauvre. Des accidents insolites se manifestèrent, qui me firent craindre une infection syphilitique. Les père et mère étaient sains. Dans le doute, je voulus m'éclairer de l'avis des médecins de l'hôpital des Enfants, et j'envoyai la mère porter son enfant à la consultation de l'hôpital de la rue de Sèvres. La mère, en montant en *omnibus*, recommande au conducteur de la déposer *à la consultation des enfants*. Dans la rue de Sèvres, en effet, on dépose la mère, mais non pas à l'hôpital. Elle me revient, et je demande la consultation écrite. On lui avait dit qu'on n'écrivait pas de consultation, mais qu'on pansait les plaies. Et, en effet, l'enfant me revenait barbouillé d'un onguent appliqué sur des ulcérations qui me paraissaient, à moi, des chancres. Etonné, je m'informe, et j'apprends qu'au lieu de la conduire à l'hôpital, le conducteur, habitué à pareille chose, avait laissé la mère à la porte d'un couvent. Ces faits se passent à moins de cent mètres de la demeure de M. le procureur général de la Cour royale de Paris.

Tenons-nous bien, mes chers confrères, serrons nos rangs, associons-nous pour lutter avec succès contre ces envahissements déplorables, non pas seulement déplorables pour nous, mais pour la société tout entière. Et c'est là ce qui doit exciter notre courage et notre zèle, c'est que toute amélioration demandée pour nous-mêmes est un bienfait pour l'humanité.

Jean Raimond.

Boîte aux Lettres.

A M. *Rigal*, de Gaillac. — Pardon, cher et très honoré confrère, de ne pouvoir vous remercier qu'ici et en si peu de mots. Votre bienveillance pour moi a été excessive, et j'en suis profondément touché. Mériter l'estime des hommes tels que vous est une récompense bien grande et qui suffit à mon ambition.

— A M. *Munaret*, à Breguais-Lyon. — Merci, cher ami; j'ai reçu en son temps le précieux medaillon, et je l'ai placé à côté de ceux d'Ambroise Paré, de Bichat et de Larrey, où il ne fait pas trop mauvaise figure. — La question dont vous me parlez a été un peu étranglée, c'est vrai; mais si vous aviez vu l'agitation de trois cents intéressés, et si vous aviez entendu leurs clameurs, vous n'auriez peut-être pu faire autrement. — Courage et ardeur sur la grande question actuelle.

— A M. *Delavallade*, à Aubusson. — Votre carte m'a donné des regrets et votre lettre plus encore de ne vous avoir pas vu. Je n'accepte de votre *post-scriptum* que l'expression flatteuse de votre sympathie. — De grands intérêts nous sont confiés dans votre arrondissement; nous les avons remis en bonnes mains. Merci!

NOUVELLES.

Voici un fait qui montre à la fois l'ingratitude de certains malades et l'absurdité de l'article de la loi qui assujettit les honoraires des médecins à la prescription d'une année. Un médecin de Toulouse ayant réclamé un jour trop tard le payement de ses honoraires, qui s'elevaient à une somme assez forte, s'est vu appliquer la loi dans toute sa rigueur sur la demande de ses débiteurs; mais le tribunal, appréciant le dommage injuste qui était porté à notre confrère par la loi, a rendu un arrêt par lequel les héritiers ont été condamnés à payer *cinquante francs* chacune des visites qui échappaient à la prescription.

— La police vient d'opérer chez divers marchands de Marseille la saisie de 40,000 kilogrammes de pommes de terre, presque toutes transportées à Marseille, venant de la Bourgogne, et qui devaient, dit le *Sémaphore*, la plupart, être envoyées en Algérie. Ces tubercules ont été examinés par divers chimistes, qui y ont reconnu, à des signes évidents, l'existence de la maladie dont les pommes de terre ont été attaquées dans un si grand nombre de contrées de l'Europe.

— M. Combaz, doyen des pharmaciens, et pharmacien en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille, a succombé au commencement de ce mois à une maladie aiguë de poitrine. On n'a pas encore désigné son successeur à l'Hôtel-Dieu.

des sujets phthisiques, chez lesquels on avait fait cette opération, guéris de leur fistule; mais, après la guérison, l'affection pulmonaire semblait reprendre une nouvelle activité, et marcher plus rapidement encore. Dans ses leçons cliniques, Boyer ne manquait jamais d'insister sur ce fait important, et Dupuytren avait complétement renoncé à opérer dans des circonstances semblables. D'autres fois, la cicatrice ne se fait pas; et, vu le temps depuis lequel l'opération est pratiquée, nous ne serions pas étonné jusqu'à un certain point qu'il en fût ainsi chez notre petite malade.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du n° du 9 octobre.)

Lésion du corps vitré. — Dans l'abaissement comme dans le broiement de la cataracte, il ne faut pas oublier que l'aiguille pénètre dans l'humeur vitrée et dilacère un certain nombre de ses cellules. Quoique ce nouvel état de l'une des principales humeurs de l'œil soit encore compatible avec l'exercice normal de la vision, cependant il est certain que les désordres matériels qui ont été produits ne sont pas toujours susceptibles de se réparer d'une manière complète; ce qui explique comment il se fait qu'une cataracte remontée subit quelquefois pendant la contraction des muscles du globe oculaire des déplacements de bas en haut et de haut en bas, qui en font une variété de cataracte *branlante*. On tiendra toujours compte de ce nouvel état du corps vitré pour s'abstenir, autant que possible, d'employer l'extraction sur un œil qui aura déjà été opéré par abaissement. Mais c'est spécialement dans l'extraction que la lésion du corps vitré joue un rôle important.

L'humeur vitrée se trouve quelquefois dans un état de différence telle, qu'à peine le cristallin sorti l'œil se vide complétement, ou bien même le cristallin reste dans l'œil et l'humeur vitrée seule sort en totalité; malheureusement il n'est pas toujours possible de reconnaître à l'avance cette complication de certaines espèces de cataractes, autrement on se garderait bien de les traiter par l'extraction. Mais l'issue partielle ou totale du corps vitré reconnaît dans beaucoup de cas une autre cause, qui n'est autre que la manière dont l'opération a été exécutée. Lorsque la capsule postérieure a été lésée par l'instrument qui a servi à ouvrir la capsule antérieure; lorsque cette dernière devenue opaque a nécessité, pour son extraction, l'intervention de différents instruments, tels que pinces, crochets, etc.; lorsqu'enfin l'aide qui est chargé de relever la paupière supérieure, ou le chirurgien qui abaisse l'inférieure, viennent à exercer sur le globe oculaire une pression intempestive, l'humeur vitrée peut rompre l'obstacle fort peu résistant qui la retient, et sortir par l'ouverture de la cornée. Nous devons dire, cependant, que l'issue de l'humeur vitrée s'observe encore, sans que l'on puisse toujours s'en rendre compte en invoquant l'une des causes que nous venons d'énumérer. On pense généralement dans ce cas que l'accident dont nous parlons dépend d'une contraction brusque et involontaire des muscles de l'œil.

Quoi qu'il en soit, l'humeur vitrée peut s'évacuer en partie ou en totalité; dans ce dernier cas, l'œil est, bien entendu, perdu pour toujours, et il n'y a plus à s'en occuper. Toute notre attention doit donc se fixer sur la perte d'une portion de l'humeur vitrée survenant pendant l'opération de la cataracte. Cet accident se reconnaît à la présence d'un corps gluant, d'une consistance sirupeuse, filant comme du blanc d'œuf, dont il a tout à-fait l'aspect, et qui sort par l'ouverture de la cornée entre les lèvres de laquelle il reste quelquefois engagée.

La sortie d'une portion du corps vitré peut s'observer dans deux circonstances différentes, qu'il est très important de distinguer l'une de l'autre pour ce qu'il reste à faire dans la suite de l'opération.

Ou elle a lieu avant l'extraction du cristallin, ou bien elle lui est consécutive...... Dans le premier cas, il faut bien se garder d'exercer sur l'œil la moindre pression, dans le but de faire sortir le corps opaque; car on pourrait en même temps favoriser l'issue d'une trop grande quantité d'humeur vitrée. Il est de beaucoup préférable de chercher à extraire le cristallin, soit seul, soit avec sa capsule, si elle est opaque, en se servant d'un instrument dirigé sur lui par l'ouverture de la cornée. Pour cela, il suffit le plus souvent d'une aiguille à cataracte ordinaire que l'on implante dans le corps opaque lorsqu'il a une certaine consistance, ou bien on se sert d'une pince à mors légèrement évasés pour charger le cristallin, sa capsule ou leurs fragments, lorsqu'ils n'offrent pas une résistance suffisante pour les extraire entiers. Mais quand l'issue de l'humeur vitrée ne se manifeste qu'après l'extraction de la cataracte, comme cela a lieu dans le plus grand nombre de cas, la conduite de l'opérateur se trouve beaucoup simplifiée, il doit seulement se contenter de faire cesser, tout aussitôt, jusqu'à la plus légère compression exercée sur le globe oculaire. Il donnera au malade le conseil d'éviter, autant qu'il lui sera possible de le faire, les mouvements un peu brusques de ses yeux; en même temps, il placera promptement l'opéré dans une position horizontale, s'il était auparavant assis sur une chaise; il cherchera à faire arriver sur la cornée un peu plus de rayons lumineux pour favoriser la contraction de l'iris, et créer un nouvel obstacle à l'humeur qui aurait encore de la tendance à traverser la pupille.

Malheureusement, les moyens que nous venons d'indiquer, quelque judicieux qu'ils soient en eux-mêmes, ne sont pas toujours suffisants pour faire éviter l'accident dont nous nous occupons, et, pour une raison ou pour une autre, les efforts que l'on fait pour maintenir dans sa position normale le corps vitré, ne contrebalancent pas toujours la tendance accidentelle qu'il a à sortir. Il faut dire d'ailleurs que l'évacuation de l'humeur vitrée se fait quelquefois si rapidement, même quand elle ne s'opère que partie par partie, qu'il ne reste guère un temps suffisant pour entreprendre un traitement prophylactique quelconque. On a interprété de diverses façons l'accident qui résulte de la perte d'une portion de l'humeur vitrée. Quelques auteurs ont pensé que, ne dépassant pas certaines limites, l'évacuation du corps vitré était plutôt favorable que nuisible au succès de l'opération, qu'elle détendait en quelque sorte la coque oculaire et mettait l'œil à l'abri des phlegmasies consécutives. On a même prétendu que l'écoulement d'une portion de l'humeur vitrée était très propre à prévenir le développement des cataractes secondaires. On n'a pas été, heureusement, jusqu'à conseiller de provoquer volontairement son issue, et on a bien fait; car, à supposer que les opinions précédentes fussent vraies, une pareille tentative eût été fort dangereuse par suite de l'impossibilité où l'on est souvent d'arrêter cet accident dans sa marche.

Mais d'ailleurs, on s'accorde, avec plus de raison je pense, à considérer la perte d'une portion de l'humeur vitrée, plutôt comme un inconvénient que comme un avantage. Sans doute, lorsque la portion évacuée ne dépasse pas le quart, le tiers, la moitié même de la totalité du corps vitré, l'œil ne doit par être considéré comme perdu, et l'exhalation de l'humeur aqueuse, devenue plus abondante, peut encore suffire à lui faire reprendre sa configuration normale; mais il ne faut pas oublier qu'avant que cette sorte de réparation ait eu lieu, quelque rapide qu'on la suppose, les différents tissus de l'œil ne sont plus dans les conditions normales de leur existence; qu'ils sont soumis à un degré moindre de pression, etc., et qu'il peut en résulter, pour les tissus vasculaires, une congestion sanguine, et pour la rétine une perturbation fonctionnelle. Rosas a, de plus, fait remarquer que l'écoulement d'une partie du corps vitré augmentait la diminution de réfrangibilité des humeurs de l'œil, et que l'opéré devenait plus presbyte qu'il ne l'aurait été sans cet accident.

Pour éviter autant que possible l'issue de l'humeur vitrée, on ne se hâtera pas d'inciser la capsule toutefois qu'il existera un blépharospasme violent; on attendra qu'il soit passé.

Une fois la perte d'une portion de l'humeur vitrée consommée, il n'y a pas de traitement à mettre en usage, et toute l'attention doit être dirigée pour prévenir son renouvellement. On surveillera attentivement l'ouverture de la cornée, en évitant plus scrupuleusement encore que l'on doit le faire dans tous les cas, qu'elle ne reste écartée ou maintenue béante par la présence de quelques cils renversés. Les paupières seront hermétiquement fermées avec une ou plusieurs bandelettes de sparadrap ou de taffetas d'Angleterre. La tête sera tenue plutôt basse qu'élevée dans la kératotomie inférieure, et plutôt élevée que basse dans la kératotomie supérieure. Dans tous les cas, on recommandera au malade le repos le plus absolu. S'il survenait des vomissements, on prendrait les précautions que nous avons indiquées à ce sujet. Si le malade était tourmenté par une toux un peu forte, on devra chercher à la calmer par des remèdes appropriés. Lorsque l'opération n'a été faite que d'un côté, il nous paraît rationnel de laisser l'autre œil libre, et de faire même arriver jusqu'à lui quelques rayons lumineux; malgré les mouvements qui en résulteront pour l'œil opéré, nous pensons qu'il y a avantage à en agir ainsi, par la raison que la pupille du côté malade se rétrécira nécessairement sous l'influence sympathique de la contraction de l'iris du côté sain, et que ce résultat obtenu est on ne peut plus favorable dans la circonstance actuelle. Pour le même motif on se gardera bien, sous quelque prétexte que ce soit, d'administrer à un opéré, qui est sous l'imminence d'une perte de l'humeur vitrée, une seule préparation contenant une substance dont l'action serait d'agrandir l'ouverture pupillaire. Enfin, nous dirons que toutes les fois que l'opération de la cataracte par extraction aura été accompagnée d'un écoulement d'humeur vitrée, quelque minime qu'il soit d'ailleurs, il est prudent de ne pas opérer dans la même séance l'œil du côté opposé, dans la crainte qu'il ne se produise dans les muscles de l'œil déjà opéré, une contraction spasmodique pouvant amener de fâcheux résultats.

De la capsule antérieure. — Supposons un instant que la cristalloïde antérieure soit opaque, comme cela se rencontre dans les cataractes traumatiques et dans quelques espèces de cataractes spontanées; n'est-il pas évident qu'il faut se comporter alors autrement que dans la cataracte lenticulaire simple, et que la capsule doit être traitée comme le cristallin, c'est-à-dire extraite, abaissée ou broyée, selon la méthode opératoire que l'on aura adoptée?

Dans les cas ordinaires, il est rare que les préceptes applicables à ces trois méthodes soient insuffisants pour conduire à bonne fin l'opération. Mais il n'en est plus tout à fait de même lorsque la cataracte est adhérente, c'est-à-dire quand la capsule antérieure est soudée dans une étendue plus ou moins grande avec la face postérieure de l'iris. Ces moyens anormaux d'union seraient autant de difficultés qu'il faut savoir surmonter.

Dans l'extraction, on peut procéder de deux façons: inciser la capsule opaque, comme on le fait lorsqu'elle est transparente, et tâcher de provoquer l'issue du cristallin, sauf ensuite à attaquer isolément les lambeaux de la capsule par excision; ou bien, chercher tout d'abord à détruire les adhérences à l'aide d'une aiguille à cataracte introduite par l'ouverture cornéale, puis tenter l'issue simultanée du cristallin et de sa capsule. Cette seconde manière de faire, assurément préférable à la première, donnerait un résultat plus satisfaisant, puisqu'il serait possible de faire en un seul temps ce que l'on ne fait qu'à deux reprises dans le premier procédé; aussi pensons-nous qu'il convient de la tenter en premier lieu, toutes les fois que les adhérences ne sont que partielles, et que l'on a des raisons de supposer qu'il sera possible de les détruire de la façon que nous venons d'indiquer.

Dans l'abaissement, la première chose à faire est de chercher à détacher la capsule de l'iris; mais, comme nous l'avons déjà dit, il faut toujours procéder avec ménagement, éviter de piquer le diaphragme irien, et lorsque l'on voit que la soudure des deux membranes est trop intime, il est préférable de changer la manœuvre, et d'attaquer directement la capsule de façon à pratiquer à sa partie centrale une trouée suffisante pour le passage de la lumière; on procédera ensuite à l'abaissement du cristallin, comme dans les cas ordinaires.

Dans le broiement, il n'y a pas à s'occuper des adhérences; il faut diviser successivement le cristallin et sa capsule, comme on le ferait dans toute autre circonstance.

Dans l'immense majorité des cas, la capsule est restée transparente, et le cristallin est seul opaque; il semblerait dès lors qu'il fût rationnel, surtout lorsque l'on opère par abaissement, de ménager autant que possible son disque antérieur, afin de produire dans l'œil le moins de désordres possibles. On a, en effet, donné ce conseil, mais sans réfléchir qu'en pratiquant une opération pour faire disparaître une cataracte du champ de la vision, on exposait l'œil à une réaction inflammatoire à laquelle la capsule antérieure, laissée intacte, participe d'autant plus facilement que la capsule postérieure, à laquelle elle est continue, a été intéressée. La capsule antérieure a d'ailleurs une tendance très grande à s'enflammer, soit directement, soit par simple contiguïté de tissu.

Il faut donc s'efforcer, dans toute opération de cataracte, de détruire, autant que possible, le feuillet antérieur de la capsule cristalline restée transparente.

Dans l'extraction, on obtient d'autant mieux ce résultat, que le cristallin, par son passage, agrandit encore l'ouverture qui a été faite préalablement par l'instrument.

Dans l'abaissement, on procède à la déchirure de la capsule antérieure avant d'opérer la dépression du cristallin; mais quelquefois, si l'on n'y prend garde, la lésion de la capsule se borne à une solution de continuité fort simple, et qui peut aisément se réparer par la suite en laissant une opacité partielle ou générale.

La résistance de la cristalloïde à l'état normal est trop faible, et ses adhérences à la zone ciliaire trop résistantes pour que l'on doive songer à l'abaisser en masse avec le cristallin; il faut donc s'efforcer de la détruire dans la plus grande étendue possible à l'aide de l'aiguille. Pour cela, il ne suffit pas, le plus souvent, d'un simple passage de l'instrument à travers son tissu; il ne faut pas craindre d'y revenir plusieurs fois, de manière à déchirer la capsule non-seulement transversalement, mais encore en haut et en bas, si cela est jugé nécessaire. Enfin, une fois l'abaissement du cristallin obtenu, il y aurait encore lieu de revenir à la lacération de la cristalloïde antérieure, lorsque l'opérateur conserve quelques doutes sur le succès de ses premières tentatives.

Dans le broiement, il semble que l'exécution même de l'opération laisse plus de liberté pour déchirer la capsule; les mouvements assez étendus que l'on est forcé d'imprimer à l'aiguille, la durée plus grande de l'opération qui permet de revenir plusieurs fois aux mêmes manœuvres, le passage accidentel ou provoqué de quelques fragments de cristallin dans la chambre antérieure rendent moins difficile la destruction d'une portion étendue de la capsule antérieure.

Que l'on pratique l'extraction, l'abaissement ou le broiement, on ne saurait trop s'inquiéter de l'état de la membrane cristalline antérieure, car il arrive fréquemment, quoi que l'on fasse, que les lambeaux se réunissent et donnent lieu à une cataracte secondaire complète, ou bien qu'ils s'opacifient isolément et laissent persister une cataracte secondaire incomplète.

Ce sont là autant d'accidents primitifs que nous étudierons plus loin.

Mais la capsule postérieure, sans avoir autant d'importance que l'antérieure dans l'opération de la cataracte, doit également nous occuper un instant.

De la capsule postérieure. — Dans l'extraction, on n'intéresse pas, on ne doit jamais intéresser la capsule postérieure, parce qu'il pourrait en résulter une perte plus ou moins considérable de l'humeur vitrée. Ce précepte est au surplus très facile à mettre à exécution, car l'épaisseur du cristallin est plus que suffisante pour empêcher la lésion de la cristalloïde postérieure. Et, comme la réaction inflammatoire consécutive à l'opération n'a pas la même influence sur la capsule postérieure que sur l'antérieure, il s'ensuit qu'en laissant intacte la première on n'a pas à craindre d'opacité consécutive.

Dans la dépression, la capsule postérieure peut être détruite dans sa continuité par l'aiguille ou le cristallin lui-même que l'on déplace, quelquefois par ces deux causes réunies.... Lorsque la trouée faite à la capsule postérieure est un peu étendue, la réunion des lambeaux n'a pas lieu et le champ de la vision n'est pas obscurci; mais on a vu une opacité survenir dans des circonstances différentes, et donner lieu définitivement à une cataracte secondaire. Pour éviter cette complication, on peut indifféremment ou détruire la portion centrale de la capsule postérieure, ou bien la laisser complétement intacte, et ne déchirer cette membrane que dans sa partie inférieure seulement pour aller loger le cristallin dans l'humeur vitrée.

La position profonde du feuillet capsulaire rendrait l'une ou l'autre de ces deux manœuvres assez difficile à exécuter d'une manière régulière; mais, heureusement, il n'est pas nécessaire de se préoccuper beaucoup de ce temps de l'opération, car le plus ordinairement on obtient sans y songer le résultat désiré en exécutant l'abaissement proprement dit, ou la réclinaison soit antérieure, soit postérieure d'après les règles ordinaires.

Dans le broiement, il est à peu près impossible d'exécuter avec l'aiguille les mouvements qui sont nécessaires pour le

but que l'on veut atteindre sans dilacérer plus ou moins la partie centrale de la capsule postérieure, car elle se présente trop souvent à l'action de l'instrument pour échapper complétement à sa destruction.

Ainsi, tout en admettant que la capsule postérieure du cristallin a bien moins de tendance à s'opacifier que la capsule antérieure, nous pensons en même temps qu'il faut tenir compte également des conditions particulières où elle se trouve, savoir : son intégrité complète dans l'extraction, et sa dilacération en général très étendue dans l'abaissement et le broiement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 8 octobre et 8 décembre 1845. — Présidence de M. BATTAILLE.

M. Richelot appelle l'attention de la Société sur le fait suivant. Un enfant en venant au monde présentait un enroulement du cordon autour du cou ; accident assez vulgaire. Une sage-femme qui servait en même temps de garde-malade s'empressa de couper le cordon. Mais le sang qui s'échappa de la section jaillit sur l'enfant, pénétra dans les fosses nasales, et amena une asphyxie qui disparut heureusement au bout de quelques minutes. M. Richelot fait suivre cette petite observation de quelques considérations pratiques, et pense qu'il est important dans la section du cordon de ne pas laisser diriger le jet sanguin vers les fosses nasales, attendu que chez un enfant débile l'asphyxie produite par l'introduction du sang dans les voies aériennes pourrait avoir les résultats les plus fâcheux.

— *M. Cerise* rapporte qu'une dame âgée de quarante-six ans, d'un tempérament nerveux impressionnable, chez laquelle existait en outre une fièvre nerveuse à forme intermittente avec suspension des règles, et qui avait plusieurs fois été attaquée d'une aphonie qu'on avait améliorée par la saignée, fut dans ces derniers temps prise d'une nouvelle aphonie nerveuse qui résista à la plupart des moyens antispasmodiques pendant trois mois, et qui céda en une demi-heure à l'emploi de 10 centigrammes de tartre stibié. Cette heureuse modification due à l'action du sel vomitif sur le pneumogastrique, doit être attribuée à une violente révulsion ou à la commution.

M. Belhomme fait observer que la suspension de la menstruation détermine chez les femmes des perversions de la sensation intérieure de toutes sortes. Ainsi il a eu occasion de voir une dame non réglée dont le ventre était tendu comme à une époque avancée de la grossesse, qui ressentait un grand nombre de phénomènes de la gestation, et qui croyait surtout sentir les mouvements du fœtus. Depuis, les règles sont revenues, et ont éloigné toute idée de grossesse.

M. Gaide est d'avis que dans bien des cas le diagnostic de la grossesse est excessivement difficile ; quelque attentif que soit le médecin pour son compte, il est encore indécis pour le fait suivant. Une dame de quarante-cinq ans qui avait eu déjà deux enfants, éprouve la plupart des symptômes de la gestation ; il y a suspension des règles, etc. ; enfin au bout de quelque temps elle est prise d'une hémorrhagie, et il trouve au milieu des caillots sanguins une masse charnue et ne présentant aucune cavité. Etait-ce une production polypiforme ou une môle? Au bout de quelques mois elle est reprise des mêmes symptômes. Son ventre grossit un peu, son teint est plus jaune que de coutume ; ses seins cependant n'ont pas acquis un volume plus considérable que dans l'état de vacuité. Est-elle bien enceinte cette fois? C'est une question à laquelle M. Gaide ne peut répondre, quoiqu'elle soit arrivée à l'époque de quatre mois.

M. Trèves, dans l'intention de prouver également la difficulté du diagnostic dans certains cas, rapporte l'observation d'une femme chez laquelle la grossesse fut méconnue longtemps, et prise par des médecins habiles pour une hydropisie et traitée comme telle, et qui nonobstant accoucha d'un enfant bien portant.

M. Maisonneuve cite également l'histoire d'une dame traitée par une célébrité comme étant atteinte d'une affection utérine, et qui était tout simplement enceinte. Cependant il pense qu'un examen attentif doit toujours faire reconnaître la grossesse, car on doit toujours pouvoir constater l'état de l'utérus. Quant au cas cité par M. Gaide, il croit qu'il y avait grossesse, et que le produit expulsé était un placenta hypertrophié, carnifié, et non un polype. A l'appui de cette manière de voir, il fait remarquer que les produits morbides développés dans l'utérus déterminent des hémorrhagies, et non une rétention menstruelle ; cette dernière considération suffit à ses yeux pour caractériser une grossesse.

M. Gaide répond qu'il n'a présenté son fait que sous la forme dubitative, et qu'il est tout prêt à se ranger à la manière de voir de M. Maisonneuve ; cependant il ne croit pas devoir se ranger aussi facilement de son avis relativement à la facilité du diagnostic dans tous les cas de grossesse, même en y portant l'attention la plus scrupuleuse. Il cite l'exemple de plusieurs grands accoucheurs qui se sont trompés, même quelques heures avant la délivrance.

M. Charrier rapporte une observation dans laquelle le début d'une grossesse fut marqué par des symptômes entièrement insolites. Une jeune dame était prétendue atteinte d'une affection organique de l'utérus, et abandonnée des médecins. Elle était réduite au marasme le plus absolu ; le ventre était plat, enfoncé ; son teint était jaune ; elle vomissait tout. Cependant un examen attentif ne fit constater rien du côté de l'utérus, on ne le sentait pas saillir au-dessus du pubis ; en outre, elle n'avait aucune fièvre. Mais, malgré cet état général si alarmant, les seins étaient gonflés, le mamelon turgescent. Cette circonstance frappa notre confrère, et il crut devoir diagnostiquer une grossesse. En conséquence, il ne fit aucun traitement. L'événement justifia son diagnostic.

— *M. Cheneau* communique l'observation suivante : Un jeune homme s'était introduit dans le canal de l'urètre une aiguille à coudre armée d'un fil qu'il avait fait pénétrer par la tête. Voulant ensuite la retirer, il avait exercé quelques tractions sur cette aiguille ; mais celle-ci, s'écartant de la direction du canal, avait basculé, et sa pointe était venue se ficher dans le rebord de la fosse naviculaire, et pénétrait le tissu même du gland ; ses manœuvres la faisant pénétrer plus avant, ce jeune homme fit une anse avec un fil d'archal en cuivre, l'introduisit dans le canal, et le fit parvenir à la tête de l'aiguille, qu'il embrassa intimement ainsi. Il tira, mais inutilement encore. Alors, notre confrère appelé, coupa un des chefs du fil d'archal au niveau de l'ouverture urétrale, et retira l'autre au moyen de fortes tractions ; puis, tirant le fil dont l'aiguille était armée, il fit traverser à celle-ci l'épaisseur du gland et la retira facilement.

M. Thierry. Un enfant étant monté dans un tour à ciment pour émail fit avancer le cheval chargé de mouvoir le manége. Cet enfant alors fut pressé contre le pivot de la machine, et allait être broyé lorsqu'un ouvrier fit arrêter. Nonobstant, cet enfant avait le bras mutilé ; il présentait quatre fractures, deux à l'avant-bras et deux à l'humérus, les muscles de la peau étaient déchirés en avant ; l'articulation était ouverte en arrière. Malgré ces énormes délabrements, on pensa qu'il était encore possible de conserver le bras. L'artère paraissant intacte et laissant percevoir des battements, on appliqua donc un appareil à fracture.

Le lendemain, l'état du bras était satisfaisant ; mais le surlendemain l'artère avait cessé de battre ; la main était froide, violacée ; le bras sphacelé. On fut donc obligé d'avoir recours à l'amputation, qui fut faite le plus haut possible, deux pouces au-dessus de l'articulation.

Lorsqu'on fit la dissection du bras, on trouva que l'artère brachiale, au niveau du commencement de la portion sphacelée, présentait une déchirure de sa tunique interne, et que cette dernière s'était refoulée en haut et en bas ; en sorte qu'elle formait un bouchon qui interceptait la circulation. Cette circonstance anatomique, analogue à celle qui se passe dans l'opération de la torsion des artères, paraît, aux yeux de M. Thierry, une raison pour expliquer l'interruption de la circulation ; il est probable que le plissement de la tunique interne ne s'est fait complétement qu'au bout d'un certain temps.

M. Delcroix fait observer que dans ce cas M. Thierry fait peut-être jouer un trop grand rôle à la lésion de la tunique interne de l'artère ; suivant lui, le broiement et la trituration doivent être pris en grande considération dans la production du sphacèle.

M. Thierry, tout en prenant en grande considération l'objection de M. Delcroix, estime qu'il faut des délabrements et une trituration extrêmes pour entraîner le sphacèle d'un membre. Dans le cas qu'il a rapporté, le sphacèle ne s'est manifesté que quarante-huit heures après l'accident, et son instantanéité ne peut trouver d'autre explication suffisante. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas le premier qui se soit offert à son observation.

— *M. Lavrot* rapporte un cas de fracture du péroné survenu dans des conditions assez singulières.

Un mari, voulant faire lever promptement sa femme, la prit par la face dorsale du pied, l'enlève avec force, et, dans l'action de la mettre à terre, imprime sans le vouloir un mouvement assez violent de rotation en dedans au pied gauche.

Immédiatement, la malade sentit une douleur très vive ; cependant, elle se leva et voulut vaquer à ses affaires. Mais à chaque instant la douleur la forçait de s'asseoir.

Appelé trois jours après l'accident, notre confrère constata une fracture du péroné avec rotation du pied en dedans, avec un gonflement énorme, qu'il fit cesser par des moyens antiphlogistiques, et, deux jours après, il put reconnaître la crépitation, l'absence de déplacement des fragments et la position transversale de la fracture. Il la soumit à l'usage d'un appareil amidonné.

— *M. Bourdin* raconte qu'il a également été dernièrement appelé pour un individu qui s'était fracturé un péroné par un mouvement de pivotement sur lui-même en se retournant.

— *M. Bataille* raconte qu'une femme atteinte d'une épilepsie dont les accès se renouvelaient très fréquemment, fatiguée de la vie et voulant en finir avec cette cruelle maladie, prit une forte dose de chlorure d'oxyde de sodium (liqueur de Labarraque) afin de s'empoisonner. Cette femme éprouva tous les symptômes d'un empoisonnement, vomissements, déjections alvines ; elle faillit mourir. Nonobstant elle se rétablit et fut guérie de sa maladie, qui n'a plus reparu depuis bientôt sept ans.

M. Thierry ne pense pas que le chlorure d'oxyde de sodium soit capable de donner la mort. Lorsque M. Labarraque père fit connaître pour la première fois ses travaux sur cette composition chimique, M. Thierry fit quelques expériences sur des chiens, auxquels il en fit avaler d'assez fortes doses ; il détermina chez eux des symptômes d'irritation gastro-intestinale plus ou moins violente, mais sans déterminer la mort.

M. Labarraque fils partage l'opinion de M. Thierry. Il faut en donner des doses énormes pour que le chlorure d'oxyde de sodium agisse comme toxique. Il raconte, à l'appui de sa manière de voir, que le gendre d'un des plus illustres cuisiniers du Palais-Royal, croyant boire un verre d'eau sucrée, avala un grand verre de chlorure d'oxyde de sodium. Alarmé sur son sort il prit une voiture pour se rendre chez M. Labarraque père. En chemin il fut pris de vomissements abondants, et lorsqu'il arriva il était complétement guéri.

M. Belhomme pense qu'il est important de savoir si l'épilepsie en question était ou non précédé d'un aura.

M. Bataille répond qu'un aura très manifeste partait de l'hypocondre gauche.

Dans ce dernier cas, ajoute *M. Belhomme*, la cure est moins difficile. Pour son compte, il n'a connaissance que d'un seul fait de guérison d'épilepsie idiopathique chez un idiot, qui ait guéri par l'usage des moxas. Le prussiate de fer a réussi plusieurs fois entre ses mains. Il l'emploie à la dose de 6 à 8 grains (30 à 40 centigrammes).

— *M. Bonnassies* rapporte l'observation suivante : Une femme, âgée de cinquante ans, d'une maigreur extrême, à l'époque de la cessation des règles, fut prise d'éclampsie qui augmentèrent graduellement d'intensité et de fréquence, sans qu'on puisse leur assigner d'autres causes que des violents chagrins.

Cette fâcheuse maladie, qui n'a pas été encore traitée, lui ôte en partie la mémoire, car elle n'a aucune souvenance des attaques précédentes. Elle présente un extrême besoin de mouvement et de respiration large ; aussi a-t-elle constamment ses fenêtres ouvertes. Elle est en proie à de vives douleurs de tête. Chacune des attaques est suivie de chute sur le sol.

Dernièrement, 16 courant, pendant un attaque elle fit une chute dans un escalier. Elle avait à la partie postérieure du crâne ne énorme contusion. On la transporta dans son lit au milieu des convulsions. Depuis ce moment, les attaques se renouvellent constamment ; les lèvres sont tuméfiées, violacées ; les muscles de la face et des membres sont convulsés (plus à droite qu'à gauche cependant) ; le tronc et le col participent également aux convulsions ; un sang mêlé d'écume s'écoule de la bouche ; les urines et fèces sont involontaires, excrétées pendant l'attaque ; un coma profond apparaît toutes les fois qu'elle est de nouveau reprise par son mal.

C'est dans cet état que notre honorable confrère a cru devoir pratiquer une saignée du bras. Mais cette saignée n'apporta aucune amélioration pendant toute la journée ; la nuit fut un peu plus calme ; les attaques plus rares. Dans l'intervalle, la malade reprend sa connaissance. Alors elle se plaint de douleurs vives aux tempes, à l'oreille du côté droit ; elle a eu une fièvre persistante ; elle a été saignée une deuxième fois ; sangsues aux apophyses mastoïdes ; lavements purgatifs ; calomel à la dose de 40 centigrammes plusieurs fois renouvelé. Malgré l'énergie de ce traitement, elle est encore soumise à ses attaques. M. Bonnassies, considérant la gravité et la longueur de cette maladie, ne serait pas éloigné d'admettre une fêlure des os du crâne.

M. Belhomme paraît se ranger à cet avis, et pense que le traitement énergique suivi est parfaitement rationnel.

Le secrétaire annuel, VINCHON.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

AVIS A MM. LES MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Les principales opérations de la *Caisse centrale* des Médecins et Pharmaciens consistent :

1° Dans le recouvrement des notes et mémoires qui leur sont dus à Paris et dans les départements ;

2° Dans la cession, permutation, vente et achat des Clientèles médicales, Maisons de santé, Pharmacies, Cabinets de dentistes et autres établissements médicaux.

S'adresser *franco* à M. Auguste CRENET, directeur-gérant, 25, rue Neuve-Saint-Denis.

Les remercîments que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez Madame BRETON, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 15. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr Fabre, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 4 FÉVRIER 1846.

La nouvelle que nous avons donnée hier sur la décision prise par le Conseil général des hôpitaux, a jeté une vive agitation dans le public médical. Il n'y a qu'une voix pour la blâmer, qu'une opinion sur ses conséquences désastreuses, qu'un espoir, c'est que l'autorité supérieure ne sanctionnera pas cette déplorable mesure. Nous croyons, en effet, cette ratification impossible, à la condition qu'ici chacun fera son devoir, que les démarches ne feront pas défaut, que les explications et les renseignements ne manqueront pas à l'autorité et que chacun concourra à l'éclairer.

Supprimer l'enseignement clinique libre, on l'a dit avec raison, c'est amoindrir sur des proportions immenses, et dans son élément capital, l'Ecole de Paris; c'est lui porter un coup funeste. L'Ecole de Paris, en effet, ce n'est pas seulement l'enseignement de la Faculté; c'est l'ensemble, c'est la généralité de l'enseignement clinique officiel ou libre, celui-ci étant souvent un moyen d'émulation, quelquefois un contre-poids pour celui-là.

Les services rendus à la science par l'enseignement clinique libre sont-ils contestés par personne? Et qui pourrait les énumérer? Où M. Andral puisa-t-il les matériaux des ses précieux ouvrages? Dans la clinique libre de M. Lherminier. D'où nous sont venues les premières notions précises sur le ramollissement du cerveau? De la clinique libre de M. Rostan. Où a été étudiée avec le plus de fruit la fièvre typhoïde? Dans les cliniques libres de MM. Petit et Serres, de M. Louis. Où la génération chirurgicale actuelle a-t-elle appris la médecine opératoire? Dans la clinique libre de M. Lisfranc. D'où avons-nous tiré nos connaissances actuelles sur les maladies de la peau? Des cliniques libres d'Alibert, de Biett, de M. Rayer, de M. Cazenave, de M. Devergie, etc. Et les maladies syphilitiques, où les avons-nous apprises? Dans les cliniques libres des Cullerier, de M. Ricord, de M. Vidal (de Cassis). Que saurions-nous des maladies mentales sans les cliniques libres de Pinel, d'Esquirol, de MM. Ferrus, Leuret, Falret, etc.? Vingt colonnes de ce Journal ne suffiraient pas à la simple énumération des richesses scientifiques écloses dans l'enseignement clinique libre, des services qu'il rend encore tous les jours. A l'Hôtel-Dieu, c'est M. Magendie montrant l'application des principes développés dans ses belles leçons du Collége de France. A Saint-Louis, c'est M. Jobert (de Lamballe) initiant les élèves, soit à ses hardis procédés d'autoplastie, soit à ses curieux résultats de la cautérisation actuelle. A la Pitié, c'est M. Piorry montrant les merveilleuses ressources de la plessimétrie. A l'hôpital des Enfants, c'est M. Guersant, M. Baudelocque, instruisant les élèves sur une partie de l'art si difficile et si utile. A la Charité, M. Andral et l'hématologie moderne; à Necker, M. Civiale et la lithotritie; à Beaujon, M. Martin-Solon et l'urologie scientifique. Partout le zèle, le dévouement, l'émulation et l'ardeur.

Et c'est cette source vive de toute instruction pratique que l'on veut tarir! Non; nous ne pourrons croire à cette folie qu'après son accomplissement. L'espace nous manque aujourd'hui pour indiquer seulement les puissants et innombrables motifs qui doivent prévaloir contre la décision du Conseil des hôpitaux; nous y reviendrons longuement. Nous espérons que la presse médicale toute entière se trouvera confondue sur ce point dans les mêmes sentiments et la même opposition.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle.
De l'ostéite syphilitique.

(Suite du numéro du 15 janvier.)

Nous avons dit que l'ostéite syphilitique, quel que soit son siége, mais principalement quand elle attaque les os spongieux, ou les parties spongieuses des os, peut aboutir à la suppuration. Voici, comme description générale, ce qui se passe dans les ostéites qui doivent suppurer. On trouve, quelle que soit la partie qui va devenir malade, les douleurs ostéocopes caractéristiques. Mais ordinairement cette douleur est plus aiguë, plus rapide, plus tôt suivie de lésions osseuses que dans les cas où la suppuration ne doit pas survenir. Cette douleur est d'abord franchement intermittente; mais elle prend plus vite la forme rémittente que lorsqu'il doit se manifester une exostose. Le malade souffre jour et nuit, avec des exacerbations seulement pendant la nuit, beaucoup plus tôt et plus régulièrement que cela n'a lieu dans les cas qui annoncent l'hypertrophie osseuse et l'éburnation. Ainsi, lorsqu'à une douleur primitivement nocturne vous verrez succéder une douleur qui peu à peu devient aussi forte le jour que la nuit, et cela dans un court espace de temps, c'est une raison pour vous de soupçonner une tendance à la suppuration, à la carie.

Bientôt, et à mesure que la douleur devient intermittente et continue, son caractère change; elle tend à s'exprimer à la manière des douleurs qui précèdent la suppuration; gravatives d'abord, puis pulsatives à un degré d'autant plus élevé, que la suppuration est plus prochaine. A cette modification de la douleur se joignent bientôt les autres caractères de l'inflammation; les parties molles commencent à s'altérer, tendent à devenir adhérentes, à faire cause commune avec l'os malade, se tuméfient, tandis que dans les affections que nous appellerons *plastiques*, non suppurantes des os, les parties molles voisines de l'os malade ne changent ni de volume, ni de température, ni de coloration. Il y a des circonstances dans lesquelles ce n'est pas sur les parties voisines elles-mêmes que se développe l'abcès; il se montre plus loin, à distance; le pus fuse à travers les interstices musculaires; il se forme une collection à froid, un véritable abcès par congestion. Si l'abcès est ouvert par le chirurgien, ou s'ouvre spontanément, deux circonstances peuvent se rencontrer; ou bien il s'est formé directement par le point correspondant à l'os malade, et l'on constate facilement l'affection dont il est atteint; ou bien il s'est manifesté à une distance plus ou moins grande du point affecté, et l'observation directe ne permet de rien reconnaître.

Lorsque l'altération osseuse a abouti à la suppuration, il y a nécessairement une fonte, une destruction des parties molles, et de plus nécessité de l'élimination des portions de tissu malade. Il y a donc, dans la carie syphilitique, deux phénomènes, l'un de suppuration, de destruction des parties molles; l'autre de dénudation des parties calcaires et nécrose; il ne reste plus que le squelette calcaire. Cette distinction a été bien faite par Sanson, qui a indiqué avec le plus grand soin et la plus grande exactitude, les circonstances dans lesquelles il y a nécrose seulement et celles dans lesquelles il y a suppuration, et élimination du squelette de l'os dépouillé de ses parties organiques. Le séjour de ces parties intéressées devient lui-même une cause de suppuration, en faisant l'office de corps étranger. Mais il y a des cas dans lesquelles l'inflammation, avant d'aboutir à la destruction des parties molles, tue l'os; dans le premier cas, c'est la carie; dans le second, c'est la nécrose.

Un autre mécanisme peut s'opérer encore. Une portion d'os peut devenir malade. Par suite de cette altération pathologique, les parties molles qui l'avoisinent sont susceptibles de devenir plus malades que l'os lui même, se décollent; cette dénudation prive l'os de ses moyens de nutrition, et rend plus grave en la modifiant l'affection dont le tissu osseux était primitivement le siége. Dans la carie et dans la nécrose, l'abcès peut dépendre de la destruction des parties molles consécutives à l'altération osseuse, comme aussi dans d'autres circonstances ce n'est point le tissu osseux qui a été le point de départ de la maladie; les parties molles se détruisent, s'altèrent, l'os est dénudé, privé de ses moyens de nutrition, et devient le siége d'une carie, d'une nécrose consécutive. La conclusion à laquelle nous voulions arriver, c'est la suivante: que le résultat de ces lésions constitue une prolongation de la maladie en dehors de la spécificité, en dehors de la diathèse syphilitique du sujet.

Nous avons dit qu'il n'y a pas de partie du système osseux qui ne puisse être le siége de cette ostéide suppurative dont nous vous entretenons. Mais, toutes choses égales d'ailleurs, c'est surtout dans les os de la tête et principalement dans ceux de la face que vous rencontrerez des ostéites suppurées. Si, après cette première division, vous cherchez à établir des distinctions secondaires, vous remarquerez que l'ostéite, qui détermine la carie, la nécrose, est beaucoup plus commune pour le maxillaire supérieur que pour tous les autres os de la face. Elle est très rare pour le maxillaire inférieur, sur lequel vous trouverez au contraire des exostoses éburnées, ce qui tient probablement à la nature beaucoup plus compacte du tissu du second que du premier de ces deux os.

Dans l'os maxillaire supérieur, la maladie sévit plutôt encore sur les os intermaxillaires, sur ces parties qui correspondent aux os incisifs des animaux, que sur les parties latérales; on trouve là une circonscription de la maladie aux masses latérales qui est très favorable, en ce sens qu'elle laisse à l'individu qui la présente une facilité plus grande à opérer la mastication.

Sur la ligne médiane, les os palatins sont assez fréquemment atteints, mais moins souvent cependant que les parties que nous venons d'indiquer. Il faut noter aussi que souvent,

FEUILLETON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue le dimanche 25 janvier 1846, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

COMPTE-RENDU DE M. LE DOCTEUR PERDRIX, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL.

Messieurs,

Il y a quelques années, M. le docteur Gibert, mon honorable prédécesseur, en terminant son compte-rendu, vous citait ces paroles d'un spirituel écrivain:

« Le principe de l'association bien conçu, sagement appliqué, n'est-
» il pas par excellence le principe de progrès, le principe de liberté
» comme celui de l'ordre, le mobile le plus énergique des intérêts gé-
« néraux et particuliers, en même temps que le frein le plus puissant
» de l'égoïsme? »

Nous reconnaissons la justesse de ces pensées, et nous n'avons pas la prétention de vouloir les modifier.

Pour nous, Messieurs, l'association c'est la famille. C'est la famille avec ses liens, son union, ses avantages moraux et matériels. Pour nous, l'association c'est le guide dans la carrière, l'appui dans la faiblesse, l'espoir dans le découragement, l'asile du malheur et de la vieillesse. Pour nous, Messieurs, l'association, c'est la sauvegarde de la moralité.

Voilà ce que vous avez voulu, ce que vous avez entrepris sagement et librement; voilà ce que vous devez maintenir.

Point d'action dans l'isolement, point de force sans union, point de considération vraie sans moralité! C'est ainsi que vous l'avez compris.

Hommes de cœur et de raison, vous êtes aussi hommes d'expérience. Si l'expérience se mesure au nombre des années, les années se doublent par la valeur des faits et l'importance des résultats.

L'association des médecins de Paris commence aujourd'hui la quatorzième année de son existence, et nous ne craignons pas de dire que, depuis longtemps déjà, elle marche avec assurance dans la voie qu'elle s'était ouverte, et que, la première, elle a tracée au corps médical, qui lui rend cette justice de le reconnaître en proclamant qu'elle a créé l'association médicale et en réclamant chaque jour de tous les points de la France ses statuts, son concours et ses moyens d'exécution.

Réunie en assemblée générale au sein même de cette Faculté à laquelle vous appartenez, dans cette enceinte, hospitalité digne de vous et non moins digne de votre président-fondateur auprès de qui la Commission générale trouve aussi, chaque mois, un généreux et bienveillant accueil, vous venez entendre le compte-rendu de nos travaux et de notre gestion; vous venez aussi vous donner des témoignages réciproques d'estime et de bonne confraternité; et si, comme on l'a dit, à aucune époque les liens du corps médical ne furent plus relâchés, vous venez prouver qu'à aucune époque les efforts ne furent plus unanimes pour les resserrer.

Guidés par le sentiment de prévoyante charité qui a présidé à la création de votre institution, qui l'a affermie et qui la soutiendra, vous venez ici chaque année déposer votre offrande pour agrandir nos ressources et répandre plus libéralement vos bienfaits non-seulement sur vos frères malheureux, mais encore en dehors de vos rangs sur ceux à qui vous ne demandez d'autres titres que l'infortune et des malheurs immérités.

Dans cette réunion paisible et modeste, et pourtant empreinte d'un caractère de solennité qu'elle emprunte à l'esprit même de l'œuvre que vous poursuivez, nous aimons à retrouver, chaque année, dans le plus grand nombre de vos sociétaires, la même assiduité, le même empressement à nous seconder. Mais, il faut l'avouer, chaque année nous avons le regret de remarquer l'absence de sociétaires, retenus loin de nous par des motifs que nous ne voulons point interpréter; nous serions heureux de les voir entrer dans la Commission générale, où ils remplaceraient à leur tour ceux de ses honorables membres que le sort y appelle pendant plusieurs années consécutives. C'est là surtout, qu'en prenant part à nos travaux, ils seraient à même d'apprécier l'importance de notre association; ils nous honoreraient en venant au sein de nos assemblées générales, et s'honoreraient eux-mêmes en donnant à l'institution des preuves directes de sympathie et des témoignages d'une déférence méritée à ceux d'entre vous qui ont peut être des droits à y prétendre.

S'il est parmi nous des élus de la fortune, il est aussi des hommes qu'elle ne comble point de ses faveurs, nombreux et honnêtes praticiens, aussi estimables par le savoir que par la modestie, qui savent dérober à leurs occupations, peut-être à quelques heures d'un repos indispensable, le temps qu'ils viennent consacrer à un acte considéré par eux comme un devoir. Pourquoi donc ce zèle si louable chez les uns et chez les autres, qui pourtant ont tous les moyens de multiplier le temps par la vitesse, pourquoi cet oubli, pourquoi cette indifférence? Prenons garde, Messieurs, qu'en proclamant les bienfaits de l'association; en prêchant cette légitime propagande, l'indifférence de quelques-uns n'excite contre tous d'injustes critiques! Vous savez comment on vous représente aujourd'hui, à tort ou à raison, le corps social: d'un côté, l'apathie égoïste avec sa léthargique inaction; de l'autre, l'agitation fiévreuse avec ses crises et sa soif de l'or; et pour citer textuellement, on vous dit: « Le veau d'or est partout, c'est lui
» qui dessèche nos cœurs, c'est lui qui étouffe, dans un siècle de ci-
» vilisation, les sentiments sublimes qui ont soutenu l'humanité dans
» les temps les plus barbares! Partout l'égoïsme, et tous les jours
» quelque noble passion se détache de nous. »

Pensées déplorables, Messieurs, et que nous voulons croire plus remplies d'amertume que de vérité; car aujourd'hui même cette réunion d'hommes de bien qui s'inspirent de l'heureuse pensée du poète:

Non ignara mali, miseris succurrere disco!

ne dit-elle pas que tout instinct généreux n'est pas mort en nous; et la charité, dans son acception la plus étendue, n'est-elle pas une de ces vertus sublimes qui soutiennent l'humanité!

lorsque les palatins sont malades, l'affection a commencé par les fosses nasales, et que l'altération des os n'est que la suite et la conséquence de celle des parties molles, qui a été la cause de leur dénudation. Un grand nombre de perforations de la voûte palatine par suite de caries ont été déterminées par des tubercules térébrants des fosses nasales. Cependant, et chemin faisant, nous devons nous arrêter un moment, au milieu de notre description, sur une condition du système osseux qui a été signalée comme ayant une grande importance, nous voulons parler de l'exostose palatine médiane indiquée par M. Chassaignac comme un symptôme d'une haute valeur.

Cette exostose palatine est-elle très fréquente proportionnellement au nombre de celles qui se rencontrent sur les autres parties du squelette? L'observation journalière nous force à répondre d'une manière négative à cette question. On rencontre dans une proportion énormément plus grande des exostoses du tibia, de la clavicule, du sternum, de l'os frontal, du cubitus, que de la voûte palatine. L'exostose palatine est rare; mais rappelons bien qu'il faut avoir grand soin de ne pas confondre avec elle l'ostéite maxillaire aboutissant à la carie, et dont nous venons de vous parler il n'y a qu'un instant.

M. Chassaignac avait cru pouvoir affirmer que dans les accidents syphilitiques douteux, lorsque l'on n'avait point une entière certitude de l'existence d'une diathèse spécifique chez un individu, il suffisait souvent de passer le doigt sur la ligne médiane de la voûte palatine pour acquérir la conviction que la maladie était ou non syphilitique. Nous avons essayé à plusieurs reprises de nous servir de ce moyen de diagnostic dans des cas où nous avions affaire à des affections de nature douteuse, et nous n'avons obtenu aucun résultat. Nous avons eu entre autres un malade couché dans nos salles chez lequel on crut un jour découvrir une exostose de ce genre, cependant, il n'avait rien du tout; on avait d'après ce signe conclu à la nature spécifique de l'ulcère variqueux le plus caractéristique que nous ayons jamais rencontré, ulcère que nous avons guéri par les bandelettes de sparadrap et par la compression sans employer de médication interne.

Lorsque la maladie se développe dans les os incisifs ou intermaxillaires, elle est ou non précédée de douleur. Les parties qui forment l'alvéole semblent se gonfler; à ce gonflement plus ou moins douloureux ne tardent pas à succéder des abcès qui soulèvent les parties molles, et bientôt l'odeur de la carie se joint à la suppuration. Une fois ces abcès ouverts, si vous sondez avec précaution de la pointe d'un stylet le fond de leur cavité, vous éprouvez cette sensation particulière que donnent les os affectés de carie.

Ici se présentent des conditions sur lesquelles nous devons insister. Nous vous avons dit qu'au commencement de la maladie, avant que les os n'eussent été frappés de nécrose, ils se décollent peu à peu des parties voisines; si à ce moment vous examinez les dents, vous ne trouvez pas un ébranlement de chaque dent en particulier dans son alvéole; mais, en les saisissant au niveau de leur collet et les agitant légèrement, vous constatez un mouvement de totalité de l'os incisif qui les supporte. Lorsque ce mouvement de la totalité de l'os existe, l'os est mort, il n'y a plus d'espoir de le conserver ou de le faire revenir à l'état normal.

Quoique l'ostéite suppurative ait une grande tendance à se limiter entre les deux canines, il y a des cas où la maladie déborde; heureusement, ces cas sont assez rares. Comme circonscription de la carie, vous trouvez encore les apophyses montantes des os maxillaires qui restent intacts pendant que la portion incisive est attaquée, et avec elle une portion du corps du maxillaire. Le plus souvent, les apophyses montantes sont économisées. L'altération pathologique se limite assez volontiers à la base des apophyses montantes, tandis que les cornets sont en proie à la carie, et se détruisent avec la plus grande facilité; le vomer, lui, d'un tissu plus compacte, se nécrose; le nez s'enfonce; les os propres du nez sont conservés, mais le nez a changé de forme.

L'ostéite aboutissant à la carie et à la nécrose attaque assez fréquemment aussi les os de la boîte encéphalique. La carie superficielle des os du crâne, dont vous aurez quelquefois occasion d'observer des exemples, donne à ces os l'aspect *vermoulu*. Dans quelques cas, on a vu de ces caries n'atteindre que la surface externe des os dans presque toute l'étendue de la tête, et détruire la table externe du frontal, des pariétaux et de l'occipital. Dans cette région du corps, comme dans les autres, une partie de la maladie a son point de départ dans l'os; l'autre, dans l'altération des parties molles, et n'est que le résultat de la dénudation produite par cette altération.

Avant de terminer ce qui se rattache à l'histoire générale que nous venons de tracer rapidement de l'ostéite syphilitique, nous devons vous dire deux mots d'une lésion que nous n'avons encore rencontrée que rarement, il est vrai, mais qui n'en existe pas moins, et qui a pour siége le larynx. Les cartilages du larynx peuvent être envahis par une altération absolument de la même espèce et de la même nature que celle dont nous avons signalé les ravages sur les os. Les cartilages semblent passer d'abord de l'état cartilagineux à l'état osseux. Puis à mesure que le dépôt calcaire se forme, la maladie attaque les points où il s'opère; l'altération, pour aboutir à son terme ordinaire, suit les mêmes phases, présente la même évolution que lorsqu'elle envahit les os eux-mêmes; il est, du reste, assez difficile de la diagnostiquer alors des autres affections chroniques du larynx dont la symptomatologie est, à très peu de chose près, la même.

Comme question de diagnostic différentiel, il n'y a pas dans la lésion elle-même de signes pathognomoniques qui permettent au début de distinguer la carie ou la nécrose syphilitiques. On est conduit à établir ce diagnostic un peu par le siége, un peu par la durée de chacune des phases de l'affection, et surtout par les antécédents du malade. C'est, le plus ordinairement, par voie d'élimination qu'il faut procéder; le traitement antisyphilitique de la troisième période n'est pas lui-même ici susceptible de fournir des données aussi précieuses que dans les affections dont nous avons parlé dans les séances précédentes, le testicule vénérien, les tubercules de la peau, etc., et il est loin, dans ces altérations profondes, d'avoir la même énergie, la même efficacité que dans les lésions superficielles. Ce n'est guère que chez les sujets qui offrent des conditions individuelles particulières que la syphilis aboutit à la carie ou à la nécrose. Les scrofuleux, par exemple, y sont en quelque sorte prédisposés. Mais, chez ces sujets encore, il faut examiner avec soin; combien de caries scrofuleuses n'ont-elles pas été rapportées à la syphilis et regardées comme spécifiques, parce que les sujets avaient eu la vérole à une époque antérieure!

Nous avons dit que, soit que les parties molles fussent prises en même temps que les os, soit qu'elles ne fussent atteintes que consécutivement, le point où se manifestent ces lésions peut être situé soit sur l'os malade lui-même, soit à distance. Comme complications, accidents accessoires en dehors de la spécificité, suivant le siége que l'ostéite pourra affecter, vous aurez des accidents immédiats faciles à réparer, ou plus éloignés, et aussi plus graves, de différente nature. C'est ce qui arrive pour le nez et pour la cavité buccale. Pour cette dernière, l'accident le plus commun, c'est la perte des dents; ceci est irréparable. D'autres fois, c'est la perforation de la voûte palatine, perforation qui peut être plus ou moins considérable, plus ou moins étendue, et qui, si elle ne présente pas un diamètre trop grand, peut laisser l'espérance de l'obstruction et de la réparation.

Des accidents très fréquents aussi sont ceux qui se passent du côté du nez. C'est la perte des cornets, d'abord, accident peu fâcheux et peu grave, qui ne s'accompagne ni de déformation du nez, ni de perte de l'odorat; si la maladie continue ses ravages, il survient une destruction du vomer, qui entraîne chez le plus grand nombre des individus l'affaissement du nez, déformation permanente, qui imprime au visage un cachet syphilitique et de réprobation. Mais ce n'est pas tout: les fosses nasales dont la cloison est détruite, ne constituant plus qu'une seule et vaste cavité, que le nez soit ou non affaissé, du reste, on observe que les parois de cette cavité ne sont pas tapissées partout par une membrane muqueuse normale. Dans certains points où cette muqueuse n'existe plus, il se produit une sorte de pseudo-muqueuse qui sécrète une matière particulière. Ainsi, d'une part, dans les points recouverts par la muqueuse conservée, sécrétion de mucus normal; d'autre part, sécrétion d'un liquide mucoso-purulent, produit normal de cette fausse muqueuse; par l'action de se moucher, l'expulsion des matières contenues dans le nez ne se fait plus d'une manière aussi complète qu'à l'état normal; il s'en accumule toujours une certaine quantité qui finit par former au bout d'un certain temps une couche d'une plus ou moins grande épaisseur, se dessèche, devient solide et affecte une forme roulée assez semblable à celle des cornets du nez. Si l'on n'y prenait garde, on pourrait croire encore la maladie à l'état de progrès, et confondre avec les véritables cornets, qui depuis longtemps n'existent plus, ces lambeaux de mucus nasal concrété. A cette période de l'affection, il ne faut plus tourmenter le malade par des médicaments; les conditions purulentes prédominent sur les conditions normales de la muqueuse, et l'on n'y peut rien faire. L'odeur des matières rendues par le nez dans cette circonstance est fade, nauséabonde, de mucus décomposé.

Si vous passez un stylet dans les fosses nasales, vous ne trouvez plus de surfaces osseuses dénudées; partout elles sont recouvertes d'un tissu souple, mou, glissant. Il peut encore arriver, et cela se voit assez fréquemment, que la maladie gagne les os propres du nez; la suppuration, ou se fait dans l'intérieur des cavités nasales, ou se fait jour à travers la peau. Dans cette dernière circonstance, il se forme une perforation, une fistule aérienne. Dans tous les cas, qu'il y ait ou non perforation de la peau, il y a affaissement du nez, dépression et déformation. Mais ce qui arrive le plus communément, ce sont les lésions du côté des voies lacrymales, lésions qui sont la conséquence de celles qui ont sévi sur les cornets ou sur le maxillaire supérieur. Arrivée à cette région, la maladie passe par tous les degrés d'altération, depuis l'épiphora le plus simple jusqu'à la tumeur et la fistule lacrymales. Chacune de ces altérations peut se rencontrer seule.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

Aménorrhée scrofuleuse. Tumeur blanche du genou droit et de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Traitement par l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer combinés. Guérison.

Rachel D..., âgée de dix-sept ans, qui se présente au Dispensaire pour une suspension de règles, a eu une enfance difficile, presque toujours souffreteuse. On a dû, à diverses reprises, l'envoyer à la campagne, d'où elle revenait chaque fois mieux portante. Le dernier séjour qu'elle y fit (plus d'un an) parut surtout avoir exercé sur sa santé la plus heureuse influence. L'embonpoint était revenu, et aussi les forces. Les règles, après quelques tiraillements, s'étaient franchement et régulièrement établies. Elle revint à Paris reprendre ses occupations (la malade est marchande au Temple). Cet état de santé se continua quelque temps encore; mais environ six mois après, et peu à peu, l'appétit se perdit, les forces diminuèrent; la malade maigrit; les règles ne tardèrent pas à se déranger. Les yeux, qui depuis un an avaient cessé d'être malades, redevinrent le siége de ces ophthalmies *à répétition* qui sont le propre de certaines diathèses scrofuleuses. Un peu plus tard, cette jeune fille éprouva au genou droit comme un sentiment de gêne qui devenait une souffrance lorsque la malade faisait un mouvement brusque, ou que son pied portait à faux. Puis le genou grossit, mais lentement et peu à peu. Ce fut d'abord, ainsi que le dit la malade, comme une bosse au côté externe de l'articulation. Cette tumeur sembla s'étaler; le genou devint plus sensible et la marche plus difficile, par suite d'un craquement douloureux provoqué par les mouvements de l'articulation. Presque en même temps, l'articulation tibio-tarsienne devint le siége des mêmes phénomènes, à un degré moindre pourtant. Ainsi, il y avait gonflement et sentiment de gêne, mais sans douleur ni craquement.

Un médecin conseilla des applications de sangsues, puis des frictions ammoniacales; plus tard, des vésicatoires volants,

---

Associé depuis quatorze ans dans ce noble but de charité, vous avez vu grandir et fructifier l'œuvre que vous aviez créée; tout en le poursuivant avec une admirable persévérance, vous avez senti que votre mission devait être moins limitée, et que vous n'aviez pu considérer vos attributions au point de vue seul de la bienfaisance.

Du sentiment intime de la dignité professionnelle, vous le savez, est née la grande et sévère pensée de moralisation. Et d'où venait cette grave préoccupation des intérêts moraux? C'est que vous aviez compris qu'il y avait une société qui vous confiait ce qu'elle a de plus cher et de plus sacré, et que cette société à qui vous apportez des garanties de savoir, avait aussi le droit d'attendre de vous des garanties de moralité! C'est que vous vouliez être considérés, et que pour vous il n'y a point de considération vraie sans moralité! « La considération, » disait, il y a quelques mois dans cette enceinte un éloquent professeur de cette Faculté, ne s'écrit point dans les lois, ne se décrète » point par ordonnance; si vous voulez être considérés, montrez-vous » dignes de la vocation que vous avez acceptée. »

Rattachant à vos propres intérêts les intérêts généraux, vous ne pouviez oublier que vous aviez sous ce rapport des devoirs à remplir.

S'il est de la sagesse des législateurs de veiller à santé des citoyens, s'il est du devoir des magistrats d'appliquer les lois qui la protégent, il est du devoir des médecins, dans l'intérêt de la société, de demander l'exécution et l'application de ces lois. Toutes les fois que l'occasion de remplir de tels devoirs s'est présentée, vous n'avez consulté que votre conscience, et vous n'avez agi que dans un but d'utilité publique.

Chaque jour, enfin, reculant les premières limites de vos attributions, ne rattachez-vous pas encore quoique indirectement d'autres intérêts à ceux qui vous avaient tant et si justement préoccupés?

Cette union fraternelle, ce contact incessant, cette connaissance plus intime, cette appréciation plus directe du caractère, des intentions et du savoir de chacun, tous ces avantages de l'association devaient avoir pour complément l'étude et la culture de la science. Et quels avantages, Messieurs, pour la société, pour l'autorité elle-même que ces réunions de médecins consciencieux, praticiens observateurs, hommes de progrès, s'éclairant mutuellement, recherchant et indiquant les moyens d'améliorer la santé et le sort des hommes et les hommes eux-mêmes, car vous n'avez point oublié cette belle pensée d'un grand philosophe: « S'il y a un moyen de rendre l'homme meilleur, c'est dans la médecine qu'il faut l'aller chercher. »

Ces Sociétés médicales d'arrondissements, composées en grande partie des membres de l'association, ou qui les ont fondées, ou qui s'y sont ralliés avec empressement, rattachant en même temps à votre institution ceux qui n'en faisaient point partie, ces Sociétés ne sont-elles pas comme les rameaux du tronc principal de notre association où elles ont puisé les éléments de leur existence, c'est-à-dire leurs règlements avec les mêmes conditions de dignité et de moralité, n'est-ce pas toujours l'association des médecins de Paris appliquant sa première pensée, la prévoyance, aux intérêts matériels, moraux et scientifiques de la profession? N'est-ce pas là l'association dans toute son acception?

Votre Commission générale, Messieurs, s'est montrée cette année, comme par le passé, soigneuse de vos intérêts. Nous avons retrouvé dans la plus grande partie de ses membres le même zèle, la même assiduité que nous avions remarqués dans les Commissions précédentes.

Animée d'un esprit d'ordre, d'impartialité, de juste sévérité dans l'appréciation des demandes qui lui ont été adressées, elle a mis autant de modération que de mesure dans les déterminations qu'elle a dû prendre à l'égard des faits qui lui ont été signalés, en même temps qu'elle a donné des preuves de sa sagesse et de sa sagacité dans l'examen des questions qu'elle avait à résoudre.

Et tout d'abord, nous vous dirons que dans sa première réunion, elle a cru devoir s'occuper d'une question soulevée dans la dernière assemblée générale, à l'occasion d'une proposition faite par M. le trésorier, ayant pour but de modifier l'article 21 de vos statuts, et d'élever la cotisation annuelle pour tout membre nouveau admis dans l'association.

Dans un rapport concis et remarquable, M. le docteur Vosseur vous démontra que la modification proposée s'offrait avec ses conditions de nécessité, de justice et d'opportunité. Il vous indiquait, avec cet esprit d'ordre et de précision qui préside à notre gestion financière, le moyen de continuer l'accroissement progressif de votre capital social.

Dans la discussion de ce rapport, dont les conclusions furent adoptées, la question d'élever la cotisation des anciens membres fut soulevée, appuyée, mais non résolue. La Commission générale a cru devoir examiner immédiatement cette question et en provoquer la solution. Elle a chargé une commission de lui faire un rapport. Cette commission a rejeté purement et simplement la proposition qui lui a paru injuste et inexécutable, se bornant à manifester l'espérance que tous les anciens membres qui croiraient pouvoir augmenter leur cotisation le feraient quand ils connaîtraient les besoins de l'institution, et les justes motifs qui ont fait élever la cotisation annuelle pour les membres nouveaux.

(*La fin au prochain n°.*)

NOUVELLES.

Il est question de placer, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, le buste d'Adrien Helvétius, célèbre médecin, aïeul de l'auteur du livre *De l'Esprit*, qui découvrit à Paris, en 1686, l'usage de l'ipécacuanha. On sait qu'Helvétius reçut, pour cette découverte, une récompense de 1,000 louis d'or de Louis XIV, gratification qui fut pour lui la source de sa fortune et de ses nombreux honneurs.

— Une discussion très vive a eu lieu au sein de l'Académie de médecine de Bruxelles. Il s'agissait de savoir si on interdirait ou non la vente des médicaments aux médecins de campagne. Un rapport tendant à la suppression de cette faculté avait été fait; mais sur des éclaircissements nouveaux fournis soit par la presse, soit par divers membres, plusieurs des commissaires ont changé d'opinion; et l'Académie presque tout entière a voté en faveur de la liberté de la vente des médicaments par les médecins ruraux.

— *Syphiliographie.* Cours théorique et pratique. — M. le docteur Ratier commencera ce cours lundi 9 février à 4 quatre heures, à son dispensaire, rue de La Harpe, 90. Il fera l'histoire générale de la syphilis, et rapportera les diverses théories, tant anciennes que modernes; puis il exposera ses vues nouvelles sur la nature et le traitement de cette maladie, et les démontrera sur des malades qu'il soumettra à l'observation des auditeurs. (Ce cours est gratuit.)

etc. ; à l'intérieur, l'usage du sirop antiscorbutique, la tisane de houblon, un régime composé de viandes rôties, vins généreux, etc. Ces divers moyens, variés pendant plusieurs mois, ne produisirent aucune amélioration. L'affection locale n'était nullement modifiée ; la santé semblait dépérir encore. C'est à ce moment que la mère de la malade la conduisit au Dispensaire. Voici son état (5 mars 1845) :

Maigreur extrême, à l'exception de la figure, qui semble légèrement bouffie ; décoloration générale de la peau ; air de nonchalance remarquable ; faiblesse extrême. Les yeux sont larmoyants, les paupières sont rouges, un peu tuméfiées par suite de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-conjonctival. Les cornées sont le siége de cicatrices anciennes, suite de kératites ulcéreuses. On y trouve aussi quelques dépôts interlamellaires de nouvelle formation. La malade porte au côté droit du col ce que M. Lugol appelle les *testes* de la scrofule, c'est-à-dire les cicatrices d'anciens tubercules cervicaux suppurés. La colonne vertébrale ne présente aucune déviation anormale ; les articulations sont libres, moins celles que nous avons signalées, et que nous allons examiner.

1° Le genou droit a un volume à peu près double de l'autre ; le gonflement est parfaitement uniforme ; il est dû en partie à l'épanchement d'un liquide dans la cavité articulaire. La saillie de la rotule est effacée par le fait du soulèvement de la peau, qui, du reste, n'a subi aucune modification de couleur.

Nous disons que le gonflement est due *en partie* à l'épanchement d'un liquide, parce que, bien que la distension des parties molles rende la palpation difficile, on s'assure cependant qu'il y a tuméfaction des extrémités articulaires. La jambe est un peu fléchie sur la cuisse, sans que l'on puisse la fléchir davantage ni l'étendre tout à fait. Les mouvements d'exploration sont douloureux ; on ne perçoit cependant pas ce sentiment de frottement rugueux qui résulte du dépolissement de surfaces articulaires en contact.

2° Articulation tibio-tarsienne. De même qu'au genou droit, il y a épanchement d'un liquide ; mais à cela semblent se borner les phénomènes morbides. On n'ose dire que les os soient gonflés. Les mouvements s'exécutent librement et sans douleur. Evidemment ici, l'affection a débuté par la capsule articulaire, et semble s'être arrêtée là, au moins quant à présent. M. Tanchou diagnostique :

1° Aménorrhée scrofuleuse ;

2° Tumeur blanche du genou droit avec gonflement des os, mais sans érosion, au moins avancée, des cartilages diarthrodiaux ;

3° Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, sans tuméfaction des os, et bornée à une altération de la synoviale.

Ces deux affections, différentes en apparence, ont cependant, pour l'observateur, une égale gravité ; car elles ne sont qu'un même mode de traduction, mais à des degrés différents, d'une seule et même affection, la diathèse scrofuleuse ; et comme, même dans le degré le plus avancé, l'altération des tissus ne paraît pas assez profonde pour qu'ils ne puissent revenir à leur état normal, M. Tanchou pense qu'on obtiendra un succès complet si l'on parvient à combattre efficacement la cause générale qui a engendré ces désordres locaux. Il prescrit donc :

1° Suppression de régime alimentaire, momentanément trop excitant, le remplacer par trois soupes par jour ; très peu de viande ; légumes frais ; eau rougie.

2° Deux bains salés et savonneux par semaine.

3° Exercice au soleil.

4° Embrocations sur les tumeurs avec l'huile de foie de morue brune.

5° Trois tasses par jour de tisane de feuilles de noyer.

17 mars. La malade est moins pâle ; elle se sent un peu plus forte ; elle est un peu moins indolente. Point de changement appréciable dans l'aspect des tumeurs. La malade prétend s'appuyer mieux sur le membre droit. — Prendre matin et soir une cuillerée à café d'huile de foie de morue blonde. Continuer les autres moyens.

Le 31, la tumeur du pied est moindre ; la diminution du genou est peu apparente ; l'état général s'est soutenu, mais il n'a pas progressé.

1° Augmenter la quantité d'huile de foie de morue (une cuillerée à dessert chaque fois).

2° Prendre chaque jour une cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer. *Ut supra.*

Le 16 avril, le genou a diminué de volume, surtout vers sa partie supérieure. La malade a essayé quelques mouvements sans souffrir. Le pied suit sa voie de progression décroissante. Les règles ont reparu.

1° Imprimer à la jambe des mouvements gradués.

2° Continuer l'usage des moyens internes.

3° Porter à deux cuillerées par jour le sirop d'iodure de fer.

Enfin, et pour abréger, la malade est revenue au Dispensaire à peu près tous les quinze jours. Chaque fois l'amélioration était manifeste ; et vers la fin de juin, c'est-à-dire après quatre mois environ de traitement, les menstrues étaient régulières, la santé générale était complétement satisfaisante. Il ne restait plus trace de l'affection locale. Les articulations malades étaient revenues à leur volume normal, le genou avait repris sa forme naturelle ; son mouvement d'extension était parfait, celui de flexion laissait à peine quelque chose à désirer. La malade a été renvoyée guérie, sous bénéfice d'inventaire pourtant, selon l'expression de M. Tanchou, qui pense qu'on ne refait pas entièrement, en aussi peu de temps, une constitution délabrée, et qu'il sera nécessaire de soumettre, au printemps prochain, la malade au même traitement. Mais à cette condition, on peut espérer une guérison solide ; car on aura alors donné à l'économie le temps de se reconstituer sous l'influence d'une médication heureusement modificatrice.

Conclusions. — 1° Efficacité de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer dans les affections scrofuleuses.

2° Utilité de mettre en rapport le régime alimentaire avec les symptômes locaux et la tolérance des voies gastriques.

3° Nécessité de persévérer dans l'usage des mêmes moyens pour changer complétement les constitutions originellement mauvaises ou délabrées.

J. SOULÉE.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 3 février 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Henri lit un rapport sur les eaux minérales.

Ce travail fort étendu est lu au milieu du bruit des conversations particulières Pas un seul mot ne parvient jusqu'à nous.

M. Caventou regrette que ce travail remarquable ait été lu au milieu de l'inattention de l'Académie. A travers ce qu'il a pu entendre, il lui a semblé que M. Henri avait parlé de l'acide crénique. Il prie M. Henri de lui dire s'il a souvent rencontré cet acide dans les eaux ferrugineuses et de donner quelques détails à ce sujet.

M. Henri. J'ai trouvé cet acide dans les eaux de Forges (Seine-Inférieure). Les eaux de Forges (Seine-et-Oise) contiennent très peu de fer et ne doivent, selon moi, leur efficacité qu'au site et à l'air pur de la localité. L'acide crénique que j'ai rencontré avait les caractères, assez peu nombreux du reste, que lui a attribués Berzélius.

M. Fontan J'aurais quelques reflexions à faire sur le mémoire de M. Henri, que je crois très remarquable : je dis je crois parce que les rapports de M. Henri ont toujours ce caractère ; mais, malgré toute mon attention, je n'ai pu en saisir que quelques mots.

Je répondrai d'abord a M. Caventou, et je donnerai quelques détails sur l'acide crénique. Cet acide est très répandu dans la nature. Je l'ai trouvé dans le plus grand nombre des eaux minérales ferrugineuses que j'ai visitées soit en France, soit à l'étranger. C'est par son intermédiaire que le fer est dissous dans les eaux ferrugineuse de Cambo, de Bagnères-de-Bigorre, de Sainte-Marie, dans la source de la Géronstère de Spa ; et c'est à ce corps que cette source doit une grande partie de son activité quoiqu'elle soit moins ferrugineuse que quelques autres de cette localité. C'est aussi à ce corps que cette source doit la propriété de devenir quelquefois sulfureuse, principalement en été par la décomposition plus active des matières organiques.

Je l'ai trouvé dans une source ferrugineuse de Borcette et d'Aix-la-Chapelle, ainsi que dans celles qui avoisinent celles d'Aix en Savoie. Je ferai même remarquer à ce sujet que la formation des sources crénatées coïncide souvent avec celle des eaux sulfureuses accidentelles ; ce qui prouve que ces deux minéralisations tiennent à la même cause : la décomposition d'une matière organique J'ai trouvé cet acide, que j'ai le premier signalé dans les sources de France en 1835-36, avec les caractères indiqués par Berzélius.

Il ne m'a pas paru que M. Henri ait suffisamment distingué les sources sulfureuses de diverse formation. Cependant cette distinction est très importante soit au point de vue chimique, soit au point de vue thérapeutique.

En effet, les sources sulfureuses primordiales ou naturelles, telles que sont la plupart de celles des Pyrénées, sont sulfureuses dans les points les plus profonds où l'on peut les rencontrer ; et plus on les cherche profondément, plus leur sulfuration et leur température sont considérables, quoique ces sources sourdent de terrains primitifs, granite, gneiss, micaschiste, leptite, etc., et qu'aucune matière organique ne se rencontre sur leur passage. Et l'on ne peut pas davantage attribuer la formation du principe sulfureux à la substance organique qui se trouve en dissolution dans les eaux, la pyrénéine ou barégine : car lorsqu'on concentre ces eaux et qu'on les conserve dans un flacon hermétiquement fermé, ce residu n'acquiert jamais les caractères sulfureux qu'il a perdus par l'évaporation, bien que des sulfates alcalins se trouvent en présence de cette substance ; tandis que pour les eaux sulfureuses accidentelles ou pour les autres sources salines qui contiennent des sulfates et de l'acide crénique, le résidu de ces eaux enfermées dans un flacon acquiert bientôt le caractère sulfureux par la décomposition des sulfates et de ces matières organiques.

Ces eaux, accidentelles ou secondaires, offrent des caractères tout à fait opposés à ceux des eaux primordiales. Indépendamment de ce que ces eaux ne sortent jamais dans des terrains primitifs, mais au contraire dans les terrains de transition ou secondaires où existent des corps organiques, plus on creuse profondément, moins ces eaux sont chargées de principes sulfureux ; et tandis que, pour les eaux primordiales, lorsque dans une même localité il existe plusieurs sources, la source la plus chaude est la plus sulfureuse, et que les autres sources, qui vont en s'éloignant de la principale, perdent et de leurs principes sulfureux, et de leur calorique, les sources sulfureuses accidentelles, au contraire, sont d'autant moins sulfureuses dans une même localité, qu'elles sont plus chaudes, et elles acquièrent une plus grande sulfuration à mesure qu'en se refroidissant elles s'éloignent de la source principale. Toutes les sources salines contenant surtout des sulfates calcaires et de la matière organique, sont susceptibles de devenir sulfureuses.

Quant à l'action thérapeutique, le principe sulfureux des eaux accidentelles est bien moins actif que celui des eaux naturelles. Nous avons à Salis (Haute-Garonne) une source qui est deux fois plus sulfureuse que les sources d'Enghien, qui le sont beaucoup, et qui a infiniment moins d'action et de propriétés que les eaux sulfureuses naturelles qui contiennent dix et vingt fois moins de principes sulfureux qu'elle. Cela s'explique : les unes sont le résultat d'une force primitive, composante, énergique, qui a créé les eaux par la même impulsion qui a soulevé les masses granitiques des Pyrénées ; tandis que les autres sont le résultat d'une action lente et décomposante, qui ne leur donne pas plus de propriétés qu'aux eaux artificielles formées par le même mode. On sait qu'il faut employer une dose au moins dix fois plus forte d'eau artificielle que d'eau naturelle pour obtenir quelques effets appréciables, quoiqu'ils soient loin d'être identiques à ceux obtenus par les eaux naturelles

Comme j'ai éprouvé le regret de n'avoir pas entendu le rapport de M. Henri, je me reserve de répondre ultérieurement aux faits et aux opinions qui seraient en opposition avec les doctrines que j'ai émises.

(Cette allocution a été écoutée avec une grande attention ; M. Fontan reçoit des marques de félicitation de la part des membres qui l'entourent.)

M. Henri. Je ne conteste pas la distinction chimique et thérapeutique établie entre les eaux qu'il appelle primordiales et celles qu'il designe sous le nom d'accidentelles. Mais enfin, celles-ci sont aussi fournies par la nature, et méritent par conséquent le nom d'eaux naturelles.

M. Lecanu. Puisque M. Fontan a été assez heureux pour rencontrer partout l'acide crénique, en a-t-il profité pour l'étudier de nouveau, pour lui assigner d'autres caractères plus précis que ceux que lui a attribués Berzélius?

M. Fontan Je n'ai pas fait de nouvelles recherches, je me suis borné à reconnaître ceux indiqués par Berzélius.

M. Londe. Un passage du rapport me semble devoir être modifié, c'est celui dans lequel M. Henri accuse les inspecteurs des eaux minérales de n'être pas suffisamment instruits en chimie. Le discours de M. Fontan vient de prouver qu'une accusation générale serait au moins injuste.

M. Fontan. Je suis médecin libre ; je n'ai pas l'honneur d'être médecin inspecteur.

M. Henri. L'exception n'est pas la règle ; elle la confirme au contraire. M. Fontan est à peu près le seul médecin qui ait envoyé des résultats chimiques, et encore je viens d'apprendre que c'est d'une façon officieuse ; ce qui en double le mérite.

Les conclusions du rapport, qui consistent à demander que l'attention du gouvernement soit éveillée sur les eaux minérales, sont adoptées.

— *M. Aug. Bérard* rend compte de la décision prise par la commission chargée d'examiner dans quelle section de l'Académie une vacance serait déclarée. La commission propose de déclarer cette vacance dans la section de médecine opératoire.

Plusieurs membres trouvent ce rapport trop succinct, et voudraient qu'on indiquât à l'Académie les motifs qui ont déterminé la commission.

M. Nacquart propose même de renvoyer le rapport à la commission

M. Bérard donne quelques explications sur le nombre des membres qui composent les diverses sections dans lesquelles on pouvait déclarer la vacance. La commission s'est déclarée pour la section de médecine opératoire, parce qu'elle a vu que l'Académie possède 80 médecins et seulement 38 chirurgiens.

La proposition de M. Bérard est adoptée.

— *M. P. Dubois* a la parole pour présenter quelques réflexions sur le rapport fait par M. Capuron dans la dernière séance.

Il s'agit d'un cas d'accouchement laborieux communiqué par M. Chrestien (de Montpellier), qui l'a pris lui-même sur un journal espagnol.

Une jeune femme à terme d'une deuxième grossesse, appela une sage-femme qui trouva la tête de l'enfant encore assez élevée. Elle attendit ; mais voyant que la tête ne s'engageait pas, elle demanda un accoucheur, qui, à son arrivée, trouva la tête engagée, et crut que les choses allaient se passer normalement. Vain espoir, la tête n'avança pas ; apres une assez longue attente l'accoucheur introduisit profondément sa main, et il crut reconnaître une seconde tête qui commençait aussi à s'engager. Croyant á une grossesse gémellaire, il voulut repousser cette dernière tête ; mais il s'aperçut que tous les mouvements qu'il lui imprimait faisaient remonter l'autre. Par une exploration plus attentive, il vit que ces deux têtes appartenaient au même corps ; et faisant pénetrer sa main jusque dans la cavité du bassin, il reconnut que le cordon ne battait plus, et que par conséquent l'enfant était mort. L'accoucheur fit alors des tentatives pour arracher la première tête, et, ne pouvant y parvenir, il la coupa ; la seconde tête se présenta alors avec un bras ; il coupa cette seconde tête, ainsi que le bras, et le reste du corps passa sans difficulté.

M. Capuron a critiqué la manière dont l'observation a été présentée et la conduite de l'accoucheur. Sous le premier rapport, il a trouvé, et avec raison, que cette observation manque de détails importants, et que les renseignements donnés sont incomplets et insuffisants.

Sous le second rapport, je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Capuron. Que le procédé employé par l'accoucheur soit mauvais, je le reconnais ; l'arrachement de la tête est un moyen tombé avec raison en désuétude ; l'art possède aujourd'hui des moyens plus sûrs et moins dangereux. Mais c'est le principe même de la mutilation de l'enfant que M. Capuron a combattu, et ici je ne peux plus être de son avis.

Que pouvait faire l'accoucheur ? Tenter la version ? Si elle eût été possible, rien de mieux. Mais comment faire remonter cette tête dans le bassin, où elle avait pour ainsi dire perdu droit de domicile ? Et si cette operation préliminaire eût été impossible, la version n'eût-elle pas considérablement augmenté les difficultés par le volume qu'aurait présenté le tronc ajouté au volume des deux têtes ?

On aurait pu essayer l'emploi des crochets ; peut-être, mais je crois qu'on aurait éprouvé des difficultés considérables.

On n'aurait pas dû mutiler l'enfant a dit M. Capuron, car il n'est pas bien sûr qu'il ne fût pas vivant. Quoique l'observation manque de détails, rien n'autorise à penser cependant que l'accoucheur se soit trompé sur ce point, et qu'il n'ait pas bien constaté que le cordon ne battait plus. Je sais bien que ce n'est pas toujours un signe de mort. Mais j'admets même que l'enfant eût été vivant, je dis que la mutilation etait encore nécessaire. Je ne partage pas, je l'avoue, l'intérêt que les accoucheurs du dernier siècle portaient à ces enfants monstrueux. Je sais qu'il en est quelques-uns qui ont vécu, mais ils ont été la cause de vifs chagrins pour leur famille, quand ils n'ont pas été l'objet d'une spéculation honteuse et immorale. D'ailleurs, ces enfants monstrueux qui sont nés vivants sont toujours venus par des accouchements naturels ; puis ce n'étaient pas des monstruosités semblables à celle dont il est question. Je ne pense donc pas que l'accoucheur ait été guidé par un principe répréhensible ; il a mis en usage un mauvais procédé, mais le principe doit être proclamé bon pour éviter aux accoucheurs et aux accouchées des accidents bien autrement graves. M. Capuron a eu, le premier en France, le mérite de rendre les accoucheurs très circonspects sur l'opération césarienne dont le résultat est si généralement fatal aux femmes. Notre honorable collègue n'a plus qu'un pas à faire pour adopter notre principe, que je puis formuler ainsi : Dans les cas analogues à celui dont il est question, c'est-à-dire de monstruosités qui rendent l'accouchement naturel impossible, l'homme de l'art, que l'enfant soit vivant ou non, doit diriger toutes ses manœuvres vers le salut de la mère.

M. Velpeau. J'applaudis de tout cœur aux principes exposés par M. P. Dubois ; je veux seulement présenter une remarque. M. Dubois a dit que la version, dans le cas en question, eût rendu la difficulté beaucoup plus grande, et que d'ailleurs il eût été impossible de faire remonter la tête engagée. Dans ces circonstances, l'enfant s'engage de deux manières : ou bien la tête qui était la plus antérieure s'engage la première, et alors l'accouchement se fait facilement, ou bien c'est la tête qui était postérieure qui s'engage la première, et l'accouchement est alors impossible. Eh bien, dans ces cas, serait-il impossible de faire remonter cette tête pour livrer un passage plus facile à l'autre ?

M. P. Dubois. Dans le cas actuel, l'insuffisance de details ne permet pas de voir comment les choses se sont passées et de quelle manière s'est fait l'engagement de la tête. Si en thèse générale on peut dire que la supposition de M. Velpeau est absolument d'une réalisation possible, il faut reconnaître aussi que la chose est fort difficile.

M. Moreau donne son assentiment complet à tout ce qu'a dit M. Dubois.

M. Capuron soutient les opinions qu'il a émises. Il n'a critiqué l'accoucheur que parce que son observation est incomplète, insuffisante, et qu'aucun détail précis ne vient justifier la mutilation qu'il a faite. C'est une position bien grave que celle de l'accoucheur en présence d'une mutilation à faire, et lorsqu'il l'a faite et qu'il l'annonce au monde savant il doit compte de tous les motifs de son opération, il doit, par les détails les plus précis, justifier cette rigoureuse nécessité. Ici, rien de pareil, rien sur le bassin de la femme ; rien sur le volume de la tête, rien qui puisse faire juger que l'opérateur se soit guidé sur les principes de l'obstétrique. Voilà ce que j'ai blâmé, et je persiste dans mon blâme.

M. Castel fait remarquer que l'enfant monstrueux dont il est question présentait des analogies fort grandes avec Rita-Christina, et que ce dernier a vécu.

Les conclusions du rapport de M. Capuron sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 14 et 21 janvier 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Nélaton fait voir l'urètre et la vessie d'un sujet mort d'une pneumonie, chez lequel on avait reconnu pendant la vie un rétrécissement très prononcé. Les parties ouvertes, malgré toutes les précautions et avec des bougies les plus fines et même avec le stylet d'Anel, il y a impossibilité de franchir le rétrécissement qui siége à la portion membraneuse. On voit là une valvule qui présente un petit pertuis, dans lequel le stylet est arrêté à un centimètre de profondeur.

Cet homme avait été renversé par une voiture il y a quatre ans. Le périnée avait été violemment contusionné, et il en était résulté une hématurie. Du reste, il avait uriné jusqu'au moment de sa mort.

M. Nélaton fait observer qu'à Bicêtre il n'a trouvé qu'un petit nombre de malades chez lesquels il y ait eu impossibilité de faire passer une sonde, et que c'était ceux qui avaient eu des blessures du canal de l'urètre.

M. Marjolin fils a vu à l'hôpital Beaujon un malade qui, étant tombé sur le bord d'un bateau, et le périnée ayant porté, fut pris de difficulté à uriner. On essaya à plusieurs reprises de le sonder sans jamais pouvoir arriver jusqu'à la vessie. Il mourut, et à l'autopsie on trouva l'urètre entièrement oblitéré, et dans la portion membraneuse un petit conduit très étroit en forme de baïonnette.

— *M. Nélaton* présente aussi les glandes mammaires d'un jeune soldat évidemment gynécomaste, mort phthisique à l'hôpital de Troyes. Ces pièces lui ont été envoyées par M. le docteur Bédor père.

— *M. Maisonneuve* annonce que depuis quelques jours il a fait plusieurs opérations de tailles périnéales et hypogastriques, et des lithotrities. Il fait voir un certain nombre de calculs noirs, friables, présentant l'aspect des calculs biliaires, qu'il a extraits par la méthode bilatérale. Il fait remarquer que la lithotritie eût été très favorable dans ce cas, à cause de la grande friabilité des calculs, mais qu'il a dû y renoncer parce que la vessie était trop irritable. Il parle d'un cas de taille hypogastrique dans lequel il a retiré un calcul qui pèse près de 40 grammes. Il n'a pas employé la sonde à dard; il a fait seulement une injection dans la vessie pour la distendre.

M. Morel-Lavallée voudrait avoir l'opinion de la Société sur l'instrument inspirateur de M. Cornay. Cet instrument, qui a été imaginé pour faciliter la sortie des fragments de calculs, se compose 1° d'une sonde à grands yeux munis d'arceaux destinés à empêcher l'effet de ventouse; 2° d'un ballon, à l'un des orifices duquel s'ajoute le pavillon de la sonde; 3° d'un tube qui sort de l'autre orifice du ballon, et qui se rend à la bouche de l'opérateur pour l'insufflation ou pour l'aspiration. Le ballon contenant un peu plus d'eau que la vessie n'en peut recevoir, en insufflant dans sa cavité, dont la moitié à peu près reste vide, l'eau passe dans la vessie; puis en aspirant, les fragments suivent l'ondée du liquide, et gagnent les yeux de la sonde : non-seulement les débris de calculs qui sont dans le voisinage, mais encore ceux qui sont à une grande distance obéissent à cette attraction.

Cet instrument, dont l'aspiration de la seringue, déjà employée, a pu donner l'idée, parait à M. Morel-Lavallée susceptible de nouveaux perfectionnements; mais il lui croit de l'avenir, surtout pour les cas ou la paralysie de la vessie et l'hypertrophie de la prostate s'opposent à la sortie spontanée et à l'extraction ordinaire des fragments de calculs.

M. Laugier a fait usage de cet instrument lorsqu'il n'était encore qu'à l'état d'ébauche. Son application a déterminé des douleurs et des hémorrhagies. Il ne l'a pas employé depuis qu'il est perfectionné.

M. Lenoir a eu à traiter un malade de cinquante-cinq à soixante ans qui lui avait été adressé par un chirurgien de province avec l'idée qu'il avait un calcul vésical très volumineux. L'ayant sondé, il trouva dans la vessie quelque chose qui donnait un son clair, puis un autre obstacle qui lui fit croire à la réalité d'un gros calcul; mais, par le toucher rectal, il ne reconnaissait plus sa présence.

En exerçant une certaine pression sur la prostate, il détermina la sortie de plusieurs petits calculs, et il en recueillit ainsi successivement une quinzaine; ils étaient à facettes, jaunâtres, ombrés, et en brûlant ils répandaient une odeur animale très prononcée; le malade, qui à son entrée à l'hôpital avait tous les signes d'un catarrhe vésical grave, sortit à peu près guéri et ne conservant plus que les urines un peu glaireuses.

Au bout de quelques mois, il fut renvoyé à Paris avec la même idée d'un gros calcul, et on trouva encore un certain nombre de petites pierres qui sortirent sous la pression de la prostate et qui étaient accompagnées d'un catarrhe vésical. M. Lenoir croit que c'est dans les conduits éjaculateurs que ces calculs se forment, et que c'est parce qu'ils en occupaient l'orifice qu'ils donnaient au contact de la sonde la sensation d'une pierre dans la vessie.

Il rappelle qu'il y a dans les Bulletins de la Société anatomique un mémoire de M. Collard, de Martigny, sur ces calculs des conduits éjaculateurs, et que dans ce travail il est dit qu'on en a quelquefois trouvé dans le sperme.

M. Nélaton a eu dans son service, lorsqu'il remplaçait M. Roux à l'Hôtel-Dieu, un malade qui présentait un cas tout à fait semblable : on éprouvait sur la sonde un frottement qui avait fait diagnostiquer des calculs prostatiques. Il en retira cinq à six avec la curette articulée de M. Le Roy-d'Etiolles; puis, celle-ci devenant insuffisante, il se servit d'un instrument semblable au brise-pierre, mais beaucoup plus petit, et il en retira encore un grand nombre. Le malade sortit guéri en apparence; mais, au bout de deux mois, les mêmes phénomènes se manifestèrent, et on trouva encore des calculs prostatiques et de plus un calcul dans la vessie. M. Nélaton voulut le lithotritier, mais il lui fut impossible de le saisir. Il fit alors la taille périnéale, à laquelle il se décida d'autant plus volontiers qu'il avait l'idée qu'en faisant cette opération il enlèverait facilement tout ce qui était dans la prostate. Il la gratta, en effet, avec l'ongle quand elle fut incisée, et il en fit tomber plusieurs calculs qui étaient à facettes et offraient les mêmes caractères que ceux du malade de M. Lenoir. La guérison eut lieu.

M. Michon dit que les calculs de la prostate ne sont pas rares, qu'on en trouve dans les œuvres de Desault deux cas qui avaient été pris pour des calculs vésicaux. Dupuytren en a parlé, et lui-même en a rapporté quelques exemples dans sa thèse inaugurale. On en rencontre quelquefois sur les sujets destinés aux dissections. Communément le calcul est moitié dans la prostate et moitié en dehors, de sorte qu'il est facile d'établir différentes phases d'évolution depuis sa formation dans l'épaisseur de la glande, jusqu'à sa sortie dans le canal de l'urètre. Ces faits ont cours dans la science.

M. Lenoir ne nie pas la fréquence des calculs prostatiques, mais il croit que ceux qu'il a rencontrés avaient leur siége dans les canaux éjaculateurs. La nature intime de ces derniers n'est pas bien connue, et il est d'autant plus probable qu'ils ont été pris quelquefois pour des calculs de la prostate que l'on a de la peine à comprendre comment il pourrait s'en former plusieurs successivement dans cet organe.

M. Malgaigne a fait, lorsqu'il était à Bicêtre, beaucoup de recherches sur l'anatomie de la prostate, et il a été frappé de la rareté de ces calculs dont il n'a pas rencontré un seul exemple.

M. Guersant en a vu au contraire un certain nombre dans le même hospice, en faisant faire des manœuvres opératoires sur le cadavre.

M. Deguise fils a présent à la mémoire un fait de calcul de la prostate qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Breschet. C'était chez un enfant qui offrait tous les signes rationnels d'un calcul vésical. La sonde fit reconnaître la saillie qu'il faisait dans le canal. L'instrument de M. Le Roy-d'Etiolles ayant échoué, on fit la taille, et on trouva un calcul unique, sans facettes, enclavé dans la prostate. L'enfant mourut.

M. Laugier ne croit pas à la rareté des calculs prostatiques. Il rappelle qu'il y en a un fort bel exemple dans l'ouvrage du ducteur Marcet. Ces calculs présentent ceci de remarquable, qu'ils sont formés de phosphate de chaux et non pas d'acide urique; ce sont du moins les caractères donnés par les chimistes. Il pense que, quand on les trouve en grand nombre, il vaut mieux tailler que de les extraire un à un, et il se demande si ce ne serait pas le cas où la taille rectale conviendrait.

— *M. Nélaton* a vu ces jours derniers une petite fille de quinze jours chez laquelle il n'y avait pas de traces d'anus; les matières fécales sortaient par le vagin, dans lequel s'abouchait le rectum. Il a cru à la possibilité d'une opération qui aurait pour résultat de ramener l'extrémité de l'intestin dans sa position normale, et il l'exécuta de la manière suivante : il fit au périnée une incision correspondant à la place qu'aurait dû occuper l'anus; le rectum reconnu, il le disséqua et l'isola soigneusement des parties environnantes; il passa un fil dans l'angle qu'il formait inférieurement, puis il le coupa et le détacha du vagin; comme il était mobile, il lui fut facile de l'abaisser un peu; il en saisit le pourtour et le fixa au périnée par quelques points de suture, l'ouverture du vagin se trouva ainsi bouchée naturellement par la paroi antérieure de l'intestin.

Il y a vingt-quatre heures que l'opération a été faite. Aujourd'hui l'enfant va bien, il n'a pas de fièvre, il tette; les matières sortent par l'anus de nouvelle formation, les urines coulent normalement.

— *M. Malgaigne* fait part d'un fait qui, dit-il, est plus rare dans les livres que dans la réalité. Un jeune homme étant tombé d'une certaine hauteur, les jambes écartées, éprouva une grande douleur à la partie supérieure de la cuisse, et il sentit au côté interne une tumeur d'une dureté osseuse. Sans changer de position, ce jeune homme pressa sur cette tumeur, qui disparut en faisant entendre un bruit semblable à celui d'une tête articulaire rentrant dans sa cavité. M. Malgaigne croit qu'il y avait là luxation du fémur en bas et en avant, luxation dont la réduction a été d'autant plus facile qu'elle était incomplète.

Ceci vient à l'appui des expériences qu'il a faites sur l'action musculaire, et dont il a déjà eu l'occasion d'entretenir la Société. Il a démontré, en effet, qu'il fallait un bien plus grand effort pour vaincre la résistance des muscles dans les fractures ou dans les luxations quand ils sont irrités depuis longtemps, que quand on agit au moment de l'accident.

Parmi un certain nombre de faits de luxation récente, il y en a surtout deux qui l'ont frappé par la facilité de la réduction; ce sont deux luxations complètes du coude produites depuis quelques heures seulement, dans lesquelles il a suffi d'une pression excessivement faible pour réduire, et sans le secours des aides. Ces deux cas lui ont démontré la facilité que l'on éprouve quand il n'y a pas encore d'inflammation, et que l'on n'a pas à vaincre la résistance pathologique.

Il ne doute pas que la connaissance de cette facilité à triompher de l'action musculaire au moment de l'accident n'ait une grande influence sur le traitement des luxations avec fracture des têtes articulaires, auxquelles les chirurgiens sont d'avis qu'il ne faut pas toucher, qu'Astley Cooper se contentait de maintenir, et pour lesquelles Delpech a conseillé l'extraction dans quelques cas.

M. Nelaton dit que le fait de Delpech, auquel M. Malgaigne vient de faire allusion, était un cas de fracture avec luxation, dans lequel la tête de l'humérus avait traversé complétement la capsule articulaire, et était venue se loger dans le creux de l'aisselle. Il avait été communiqué à Delpech par M. Houzelot.

M. Laugier, tout en ne niant pas la valeur de ce que vient de dire M. Malgaigne, trouve que les luxations du coude sont mal choisies pour exemple. Il a observé tout récemment une luxation de l'humérus en arrière. La tête se trouvait en arrière et un peu au-dessous de l'épine. L'acromion était très sensible, et au-dessous on trouvait un creux correspondant à la moitié antérieure de la cavité articulaire. Le coude était porté en dedans. Les mouvements, dans ce sens et en avant, étaient faciles. Le plus gêné était celui en dehors et en arrière. La luxation se réduisit facilement, mais elle se reproduisit deux fois. Pour obvier à cet inconvénient, on fut obligé de maintenir le bras solidement; mais le blessé ayant été pris de délire, il y eut une troisième reproduction de la luxation; et comme un certain espace de temps s'était écoulé depuis l'accident, il y eut plus de difficulté à réduire.

Le malade mourut, et à l'autopsie on vit que la luxation s'était encore reproduite; que la tête avait passé entre le petit rond et le sous-épineux, et qu'elle se trouvait à nu sous le deltoïde. Le sus-épineux était déchiré à son insertion, ainsi que le sous-scapulaire. Tous ces muscles étaient très enflammés, et il y avait dans leur centre un foyer de pus sanieux.

M. Malgaigne demande quelle était la portion de la tête qui répondait au côté postérieure de la cavité glénoïde.

M. Laugier répond qu'il ne peut pas le préciser exactement; mais qu'en voyant la position de la tête, toutes les personnes présentes ont cru à une luxation complète.

M. Robert fait remarquer que Boyer, qui rapporte un seul fait de luxation de l'humérus en arrière, signale la circonstance qu'elle se reproduisait avec facilité; ce qui lui avait fait croire à un vice de conformation de la cavité glénoïde. L'observation de M. Laugier est la preuve que l'hypothèse de Boyer est inadmissible et qu'elle est sans fondement.

M. Lenoir croit que dans les luxations ou il y a une large déchirure des muscles et des ligaments, luxations que M. Gerdy a désignées sous le nom de vagues, la réduction est toujours facile, et que le plus difficile est de les maintenir réduites. Dans le cas de M. Laugier, les muscles circonvoisins étaient largement déchirés; aussi il y a eu une grande tendance au déplacement.

M. Malgaigne ne comprend pas très bien ce qu'on a voulu désigner sous le nom de luxations vagues. Aussi, il n'en parlera pas.

Dans la luxation en arrière de M. Laugier, on n'a pas cherché à s'assurer si elle était bien réellement complète, et les deux circonstances capitales que la capsule n'était déchirée que dans une moitié de son étendue et que le bras était en avant, lui suffisent pour déclarer matériellement impossible le déplacement complet. La tête devait être encore sous l'acromion; et si elle avait entièrement abandonné sa place, il y aurait eu une distorsion du bras bien plus exagérée que celle que l'on a observée. La rupture des muscles ne prouve rien, car elle a lieu dans des luxations manifestement incomplètes pour tout le monde. Il est donc bien plus probable que la tête de l'humérus était moitié en avant, moitié en arrière, à cheval sur le rebord de la cavité glénoïde.

M. Laugier proteste contre cette manière d'envisager les luxations, d'après laquelle les déplacements que tous les auteurs donnent comme complets ne seraient que des luxations incomplètes.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 7 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 16. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 6 FÉVRIER 1846.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — CLINIQUE DES HOPITAUX.

Commission permanente du Congrès médical de France.

La Commission permanente a eu l'honneur d'être reçue hier jeudi, à 11 heures, par M. le préfet de la Seine.

M. le président a exposé que, chargée par le Congrès de défendre auprès des pouvoirs divers les vœux qu'il a exprimés dans sa session, la Commission se présentait auprès de M. le préfet pour soutenir un de ses vœux les plus importants et les plus graves, celui relatif à la liberté de l'enseignement clinique menacée par une récente décision du Conseil général des hôpitaux. La Commission espérait qu'après les explications qu'elle allait donner à M. le préfet, il surseoirait à toute ratification de cette décision.

M. le préfet a répondu que l'empressement qu'il avait mis à recevoir la Commission devait lui prouver qu'il sentait toute l'importance et toute la gravité de la question; qu'il était prêt à entendre toutes les explications que la Commission voudrait lui donner, et que son plus vif désir était de concilier les intérêts de la science avec ceux de l'humanité.

Alors, M. le président d'abord, quelques autres membres de la Commission ensuite, ont exposé à M. le préfet les motifs nombreux et puissants qui ont ému le corps médical à la nouvelle de la décision prise par le Conseil général des hôpitaux.

M. le préfet a reconnu la gravité de ces motifs; il en a si bien senti l'importance, que, voulant leur donner un autre caractère que celui qui pourrait résulter d'une conversation fugitive, il a prié la Commission de lui présenter un mémoire écrit sur la question, mémoire qu'il présenterait lui-même au Conseil des hôpitaux, et qu'il soumettrait à sa délibération.

M. le préfet a promis en outre de surseoir à toute ratification, et d'en référer à M. le ministre de l'intérieur.

La Commission s'est retirée en témoignant à M. le préfet toute sa reconnaissance pour les bonnes dispositions qu'il venait de lui montrer.

La Commission s'est immédiatement mise à l'œuvre pour rédiger le mémoire demandé par M. le préfet. Il pourra probablement être publié dans le numéro prochain.

Les démarches de la Commission permanente sont arrivées à temps. On nous communique copie d'une circulaire de l'administration des hôpitaux, adressée aux directeurs de chaque hôpital. Nous ferons remarquer que cette circulaire n'est qu'une explication d'une décision antérieure, décision dont le texte est encore soigneusement caché.

Administration générale des hôpitaux, etc.

Paris, le 4 février 1846.

Monsieur le directeur,

Le Conseil a chargé les membres de la Commission administrative de veiller à ce qu'*aucun cours ni clinique ne soit fait, sous aucun prétexte, par les élèves internes ou chefs de clinique.*

On ne doit admettre, même à la visite du soir, que ceux des élèves externes qui sont nécessaires au service.

Le Conseil recommande également qu'*aucun enseignement ne soit donné par les chefs de service à des personnes du dehors, sans qu'au préalable ils en aient obtenu l'autorisation spéciale du Conseil.*

Vous aurez donc, Monsieur, à prévenir toute infraction à ces règles, et, au besoin, à me signaler celles qui pourraient exister, soit maintenant, soit plus tard.

Agréez, etc.,

L'administrateur de la 2e division,
Signé, BLONNEL.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous signalons au zèle des observateurs un sujet intéressant d'investigations : *le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans la fièvre ou affection typhoïde.* Cet état a été décrit par M. Louis, dans son livre si consciencieux sur l'affection typhoïde, mais non pas, à notre sens, d'une manière suffisante, et telle surtout que l'on puisse mettre les symptômes en regard de la lésion.

Le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans l'affection typhoïde, a été vu sous deux formes par le patient observateur que nous venons de citer : *simple* ou *avec amincissement.* On pourrait dire sous quatre formes, car, dans le paragraphe relatif à *l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac*, on lit : « La consistance de la membrane se trouvait aussi plus ou moins diminuée dans plusieurs cas, et chez trois sujets il se joignait à cette diminution de consistance un épaississement manifeste. » Ainsi, ramollissement simple; ramollissement avec amincissement; ramollissement avec épaississement; ramollissement avec état mamelonné : voilà les quatre formes sous lesquelles la lésion a été observée par M. Louis.

Le ramollissement simple, *celui qui n'est accompagné d'aucune altération de couleur ou d'épaisseur*, eut lieu dans sept cas sur quarante-six. Il fut toujours borné à un espace peu considérable, ordinairement au grand cul-de-sac. Le ramollissement avec amincissement était continu ou par bandes, et plus ou moins étendu, mais généralement plus étendu que le ramollissement simple. Il fut constaté dans neuf cas sur le chiffre total précité.

Peu importe, à notre avis, la forme du ramollissement ; il nous paraît surtout sans intérêt qu'il soit avec amincissement ou simple, comme on dit. Le ramollissement ne doit pas être considéré en lui-même. On doit rechercher son mécanisme et sa signification. A cet égard, M. Louis nous est d'un grand secours. Il dit positivement que le ramollissement est un attribut de l'inflammation aiguë (t. I, p. 151). Comme le ramollissement simple eut lieu sept fois et le ramollissement avec amincissement neuf fois sur quarante-six, voilà seize cas bien comptés d'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, de *gastrite*, dans la fièvre typhoïde.

Le ramollissement, comme on voit, nous conduit à une question bien autrement considérable. Nous ne le perdrons pas de vue toutefois, et nous y reviendrons dans un instant. Suivons la voie où nous venons de nous engager. La couleur plus ou moins rouge est aussi, d'après M. Louis (*loco cit.*), un attribut de l'inflammation aiguë. Or, dans les treize cas où existait l'état mamelonné « la partie de la muqueuse qui en était le siége n'avait plus la couleur qui lui est naturelle. Tantôt elle était d'une légère teinte rouge, tantôt orangeclair, le plus ordinairement grisâtre et bleuâtre. » Ces dernières nuances pourraient faire naître une objection; mais M. Louis la lève à l'avance, en prouvant, par l'exemple des plaques elliptiques de l'intestin grêle, que ces nuances sont des dégradations de la couleur rouge primitive. Il en résulte que ces treize cas, dans lesquels on doit considérer que la membrane était plus ou moins rouge, tout en étant grise ou bleue, doivent être ajoutés aux seize cas de ramollissement, pour compléter le chiffre des gastrites, qui se trouve être de 29 sur le nombre total de 46. Ce n'est pas notre opinion que nous exprimons, c'est celle de M. Louis; seulement, elle se trouve formulée ici, tandis qu'elle ne l'est pas dans son livre.

Revenons au ramollissement.

Le cas qui nous a porté à en parler, n'a pas la valeur d'une observation, puisque l'autopsie n'a pu être faite. Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, fut prise de vomissement répétés de matière verte, porracée. Ces vomissements durèrent pendant quatre mois, avec quelques intervalles d'amélioration légère. L'émaciation se fit lentement, les facultés intellectuelles restant complétement intactes, et le pouls généralement normal. L'exploration de la région susombilicale par le palper et à l'aide du plessimètre, ne fit reconnaître aucune tumeur. Cette exploration fut d'autant plus facile, et on doit en regarder le résultat comme d'autant plus certain, que, dans les derniers temps, la maigreur était extrême. La malade ne pouvait supporter une pression même

FEUILLETON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue le dimanche 25 janvier 1846, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidenee de M. Orfila.

COMPTE-RENDU DE M. LE DOCTEUR PERDRIX, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Une aulre question grave, difficile, bien que digne de nos sympathies, est venue éveiller la juste sollicitude de votre commission générale; elle en a confié l'étude à une commission composée des membres du bureau qui, dans des circonstances éloignées, avaient été à même de l'examiner, et connaissaient les objections et les difficultés qu'elle avait soulevées.

Un médecin honorable de Bercy, M. le docteur Ch. Martin, frappé d'un côté de l'isolement des médecins qui exercent aux portes de la capitale, et de l'autre des avantages et des bienfaits de notre association, a vivement exprimé le désir que les médecins du département de la Saine en fissent partie.

La commission spéciale, Messieurs, après avoir mûrement délibéré, a unanimement déclsré qu'elle trouvait la question trop grave pour se croira suffisamment investie du droit de la résoudre; elle a pensé qu'elle devait être soumise à l'assemblée générale, et a décidé que M. le docteur Ch. Martin, qui agissait par une inspiration personnelle, serait invité à présenter directement sa demande, collectivement appuyée, à l'assemblée générale de janvier 1846.

M. le docteur Martin nous a fait connaître, il y a quelques jours seulement, son intention d'ajournar la présentation de sa demande.

De nombreuses demandes de secours nous ont été adressées. Nous avons accueilli avec empressement celles qui ne pouvaient manquer d'exciter en nous un vif intérêt; en un mot, celles de nos sociétaires que les progrès de l'âge, les infirmités, la maladie, mettaient dans la nécessité de faire valoir leurs droits au bénéfice de l'article 27 de nos statuts; et c'est dans ces circonstances que tout en agissant aussi libéralement qu'il lui est possible de le faire, votre commission générala regrette da ne pas avoir à sa disposition des ressources plus considérables, et disons-le, plus dignes des honorables infortunes qu'elle est appelée à soulager.

Nous avons alloué à des veuves de sociétaires des sommes proportionnées à nos moyens. D'autras veuves de sociétaires continuent à jouir des bienfaits de l'Associatiou à titre de pension et de subvention.

Des veuves de médecins non-sociétaires, des vieillards infirmes étrangers à l'association, déjà secourus plusieurs fois, ont réclamé de nouveau notre assistance, et des secours leur ont été accordés.

L'association, vous le voyez, Messieurs, animée de cet admirable esprit de charité, a voulu porter ses bienfaits en dehors de ses rangs, et les répandre sur des personnes qui lui sont étrangères. Mais votre commission générale, en présence d'aussi nombreuses demandes, a su se montrer sévère à l'égard de celles qui ne s'appuyaient pas sur des titres légitimes, et s'est vue forcée d'en écarter plusieurs, soit parce que les pétitionnaires habitaient les départements, ou qu'ils ne se trouvaient pas dans les conditions de moralité justement exigées, soit, enfin, parce qu'ils avaient déjà reçu de nombreux secours.

Notre honorable président a bien voulu recommander à M. le ministre de la guerre, au nom de l'association des médecins de Paris, la veuve d'un ancien chirurgien de l'armée, qui, grâce à cette démarche, a obtenu une subvention.

C'est aussi par l'intervention de M. le président, d'après le vœu exprimé par l'association, que le fils d'un médecin honorable des départements, enlevé jeune encore à sa famille, a été placé dans un collége royal en qualité d'élève du gouvernement.

La commission générale en appliquant sagement les dispositions qui vous régissent, a donc aussi répondu dignement à vos intentions.

La situation de nos finances s'améliore de plus en plus. Notre cspital social placé en rente 5 o/o sur l'Etat, nous donne aujourd'hui un revenu annuel d'envirou 3,000 francs. La modification apportée à l'article 21 de vos statuts, coutribuera à l'accroissement progressif de ce capital, et nous avons l'espoir fondé que dans quelques années, grâce à la gestion si bien entendue de M. le trésorier, grâce aussi au concours unanime de nos sociétaires, nos ressources répondront à nos besoins.

Le tableau que nous avons l'honneur de mettre sous vos yeux, dressé par les soins de M. le docteur Vosseur, vous expose la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1845.

Recettes.

	fr.	c.
Le 1er janvier 1845, en caisse,	669 fr.	00 c.
Cotisations,	5,496	00
Dons et admissions,	2,194	00
Rentes, deux semestres,	2,785	00
Total,	11,144 fr.	00 c.

Dépenses, emploi.

	fr.	c.
Secours sur le sixième des cotisations,	840 fr.	00 c.
Sommes allouées à quatre sociétaires et à trois veuves de sociétaires,	4,200	00
Dépenses de gestion, imprimés, etc.,	722	40
Achat de 220 francs de rentes,	5,215	60
Total,	10,978 fr.	00 c.

Balance.

	fr.	c.
Recettes,	11,144 fr.	00 c.
Dépenses et emploi,	10,978	00
Reste,	166 fr.	00 c.
Le 1er janvier 1846, il reste en caisse,	166 fr.	00 c.

L'Association possède aujourd'hui une rente sur l'Etat de 2,930 fr.

Si vous comparez, Messieurs, le tableau de la caisse de 1845 avec celui de la caisse de 1844, vous noterez une différence très grande dans les recettes de 1844 et celles de l'année qui vient de s'écouler. En 1844, le total des recettes était de 9,495 fr.; en 1845, il s'est élevé à 11,144 fr. Différence en faveur de l'année 1845, de 1,649 fr.

Vous remarquerez aussi que les sommes qui ont été accordées aux membres de l'association ont été de 5,040 fr.; chiffre un peu inférieur, mais à peu près égal à celui des sommes allouées en 1844 Cependant vos rentes, qui, en 1844, ne s'étaient accrues que de l'achat de 125 fr. da rentes, se sont, en 1845, augmentées de l'achat de 220 fr. de rentes 5 o/o. Ce qui porte aujourd'hui les rentes de l'association à la somme de 2,930 fr.

Cet état prospère, cette amélioration croissante, vous le devez, Messieurs, à la sage prévoyance qui vous a fait adoptar la proposition qui vous était fsite de porter à 20 fr. la cotisation annuelle des membres nouveaux.

Vous avez laissé à la générosité toute volontaira de vos anciens sociétaires le soin d'augmenter eux-mêmes leur cotisation annuelle. Votre appel a été entendu, et aujourd'hui au lieu de trente-six membres à 20 fr., vous en avez cent huit. Et cependant, cette nouvelle modification date à peine d'un an.

Espérons, Messieurs, qu'un grand nombre d'autres de vos ancieus sociétaires connaissant cette nouvelle modification, s'empresserout d'imiter le généreux exemple qui leur a été donné, et de porter eux-mêmes, volontairement, leur cotisation annuelle à 20 fr.

Nous ne craignons pas de faire appel à leur générosité, et nous sommes sûrs que nos paroles trouveront de l'écho et de la sympathie dans leurs cœurs.

légère sur la région épigastrique. La langue était rouge à la pointe, lancéolée, et aride sans être positivement sèche.

Nous avons considéré ce cas comme un exemple de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac ; mais, nous le répétons, la certitude absolue n'est pas acquise. C'est un de ces faits qui inspirent une vue, poussent à une recherche, marquent un but à l'observateur, servent ou peuvent servir à faire prouver quelque chose, mais qui eux-mêmes ne sont pas des preuves.

Nous avons interrogé plusieurs médecins parmi ceux qui tiennent le premier rang dans les hôpitaux de Paris, et ils nous ont parlé du ramollissement de l'estomac comme d'une altération anatomique observée quelquefois sur le cadavre à la suite de la fièvre typhoïde, mais non pas comme d'un état spécial, constituant une maladie distincte de la première et lui survivant.

Chez quelques malades, il y a des vomissements dans la convalescence, et ces vomissements, d'après M. le professeur Andral, sont combattus avantageusement par les applications de sangsues à l'épigastre. Ne peut-on pas supposer un état plus grave qui serait précisément celui de la jeune femme dont nous venons de parler, et qui, se terminant par la mort, consisterait anatomiquement dans un ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac ? « Tous ceux qui eurent à la fois des douleurs épigastriques et des vomissements de bile avaient cette membrane plus ou moins profondément altérée. » Cette phrase est extraite du livre de M. Louis. Notre malade eut des vomissements de bile et des douleurs épigastriques ; il est donc extrêmement probable qu'elle avait la membrane muqueuse gastrique *profondément altérée*, et, selon toute vraisemblance, ramollie. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt qu'il y aurait à bien connaître un pareil état. N'aurait-il pas quelque rapport avec cette infiltration sanguine de la muqueuse stomacale dont un sujet, mort dans le service de M. Alquié, nous a fourni un exemple et dont nous avons parlé ici ? La membrane était épaissie, ecchymosée, rouge partout, d'un rouge noir dans certains points, et nous rappela aussitôt l'aspect que présente celle des animaux auxquels on a fait ingérer du deutochlorure de mercure à dose toxique. On comprend bien qu'une membrane ainsi frappée dans sa texture perde son ressort à jamais. Nous ne voyons pas, dans l'ouvrage de M. Louis, que cet état hypérémique violent ait été observé par ce médecin. Voilà cependant deux cas dans lesquels, à notre connaissance, il a existé : dans l'un de ces faits, il avait été témérairement attribué à l'usage d'un éméto-cathartique. Nous ne terminerons pas sur ce sujet sans faire remarquer que la membrane muqueuse d'une grande partie de l'intestin grêle était ramollie chez le sujet dont nous citions l'exemple dernièrement, et qui avait succombé à cet énorme encéphaloïde du cerveau après avoir été affecté de fièvre typhoïde.

En résumé, le ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale, mais surtout gastrique, pouvant succéder à la fièvre typhoïde, sans être encore un état bien démontré par l'observation, nous semble très probable, et il y a lieu de faire des recherches dans ce sens.

A un point de vue plus général, et quel que soit notre respect envers des autorités aussi imposantes que M. le professeur Chomel et M. Louis, nous croyons qu'il y aurait lieu de revoir aujourd'hui ce qui a rapport aux lésions de la membrane muqueuse gastro-intestinale, autres que celles des follicules, dans la fièvre typhoïde. Il nous paraît impossible en raison de considérer comme purement *accidentelles* des lésions qui, d'après les faits de M. Louis, analysés plus haut, se montrent 29 fois sur 46.

— Un homme portait une hydrocèle très volumineuse, non transparente. Une ponction, pratiquée pour évacuer une partie du liquide et isoler le testicule, permit de reconnaître un épaississement extrêmement considérable des parois. On aurait pu pratiquer l'excision de la plus grande partie de ces parois. M. Baudens préféra essayer de fondre la masse indurée en y excitant la suppuration. Dans ce but, une incision de deux centimètres environ ayant été faite à la poche, l'opérateur y introduisit un doigt, avec lequel il souleva les parois de la tumeur dans le point diamétralement opposé, où celle-ci fut pareillement incisée; puis une grosse mèche en coton fut passée à travers les deux ouvertures, ayant son plein dans la cavité de la séreuse testiculaire épaissie et indurée. Une suppuration abondante s'est établie dans cette cavité, et la tumeur s'est réduite d'une manière très sensible, en proportion de la quantité de pus qui a été sécrétée. Quelques vomissements ont inspiré de l'inquiétude pendant les premières vingt-quatre heures après l'opération ; mais il n'y avait aucune douleur à la pression dans l'abdomen, le pouls était normal, et ce symptôme a cédé à l'administration de l'eau de Seltz.

— Dans les parties qui sont le siége d'une inflammation violente, la soustraction du calorique par la glace n'est point telle que l'on ne puisse constater encore un excès de chaleur sous le topique réfrigérant. Cette circonstance a suggéré à M. Baudens l'idée d'employer un degré de réfrigération inférieur à celui que l'on peut obtenir avec la glace seule. Il a donc appliqué un mélange de sel et de glace pilée. Cette application a été faite sur un garde municipal qui a eu le pouce de la main droite renversé dans une chute, à tel point que les parties molles de la face palmaire de ce doigt ont été déchirées en travers. L'inflammation, l'engorgement étaient des plus considérables; la douleur était violente. Nous entrerons dans plus de détail sur ce cas, lorsque nous ferons connaître le résultat définitif. Dès à présent, nous pouvons dire que le soulagement a été instantané par l'application du mélange réfrigérant, mais que bientôt il a fallu revenir à une température moins basse.

— Nous avons parlé à plusieurs reprises de la distinction qu'il convient d'établir entre les engorgements ganglionnaires suivant qu'ils sont idiopathiques ou symptomatiques. Nous avons cité des exemples remarquables d'engorgements de cette dernière espèce. Il vient de s'en présenter un cas dans le service de M. Baudens, au Val-de-Grâce.

Un homme avait du côté droit du cou un engorgement ganglionnaire assez volumineux qui, traité par divers moyens, n'éprouva aucune espèce de changement pendant plus de deux mois. M. Baudens, surpris de ce résultat si complétement négatif, examina avec grand soin les différentes parties où il était supposable que pût exister une irritation locale capable de réagir sur les ganglions cervicaux. Il trouva sur l'amygdale correspondante, un peu tuméfiée, une ulcération qui fut plusieurs fois touchée avec le nitrate d'argent. Aucun mouvement résolutif ne se produisant dans la tumeur glandulaire, le chirurgien se décida à exciser la portion du follicule agminé sur laquelle se trouvait l'ulcération. Depuis cette petite opération, l'adénite a diminué rapidement, et aujourd'hui on peut considérer la résolution comme complète.

— Il est possible que l'on ait plusieurs fois confondu l'inflammation de la veine dorsale de la verge avec une angéioleucite du fourreau. Dans le cas suivant, il n'est pas douteux que l'on n'ait eu affaire à une phlébite. Un homme de constitution moyenne était entré au Val-de-Grâce (service de M. Marchal, de Calvi) avec une blennorrhagie. Comme il existait un point douloureux dans le canal, on fit une application de quinze sangsues. Plus tard on administra le cubèbe uni au copahu. L'écoulement se tarissait, lorsque tout à coup le malade se plaignit d'une douleur vive le long de la verge supérieurement. Le prépuce, œdématié, présentait un volume considérable. Le toucher faisait reconnaître, le long de la face dorsale de la verge, à la partie moyenne exactement, un cordon très net, du volume d'une grosse plume, dur, douloureux, qui se perdait en s'enfonçant au-devant du pubis. On porta en note, à la colonne d'observation : *Inflammation de la veine dorsale de la verge; obstruction de cette veine par des caillots; œdème consécutif du prépuce.* On fit plusieurs applications de sangsues, qui furent suivies d'onctions mercurielles. Il s'était formé quelques plaques phlegmoneuses, dont une, à la racine de la verge, au-dessus de la veine, suppura, et fut ouverte. Une autre plaque, plus volumineuse que celle là, et occupant le pénil, se dissipa. A aucun moment de la maladie, il n'y eut de frissons erratiques. Aujourd'hui, le cordon formé par la veine est à peine appréciable, et l'œdème a disparu.

Nous avons admis comme non douteuse, dans ce cas, l'existence d'une phlébite dorsale de la verge. Et, en effet, dans l'hypothèse d'une angéioleucite, les ganglions de l'aine eussent été engorgés, douloureux, et ils ne l'étaient pas. L'anatomie permet d'ailleurs de résoudre la question positivement. Ce n'est pas sur la ligne médiane de la face dorsale de la verge, là où existait le cordon chez notre malade, que se trouvent les vaisseaux lymphatiques de cette partie. Ces vaisseaux, qui forment un réseau d'une richesse extrême à la surface du gland, se réunissent beaucoup plus volumineux et beaucoup moins nombreux en arrière du gland, à l'extrémité balanique des corps caverneux, qu'ils entourent d'une couronne flexueuse parfaitement dessinée et très remarquable. C'est de cette couronne que partent, pour se porter longitudinalement en arrière, deux, rarement un plus grand nombre de vaisseaux lymphatiques, *plus ou moins éloignés* de la veine dorsale, *sur les côtés*, et incapables de former une corde aussi volumineuse que celle observée chez le malade du Val-de-Grâce.

Reste à expliquer comment, dans une blennorrhagie en voie de guérison, un pareil accident a pu se produire. S'il était survenu à la suite d'une injection caustique suivant la méthode de M. Debeney, on n'aurait pas manqué de l'attribuer à ce moyen thérapeutique.

— Puisque nous venons de mentionner les injections caustiques, citons deux cas dans lesquels elles ont été employées avec un avantage marqué, dans le service du même chirurgien, au Val-de-Grâce. Ce n'est pas à titre de moyen abortif qu'elles ont été prescrites dans ces deux cas. Il s'agissait de deux individus dont la blennorrhagie était extrêmement douloureuse. Chez l'un, le spasme atteignait presque à l'état convulsif durant la miction ; l'état de l'autre était encore plus fâcheux, en ce que le spasme, sans être aussi violent, était continuel. Ce dernier malade ne pouvait se placer dans le décubitus horizontal tant la douleur devenait insupportable. Il était obligé de rester assis et de se tenir courbé dans son lit. Depuis quinze jours on lui avait appliqué soixante-cinq sangsues ; il s'était baigné journellement. Chez l'un et chez l'autre, une injection de nitrate d'argent à 1 gr. 50 centigr. pour 30 gr. d'eau, firent cesser le même jour l'état spasmodique. L'amélioration fut des plus marquées.

— Il y a eu dans la même salle, par suite des conditions atmosphériques régnantes, plusieurs surdités, accompagnées d'angine gutturale purement muqueuse, c'est-à-dire sans engorgement folliculaire et sans inflammation du tissu cellulaire. Des cautérisations de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent en crayon, et des injections émollientes dans la

---

Dans quelques années, cette légère libéralité aura créé un fonds de réserve de 6 à 7,000 fr., qui viendra, chaque année, s'ajouter à votre capital social. Ainsi, comme nous avions l'honneur de vous le dire l'année dernière, « en adoptant cette proposition, vous donnerez à vos libéralités, en même temps qu'à vos ressources, une plus grande extension. »

Le nombre de vos sociétaires s'accroît chaque année; mais remarquez, Messieurs, que nos pertes rendent cet accroissement moins sensible, nous avons encore à vous annoncer la perte de huit sociétaires :

Le vénérable Ribes, médecin en chef des Invalides, une des gloires de la médecine militaire, cet homme de bien uni à Larrey par l'amitié, comme il devait l'être par la conformité de leurs principes, à Larrey que nous avons aussi perdu, il y a quelques années, mais qui a laissé parmi nous un fils digne de porter cet illustre nom et de soutenir cette grande renommée;

Ollivier d'Angers, dont la vie fut si bien employée et si active qu'elle semblait prévoir sa courte durée, Ollivier, frappé à quarante-neuf ans comme par la foudre, laissant des travaux utiles et des écrits inachevés qui doivent l'être.

Enfin, Messieurs, nous avons à regretter les honorables praticiens Sterlin, Piet, Olivier, du 2e arrondissement; Petit, du 12e; Fournier, de Montmahou.

Trois sociétaires, MM. Grollet, Wauner, Rattier (Léon), ont quitté Paris.

Un sociétaire a été considéré comme démissionnaire par application de l'art. 21 de votre règlement.

Votre Commission générale a admis, cette année, vingt-deux nouveaux membres, qui sont messieurs les docteurs :

Désormeaux, Moreau, Porre, Vasseur, Chassaignac, Mac-Carthy, Oliffe, Ducos, Béhier, Aubin, Payen, Pinel, Blatin, Lemarchand, Serrurier, Piet, Fournier, Wernicki, Deschamps, Baron fils, Collin de Larbre, Labrunie.

Les comités d'arrondissement nous ont prouvé par leur active surveillance qu'ils avaient compris l'importance de la mission qui leur est confiée chaque année. Nous espérons que le zèle qui les dirige ne se ralentira pas devant ces nombreux et déplorables abus dont la répression se montre si difficile malgré nos efforts persévérants, et l'appui que nous trouvons auprès de l'autorité judiciaire.

M. le président a bien voulu porter à la connaissance de l'autorité administrative, au commencement de l'année 1845, le résumé de nos travaux depuis la création de notre institution. En remerciant notre président de sa communication, M. le préfet de la Seine a répondu que le but de l'association des médecins de Paris lui avait paru éminemment utile et avait fixé toute son attention, et qu'il avait vu en même temps avec un vif intérêt les heureux résultats qui avaient déjà été obtenus.

Les départements ont entretenu avec nous des relations plus nombreuses et plus fréquentes que les années précédentes.

L'association médicale de la Sarthe nous envoie chaque année le compte-rendu de ses travaux, qui prouvent la bonne direction donnée à cette institution. Nous avons aussi reçu les statuts de plusieurs arrondissements de départements associés depuis quelque temps.

Une institution, fondée et organisée sur les bases de la nôtre, l'association des médecins du département du Bas Rhin, nous a adressé le compte-rendu de ses travaux et de sa gestion ; nous y avons remarqué les justes hommages rendus à notre institution et à nos efforts par M. le professeur Ehrmann, président de l'association des médecins du Bas-Rhin, et par M. le docteur Schaaf, secrétaire. Ces hommages honorent trop les deux associations pour que les paroles de M. le président et de M. le secrétaire ne trouvent pas place ici.

« L'esprit et le but de notre association, a dit M. le professeur Ehrmann, se rapprochent de ce qui existe déjà soit à Paris, soit dans quelques départements. L'infatigable activité du doyen de la Faculté de médecine de la capitale a su imprimer une salutaire impulsion à ces établissements, et la prospérité de l'association de nos confrères de Paris témoigne du zèle et de la persévérance qu'ont mis les fondateurs pour arriver au terme de leurs désirs. »

M. le secrétaire a ajouté :

« Vous ne l'ignorez pas, Messieurs, la première idée de notre association nous est venue de la capitale ; là, cette belle et généreuse pensée fut réalisée, il y a douze ans déjà, avec un empressement remarquable et, depuis, ses éclatants succès dans sa double tendance de bienfaisance et de moralisation témoignent de l'utilité et de l'excellence de semblables institutions. »

Ainsi, Messieurs, les départements s'organisent à votre exemple, et vous rendent la justice qui vous est due. Bientôt, nous l'espérons, tous les départements auront réclamé votre concours; et qui, mieux que votre secrétaire général, peut fonder cette espérance, lui à qui vous avez confié l'honneur de recevoir toutes les communications et le soin d'y répondre, et qui va vous apprendre que, dans cette dernière année, les départements des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne, de l'Ain, de l'Aisne, de la Meurthe, de la Moselle, des Vosges, de la Côte-d'Or, du Puy-de-Dôme, de l'Yonne, d'Eure-et-Loir, de Seine-et-Oise, etc., lui ont demandé votre règlement et les moyens de le mettre à exécution !

La presse médicale de Paris, qui n'est jamais divisée d'opinion au point de vue des intérêts de l'humanité, se fait un devoir d'encourager tout ce qui tend à rétablir l'unité de la profession, et, nous devons l'en remercier, enregistre avec soin chaque année les faits qui se rapportent à l'association des médecins de Paris, rendant ainsi un juste hommage à l'importance de cette institution.

C'est la presse médicale qui va porter au loin nos actes, et voilà qu'au delà des mers, dans nos colonies, à la Guadeloupe, les médecins de la Pointe-à-Pitre, menacés et frappés dans leur indépendance, réduits à l'impuissance de l'isolement, presque sans défense contre des prétentions plus ou moins arbitraires, s'émeuvent à la pensée de leurs frères de France, et, se plaçant sous la protection de l'association des médecins de Paris, s'adressent à vous dans ces termes si nobles et tout à la fois si touchants que je ne voudrais pas en retrancher un seul :

« Sentinelles avancées, quand loin de la mère-patrie nous nous portons à la défense de nos prérogatives les plus sacrées, nous aimons à croire que votre appui ne nous faillira pas, et que vous nous aiderez à sortir victorieux d'une lutte où sont mis en péril les intérêts de l'humanité, la dignité de l'art et l'inviolabilité de la profession. »

Vous avez répondu à cet appel. Ces sentiments élevés qui sont les vôtres, Messieurs, vous les avez accueillis unanimement, et vous avez remis cette noble cause dans des mains dignes de la défendre. Vous l'avez confiée à un homme de bien, toujours animé pour vous d'un zèle que rien n'égale, si ce n'est le dévouement le plus désintéressé. Votre conseil judiciaire, Me Boullanger, qui comprend si bien vos droits et vos prérogatives, et qui vous l'a prouvé, a développé et soutenu avec un talent remarquable, dans une savante consultation, le principe de l'inviolabilité du secret, principe si en harmonie avec les inspirations de votre conscience et le sentiment de vos devoirs.

Une autre lumière du barreau, Me Paul Fabre, avocat à la cour de cassation, en défendant nos confrères des colonies, a plaidé la cause du corps médical avec un talent auquel nous aimons à rendre hommage.

Permettez-nous, Messieurs, de vous citer ces belles paroles de M. l'avocat-général Quesnault :

« Il faut se garder de violenter la conscience des témoins. Le domaine de la conscience est celui de la liberté morale. L'intérêt public, l'intérêt de l'humanité exigent que toutes les conditions nécessaires à la liberté, à la sûreté, à l'efficacité de l'art de guérir soient respectées. »

Si malgré tant d'efforts le succès n'a pas été complet; si l'un des médecins de la Pointe-à-Pitre a dû souffrir de l'interprétation de la cour, tel qu'il est, cependant, l'arrêt de la cour suprême n'en consacre pas moins les droits et les prérogatives du corps médical.

Tout récemment, Messieurs, dans une grande manifestation non moins remarquable par l'imposante adhésion qu'elle a obtenue que par la prodigieuse rapidité de ses travaux, et qui restera un fait considérable par son objet lui-même, nous avons donné des preuves de la

trompe d'Eustache, ont amené une prompte guérison. Chez tous les malades dont il s'agit, l'air ne faisait pas claquer la membrane du tympan de dedans en dehors, lorsque, les narines et la bouche hermétiquement closes, ils faisaient une forte expiration. C'est là, on le sait, le signe de l'obstruction des trompes.

La rapidité de la cure et l'efficacité des injections dans le conduit gutturo-auriculaire ont été vraiment remarquables dans tous ces cas. Chez l'un des malades, une déviation de la cloison, à gauche, rendit l'introduction de la sonde difficile de ce côté.

X...

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 févier. — Présidence de M. MATHIEU.

M. Serres (d'Alais) lit le mémoire suivant:

L'Académie a été bien souvent entretenue du bégaiement et des autres vices de la parole; la rappeler encore sur ce même terrain est peut-être une indiscrétion pour laquelle je réclame toute son indulgence.

Mon but est de soumettre à sa haute appréciation des résultats pratiques et d'observation qui portent avec eux un caractère évident d'utilité. Ils intéressent à la fois et l'art et la science, l'homme bègue, et généralement tous ceux qui veulent parler en public.

Les récidives à la suite des tentatives faites pour guérir le bégaiement ont été si nombreuses, les cures ont été si rares et si contestées, qu'il est convenable de faire connaître les véritables causes de ces récidives, les conditions sans lesquelles il n'y a pas de succès possible, en exposant un système de guérison jugé par une longue expérience faite sur moi-même.

Animé d'un ardent désir de retrouver la liberté de la parole, je commençai, il y a déjà plus de vingt ans, à combattre le bégaiement dont j'étais affecté. Cette lutte, considérable dans les premiers temps, est devenue insensiblement moins grande. Elle a fini par devenir un véritable jeu; son efficacité ne s'est pas démentie. Les personnes qui m'ont suivi de près peuvent rendre ce témoignage.

Depuis cette époque, pas un seul jour, pas un seul instant, je n'ai cessé d'avoir présent dans ma pensée les moyens qui m'ont rendu et me rendent encore tant et de si grands services.

Loin de surcharger l'intelligence, cette préoccupation constante est devenue, au contraire, avec le temps, une occasion d'allègement marqué pour elle, et qui s'est fait sentir en raison directe de la diminution de mon aptitude à bégayer. Cette aptitude, commune à tous les bègues, persistera probablement toute la vie; mais je continuerai à la dominer en mettant en pratique les principes suivants, que je puis formuler d'une manière assez nette, assez précise, pour les soumettre à l'Académie. Ils peuvent se résumer dans les suivants: 1° Une *volonté inébranlable;* 2° l'*équisyllabisme;* 3° les *gestes régulateurs* et *modulateurs des sons.*

1° *Volonté inébranlable.*

Ce que j'ai dit il y a dix ans, je le répéterai ici; les résultats temporaires reprochés à toutes les méthodes dépendent moins de ces méthodes elles-mêmes que du défaut de volonté, de patience, et je dirai même de courage, dont il faut être nécessairement doué pour les rendre profitables et permanents. Le travail intellectuel, dans la lecture, étant peu de chose, le sujet peut consacrer son attention aux principes coordonnateurs des sons, et obtenir sans trop de peines des résultats aussi prompts que durables.

Pour la parole improvisée, la difficulté est tout autre. La construction de la phrase, le choix des mots propres, le classement et le développement des idées, la convulsion des muscles, la peur de mal parler absorbent la pensée du bègue, le troublent et le confondent.

Seul, en rapport avec lui-même, il lit et parle bien sans bégayer, comme nombre d'hommes qui n'ont pas ce défaut, lisent et parlent bien devant quelques personnes.

Mettez, au contraire, le bègue vis à vis de son semblable, et placez les hommes dont nous parlons en présence d'une assemblée nombreuse et inaccoutumée; les uns et les autres, en proie à une émotion plus ou moins grande, ne seront plus les maîtres de leurs idées, et par suite des signes phonétiques qui doivent les traduire.

Le travail intellectuel et moral qui préside alors à l'élaboration et à l'émission de la pensée, exige un recueillement que viennent souvent détruire des émotions étrangères; il n'y a plus d'idées nettes; de là l'extrême confusion du langage; ou bien celles ci sont parfaitement lucides, et les mouvements articulateurs sont laissés dans l'oubli.

Cette excessive disposition au trouble de l'esprit et de l'âme, par le fait seul de la parole, en dehors de l'isolement, constitue un fait très intéressant, l'état ordinaire du bègue avec toute la ténacité d'une longue et fâcheuse habitude.

C'est donc contre cet obstacle, cette transformation à opérer dans sa nature intime, que viendront se briser toutes les méthodes passées, présentes et futures, si elles ne sont assises sur une volonté inébranlable, allant d'elle-même au devant des épreuves. Ceci ne s'applique pas seulement aux personnes qui bégaient; celles qui bredouillent auront à subir les mêmes exigences d'opiniâtreté à ne jamais perdre de vue les principes simples que nous allons mentionner.

2° *Equisyllabisme.*

L'indication la plus importante à remplir dans la cure du bégaiement et du bredouillement, maladie bien plus commune encore que la première, consiste à opposer l'ordre au désordre des syllabes, en mettant entre elles des intervalles égaux.

On surveille ainsi d'une manière toute mentale leur déroulement régulier, et l'on évite le chevauchement, la répétition, le prolongement ennuyeux et fatigant des sons.

La régularisation syllabique, si puissante d'action contre ces *névroses morales*, est entièrement conforme au sens général de la constitution des langues modernes, plus particulièrement de la langue française, dont le caractère est essentiellement équisyllabique.

Longtemps mise en pratique, elle peut rendre les services les plus signalés, pourvu que l'on ait soin d'étendre largement les mouvements des muscles vocaux, afin de leur donner, à la longue, la docilité, la souplesse et la vigueur qui leur manquent.

Toutes les syllabes, les muettes exceptées, doivent prendre le même temps, être bien articulées et parfaitement liées entre elles. Voilà une règle fondamentale avec laquelle il faut s'identifier, et dont la monotonie sera atténuée par l'accent, l'intonation, l'écoulement lent ou rapide de certains groupes de syllabes conservant entre elles, cependant, des espaces relativement égaux.

3° *Gestes régulateurs et modulateurs des sons.*

A. *Gestes régulateurs.* — L'action seule de l'intelligence ne peut toujours suffire à la régularisation des syllabes. A la première difficulté de la prononciation, il devient indispensable d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie du corps isochrones avec la sortie des syllabes. Alors celles-ci apparaissent sans peine, sans gêne, et dans un ordre parfait.

B. *Gestes modulateurs.* — Puis, s'il devient utile d'élever mécaniquement la voix, de lui faire subir des inflexions et des modulations, ces mêmes gestes, convenablement renforcés, convertis en sortes de *pédales*, concourent à l'accomplissement de cette fonction physiologique.

Ici, l'action du geste, par la voie des solidarités et des connexions musculaires, remonte jusqu'à la poitrine et devient expiratrice; elle s'associe alors à celle du thorax, qu'elle renforce harmoniquement, selon la nature de l'idée.

Les bègues et les bredouilleurs ressentiront promptement l'heureuse influence de cette action.

Désormais la parole devra tout dire. La langue d'action, si son intervention est nécessaire, sera tenue de marcher parallèlement avec la langue phonétique, sans se séparer de cette dernière, comme cela arrive chez les sujets qui, ayant l'expression vocale difficile, trouvent très commode de remplacer la parole par le geste imitatif.

Voyons maintenant si ces principes, appliqués aux redressements des perturbations nerveuses de la parole, sont un pur artifice de notre part, ou s'il sera possible de les rattacher aux lois naturelles qui président à l'émission des sons articulés...

Etant personnellement intéressé à diriger nos observations du côté du geste considéré dans ses rapports plus ou moins intimes avec l'acte important de la parole, nous avons suivi, avec l'attention la plus scrupuleuse, l'homme qui parle bien; nous l'avons vu dans l'intimité, dans le monde, au barreau, sur nos chaires évangéliques, partout; toujours nous avons constaté la mise en œuvre, et tout instinctive, de son influence physiologique.

Nos remarques, vérifiées par vingt années d'observations et d'expériences, chaque jour renouvelées, nous ont convaincu que le geste n'était pas uniquement destiné à faire connaître à nos semblables nos sentiments et nos pensées, formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole. Là, selon nous, ne se bornait pas sa précieuse mission, et c'est pourtant dans cette sphère étroite qu'il avait été jusqu'alors resserré.

Ces mouvements instinctifs, compagnons inséparables de la voix de l'homme, tout ce travail matériel, synergique, considéré dans son ensemble, analysé dans ses détails, n'est souvent qu'un véritable appareil d'instrumentation couvert par la propriété *expressive*, au point qu'il avait échappé à l'investigation des artistes, des philosophes et des physiologistes eux-mêmes.

Les uns et les autres ne voyaient dans le geste autre chose que le symbole de nos idées, lorsqu'il est de la plus haute évidence qu'il est également le régulateur et le modulateur des sons, et que, sans cet effet matériel, la voix humaine perdrait son plus séduisant prestige, ses variétés infinies de tons et de nuances.

Pour découvrir la propriété vocalisatrice du geste, il suffit de se placer en face de l'orateur et de l'observer attentivement.

Sa voix est sûre, ferme; le geste est son soutien. Au commencement de certaines phrases, il imprime à son bras, à sa main une secousse proportionnée à l'intensité du son émis; plus tard, il en imprime deux, puis trois, et enfin la sortie de chaque syllabe marche parallèlement avec elles.

Cherchez alors un rapport quelconque entre ces mouvements et la pensée: devinez celle-ci?

Impossible dans la plupart des cas. L'on en voit, au contraire, de si nombreux s'établir entre l'apparition des syllabes, leur modulation, et ceux des autres parties du corps, au point de vue de la régularité de l'intensité syllabique, qu'on est tenté parfois de les regarder comme les seuls émissaires des sons.

La voix est douce et moelleuse, quand le geste est doux et moelleux; elle est vive et brusque, lorsqu'il est vif et prompt.

L'usage trop fréquemment isolé du geste expressif est le signe certain d'une grande difficulté d'élocution, comme la prédominance du geste vocalisateur est l'indice assuré d'une heureuse disposition contraire.

Les trois propriétés *expressive*, *régulatrice* et *modulatrice* du geste sont destinées à se combiner entre elles, dans des proportions que l'observateur apprécie sans avoir la prétention de devenir le conseiller de l'artiste, mais dont il peut faire une heureuse application chez les hommes moins privilégiés sous le rapport de la faculté de l'élocution.

Dieu me garde de vouloir sortir de mon rôle de médecin et de physiologiste, en cherchant à pénétrer plus avant dans les mystérieuses profondeurs du génie!

L'orateur seul pourrait poser les règles d'une bonne gesticulation, et s'il avait l'indiscrétion de faire l'essai d'une telle philosophie de son art, il le perdrait peut-être pour lui-même.

Telle est parfois la nature de l'instinct, de descendre lorsqu'il veut s'élever à la hauteur de l'intelligence.

Comparez ces observations générales aux principes de la méthode, dont nous conseillons l'usage *incessant* aux bègues, aux bredouilleurs, à l'instant même vous saisirez leur analogie et, mieux encore, leur parfaite identité.

D'autre part, mettez en parallèle ces mêmes principes avec les moyens connus et proposés jusqu'à ce jour, tels que le renversement de la langue en arrière, son application contre les incisives, le martelage rhythmique, etc., *à priori* vous jugerez des différences pratiques obtenues par les uns et par les autres.

Ces moyens sont sans rapports intimes avec ce fait grave, que *la voix du bègue est libre lorsqu'il est seul;* ils ne font aucune part à l'influence équisyllabique pure, condamnent le geste, incompris dans ses propriétés phonétiques, à un rôle masqué, et confondent enfin le chant avec la parole; car ce qui fait que l'on chante sans bégayer, c'est précisément parce qu'on ne parle pas en chantant. Les conditions fondamentales de la parole et de la marche sont l'égalité des syllabes pour l'une, et l'égalité des pas pour l'autre; comme leur inégalité est le caractère fondamental du chant, de la danse et du bégaiement lui-même. Cette infirmité est donc la plus détestable de toutes les psalmodies.

Cette courte lecture donnera peut-être une idée très imparfaite du système de traitement qui vient d'être sommairement esquissé; car son efficacité et sa valeur ne doivent être bien mises en relief que dans une exposition orale.

Sans prétendre donc, en aucune manière, avoir exposé dans tous ses détails le système que nous avons opposé à notre bégaiement, nous croyons pouvoir le formuler en quelques propositions qui en feront ressortir les résultats généraux.

Propositions.

1° La plupart des vices de la parole, et en particulier le bégaiement, ne peuvent disparaître si les individus qui en sont atteints ne sont animés d'un désir très grand d'en être débarrassé, et si ce désir

---

sympathie qu'éveilleront toujours en nous les intérêts de la société et les besoins du corps médical.

Grâce au principe de l'association, ces besoins, Messieurs, expression d'un vœu général, ont été compris. Une promesse solennelle nous fait espérer qu'enfin cette loi sur l'organisation de la médecine, si impatiemment attendue, va être présentée aux pouvoirs de l'Etat.

Il est aussi, Messieurs, un de vos vœux les plus ardents dont nous voudrions avoir à vous annoncer aujourd'hui la réalisation: nous n'avons encore à vous apporter que des espérances; ces espérances, disons-le, s'appuient sur les bienveillantes dispositions des diverses administrations auprès desquelles notre honorable président a bien voulu faire des démarches en nous adjoignant à lui.

Alors que les services rendus par le corps médical ne sont plus contestés, et que naguère ils étaient publiquement reconnus et consacrés par une puissante approbation, nous avons pensé que notre grande association, qui représente le corps médical de Paris, devait faire valoir les siens, et pouvait, par leur nature, prétendre aux droits des sociétés d'utilité publique.

Nous avons donc mis sous les yeux du gouvernement le résultat des travaux de l'association depuis sa fondation, et, répondant à vos désirs unanimes, nous nous sommes présentés avec confiance, avec espoir à la sanction du roi.

Si, contre notre légitime attente, nos vœux n'étaient pas satisfaits, nous penserions que de graves préoccupations d'intérêts d'un autre ordre auraient pu seules nous empêcher d'être compris, et nous ne verrions en cela qu'un ajournement.

Redoublons d'efforts; loin de nous décourager, nous trouverions dans le concours persistant de nos honorables sociétaires des éléments d'avenir et de durée pour notre belle institution, et nous saurions apporter d'autant plus de zèle et de persévérance que nous demeurons convaincus qu'elle est désormais assises sur des bases solides et qu'elle reste incontestablement une œuvre d'utilité publique.

Nota. — L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins de la capitale ont été votées par l'assemblée.

— Dans cette séance ont été réélus: M. Orfila, président; MM. Fouquier et Adelon, vice-présidents.

Prix pour la propagation de la vaccine en France. — L'Académie royale de médecine a décerné cette année les prix de vaccine suivants:

Le prix de 1,500 francs est partagé entre MM. Lafaye, Off.-S., à Mont-de-Marsan, Penant, D.-M., à Vervins, Serez, D.-M., à Argelles.

Il est décerné des médailles d'or à MM. Renault, D.-M., à Alençon; Raynand fils, D.-M., à Montauban; Endes, D.-M, à Bayeux; Graciani, Off.-S., à Saint-Andrea.

Des médailles d'argent sont accordées à MM. Adde-Margras, D.-M., à Paris; Avisard, id., à Coulommiers; Bayard, id., à Cirey-sur-Blaize; Berrens, chir, à Moutigny; Blanc, pharm., à Pradelles; Bleynie, D.-M., à Limoges; Bonnafous, id., à Mauriac; Bonnans, id., à Chabannes; Bonnaiine, Off.-S., à Plessé; Bonny Pellieux, D.-M., à Beaugency; Brousta, id., à Sore; Brun-Séchaud, id., à Chalus; Bulloz, id., à Besançon; Calsat, id., à Entraigues; Chau, Off.-S, à Montmirail; Chapuis, id., à Champagny; Charrier, D.-M., à Chailly-lez-Marais; Charropin, id., à Pons; Chauveau (madame), S.-F., à Guérigny; Chène, Off.-S., à Allone; Clermont, id, à Clermont-Ferrand; Cogoreux, D.-M., à Montauban; Colin, id., à Vagney; Couvers, Off.-S, à la Javie; Coti, id., à Ajaccio; Décazis, chir., à Brassac; Deffis, D.-M., à Morlaas; Denizart (madame), S. F., à Saint-Quentin; Desmée, Off.-S., à Chinon; Droulin, id., à Saint-Pierre-sur-Dives; Duburgua (J.), D.-M, à Castel-Jalons; Duchatel-Coquel (madame), S.-F., à Ardes; Dumont, Off.-S, à Labas; Dupin, D.-M., à Bagnols; Duret, id., à Nuits; Emelin, id., à Ebreuil; Ernoul, Off.-S., à Saint-Broladre; Falip, D.-M., à Cette; Farnies-Lagrange, id., à Saint-Félicien; Fénéon, id., à Saint-Benoit-de-Joux; Fournols, id., à Mauriac; Gagnebé, id., à Carlux; Galdin, id., à Bazoche; Gouet-Gasser, id., à Massevaux; Gaudinot, id., à Châteauroux; Genin, id., à Rives; Gérard, id., à Montierancey; Goissand, Off.-S., à Sorgues; Goupil, D.-M., à Nemours; Grandjean, id., à Bar-le-Duc; Hervy, id., à Domfront; Hullin, id., à Mortagne; Laboissière, id., à Tulle; Laforre, id., à Oléron; Laforet, id., à Lavit de Laumagne; Lassus, id., à Castel-Sarrazin; Lebourlier, id., à Avranches; Lefiblec, id., à Loguivy; Plouyral-Lemennet, Off.-S., à Saint-Lô; Lesaing, D.-M., à Blamont; Lezelleux, Chir., à Poullaouen; Litschgi, D.-M., à Molsheim; Macqueron, Off.-S., à Heuhenneville; Maillet (madame), S.-F., à Favouit; Marcollay, Off.-S., Montcoutant; Mareschal, D.-M., à Fumay; Martenet, id., à Pontailler; Martin, id., à Saint-Bonnet; Mediski, id., à Marseille; Meliet, Off.-S., à Saint-Arnould; Messant, id., à Aigurade; Milliet, D.-M., à Saint-Wast; Montécot, id., à Langres; Penchinot, id., à Port-Vendres; Picard, id., à Lonviers; Piffard, id., à Brignolles; Piffou, id., à Lesparre; Pisson, id., à Crèvecœur; Poumeau, Off.-S., à Chasseneuil; Pourcelot, D.-M., à Chaumont; Poussié père, id., à Marvejols; Prévost (madame), S.-F., à Bourg; Rétif, D.-M., à Selommes; Renaud, id., à Loches; Renaud (madame), S.-F., à Bourg; Robert, D.-M., à Ligny; Roche, id., à Toulouse; Salvagnat, id., à Neuve-Eglise; Seurre, id., à Suippes; Teilhard, id., à Figeac; Thomas, id., à Saint-Etienne; Tortera, Off.-S., à Villiers-Saint-Benoit; Vaysse, D.-M., à Aunst; Velleyeus, id., à Bilchy.

On nous prie de publier comme document officiel la lettre suivante de M. le doyen de la Faculté de médecine de Marbourg, à laquelle a répondu M. Malgaigne, dans le numéro du 25 janvier de ce Journal.

« Au Congrès médical (*Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1845, n° 135), M. Malgaigne a dit qu'en Allemagne les médecins se font recevoir sans examen, en se procurant un diplôme, et que quelques universités allemandes les offrent à prix fixe. M. Malgaigne a prouvé par là qu'il ne connaît pas du tout l'organisation des études médicales en Allemagne; car dans tous les Etats allemands (à la seule exception du royaume de Saxe, où le droit de pratique est joint au doctorat), les docteurs reçus par les Facultés doivent subir un nouvel examen (staets examen) devant des commissions entièrement indépendantes des universités, pour obtenir le droit d'exercer.

» S'il y a encore quelques universités allemandes qui donnent des diplômes à des personnes qui n'ont pas passé un examen chez elles, nous doutons que cela se soit jamais fait sans que les docteurs créés *en absence* (in absentiâ) aient donné des preuves de leur instruction dans les sciences médicales. Nous sommes loin de vouloir approuver cette manière d'agir; mais M. Malgaigne ayant désigné la Faculté de Marbourg comme celle qui pousse cet abus au plus haut degré, nous devons lui répondre ce qui suit.

» Depuis vingt-cinq années (1821-1845) quatre-vingt demandes pour des diplômes ont été envoyées à la Faculté de Marbourg; mais elle n'en a distribué que six (le dernier en 1836) à des médecins qu'elle en jugeait dignes; un septième n'a pas profité de la permission qu'on lui avait accordée; deux autres ont reçu leurs diplômes *en absence*, après avoir été examinés. A l'occasion de son troisième jubilé, en 1827, trois docteurs en médecine et deux docteurs en pharmacie, ont été nommés *honoris causâ*. Puis dans tout l'espace des dernières vingt-cinq années, trois diplômes ont été distribués *honoris causâ*, gratuitement, sur la proposition d'un des membres de la Faculté (parmi ces diplômes celui accordé à madame Boivin en 1828), et bien entendu que ces diplômes ne donnaient aucun droit, qu'ils n'étaient qu'une marque d'honneur.

» Ce rapport, extrait de nos procès-verbaux, suffira pour répondre aux assertions blessantes de M. Malgaigne.

» Pour la Faculté de médecine de Marbourg;

» Le doyen, HUETER.

» Marbourg, le 13 janvier 1846. »

ne les conduit à déployer une *volonté inébranlable* pour mettre en œuvre les moyens propres à les corriger.

2° L'*équisyllabisme*, entièrement conforme au sens général de la constitution des langues modernes, et plus particulièrement de la langue française, doit être employé et suivi d'une manière absolue, parce qu'il oppose avec succès l'ordre au désordre des syllabes.

3° Les gestes ne traduisent pas seulement nos sentiments et nos pensées en formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole, ils ont encore la mission de régulariser et de moduler le son, et, sous ce rapport, nous les avons divisés en gestes régulateurs et modulateurs.

4° L'exercice et l'usage habituel de l'*équisyllabisme*, secondés par ces *gestes vocalisateurs*, employés avec autant de sobriété que de convenance, ramènent la parole à l'état normal; et ceux-ci deviennent, au besoin, des agents mnémoniques et d'excitation éminemment utiles aux bègues, aux bredouilleurs et à tous les hommes qui veulent parler en public.

Le principe de l'équisyllabisme, modifié avec intelligence par la ponctuation, l'accent, l'intonation, conduit inévitablement à l'ordre et à la netteté dans l'émission des syllabes, de telle sorte que pas une d'elles n'est perdue pour l'auditeur dont l'attention ne se fatigue pas à les écouter.

L'intervention du geste régulateur et du geste modulateur réagit sur la voix d'une manière heureuse: d'une part, elle tend à s'opposer au désordre des syllabes en soutenant chacune d'elles, et, de l'autre, elle exerce une influence incontestable sur la solidité et l'intensité du son émis. La connaissance de cette action physiologique, méconnue jusqu'à nos jours, jette pour l'étude et l'emploi du geste une clarté toute nouvelle; elle conduit naturellement à faire une part légitime à ses trois propriétés, et, de plus, à une meilleure intelligence de leur application, seul moyen d'arriver à la destruction de l'abus que l'homme tend à en faire.

— *M. le docteur Sucquet*, préparateur du Musée d'anatomie de l'Ecole de médecine de Paris, adresse un mémoire sur l'assainissement des amphithéâtres d'anatomie.

Les études anatomiques possédaient depuis longtemps un certain nombre de substances destinées à conserver les diverses parties de l'organisme animal; mais les unes sont inefficaces, les autres dangereuses. Les amphithéâtres d'anatomie, placés quelquefois au centre de quartiers populeux, offraient pourtant de déplorables foyers d'infection, dont la funeste activité s'exerçait de préférence sur une classe d'hommes dignes à tout égard de l'intérêt le plus vif. Tous les ans la fièvre typhoïde, développée dans leur atmosphère miasmatique, marquait çà et là quelques victimes et toujours des plus regrettables, car leur assiduité au travail rendait celles-là même plus oublieuses de leur santé; tous les ans, des blessures insidieuses par leur légèreté, inoculaient dans quelques organismes des parcelles de ces détritus infects, et prenaient ainsi tout à coup une gravité trop souvent mortelle.

Il devenait donc urgent de faire disparaître du sein même de la science, des méthodes capables de faire douter de sa puissance. Des résultats aussi désirables ont été obtenus à l'Ecole pratique de médecine de Paris, par l'emploi combiné de deux substances conservatrices indiquées et employées pour la première fois sous notre direction; je veux parler de deux solutions de sulfite de soude et de chlorure de zinc.

Ces deux liquides jouissent de propriétés conservatrices remarquables, et méritent à des titres divers de fixer l'attention. Le sulfite de soude n'avait point encore été indiqué comme antiseptique. Mes premiers essais remontent à la fin de l'année 1844. J'avais pour objet de conserver les sujets des dissections pendant un mois ou quarante jours, sans altération des qualités physiques des tissus qui entrent dans leur composition, et sans altération des divers instruments destinés au travail; circonstances qui n'avaient point été obtenues jusqu'à ce jour, et qui ajournaient indéfiniment l'assainissement des salles de dissection. Ces premières tentatives furent heureuses sous tous les rapports, et le doyen de l'Ecole de Paris constata, dès le commencement de 1845, des exemples de conservation très satisfaisante; elle se maintenait un mois, trente-cinq, quarante, quarante-cinq jours, suivant l'état de l'atmosphère, ou la nature de la maladie à laquelle le sujet avait succombé. Ces essais faisaient espérer des succès plus complets; ils se sont réalisés, et depuis plus de deux mois les pavillons de l'Ecole pratique ne reçoivent que des sujets conservés.

Chaque cadavre entier reçoit une injection de quatre litres de sulfite de soude à la température ordinaire. Cette injection se pratique généralement par l'une des artères carotides ou indifféremment par une des artères poplitée ou brachiale, etc. Cette injection aqueuse pénètre rapidement, soit dans les veines, qu'on voit se gonfler et se distendre, soit même dans les vaisseaux lymphatiques. Quelques heures après cependant, au bout de six à huit heures, les artères n'en contiennent plus aucune trace; tout le liquide a transsudé à travers leurs parois, et pénétré par imbibition tous les parenchymes du corps. Si le sujet est destiné à l'étude de l'angéiologie, il peut, au bout de ce temps, être injecté au suif par l'aorte, comme cela se pratique habituellement. Il paraît même que l'injection au suif réussit mieux après l'injection au sulfite de soude. Les autopsies sont parfaitement injectées avec du sulfite de soude par les artères carotides sous-clavières et iliaques.

L'Ecole pratique a reçu, depuis le 12 novembre 1845, près de deux cents sujets injectés, et tous les jours le nombre s'accroît de ceux destinés aux distributions quotidiennes. Ces sujets restent dans les salles de 20 à 30 jours, en général, suivant l'assiduité de la série à laquelle ils appartiennent, suivant la méthode et le soin qu'elle apporte à ses dissections. Les amphithéâtres où l'on respirait autrefois une atmosphère infecte, sur des dalles humides de sang et de boue, sont aujourd'hui sans odeur appréciable, sablées d'un sable fin et sec, et chauffées convenablement.

L'action conservatrice du sulfite de soude peut s'expliquer par l'affinité de l'acide sulfureux pour l'oxygène de l'air. Cet oxygène est absorbé par l'acide sulfureux, qu'il fait passer à l'état d'acide sulfurique, et les tissus, pendant la durée de cette réaction, sont soustraits à l'influence de cette cause puissante de désorganisation.

Quoi qu'il en soit, cette action préservatrice du sulfate de soude n'est cependant pas absolue en définitive. Lorsqu'une région du corps a été disséquée, et reste après son étude exposée au contact de l'air, elle s'altère au bout de dix à quinze jours. Cette putréfaction demande alors l'emploi de moyens antiseptiques plus actifs et irrévocables, et le chlorure de zinc suffit alors à cette tâche.

Les parties abandonnées et découvertes, les cavités du tronc des autopsies sont lavées avant leur altération avec la solution du chlorure. Tous les matins un service particulier, organisé dans ce but et sous notre direction, visite chaque table et imbibe de chlorure de zinc les parties dont l'étude est terminée, et dont l'altération perpétuerait une infection dangereuse. Si l'épiderme se détache des téguments, il est enlevé avec une éponge, et la peau est lavée avec la solution indiquée, ce qui la rend désormais imputrescible.

Rien n'égale pour nous l'action conservatrice du chlorure de zinc. Les matières animales les plus infectes sont rendues inodores à l'instant par leur contact avec ce liquide, et celles dont la couleur verdâtre annonçait déjà la désorganisation profonde sont arrêtées dans le mouvement intime de leur décomposition, et retrouvent même leur couleur blanche après leur séjour momentané dans la solution indiquée.

Le chlorure de zinc coagule immédiatement l'albumine, la fibrine et les matières solubles et putrescibles des humeurs animales pour former un précipité insoluble et imputrescible même dans l'eau et sous une température élevée comme celle de 15 à 20° centigrades.

REVUE GÉNÉRALE.

Nouveau traitement des fractures de la clavicule. — Tous les chirurgiens ont reconnu la difficulté, dans la fracture de la clavicule, de maintenir l'épaule dans une situation telle, que la guérison ait à s'effectuer sans difficulté. Frappé de cet inconvénient, le docteur Pélissier (de Clermont-Ferrand) vient d'imaginer un procédé nouveau qu'il décrit de la manière suivante dans le *Journal de médecine et chirurgie pratiques.*

Les chirurgiens de toutes les époques, dit-il, se sont exercés pour inventer un appareil susceptible de guérir sans difficulté les diverses fractures de la clavicule, et personne jusqu'ici, que je sache, n'est parvenu à le trouver, si ce n'est avec d'assez nombreuses complications et sans avoir atteint le but.

Je possède deux observations prises dans ma pratique, de nature à éveiller l'attention et à porter, je crois, quelques lumières sur ce point de pathologie chirurgicale.

L'année dernière au mois de septembre, et cette année-ci à pareille époque, je fus appelé à donner mes soins à deux individus qui s'étaient fracturé la clavicule en se laissant tomber à terre d'un noyer dont ils gaulaient les noix.

Dans l'un de ces cas, l'os était fracturé à sa partie moyenne, dans l'autre à la jonction du tiers externe avec les deux tiers internes. Dans les divers mouvements que j'imprimai au membre malade, je le dirigeai en arrière, et je m'aperçus que cette manœuvre faisait exécuter aux fragments un mouvement de bascule très propre à les placer dans leurs rapports les plus convenables, et, par une pression même assez forte, il me parut difficile de les désunir de leurs rapports réciproques. Je conçus dès lors que, si je pouvais maintenir le membre dans cette position favorable, je parviendrais probablement à amener la guérison sans difficulté. Je fléchis l'avant-bras sur le dos, et j'assujettis le membre dans cette situation à l'aide de quelques tours de bande autour du tronc et en sautoir sur l'épaule saine. Ce fut une bande à double chef dont je me servis à cet effet. Les choses restèrent en cet état durant vingt jours consécutifs, au bout desquels je débarrassai chaque malade de l'appareil; et il n'y avait pas trace de difformité, sauf une légère nodosité calleuse qui ne fut pas longue à se dissiper. Il faut observer que ni l'un ni l'autre de ces malades n'a accusé de gêne d'avoir eu le bras fléchi en arrière pendant tout le temps de la cure.

J'ignore si l'on partagera mon avis, mais je pense que cet appareil et cette méthode doivent être bons et je crois qu'il serait facile de leur donner tout le perfectionnement désirable.

Cette méthode a l'avantage:

1° De rendre inutile le coussinet axillaire destiné à faire bascule et à éloigner le bras du tronc, coussinet fort gênant pour le malade par la pression douloureuse qu'il occasionne sur les vaisseaux et les nerfs principaux du bras;

2° D'établir en une seule et même ligne directe les axes de la clavicule et de l'humérus, et non en ligne brisée comme dans l'appareil ordinaire; considération anatomique essentielle qui a été sentie et appréciée par tous les chirurgiens, puisqu'ils en ont fait la base et l'indication principale à remplir dans le traitement de cette fracture, mais qui a toujours été complétement éludée par la ligne brisée à angle ouvert que figure la jonction des axes de l'humérus et de la clavicule, malgré l'action du coussinet axillaire pour éloigner le bras et la forte application de ce dernier contre le tronc;

3° D'épargner au malade la gêne extrême de respiration que causent les nombreux tours de bande fortement serrés de l'appareil pour maintenir solidement en place le bras fléchi au-devant de la poitrine, ou bien la ceinture à lanières qui n'est que le même appareil perfectionné.

La méthode que je propose, et qu'on pourrait justement appeler méthode dorsale, est exempte de tous les graves inconvénients que je viens de signaler, et possède en outre l'avantage de réunir simplicité et solidité la plus grande; je suis même étonné que l'idée d'un moyen aussi simple et de prime abord aussi naturel, ne se soit pas offerte plus tôt ou dès le principe à l'esprit des observateurs: tant il est vrai que les choses les plus simples sont souvent les plus longues à trouver.

J'émettrais volontiers le vœu qu'il fût fait dans un grand hôpital l'application de cette méthode sur une grande échelle, afin de l'examiner et de l'appuyer sur un nombre de faits suffisants pour la rejeter ou l'admettre, s'il y a lieu, d'une manière définitive. Pour mon compte, les deux faits qui sont en ma possession m'inspirent une présomption telle, que je n'hésite pas même dès à présent à préférer cette méthode à l'ancienne, qui présente, il faut le dire, de réelles défectuosités que sentent tous les praticiens.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 17. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Anasarque. Maladie du cœur.

Au n° 20 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme atteint d'une anasarque qui est reproduite et dissipée plusieurs fois. Cette anasarque nous a paru se rattacher à une lésion de l'organe central de la circulation. Nous vous avons fait remarquer déjà que souvent l'anasarque est un des phénomènes les plus importants des altérations organiques du cœur; il arrive fréquemment qu'une anasarque aiguë, brusquement développée, vienne démontrer l'existence d'une lésion inflammatoire aiguë du cœur. Le tissu même du cœur est rarement le siége d'une phlegmasie aiguë. Il y a bien quelquefois des cardites phlegmoneuses avec suppuration; mais cette maladie est excessivement rare, tandis que l'on observe beaucoup plus communément des inflammations de la membrane interne ou externe du cœur, de l'endocarde ou du péricarde. La péricardite paraît même être quelque chose d'assez fréquent. Dans le travail qu'il a publié sur cette maladie, M. Louis prétend avoir trouvé chez les sujets dont il a fait l'autopsie, des traces de péricardite chez un vingt-quatrième des sujets environ. Si cette remarque est exacte, elle prouve, contrairement à l'opinion de Corvisart, que la péricardite est une affection généralement peu dangereuse.

L'endocardite n'est pas aussi commune. Pour ne parler que des résultats observés dans le service de clinique dont nous sommes chargé, nous n'avons, depuis sept à huit ans, observé que trois cas bien évidents et bien avérés d'endocardite. Nous ne voulons pas parler de cette endocardite lente à marche insidieuse, qu'il est difficile de reconnaître, qu'il est même souvent impossible de diagnostiquer. Nous voulons dire l'endocardite aiguë. De ces trois cas, un seul est relatif à un sujet affecté de rhumatisme articulaire aigu; les deux autres ont été observés chez des sujets en dehors de ces conditions. Nous avons donc été, d'après cela, forcé de conclure que la loi *de coïncidence* que l'on a prétendu établir entre l'endocardite et le rhumatisme articulaire aigu, n'a aucune espèce de valeur. Car en supposant, comme nous venons de le faire, les résultats des autres auteurs semblables aux nôtres, c'aurait été seulement dans un tiers des cas qu'elle aurait été vraie; et comment établir des lois avec un si petit nombre de faits? Il nous est impossible de considérer comme un signe certain d'endocardite, le bruit râpeux qui survient dans le cours du rhumatisme. La valeur séméiologique de ce bruit n'est pas encore parfaitement constatée; il faut qu'il y ait un plus grand nombre de faits pathologiques. Le diagnostic ne s'établit pas par des inductions. Il faut que l'observation vienne confirmer la valeur de ces inductions. Dans le cas actuel, nous avons pensé qu'un état aigu du cœur coïncidait avec cette anasarque et en était la cause. Voici les détails de ce fait.

Cet homme est âgé de vingt-deux ans, exerce la profession d'égoutier, et fait habituellement abus des liqueurs alcooliques. Il a l'habitude de se faire saigner une fois tous les ans. Il y a quelques mois, à la suite d'un refroidissement, il éprouve un sentiment de constriction et de suffocation derrière le sternum; phénomène assez commun dans la péricardite. En même temps inappétence, soif assez vive, fièvre; il est resté à peu près vingt jours au lit. Toutefois, il ne fut pas en état de reprendre son travail au bout de ce temps. Il avait conservé une douleur rhumatismale dans une des épaules. Douleur non accompagnée de fièvre, de rougeur, ni de tuméfaction. Cette douleur de l'épaule a duré peu de temps; puis elle a disparu, et alors s'est manifesté de nouveau le sentiment de constriction derrière le sternum. Il y a deux mois environ, il s'aperçut que son ventre augmentait de volume, et que ses membres devenaient plus gros. En même temps, il y avait un peu de bouffissure du visage. A cette époque il rentre à la Pitié, où il séjourne pendant six semaines, et où on lui fait prendre de la digitale. Il en sort soulagé; l'enflure avait en grande partie disparu. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, il est repris de douleur sternale, de gêne de la respiration; puis, de nouveau, l'anasarque augmente, et le malade entre dans notre service.

Au moment de son admission, il éprouvait de la gêne de la respiration à un haut degré. Lèvres cyanosées, bleuâtres. Cette coloration particulière des lèvres existe surtout lorsque le cœur est malade. La dyspnée cardiaque est surtout accompagnée de la couleur violacée des lèvres. Ce n'est que dans les cas où elle est portée beaucoup plus loin qu'elle s'étend au reste de la face. Fréquence du pouls; 100 pulsations par minute; pouls petit, intermittent, par moments imperceptible au doigt, inégal.

Les battements du cœur obscurs, difficiles à entendre distinctement et à analyser, évidemment au-dessous de leur type de force normale, mais tous perceptibles à l'oreille et à peu près égaux, ce qui établissait un contraste frappant entre les résultats de l'auscultation et ceux de l'exploration du pouls par le doigt.

Ici, il y a une différence à établir entre l'irrégularité qui porte sur le type des battements, et l'inégalité qui porte sur la force et l'ampleur des pulsations. Chez notre malade, les pulsations étaient très inégales, mais en même temps régulières au toucher, tandis que l'oreille les constatait toutes bien régulières, mais seulement un peu moins fortes à tel ou tel moment.

Cette circonstance porte nécessairement à penser que le cœur ne projette pas à chaque contraction une quantité toujours la même de sang; de là résulte nécessairement aussi cette idée que les valvules du cœur présentent quelques altérations dans leur conformation, et dans les conditions de leur tissu. La force d'impulsion était notée la même; mais les obstacles matériels s'opposaient à ce que la quantité de sang lancée dans le torrent circulatoire fût la même à chaque battement.

La conclusion à peu près certaine de cette différence entre le pouls inégal et les battements égaux du cœur, c'est l'existence d'une altération du côté des valvules dépendant d'une endocardite aiguë. Les frissons, la sensation de constriction derrière le sternum sont les phénomènes les plus ordinaires du début de cette maladie. L'œdème qui est survenu, qui a disparu et qui s'est reproduit à plusieurs reprises; enfin l'anasarque avec laquelle le sujet s'est présenté à notre observation, puis un épanchement survenu du côté gauche de la poitrine, sont des phénomènes qui nous ont paru se rattacher à quelques modifications bien certaines dans les fonctions et dans la structure organique du cœur. C'est, plus que tout autre motif, la marche de la maladie qui nous a conduit à établir notre diagnostic.

Nous ne pensons pas que l'affection existât toutefois d'une manière tout à fait simple; dès le commencement, il y avait épanchement dans le côté gauche de la poitrine, son obscur à la percussion dans la partie inférieure, absence presque complète du bruit respiratoire. A quelques centimètres au-dessus de la portion mate, on constatait, lorsque le malade parlait, une égophonie bien marquée; depuis le moment où le malade a été admis dans nos salles, jusqu'au moment actuel, l'anasarque a presque entièrement disparu. On ne trouve plus qu'un peu d'œdème à la partie inférieure des cuisses et des jambes dans des espaces très limités. Un phénomène assez curieux et bizarre, c'est que, pendant que cet œdème diminuait, l'épanchement séreux s'élevait; le niveau du liquide a atteint le sommet du thorax; la respiration, tout à fait nulle dans toute la hauteur du poumon, ne se fait plus entendre que dans la partie la plus élevée. On entend le souffle bronchique dans le tiers supérieur de la poitrine; le retentissement de la voix, lorsque l'on fait parler le malade, est grave et plutôt bronchophonique qu'égophonique.

Nous avons coutume, chaque année, de parler longuement de la bronchophonie et de l'égophonie à propos de la symptomatologie des inflammations du poumon et de la plèvre; nous avons soin de recommander à nos auditeurs de ne point attacher une trop grande valeur à ces caractères, et de ne point regarder, comme on le fait trop ordinairement, l'égophonie comme un signe pathognomonique et exclusif de la pleurésie. Le malade, au sujet duquel nous vous présentons les considérations actuelles, offre un exemple d'épanchement pleurétique abondant et bien manifeste sans égophonie. D'après l'ensemble des phénomènes que nous avons constatés chez lui, nous sommes fondé à croire que, en même temps que l'épanchement a augmenté, l'affection du cœur a diminué d'intensité. Ce n'est pas chose étonnante et rare que l'augmentation de l'épanchement pleurétique, survenant en même temps que diminue la maladie principale dont la pleurésie ne constituait que la suite ou la complication.

Il n'est pas rare de voir une pneumonie marcher assez rapidement même, vers la résolution, en même temps que la pleurésie augmente, et que le liquide devient plus abondant. Si l'on n'était prévenu de la possibilité de ce fait, il pourrait souvent paraître inquiétant pour le médecin qui, tout en observant un amendement sensible des phénomènes réactionnels et un rétablissement progressif de la santé générale, verrait, pendant ce temps, les symptômes locaux devenir plus graves, la matité s'étendre, etc. Ces conditions paraissent au premier abord contradictoires; elles sont néanmoins faciles à expliquer. En même temps que la pneumonie tend vers la résolution, la

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une idée singulière. — La médecine et la chirurgie à l'Académie de médecine. — Raisons qui militaient en faveur d'une candidature médicale. — Vif éclat de la chirurgie. — Indifférence et faiblesse de la médecine. — La candidature est ouverte. — Ce que c'est qu'un candidat — Infortunes d'un candidat. — Perfidie de la seconde voix. — Aphorisme. — Les journaux étrangers et le Congrès — Un journal de Paris et la *Gazette médicale belge*. — Boîte aux lettres.

Voilà, sur ma foi, une singulière idée! Je m'insurge contre elle, et vous allez me dire si, dans ce cas, l'insurrection n'est pas le plus saint des devoirs. Si vous suivez avec la plus minime attention les travaux de l'Académie de médecine, vous avez dû être frappé de la prépondérance, de l'omnipotence, tranchons le mot, du monopole que la chirurgie exerce dans cette docte assemblée. Pour qui les discussions retentissantes? pour qui nos longues colonnes de comptes-rendus? Qui fait des rapports? qui les discute? La chirurgie, les chirurgiens à ce point que mon excellent contradicteur et ami M. Rochoux en eût été réduit, chose fabuleuse et impossible, au plus complet mutisme, si, éventant la mèche de cette chirurgicale conspiration, il ne s'était mis à relire son Boyer, son Sabatier et son Lassus; ce qui lui permet de placer son petit mot à l'endroit de l'hydrocèle ou des tumeurs fibreuses. Depuis plusieurs années, la chirurgie règne en souveraine à l'Académie de médecine. elle seule s'agite, rapporte, discute, dispute et fait du bruit. Et sa bien-aimée sœur la médecine, que fait-elle? Elle dort! Rien, absolument rien ne trahit sa présence à l'Académie, si bien que ceux qui ne connaîtraient pas les hôtes nombreux de l'hôtel de Poitiers pourraient bien mettre en doute l'existence de sections médicales à l'Académie de médecine.

Eh bien! une place étant actuellement vacante à l'Académie, c'est encore dans une des sections chirurgicales que l'on a décidé d'introduire un nouveau membre. L'Académie est en goût de chirurgie et elle a accepté la proposition sans autre résistance qu'une petite opposition plutôt de forme que de fond. On lui a exposé que l'Académie se composait de tant de médecins et de tant de chirurgiens, que ceux-ci étant en nombre inférieur, il était équitable d'en augmenter le chiffre, et cet argument arithmétique a parfaitement satisfait M. Nacquart, qui avait fait quelque semblant de se rebiffer.

J'avoue n'avoir pas été aussi complétement convaincu par cette raison à la Barême, et j'aurais désiré qu'on rappelât un peu dans cette docte assemblée la maxime si connue et si banalement reproduite: *Non solum numerandæ sed etiam perpendendæ*, etc. On aurait vu, en effet, que ce n'est pas l'élément chirurgical qu'il s'agissait de renforcer, mais bien ce pauvre élément médical, qui, académiquement parlant, a perdu toute sa valeur, toute son action, qui languit et s'éteint sous les harangues incessantes de deux ou trois de ses membres. Alors, on se serait moins guidé sur le chiffre ou sur le tableau que sur les besoins réels de l'Académie, on aurait vu que, tandis que les chirurgiens sont en général pleins de zèle et d'ardeur pour les travaux académiques, tandis que presque toutes les réputations chirurgicales se montrent fort exactes aux séances, prennent une part très active à ses discussions, l'élément médical, au contraire, se montre d'une tiédeur et d'une indifférence déplorables, que les médecins les plus éminents négligent complétement leurs devoirs d'académicien, que la besogne tout entière incombe à quelques membres dont le zèle trahit les forces, et que les discussions médicales roulant perpétuellement dans le même cercle, ramènent périodiquement les mêmes sujets traités par les mêmes orateurs.

Sans être très fort astronome, j'ai calculé l'orbite de tous ces astres académiques, et je prédis, sans me tromper d'une minute, le retour de la planète Castel, de la comète Rochoux et d'une infinité de nébuleuses qui font leur révolution dans le ciel académique.

Au lieu de l'élément chirurgical, il y avait opportunité, nécessité, urgence, à renforcer l'élément médical académique. La chirurgie brille d'un vif éclat; la médecine est insuffisante et terne; elle tombe d'épuisement et de vieillesse. Il fallait donc sérieusement songer à lui transfuser un peu de sang jeune et vigoureux. La chirurgie est très envahissante de sa nature; que l'Académie y prenne garde.

Quoi qu'il en soit, voilà donc une candidature ouverte, et les candidats qui vont pleuvoir de toutes parts. Qui n'a pas passé sous les fourches caudines d'une candidature à l'Académie de médecine, se fait très difficilement une idée de la lourde et rude besogne de ces pauvres candidats. Il en est pour qui, depuis dix ou quinze ans, la banquette académique est le rocher de Sysiphe, qu'il faut remonter à chaque place vacante. Terrible labeur qu'ils recommencent avec une ardeur toujours nouvelle? Et quel labeur! Cent quarante visites à faire multipliées par 2 ou 3! Et le chapitre des influences indirectes, parents, amis, protecteurs! Et les promesses qu'il faut peser, catégoriser! Et les batteries ennemies qu'il faut découvrir, les manœuvres souterraines qu'il faut détruire, les hostilités patentes ou occultes dont il faut se garer! Et les refus qu'il faut essuyer, les engagements pris qu'on vous jette à la face, et les compliments menteurs avec lesquels vous êtes éconduit, et les promesses qui ne sont pas tenues, et les déceptions, les tromperies, les faux calculs! Et surtout cette malheureuse voix du second tour, qui donne des illusions si perfides à tant de candidats!

Je me rappelle, à cet égard, la cruelle infortune d'un candidat novice qui huit jours durant s'était rêvé gravement assis dans la banquette académique. Voici comme: ses visites soigneusement faites, il supputa ses voix, et arriva à ce petit calcul très satisfaisant:

Premier tour, 26 voix.

D'après mes renseignements aucun de mes compétiteurs n'en aura davantage; il n'y aura donc pas de nomination à ce premier tour.

Mais pour le second tour j'ai 75 voix promises; 75 et 26 du premier tour qui me seront fidèles, font 101; qu'une dizaine, et c'est beaucoup, m'abandonnent, je n'en suis pas moins sûr de mon affaire.

Et cet infortuné candidat engraissait à vue d'œil de joie et de bonheur.

pleurésie, affection pour la plupart du temps peu dangereuse, fait des progrès. Le sujet, comme nous avons eu l'occasion de vous le dire précédemment, a changé une maladie grave contre une beaucoup plus légère.

Chez notre malade, il y a maintenant en haut de la poitrine un retentissement bronchophonique de la voix. Le son est entièrement nul sous la clavicule gauche, et cependant l'anasarque diminue de plus en plus, et l'affection du cœur marche vers la guérison. L'aggravation de l'épanchement pleurétique entraîne ordinairement dans la cage thoracique des changements plus ou moins sensibles. Les parois de la poitrine se bombent du côté malade. Dans les cas de cette espèce, il y a éloignement des battements du cœur, ce qui s'explique facilement par l'interposition d'une couche de liquide entre l'oreille et l'organe circulatoire. Il y a probablement aussi changement dans la forme du diaphragme, changement que nous ne pouvons constater. Pour le médiastin, il est évidemment repoussé à droite. Le refoulement du médiastin ne s'opère pas avec une grande rapidité. L'épanchement n'étant devenu aussi considérable que depuis quelques jours, le déplacement du cœur ne peut être encore bien sensible. Du côté droit, où le poumon est nécessairement un peu comprimé par l'épanchement qui a lieu dans la plèvre gauche, la respiration est puérile ; mais elle ne se fait entendre que jusqu'à quelques centimètres du sternum. Déjà, par la diminution du bruit respiratoire dans la partie la plus voisine du côté gauche, nous avons la preuve que le médiastin est un peu refoulé. Il est probable que dans un laps de temps qu'il est difficile de déterminer exactement, nous verrons la respiration devenir de plus en plus faible et les battements du cœur plus lointains.

Il est naturel de penser, d'après les détails dans lesquels nous sommes entré, que la maladie a conservé son caractère ; que ce qu'elle était au commencement, elle l'est encore maintenant. Si nous examinons les symptômes qu'elle a présentés, nous sommes conduit à imaginer qu'il faut rattacher l'anasarque dont était affecté le malade, à une inflammation non plus aiguë maintenant, mais plus ou moins chronique, dont la membrane interne ou externe du cœur, mais plus vraisemblablement la membrane interne, serait le siége. Nous disons, la membrane interne, bien que nous ayons noté un symptôme assez fréquent dans la péricardite, nous voulons dire l'inégalité des pulsations artérielles. Lorsqu'il y a du liquide dans le péricarde, le cœur, comprimé, ne peut lancer toujours la même quantité de sang dans le système artériel. Mais, si cette inégalité dépendait d'une péricardite, dans le cas actuel, on entendrait, à l'auscultation, des bruits qui seraient différents de ceux que l'on perçoit à l'état normal ; et de plus, il y aurait des irrégularités. Or, ici, il n'y a pas de bruits anormaux perceptibles. C'est, tout au plus, nous l'avons dit déjà, si l'on peut entendre profondément les bruits normaux, ce qui tient à l'épaisseur de la couche de liquide.

Le pronostic est nécessairement grave. Vous voyez un épanchement pleurétique qui va toujours en augmentant, et qui est tellement considérable, qu'il refoule le médiastin du côté opposé. Si le cœur était refoulé lui-même à droite, et si l'on en percevait les battements près du mamelon droit, le pronostic serait plus grave encore ; c'est toujours un fait très important que ce déplacement du cœur par un épanchement. Nous ne nous rappelons qu'un seul fait dans lequel nous ayons observé ainsi un refoulement du cœur jusque vers le sein droit, et dans lequel le malade ait guéri ; le plus souvent, la mort est la terminaison qui survient dans des cas aussi graves. Ici, le cœur est à une trop grande distance du sein droit. Bien qu'abondant, l'épanchement de la plèvre n'est pas de nature à faire désespérer du malade. Si la marche qu'a suivie jusqu'à présent l'épanchement depuis l'admission du malade à l'hôpital allait toujours croissante, il est évident que le pronostic deviendrait ou ne peut plus fâcheux.

Nous ne devons pas perdre de vue cette affection du cœur qui remonte aujourd'hui à quatre mois, et qui nous a présenté des exacerbations et des rémissions. Cette gêne, qui existe dans la projection du sang, est de nature à inspirer des inquiétudes sérieuses. Il nous est impossible de ne pas être fortement préoccupé de la terminaison de cette maladie. Il peut se faire que l'épanchement vienne à se résoudre, et ce serait la terminaison la plus heureuse. D'autre part, nous avons à craindre aussi la mort subite, que nous vous avons dit souvent être assez fréquente dans les cas de pleurésie avec épanchement. Sans trop s'abandonner à cette pensée, et sans en faire le sujet d'une préoccupation exclusive, il ne faut pas non plus croire toujours, avec M. Louis, que la pleurésie soit constamment une maladie de peu d'importance ; l'épanchement double est souvent mortel, la pleurésie purulente l'est presque toujours aussi. Aux craintes que nous font concevoir les lésions pleurétiques, viennent se joindre celles que la maladie du cœur nous inspire ; maladie du cœur qui peut devenir l'occasion d'une mort rapide. Quelque satisfaisant que puisse paraître, du reste, l'état de ce malade, il est possible qu'il survienne des changements presque instantanés qui déterminent une mort rapide. Ces craintes ne sont pas immédiates ; mais il est de notre devoir de vous signaler les accidents possibles, que dans la ville vous ne pouvez laisser ignorer à ceux qui entourent les malades que vous êtes appelés à soigner.

Quant aux moyens de traitement, au point où en est arrivé ce sujet, il n'y a pas à revenir aux saignées. Le pouls est petit, inégal. Une émission sanguine, si faible fût-elle, pourrait amener une défaillance et même entraîner la mort du sujet. Les seuls moyens auxquels nous puissions recourir sont les révulsifs sur la peau ; la digitale à dose peu élevée, de manière à ne pas produire un ralentissement trop considérable des battements du cœur, vu la petite quantité de sang, souvent insuffisante, qui traverse le cœur dans un temps donné. Dans les cas analogues à celui-ci, c'est plutôt comme diurétique que comme sédatif que nous mettons en usage ce précieux agent thérapeutique.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Deux cas de tumeur frontale. (Observations recueillies par M. J. BOUTEILLER, interne du service.)

Tumeur frontale paraissant avoir agi sur l'intelligence. Hypochondrie.

M. Vidal (de Cassis) a souvent constaté des maladies réelles chez des individus qu'on croyait seulement malades d'esprit. Nous allons rapporter un fait de ce genre et fort remarquable.

Mathias W..., maçon, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 27 novembre dernier, il prétendait alors souffrir dans le corps, avoir toujours la fièvre, sentir une grosseur entre la vessie et l'intestin, avoir de plus un mal qui lui tombait sur la poitrine. En un mot, ce malheureux paraissait être le type des hypochondriaques. Mais M. Vidal, après un examen attentif, reconnut au haut du front, cachée en partie dans les cheveux, une tumeur dure, symptôme non douleux d'une infection syphilitique ancienne. Il admit donc ce malade dans son service.

Voici ce que nous apprîmes ultérieurement : Il y a deux ans et demi, après un coït impur, Mathias fut atteint d'un écoulement dont il ne peut au juste déterminer la durée. Malgré des questions multipliées et variées à dessein, il a toujours prétendu n'avoir jamais eu ni chancres, ni bubons, ni affections de la peau ou de la gorge. Mais comme il est impossible d'ajouter un grand degré de confiance aux paroles d'un homme d'une intelligence aussi troublée, nous ne prétendons rien arguer de ses dépositions.

Quoi qu'il en soit, il y a quatre mois notre malade s'aperçut qu'il portait une tumeur sur le front ; il nous dit fort bien aussi qu'avant l'apparition de cette tumeur, il avait éprouvé des maux de tête très intenses, datant de sept à huit mois, et que, depuis l'apparition de l'exostose, au contraire, il ne souffre nullement. Cette absence de douleur explique comment sa véritable maladie n'attire nullement son attention, et comment elle fut méconnue à l'hôpital Necker, où il a passé quelques semaines avant d'entrer dans le service de M. Vidal.

Le proto-iodure de potassium, employé depuis les premiers jours, a beaucoup amélioré l'état de ce malade. Voici ce qu'on constate le 8 janvier : La tumeur est constituée par une tuméfaction, tant de l'os que du périoste. En effet, par le toucher, on sent très distinctement ce qu'on a appelé l'état gommeux ; en pressant davantage on reconnaît, au contraire, la dureté osseuse. Quant au volume total, c'est celui d'un segment d'une grosse noix, dont le diamètre serait de 3 centimètres au moins. Ce point culminant est à plus d'un centimètre au-dessus de l'osfrontal. L'exostose occupe presque la ligne médiane et la partie supérieure du front, de telle sorte qu'une partie en est cachée dans les cheveux. Elle est maintenant indolente, même le soir.

Nous avons examiné avec soin le bord antérieur du tibia, nous y avons trouvé de faibles inégalités. Du reste, le malade n'a jamais souffert de ce côté.

Le 31 janvier, l'exostose est diminuée d'un cinquième environ.

— Cette observation est surtout intéressante à cause de l'état moral qu'a amené chez ce malade l'exostose frontale. Les douleurs atroces qu'il a endurées avant qu'elle eût apparu au dehors d'une manière très appréciable, et, d'autre part, cette altération de l'intelligence, ne peuvent-elles pas faire craindre que l'exostose se soit aussi, et au début surtout, développée du dehors au dedans, et ait agi mécaniquement sur l'encéphale ?

Urétrite; chancres huntériens; phimosis ; affections de la peau et de la muqueuse buccale; tumeur frontale. Difficulté de préciser l'ordre d'apparition des symptômes.

Le nommé Féréol B..., menuisier, âgé de dix-neuf ans, entra le 9 août 1845 à l'hôpital du Midi, et fut placé salle 8, dans le service de M. le Dr Puche. Il raconta que vers la fin du mois de juillet précédent, il s'aperçut d'un écoulement blennorrhagique, et que des chancres se déclarèrent le 1er août suivant, ainsi qu'un gonflement du prépuce, et par suite un phimosis. Le coït suspect remontait au 9 juillet.

Un mois après cette dernière date, il entrait, comme nous l'avons dit, à l'hôpital du Midi. Nous devons à l'obligeance de M. Puche les renseignements qui vont suivre sur le premier séjour de ce malade à l'hôpital.

A son entrée, le 9 août, il avait un phimosis accidentel datant d'une dizaine de jours, et un léger engorgement inguinal. Le traitement local consista dans des cataplasmes émollients sur la verge, et dans des lotions chlorurées. A l'intérieur, tisane de Feltz, 500 grammes par jour.

Le 19, opération du phimosis, qui laisse voir de nombreux chancres huntériens à droite et à gauche de l'impasse du prépuce. — Tisane de Feltz, 1 litre par jour.

Le 24, la plaie s'ulcère et s'indure. On la cautérise. Compression de l'adénite indolente.

Le 13 septembre suivant, lors de la sortie du malade (sur sa demande), la plaie avait laissé une cicatrice indurée. Les chancres étaient parfaitement cicatrisés.

Féréol est entré de nouveau à l'hôpital, le 22 décembre, et cette fois il fut placé dans le service de M. Vidal (de Cassis), salle 11, n° 32. Voici la suite de son histoire :

Quelques jours après qu'il eut quitté le service de M. Puche, il remarqua, par suite de vives démangeaisons qu'il éprouva, des plaques rouges entre les doigts de chaque main, sans qu'il eût rien ailleurs sur le corps. De plus, pendant une quinzaine de jours, il eut çà et là, dans la bouche, des ulcérations qui duraient deux ou trois jours chacune. Le même phénomène se manifesta à la couronne du gland, et il suffit là de quelques plumasseaux d'onguent gris pour le faire disparaître. Quant aux ulcérations buccales, elles disparurent spontanément.

A peu près vers la même époque, les cheveux du malade commencèrent à tomber d'une manière notable ; il éprouvait au cuir chevelu de très violentes démangeaisons. C'était, selon toute apparence, une variété de l'eczéma. Interrogé avec précision, il dit se rappeler que ses cheveux tombaient déjà à la fin de son premier séjour à l'hôpital des vénériens.

O déception amère! Arrive le scrutin :

Premier tour,	7 voix!	
Deuxième tour,	1	!!!
Troisième tour,	87	... pour un concurrent heureux!

Candidats à l'élection académique, écoutez ce profond aphorisme qui me vient d'une longue observation :

Après les fourberies féminines, les cajoleries d'un usurier, et les promesses d'un dentiste, non, il n'est rien de plus perfide et de plus décevant que la promesse d'une seconde voix.

Je reviendrai, bien entendu, sur cette candidature académique actuellement pendante.

— Pendant qu'en France seulement, et seulement à Paris, quelques personnes se sont livrées à une opposition aussi injuste qu'impuissante contre le Congrès, il est bien remarquable qu'au dehors cette manifestation n'ait excité qu'une vive et sincère admiration pour le corps médical français, dont cette manifestation a mis en lumière toute la valeur, toutes les généreuses et éclatantes qualités. Les journaux anglais, italiens, allemands, américains, sont remplis du récit des actes du Congrès ; les principaux discours y sont reproduits, et les commentaires qui les accompagnent font voir quelle estime ont inspirée au monde médical pour la médecine frsnçaise la réunion et les actes du Congrès.

Oui, à Paris seulement, et dans les colonnes d'un seul journal — car les autres oppositions mieux avisées ont cessé leur feu — le Congrès subit périodiquement d'incessantes attaques. Depuis longtemps, je n'y répondais plus pour deux motifs : le premier, c'est que ces attaques me paraissaient si piètres, si déplorablement faibles et si visiblement de mauvaise foi, que j'eusse été un sot de leur donner, par une réfutation quelconque, une importance qu'elles n'ont pas. Le second, c'est qu'aux attaques générales le journal en question mêle toujours des injures personnelles, et qu'il me répugne de mêler ma personne à des questions de principes. Mais, puisque le journal dont je parle continue ses hebdomadaires récriminations et que je trouve sous ma main une réponse toute faite, je ne suis pas paresseux au point de ne pas m'en servir, et voici donc un petit bout d'article que je lis dans la *Gazette médicale belge :*

« Un triste spectacle se passe en ce moment dans la capitale de la
» France. M. le docteur Jules Guérin, directeur de la *Gazette médi-*
» *cale de Paris*, s'est fait le détracteur du Congrès médical. On le
» voit se mettre l'esprit à la torture pour trouver quelque bon mot
» contre cette grande réunion d'hommes honorables, pour décocher
» quelque trait sur cette noble manifestation. Vraiment ce spectacle
» fait mal à voir. Quand on a de l'esprit, on devrait un peu le sou-
» mettre aux sentiments du cœur, et ne point se rendre ridicule par
» une opposition de mauvais goût. »

La leçon est un peu dure, surtout de la part d'un compatriote de M. Guérin ; nous laissons à ceux qui ont lu ses attaques, de dire si elle est méritée. La Gazette médicale belge ajoute un mot à notre adresse : « La *Gazette des Hôpitaux* se donne, en vérité, bien de la
» peine à combattre cette absurde conduite ; à sa place nous laisse-
» rions crier, et nous nous contenterions d'assister à cette farce sans
» nous en inquiéter davantage. » Que notre confrère se rassure, notre *peine* n'a pas été bien grande ; il nous a suffi une fois ou deux de signaler au bon sens public les tristes actes d'une opposition aux abois pour en faire justice. Il faut bien que le corps médical sache où sont ses amis, où se trouvent les indifférents, où se rencontrent les adversaires de toute tentstive utile et généreuse, et cette mission incombe à la presse qui doit la remplir au point de vue des intérêts généraux seulement. C'est ce que nous ferons toujours ; et passant sous le silence du mépris tout ce que cette opposition peut inventer d'insinuations injurieuses personnelles, nous ne répondons qu'aux attaques qui s'adressent aux principes dont le Congrès a été la conservation.

Il faut avouer d'ailleurs que la *Gazette médicale* choisit bien son moment pour jeter ses petites rancunes sur le Congrès. Si la décision du Conseil des hôpitaux relativement à l'enseignement clinique libre est révoquée, si l'autorité supérieure refuse de sanctionner cette mesure, à qui ce résultat sera-t-il dû ? Qui s'est remué, qui s'est mis en avant dans cette circonstance ? Qui a fait le *Mémoire* actuellement sous les yeux de M. le préfet, et que nos lecteurs pourront eux-mêmes apprécier jeudi prochain ? Ingrate Gazette ! C'est au Congrès ; c'est à ceux de ses membres auxquels il a confié la mission de poursuivre son œuvre, que vous devrez vous-même de rouvrir, ce printemps prochain, votre clinique orthopédique, depuis trois ans muette. Et cependant, sur une question si grave et si importante aux intérêts scientifiques et pratiques du corps médicsl, vous, *Gazette médicale de Paris*, vous n'avez pas encore trouvé un seul mot à dire ! En présence d'un si grand danger, vous faites silence, ou plutôt vous poursuivez de vos impuissants sarcasmes ceux qui se dévouent à la défense de la science et de la liberté de l'enseignement ! Soit, que chacun reste fidèle à son rôle ; il n'est pas un homme de cœur qui puisse porter envie au vôtre.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

Paris, 31 janvier 1846.

Monsieur et honoré Confrère,

Je me suis présenté hier à l'Hôtel-Dieu avec une carte qui m'y avait été délivrée il y a six ou huit mois. Cette carte m'a été arrachée assez brutalement, et j'ai été conduit par le suisse, sans doute comme délinquant, où ayant demandé à la changer, il m'a été répondu fort négligemment que ma carte ne *valait plus rien*, et qu'il fallait apporter de nouveau mon diplôme. Cependant cette carte témoignait de mon titre immuable de docteur en médecine, et du numéro du registre où j'avais apposé ma signature en présentant mon diplôme l'année dernière. Je livre à votre appréciation, Monsieur, ces procédés et ces exigences de formalités inutiles qui me dégoûteraient de retourner à l'Hôtel-Dieu si je pouvais m'en dispenser.

Agréez, etc.

MOUSSET,
Rue Saint-Denis, 80.

Les accidents consécutifs du côté du tégument abandonnés à eux-mêmes ne firent que s'accroître; en effet, ce jeune homme vint revoir M. Puche, le 26 novembre 1845, à sa consultation gratuite de l'hôpital. Ce médecin constata des macules confluentes couvrant les membres inférieurs, et, de plus, une tumeur sur le frontal. Les macules dataient de soixante jours; mais l'époque de l'invasion de la tumeur ne put être déterminée par le malade. La prescription faite alors fut la suivante :

Iode cristallisé,	1 gramme.
Biiodure de mercure,	0,50
Iodure de potassium,	20
Sirop d'œillet rouge,	472

Doses pendant quatorze jours : 29 grammes par jour.

Revenons à la tumeur frontale. La première fois qu'elle a été reconnue par le malade, elle pouvait avoir le volume d'un petit pois. Ce qui attira l'attention sur elle, ce fut des douleurs au lieu qu'elle occupait, se faisant sentir, le soir, au moment de se coucher. La tumeur a toujours été en augmentant jusqu'au moment de l'entrée du malade dans le service de M. Vidal.

Le 8 janvier, elle présentait l'état suivant, qui est à peu près le même qu'au commencement du traitement : C'est une tumeur d'un diamètre de 2 centimètres et demi, présentant au point culminant une élévation de 6 à 7 millimètres. Elle occupe le côté droit du frontal, à 1 centimètre au-dessus du sourcil droit, et sur une ligne verticale qui passerait par l'angle interne de l'œil droit. Elle est d'une dureté moins prononcée que la tumeur osseuse proprement dite.

Féréol éprouve souvent, le soir, des douleurs dans les diverses articulations, douleurs qu'il compare à des crampes; les articulations ne sont ni déformées, ni tuméfiées. Il n'y a jamais eu rien du côté de l'anus.

Depuis son entrée dans le service de M. Vidal, le traitement consista dans une dissolution simple de proto-iodure de potassium (2 grammes par jour).

Le 31 janvier. la tumeur frontale (périostose) est diminuée des deux tiers, et les douleurs, tant dans la tumeur que dans les articulations, ont complétement disparu.

Quel a été l'ordre de l'évolution des accidents? C'est ce qu'il est presque impossible de déterminer, à cause de la divergence des réponses du malade. A la consultation du 26 novembre, il déclare que ses macules datent de soixante jours, mais qu'il ne peut préciser l'époque à laquelle a commencé la tumeur frontale; tandis qu'aujourd'hui, il affirme avoir déjà fort bien senti, à la fin de son premier séjour à l'hôpital, c'est-à-dire avant tout accident du côté de la peau, une tumeur douloureuse le soir, grosse comme un petit pois, et occupant exactement la place qu'occupe aujourd'hui la périostose. Faut-il admettre qu'il y a eu ici une exception? Nous ne le croyons pas; car si la chute des cheveux, par suite d'une affection cutanée, est rapportée à la fin de septembre 1845, c'est parce que le malade ne s'en est alarmé, comme il en convient, que lorsqu'elle a été très notable, tandis qu'elle a en réalité commencé à la fin du premier séjour, et a été passée par lui sous silence. En tout cas, le phénomène du côté du frontal aurait apparu immédiatement après le phénomène du côté de la peau.

Nous devons ajouter que le malade assure ne s'être pas exposé, entre ses deux séjours, à contracter une seconde infection. Du reste, l'aveu d'un nouveau coït ne jetterait aucun jour sur la question.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 janvier 1846. — Présidence de M. Fouquier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du mois de décembre.

— La correspondance comprend :

1° Un mémoire sur la *fièvre typhoïde*, question mise au concours pour 1846. (Commission des prix.)

2° La collection du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, et le 10e numéro de l'année 1845. (Remerciments à l'Académie.)

— *M. Foucart* donne lecture d'un rapport sur un mémoire du docteur Talma, membre correspondant, relatif à la structure des dents, et à l'action délétère exercée par le mercure sur ces organes.

Le mémoire de M. Talma commence par des considérations anatomiques et physiologiques sur la structure des dents que l'auteur regarde comme des corps évidemment organisés, doués de vie, et qu'il serait impossible de considérer, avec certains auteurs, comme des caillous ou des fragments de porcelaine. C'est sur cette vitalité et cette structure organique des dents qu'est fondée toute la pathologie et la thérapeutique dentaires. Aussi M. Foucart croit-il indispensable d'insister longuement sur cette partie du travail de M. Talma, qui est traitée par le chirurgien de Bruxelles avec un soin tout particulier, et d'une manière qui dénote de sérieuses et fortes études. Il était nécessaire d'établir la vitalité des dents pour pouvoir apprécier la valeur des moyens employés pour remédier à leurs maladies et principalement à la carie, la plus fréquente, sans contredit, à laquelle on ait affaire dans la pratique. La carie, que M. Talma définit: un ulcère plus ou moins large, profond, et dont les progrès sont en rapport avec l'intensité de l'irritation locale, la vitalité et le degré de résistance ou de cohésion du tissu qui en est le siége, ne peut être efficacement traitée que par des moyens externes; celui qui fait le sujet du travail actuel de M. Talma est celui qui est connu sous le nom de *plombage* des dents, et dont l'effet, purement mécanique, est de soustraire à l'action de l'air la surface malade, préalablement nettoyée et cautérisée.

Dans ces derniers temps, on a vanté comme supérieur à tous les autres, un procédé de plombage qui consiste à combler la cavité dentaire avec un amalgame d'argent, au bout de quelques jours de l'emploi de cette pâte, le mercure se volatilise ou s'absorbe, et l'argent solide reste seul obturant la cavité produite par la carie. M. Talma s'élève hautement contre l'emploi des préparations mercurielles dans la thérapeutique dentaire, il rappelle la facilité avec laquelle se produit la salivation mercurielle, les désordres qui en sont la conséquence, et les dangers qui en résultent. Il cite, à l'appui de son opinion, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles il a constaté des accidents graves par suite de l'emploi du minéral *succedaneum*; il préfère à toute espèce de mastic les substances inaltérables qui sont susceptibles de se tasser en masse compacte et imperméable aux liquides de la bouche, telles que les feuilles d'or, d'argent, d'étain.

En terminant cette analyse du travail de M. Talma, travail dont il reconnaît toute l'importance et dont il approuve la tendance, M. Foucart signale une conclusion que l'on pourrait en tirer, si on le lisait légèrement ou si on se laissait aller trop facilement aux craintes exagérées que quelques praticiens ont des préparations mercurielles. De ce que le mercure peut avoir sur les dents de funestes résultats, dit le rapporteur, s'ensuit-il qu'il faille le bannir de la thérapeutique, principalement de celle des maladies syphilitiques, contre lesquelles il est si souvent tout puissant? Nullement. Mais ce sera une raison pour le médecin de faire une plus grande attention encore aux accidents qui peuvent se développer à la suite de l'administration des mercuriaux, et de surveiller constamment avec la plus vive sollicitude l'état de la bouche de ses malades. C'est là une considération sur laquelle aurait dû insister M. Talma, qui, nous le supposons, n'a pas la prétention de faire croire que l'on puisse guérir la vérole sans mercure, comme ne rougissent pas de le proclamer quelques hommes, la honte de notre profession, qui, tout en proscrivant les composés mercuriels, les administrent en les déguisant sous les formes mystérieuses de remède secret.

— *M. L. Boyer* présente un polype fibreux de l'utérus, de la grosseur d'un œuf de poule environ, qu'il a enlevé il y a quelques jours à l'aide du nouveau procédé de section immédiate par la ligature. M. Boyer décrit et fait agir les instruments dont il se sert pour cette opération instruments qui consistent en porte-fils et en serre nœuds de forme particulière. Le polype enlevé dans le cas actuel était fibreux, solide, porté sur un pédicule de la grosseur d'une plume d'oie environ; l'opération n'a été ni douloureuse pour la malade, ni suivie d'hémorrhagie.

M. Boyer fait suivre cette communication de quelques considérations sur les avantages que présente son procédé opératoire. Sur la section des polypes par l'instrument tranchant, il a l'avantage d'agir sur place, de ne point nécessiter de tractions préalables sur l'organe malade d'éviter toute chance de blesser les parties voisines; enfin de ne point être suivi d'hémorrhagie. Sur la ligature ordinaire, il a celui d'enlever la tumeur immédiatement. Il lui paraît donc devoir être admis dans la pratique. La seule objection sérieuse que l'on pourrait lui faire, ce serait la crainte des accidents inflammatoires consécutifs. On a dit que le tissu de la matrice s'enflamme avec beaucoup de facilité, que l'inflammation, une fois développée, se propage très rapidement, que les pédicules des polypes sont très souvent formés par une portion réfléchie du tissu de l'utérus lui-même, que le frottement exercé par les fils devait déterminer une tendance inflammatoire dangereuse. A ces craintes, M. Boyer répond que la susceptibilité de l'utérus à s'enflammer est une circonstance individuelle et non générale; que l'on voit chez un grand nombre de femmes des dilacérations considérables sans inflammation. On ne peut nier que la durée d'une manœuvre opératoire et la douleur qui en résulte, ne soient des éléments en faveur du développement de l'inflammation. Mais le nouveau procédé n'est ni long, ni douloureux. Le seul moment où les malades accusent de la sensibilité, c'est celui pendant lequel on place les fils, et ce temps de l'opération lui est commun avec la ligature ordinaire. Deux conditions peuvent se rencontrer dans l'existence des polypes, le pédicule peut être mince ou volumineux. Sans prétendre qu'on doive toujours employer la section instantanée par la ligature, M. Boyer la propose d'abord pour les polypes à pédicule grêle. L'expérience ultérieure viendra prononcer sur ce qu'il faut faire dans la seconde espèce.

L'opération se fait en sciant le pédicule de la tumeur, par un mouvement de va-et-vient que l'on imprime au fil porté par le serre-nœud, d'une manière analogue à la manœuvre de la scie à chaînette. Un des grands avantages de ce procédé, suivant M. Boyer, c'est de ne point être obligé de laisser le serre-nœud dans l'utérus et dans le vagin pendant cinq à six jours, comme par la ligature ordinaire.

A cette objection de M. Léger, qu'il est peut-être difficile de raser le pédicule du polype tout près de la surface interne de la matrice, M. Boyer répond que la difficulté n'est pas moins grande pour la ligature ordinaire et pour l'incision.

M. Picard fait observer que lorsque le pédicule de la tumeur est très allongé, il n'est guère formé que par la membrane qui double la surface interne de l'utérus, et qu'alors il n'est peut-être pas absolument nécessaire de raser de très près cette surface interne, pour faire réussir l'opération.

M. Tanchou. On a parlé d'hémorrhagie, et M. Boyer a prétendu que par cette section opérée à l'aide d'un fil manœuvré comme la scie à chaînettes, l'hémorrhagie n'était pas à craindre. Mais dans les opérations bien faites, l'hémorrhagie n'est pas à craindre. Il ne survient d'hémorrhagie que lorsque l'on coupe sur le polype lui-même ou sur la surface de l'utérus. Les polypes qui prennent naissance sur la surface de l'utérus seulement, sont des polypes muqueux, et ne doivent point nous occuper ici. Les polypes fibreux prennent naissance dans l'épaisseur de la matrice; lorsqu'ils sont encore compris dans le tissu même de l'organe, tant que leur énucléation n'a pas eu lieu, la résection en est impossible ou dangereuse, et peut causer des hémorrhagies très graves. Mais si l'on attend que l'utérus ait en quelque sorte accouché de ces tumeurs, et que l'on opère sur le pédicule, il n'y a pas de danger d'hémorrhagie. Les polypes les plus difficiles, sous ce rapport, sont ceux qui naissent sur le fond de l'organe; dans ces cas là, même, les tractions que l'on opère pour pratiquer la résection, sont très utiles. S'il y avait encore une partie du polype engagée dans l'épaisseur de la matrice, ces tractions la dégageraient. Reste à apprécier la valeur comparative de la résection et de la constriction. Aux yeux de M. Tanchou, la résection, quand elle est bien faite et à temps, car l'opportunité fait tout en médecine, la résection, est le meilleur moyen.

M. Boyer fait remarquer que son procédé ne peut s'appliquer qu'aux polypes fibreux, et nullement aux tumeurs interstitielles. On ne peut en faire usage que sur un véritable polype pédiculé. Du reste, il est loin de partager l'opinion de M. Tanchou sur l'utilité ou même l'innocuité des tractions, qui déterminent une douleur vive, une sensation d'angoisse inexprimable. M. Boyer ne prétend pas pour cela proscrire absolument l'excision, mais il pense qu'on doit l'employer moins souvent.

M. Tanchou n'a pas prétendu avancer, dit-il, que la résection ne fût jamais suivie d'accidents. Mais s'il lui fallait se prononcer exclusivement pour une seule méthode, il préférerait l'excision à la ligature, même à l'ingénieux procédé de M. L. Boyer. Il craint que, d'après la forme ovale que présentent habituellement les polypes, le fil ne porte pas toujours exactement au-dessus du renflement. De plus, il est possible, comme il l'a dit précédemment, que tout le polype ne soit pas dégagé du tissu de la matrice, et ici encore la ligature n'est pas applicable.

Nonobstant ces observations, *M. L. Boyer* fait remarquer que, soit pour la ligature, soit pour l'excision, il faut absolument que le polype soit pédiculé, et que par conséquent les conditions sont les mêmes dans les deux cas.

— *M. Serrurier* rend compte de trois cas de contracture qu'il a observés dernièrement, et qui étaient accompagnés des douleurs les plus violentes. Au début, les malades ne se plaignent que de fourmillements dans le membre affecté; ce phénomène faisait bientôt place à des douleurs intolérables. La flexion et l'extension étaient également impossibles. Pour traitement, on employa les bains entiers longtemps prolongés, les frictions avec une flanelle imbibée de baume tranquille; les accidents, chez les trois malades, disparurent au bout de trois à quatre jours. Cette contracture, chez le premier des sujets observés par M. Serrurier, affectait l'articulation radio-carpienne; chez les deux autres, elle était bornée au petit doigt de la main.

— *M. Duhamel* donne actuellement ses soins à un homme de soixante ans, ancien militaire, qui depuis près d'un an éprouve des soubresauts dans les tendons des muscles de tout un côté du corps, soubresauts qui ne se font sentir que lorsque le sujet est en repos. Ces jours derniers, en faisant une course dans Paris, il éprouva un symptôme très extraordinaire. Il devint incapable de maîtriser ses mouvements; il lui était impossible de s'arrêter. Malgré cette impulsion irrésistible, il voulut cependant s'arrêter, et il tomba par terre. Presque aussitôt, il put se relever, marcha comme à l'ordinaire, et depuis lors il n'a plus éprouvé ce sentiment étrange auquel il s'était vu forcé d'obéir pendant quelques minutes. M. Duhamel fit appliquer des sangsues à l'anus. Il appelle sur ce fait l'attention de la Société, et se demande s'il n'y a point chez ce malade une lésion du côté du cerveau.

M. Tanchou pencherait plutôt pour une altération du cervelet; il voudrait que M. Duhamel prît auprès du malade quelques renseignements sur l'état des organes génitaux et des fonctions de ces organes.

M. Léger raconte à propos du fait précédent le cas curieux observé récemment par lui d'une chorée qui a duré pendant sept jours entiers et qui a cédé à l'emploi du valérianate de zinc.

C'était un garçon de douze ans, d'une bonne santé, d'une forte constitution, élevé dans une pension à laquelle il se rendait tous les matins, faisant chaque jour deux fois le trajet du boulevard Saint-Denis aux Invalides. Cet enfant n'a pas de soucis, pas de chagrins. Sans cause connue, il fut pris un jour de mouvements convulsifs généraux; M. Léger, mandé de suite, observa l'enfant pendant le premier accès, qui dura près d'une heure et demie. Peu à peu les phénomènes de contraction musculaire et de tremblement diminuèrent d'intensité. On donna, ce premier jour, un bain de pieds sinapisé. Repos. Le lendemain, nouvel accès plus marqué dans les membres supérieurs. Un peu de congestion de la face. M. Léger prescrivit le valérianate de zinc à la dose de 0,05 grammes toutes les trois heures pendant toute la durée de la veille. Les accidents se renouvelèrent pendant cinq jours, diminuant progressivement d'intensité. Le huitième jour, la guérison était complète. Il y a vingt jours que tout est terminé, et l'enfant jouit maintenant d'une santé parfaite. M. Léger n'a remarqué, soit pour l'heure du commencement de chaque accès, soit pour la durée aucune circonstance qui pût faire croire à l'existence d'un type intermittent. Entre chaque accès, les nuits étaient bonnes et le sommeil tranquille.

Le secrétaire annuel, Dr A. Foucart.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de la créosote en lavement contre la dysenterie, par M. le docteur Willmott.

M. Willmott, dans une épidémie de dysenterie avec symptômes typhoïdes, ayant vu échouer tous les moyens ordinaires propres à combattre le ténesme et les autres accidents habituels de cette affection, a eu l'idée d'employer la créosote en lavement d'après la formule suivante :

Créosote,	3 grammes.
Décoction d'amidon,	400

M. S. A.

Sous l'influence de ce lavement, qui fut administré chaque soir, les selles dysentériques diminuèrent de jour en jour, et furent bientôt remplacées par des garderobes naturelles.

Malgré l'assertion du médecin anglais, nous conseillons à ceux de nos lecteurs qui voudraient tenter l'emploi de cette nouvelle médication de diminuer de beaucoup la dose indiquée de créosote, de la restreindre, par exemple, à quelques gouttes seulement pour chaque lavement, en ayant le soin d'élever la dose progressivement et avec circonspection suivant les effets produits.

Moyen facile et sûr de distinguer le kino de l'extrait de ratanhia; par M. le professeur Wahlberg, de Stockholm.

Il y a peu de substances qui, à l'extérieur, se ressemblent plus que la gomme kino et l'extrait de ratanhia; aussi les confond-on souvent l'un avec l'autre. Cependant, ils se distinguent par leur manière différente de se comporter avec les divers liquides qui peuvent les dissoudre; mais pour les distinguer rapidement, M. Wahlberg a recours au moyen suivant :

Il humecte le morceau qu'on lui présente avec de l'eau ou de la salive. Si la couleur rouge-brune foncée se conserve, la substance est du kino, car l'extrait du ratanhia prend une belle teinte de bronze dans la même circonstance, et cette teinte se conserve autant de temps que la surface reste humectée.

M. Wahlberg se sert déjà depuis plusieurs années de ce mode d'essai, dont le succès s'est confirmé de plus en plus.

Formule de pilules fondantes, par M. le docteur Kreysig, de Dresde.

M. le docteur Kreysig se loue beaucoup de l'emploi des pilules préparées d'après la formule suivante dans les cas d'obstruction du foie :

Poudre de digitale,	12 décigrammes.
Extrait de jusquiame,	12
Carbonate de soude,	8 grammes.
Magistère de soufre,	8
Extrait de chélidoine,	14
Extrait d'aloès corrigé par l'acide sulfurique.	2

M. et F. S. A., une masse parfaitement homogène et de consistance convenable, divisée en pilules du poids de 10 centigrammes.

On fait prendre aux malades adultes dix de ces pilules, matin et soir.

Traitement de l'albuminurie par l'acide azotique; par M. le docteur Hanzen, de Trèves.

M. Hansen a employé avec le plus grand succès, dans le traitement de l'albuminurie, l'acide azotique sous la formule suivante :

Acide azotique,	4 à 15 grammes.
Eau distillée,	150 à 250
Sirop de sucre,	q. s.

M. S. A.

On peut remplacer l'eau distillée par l'eau simple, ou encore par une potion diurétique quelconque, et même, dans certains cas, y ajouter une petite quantité d'éther hypo-nitreux alcoolisé.

Cette mixture se donne à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Sur dix-huit cas d'albuminerie qu'il a traités à l'aide de cette médication, il n'a perdu que deux malades.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Je vous prie de vouloir bien insérer la lettre suivante, qui vien dr

se joindre à la série des documents que vous avez publiés sur les injections iodées.

J'ai vu opérer les hydrocèles avec succès par mon père en employant l'injection vineuse : j'ai employé ce moyen thérapeutique jusqu'en 1843 à l'exclusion de tout autre.

J'ai accepté avec défiance l'injection iodée, trouvant que, puisqu'on avait un bon moyen de traitement, il fallait s'y tenir.

Alors que M. Velpeau se présenta à la candidature de l'Académie des sciences, j'assistai à la séance où il fit sa communication sur l'influence déterminée par les injections iodées dans les cavités closes.

M. Leblanc et moi nous avons commencé en 1843 une série d'expériences comparatives sur l'action des injections iodées et vineuses.

Une première communication fut faite le 17 juillet 1843 à l'Académie des sciences; dans le courant de l'année 1845, elle fut suivie d'une seconde.

MM. Rayer et Velpeau ont assisté à la plupart des opérations faites par nous sur les chevaux. Les animaux leur ont été présentés avant et après les opérations, puis après avoir recommencé leur travail.

Il y a 23 ans, nous faisions avec MM. Velpeau, Gerdy, Amussat et Johert de l'anatomie comparée. Souvent nous avons disséqué des pièces pour Cuvier et pour M. de Blainville. Dans plusieurs articles insérés dans l'*Expérience*, et dans une brochure publiée à l'occasion du concours pour la chaire de Dupuytren, j'ai soutenu qu'il serait utile de faire un cours de médecine et de chirurgie comparées.

C'est en pensant aux travaux anatomiques de ma jeunesse que j'ai eu recours à M. Leblanc pour lui demander ses services afin d'éclairer le point important de thérapeutique chirurgicale dont il est ici question.

Je suis heureux de pouvoir dire que les faits constatés par MM. Velpeau et Rayer ont dissipé tous mes doutes, et que j'ai adopté les injections iodées comme méthode générale de traitement des hydrocèles. J'ai employé plus de vingt fois avec succès les injections iodées dans les cas d'hydrocèle.

Maintenant, peut-on injecter impunément dans toutes les cavités séreuses, dans toutes les cavités accidentelles anormales un mélange de teinture d'iode et d'eau? Je ne pourrais répondre d'une manière absolue à cette question.

Toujours est-il que je n'ai jamais observé d'accident à la suite des injections faites avec un tiers de teinture d'iode mélangée à deux tiers d'eau commune.

On a parlé à l'Académie de médecine de chevaux morts, de personnes mortes après les injections iodées; l'opium fait dormir à une dose, à une autre dose il donne la mort. De quelle teinture s'est-on servi? dans quelle proportion a-t-elle été employée?

Je regarde l'injection iodée comme beaucoup plus innocente que l'injection vineuse, et il est facile de constater ce que j'avance en injectant l'un et l'autre liquide dans le tissu cellulaire de l'homme, ou dans celui des animaux.

Du reste, tous les chirurgiens ont injecté du vin, sans le vouloir, dans le tissu cellulaire scrotal, et ils ont toujours eu à combattre de très graves accidents. Il n'en est pas de même des infiltrations de teinture iodée mélangée à deux tiers d'eau, elles ne causent jamais des accidents aussi graves.

Je crois qu'il faut faire précéder toute injection iodée d'une ponction exploratrice et d'une analyse du liquide extrait (celui contenu dans la tunique vaginale excepté). Si le liquide est albumineux, c'est une grave présomption pour que l'injection iodée soit suivie d'un succès certain.

Les expériences sur les animaux, et les injections faites avec précaution sur l'homme, ont tout à fait dissipé mes doutes, et je puis dire que je me suis converti comme Saint-Thomas, parce que j'ai vu.

Agréez, etc. A. THIERRY.

NOUVELLES.

— La séance publique annuelle de la Société de médecine de Bordeaux a eu lieu le 30 décembre 1845. La question mise au concours était la suivante : « Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers? » Une médaille d'or de 300 fr. a été accordée à M. le docteur Thouvenin (de Lille), une médaille de 200 fr. à M. le docteur Gerbaud (de Lyon), une mention honorable et le titre de membre correspondant à M. le docteur Le Chaptois (de Bolbec).

La question mise au concours pour 1847, est celle-ci :

« De la morve chez l'homme et de sa transmission des animaux à l'espèce humaine. »

Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 15 mars 1847.

M. Lafargue (de Bordeaux), pour son travail sur le *Diagnostic des tumeurs*, et M. Lefèvre (de Rochefort), pour un mémoire sur la *Question de l'antagonisme entre la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire*, ont obtenu chacun une médaille d'encouragement.

M. le docteur A. Foucart a obtenu une première mention honorable, et le titre de membre correspondant, pour *Quelques considérations pratiques sur l'arthrite blennorrhagique*.

M. le docteur Philippe, une seconde mention honorable pour un mémoire sur l'*Education de l'ouïe chez les sourds*.

— A l'hospice de la Maternité de Marseille, pendant l'année scolaire 1844-45, il n'y a eu que 81 accouchements; et tous les hospices de maternité sont loin d'être encore aussi bien partagés. Les étudiants en médecine ne peuvent assister qu'à l'accouchement des filles en travail. Or, cette année, sur ces 81 accouchements il y a eu 49 femmes légitimes et 32 filles. Sur ces 32 filles, à l'accouchement desquelles les étudiants auraient pu assister, il n'y en a eu que deux ou trois au plus qui leur ont fourni cet avantage, soit parce qu'on les a appelés trop tard, soit parce que l'accouchement s'est fait la nuit, ou qu'on n'a pas trouvé le chef avec lequel ils peuvent s'introduire dans l'établissement. Il en résulte que l'instruction est tout à fait nulle pour les étudiants. Pour que les écoles remplissent leurs devoirs vis à vis de la société, il faudrait qu'elles ne fournissent pas seulement des sages-femmes instruites, mais encore, et en nombre convenable, de bons accoucheurs. Pour cela, il est urgent que de nouvelles dispositions soient prises, car les éléments d'instruction fournis à cet egard aux étudiants en médecine sont insuffisants. (*Encyclopédie méd.*)

— Toutes les femmes qui ont accouché à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux, pendant le mois d'octobre dernier, ont été atteintes de métro-péritonites. Les mesures de prudence exigées par la forme épidémique de la maladie ont été prises. Cependant les conséquences n'ont pas été aussi désastreuses que dans d'autres épidémies. Il y a eu 14 accouchements : une femme a été dirigée, au début de la métro-péritonite, sur l'hôpital Saint-André; restaient 13 malades, sur lesquelles il y a eu 4 morts et 9 guérisons.

— On écrit de Berlin, 4 janvier : La veille de Noël, au coup de minuit, toutes les maisons de tolérance privilégiées ont été supprimées. Il était enjoint, par les autorités aux propriétaires de ces lieux infâmes, de relâcher les créatures entretenues dans une sorte d'esclavage pour s'avilir, et de leur remettre leur dette à tout jamais. Il est à croire, bien qu'on n'en sache rien, que les propriétaires susdits recevront une indemnité pour cela. Les femmes proscrites sont transportées aux frais de l'administration postale dans leurs pays respectifs, pendant que des places de servantes sont assignées soit par la police, soit par l'entremise de sociétés spéciales, à celles d'ici qui montrent du repentir; d'autres appartenant à cette ville seront conduites dans la maison de correction, et d'autres encore placées, quoique libres, sous la surveillance de la police. Cette mesure nous paraît impolitique et immorale.

— La mortalité, dans la partie occidentale de la province de Prusse, est depuis quelque temps beaucoup plus considérable qu'à l'époque où le choléra y exerçait ses ravages. Cette mortalité est la conséquence de l'affreuse détresse qui règne dans ces districts depuis l'hiver dernier, et qui ne fait qu'augmenter de jour en jour.

— Pendant l'année 1845 on a vu paraître en France 2,357 publications médicales, indépendamment des journaux de médecine.

— Le 17 janvier, est mort à Berlin le docteur Bernhard, qui a rendu à la science et à la chirurgie les services les plus éminents, et l'un des hommes les plus savants de son siècle. Il avait parcouru toute l'Europe, et fait paraître un journal intitulé *la Peste*, qui contenait ses observations sur cette maladie (qu'il s'était inoculée), et qui exerça la plus heureuse influence sur l'établissement des quarantaines. (*Gaz. méd. belge.*)

La DOUZIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IV[e] volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Certains succès de l'emploi du Colchique contre toutes les douleurs arthritiques aiguës sont connus de toute antiquité, et il n'est aucun cahier de recettes trouvé dans les plus anciens monastères, comme il n'est aucun vieux formulaire qui ne renferment une recette spéciale contre les douleurs de la Goutte, et toujours le Colchique fait la base de ces préparations, soit sous forme de teinture ou d'élixir, soit sous forme de pilules préparées avec l'extrait alcoolique de Colchique.

Cependant, malgré certains succès obtenus par l'usage de cette bulbe, les vieux praticiens ont depuis longtemps abandonné son emploi. Certains succès contre la Goutte ne les avaient pas aveuglés, et, à côté de certains avantages, ils avaient vu les propriétés ataxiques de cette plante dangereuse, et l'ont depuis longtemps bannie de l'usage de leur pratique.

Les Anglais les premiers reprirent l'usage de cette plante, et, sans craindre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui résulte toujours de l'emploi des préparations de Colchique, ils calment certains accès avec la teinture vicieuse de Colchique dite Gouttes de Wilson.

Le Colchique donc employé autrefois, rejeté de la pratique médicale et repris de nos jours, reste toujours avec ses vices, et cependant des médecins prescrivent encore sous forme de pilules l'extrait alcoolique de Colchique dont cette plante délétère fait seule la base; et cependant nous voyons encore des médecins rejeter de leur pratique un médicament qu'ils considèrent comme secret, bien que la formule partout publiée soit connue de tout le monde, et reconnue par quatorze années de succès, comme étant le seul remède contre la Goutte qui puisse être employé sans danger.

Nous voulons parler du Sirop antigoutteux de Boubée, dont la formule et les succès sont connus aujourd'hui du monde entier.

EXPOSITION DE 1839 ET 1844. — MÉDAILLES DE BRONZE ET D'ARGENT.

La maison spéciale d'orthopédie pour le traitement des déviations de la taille et des membres de M. BÉCHARD, mécanicien-bandagiste, rue de Tournon, 15, se recommande par sa supériorité incontestable, si bien connue de nos célèbres chirurgiens et médecins, de même que pour ses nouvelles ceintures hypogastriques à la fois si ingénieuses et si utiles pour dames, ainsi que ses jambes et mains artificielles si légères, et imitant parfaitement la nature.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de protèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.

Le MONITEUR DES FEUILLETONS, journal mensuel et littéraire. Prix d'abonnement : par an, pour Paris, 7 fr ; la province, 8 fr. ; l'étranger, 9 fr. Ce journal est adressé pour 1 fr. seulement par trimestre, à toute personne de province qui, par un mandat (franco) sur la poste, à l'ordre de M. Chéron, directeur, impasse du Doyenné 5, place du Carrousel, le charge de prendre ou de renouveler un ou plusieurs abonnements à des journaux de plus de 20 fr. par an.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 18. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 11 FÉVRIER 1846.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — CLINIQUE DES HOPITAUX.

La Commission permanente du Congrès médical de France à M. le pair de France préfet du département de la Seine.

Monsieur le Préfet,

La Commission permanente du Congrès médical de France, d'après votre invitation bienveillante, a l'honneur de vous soumettre les observations suivantes sur la mesure grave récemment arrêtée par le Conseil général des hôpitaux. Nous rappellerons d'abord brièvement les faits.

Un chirurgien des hôpitaux avait demandé au Conseil l'autorisation de faire une clinique. Le Conseil a refusé. De la question personnelle, nous n'avons rien à dire; mais les considérants ont droit à un sérieux examen. En voici le sens et presque les termes :

Le Conseil, considérant :

1° Que les cliniques sont toujours une cause de souffrances physiques et morales pour les malades;

2° Que si le besoin de la science les réclame, ce besoin est satisfait par les cliniques régulières de la Faculté, dont le nombre est fixé par l'autorité supérieure;

3° Qu'il n'y a lieu à faire d'exception à cet égard que pour les cliniques de maladies spéciales qui ne sont pas comprises dans les cliniques officielles de la Faculté;

Attendu que la clinique demandée n'appartient ni à l'une, ni à l'autre de ces catégories;

Arrête :

La clinique demandée n'aura pas lieu.

Nous avions vu là, Monsieur le Préfet, un principe posé, un principe menaçant, non-seulement pour toute clinique nouvelle qui demanderait à se produire, mais pour les cliniques libres actuellement existantes; et cela nous paraissait si clair et si évident, que nous n'avions pas cru avoir besoin de justifier nos craintes. Cependant, des personnes graves et dont nous ne saurions décliner l'autorité, n'en ont pas jugé ainsi que nous; et en vue de nous rassurer, il nous a été dit :

1° L'arrêté n'a pas et ne saurait avoir d'effet rétroactif.

2° Les considérants d'un arrêté n'ont pas d'importance, et il ne faut voir dans celui-ci que la décision prise, qui serait purement personnelle.

Permettez-nous quelques observations à ce sujet.

L'arrêté ne porte pas, en effet, immédiatement sur les cliniques actuelles; mais ces cliniques ne se rouvrent chaque année qu'en vertu d'une autorisation nouvelle, laquelle doit être demandée par chaque professeur. Or, de deux choses l'une :

Ou, en effet, le Conseil est convaincu que les cliniques sont nuisibles, et qu'il ne faut en admettre que des deux catégories spécifiées dans son arrêté; et alors les considérants subsistant, la conclusion est logique et rigoureuse, et doit s'appliquer à tout le monde;

Ou bien le Conseil reconnaîtra, en effet, que son principe est trop absolu; qu'il doit respecter les droits acquis, et alors il faudra bien admettre une troisième catégorie, celle des cliniques existant avant l'arrêté.

Or, cette concession ne serait en aucune façon de nature à nous rassurer; car les droits acquis sont personnels, et quand, par un malheur trop facile à prévoir, le cours naturel des choses nous aura ravi ceux des maîtres de l'art qui font aujourd'hui l'honneur de l'enseignement libre, sans avoir eu d'effet rétroactif, l'arrêté du Conseil aboutirait toujours à supprimer leurs cliniques. Le Conseil se tromperait s'il croyait que nous plaidons ici la cause de quelques jours et de quelques hommes. La cause que nous soutenons est universelle et impérissable; c'est la cause de la science et de l'humanité.

Mais, ajoute-t-on, les considérants d'un arrêté n'ont pas d'importance, et il ne faut regarder que la décision.

C'est là, Monsieur le Préfet, une doctrine que nous ne saurions admettre dans une question aussi grave. Quoi! cette louable sollicitude pour les malades, elle s'évanouirait du jour au lendemain? Quoi! ce principe posé, ces conclusions si logiques, on n'en aurait fait usage que pour un refus personnel, pour le besoin de la circonstance, et l'on pourrait les oublier, et conséquemment s'en ressouvenir à volonté? Mais alors ce serait un arbitraire d'autant plus redoutable, qu'il se déguiserait sous les formes de la raison et de la justice, qu'il feindrait de justifier ses décisions par ses principes, se réservant de changer d'un jour à l'autre ses principes pour les adapter à ses décisions.

Non, le Conseil des hôpitaux, nous en sommes certains, a pris son œuvre plus au sérieux. Une réunion d'hommes aussi remarquables par leur gravité, par leur sagesse, par leur dévouement à la cause du pauvre, a bien pu se tromper, et nous croyons qu'ils se sont trompés en effet; mais ils n'ont jamais songé à tromper personne, en donnant à leurs actes des motifs qu'ils seraient disposés à renier.

Il faut donc voir dans cet arrêté ce qui y est en effet; les cliniques déclarées nuisibles aux malades, et proscrites en principe; — mais dans l'application, et à ceux des besoins de la science, deux catégories conservées, en dehors desquelles aucune ne pourra être autorisée.

Nous disons, au contraire, que les cliniques sont essentiellement utiles aux malades; et que dès lors il y a lieu tout à la fois de conserver celles qui existent, de favoriser celles qui demandent à se produire.

Un premier point, Monsieur le Préfet, est de nature à vous frapper; c'est que l'assertion du Conseil sur le danger commun à toutes les cliniques, a été adoptée sans enquête, sans débat sérieux; la cause a été jugée sans avoir été entendue. Une Commission avait été nommée; quelles démarches a faites cette Commission? quels renseignements a-t-elle demandés? Où sont les hommes compétents qu'elle a consultés? Quelle est la base de son travail? Qu'on nous le dise.

Il y a dans les hôpitaux de Paris des médecins qui font des cliniques; il y en a qui n'en font pas; croira-t-on que sur une question si spéciale, on n'a pas consulté un seul médecin des hôpitaux? Le Conseil possède assurément dans son sein de grands talents et de grandes capacités; cependant il est permis de croire que ses membres ne sont pas des auditeurs bien assidus des cours de clinique, et qu'on aurait pu trouver ailleurs des juges plus compétents.

Et ceci devient infiniment plus grave, si l'on considère que les médecins qui font des cliniques ont été jugés dans l'arrêt du Conseil d'une façon plus que sévère, dénoncés en quelque sorte comme soumettant leurs malades *à des souffrances physiques et morales.* Tel est en effet l'état réel de la question; le corps médical tout entier réclame l'enseignement clinique libre; le Conseil général des hôpitaux, par son arrêté, se proclame le défenseur du pauvre; contre qui? contre les médecins. Ce sont les médecins qui torturent le pauvre; c'est le Conseil des hôpitaux qui le protége et le soutient. Le Conseil n'a pas vu sans doute toute la portée de la question posée en ces termes; et c'est pourquoi nous ne voulons pas y insister plus longtemps.

Cependant, nous le répétons, il eût été convenable, pour s'éclairer, d'écouter au moins les raisons de ceux qui pensent que les cliniques sont favorables et utiles aux malades. Mais quoi! dit-on, est-il avantageux à un malade qu'on le soumette à un examen prolongé, répété, fatigant; pénible quelquefois au moral encore plus qu'au physique? Et pour reprendre les propres paroles du Conseil, les cliniques ne sont-elles pas toujours une cause de souffrances physiques et morales?

Ici, Monsieur le Préfet, nous éprouvons le besoin de protester, au nom du corps médical que nous représentons, au nom de tous les médecins qui ont professé et professent encore dans les cliniques, contre cette idée fausse et périlleuse sous laquelle serait enveloppée l'institution tout entière. Nous n'admettons pas, aucun médecin consciencieux n'admettra que la clinique doive jamais ajouter aux souffrances des malades; et les cliniques privilégiées à qui l'on semblerait ainsi réserver des victimes, seraient les premières à répudier ce funeste présent. Le premier devoir du médecin est de ne pas nuire, *Primò non nocere.* Les explorations cliniques sont et doivent être contenues dans ces limites, et ne jamais les dépasser. Quand donc l'arrêté parle de ces souffrances comme constantes, comme inévitables, il prend tout simplement l'abus pour l'usage, l'exception pour la règle. La clinique, considérée ainsi qu'elle doit l'être, apporte au malade plus de sécurité sous tous les rapports. Prenez les cas les plus graves, ceux qui mettent souvent en défaut, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement, toute la sagacité du médecin. Le professeur de clinique se livre à un examen approfondi, et il doute. Le toucher peut le tromper, l'oreille peut être infidèle; il fait répéter l'examen à ses internes, à des élèves de choix, souvent à des médecins empressés à le suivre. N'est-ce pas là ce qui se passe en ville dans les consultations, et le malade assez riche pour appeler des consultants se plaint-il de leur nombre et de la fatigue de leurs explorations? Pour des affections moins difficiles, le plus souvent encore, le malade est heureux que l'on s'occupe de lui, que l'on s'arrête plus longtemps à son lit; et l'autorité avec laquelle le maître impose sa parole à des auditeurs attentifs, a pour effet nécessaire de redoubler sa confiance, l'un des éléments les plus essentiels des succès du médecin. Qui n'a vu dans les salles de clinique des malades atteints de maladies peu graves, près desquelles on ne fait que passer, se plaindre de cet apparent oubli, et jalouser leurs voisins plus heureux? Et n'est-ce donc pas une chose reconnue qu'en ville même, les malades aiment par-dessus tout les longues visites, l'attention dont ils sont l'objet, l'examen répété des progrès du mal ou de la cure? Nous ne chercherons point à dissimuler que quelques-uns préfèrent le repos et le silence, redoutent jusqu'à la présence du médecin, et surtout ce cortége qui l'accompagne; n'en est-il pas de même en ville; et combien de fois en est-on réduit à faire agréer à force de subterfuges, à un malade que tout effraie, la présence d'un ou de plusieurs consultants? Que ceux-là d'ailleurs ne soient point soumis à l'examen collectif qu'ils refusent, assez d'autres ne demanderont pas mieux que de s'y prêter. Et nous disons qu'outre la confiance qu'ils y puiseront, ils y trouveront encore une sécurité plus réelle; l'examen répété étant toujours moins sujet à erreur que l'examen isolé. Ajoutez que le clinicien, obligé de rendre compte des difficultés qu'il a rencontrées, des motifs qui le font douter ou croire, des motifs qui vont le faire agir, sent sa responsabilité bien plus lourde, et pèse bien autrement ses jugements et ses paroles. Enfin, n'y a-t-il pas un autre intérêt d'humanité à ce que ces élèves, qui seront des médecins un jour, soient dirigés de bonne heure dans les sentiers ardus de la pratique, et que l'étude des malades présents soit utile aux malades à venir? Nous considérons ici le but d'utilité pratique, non pas encore les intérêts de la science, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Mais on insiste, et l'on dit : qu'il est fâcheux pour un malade d'entendre, près de son lit de douleur, disserter froidement sur toutes les chances de sa maladie.

Cette objection, Monsieur le Préfet, nous n'aurions jamais pu la prévoir si elle ne nous avait été faite; cette objection est, au contraire, un des arguments les plus forts que nous ayons à faire valoir en faveur des cliniques. Quand le professeur a son amphithéâtre, il se garde bien de disserter près du lit du malade; il ne dit juste que ce qu'il ne saurait éviter de dire, le reste étant réservé pour la leçon, laquelle se fait toujours entre lui et ses élèves. C'est précisément sur les médecins, à qui vous fermez les portes de l'amphithéâtre, que retombe ce malheur d'avoir à discuter dans leurs salles, et de s'exposer à ce double danger d'en dire à la fois trop pour les malades et trop peu pour les élèves. Nous concluons donc : oui, il est fâcheux de parler de la maladie devant le malade, et voilà pourquoi il faut favoriser les leçons de clinique qui se font à l'amphithéâtre.

Cependant, dit-on encore, les malades redoutent les salles de clinique.

Nous affirmons, nous qui le savons, nous qui le voyons tous les jours, que le contraire serait plutôt l'expression de la vérité. Que le Conseil veuille bien vérifier ce que nous avançons; qu'il prenne les cliniques les plus renommées, celles qui conséquemment, dans son hypothèse, devraient se trouver vides : elles sont toujours plus remplies que les autres. Mais il y a une époque de l'année où les cliniques sont suspendues; alors le service languit; les malades sont plus rares; la foule revient quand la clinique est rouverte.

Mais, enfin, il y a eu des plaintes nombreuses portées devant le Conseil, et il faut bien qu'il y ait des abus puisqu'il y a tant de plaintes.

A ceci, notre réponse est bien simple. S'il y a eu des plaintes légitimes, faites-y droit; s'il y a des abus réels et constatés, réprimez-les : c'est votre droit et votre devoir. Mais parce qu'une institution a ses abus, est-ce une raison pour la proscrire? Et à ce compte que resterait il debout des institutions humaines?

Nous devons d'ailleurs revenir ici sur ce qui a été déjà dit ailleurs : ces plaintes, on n'en a point vérifié la valeur; nous nous sommes informés, et il ne paraît pas qu'on en ait jamais averti les professeurs de clinique. Le Conseil des hôpitaux, placé à la tête d'une administration si difficile, sait mieux que personne cependant combien en pareil cas les vérifications sont nécessaires; et peut-être bien a-t-il eu à repousser, pour son propre compte, des plaintes parfois injustes ou exagérées. Mais nous n'irons pas jusqu'à prétendre qu'aucune de ces plaintes n'était fondée; tout homme est sujet à faillir; et nous avons pour mission de défendre l'institution, non les hommes, encore bien moins les abus. Faites un règlement qui les prévienne : nul n'y contredira. Ce règlement est bien difficile, dites-vous. Pour nous, nous le déclarons, nous avons plus de confiance dans les lumières du Conseil et des administrateurs des hôpitaux; nous croyons surtout qu'ils s'éclaireront mieux encore s'ils veulent bien consulter à ce sujet une Commission formée de professeurs de clinique; et enfin, parce que le fruit est peut-être malaisé à cueillir, ce n'est pas une raison péremptoire pour couper l'arbre par le pied.

Nous sommes en mesure nous-mêmes d'indiquer au Conseil des hôpitaux la cause principale de tous les inconvénients

des cliniques actuelles. La Commission chargée de faire un rapport au Congrès médical l'avait dit avant nous : *Une trop grande affluence dans un cours de clinique nuit à l'enseignement et aux malades;* et elle ajoutait : *La multiplicité de l'enseignement dans de justes bornes profite au malade et au médecin.* Ne laissez qu'une clinique à Paris, elle sera le rendez-vous de 800 élèves. Admettez-en huit, il y aura 100 élèves dans chaque salle : ce qui est trop encore. Mais laissez fleurir vingt ou trente cliniques, si cela se peut, si le talent des maîtres suffit à attirer les élèves; ceux-ci vont se disséminer, et ce bruit, ce trouble inévitable dans des réunions trop nombreuses s'amoindrira, se dissipera, fera silence à mesure que vous ouvrirez plus de cliniques.

Nous avons recherché avec soin toutes les raisons qui militaient contre les cliniques au point de vue des malades et de l'humanité; et sans vouloir nous ériger en défenseurs des intérêts de la science, que le Conseil n'a pas eu intention d'attaquer, il y a un point cependant où il nous paraît encore être tombé dans une profonde erreur.

Les intérêts de la science, dit l'arrêté, sont suffisamment garantis par les cours réguliers de la Faculté et par les cliniques sur des affections spéciales.

Si le Conseil avait été renseigné sur l'histoire de la médecine française dans toutes ses dernières années, il aurait mieux compris la valeur de l'enseignement libre, et cela seul eût suffi pour modifier ses convictions. Le plus grand mouvement médical qui ait eu lieu à notre époque est celui de Broussais; et la clinique de Broussais était non-seulement en dehors des cliniques officielles, mais tout opposée toute hostile aux cliniques officielles. Pour ne pas sortir des hôpitaux civils, MM. Petit et Serres obtinrent du Conseil, en 1811, l'autorisation de faire une clinique à l'Hôtel-Dieu; et de cette clinique sortirent ces belles recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, qui ont commencé la réforme de la pyrétologie. Nous pourrions citer bien d'autres exemples. Mais qui ne serait frappé du contraste des deux époques ! Alors la Faculté intolérante ne voulait pas souffrir de cliniques libres; et le Conseil, marchant dans une voie plus libérale, défendait le droit des médecins des hôpitaux contre la Faculté. Aujourd'hui la Faculté, instruite par l'expérience, favorise dans son propre sein l'enseignement libre, et c'est du Conseil que nous viennent les obstacles !

Considérez seulement, Monsieur le Préfet, tout ce grand mouvement de médecins étrangers qui viennent puiser à Paris la science et l'expérience, rendant à notre capitale ce tacite et unanime hommage que, pour la médecine comme pour les autres sciences, elle est restée la capitale du monde. Vous-même vous nous avez dit, et nous sommes heureux de vous emprunter cet argument, que partout dans les hôpitaux d'Angleterre, vous aviez rencontré des médecins parlant français, qui avaient été nourris dans les écoles françaises, qui avaient suivi les hôpitaux français. Demandez-leur si, après les cliniques officielles, ils n'ont pas puisé aux cliniques libres des enseignements précieux? Demandez-leur si certains noms que nous ne voulons point prononcer, et qui ne figurent point sur les listes officielles, n'ont pas jeté en Europe et plus loin encore, un éclat qu'aucun autre n'a fait pâlir, et qui entre pour une grande part dans la haute renommée de la Faculté de Paris? Regardez, même parmi les professeurs justement célèbres de cette Faculté, où ils ont puisé leur habileté dans l'art de guérir et d'enseigner à la fois, et si l'enseignement libre n'a pas été la pépinière la plus féconde où se soit recruté l'enseignement officiel? Et qu'on cesse de nous dire qu'on ne veut point porter atteinte à ces illustrations reconnues; si l'arrêté eût été rendu il y a trente ans, ne les aurait-il pas empêchées de se produire? Et si vous respectez les maîtres, si vous êtes justement fier, ainsi que nous, de les voir à la tête de nos hôpitaux, ne voulez-vous pas continuer, perpétuer cette gloire nationale que vous avez vous-même contribué à fonder; et voulez-vous que de tels maîtres ne puissent avoir des successeurs?

Nous l'affirmons donc avec la conviction la plus entière, et au nom de tous les médecins de France, la science a besoin des cliniques libres à côté des cliniques officielles; les cliniques officielles elles-mêmes ont besoin des cliniques libres, soit comme sources d'émulation généreuse, soit comme instruments de contrôle sur les doctrines et la pratique, soit enfin comme une préparation indispensable pour fournir à chaque chaire de dignes et légitimes possesseurs.

Nous nous résumerons dans les conclusions suivantes :

1° L'enseignement clinique, dans de justes limites, est aussi utile aux malades qu'aux élèves, et sert ainsi doublement les intérêts de la science et de l'humanité;

2° Le seul inconvénient qu'il présente tient à l'affluence trop considérable des élèves dans les salles de malades;

3° L'unique moyen de parer à cet inconvénient est de disperser les élèves dans le plus grand nombre de cliniques possible;

4° Les cliniques officielles à ce point de vue seront toujours trop peu nombreuses, et d'ailleurs l'expérience a montré qu'elles ne répondent pas à tous les besoins de la science;

5° Et en conséquence, l'intérêt des malades, l'intérêt de la science, et l'intérêt des médecins et des élèves demandent qu'au lieu de réduire les cliniques libres, on cherche à en accroître le nombre, et qu'on les favorise par tous les moyens.

Par toutes ces considérations, Monsieur le Préfet, la *Commission permanente du Congrès médical de France*, confiante dans votre équité et votre sagesse, vous prie, d'une part, de ne point sanctionner l'arrêté du Conseil des hôpitaux par votre signature; d'autre part, de mettre ces observations sous les yeux du Conseil, et de l'engager à revenir sur son arrêté.

Nous avons l'honneur d'être avec un profond respect, Monsieur le Préfet, vos très humbles et très obéissants serviteurs.

Les membres de la *Commission permanente du Congrès médical de France :*

SERRES, président.
BOUILLAUD, SOUBEIRAN, vice-présidents.
AMÉDÉE LATOUR, F. BOUDET, secrétaires.
RICHELOT, trésorier.
VILLENEUVE, MIQUEL, MALGAIGNE, BLATIN, VÉE, GARNIER, HAMONT, LEBLANC, COLLIGNON.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de janvier 1846.
Rédigé par M. Henri DUCLOS (de Rouen).

Hémoptysie. Apoplexie pulmonaire constatée par la percussion. Saignées. Diminution graduelle de la matité. Guérison.

Au n° 4 de la salle Sainte-Geneviève est couchée une infirmière de l'hôpital âgée de vingt ans, affectée d'hémoptysie. Les renseignements que la malade donne sur ses antécédents, attestent que dans son enfance elle était d'une mauvaise santé. Elle toussait fréquemment dès l'âge de neuf ans, époque où elle eut une fièvre putride. A treize ans elle eut la petite vérole; à quinze ans une fièvre cérébrale. Ses règles ont paru pour la première fois à l'âge de onze ans; elle a toujours été mal réglée; cette fonction ne s'est régularisée que depuis cinq ou six mois seulement.

A l'âge de dix-neuf ans elle a eu une première hémoptysie, pour laquelle elle a été soignée à la Pitié, dans un autre service que celui de M. Piorry; elle se rappelle fort bien qu'après avoir vomi abondamment du sang rouge, elle a expectoré les jours suivants de nombreux crachats de sang noir, et ensuite un liquide qu'elle compare pour la couleur à du marc de café; à l'époque de cette première hémoptysie, les règles avaient cessé de couler depuis huit mois. On l'a traitée par d'abondantes émissions sanguines; 160 sangsues lui ont été appliquées en quatre fois, et il lui a été pratiqué quatre saignées de 250 grammes chacune.

Le 13 janvier, entrée dans la salle Sainte-Geneviève, où elle est couchée au n° 4, on constata chez cette malade l'état suivant : Constitution faible, peau fine, pommettes colorées d'un rose vif. En percutant la poitrine on limita à gauche, à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule, une surface rendant un son mat dans une étendue de 8 centimètres de largeur sur 9 centimètres de hauteur. On pouvait croire à une masse tuberculeuse occupant toute cette étendue; M. Piorry diagnostiqua une apoplexie pulmonaire. Il prescrivit en conséquence une saignée de 250 grammes.

Le lendemain, le malade crachait du sang noir, et la matité avait diminué de 1 centim. et demi à droite, un demi-centim. à gauche sur la largeur, et d'un demi-centim. seulement à la partie supérieure sur la hauteur. On fit une nouvelle saignée de 250 grammes.

Les jours suivants on put suivre la diminution progressive de l'étendue de la matité, à mesure que la malade expectorait ainsi partiellement la masse de sang infiltrée dans le poumon.

Le 22 janvier, le son clair avait réparu sur la surface primitivement limitée, dans l'espace de deux centim. et demi en bas, de quatre centim. en haut, sur la hauteur. La diminution totale en largeur était de deux centim. et demi à droite, de quatre centim. à gauche. La matité qui subsiste n'occupe plus que deux centim. de hauteur sur un centim. et demi de largeur.

Dans les derniers jours, la malade ne crachait plus que du mucus incolore mêlé de quelques crachats sanguinolents noirs, peu nombreux, et de quelques crachats d'un mucus opaque.

Maintenant il est possible que cette pneumorrhagie ait pour cause une masse tuberculeuse qui donnerait le son mat qui persiste. Les antécédents, la constitution de la malade, appuient cette présomption. L'auscultation, du reste, ne fournit aucun signe manifeste de pneumophymie.

Tænia. Ecorce de grenadier et huile de ricin. Expulsion de portions considérables de tænia. Accidents nerveux passagers. (Encore en voie de traitement.)

Le 21 janvier est entré dans la salle St-Raphaël, n° 22, un jeune homme de vingt-trois ans. Depuis l'âge de douze ans, il est pris tous les quatre ou cinq mois, pendant un jour ou deux, de violentes coliques, de diarrhée, et alors il rend par les selles quatre ou cinq pieds de tænia. Quelquefois il a des convulsions en rendant ce ver, et constamment il éprouve des tiraillements d'estomac; les yeux se couvrent d'un voile épais pendant quatre ou cinq minutes; tout se rétablit peu à peu; il éprouve une faim vorace, qu'il satisfait, et reprend ses habitudes sans avoir ni maux de tête, ni douleur de ventre dans les intervalles de temps qui séparent les époques où il expulse les fragments de tænia. Jamais il ne vomit, jamais il ne sent de petits mouvements de va-et-vient qu'on puisse rapporter à la progression du ver.

Ce jeune homme est pâle, maigre, mais son visage n'exprime pas la souffrance. Il est d'un caractère gai; il n'a jamais eu d'autres maladies que celle qui l'affecte actuellement. Les pupilles ne sont pas dilatées; il ne ressent pas ces chatouillements dans les narines, ces picotements dans les yeux, que l'on a vu quelquefois coïncider avec la présence de vers intestinaux.

A Brest, où il a habité, on l'a traité par l'écorce de grenadier; ce remède ne produisit alors aucun effet. A Paris, à l'hôpital St-Louis, on l'a traité, il y a trois mois, par la décoction d'écorce de racine de grenadier à la dose de quatre ou cinq litres par jour; en même temps on administrait l'huile de ricin. Ce traitement n'eut pas plus de succès que le premier. A l'Hôtel-Dieu, on lui donnait, pendant huit jours, deux pots en vingt-quatre heures d'infusion de valériane additionnée d'éther. Le septième jour on lui administrait, moitié le matin, moitié le soir, un lavement avec asa-fœtida, et il prenait une trentaines de petites pilules de la même substance. Le lendemain on lui donnait, dans un demi-looch, la première fois, trois gouttes d'huile de croton-tiglium; huit jours après, quatre gouttes; et ainsi de suite, on a été jusqu'à lui donner en une dose huit gouttes d'huile de croton. Ce n'est qu'à cette dernière dose que le purgatif a produit des accidents nerveux. Sous l'influence de cette médication active, il a rendu une portion de tænia dont la longueur peut être évaluée à une quarantaine de mètres.

Le malade quitta l'Hôtel-Dieu par ennui. Le désir de guérir l'a fait rentrer dans nos salles. On essaya de nouveau la décoction d'écorce de grenadier, en y joignant l'emploi de l'huile de ricin de deux en deux jours.

Le 28 janvier, après avoir avalé la décoction, composée de trente grammes d'écorce pour un litre d'eau, il a rendu un petit fragment de tænia. Le lendemain, dix minutes après l'ingestion de la décoction faite avec quarante-cinq grammes d'écorce, le malade a ressenti des borborygmes; il a été pris de coliques, et il a rendu, au milieu d'eaux roussâtres, trois à quatre mètres de tænia. En revenant à son lit, il a été pris de cette cécité dont nous avons parlé; une demi-heure après, il dévorait un pain d'un kilogramme jusqu'à la dernière bouchée.

Nous reviendrons sur ce malade.

Incontinence d'urine d'origine obscure. Mélange de matières fécales donnant lieu de soupçonner l'existence d'une fistule recto-vésicale. Mort. Absence de lésion des reins (constatée pendant la vie par la plessimétrie). *Traces de cystite chronique. Absence de traces de fistule. Doutes à cet égard.*

Déjà, dans la Revue clinique hebdomadaire, on a parlé de ce serrurier couché salle Saint-Raphaël, n° 28, âgé de cinquante-six ans, entré le 6 janvier.

Cet homme vigoureux fut apporté à l'hôpital pour une tumeur abdominale et une incontinence d'urine. L'on sait comment l'on arriva au diagnostic : le premier jour, la sonde retira de la vessie quatre litres d'une urine d'odeur ammoniacale légèrement troublée; la plessimétrie montra la diminution de la vessie de haut en bas à mesure que l'urine s'écoulait; en même temps, l'on put voir que la diminution était loin de s'effectuer transversalement dans les mêmes proportions. Sans doute le réservoir de l'urine, paralysé tant il avait été distendu (la distension était constante depuis quinze jours), s'affaissait de chaque côté comme un sac inerte.

Les renseignements donnés par le malade sur ses antécédents sont extrêmement peu précis; on sait seulement qu'il y a quinze jours il s'est aperçu de la tumeur de l'abdomen, et que l'urine coulait goutte à goutte depuis ce temps. On n'éprouva dans le cathétérisme aucune difficulté qui pût expliquer la rétention incomplète de l'urine. Le malade a une soif des plus vives : il éprouve toujours de la sécheresse à la gorge, et cependant la peau n'est pas chaude, le pouls est large sans être plus rapide.

On prescrivit l'application de la glace sur l'hypogastre, l'abstinence de boissons et le cathétérisme deux fois par jour.

Le malade, dans les premiers jours, but à sa soif malgré la prescription : il rendait sans cesse l'urine goutte à goutte, et en outre, en vingt-quatre heures, la sonde tirait de deux à trois litres d'urine; cette quantité ne dépassait pas celle des boissons. Une première analyse faite rapidement montra qu'il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

Le 9 janvier, l'analyse fut faite avec beaucoup de soin par l'interne en pharmacie du service. Nous lui devons le renseignement suivant :

Contrairement à l'urine de l'homme à l'état de santé, celle de notre malade est très âcre et assez salée, d'une odeur ammoniacale, d'une consistance filante. Au lieu d'être acide, comme est généralement l'urine à l'état normal, elle est légèrement alcaline.

Sa pesanteur spécifique est de 1,020 (celle de l'urine ordinaire est de 1,005 à 1,015).

Traitée par le bichlorure de mercure, l'alun et l'acide nitrique, elle ne donne pas sensiblement d'albumine.

Evaporée, filtrée et reprise par de l'alcool, elle ne donne pas de sucre. Traitée par un sel de cuivre avec un excès de potasse caustique, elle ne donne pas lieu à la coloration qu'on remarque toujours lorsque l'urine contient du sucre de diabète, coloration due à la réduction de l'oxyde de cuivre par le sucre lui-même.

Le mucus et une matière animale soluble dans l'alcool y sont en plus grande proportion que dans l'urine à l'état normal.

Le malade fut mis à l'abstinence des boissons, au moins en partie : il but seulement un litre de tisane d'orge par jour. La sécheresse à la gorge augmenta; il ne put plus avaler d'aliments solides; l'urine devint moins abondante et plus trouble; son odeur devint extrêmement ammoniacale. Voici les résultats de l'analyse qui en fut faite le 11 janvier :

L'urine est très trouble, d'une couleur rougeâtre, d'une odeur extrêmement ammoniacale, d'une consistance plus dense que dans la première analyse. Le mucus et la matière animale sont en plus grande quantité que la première fois. L'alcalinité est devenue très prononcée. La pesanteur spécifique est de 1,029. Traitée par les mêmes réactifs que précédemment, elle donne un peu d'albumine; traitée par les réac-

tifs propres à déceler la présence du sucre, elle donne des résultats complétement négatifs.

Le 15 janvier, le malade fut pris de nausées, de vomissements; l'urine obtenue par le cathétérisme changea de couleur, son odeur devint celle des matières fécales, elle prit la couleur chocolat due au dépôt qui gagnait en peu d'instants le fond du vase. M. Piorry percuta les reins en arrière pour chercher s'ils ne seraient pas d'inégal volume, si l'un des reins ne serait pas le siége d'une hémorrhagie se traduisant par le dépôt brun dont il vient d'être question. Les deux reins furent trouvés de même volume (huit centim. de largeur sur dix de hauteur). Voici l'analyse de l'urine le 15 janvier.

L'urine est extrêmement trouble, donnant un dépôt noirâtre par le repos, d'une couleur sanguinolente dans les couches les plus supérieures, d'une odeur de matière fécale très prononcée. La partie liquide de l'urine est aussi décomposée à sa sortie de la vessie, que l'urine ordinaire le serait après avoir été abandonnée à elle-même pendant trois ou quatre jours; l'odeur est toujours aussi ammoniacale. Traitée par les réactifs, l'urine donne une plus grande proportion d'albumine; l'urée, le mucus et la matière animale sont presque complétement décomposés. Sa pesanteur spécifique est de 1,031. Aucun réactif ne peut faire découvrir du sucre.

Après avoir recueilli sur un filtre le dépôt contenu dans l'urine et l'avoir légèrement lavé, il exhale encore l'odeur de matières fécales; mis dans un linge et renfermé par un nouet, soumis à un courant d'eau jusqu'à ce que toutes les parties solubles soient dissoutes, le résidu, dont l'odeur excrémentitielle n'est pas totalement perdue, paraît formé en grande partie de débris de végétaux et d'animaux et d'une matière analogue à de la bile; il renferme très peu de fibrine.

Enfin, ce qui tend à prouver la présence de matières fécales dans l'urine, c'est que l'analyse n'a pu démontrer une assez forte proportion de fibrine pour qu'on admît que le dépôt n'était dû qu'à un caillot. D'ailleurs, si l'on avait eu affaire à un dépôt de sang, l'odeur elle-même, qu'on pourrait à la rigueur expliquer par la dissolution de certains gaz de l'urine, aurait dû disparaître lorsque celle-ci, mélangée au dépôt, était mise à l'évaporation, et le résidu, considéré comme caillot sanguin, n'aurait plus conservé aucune odeur. Au contraire, l'expérience prouve qu'en faisant chauffer la partie liquide l'odeur disparaît, elle persiste en chauffant l'urine avec le dépôt; le résidu, parfaitement lavé, conserve encore l'odeur de matières fécales.

D'après cela on diagnostiqua une fistule recto-vésicale; le malade tomba dans un état adynamique profond. Le 19 janvier, on cessa de le sonder; l'urine coulait constamment; la vessie ne se distendait plus. Dans les quatre derniers jours de sa vie, le malade présenta des urines troubles peu abondantes, couleur café au lait léger; le dépôt de matières brunes n'existait plus. Il mourut le 25 janvier.

A l'autopsie, on a trouvé les deux reins d'égal volume, et de la dimension constatée par la percussion pendant la vie. La coupe de ces organes n'a rien présenté d'anormal; ils étaient toutefois moins pâles qu'à l'état normal; la substance corticale avait la teinte foncée de la substance médullaire.

Les uretères étaient un peu dilatés; la vessie, revenue sur elle-même, ne dépassait pas le bord supérieur du pubis; les parois en étaient tellement résistantes et épaisses, qu'elles ne pouvaient s'accoler l'une à l'autre par la seule force de la pesanteur; elle se maintenait comme le fait une poire de caoutchouc. L'épaisseur de ses parois était d'un demi-centimètre.

Sa cavité contenait quelques cuillerées de cette urine trouble observée dans les derniers jours de la vie.

La surface interne de la vessie était d'une teinte ardoisé mouillée; elle présentait sur toute son étendue des rugosités, des sillons, qui lui donnaient une analogie d'aspect avec l'écorce d'un arbre déjà âgé.

La prostate était saine, le lobe moyen, toutefois, proéminait un peu trop, et c'est sans doute à cela et à un gonflement inflammatoire de la muqueuse que l'on doit rapporter la rétention d'urine des premiers temps, la sonde déprimait probablement ces parties sans difficulté.

L'examen des autres organes n'a rien présenté de remarquable. Faisons observer, en passant, qu'il y a un amas de tubercules à l'état cru au-devant de la colonne vertébrale à la région lombaire, et que les poumons parfaitement sains n'en présentent aucune trace.

C'est un cas de polyurie dont la cause est fort obscure. La cystite est-elle primitive? est-elle consécutive? Le malade n'a pu ou n'a voulu nous donner aucun renseignement capable de nous éclairer là-dessus. Quant au dépôt de matières brunâtres, l'analyse de l'urine démontre qu'on avait affaire à des matières fécales, et cependant, à l'autopsie, il nous a été complétement impossible de trouver une fistule recto-vésicale. En vain nous avons cherché, après avoir rempli le rectum d'eau, à en faire passer une seule goutte dans la vessie.

Ne serait-il pas possible, si nous n'avons pu découvrir cette fistule, que cela fût dû tout simplement au retrait énorme de la vessie sur elle-même, ce qui avait transformé les parois de cet organe en un tissu des plus compactes? La fistule pourrait bien avoir été complétement oblitérée par ce retrait. On sait d'ailleurs que, dans les derniers jours où l'urine ne s'accumulait plus dans la vessie, le dépôt de matières brunâtres avait complétement disparu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 février 1846. — Présidence de M. Roche.

A l'occasion du procès-verbal, MM. Boullay, Chevallier et Nacquart prennent la parole pour répondre à une assertion émise par M. Fontan dans la dernière séance.

L'Académie n'ayant pas cru nécessaire d'entendre les explications de M. Fontan, nous ne croyons pas nécessaire non plus de reproduire l'opinion de ces honorables membres.

— *M. Bousquet* lit un rapport sur un travail de M. Cypriani (de Naples), intitulé : De la puissance de la médecine, et des limites de cette puissance.

L'Académie nous ayant interdit toute communication des pièces, nous sommes privé de faire connaître à nos lecteurs le rapport de M. Bousquet, que nous n'avons entendu que très imparfaitement.

M. Castel. Ce rapport demande une discussion étendue et solennelle. Je prie l'Académie de la renvoyer à la prochaine séance.

M. Rochoux. Pas du tout, et je demande à parler sur-le-champ. M. Bousquet a dit que l'on a besoin de croire à la perfectibilité indéfinie de l'intelligence humaine. Je n'éprouve pas le moins du monde ce besoin, et cette perfectibilité me paraît une pure chimère. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à réfléchir que les éléments organiques de l'homme sont finis, invariables, et qu'à quelque époque que ce puisse être, vous ne trouverez pas d'autres principes que ceux qui les constituent, l'oxygène, l'hydrogène, l'azote, le carbone, etc. Pour admettre la perfectibilité, il faut admettre que la nature matérielle de l'homme peut changer, ce qui est contraire à toute observation. L'histoire vient démentir ce dogme de la perfectibilité. Pour ne citer qu'un exemple, je dirai que nous sommes fort inférieurs aux Athéniens sur la statuaire, la poésie, la philosophie. Nous avons inventé le télégraphe électrique, c'est fort beau; mais ce n'est là qu'une imitation de phénomènes naturels bien autrement intenses. Nous avons de superbes locomotives qui font dix lieues à l'heure; mais qu'est-ce que cela comparativement au mouvement de la terre! Nous guérissons la syphilis, mais n'était-on pas plus avancé quand on ne l'avait pas? (Hilarité générale) On dit : mais les animaux ne se perfectionnent pas, ils restent toujours ce qu'ils sont. Sans doute, parce que l'organisation cérébrale des animaux est inférieure à celle de l'homme. D'ailleurs les animaux sont éducables dans une certaine mesure. Dans les environs de Manchester on a observé que des oiseaux qui faisaient leur nid avec le duvet du chardon, ne le font plus qu'avec les filaments de coton qui sortent des fabriques. (Nouvelle hilarité.)

M. Rochoux répondant à un autre passage du rapport de M. Bousquet, cherche à prouver que le fatalisme est une doctrine très soutenable, et que si le virus vaccin, par exemple, préserve de la variole, c'est qu'il a en lui une vertu préservatrice fatale.

M. Louis. M. Bousquet a dit que l'on ne connaissait, et que l'on ne guérissait bien, en médecine, que les maladies que l'on pouvait voir. Cette doctrine ne peut passer sans contradiction. Il est un grand nombre de maladies bien connues, et même que l'on guérit très bien, quoi qu'elles soient entièrement dérobées à la vue. Pour justifier le scepticisme de quelques médecins, M. Bousquet s'est beaucoup servi de la divergence des opinions sur un grand nombre de questions de thérapeutique. Les uns, dit-il, guérissent par les émissions sanguines ce que les autres guérissent de même par les purgatifs. D'abord, cet argument n'a pas une aussi grande valeur que le croit peut-être M. Bousquet; car enfin, purgatifs et émissions sanguines ont à peu près le même mode d'action, de soustraire un des éléments du sang ou le sang lui-même. Puis, ce n'est pas ainsi, ce me semble, qu'on doit faire la critique en médecine. Pour avoir une opinion sérieuse sur un point controversé de thérapeutique, il faut posséder des observations nombreuses de part et d'autre, les avoir rapprochées et comparées, pour pouvoir en tirer des déductions légitimes. M. Bousquet a cherché ensuite à établir une différence entre la science et l'art; je ne comprends pas très bien cette distinction. La science, où est-elle? Où sont ses dogmes? ses principes? Je ne les trouve pas; car la science n'est pas encore faite. Et c'est parce que la science n'existe pas que nous sommes obligés de faire de l'art, c'est-à-dire de nous livrer à des tâtonnements, à des hésitations, quelquefois à des inspirations. Mais de ce que la science n'existe pas encore, ce n'est pas à dire quelle ne puisse exister; non, elle existera quand, à l'aide d'une bonne méthode, on aura recueilli des faits suffisamment nombreux.

M. Bousquet. Je n'ai pas été bien compris par M. Louis, s'il a cru que je voulais nier la puissance de la médecine dans les maladies internes. J'ai fait seulement ressortir les avantages de la chirurgie sur la médecine, en ce sens que la chirurgie remonte de la lésion aux signes, tandis que la médecine est obligée de remonter des signes à la lésion. La médecine n'a pas de bistouri. Quant au scepticisme, ce n'est pas en montrer beaucoup, que de dire que lorsqu'on voit une même maladie guérir par des moyens tout opposés, la guérison peut être plus légitimement rapportée aux efforts de la nature qu'à l'efficacité de l'art.

M. Louis. Il est sans doute difficile d'attribuer à l'art ou à la nature leur part d'efficacité dans la guérison des maladies; mais pourquoi cela? Précisément parce que nous ne possédons sur rien des observations assez nombreuses; c'est-à-dire que sur rien la science n'est pas encore faite.

M. Castel se dispose à prendre la parole, quand M. le président fait remarquer qu'il est quatre heures, et que l'Académie doit se former en comité secret.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Bibliographie.

PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, par J. LISFRANC.

(Premier volume).

La cinquième livraison du Précis de médecine opératoire, complétant le premier volume, vient d'être publiée. Elle comprend la fin des considérations générales sur les amputations, avec l'histoire des divers procédés et la description particulière de chacune des amputations qui peuvent être pratiquées dans la continuité des os. Dans la première de ces deux divisions, sont passées en revue, examinées en détail et appréciées d'une manière générale les diverses méthodes, circulaire, ovalaire et à lambeaux. La méthode circulaire est celle que, avec presque tous les chirurgiens, préfère M. Lisfranc. Cependant, il ne rejette pas complétement la méthode à lambeaux, qui lui paraît essentiellement avantageuse dans les circonstances où, l'état pathologique remontant sur le membre plus haut d'un côté que de l'autre, elle permet d'en conserver une plus grande étendue, ou bien chez les sujets très maigres et à membres grêles. Quant à la méthode ovalaire, plus souvent mise en usage dans les désarticulations que dans les amputations dans la continuité, M. Lisfranc la rejette presque toujours, comme présentant une foule d'inconvénients soit immédiats, soit relatifs aux suites de l'opération.

Nous ne suivrons pas M. Lisfranc dans l'histoire de chacune des amputations particulières, non plus que dans la description de chacune des méthodes conseillées dans les divers cas et par les divers chirurgiens. Nous ne saurions cependant passer sous silence un chapitre des plus importants dans lequel sont discutées les raisons pour et contre l'amputation de la jambe au lieu d'élection et l'amputation sus-malléolaire. Comme chances de guérison, il paraît certain pour M. Lisfranc que l'amputation à la partie inférieure du membre fait perdre un tiers moins de malades que celle pratiquée au lieu d'élection. La cicatrisation lui semble aussi plus rapide. Les appareils destinés à remplacer le membre coupé sont éminemment préférables à la jambe de bois ordinaire, au *pilon*, etc. La conclusion de ce chapitre intéressant est que, dans tous les cas où l'état pathologique le permet, l'amputation faite à la partie inférieure de la jambe doit être préférée.

Après avoir analysé séparément et au fur et à mesure de leur publication les cinq livraisons qui composent le premier volume du Précis de médecine opératoire, jetons un coup d'œil d'ensemble sur ce volume entièrement achevé, et voyons quelle marche a suivie l'auteur dans l'étude des différentes questions qui constituent la science des opérations.

Après les considérations générales relatives aux indications et aux contre-indications des opérations, cette partie importante de la chirurgie, que l'on désigne sous le nom de *petite chirurgie*, la plus simple, et cependant si digne d'une étude sérieuse en raison des dangers auxquels elle peut exposer et de la grande utilité que l'on en retire souvent, devait être et a été examinée la première; puis viennent les accidents des opérations, les méthodes de pansement des plaies, l'hémostasie, les appareils à pansement, la comparaison des différents modes de réunion, l'appréciation des circonstances qui les indiquent ou les font rejeter. Nous avons signalé, dans les précédents articles, le soin avec lequel le professeur de la Pitié a consigné dans un chapitre étendu les résultats de sa longue expérience relativement à l'emploi des caustiques; nous avons dit comment, faisant preuve en cela d'une véritable supériorité, M. Lisfranc, persuadé qu'il n'est rien à négliger dans la pratique, n'a pas dédaigné de consacrer près de cent pages à la chirurgie dentaire, et d'écrire sur ce sujet, trop longtemps abandonné à l'empirisme et à l'ignorance, une sérieuse monographie qui sera consultée avec fruit par les hommes spécialement adonnés à cette branche de l'art de guérir. Ce n'est qu'après toutes ces généralités posées, et le jeune chirurgien une fois initié aux petites comme aux grandes difficultés de la pratique, que M. Lisfranc est entré dans le domaine de la médecine opératoire proprement dite.

Le Précis de M. Lisfranc est un de ces livres pour lequel les éloges sont superflus, et que recommandent suffisamment le nom et la réputation de leur auteur. Qu'il nous suffise de dire qu'à côté des préceptes les plus essentiels, des descriptions les plus succinctes en même temps que les plus claires, le savant trouvera de quoi satisfaire l'érudition la plus exigeante, et le praticien un précieux recueil d'observations qui font du livre dont nous parlons une excellente clinique, digne complément des œuvres chirurgicales qui ont placé le professeur de la Pitié parmi les hommes les plus distingués de notre époque.

A. F.

REVUE GÉNÉRALE.

Extirpation de l'utérus. — On sait combien sont rares les faits d'ablation de la matrice entière suivis de succès. En voici un cependant rapporté par les *Archives de médecine* d'après les journaux américains, et que, vu son importance, nous devons citer en entier, tout en faisant nos réserves et sur la nature de la tumeur enlevée, et sur celle de l'affection pour laquelle on a pratiqué l'opération. Cette observation est due au docteur Esselmann, de Nashville.

Une femme de trente-deux ans, mariée depuis quatre ans, avait toujours été d'une bonne santé jusqu'à l'époque de son premier accouchement, un an auparavant. Le travail avait été très pénible et très prolongé; elle avait beaucoup perdu pendant sa durée, et pendant plusieurs semaines elle fut obligée de garder le lit. Lorsqu'elle se leva, elle s'aperçut, pour la première fois, de douleurs dans les lombes avec sensation d'un corps qui se déplaçait. Elle souffrait également de douleurs dans le dos et d'engourdissements dans les cuisses; en outre, elle avait des flueurs blanches très abondantes. L'écoulement menstruel était tellement abondant, qu'il obligeait la malade à rester couchée. Plus tard, son médecin crut reconnaître une chute de la matrice, et lui ordonna tous les moyens vulgaires qui sont employés dans cette maladie, mais sans succès. Fatiguée de n'éprouver aucun soulagement, elle se rendit à Nashville, où elle consulta un médecin distingué, qui diagnostiqua un polype, et appliqua une ligature; mais les accidents devinrent si alarmants, que force fut bien d'enlever la ligature. C'est alors qu'elle vint auprès du docteur E..., qui la trouva dans une situation déplorable, en proie à la fièvre hectique, aux sueurs nocturnes, à une toux incessante; bref, à tous les symptômes qui annoncent une terminaison promptement funeste. En l'examinant par le vagin, il reconnut une tumeur de la grosseur d'une poire, et répondant sous tous les rapports à la description que les auteurs ont tracée des polypes de l'utérus. Le vagin lui-même était très irritable et ulcéré, au point qu'il était très difficile de faire un examen minutieux et détaillé. Quoi qu'il en soit, convaincu par les antécédents de la malade et l'opinion des médecins qui l'avaient examinée, que c'était bien à un polype qu'il avait affaire, l'auteur se décida à pratiquer la ligature de la tumeur. Cette ligature, au moment où elle fut appliquée, donna lieu aux plus vives douleurs; pendant les quatre ou cinq premières heures, la malade fut très prostrée, et le pouls devint presque filiforme : cependant la réaction ne tarda pas à se faire, et le sommeil fut assez bon pendant la nuit qui suivit l'opération. La ligature fut serrée tous les matins pendant dix-huit jours, au bout desquels la tumeur se détacha à la grande surprise du médecin; au lieu d'un polype, il trouva l'utérus lui-même, beaucoup diminué de volume par l'ulcération, et surtout par la constriction qu'il avait subie. Le vagin était ulcéré et fournissait un écoulement fétide, accidents que l'on fit disparaître avec les cautérisations au nitrate d'argent et les injections de chlorure de chaux; en outre, on soutint les forces de la malade avec des toniques et un régime fortement animalisé. Le rétablissement ne fut pas très rapide, elle ne put quitter son lit que quelques mois après l'opération; cependant elle finit, à la longue, par revenir à un bon état de santé. Pendant les douze premiers mois qui suivirent l'opération, il fallut pratiquer de fréquentes saignées à cette femme pour faire disparaître la céphalalgie, les vertiges et autres accidents annonçant la pléthore.

— Un second fait du même genre, dû au docteur Toogood, est rapporté dans le même journal, et a été suivi de succès.

Il y a environ seize ans que l'auteur fut appelé auprès d'une femme âgée de quarante ans, qui se plaignait de souffrir beaucoup à cause d'une tumeur volumineuse qui l'empêchait d'uriner. Le cathéter fut introduit dans la vessie, quoique avec une certaine difficulté, et il donna issue à deux ou trois pintes d'urine. Une tumeur volumineuse faisait saillie en dehors du vagin : cette tumeur n'était autre chose que la matrice dans un état de prolapsus complet et pendant entre les cuisses. La réduction fut très facile. L'auteur maintint l'organe avec un large pessaire globuleux, qu'il recommanda à cette femme d'enlever de temps en temps, sauf à le replacer immédiatement. Pendant trois ans, il n'entendit plus parler de cette malade, lorsqu'il fut appelé auprès d'elle pour un écoulement vaginal très abondant et très fétide qui existait depuis quelque temps. Il reconnut alors que le pessaire, qui n'avait jamais été déplacé, était la seule cause de tous les accidents : il réussit, non sans peine, à l'extraire du vagin. Depuis cette époque, ainsi qu'il l'apprit plus tard, le pessaire ne fut pas replacé; aussi l'utérus sortait-il souvent et venait-il faire saillie au dehors des parties génitales.

La malade avait pris l'habitude de réduire cet organe en s'asseyant sur une chaise percée et en repoussant la tumeur avec les doigts. Tout à coup, vers le 13 avril dernier, la tumeur sortit, et quelques efforts qu'elle fit pour la faire rentrer tout fut inutile.

Au bout de trois jours, elle se décida à envoyer chercher le docteur Parsons. Celui-ci reconnut une tumeur assez volumineuse, longue de sept à huit pouces, pyriforme, insensible au toucher, d'une couleur rougeâtre, ulcérée et ecchymosée dans certains points par suite des efforts qu'on avait faits pour la réduire, et saignant assez facilement au moindre contact. Quelques tentatives de réduction ne furent pas plus heureuses que celles qu'avait faites la malade elle-même; il en fut de même des applications de sangsues et des applications froides.

Dans cet état de choses, le docteur Parsons fit appeler en consultation le docteur Toogood, qui avait donné autrefois des soins à cette malade : ils furent tous deux d'accord sur l'opportunité et l'utilité de l'ablation de cette tumeur.

Aussi, le 21 avril, appliquèrent-ils une ligature sur le vagin immédiatement au-dessus de la tumeur, et ils enlevèrent immédiatement la portion de la tumeur située en avant de la ligature. Cette tumeur pesait plus de deux livres; elle avait été oblitérée, et l'orifice utérin était presque cartilagineux. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse, et la guérison fut complète. Le vagin se terminait par un cul-de-sac à une très petite distance de l'ouverture vulvaire.

Luxation traumatique de la cuisse chez un enfant de trois ans. — Le docteur Neucourt, de Verdun, a publié, dans le Journal de Chirurgie, l'observation suivante :

Un enfant de trois ans étant à jouer sur une route, fut renversé par une voiture dont le mouvement était très rapide; on le releva aussitôt.

Appelé le soir même, je trouvai des traces de contusion sur la hanche et la paroi du ventre gauche. Les mouvements qu'on faisait exécuter à l'articulation, amenaient des cris violents de la part de l'enfant; mais il en poussait toutes les fois qu'on voulait le toucher. On ne sentait aucune crépitation. Comme l'examen se faisait à la lumière, j'en restai là, me proposant de revoir attentivement le petit malade le lendemain. — Cataplasmes sur les parties contuses.

Le lendemain, 20 novembre 1844, l'enfant est dans l'état suivant : Figure calme, riante, même, lorsqu'on ne le touche pas ; aussitôt qu'on le découvre et fait mine de porter la main sur les membres, il pousse des cris aigus. Le pli de l'aine du côté gauche a disparu. Cette partie de la peau paraît soulevée. Lorsqu'on met l'enfant debout, il pousse des cris aigus. Le pli de la fesse du côté gauche est plus bas que celui du côté opposé. L'examen de l'enfant, vu par derrière, le démontre manifestement. L'enfant étant couché, tient le membre gauche légèrement fléchi, avec tendance à la rotation en dedans. Ce membre paraît, à l'œil, plus long que celui du côté opposé, si l'on compare la position respective des malléoles et des genoux. La mensuration, au moyen d'un mètre de cordon de soie gradué, donne deux centimètres de plus pour le membre gauche. Le membre est, comme je l'ai déjà dit, demi-fléchi; mais on peut l'étendre le long de l'autre, quoique avec douleur, et c'est dans cet état qu'il a été mesuré.

La palpation ne donne lieu à aucune crépitation; malgré des recherches assez attentives, il est impossible de sentir dans le pli de l'aine ni ailleurs, rien qui ressemble à la tête de l'os. J'ai omis de mesure la distance à laquelle se trouvait le grand trochanter. On peut faire mouvoir dans tous les sens le membre malade; la mobilité paraît même exagérée, comparée à celle du membre sain.

Pendant cet examen, l'enfant pousse des cris aigus; il se tait aussitôt qu'on le laisse en repos, et se remet à crier si on touche la jambe. Il ne cherche pas à se lever, et ne fait pas le moindre effort pour remuer la jambe gauche, tandis que, comme dit son père, il porterait le pied droit à sa bouche si on le voulait.

Bon état général; appétit; grand bain.

Ce cas me paraissant assez curieux, j'amenai le lendemain avec moi un de mes confrères, M. le docteur Boyer. Nous retrouvâmes le malade absolument dans le même état, et refusant toujours de se tenir debout. Même allongement du membre.

En faisant des recherches pour trouver la tête du fémur, nous exécutâmes des mouvements de flexion de la cuisse sur le bassinet, et en étendant le membre aussitôt après, il nous sembla que les membres étaient égaux, et dont nous nous assurâmes par une mensuration exacte. Je me contentai de faire nouer un mouchoir autour des deux genoux, et de faire tenir l'enfant au lit.

Dès le lendemain l'enfant voulait se lever; je ne le permis pas, et on le tint huit jours au lit, quoique avec peine. Au bout de huit jours il se leva. Pendant la première demi-heure la démarche n'était pas assurée; mais au bout d'une heure il jouait à la toupie, chaussé avec des sabots.

L'auteur a cru, contrairement au rédacteur du Journal de chirurgie, avoir eu affaire à une luxation de la cuisse en bas et en avant sur le trou ovalaire. Pour M. Malgaigne, sans qu'il y ait certitude positive, il semblerait plus probable qu'il y aurait eu plutôt élongation des ligaments articulaires que luxation véritable.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la poudre de lycopode contre les diarrhées dysentériques, par M. le docteur Behrend, de Berlin.

On sait que le lycopode a été déjà recommandé par Hufeland contre la dysurie et la strangurie des enfants; mais, jusqu'à présent, on n'avait pas encore pensé à administrer cette substance dans des cas de dysenterie et de diarrhée dysentérique, malgré la grande analogie qui existe entre ces maladies. Cependant, c'est un moyen connu et usité depuis longtemps en Silésie parmi le peuple, et un praticien de ce pays en a fait part à M. Behrend à une époque où ces affections se montraient fréquemment, à Berlin, parmi les jeunes enfants.

M. Behrend, qui a essayé cette médication, en a obtenu d'excellents résultats, et il fait connaître les modes suivants d'administration qui ont été mis en usage jusqu'à ce jour pour la substance dont il s'agit.

1° Le moyen, tel qu'il est employé dans la médecine populaire de la Silésie, est le suivant :

Ou triture soigneusement quatre cuillerées à café de lycopode avec deux jaunes d'œufs, et on y ajoute un peu d'eau, puis une suffisante quantité de sirop simple pour obtenir une mixture diffluente. On en donne, aux enfants de deux ans ou environ, deux cuillerées à café toutes les heures.

2° *Potion de lycopode.*

Poudre de lycopode,	8 grammes.
Hydrolat de fenouil,	64
Sirop de guimauve,	45

M. S. A.

Cette potion, que Hufeland prescrivait contre la dysurie et la strangurie, doit être donnée à la dose de deux cuillerées à café d'heure en heure, en ayant soin d'agiter fortement la bouteille avant de verser la quantité de liquide nécessaire pour chaque prise.

Cette potion pourrait être employée aussi contre la diarrhée douloureuse des enfants.

3° *Mixture gommeuse de lycopode.*

Poudre de lycopode,	8 grammes.
Hydrolat de fenouil,	125
Sirop de sucre,	Q. S.
Poudre de gomme arabique,	Q. S.

M. et F. S. A. une mixture de consistance convenable et d'une saveur agréablement édulcorée.

M. Behrend, auquel est due cette formule, la prescrit à la dose de deux cuillerées à café, toutes les heures.

4° *Looch de lycopode.*

Poudre de lycopode,	8 grammes.
Poudre de gomme arabique,	8
Sirop d'amandes,	Q. S.

M. et F. S. A. un looch.

M. Behrend fait prendre ce looch aux plus petits enfants, à ceux qui sont encore à la mamelle, par cuillerées à café de temps en temps.

Si la diarrhée ne s'arrêtait pas avec ce moyen, on pourrait, dit-il, y associer un peu d'opium, et spécialement de la teinture d'opium.

On peut aussi, d'après M. Behrend, employer le lycopode en lavement, à l'aide du jaune d'œuf et de l'eau, et avec l'opium suivant les circonstances. Mais il recommande particulièrement de ne le prendre que dans l'état de pureté parfaite.

Emploi du brome et de ses composés contre les scrofules; par M. le docteur Glover.

M. Glover a fait différents essais thérapeutiques avec l'acide hydrobromique, les bromures de potassium, de sodium, de magnésium et de barium, et avec plusieurs autres bromures métalliques. Le bromure potassique ne lui a pas paru agir aussi énergiquement que l'iodure de potassium. Les bromures de zinc et de fer lui ont paru agir en déprimant l'irritabilité du cœur et des vaisseaux. Le bromure de mercure lui a semblé offrir une grande ressemblance avec le chlorure du même métal, dans l'une comme dans l'autre des deux combinaisons connues. Le cyanure de brome lui a paru exercer deux actions distinctes, l'une sur la moelle épinière (peut-être sur le grand sympathique), et semblable à celle de l'acide prussique, l'autre irritante, locale.

M. Glover a prescrit avec succès, contre l'eczéma invétéré, l'emploi topique d'un soluté aqueux de brome : le soluté était assez fort pour produire des douleurs. Il en a obtenu aussi d'excellents effets dans des cas de charbon et d'ulcères invétérés des pieds. C'est surtout chez un jeune sujet affecté d'ulcérations strumeuses, contre lesquelles on avait vainement essayé les toniques et l'iode, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, que le soluté de brome, (quarante gouttes pour un litre d'eau) a été heureusement mis en usage sous forme de fomentations répétées trois fois par jour, avec association de brome de potassium à l'intérieur.

Formule de tablettes de café iodurées.

Iodure de potassium,	4 grammes;
Café torréfié en poudre très fines,	2
Sucre très blanc pulvérisé,	112
Mucilage de gomme adragante préparée avec l'infusé de café torréfié,	Q. S.

M. et F. S. A. trois cents tablettes bien égales.

Ces tablettes, dont la formule est empruntée à la pharmacopée piémontaise, sont d'une saveur agréable et contiennent environ 12 milligrammes d'iodure de potassium par chaque tablette.

On les prescrit dans les cas de scrofules, de rachitisme, de leucorrhée, etc., à la dose de deux à six par jour.

Nouveau cas d'emploi topique du tabac; par M. le dr French.

M. French recommande l'infusé aqueux de tabac comme un agent thérapeutique très utile dans un grand nombre de cas de maladie, et ajoute que c'est à tort qu'il est si rarement prescrit par les praticiens de notre époque.

Les affections dans lesquelles il dit d'avoir prescrit avec le plus de succès, sont surtout le prurigo et l'ophthalmie purulente. D'après lui, l'infusé de tabac, contre les conjonctivites scrofuleuses, est préférable à tous les autres collyres. Il rapporte que, dans un cas de prurigo, où l'acide prussique, après s'être montré avantageux pendant longtemps, avait fini par ne plus rien produire, le soluté de tabac a exercé une action plus avantageuse et en même temps plus durable.

Depuis deux ans, M. French a prescrit l'infusé de tabac, souvent localement, et, dans des cas où il s'agissait de remédier à une forte démangeaison, à une vive irritation, etc. Voici la formule à laquelle il a recours :

Feuilles de tabac,	4 grammes.
Eau bouillante,	1/2 litre.

F. infuser S. A. et tirer à clair.

Ce praticien recommande d'employer de préférence, pour préparer cette infusion, les feuilles vieilles et tachetées de la plante.

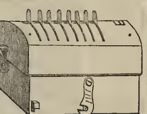
NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

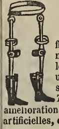
Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de protèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.







PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 19. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 13 FÉVRIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La localisation des facultés dans les diverses parties du cerveau a soulevé des objections nombreuses. Une objection puissante, en apparence, et qui a paru décisive, est tirée de quelques cas dans lesquels la fonction attribuée à une partie de l'encéphale, a continué de s'exercer nonobstant une altération plus ou moins profonde de cette partie.

Voici un fait anatomo-pathologique qui témoigne de la vanité de cet argument.

Ce fait a été exposé dernièrement par M. le docteur Richet, chargé *ad interim* du cours d'anatomie chirurgicale dévolu au chef des travaux anatomiques; mission dont M. Richet s'acquitte avec un talent et un zèle auxquels la presse a le devoir et la satisfaction de rendre justice.

Sur le cadavre d'un homme dont l'habitude extérieure indiquait l'âge de soixante-dix à soixante-quinze ans, M. Richet, en ouvrant la cavité crânienne, a rencontré les particularités suivantes :

Le trou occipital était presque complétement obturé par une éminence osseuse qui en dépassait de quelques millimètres le contour.

Cette éminence n'était autre que l'apophyse odontoïde.

Le bulbe rachidien était remonté dans la cavité crânienne, et les nerfs qui en naissent, au lieu de se diriger vers les trous de la base du crâne de bas en haut, se dirigeaient de haut en bas.

La moelle épinière, dans le point qui correspondait à la portion restée libre du trou occipital, était aplatie d'arrière en avant, sans altération de sa substance. Son étendue d'avant en arrière, dans ce point, était de quatre millimètres, et son étendue transversale d'un centimètre.

Cet aplatissement, qui pouvait avoir en hauteur deux centimètres, répondait à l'origine des premières paires cervicales.

La moelle épinière enlevée, en mesurant l'intervalle compris entre la partie postérieure de l'odontoïde et le contour du trou occipital, on trouvait *huit* millimètres.

L'apophyse odontoïde était inclinée d'avant en arrière, et ne pouvait exécuter que des mouvements d'inclinaison en avant et en arrière, dans la flexion antéro-postérieure de la tête.

M. Richet chercha à se rendre compte, par une dissection attentive, de la manière dont la luxation s'était produite; les ligaments formaient, avec les parties molles, un *magma* fibreux dans lequel il était impossible de retrouver des traces de la disposition première.

L'atlas, par ses masses latérales, était soudé avec l'occipital, sur les condyles duquel il avait été luxé en arrière, de telle sorte que le trou vertébral était oblitéré dans toute sa moitié antérieure par les masses et le corps de cette vertèbre.

L'arc postérieur de cet os avait disparu.

L'axis était resté mobile sur l'atlas; mais les surfaces articulaires étaient dirigées verticalement, et ne permettaient aucun mouvement de rotation; la flexion et l'extension étaient seules possibles, dans des limites très restreintes; l'extension surtout était bornée par la rencontre de l'apophyse épineuse de l'axis et de la crête occipitale, entre lesquelles il s'était formé une fausse articulation,

Les surfaces articulaires, tant de l'axis que de l'atlas, étaient dépourvues de cartilage; la substance osseuse était à nu et polie comme de l'ivoire à raison des frottements qu'elle avait subis. Il s'était formé ainsi une surface *séreuse*, c'est-à-dire lisse sur l'os, comme il s'en forme sur les cartilages dans l'état normal.

Le sujet était bien constitué et n'était pas amaigri.

Nous avons donné place à ce fait sans omettre les détails, parce que tout incomplet qu'il est, à cause du défaut de renseignements sur l'état du sujet pendant la vie, il n'en a pas moins une grande importance.

Il est important à plusieurs égards, mais nous avons indiqué en commençant le point de vue principal auquel nous désirons l'envisager.

En résumé, un individu a pu vivre, et vivre longtemps, malgré une compression très forte et un amincissement très notable de la moelle épinière à son origine, immédiatement au-dessous du bulbe rachidien.

Nous disons que la vie a dû être prolongée malgré cette lésion, attendu que la fausse articulation entre l'apophyse épineuse de l'axis et la crête occipitale, l'éburnation des surfaces articulaires des deux premières vertèbres, l'état des ligaments et des parties molles, tout indique, à n'en pas douter, une lésion ancienne.

On peut ajouter que le bon état de l'habitude extérieure du sujet, le défaut d'amaigrissement, d'atrophie d'une partie quelconque des membres, donnent lieu de supposer que la motilité, chez cet individu, n'avait pas éprouvé d'atteinte.

Mais, laissons de côté ce dernier point. Ce qui est certain, c'est que cet individu a vécu, et vécu longtemps, nonobstant une atrophie mécanique considérable de la moelle à sa partie supérieure.

Maintenant, nous le demandons, serait-on fondé à arguer de ce fait contre les expériences et les observations pathologiques qui démontrent la gravité extrême ou mieux la léthalité des lésions de la partie supérieure de la moelle épinière?

Dès lors que pense-t-on prouver lorsqu'on allègue que le langage (par conséquent la double faculté de la mémoire et de l'articulation des mots) était conservé malgré la présence d'une tumeur très volumineuse dans le lobule antérieur de l'un des hémisphères cérébraux?

Nous ne prenons parti ni pour ni contre la localisation; nous trouvons devant nous un mauvais argument, et nous cherchons à le détruire.

En médecine, comme dans toutes les branches du savoir humain, il y a un vice assez commun, qui est de s'attacher exclusivement, pour les besoins de la discussion, à l'extérieur des faits au lieu de ne les employer à une démonstration qu'après les avoir mûrement analysés.

La question vaut la peine d'être examinée. Poursuivons donc.

Etant donnée une tumeur comme celle dont nous parlions tout à l'heure, il faut savoir d'abord si c'est la substance cérébrale elle-même qui la constitue ou bien si cette substance n'est que refoulée.

Si c'est la substance même du cerveau qui est convertie en celle de la tumeur, c'est comme s'il n'y avait plus de cerveau dans le point affecté, ou comme s'il était ramolli dans ce point. Alors, au premier abord, il semble impossible que la fonction dévolue à cette partie puisse continuer de s'exercer. Et, en effet, l'impossibilité serait absolue si cette partie ne se répétait pas d'un côté à l'autre du cerveau. Nous raisonnons toujours en homme qui veut rester neutre entre M. Bouillaud, qui d'ailleurs peut se passer d'appui, et ceux qui l'ont combattu, et nous disons qu'on ne peut pas vouloir qu'une faculté qui s'exerce intégralement d'un côté et de l'autre, soit abolie, parce qu'un des deux côtés ne peut plus fonctionner. C'est comme si l'on disait que la faculté de voir doit être abolie quand un œil est perdu; que la faculté d'ouïr doit être abolie aussi quand l'un des nerfs auditifs est paralysé; que la faculté de goûter doit être abolie enfin, quand l'un des côtés de la langue est privé de sa sensibilité spéciale.

Il y a deux cerveaux dont la synergie est telle, que la dualité d'action aboutit à l'unité dans le résultat.

De plus, l'un des cerveaux peut suppléer l'autre. Les faits que nous venons de citer le prouvent. Quand il n'y a qu'un nerf lingual et un nerf glosso-pharyngien pour recevoir et transmettre l'impression gustative, il n'y a qu'un côté du cerveau qui reçoit cette impression; et anatomiquement, mathématiquement, il est impossible qu'il en soit autrement.

Donc un seul côté du cerveau peut fonctionner pour tout le cerveau.

Si cela peut arriver dans le cas que nous venons de supposer (l'absence de l'organe du sens d'un côté), il n'y a aucune raison de contester que cela puisse avoir lieu dans l'autre cas, celui où la partie correspondante du côté opposé du cerveau serait annulée.

Soit dit en passant, cette théorie juge la question si controversée et pourtant si simple, de l'unité de l'image, bien qu'il y ait deux images. Sans doute il y a deux images; mais il y a deux cerveaux qui perçoivent ensemble, et dont la synergie aboutit, comme nous l'avons dit, à l'unité d'effet.

Mais, dira-t-on, étant admis le cas assez commun d'un organe impressible, d'un œil, par exemple, plus faible que l'autre, il y aura deux sensations, désaccord entre les deux cerveaux; il y aura deux images, l'une faible, obscure, l'autre vive, éclatante. A supposer que cela fût, il faut bien admettre la diplopie, qui trouverait là une explication. Mais il n'est pas nécessaire que cela soit, pas plus qu'il n'est nécessaire de voir sur le même point deux lumières, l'une faible, l'autre vive. L'une des deux absorbera l'autre; vous n'en verrez qu'une, la lumière vive. De même deux perceptions, qui sont les mêmes au degré près, ne sont qu'une: la sensation au plus haut degré subsiste seule.

Voici donc la théorie, dans tous les faits qu'elle embrasse :

Premièrement : le cerveau est double, mais la synergie des deux cerveaux a pour résultat l'unité de perception :

Secondement : l'un des deux cerveaux peut suppléer l'autre, soit lorsque celui-ci, par le vice des organes extérieurs, ne reçoit pas l'impression, soit lorsque par lui-même il ne peut la recevoir;

Troisièmement, enfin : lorsque les deux cerveaux perçoivent la même impression à un degré différent, l'impression au degré supérieur subsiste seule.

Ainsi, quand une partie d'un côté du cerveau est altérée dans sa substance; la faculté qui lui est dévolue peut subsister du côté opposé, et le résultat sera le même que si les deux côtés fonctionnaient.

Mais il y a un autre cas, avons-nous dit : celui où la substance cérébrale, au lieu d'être altérée, est simplement refoulée. Ici il n'est pas nécessaire, pour expliquer le maintien de la fonction, de recourir à l'action du côté opposé. Les deux côtés pourraient être refoulés, et il serait tout aussi concevable que la fonction persistât : il suffirait pour cela que le refoulement se fût produit lentement. Si l'altération s'était faite sur-le-champ, telle que nous l'avons décrite, chez le sujet de l'observation de M. Richet, nul doute que la mort ne s'en fût suivie immédiatement. Cent fois l'expérience l'a prouvé. Le sujet aurait péri comme périssent les pendus, comme a péri ce soldat dont nous avons parlé dans cette *Revue*, il y a longtemps, et que M. Soudan a vu tomber comme foudroyé au moment où, cet homme ayant tourné brusquement la tête, l'apophyse odontoïde cariée passa sous le ligament transverse et vint comprimer la moelle. Au lieu de cela, il a pu vivre longtemps, sans rien perdre de l'apparence extérieure de la force et de la santé, et il a succombé à une maladie étrangère aux centres nerveux : une pleuro-pneumonie double.

C'est qu'en effet le cerveau, la moelle épinière s'habituent pour ainsi dire à la compression. Richerand, dans un cas célèbre, enrayait la vie de relation, en comprimant le cerveau du bout du doigt, et le malade de M. Champoullion, dont nous citions le cas dans un de nos derniers articles, a pu, malgré la présence d'une tumeur cancéreuse du volume du poing dans l'un des ventricules cérébraux, conserver jusqu'au dernier jour la liberté de ses mouvements et l'intégrité de ses facultés.

Prenons donc garde aux armes dont nous nous servons contre une doctrine. Assez d'obstacles sont placés entre la vérité et notre esprit pour que nous devions craindre d'en élever de nos propres mains.

M. Richet a fait observer que le cas dont il s'agit est, en outre :

1° Un exemple probant de guérison d'une tumeur blanche des articulations axoïdo-atloïdo-occipitale;

2° Un exemple de luxation de l'atlas sur l'occipital avec ankylose complète;

3° Un exemple, enfin, de luxation de l'axis et de l'apophyse odontoïde sur l'atlas, dans laquelle, malgré la destruction des cartilages, les mouvements ont été conservés par éburnation des surfaces osseuses, fait anatomique important sur lequel il a attiré l'attention dans sa thèse, que nous avons déjà citée ici avec distinction.

— Avant la dissertation de M. Baudelocque, avant l'article, bien succinct toutefois de Desormeaux, avant surtout les recherches cliniques de M. le professeur P. Dubois, exposées avec tant de précision et d'autorité, l'éclampsie était un sujet fort obscur, embrassant des faits très différents les uns des autres. Voici un cas du service de M. Trousseau qui se rapporte à ce sujet et qui soulève plusieurs questions, que, faute d'espace, nous réserverons pour une autre occasion.

Une jeune femme de vingt et un ans, enceinte de six mois, fut prise, pendant la nuit, d'une convulsion épileptiforme affectant exclusivement le côté gauche du corps, sans troubles de l'intelligence. Il resta, pendant quelques heures, de l'engourdissement dans le côté qui avait été atteint de convulsions.

Un mois plus tard, la convulsion se reproduisit, pendant le jour, avec les mêmes caractères. Il en fut de même peu avant l'accouchement, qui fut heureux.

La jeune malade nourrit son enfant. Quinze jours après sa délivrance, elle fut atteinte de nouveau de convulsions, puis huit jours plus tard, puis deux fois, trois fois par semaine, enfin tous les jours.

Lorsqu'elle fut conduite à l'hôpital, elle avait, depuis trois semaines, des convulsions qui venaient de quatre en quatre minutes. Devant les personnes qui suivaient la clinique de M. Trousseau, elle eut beaucoup d'attaques qui présentaient les caractères suivants:

Elle sentait quelque chose courir dans les membres du côté gauche, puis une vive douleur s'emparait du pied, et alors les muscles de la jambe entraient en convulsion; la cuisse se fléchissait sur le ventre, puis les muscles du côté gauche du ventre, de la poitrine, ceux du bras gauche, et enfin ceux de la face du même côté, étaient pris de convulsions.

Pendant l'attaque, la malade rendait compte de tout ce qu'elle éprouvait, et son intelligence était parfaitement nette. En trente ou quarante secondes tout était terminé. Le côté gauche restait paralysé du mouvement sans lésion de la sen-

sibilité. Pas de mal de tête; pas de fièvre; appétit. On donne la belladone, le premier jour, à la dose de 5 centigr.; le lendemain, à celle de 15 centigr. Amendement. On prescrit un peu de strychnine, qui augmente les accidents. Le surlendemain on reprend la belladone à la dose de 15 centigr.; et deux jours plus tard les accès cessent pour ne plus reparaître. La paralysie diminue de jour en jour, et bientôt les mouvements se rétablissent intégralement.

L'extrait de belladone est donné à la même dose pendant trois jours, puis en laissant un, deux, trois, quatre jours d'intervalle, et en reprenant toujours la même dose, selon la méthode de M. Bretonneau pour l'administration du quinquina dans le traitement de la fièvre intermittente.

— Dans le cas suivant la thérapeutique a été aussi heureuse que dans le précédent, et il importe de faire remarquer, autrement que pour rendre hommage à un professeur habile, avec quelle sagacité le diagnostic a été institué.

Vers la fin de janvier dernier, on apporta dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker, une femme de vingt-cinq ans, presque mourante à la suite d'hémorrhagies par l'anus, qui se reproduisaient chaque jour plusieurs fois.

La malade, qui pouvait à peine rendre compte de son état, disait que, depuis cinq mois qu'elle était accouchée, elle avait de violentes douleurs toutes les fois qu'elle allait à la garde-robe, et qu'elle rendait en même temps beaucoup de sang.

Elle était profondément anémique. La fièvre était vive; il y avait du délire pendant la nuit.

L'infirmière montrait un vase de nuit à moitié rempli de matière fécale nageant dans une quantité considérable de sérosité sanglante.

M. Trousseau explora le rectum. Il constata la présence de plusieurs fissures superficielles laissant suinter de la sérosité ensanglantée. Le doigt introduit profondément ne rencontrait aucune tumeur, et ramenait des matières fécales liquides et jaunes. L'hémorrhagie ne se faisait donc qu'au pourtour de l'anus et à la surface des érosions. On prescrivit de l'eau de riz avec du sirop de ratanhia, et deux lavements avec 5 grammes d'extrait de ratanhia.

Dès le deuxième jour, les hémorrhagies cessèrent. Les douleurs elles-mêmes ne se faisaient plus sentir après huit jours de traitement. La fièvre, le délire avaient cessé. L'appétit se prononçait. On donna des aliments, et aujourd'hui la malade mange quatre portions; elle a retrouvé ses forces; le teint se colore; en un mot, la guérison est complète.

Il devait paraître difficile qu'une si abondante hémorrhagie fût fournie par de simples fissures, et c'est en cela qu'il y a eu de la sagacité à reconnaître la vérité. Heureux le médecin lorsque, après avoir bien établi son diagnostic, il a à sa disposition des moyens de traitement aussi efficaces.

— Nous avons lu une lettre de M. le docteur Roussel, en réponse à notre article sur la pellagre. Bien entendu, notre honorable confrère n'est pas de notre avis. Sa lettre paraîtra prochainement. Nous serions très flatté d'avoir raison contre un aussi habile adversaire, mais il nous suffit d'avoir posé et développé la question. Le public jugera. Nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir fourni à M. le docteur Roussel l'occasion de faire connaître ses idées sur un sujet auquel l'intérêt des médecins ne pouvait manquer. X...

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Fracture du radius. Appareil inamovible.

Au n° 23 de la salle Saint-Paul est une femme entrée à l'hôpital il y a six jours. Cette femme porte un appareil inamovible, que vous avez vu appliquer seulement ce matin. En mettant un intervalle aussi considérable entre l'époque de la fracture et celle de l'application de l'appareil, nous avons été fidèle à la méthode que nous avons définitivement adoptée, et que suivent déjà depuis longtemps MM. Rigal (de Gaillac), Serres (d'Uzès), etc. Le premier de ces honorables confrères nous demandait dernièrement devant vous notre opinion sur l'appareil inamovible, et sur les précautions que nous jugions nécessaires pour son application. Ce que nous lui avons répondu, c'est ce que nous allons vous dire aujourd'hui; il faut, suivant nous, attendre que le mouvement inflammatoire soit passé, que la tuméfaction qui en résulte le plus ordinairement soit un peu tombée, afin d'éviter les accidents qu'il pourrait déterminer si on le plaçait trop tôt. On voit que nous sommes loin de nous conformer à la pratique que l'on recommandait généralement il y a quelques années, et qui guide encore actuellement la plupart des praticiens belges, M. Seutin, entre autres, dont l'habitude est de placer immédiatement le bandage inamovible; ce qui, nous le répétons, expose à des inconvénients graves, à la production de la gangrène, etc.

Nous vous citerons à ce propos l'observation d'un clown, acteur d'un théâtre de Bruxelles, qui s'était fait une fracture de cuisse en se livrant à ses exercices, chez lequel on employa immédiatement après l'accident le bandage amidonné. Il survint une gangrène très étendue du membre, dont on fut obligé peu après de faire l'amputation. La même chose arriva à un jeune médecin russe, M. Doubrowstzki, qui s'était fracturé les deux os de l'avant-bras, et qui fut soumis dès les premiers moments à l'appareil inamovible. Lorsqu'il y a quelques années M. Seutin vint à Paris, on s'occupa beaucoup de l'appareil amidonné, des indications qui le réclament, et du temps auquel il convient de l'employer. A cette époque, nous exprimâmes la même opinion que nous formulons aujourd'hui devant vous, et il faut le dire, nous éprouvâmes une vive opposition. Le rapport que nous fûmes chargé de faire devant l'Académie de médecine souleva une discussion très orageuse, et M. Seutin lui-même, après avoir assisté à sa lecture, nous dit qu'il était en désaccord complet avec nous; que notre manière de procéder était contraire aux résultats de l'expérience, et faisait perdre au malade et au chirurgien tous les avantages que l'on pouvait en retirer en appliquant l'appareil inamovible de suite après l'accident.

Le fait est que, même avec l'appareil inamovible, on n'empêche pas le gonflement de survenir dans la région correspondant à la fracture de l'os; on le borne un peu, mais voilà tout. Que nous a prouvé l'expérience de tous les jours? Le voici.

L'appareil inamovible, une fois devenu solide, ne peut plus céder à la tuméfaction inflammatoire, suite de la lésion traumatique. Il faut alors, cette tuméfaction étant hors de toute proportion avec le calibre de l'appareil, que le membre cède, et comme les tissus enflammés se trouvent étranglés, la gangrène survient. Nous ne voulons point dire que cette terminaison soit constante; mais il suffirait qu'une fois sur mille elle fût possible, pour que l'on dût se garder de l'appliquer immédiatement, si de plus il était établi, ce que nous croyons du reste bien prouvé, que l'application un peu tardive ne peut être suivie d'aucun accident. Avant que l'on connût les appareils inamovibles, en appliquant les bandages ordinaires immédiatement après la fracture, et il était rare qu'il survînt des accidents; la raison en est bien simple: d'abord, l'appareil ordinaire n'est pas rigide et résistant comme l'appareil amidonné; puis, comme on est obligé de le défaire de temps en temps et de le replacer, on peut graduer la constriction suivant les besoins, et la proportionner au gonflement.

Nous vous avons dit tout à l'heure que la pratique dont nous sommes les partisans est celle d'un grand nombre de nos confrères de province, et que plusieurs chirurgiens de Paris partagent encore la manière de voir de M. Seutin. Nous ne doutons nullement que d'ici à peu de temps, et lorsqu'un nombre de faits suffisants sera venu les éclairer, ils ne reviennent sur leur première décision. Ces premières considérations une fois posées, passons à l'examen du cas particulier qui les a provoquées.

La femme dont il s'agit présentait une fracture du radius à son extrémité inférieure. On constatait une mobilité très grande du fragment inférieur, mobilité qui ne s'accompagnait ni de crépitation, ni de mobilité du cubitus resté sain. Cette extrémité inférieure du radius, fracturée au-dessus de l'apophyse styloïde, présentait une dépression bien sensible. En faisant mouvoir les deux fragments l'un sur l'autre, on déterminait une crépitation manifeste. La main était portée dans la flexion, et la partie inférieure du radius, celle qui supporte la surface articulaire, était saillante en arrière. D'autre part, le bout inférieur du fragment supérieur faisait saillie en avant. Ce double déplacement existait encore ce matin, causé par la flexion de la main, avec saillie du fragment supérieur en avant. En outre, dépression du bord radial.

Cette disposition existe le plus souvent; cependant elle n'est pas constante, et l'on rencontre quelquefois des cas de fracture du radius dans lesquels elle manque. Nous avons eu l'occasion de traiter dernièrement, en ville, une dame qui présentait une fracture du radius. Chez elle, la symptomatologie n'était pas absolument la même que dans le cas actuel. Le fragment inférieur faisait saillie en avant, tandis que le bout inférieur du fragment supérieur saillait en arrière; c'était diamétralement le contraire de ce que nous avons vu chez la femme dont nous vous parlons actuellement.

Lorsque les blessés ont ce déplacement du fragment inférieur, voici comment les choses sont disposées: Il se produit un double mouvement en vertu duquel le fragment inférieur fait saillie en avant; la main est couchée sur la face dorsale, les doigts un peu fléchis, disposition qui n'existe pas lorsque la main est fléchie sur la face palmaire. Chez notre malade, ce renversement de la main existait; il y avait douleurs vives lorsque la malade voulait exécuter des mouvements.

Quelques auteurs ont prétendu que le mouvement de pronation était impossible dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Ceci est de la théorie. Ce mouvement est exécutable; mais très souvent, à cause de la douleur qu'il détermine, les malades ne veulent pas même essayer de porter la main en pronation. On a dit encore assez souvent que l'espace interosseux se trouvait détruit. Cette assertion est encore toute gratuite et théorique. Dans cette région inférieure de l'avant-bras, il n'y a pas d'espace interosseux, ou bien il est si peu marqué, qu'il ne subit pas de modification sensible. Nous devions insister sur cette disposition pour vous prémunir contre cette pratique vicieuse, et tout au moins inutile et douloureuse, qui consiste à placer des compresses graduées entre les deux os, afin de conserver l'espace interosseux.

Vous avez pu remarquer qu'à la première vue du membre malade, avant même d'avoir porté les mains sur l'avant-bras, nous avons annoncé tout de suite l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Cette femme nous a dit avoir fait une chute sur le poignet; les chutes sur le poignet, ou plutôt sur la paume de la main, sont en effet la cause la plus ordinaire et la plus fréquente de la fracture du radius dans sa partie inférieure. Cette circonstance était donc déjà une raison qui pouvait nous la faire soupçonner. De plus, en regardant la main, la déformation du poignet nous a suffi pour poser notre diagnostic d'une manière certaine. Cette remarque n'est pas nouvelle.

« Il n'est peut-être point, disait Pouteau, de fracture plus facile à reconnaître au premier coup d'œil que celle du radius et du cubitus auprès du poignet, » et Pouteau avait raison. Cependant, il n'est pas de fracture où l'on commette plus d'erreurs peut-être que dans celle-là. Il faut donc s'exercer de bonne heure à les reconnaître et leur donner une grande attention. D'abord elles sont très communes, puis il n'est pas impossible de les méconnaître.

Quelles sont les maladies avec lesquelles on pourrait les confondre?

Nous citerons en première ligne la simple entorse du poignet. Dans l'entorse, il peut y avoir déformation du poignet, épanchement dans l'articulation. Mais la déformation n'est pas cette modification particulière et peu variable que l'on observe dans les cas de fracture. Puis, il n'y a pas de mobilité, pas de crépitation. L'absence seule de ce dernier signe ne pourrait pas être d'une grande valeur. La crépitation, si précieuse pour le diagnostic de la plupart des autres fractures, manque ordinairement dans celle-ci. Mais en outre, dans l'entorse, il n'y a pas de mobilité, il n'y a pas cette dépression caractéristique du bord radial, ce *coup de hache*, comme on l'a dit, qui est à elle seule un signe de la fracture de l'extrémité inférieure de l'os.

On a quelquefois confondu, et nous devons dire que les ouvrages de chirurgie ont trop souvent contribué à favoriser cette confusion, la fracture du radius avec la luxation du poignet. On trouve dans l'ouvrage de Boyer une histoire complète des luxations du poignet; cet auteur les a décrites comme si on avait souvent occasion de les observer. Nous devons à la vérité de dire que la luxation du poignet est presque un *mythe*, une maladie presque imaginaire, que l'on ne rencontre jamais ou dans un très petit nombre de cas seulement. Nous disons que: jamais; ce mot mérite quelques restrictions.

On observe quelquefois la luxation du poignet sous l'influence d'une tumeur blanche; on la rencontre encore chez des individus qui ont été accidentellement pris par les rouages d'une mécanique; mais, dans ces deux circonstances, il y a toujours un désordre plus ou moins apparent, plus ou moins considérable dans les parties molles, et ce n'est point à ceux-là que je fais allusion. Absolument, il n'est pas possible de nier la luxation du poignet; mais on ne l'observe que chez des sujets soumis à des actions extérieures très violentes, et alors elle est accompagnée de désordres dans les parties molles, et souvent de fractures des os de l'avant-bras.

Les cas semblables à celui que nous vous avons fait voir dans nos salles ont été considérés quelquefois par quelques auteurs peu habitués comme des luxations du poignet en arrière; ceux analogues au fait dont je vous ai dit deux mots en commençant, et dont la symptomatologie était diamétralement opposée, comme des cas de luxation en avant, etc. En réalité, la luxation de l'articulation du poignet n'existe presque jamais; elle n'est jamais produite par une chute simple sur la paume de la main.

C'est à Dupuytren, le premier, que l'on doit d'avoir insisté savamment et pratiquement sur ce fait de la plus haute importance, et d'avoir prouvé péremptoirement que non-seulement cette luxation du poignet n'existait pas, mais qu'elle n'était pas possible dans les circonstances ordinaires. En effet, ces mouvements si étendus n'appartiennent pas à l'articulation radio-carpienne; ces mouvements étendus, qui paraissent prédisposer aux luxations, sont répartis entre les deux articulations, l'articulation radio-carpienne d'une part, les articulations des os du carpe entre eux d'autre part. Nous devons dire que ces dernières y sont pour la plus grande part.

Nous avons constaté qu'il n'existait chez cette femme qu'une fracture du radius à sa partie inférieure, fracture qui aurait été méconnue par beaucoup de personnes, croyons-nous, du moins. Nous avons couché la main sur le bord cubital de l'avant-bras; nous avons embrassé la main dans l'appareil que nous avons disposé. Il est un certain nombre de chirurgiens qui ne mettent d'appareil que sur la partie inférieure de l'avant-bras. Nous vous ferons observer qu'en se conformant à cette pratique, on n'agit que sur le fragment supérieur de la fracture. Le fragment inférieur étant très court, et ne pouvant être maintenu en aucune façon par les bandes, il est absolument nécessaire de prendre la main, lorsque l'on veut agir sur ce fragment inférieur véritablement insaisissable lorsqu'il est seul, qui ne fait qu'un avec la main, et que l'on ne peut maintenir qu'en comprenant la main elle-même dans l'appareil.

Nous avons eu soin, avons-nous dit, de coucher la main sur le bord cubital de l'avant-bras. Par cette méthode, nous avons déterminé un mouvement de bascule en sens inverse de celui qui existait, et nous avons réduit la fracture d'un seul coup. Ce mouvement de bascule imprimé à la main sur l'extrémité inférieure du cubitus, est le seul moyen convenable de remédier au déplacement pathologique. Dupuytren ne faisait pas autre chose en employant son attelle cubitale, que d'imprimer à la main ce mouvement que nous venons de vous décrire. Dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, il y a encore un autre déplacement; c'est le déplacement antéro-postérieur. Tantôt, c'est le fragment inférieur qui se porte en arrière et le supérieur en avant; tantôt la disposition est inverse. Au moyen de l'attelle cubitale, vous ne remédiez pas à cet inconvénient, et nous avons vu souvent Dupuytren étonné des résultats assez peu favorables qu'il obtenait en se bornant à l'emploi de son attelle cubitale. C'est qu'en effet, avec elle, vous ne remédiez pas à cette complication. Le seul moyen d'arriver à une position avantageuse, c'est d'établir un système de compression sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'avant-bras, système qui doit varier suivant la différence des cas.

Nous avons dit plus haut que nous n'employions pas ici de compresses graduées, inutiles à cause de la non-existence de l'espace interosseux; mais nous employons des compresses larges, moins irritantes que les premières, et que nous disposons dans certains points en plusieurs doubles, pour augmenter la compression. Ainsi, par exemple, et pour nous faire mieux comprendre, si nos compresses sont pliées de manière à ne présenter qu'une épaisseur au niveau du fragment inférieur, elles en présenteront quatre ou cinq dans le

point correspondant au fragment supérieur en avant. En arrière la disposition sera tout à fait inverse, et cette pratique nous permettra d'obtenir très facilement et très manifestement un mouvement double de bascule des fragments. Le point important, c'est de remplir ces indications d'une manière satisfaisante ; et c'est faute d'y être arrivé que Dupuytren, auquel on doit cependant de grands perfectionnements dans l'appareil destiné à remédier à la fracture du radius, ne pouvait obtenir de résultats complétement favorables. Au lieu de l'attelle cubitale de Dupuytren, nous employons des attelles coudées qui pressent sur la face antérieure et inférieure de l'avant-bras. C'est, enfin, par-dessus l'appareil ainsi disposé que nous plaçons la bande dextrinée ; les précautions que nous avons prises, l'absence de tout gonflement de la partie malade, et de symptômes inflammatoires, nous font espérer que nous n'aurons pas besoin de remplacer l'appareil jusqu'à la fin du traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances du 28 janvier 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce que M. le docteur Bassow (de Moscou), membre correspondant, assiste à la séance.

— *M. Laugier* parle, à l'occasion du procès-verbal, d'un calcul de la prostate, que rendit spontanément un malade auquel il donnait des soins pour un rétrécissement de l'urètre. Il le fit analyser par son père, qui reconnut que c'était un calcul d'acide xanthique. Traité par les réactifs, il avait donné une belle couleur jaune-serin, d'où lui vient le nom de xanthique donné par M. Wollaston; tandis que l'acide urique dégage une couleur purpurine.

— *M. Lenoir* rend compte de l'état actuel du malade aux calculs des conduits éjaculateurs, dont il a parlé dans la dernière séance. La pression ne fait plus rien sortir, et le toucher rectal, la sonde étant dans le canal, ne fait pas reconnaître d'altération de la prostate. Il a donné à M. Pelouze, pour les faire analyser, les calculs qu'il a retirés à ce malade ; il ne sait pas ce que démontrera l'analyse chimique ; mais il les trouve bien différents de ceux que M. Marcet indique comme appartenant à la prostate. Il s'est assuré aussi que les calculs dont il est question dans le mémoire de M. Collard, de Martigny, venaient positivement des conduits éjaculateurs.

— *M. Vidal* (de Cassis) obtient nn congé de deux mois, nécessité par des affaires domestiques.

— *M. Robert*, au nom de M. Bassow, met sous les yeux de la Société un calcul salivaire très volumineux que ce chirurgien a extrait du canal de Sténon, et sur lequel il est donné lecture de la note suivante :

Il y a quelques années, une fille de village, âgée de vingt ans, d'une bonne constitution, se présenta à la consultation de la clinique chirurgicale de l'université de Moscou, portant dans la région massétérine un nlcère, dans lequel se trouvait enchatonnée une concrétion calculeuse d'un volume énorme. La surface convexe et plus égale du calcul était ensevelie dans les chairs, l'autre concave, rugueuse, était tournée en dehors.

L'extrémité d'une sonde promenée avec ménagement autour du calcul, entre celui-ci et les parties molles, ainsi que quelques tractions légères, auffirent pour le détacher des fongosités qui lui adhéraient. Cette extraction ne fut suivie que de qnelques gouttes de aang. L'ulcère fut pansé à plat. Deux ou trois jours après il était couvert de pus louable, et l'on voyait la cicatrisation commencer snr quelques points de sa circonférence.

Les cliniques de l'université étant fermées par ordre du médecin en chef qui n'avait pas connaisaance de ce cas, la jeune fille retourna chez elle, et fut perdue de vne. Elle n'avait pu donner de renseignements sur sa maladie, si ce n'est qu'elle avait commencé, il y avait huit aus, par une petite tumeur qui n'avait cessé de s'accroître.

Le poids du calcul sec est de 4 gros, et 2 scrupules, ou 19 grammes. L'analyse chimique y a démontré l'existence des carbonates et des phosphates de chaux et de magnésie, et du chlorure de sodium. Quant aux substances animales, il est probable qu'elles étaient constituées par du mucus et de la matière salivaire.

La Société vote des remercîments à M. Bassow pour cette intéressante communication, et renvoie au comité de publication la note, ainsi qne deux dessins qni représentent le calcul.

— *M. Souberbielle* présente une malade d'une trentaine d'années, qui porte au nez une ulcération sur laquelle il se propose d'appliquer le cautique.

M. Huguier trouve que cette ulcération présente l'aspect de l'esthiomène; mais, comme il existe en même temps une masse de végétation snr le voile du palais, il est ébranlé dans son diagnostic. Il conseille d'administrer à cette malade l'iodure de potassium. Il a vu plusieurs fois, dans son aervice à Lourcine, de véritables lupus guéris en trois ou quatre mois sous l'influence de ce médicament. Dans le cas actnel, il y joindrait les pansements avec une pommade mercurielle.

M. Cullerier n'élève pas de doute sur la nature syphilitique de cette affection, non seulement à cause de l'exislence des végétations, mais encore par l'aspect même de l'ulcération. C'est pour lui nn symptôme tertiaire. Il pense qu'avant d'employer l'iodure de potassium, il faut recbercber les antécédents de cette malade, savoir si elle se rappelle avoir eu des symptômes secondaires autres que les végétations, et si elle a fait des traitements mercuriels. Que si jamais elle n'a pris de mercure, il est d'avis de commencer par l'administrer, et de n'arriver à l'iodure de potassium que quand le traitement mercuriel sera au moins aux deux tiers. L'opinion de M. Cullerier était bien arrêtée à cet égard : savoir que, malgré la juste confiance que l'on doit avoir dans l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire, il est plus prudent de commencer à l'attaquer par le mercure quand elle est vierge de tout traitement.

M. Huguier rappelle que les pathologistes du dernier siècle et des premières années de celui-ci donnent le nom de goître à toutes les dégénérescence du corps tbyroïde, hypertropbies, kystes, cancers, hydropisies, ossifications. Puis il fait voir le lobe gauche d'un corps thyroïde ossifié qui a la forme d'un œuf aplati sur ses côtés, hérissé de stalactites osseuses sur lesquelles passait la membrane fibreuse. Au centre, on voit une cavité qui loge une tumeur fibreuse, laquelle est elle-même remplie de petites lacunes qui contenaient de la sérosité, de sorte que l'on peut dire que c'est un kyste osseux renfermant un kyste fibro-séreux.

—*M. Maisonneuve* donne des renseignements sur un malade adressé à la Société par M. le professeur Marjolin. Il y a quelques années que ce monsieur a vu une tumeur se développer à la partie antérieure du cou et prendre successivement une grande extension dans tous les sens et surtout en bas. Aujourd'hui, elle est arrivée au point d'amener de temps à autre une grande gêne dans la respiration. Plusieurs traitements ont été faits sans résultat. On a employé les résolutifs sous toutes les formes : on a eu recours aux sétons, à l'acupuncture avec les courants électriques, etc.

M. Maisonneuve avait proposé de faire la ligature des quatre artères thyroïdiennes, mais le médecin habituel du malade s'y est opposé; et c'est alors qu'il a consulté M. Marjolin, qui l'a adressé à la Société.

La discussion de ce fait est renvoyée à la prochaine séance.

—*M. Maisonneuve* annonce que le malade auquel il a extrait un calcul du poids de 40 grammes est guéri. Il fait voir un beau type de calcul mural qu'il a trouvé dans la vessie d'un vieillard qui s'était toujours refusé à l'opération. Il présente aussi une pièce pathologique provenant d'un individu d'une cinquantaine d'années. C'est un amas de polypes de différente nature des fosses nasales.

Dans le méat inférieur, d'un côté il y a une hypertrophie de la membrane muqueuse plutôt qu'un véritable polype; dans le méat moyen, ce sont de vrais polypes pédiculés non contestables, et dans le méat supérieur on en voit aussi de plus petits. Il y a également dans le sinus sphénoïde quelque chose comme un petit abcès. L'autre côté des fosses nasales présente à peu près les mêmes altérations. Ceci est la preuve que dans une même fosse nasale il peut exister des polypes de différente forme et de différente nature, et que de ce que l'on aura retiré un polype d'une certaine espèce il ne faudra pas conclure que les autres lui ressembleront.

Il y a quelque temps, M. Maisonneuve a fait l'ablation de polypes vésiculeux et d'un polype fibreux de la même narine. Une autre fois, après avoir extrait des polypes vésiculeux, le doigt, porté dans l'arrière-gorge, lui fit découvrir une tumeur fibreuse adhéreute à la cloison, et dont l'extraction fut très difficile.

— *M. Marjolin* fils présente le maxillaire supérieur gauche d'un individu âgé de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, qu'il a eolevé pour une tumeur cancéreuse, sur laquelle il lit la note suivante :

« La maladie, qui pourrait avoir eu pour cause un coup de pied de cheval reçu il y a six ans, aurait marché avec une rapidité extraordinaire. Il ne s'en serait aperçu qu'au mois d'octobre dernier. Eprouvant des douleurs dans la joue, et les rapportant à une dent cariée, il la fit extraire. Peu de temps après, une fongosité sortit par le trou alvéolaire, et prit en quelque temps le volume d'une grosse noix; lorsqu'il la piquait, il en sortait du sang. Ayant consulté un médecin de l'endroit, celui-ci fit la ligature de la tumeur, et il n'y eut pas d'hémorrhagie; cependant la tuméfaction de la joue augmentait, les paupières fermaient presque l'œil. De temps à autre, il survenait quelques douleurs; mais, malgré cela, le malade continuait à manger et à ae livrer aux travaux d'agriculture.

» Entré à l'hôpital Saint-Antoine dans les derniers jours de janvier, lorsque je l'examinai, je trouvai la joue considérablement tuméfiée, l'œil gauche presque entièrement fermé par les paupières œdémateuses. Le gonflement s'étendait un peu au-dessns de l'arcade zygomatique. Toute la région parotidienne était prise. Dans presque tous lea points on sentait un ramollissement très prononcé, surtout au-dessous de l'œil. Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire s'exécutaient sans difficulté et sans douleur. En ouvrant la bouche, on voit que toute la voûte palatine est saine, le voile du palais intact; mais au niveau du rebord alvéolaire gauche, il y a des fongosités molles et saignantes.

» Bien que les souffrances du malade ne fussent pas très considérables, comme il voyait que la tumeur ne eessait pas de faire des progrès, il désirait vivement être opéré. Le 25 janvier, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Kapeler et Nélaton, qui voulurent bien m'assister. Une large incision, s'étendant du tiers postérieur de l'arcade zygomatique à la commissure des lèvres, permit de disséquer la peau et de l'isoler de la tumeur, qui était ramollie dans tous les points de sa surface ; les fibres du muscle orbiculaire des paupières étaient confondues avec la masse de la tumeur. Après la dissection du lambeau antérieur, une forte aiguille mousse à manche fut introduite dans l'orbite pour traverser la fente sphéno-maxillaire et ressortir au-dessous de l'os malaire. La scie à chaînette ayant été passée, la section de l'os malaire se fit sans difficulté. Une autre aiguille fut ensuite introduite par le canal nasal, et ramenée par la narine pour faire passer la scie à chaîne. L'apophyse montante fut alors sciée. Un des temps de l'opération qui présenta le plus de difficulté, fut de faire passer la sonde de Belloc par une ouverture pratiquée au-dessus de la luette. On était gêné par les efforts que faisait le malade pour expulser le sang qui lui remplissait la bouche. Une fois la voûte palatine séparée, le ramollissement des os permit de séparer facilement le maxillaire à l'aide de forts ciseaux courbes. J'emportai plusieurs parties malades placées sous le lambeau postérieur, et j'achevai de détruire avec le fer rouge les portions que le bistouri ou les ciseaux n'avaient pu enlever. Une fois maître du sang, je réunis les deux lambeaux avec des aiguilles, sans rien mettre dans l'intérieur de la plaie.

» L'examen de la tumeur a démontré qu'elle était évidemment formée par de la matière encéphaloïde arrivée à son dernier degré de ramollissement, et que la plus grande partie de l'os maxillaire avait été résorbée. J'ai examiné ensuite plusieurs points de la tumeur au microscope ; je les ai dessinés, et j'ai trouvé, en les comparant ensuite, qu'ils étaient entièrement semblables à ceux qui ont été consignés dans l'ouvrage de M. Gibert comme appartenant à la matière encéphaloïde. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séances du 18 novembre et du 2 décembre 1845.

Présidence de M. SÉGALAS.

M. Mialhe lit un mémoire ayant pour titre : Nouvelles considérations sur la digestion et l'assimilation des substances hydrocarbonées de la famille des matières lignoïdes.

Il rappelle d'abord que le 15 avril 1844, il a eu l'honneur d'annoncer à l'Académie des sciences, comme faits nouveaux, et qui lui étaient tout à fait propres :

Que le glucose, ou sucre de raisin, la dextrine, etc., n'exercent par eux-mêmes aucune action réductive sur le bioxyde de cuivre ; que ces corps n'acquièrent cette propriété qu'après avoir été chimiquement influencés par des alcalis ;

Que l'affection diabétique ne consistait pas, comme on l'avait dit jusqu'alors, en une saccharification amilaire interviscérale outrée, mais bien en un vice d'assimilation du sucre par défaut de présence des alcalis;

Que l'assimilation des matières sucrées et amiloïdes n'était possible que sous l'influence des alcalis contenus dans les liquides des animaux.

M. Mialhe rappelle en outre que depuis cette époque de nouveaux faits, de nouvelles expérimentations sont venues confirmer l'exactitude de ses théories. En effet, le 20 janvier 1845, MM. Bouchardat et Sandras ont lu à l'Académie des sciences un mémoire sur la digestion des matières féculentes et sucrées, et sur le rôle que ces substances jouent dans la nutrition; mémoire où se trouvent consignés des expériences qui prouvent : 1° Que le sucre de canne passe à l'état de glucose pendant l'acte de la digestion ; 2° que l'amidon (contrairement à ce qu'ils avaient établi dans leurs précédentes recherches) éprouve aussi dans les mêmes circonstances une transformation moléculaire analogue ; qu'il est changé en dextrine et en sucre de raisin; 3° que le glucose ou sucre de raisin, introduit dans les veines, ne passe pas dans les urines, tandis que le sucre de canne y passe en totalité, fait qui démontre évidemment la nécessité de la transformation moléculaire du sucre de canne en sucre de raisin, pour pouvoir subir l'action décomposante des alcalis et devenir assimilable ; d'où l'on voit que l'expérience démontre que les faits physiologiques se passent absolument comme le théorie de l'auteur indique qu'ils doivent se passer.

M. Mialhe rappelle également que le 31 mars 1845, il a apporté de nouvelles preuves en faveur de ses théories de la digestion et de l'assimilation des substances hydrocarbonées de la famille des matières lignoïdes, en présence des alcalis, en faisant voir que celles d'entre ces matières qui ne sont ni fermentescibles, ni saccharifiables par les acides faibles, ni décomposables par les alcalis étendus, telles que le ligneux et la mannite, échappent, chez l'homme, à l'action digestive et assimilatrice.

M. Mialhe a, en effet, démontré par des arguments irrécusables que si l'amidon, qui n'est pas naturellement décomposable par les alcalis, appartient néanmoins à la classe des matières alimentaires les plus aisément assimilables, cela tient à ce que l'économie animale est douée d'un principe fermentifère éminemment propre à le saccharifier, et que ce principe remarquable, dont plusieurs auteurs avaient soupçonné l'existence, et qui a été pour la première fois isolé par lui de la salive de l'homme, principe qui se rencontre également dans le pancréas, n'est autre chose que la diastase, véritable ferment découvert par MM. Dayen et Persoz.

M. Mialhe fait enfin remarquer que les faits physiologiques relatifs à l'action de la salive sur la digestion des féculents, que M. Lassaigne avait contestés et qui avaient nécessité une réplique de sa part, viennent d'être sanctionnés dernièrement en ces termes par M. Magendie, organe d'une commission d'hygiène nommée par M. le ministre de la guerre :

« La salive n'est pas, comme l'ont dit un grand nombre d'auteurs, un liquide ne servant qu'à mouiller les aliments et agissant comme le ferait de l'eau distillée en dissolvant les matières solubles, mais qu'elle joue un rôle chimique dans le premier acte de la digestion. »

M. Mialhe avait donc eu raison d'établir en principe :

Que « les animaux digèrent les aliments féculents avec d'autant plus de facilité que leurs glandes salivaires sont plus développées, et qne leur apparcil masticateur ou broyeur est plus parfait. »

M. Mialhe arrive enfin aux conclusions suivantes :

Les faits nouvellement acquis à la science sur la digestion et l'assimilation des matières féculentes permettent, dit-il, d'établir en principe que les mêmes réactions chimiques président au grand phénomène de nutrition chez les plantes et chez les animaux.

Dans les plantes et dans les animaux l'amidon ne pent servir à la nutrition qu'après avoir été rendu soluble à la faveur d'un ferment spécial, unique, la diastase.

Dans les plantes et dans les animaux les matières hydrocarbonées neutres, amidon, sucre, etc., ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'autant qu'elles ont été décomposées par les alcalis et transformées en divers produits, au nombres desquels figure une substance brune *ulmine* ou *ulmin*.

Or ces considérations peuvent, au dire de M. Mialhe, résoudre bon nombre de problèmes physiologiques dont voici quelques exemplea.

Dans les végétaux le liquide nourricier, la sève, contient à l'état normal du glucoae ou sucre de raisin.

Dans les animaux le liquide nourricier, le sang, ne contient de glucose qu'à l'état normal, qu'à l'état pathologique.

La raison de cette différence est que la sève est neutre ou acide et jamais alcaline, et que le sang est normalement alcalin ; or la présence des alcalis étant incompatible avec celle du glucose, il en résulte que l'état diabétique est toujours un état pathologique chez les animaux ; tandis que dans les végétaux c'est au contraire l'état physiologique.

Tout le monde sait que les enfants en bas âge ne digèrent que pen ou point les aliments féculents. C'est parce qu'avant les premières dentitions l'insalivation et par suite la saccharification (cause première de l'assimilation de l'amidon) est à pen près nulle. Aussi remarque-t-on qu'en ajoutant aux bouillies amylacées certains condiments propres à activer l'excrétion salivaire, on rend leur digestion plus aisée et plus complète. Si le pain grillé, désigné sous le nom de *biscote*, semble faire exception à cette règle, s'il est infiniment plus digestible que les autres préparations féculoïdes, c'est uniquement parce que pendant sa préparation une partie de l'amidou a été modifiée comme il l'est pendant l'insalivation; c'est parce qu'il a été partiellement transformé en dextrine et en glucose, c'est également enfin à cette énergique action du principe actif de la salive que doit être rapportée la facilité avec laquelle les jeunes enfants digèrent les matières alimentaires féculentes, alors qu'elles ont été, au préalable, convenablement mâchées et insalivées par leurs nourrices.

Toutefois, comme l'usage de cette insalivation médiate a qnelque chose de repoussaut, M. Mialhe pense avec juste raison qu'on arriverait absolument au même résultat en introduisant dans les bouillies féculifères une petite quantité de diastase, ou une proportion équivalente d'orge germée.

M. Mialhe entretient ensuite la Société des recherches qu'il a faites relativement au mode d'action des astringents sur l'économie animale. Il démontre, par des réactions chimiques, qui excitent vivement l'intérêt de tous ses collègues, comment cette classe de médicaments agit sur l'albumine.

Selon M. Mialhe, le sulfate d'alumine et de potasse constitue tantôt un excellent *astringent*, tantôt un *fluidifiant* très marqué. Ce mode d'action différent dépend de la dose à laquelle on emploie ce sel. Lorsqu'une très faible quantité d'alun, dissous on non dans l'eau, est mise en contact avec la peau dénudée ou une surface muqueuse, il se produit un sous-sel alunique, et dès lors il y a astriction ou coagulation ; si, au contraire, on élève beaucoup la dose de l'alun, le coagulum aluminique préalablement produit se dissout, et tous les liquides albumineux de l'économie, se trouvant en quelque sorte satnrés d'alun, acquièrent une grande fluidité.

Pour mieux faire saisir la théorie qn'il développe, M. Mialhe en fournit des preuves expérimentables. Il verse dans un verre à éprouvette contenant une solution d'albumine d'œuf, qui se comporte comme l'albumine du sang, une solution faible de sulfate d'alumine et de potasse : il se produit à l'instant un coagulum. Remplaçant ensuite cette solution faible d'alun par une solution concentrée, et l'ajoutant à l'albumine, il montre que le coagulum se dissout et que la substance albumineuse passe à l'état liquide. Il tire de là cette conclusion pratique, que lorsqu'on veut simplement astringenter un organe, modifier sa plasticité, en un mot boucher les pores excréteurs, il ne faut employer les sels astringents qu'à très faible dose.

M. Mialhe fait la même démonstration pour le sulfate de cuivre, et termine en prouvant, par une expérience directe, que la liqueur blanche ou décoction de Sydenham est un de nos meilleurs astringents, ce que l'expérience clinique avait déjà démontré.

M. Labarraque rappelle les bons effets de la liqueur de Louqsor, qui se compose d'un gramme de sulfate de zinc sur trente grammes d'eau, dans la gonorrhée. Les injections faites au nombre de six ou huit par jour lui ont souvent réussi pour tarir en peu de temps des gonorrhées aiguës ou chroniques.

M. Moreau fait observer que la liqueur de Louqsor contient également dn sulfate d'alumine et de potasse à haute dose, et qu'on l'emploie plus particulièrement dans le traitement de l'ophthalmie.

Après cette communication, la Société, procédant par scrutin au renouvellement des membres du bureau, arrête ainsi sa composition pour l'année 1846 :

MM. Gaide, président.

MM. Richelot, vice-président.
Blatin, secrétaire général.
Labarraque, secrétaire-archiviste.
Bréon, trésorier.
Benet de Perraud,
Delcroix, membres du comité de publication.
Le secrétaire-général, Henry Blatin, d.-m.-p.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE.

Dans la session de 1844, le Conseil général de la Seine a pris trois délibérations qui intéressent l'hygiène publique :

En 1845, à l'occasion du budget du département de la Seine, M. le préfet de police a fait une réponse aux vœux émis par le Conseil général. Nous croyons utile de publier ce document, qui prouve que M. le préfet de police prend en considération les délibérations du Conseil général, et s'occupe avec soin de la salubrité de la ville de Paris.

On ne peut se dissimuler les services rendus à l'hygiène publique par les lieutenants généraux de police.

En 1668, de La Reynie convoqua les médecins pour statuer sur le mode de fabrication du pain. A partir de cette époque, les inspections sanitaires s'étendirent de plus en plus. On s'occupa successivement des professions nuisibles, des épizooties. Lyon suivit l'exemple de Paris.

En 1737 et 1739, l'intendant de police de cette ville publia deux ordonnances pour arrêter les funestes effets de la morve des chevaux.

De nos jours, les progrès des sciences venant au secours de l'administration, tout fait espérer que celle-ci mettra l'hygiène à la portée du plus grand nombre; nous espérons que l'administration sera assez forte pour vaincre enfin cette résistance opiniâtre de l'ignorance et de la sottise à toute mesure sanitaire utile. Ici nous désignons la société tout entière, gens du peuple, gens du monde; car les préjugés appartiennent à tous les rangs, et sont malheureusement de tous les temps.

Voici ce document.

Remèdes secrets.

« Le Conseil général,

» Considérant que la vente des remèdes secrets présente des dangers incontestables pour la santé des citoyens; que les moyens de publicité journellement employés les augmentent encore, et offensent la morale publique,

» Appelle l'attention de monsieur le préfet de police sur cette grave question, et l'invite à chercher, dans l'application rigoureuse des lois et des règlements, notamment dans les dispositions de la loi du 21 germinal an XI, les moyens de réprimer les abus qui viennent d'être signalés. »

L'administration ne néglige, en aucun cas, les soins nécessaires pour détruire les abus qui résultent de la vente des remèdes secrets : ainsi, elle fait saisir les annonces de ces remèdes, et les médicaments préparés contrairement à la loi, et elle traduit devant les tribunaux les auteurs de ces délits. Si, malgré la surveillance qu'elle fait exercer incessamment pour atteindre les délinquants, il en est quelques-uns qui échappent encore à l'action répressive des tribunaux, il est juste de reconnaître que l'insuffisance des dispositions législatives sur cette matière, en est la principale cause; aussi, pour combler les lacunes que présente la législation à cet égard, un travail complet sur cette partie importante de la police médicale a été soumis, par les soins du préfet de police, à monsieur le ministre de l'agriculture et du commerce.

Animaux morts conduits aux abattoirs.

« Le Conseil général,

» Considérant que les bestiaux destinés à la consommation, sont quelquefois introduits morts dans les abattoirs, et qu'il est souvent impossible de déterminer la cause de leur mort, qui peut avoir eu lieu dans des circonstances de nature à compromettre la santé publique,

» Appelle l'attention de monsieur le préfet de police sur cette importante question, et l'invite à vouloir bien lui faire part, dans la prochaine session, du résultat des mesures qu'il aura pu prendre pour empêcher des abus à ce sujet. »

Des bestiaux morts peuvent être introduits dans les abattoirs; mais cette faculté, bien loin de présenter des inconvénients, permet de soumettre ces bestiaux à un examen attentif, par suite duquel les viandes sont livrées à la consommation, si elles sont saines, ou envoyées, dans le cas contraire, à la ménagerie du Jardin du Roi. L'introduction, dans les abattoirs, de bestiaux morts et saignés en route n'est donc qu'un moyen de surveiller la salubrité des viandes qui en proviennent.

Voici, du reste, comment on procède : les bestiaux qui sont amenés morts sur les marchés, comme ayant été saignés d'urgence en route, et ceux qui ont été saignés d'urgence sur les marchés mêmes, sont consignés et visités par les inspecteurs de la boucherie. On ne délivre de bayons d'entrée à Paris, ou de laisser-passer (de sortie du marché), que pour ceux de ces bestiaux qui sont reconnus livrables à la consommation; les autres sont saisis et envoyés directement des marchés à la ménagerie royale.

Quant aux animaux morts aux abattoirs, comme ayant été saignés d'urgence dans le trajet des marchés de Paris, et qui ont des bayons d'entrée pour cette ville, ils sont, aussitôt après leur arrivée dans les abattoirs, consignés et visités d'abord par les inspecteurs de ces établissements, et ensuite par les inspecteurs de la boucherie. On saisit alors, et on envoie à la ménagerie royale ceux de ces animaux qui sont trouvés impropres à la consommation; les autres sont laissés à la disposition des propriétaires.

Dans tous les cas, les agents placés dans les abattoirs, et les vétérinaires appelés sur la demande des propriétaires de bestiaux, sont parfaitement en position de discerner si la mort a été naturelle, si la saignée faite l'a été en temps utile, et si l'état des viandes est tel qu'elles puissent être livrées à la consommation.

Voici le relevé des bestiaux morts naturellement, et dont les viandes, reconnues insalubres, ont été envoyées à la ménagerie du Jardin du Roi :

Depuis le 1er janvier 1845, jusqu'au 18 septembre.
Bœufs : 12, y compris 3 saignés d'urgence.
Vaches : 11, y compris 7 saignés d'urgence.
Veaux : 12, y compris 1 saignée d'urgence.
Moutons : 26.

Épizooties. — *Etude sur la morve des chevaux.*

« Le Conseil général,

» Considérant que des faits nombreux attestent que les chevaux affectés de la morve communiquent cette maladie, non-seulement aux animaux, mais à l'homme, qui peut la propager à son tour,

» Appelle l'attention et la sollicitude de monsieur le préfet de police sur cette grave question, l'invite à vouloir bien constater l'état sanitaire des chevaux dans la circonscription du département de la Seine, et à lui transmettre, dans sa prochaine session, le résultat de ses investigations et de ses études. »

La recherche et l'abatage des chevaux morveux ont de tout temps excité la sollicitude de l'administration, qui s'est vivement préoccupée, depuis quelques années surtout, de la communication de la morve à l'homme. Aussi, indépendamment des mesures présentées pour la destruction des chevaux morveux, l'ordonnance de police du 31 août 1842 contient les dispositions qui ont paru les plus propres à empêcher que les personnes appelées à saigner ces animaux ne contractent leur maladie. L'exécution de cette ordonnance est suivie avec beaucoup de soin; les états mensuels des visites faites, tant à Paris que dans la banlieue, en fournissent la preuve; ils constatent, en outre, que l'état sanitaire des chevaux est généralement satisfaisant, puisque, sur la grande quantité de ceux qui ont été visités pendant les six premiers mois de 1845, on n'en a abattu que 33 comme étant morveux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement du céphalœmatome, ou tumeur sanguine du crâne des nouveau-nés; par M. le dr Vogler.

M. Vogler, qui exerce la médecine depuis vingt-cinq ans, affirme qu'il ne s'est pas trouvé une seule fois dans l'obligation d'inciser les tumeurs sanguines que présente par fois la tête des nouveau-nés. Dans les cas de ce genre il a constamment été assez heureux pour obtenir la résolution du céphalœmatome en recourant seulement aux fomentations suivantes :

Chlorhydrate d'ammoniaque,	15 à 30 grammes;
Alcool,	60
Eau,	120 à 150

M. et F. dissoudre S. A.

Ce liquide est appliqué, suivant les circonstances, soit à la température ordinaire de l'atmosphère, soit à une température tiède.

Les applications continuées pendant trois à six semaines, ont ordinairement suffi pour procurer la guérison.

Emploi de l'eau de goudron à l'intérieur, contre les démangeaisons dartreuses de l'anus par cause hémorrhoïdale; par M. le docteur Max Jaffé (de Hambourg).

M. Max Jaffé prescrit avec le plus grand succès contre les démangeaisons dartreuses de la marge de l'anus par suite d'hémorrhoïdes, l'administration de l'eau de goudron à l'intérieur, à la dose d'un demi-verre, à boire matin et soir. Au bout de huit à quinze jours, il élève la dose du médicament à un verre deux fois par jour.

Suivant lui, on voit en général les accidents se dissiper dans l'espace de cinq à six semaines, sous l'influence de cette simple médication.

NOUVELLES.

On annonce comme un fait certain que la loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine doit être présentée aux chambres dans les premiers jours du mois de mars.

— M. le docteur Pajot commencera un nouveau cours complet d'accouchement pour les sages-femmes le lundi 16 février 1846, rue du Paon, 8, à 2 heures. On délivrera des cartes d'entrée chez M. Pajot, rue de Vaugirard, 35, tous les jours de 11 heures à midi.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1846, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1845, et les formules des médicaments nouveaux, suivi de recherches sur des cas rares de chimie pathologique et d'un mémoire sur l'action des poisons et de substances diverses sur les plantes et les poissons, par le docteur A. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. 1 vol. grand in-32 de 348 pages. 1 fr. 25 c.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 20. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. De l'ostéite syphilitique. Arthropathies.

(Suite du numéro du 5 février.)

C'est surtout lorsqu'elle s'attaque aux os du crâne que l'ostéite suppurative est grave et peut déterminer des accidents redoutables. Lorsqu'elle commence par la table externe, elle peut s'étendre jusqu'à la table interne et l'intéresser vivement. Cependant, dans un assez grand nombre de circonstances, la maladie s'arrête là; mais d'autres fois, et en dehors de la spécificité, elle continue à marcher et produit des désordres profonds. Lorsqu'elle débute par la table interne, tous les phénomènes dont nous parlons se passent dans l'intérieur du crâne, sans que l'on soit averti par aucun symptôme extérieur particulier à la maladie; mais vous avez souvent un travail inflammatoire qui s'établit, soit dans les méninges, soit dans le cerveau lui-même; puis accumulation de pus et compression. Il est des cas où, sans signes de méningite, vous pouvez avoir des accidents de compression cérébrale; le plus fréquemment, ces accidents se développent lentement, graduellement; mais, que leur apparition soit plus ou moins rapide, presque jamais ils ne se manifestent apoplectiquement. D'autres fois, mais dans des cas très rares, il survient des phénomènes apoplectiques, ou bien encore ce ne sont pas des phénomènes de compression, mais des symptômes de méningite qui succèdent à la suppuration. On comprend facilement que des accidents analogues peuvent survenir du côté de la poitrine, du bassin, etc. : des abcès thoraciques, péritonéaux, toutes complications dont on conçoit aisément la production. Chemin faisant, une fistule peut s'établir; la vessie, le vagin, l'intestin peuvent être intéressés. On a vu des fistules lacrymales en être la conséquence; et dans des cas, heureusement exceptionnels, un vaisseau peut être altéré dans ses parois, et de là une hémorrhagie quelquefois mortelle.

Diagnostic. — On ne peut jamais établir le diagnostic à l'aide de signes pathognomoniques. Mais des circonstances accessoires peuvent mettre sur la voie. Une chose importante à noter, c'est que ces accidents syphilitiques constituent malheureusement une des formes de la maladie sur laquelle les médications les plus spécifiques perdent presque toute leur puissance.

Pronostic. — Sous le rapport du pronostic, les caries et les nécroses sont excessivement graves. Ce sont les plus graves des accidents tertiaires. Le pronostic est surtout grave en raison du siége particulier que peuvent élire ces affections; c'est un nez détruit, une voûte palatine perforée; c'est un organe important qui va être compromis, etc.

Ce qu'il y a de plus fâcheux dans tout cela, c'est que la carie, la nécrose ne sont déjà plus de la vérole pure et simple. Chez les sujets qui n'ont que la vérole, la carie est rare. Presque toujours, pour ne pas dire toujours, la carie est la preuve d'une mauvaise constitution, d'une diathèse scrofuleuse, tuberculeuse, scorbutique; d'une constitution qui a été réfractaire au mercure, et que le mercure a encore ébranlée davantage. Dans les cas de cette espèce, non-seulement le mercure ne guérit pas, mais encore il altère la constitution.

Des accidents qui ont l'œil pour siége.

On rencontre quelquefois dans cette période tardive de la vérole des altérations que l'on peut rapporter à l'élément anatomique de l'œil. Cet organe peut être idiopathiquement affecté à la période tertiaire de la syphilis, soit dans ses annexes, soit dans son tissu propre, soit enfin dans les parties qui le renferment. Si nous mentionnons ces lésions séparément, c'est qu'elles peuvent se rencontrer tout à fait isolément, et indépendamment des affections des autres parties du corps. Nous avons quelquefois rencontré des sujets atteints de diplopie. En les examinant avec le plus grand soin, nous n'avons pu trouver de lésions musculaires. Les malades, quelques-uns du moins, ont une excellente vue dans certaines positions de l'œil; mais qu'ils soient obligés de regarder en haut ou de côté, ils voient double; cette modification dans la faculté visuelle se fait instantanément; et si l'œil reprend sa direction première, la vue redevient normale. Il nous a semblé chez quelques-uns de ces individus qu'il y avait une rétraction musculaire analogue à celle dont nous vous avons entretenus plus haut, lorsque nous vous avons signalé les rétractions musculaires des membres. Un des muscles cessant de fonctionner physiologiquement par suite de l'affection spécifique, il peut survenir des strabismes permanents. Nous avons vu un exemple de ce genre chez un homme qui présentait un strabisme convergent bien prononcé, les autres muscles conservant leurs mouvements et leur longueur normale. Le muscle que nous avons vu le plus souvent affecté a été le muscle droit inférieur, qui maintenait l'œil dans une position telle, qu'il ne pouvait reprendre son axe horizontal. Nous ne voyons pas que rien s'oppose à ce que l'on admette des rétractions musculaires de l'œil comme on en admet des autres muscles de l'économie.

Dans quelques circonstances, on trouve des aberrations de vision, dépendantes de déformation du globe oculaire, qui paraissent avoir pour siége le sclérotique, comme les autres tissus fibreux. A cette période aussi, il peut se faire que par suite de dégénérescences particulières se produise l'amaurose, déterminée par l'affection du système nerveux de l'œil, l'amblyopie, nous ne voyons aucune impossibilité à ce que la cataracte devienne la conséquence de l'action du principe syphilitique sur le cristallin lui-même ou sur la membrane cristalline seulement.

Arthropathies syphilitiques.

Y a-t-il des tumeurs blanches syphilitiques? Nous sommes en droit de vous affirmer, d'après l'observation très étendue à laquelle nous avons été à même de nous livrer depuis longues années dans cet hôpital, que les arthropathies syphilitiques constituent des lésions excessivement rares. Nous ne savons jusqu'à quel point l'on a pu observer des arthropathies spécifiques. Nous ne prétendons pas nier que l'on ait rencontré souvent des affections des articulations chez des syphilitiques. Cela doit être même assez commun. Mais nous ne savons jusqu'à quel point il peut y avoir des arthropathies syphilitiques en dehors de toute complication. Vous rencontrerez souvent, dans la pratique, des sujets atteints d'affections syphilitiques anciennes, et qui présentent du côté des articulations des complications suivies de dégénérescences. Comme traitement curatif, on a souvent conseillé le traitement mercuriel contre les tumeurs blanches en général, et en dehors de toute pensée de syphilis. Mais de ce que l'on a guéri quelques cas de tumeurs blanches par le mercure, il ne faudrait pas conclure qu'elles fussent de nature syphilitique. Nous le répétons encore, pour que notre opinion ne soit point douteuse. Nous ne disons point qu'il n'existe pas d'arthropathie syphilitique; mais nous disons aussi que les tumeurs blanches nettement et évidemment syphilitiques ne sont point, à nos yeux, parfaitement et indubitablement démontrées. Il semblerait en quelque sorte que les membranes séreuses, les ligaments échappassent plus volontiers à la syphilis constitutionnelle que les autres tissus de l'économie.

Y a-t-il, chez les sujets qui présentent des arthropathies présumées syphilitiques, quelques signes en dehors de ce que l'on rencontre dans les arthropathies vulgaires? Nous devons dire qu'il n'y a pas un seul symptôme caractéristique qui puisse aider à établir le diagnostic différentiel. Chez les sujets qui ont une affection articulaire suspecte, on ne peut trouver d'autre différence que celle des antécédents. Et ceci nous conduit tout naturellement à vous dire que toutes les fois que vous avez affaire à une lésion de cette espèce, il n'est pas sans valeur d'interroger les antécédents des malades, et si vous pouvez faire entrer les renseignements qu'ils vous four-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La semaine aux phénomènes. — Ecarts et désordres des comètes. — Ce que c'est que la fin du monde. — L'anthroposcopie. — La médecine et la chambre obscure. — On est puni par où l'on a péché. — La perfectibilité humaine à l'Académie de médecine. — Boîte aux lettres.

Les Académies nous ont procuré, cette semaine, une infinité d'agréments, et je suis presque en peine de mon rôle d'historiographe, tant j'ai de belles et de curieuses et de phénoménales choses à raconter.

Afin de prendre ces choses d'un peu haut, je parlerai des comètes et des singuliers écarts auxquels elles se livrent. La fin des fins approche, c'est sûr, et qui pourrait désormais s'étonner ou s'indigner des extravagances humanitaires quand on voit des êtres aussi élevés que les comètes dans l'échelle de la création s'abandonner à des désordres aussi.... échevelés? Voici le fait : La comète de Biéla, dont M. Gambard a calculé les éléments paraboliques et elliptiques et qui revient tous les six ans trois quarts, était attendue vers la fin du mois dernier. La comète s'est piquée d'exactitude, et les lunettes astronomiques étaient à peine braquées qu'elle apparaissait radieuse dans notre système planétaire. Pendant trois ou quatre jours, on l'observe, on la reconnaît, c'est bien elle; quand tout à coup M. Vabz, de Marseille, aperçoit que la comète s'est dédoublée, que son noyau s'est partagé en deux, et que les deux parties de cet astre, tout à l'heure unique, se sont mises à graviter ensemble. On comprend quelle perturbation ce phénomène inattendu et inconnu a jeté parmi les astronomes. Je dis perturbation, et ce n'est pas le mot qui convient, car, au dire de M. Arago, le phénomène a mis les observateurs en humeur si joyeuse, leur a suscité des comparaisons si drolatiques qu'il n'a pas osé en faire la confidence au public, et qu'il ne s'est pas fié le moins du monde à la discrétion si connue des journalistes. Les pièces de la correspondance relative à ce sujet ont été supprimées. Mais le fait, tout singulier qu'il paraît, n'en est pas moins certain, et il a été reconnu dans plusieurs observatoires de l'Europe. En même temps, et comme pour multiplier à plaisir les craintes qu'inspire l'apparition des comètes à une notable partie du genre humain, M. Vico, de Rome, en annonçait une nouvelle non décrite et inconnue. Je vous avoue que j'en tremble de frayeur; ces astres errants dont les orbites occupent toutes les directions, dont la plus petite partie peut être est à peine connue, qui peuvent d'un moment à l'autre venir heurter d'un choc épouvantable notre pauvre globe terraqué, sont bien faits pour inspirer la crainte quand on songe surtout aux irréparables désastres que provoquerait cette rencontre. Y avez vous jamais pensé, lecteur insoucieux, qui au coin du feu lisez ces pauvres lignes écrites en tremblant? Et croiriez-vous la chose tout à fait impossible? Lisez ce passage d'un grand géomètre, de Laplace, passage que je ne peux relire sans en avoir la chair de poule :

« Il est facile de se représenter les effets de ce choc sur la terre; l'axe et le mouvement de rotation changés, les mers abandonnant leurs anciennes positions pour se précipiter vers le nouvel équateur; une grande partie des hommes et des animaux noyés dans ce déluge universel, ou détruits par la violente secousse imprimée au globe terrestre; des espèces entières anéanties; tous les mouvements de l'industrie humaine renversés; tels sont les désastres qu'une comète *a dû* produire. On voit alors pourquoi l'Océan a recouvert les hautes montagnes, sur lesquelles il a laissé des marques incontestables de son séjour; on voit comment les animaux et les plantes du midi ont pu exister dans les climats du nord, où l'on retrouve leurs dépouilles et leurs empreintes; enfin, on explique la nouveauté du monde moral, dont tous les monuments ne remontent guère au delà de trois mille ans. L'espèce humaine, réduite à un petit nombre d'individus et à l'état le plus déplorable, uniquement occupée, pendant très longtemps, du soin de se conserver, a dû perdre entièrement le souvenir des sciences et des arts; et quand les progrès de la civilisation en ont fait sentir de nouveau les besoins, il a fallu tout recommencer, comme si les hommes eussent été placés nouvellement sur la terre. »

Il est vrai que, pour nous rassurer, Laplace a dit que ce choc, quoique possible, est si peu vraisemblable dans le cours d'un siècle, et il faudrait un hasard si extraordinaire pour la rencontre de deux corps aussi petits, relativement à l'immensité de l'espace dans lequel ils se meuvent, que l'on ne peut concevoir, à cet égard, aucune crainte raisonnable. Cependant, ajoute l'illustre astronome, la petite probabilité d'une pareille rencontre peut, en s'accumulant, devenir très grande. Or, en supposant, pour rester dans l'orthodoxie biblique, qu'un pareil événement soit arrivé il y a quelque cinq mille ans, ne vous semble-t-il pas que la petite probabilité de Laplace ne soit déjà très grosse? Et cependant, le monde s'amuse, mange des truffes, boit du champagne, va au bal de l'Opéra, comme si cette funeste comète de Gambard, dont l'orbite coupe le plan de l'écliptique à une distance du soleil égale à peu près à la distance de la terre au soleil, c'est-à-dire qui est fort près de la terre; comme si cette comète, de mœurs fort équivoques, qui vient d'accoucher d'un enfant aussi gros que sa mère, n'était pas là brûlante et menaçante! O chers confrères, rentrons en nous-mêmes; que ces horribles craquements du globe bouleversé ne nous surprennent pas dans des pensées ou des actions coupables; pensez, pensez sans cesse à la comète de Gambard!

— En attendant le cataclysme, retournons vers cette terre où l'homme s'agite comme s'il y était éternel. Dans cette même séance, où M. Arago a raconté les excentricités de la comète de Gambard, il a fait aussi connaître une découverte médicale auprès de laquelle l'auscultation de Laënnec et la plessimétrie de M. Piorry seraient ce qu'est la locomotive au coche d'Auxerre. Ici, faites provision de oh et de ah, car jamais vos facultés admiratives n'auront été mises à une épreuve pareille.

Cette découverte nous vient de Bruxelles, et c'est pour moi un devoir de justice de déclarer tout d'abord que la France ne peut avoir absolument rien à réclamer dans la priorité de cette invention. Un enfant, le fils d'un savant célèbre, de M. Quettelet, s'avise, comme cela nous est souvent arrivé à nous tous, d'approcher ses petites mains de la flamme d'une lampe; et voyant ses doigts devenir presque translucides, il s'écrie : Papa! je suis transparent. A quoi tiennent les grandes révolutions scientifiques, et la pomme de Newton ne va-t-elle pas vous revenir en mémoire! Cette naïve exclamation, que vous et moi, et l'Académie des sciences tout entière, aurions laissé passer inaperçue, tomba, lumineuse et féconde, sur l'esprit d'un homme de génie qui se rencontra là par hasard. C'en était fait! les temps étaient venus, une découverte immense surgissait sur l'horizon des sciences, l'*anthroposcopie* avait vu le jour! Qu'est-ce que cela? me demandez-vous, et ce mot veut-il dire autre chose que *regarder l'homme*? En effet, vous répondrai-je, notre sublime auteur ne me semble pas très fort en grec, son mot ne désigne pas du tout sa découverte, il a oublié une petite copulation, et son mot serait parfait s'il l'avait ainsi composé *anthropodiascopie*, ce qui signifierait *voir à travers le corps de l'homme*; et même, comme la découverte s'applique aussi bien aux animaux qu'à l'homme, faudrait-il dire *zoodiascopie*; et même encore, comme l'œil perçant de notre auteur voit à travers les plantes et les arbres, à travers tous les corps de la nature, le mot suivant serait encore plus légitime, *pandiascopie*. Ne pouvant rien prétendre sur la chose, je prends date pour le mot que j'ai déposé sous paquet triplement cacheté sur le bureau de l'Académie des sciences.

Donc, la pandiascopie consiste à voir à travers les corps opaques comme si leur enveloppe ou leurs parois étaient de verre. Mais, allez-vous me dire encore, cette découverte n'est rien moins que neuve, et depuis longtemps nos gentilles somnambules magnétiques nous ont accoutumés à ces prodiges. Voilà où je vous tiens, c'est que précisément M. Eseltje — c'est le nom de ce nouveau Newton — voit toutes ces belles choses bien éveillé, sans le secours de la plus mince passe, sans avoir recours au fluide du moindre Laurent. Voici comment se fait la chose, si j'ai bien compris.

niront, comme élément dans la détermination du diagnostic, il n'y faut point manquer. En effet, le principe syphilitique est une des causes pathologiques que l'on combat le plus facilement, et avec le plus de succès. Alors, vous devrez combattre la tumeur blanche comme si elle n'était point liée à la diathèse spécifique, et par les moyens ordinaires, tandis que vous ferez suivre en même temps à l'individu le traitement par l'iodure de potassium.

Maladies de l'appareil séreux. — Existe-t-il des affections syphilitiques constitutionnelles de l'appareil séreux? Pour citer un exemple: existe-t-il des hydrocèles syphilitiques ne dépendant exclusivement que d'une diathèse spécifique? Dans une pratique de quinze années, nous n'en avons pas encore rencontré un seul cas; nous n'avons pas observé un seul fait d'hydrocèle dans lequel nous ayons pu rapporter la maladie à la vérole, et qui ait cédé à un traitement antiphlogistique; mais nous avons vu un grand nombre de malades chez lesquels on avait commis des erreurs de diagnostic, et dont on avait cru pouvoir rattacher l'affection locale à la diathèse. On s'est fondé sur ce que quelques hydrocèles ont cédé à un traitement mercuriel; il a pu en arriver ainsi, comme il a pu arriver que d'autres aient disparu spontanément et sans traitement. Mais il y a des hydrocèles, comme il y a des lésions des séreuses avec des épanchements de diverse nature, qui sont la conséquence de lésions des parties voisines; il n'est pas très rare de trouver chez des individus atteints de sarcocèle syphilitique, des épanchements de la tunique vaginale, rentrant dans la catégorie des affections par voisinage, soit qu'il y ait eu gêne de la circulation, compression des vaisseaux, etc. Pour nous, il n'y a pas de cas dans lesquels on ait pu constater une lésion idiopathique spécifique des membranes séreuses. Les accidents ont plus de tendance à se manifester sur certains tissus que sur certains autres; les membranes séreuses doivent être rangées dans la classe de ceux qui se prennent le moins facilement.

Centre nerveux. — Un mot sur les affections syphilitiques des centres nerveux. La syphilis peut agir idiopathiquement sur le cerveau et sur la moelle épinière. Il est certain que des lésions des enveloppes membraneuses des cavités osseuses entraînent des lésions fonctionnelles des centres nerveux; mais ce ne sont plus des altérations idiopathiques. Y a-t-il, foncièrement, et sans lésion préalable appréciable des enveloppes, des cas où la maladie porte seule sur le système nerveux? Il paraîtrait que la syphilis peut agir idiopathiquement sur la moelle et sur le cerveau. Pour notre part, nous avons trouvé, dans le cerveau même, des tubercules déterminant des accidents du côté des fonctions; mais nous sommes certain aussi qu'il peut y avoir des lésions de la motilité, de la sensibilité, auxquelles on n'a pu trouver d'autre cause que la vérole. Une lésion de la sensibilité et du mouvement que nous avons assez souvent observée, et qui est peut-être beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine généralement, comme suite de la vérole, c'est la paraplégie. Lorsque nous avons lu les articles des traités de pathologie où il est question de la paraplégie, nous n'avons pas trouvé que la vérole fût assez souvent invoquée comme cause déterminante. Nous sommes intimement convaincu qu'un grand nombre de paraplégies reconnaissent pour point de départ la vérole constitutionnelle tertiaire, que c'est un élément très important dans l'étiologie d'un grand nombre de paralysies; il est d'autres paralysies encore qui se trouvent dans le même cas, et disons à ce propos que ce n'est que depuis nos travaux que l'on a commencé à considérer la paralysie de la septième paire comme pouvant être quelquefois causée par la vérole. L'observation des faits nous a démontré que ce qui était vrai pour la paralysie de la septième paire, était souvent vrai aussi pour la paraplégie.

Les accidents du côté des centres nerveux que vous trouverez encore assez souvent, c'est l'épilepsie, la catalepsie. Tenez compte de l'élément syphilitique chez des sujets devenus cataleptiques après avoir subi l'infection vénérienne; tenez en compte aussi dans l'étude de toutes les maladies nerveuses.

Il y a quelques années, je donnais mes soins à un des acteurs comiques les plus distingués de la capitale, atteint d'épilepsie, et qu'un grand nombre de médecins déjà consultés avaient jugé incurable. Je le soumis à l'iodure de potassium; au bout d'un mois, les accès avaient disparu complétement, après s'être graduellement éloignés, et, depuis, ils ne se sont plus reproduits.

En dehors des lésions primitives, réelles, maladives, soit organiques, soit fonctionnelles, la vérole produit souvent sur le cerveau un accident tout aussi grave que ceux dont nous venons de parler, c'est la *syphilophobie*. C'est une des affections morales les plus fâcheuses; l'hypochondrie syphilitique est la plus malheureuse que les malades puissent avoir. Ici, il n'y a plus de lésion matérielle; mais les malades ont peur de la vérole. Il n'y a pas de petit prétexte qu'ils ne saisissent. Il suffit d'un petit contact tant soit peu suspect pour que tout ce qui survient doive être rapporté à la vérole.

Le syphilophobe vous montrera et vous fera remarquer avec la plus vive anxiété les marbrures du pharynx; c'est lui qui découvrira les papilles de la base de la langue. Il se croira un homme perdu lorsque, après une inspection minutieuse, il aura découvert et vous aura montré les orifices des canaux de Sténon, les points lacrymaux, etc., qu'il prendra pour les lésions les plus graves produites par le vice syphilitique.

Cachexie syphilitique. — Le plus souvent, on constate la persistance de quelques-unes des lésions que nous avons signalées; la maladie a marché quand même. Après que l'action spécifique de la vérole a cessé, le principe qui la constitue détermine souvent des lésions organiques qui peuvent finir par conduire le malade au tombeau. Ce sont des caries, des nécroses, des suppurations qui épuisent le malade. Mais, le plus fréquemment encore, ceux qui se trouvent dans ce cas sont des individus chez lesquels la vérole a éveillé d'autres prédispositions, les scrofules, la phthisie pulmonaire, le scorbut. Ce sont ces altérations générales de la constitution que l'on rencontre le plus souvent chez les sujets en proie à ce que l'on appelle la cachexie syphilitique; ajoutez à cela que, le plus ordinairement, ces sujets ont été mal traités ou l'ont été incomplétement. Dans beaucoup de cas réputés syphilitiques, l'on n'a eu affaire qu'à des accidents déterminés par des remèdes mal employés. Il y a des *cachexies*, non point syphilitiques, mais *therapeutiques*, qui se développent sous l'influence de mauvaises médications. Avec un peu d'attention, vous vous convaincrez souvent que la vérole est, à cette époque de la maladie, le moindre des éléments auxquels vous deviez rapporter les accidents dont vous serez témoins.

Cependant, on voit des sujets qui, n'ayant aucune affection étrangère à la syphilis, n'ayant pas d'altération syphilitique locale, se trouvent dans le dernier terme d'une diathèse sans manifestation, et sont en proie à la consomption syphilitique. Cette circonstance doit être rare.

Nous sommes persuadé pour notre part que souvent, dans des cas de ce genre, on aurait rencontré à l'autopsie des lésions locales; à cela se joint une fièvre hectique, une fièvre de consomption; inappétence, dégoût des aliments; insomnies; infiltration séreuse du tissu cellulaire; puis, enfin, la mort, la constitution se trouvant en quelque sorte usée.

Nous croyons bien que la diathèse syphilitique peut déterminer cet état de cachexie; mais il faudrait bien se garder de voir toujours le tableau aussi en noir; ces conditions de cachexie syphilitique déterminant la mort, sans lésions locales appréciables, sont beaucoup plus rares qu'on ne semblerait devoir le croire au premier abord.

D[r] A. FOUCART.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir, soit pendant, soit après l'opération de la cataracte. (Suite.)

Du cristallin. — Quelquefois les difficultés que le chirurgien rencontre dans l'opération de la cataracte sont indépendantes du cristallin, et tiennent à toute autre cause; mais il est aussi bon nombre de cas dans lesquels la lentille opaque est par elle-même ou par quelques-unes de ses parties, l'unique obstacle qui empêche de terminer convenablement les manœuvres opératoires.

Le cristallin devenu opaque, présente des caractères anatomiques qu'il n'est pas toujours possible de reconnaître à l'avance quoi qu'on ait dit à ce sujet; et les différentes méthodes opératoires que l'on emploie journellement, ne s'accommodent pas également bien de ces divers états morbides.

Exemples : Un cristallin trop volumineux dans l'extraction; un cristallin trop mou dans l'abaissement; un cristallin trop dur dans le broiement; voilà une série de difficultés qu'il faut s'attacher à bien comprendre, afin d'éviter les accidents qui pourraient survenir en les méconnaissant.

Dans l'extraction, on peut éprouver de la difficulté à faire sortir le cristallin, parce que son volume n'est pas proportionné aux ouvertures qu'il doit préalablement franchir, la pupille et la plaie de la cornée. Pour ce qui est de cette dernière, nous l'avons déjà dit; il faut tout simplement l'agrandir. Mais comment faire pour faciliter le passage du cristallin à travers la pupille sans presser d'une manière imprudente sur l'œil, sans s'exposer, en un mot, à provoquer l'issue du corps vitré? D'abord, on doit savoir attendre, et ne pas trop se presser d'achever l'opération; car il arrive quelquefois qu'après quelques instants, le cristallin sort de lui-même, et par la seule action des muscles de l'œil. En second lieu, on tiendra compte du degré de dilatation pupillaire; on cherchera à s'assurer de nouveau, par la régularité ou par l'irrégularité de la pupille, s'il existe ou non des adhérences; on agrandira, s'il le faut, l'ouverture faite à la capsule, on diminuera la quantité de lumière qui arrivait à l'œil, et qui provoquait peut-être la contraction de l'iris; enfin, si nonobstant l'emploi de ces moyens joints à de très légers frottements exercés par l'opérateur sur le globe oculaire, le cristallin ne sort pas, il faudra chercher à provoquer directement son issue. Pour cela, à défaut d'instruments mieux appropriés on se sert d'une aiguille à cataracte ordinaire ou de pinces effilées que l'on introduit dans la substance du corps opaque pour tâcher de le faire basculer, peu importe dans quel sens, de manière à le luxer complétement dans la chambre antérieure. Une fois arrivé là, son extraction est des plus aisées avec une curette ordinaire.

Nous venons de raisonner dans l'hypothèse que le cristallin opaque est d'une consistance suffisante pour se prêter à l'action des instruments; il n'en est pas toujours ainsi, et les cataractes molles ou demi-molles, précisément celles qui par

---

Pour y voir plus clair, M. Eseltje se place dans une chambre obscure. Cette chambre obscure est percée d'un trou, et à l'extérieur de ce trou il place la lumière électro galvanique produite par une forte pile de Bunsen, lumière égale à celle de 560 bougies. La partie du corps qu'on veut examiner est placée sur le trou éclairé, et l'observateur se met derrière. Alors on voit..... tout ce qu'on veut voir, et en preuve voici ce qu'a vu M. Etseltje.

D'abord il a vu les nerfs en action; c'est comme j'ai l'honneur de vous le dire. Mais, ô déception, ô égoïsme des inventeurs! Ces nerfs en action, M. Eseltje les garde pour lui seul; rien, pas d'autre indication.

Ensuite, et à l'aide du microscope, il a pu suivre la transfusion du sang des artérioles capillaires dans les veinules les plus déliées; ceci est un peu moins fort et se voit parfaitement au microscope sur les pattes des grenouilles.

La lumière dirigée sur le cœur, ajoute l'inventeur, m'a permis d'étudier les mouvements de systole et de diastole, comme s'ils se passaient dans un appareil de verre. — Il a reconnu, compté et dessiné plusieurs cavernes dans la poitrine d'un phthisique. — Il a pu suivre le travail de la digestion, qui se fait très régulièrement quand le bol alimentaire est formé par une pâte très homogène, sans intervalles ou lacunes, qui est laborieuse au contraire quand ces lacunes existent. — Il a découvert des lombrics dans le colon de ses expérimentés, des taches noires ou bistrées dans l'estomac d'un ivrogne. — Il a vu distinctement un fœtus de deux mois animé d'un mouvement de libration dans les eaux de l'amnios, et il ne met pas en doute que prochainement il en pourra déterminer le sexe. — Il a pu voir — écoutez ceci, gens à tabatière — jusque dans les fosses nasales d'un priseur qui parle en nasillant, deux amas anciens de tabac. — Mais voici qui est plus fort et d'une indiscrétion très dangereuse, il a vu dans les vaisseaux lymphatiques de petits globules brillants qu'il croit être du mercure revivifié.

La lumière produite par l'appareil susindiqué est si considérable, que l'auteur a pu lire une lettre placée au milieu d'une main de papier. C'est renversant.

M. Arago a raconté toutes ces choses d'un air demi-sérieux, demi ironique, en indiquant quelle profonde et radicale révolution menacerait l'art de guérir si une pareille découverte venait à se confirmer. Je dois ajouter que les médecins de l'Académie des sciences n'en ont pas paru fort effrayés, et que M. Andral entre autres riait d'excellent cœur. M. Arago, cependant, n'a pas demandé une incrédulité complète à l'Académie des sciences, mais ce doute prudent et sage qui est la première vertu des Académies.

— A l'Académie de médecine, nous avons eu une escarmouche philosophique qui menace de devenir un combat en règle. Comme pour me faire nique, le jour même où je parlais du silence infiniment prolongé des sections de médecine, voilà qu'un médecin paraissait à la tribune armé d'un rapport très corsé. Ce médecin, c'est M. Bousquet. Vous avez dû être étonné de la discrétion de la presse à l'endroit de ce rapport. Que l'honorable secrétaire du conseil me permette de lui dire qu'en cette circonstance, il a été un peu puni par où il a péché. La presse n'a pas de rancune, mais elle a de la mémoire; elle sait que, de tous les dieux académiques, M. Bousquet est le dieu le plus jaloux des prérogatives du *Bulletin*, et de toutes ses prérogatives, il est jaloux surtout de lui assurer les prémisses et la virginité des communications faites à la docte compagnie. Il n'est pas de mère plus attentive et plus craintive sur l'honneur de sa fille que M. Bousquet sur les rapports faits à l'Académie, et les gardiens du sérail ne se montrent pas plus farouches contre tout œil indiscret. Aussi, est-ce avec une peine extrême que la presse peut arracher de temps à autre quelques communications intéressantes à leurs auteurs, en prenant tous les moyens possibles de tromper l'active et incessante surveillance de M. Bousquet. Qu'est-il arrivé de tout cela pour M. Bousquet lui-même? C'est que la presse, qui, avec un peu de bonne volonté, et en s'ingéniant d'une certaine façon, aurait pu reproduire quelques bribes de son rapport, s'est montrée peu empressée, et n'a pas cherché le moins du monde à déflorer la publicité du *Bulletin*. Que cette terre soit légère au rapport de M. Bousquet!

Si l'apparition inattendue de l'élément médical dans le système planétaire académique a trompé toutes mes prévisions, j'ai eu du moins la satisfaction de voir la deuxième partie de mes prédictions se réaliser. M. Rochoux a parlé, et M. Castel a demandé la parole, phénomène aussi inévitable que l'apparition de Mercure et de ses satellites. Qu'a dit M. Rochoux? Cette fois il s'en est pris au dogme, au fait de la perfectibilité humaine, et, comme il combat toutes choses, il a combattu la perfectibilité par des arguments tirés de l'immuabilité de la matière. Je n'ai pas le temps d'entamer une discussion en forme sur ce sujet, et d'ailleurs que servirait de dire aux aveugles : Ouvrez les yeux? Ce que je veux faire remarquer seulement, c'est que, même en me plaçant pour un instant au point de vue de M. Rochoux, qui assurément n'est pas le mien, c'est-à-dire du matérialisme le plus pur, la logique de l'honorable philosophe de Bicêtre est plus effrayante que solide. L'intelligence est le résultat des combinaisons moléculaires des éléments matériels de l'encéphale, je le veux bien. Quand les philosophes grecs inventaient leur système astronomique inexact et erroné, leurs atomes encéphaliques s'étaient combinés d'une certaine façon, je l'accorde. Quand Newton découvrait l'attraction et en calculait les lois, une combinaison nouvelle se produisait dans son cerveau, adopté. Homère écrivant l'Iliade, Phidias sculptant le Parthénon, Galilée découvrant le mouvement de la terre, Cuvier décrivant les révolutions du globe, tout cela combinaisons atomiques différentes, soit. Mais, cher académicien, qu'est-ce que tout cela peut faire au dogme de la perfectibilité humaine?

Pour imposer des limites aux combinaisons atomiques des éléments matériels, connaissez-vous donc toutes celles dont ils sont susceptibles? Et si l'intelligence dans ses manifestations les plus sublimes n'est qu'un résultat de ces combinaisons, si la perception, le sentiment, l'idée ne sont autre chose qu'une réaction moléculaire, pouvez-vous dire que toutes ces combinaisons, que toutes ces réactions sont épuisées, qu'il ne peut plus s'en former de nouvelles, et que, semblable à quelques liquides, l'intellect arrive aussi à la saturation?

Mais j'ai presque honte de m'occuper d'un argument aussi faible, aussi faux; et si la perfectibilité ne rencontre pas d'autres contradicteurs, si la malheureuse comète de Gambord ne vient pas lui donner quelque croc-en-jambes, elle continuera sa course bienfaisante à travers l'humanité que M. Rochoux voudrait déshériter de cette sublime faculté. Ah! je sais bien pourquoi mon excellent ami ne veut pas de la perfectibilité qui lui crève les yeux; c'est qu'un père célèbre de l'Eglise a dit, et après lui tous les philosophes spiritualistes ont répété que la perfectibilité de l'âme prouvait son immortalité. Voilà tout le secret de cette opposition mi-sérieuse, mi-plaisante de M. Rochoux contre un fait aussi évident que le soleil.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

A M. le professeur Barilleau, à Poitiers. — Reçu votre lettre, et communiquée à qui de droit. C'est admirable! Ayez la bonté de dire à M. Abribal que la circulaire n° 3 est sous presse, et que tout ce qu'il demande sera expliqué.

— *A M. H., à C.* — Pas de publications spéciales sur ce sujet, si ce n'est quelques brochures que je chercherai.

— *A M. le docteur Lorcan, à Poitiers.* — J'ai reçu mais je n'ai pas encore lu, et j'aime mieux vous le dire sincèrement que vous envoyer un compliment banal. J'espère pouvoir lire ces jours ci.

— *A M. D., à T.* — Les renseignements demandés ne seront jamais donnés par moi. Je répondrai à toute demande d'un intérêt général, jamais à une question de personne. D'ailleurs celle dont vous me parlez n'est pas connue de moi.

— *A M. le docteur Gendron, à Vendôme.* — Je crois que vous avez très bien voté. Votre commentaire est le seul raisonnable.

leur volume ordinairement plus considérable que les cataractes dures éprouvent plus de difficultés à passer à travers la pupille, ne se laisseront pas volontiers *charger* par un instrument quel qu'il soit, et, si elles sortent, ce ne sera que par fragments. Dans ces espèces de cataractes, il faudra toujours néanmoins tenter l'emploi des moyens que nous venons d'indiquer; il faudra le faire ne fût-ce que pour s'assurer positivement du degré de consistance du corps opaque, dût-on, si l'on échouait, terminer l'opération en pratiquant le broiement du cristallin et en abandonnant à la résorption les parties que l'on n'aurait pas pu extraire.

Dans l'abaissement, on rencontre quelquefois des cristallins dont la mollesse est telle qu'ils se laissent traverser par l'aiguille sans lui prêter un point d'appui suffisant pour les déplacer en masse. La dépression de la cataracte devient alors difficile à exécuter, parce qu'une fois le cristallin divisé en plusieurs fragments il faut charger séparément chaque morceau en particulier. Non-seulement la durée de l'opération se trouve allongée dans ce cas, mais encore il n'est pas toujours possible de la mettre à exécution; plusieurs fragments échappent souvent, en effet, à l'aiguille, se laissent diviser de nouveau, remontent ou passent dans la chambre antérieure...

Le mal n'est pas grand, et, à l'exemple de Scarpa, il ne faut pas trop se préoccuper de ce contre-temps; on a terminé par division une opération que l'on avait commencée, il est vrai, par abaissement, mais en opérant d'ailleurs dans d'excellentes conditions pour sa réussite. Ainsi, une fois bien constaté l'état de mollesse de la cataracte, nous conseillons de ne plus insister sur son abaissement, mais d'agir tout aussitôt comme on le ferait dans le broiement ordinaire.

Le cristallin une fois abaissé peut reprendre sa position première: tantôt cette réascension du cristallin a lieu l'aiguille étant encore dans l'œil, et pendant la manœuvre que l'on fait pour la retirer; tantôt elle ne se manifeste qu'après la sortie de l'instrument et dans les premiers moments qui suivent l'opération. Cet accident, qui paraît dépendre soit d'un mouvement peu régulier de l'aiguille, soit d'une contraction brusque des muscles de l'œil, a sa cause prédisposante dans l'abaissement incomplet du cristallin et dans la destruction assez étendue des cellules du corps vitré. Dans ce dernier cas surtout, le corps opaque, n'étant pas retenu par une substance résistante, tend d'autant plus à se déplacer qu'il n'a pas une pesanteur spécifique beaucoup plus considérable que le liquide qui le contient, et que ce liquide est lui-même agité à chaque instant par la contraction musculaire. Non-seulement le cristallin court le risque d'être soulevé par ce mécanisme et jeté dans le champ pupillaire, mais il peut arriver aussi, particulièrement lorsque la cataracte est peu volumineuse et lorsqu'elle est réduite à son noyau central ou divisée en deux ou trois fragments principaux, qu'elle retombe par son propre poids dans la partie inférieure de la chambre postérieure pour être relevée de nouveau un instant après sous l'influence d'une nouvelle contraction musculaire.

Ce mouvement de va-et-vient du cristallin dans la chambre postérieure, qui constitue une variété de cataracte branlante, s'observe surtout dans les cataractes molles à leur périphérie et dures à leur partie centrale. Le noyau du cristallin s'énuclée en quelque sorte de l'enveloppe peu consistante qui le renferme, et c'est lui qui donne lieu au phénomène curieux que nous venons de signaler. Ce déplacement saccadé du cristallin est susceptible de durer fort longtemps, et tant que l'absorption n'a pas fait disparaître le cristallin lui même; quelquefois néanmoins le corps opaque contracte pendant le repos de l'œil quelques adhérences avec les parties environnantes, et il reste fixe, soit dans le champ pupillaire, soit au-dessous de lui. On le voit dans d'autres cas traverser la pupille et se loger dans la chambre antérieure de l'œil. Nous examinerons en temps et lieu cette nouvelle complication.

Mais il est rare qu'une cataracte d'un volume ordinaire, et qui a été laissée entière par l'aiguille, présente les déplacements alternatifs dont nous venons de parler; et cela se conçoit aisément, car alors l'espace lui manque.

La réascension du cristallin peut être partielle ou totale. Dans le premier cas, on aperçoit au niveau de la pupille, tantôt à sa circonférence, moins souvent à son centre, un ou plusieurs débris de la cataracte d'une forme irrégulière et variable à l'infini. Ces fragments, lorsqu'ils ne sont pas volumineux et qu'ils sont en petit nombre, laissent quelquefois entre eux et le bord pupillaire un espace libre à travers lequel les rayons lumineux peuvent encore arriver jusqu'à la rétine. D'autres fois ils obstruent complétement le champ de la vision, comme le ferait le cristallin lui-même non divisé. Leur surface est irrégulière, bosselée, anfractueuse, d'une coloration qui n'est pas partout uniforme; ce qui dépend de ce que les fragments ne se sont pas réunis par leurs côtés primitifs. Quelquefois, en effet, le bord saillant de l'un touche le bord saillant de l'autre sous différents angles; enfin, on peut rencontrer là toutes les particularités de forme que le hasard peut produire.

Il ne faut pas croire également que le cristallin, lorsqu'il remonte en entier, reprenne exactement sa place primitive; du moins, cela est fort rare.

Le plus souvent les choses se passent d'une manière moins régulière. Dans certains cas la réascension est incomplète, et le cristallin ne masque que le quart, le tiers, la moitié inférieure de la pupille. D'autres fois le cristallin remonte bien tout entier, mais il se place obliquement de manière que sa face antérieure, au lieu de regarder en avant, est dirigée soit en dedans, soit en dehors. Il existe par conséquent dans cette position un rapport différent entre le cristallin et l'iris, selon les différents points où on les examine; au lieu de se présenter dans une direction verticale, le cristallin offre parfois une position horizontale, ou bien il est placé de champ. Il tend alors en général à repousser l'iris et quelquefois à s'engager dans l'ouverture pupillaire. Mais il faut dire aussi que, s'il est vrai que le plus souvent en remontant la cataracte se rapproche de la membrane iris, il y a des cas dans lesquels elle s'en éloigne un peu. L'état de la pupille joue un certain rôle dans la réascension du cristallin; il en est de même de la capsule antérieure: une grande dilatation pupillaire et une déchirure étendue de la cristalloïde antérieure favorisent en effet singulièrement le passage du cristallin à travers la pupille; tandis que, dans le cas contraire, il s'opère moins facilement. Mais aussi l'étroitesse de la pupille ne permet d'apercevoir qu'incomplétement l'étendue du cristallin ou de ses fragments, et d'apprécier au juste la position qu'ils affectent.

On ne peut confondre avec aucune autre complication la réascension du cristallin survenant pendant l'opération elle-même; car la cataracte secondaire proprement dite, ainsi que nous le verrons par la suite, se développe toujours plus tard. Il n'y aurait guère qu'une circonstance qui pourrait embarrasser dans le diagnostic, celle où il existerait, en même temps qu'une cataracte *reproduite*, un épanchement de sang dans l'intérieur de l'œil assez abondant pour masquer la pupille; et encore cet embarras ne serait que passager, car, en général, le sang est résorbé promptement dans les chambres de l'œil.

Quoi qu'il en soit, une cataracte remontée est susceptible d'offrir une marche différente selon les cas particuliers: ainsi, tantôt le cristallin ou ses débris, obstruant complétement ou incomplétement l'ouverture, gênent les mouvements de la pupille et paralysent en quelque sorte l'iris; tantôt ils contractent des adhérences avec les fragments de la capsule antérieure déchirée pendant l'opération, avec l'iris lui-même, et se fixent d'une manière plus solide encore à la place qu'ils occupent. Ces adhérences sont une complication fâcheuse: cependant il en est une autre beaucoup plus grave encore, c'est le développement d'une iritis; celle-ci, qui paraît souvent déterminée par le contact seul du cristallin, peut donner lieu à une exsudation plastique qui constitue, avec la cataracte remontée, un état complexe dont la guérison est bien plus difficile à obtenir.

Pendant la durée d'une cataracte reproduite, il est rare qu'il ne survienne pas dans l'œil quelque autre complication intercurrente moins importante: telles sont, par exemple, une conjonctivite, une injection de la sclérotique, etc.; il faudra les combattre par des moyens appropriés. Abandonnée à elle-même, et sous l'inflence de simples précautions hygiéniques, la cataracte reproduite disparaît d'ordinaire peu à peu, et finit par laisser complétement libre l'espace pupillaire. Si la cataracte est molle, et si l'aiguille la divise en plusieurs parties, il suffit souvent de quinze jours, un mois, six semaines, sur des sujets peu âgés, pour qu'il n'en reste plus de traces; mais dans des circonstances opposées, il faut un temps plus considérable, et beaucoup de patience de la part du malade et de l'opérateur, car l'absorption marche alors si lentement que l'on s'aperçoit à peine, quand on examine l'œil tous les jours, de l'amélioration qui survient graduellement.

Pendant ce laps de temps, on s'en tiendra à l'emploi des remèdes qui sont propres à favoriser l'absorption, et que tout le monde connaît; on aura soin seulement d'entretenir la pupille dans un état permanent de dilatation, pour des raisons faciles à comprendre. Enfin, si l'on avait affaire à quelques cas exceptionnels ou dans lesquels la consistance très grande du cristallin, l'âge avancé du malade, ou toute autre circonstance, se seraient opposés à la disparition spontanée de la maladie, il est clair qu'il serait indiqué d'avoir recours à une seconde opération. Celle-ci ne sera pratiquée rationnellement qu'après six mois au moins d'expectation, et il est bien entendu qu'il faudrait encore la remettre, s'il existait quelque état congestionnel ou inflammatoire d'une ou de plusieurs membranes de l'œil. Nous n'avons rien à dire de spécial sur les règles à suivre pendant l'opération; elles devront varier beaucoup, comme les cas particuliers eux-mêmes. L'extraction, l'abaissement, le broiement ont été tour à tour pratiquées dans ces circonstances avec des résultats variés. Mais nous pensons que l'indication de la méthode doit rester tout entière à la sagacité du chirurgien; c'est à lui à peser mûrement les raisons pour, les raisons contre telle ou telle d'entre elles. Il aura à se demander si la lésion du corps vitré produite dans la première opération ne favorisera pas son issue dans la méthode par extraction; chose probable, si le cristallin est agité dans différents sens, comme nous avons dit plus haut qu'il pouvait l'être quelquefois. Il appréciera jusqu'à quel point il est rationnel de déprimer et de laisser en contact avec la rétine un corps qui résistera peut-être indéfiniment à l'absorption, et qui, par sa présence, pourra comprimer ou enflammer cette membrane nerveuse. Enfin, il décidera s'il croit possible de diviser avec l'aiguille un cristallin dur, ou du moins que l'on est autorisé à croire tel.

Pour nous, ces objections ont toutes une grande valeur.

Le cristallin peut passer en totalité dans la chambre antérieure de l'œil, et donner lieu à un accident assez important pour fixer l'attention de l'opérateur. Mais qu'on remarque bien qu'il s'agit ici d'un cristallin, et non pas d'un ou de plusieurs de ses fragments; car, dans ce dernier cas, cette complication n'a plus la même gravité, d'abord parce que le corps opaque, étant nécessairement moins volumineux, a plus de chance d'être absorbé promptement; puis par la raison que la division préalable du cristallin indique déjà qu'il n'a pas une consistance très grande, condition heureuse pour sa disparition.

Mais il en est tout autrement d'un cristallin entier; par son volume il remplit à peu près complétement la chambre antérieure, et masque les parties placées en arrière de lui; l'humeur aqueuse reflue en arrière, à la place qu'occupait le corps déplacé. Quelquefois, cependant, le cristallin n'envahit pas toute la chambre antérieure; il fait seulement saillie, plus ou moins, dans l'intérieur de cette cavité; mais il reste engagé dans la pupille, par laquelle il est en quelque sorte comme étranglé.

Cet accident est propre à l'abaissement; il n'est possible dans le broiement qu'autant que les premières tentatives ont échoué ou ont été insuffisantes pour diviser le cristallin. D'ordinaire, il ne s'observe que dans les cas où la pupille est très dilatée, ou la cataracte médiocrement volumineuse. Et comme les cristallins petits sont en général assez durs, cette dernière circonstance, loin d'être favorable, est au contraire très fâcheuse.

C'est par un mouvement de bascule que la cataracte franchit l'ouverture pupillaire; ainsi, si l'aiguille a été appliquée sur son bord supérieur, et que le mouvement imprimé de haut en bas se soit joint aux mouvements d'arrière en avant, le bord supérieur du cristallin peut devenir antérieur et pénétrer ainsi dans la pupille. Dans le cas contraire, c'est le bord inférieur du cristallin qui peut se relever au niveau de l'ouverture pupillaire et s'y engager.

Il est une autre espèce de déplacement du cristallin dans la chambre antérieure que nous devons signaler en passant, nous voulons parler de ces cristallins réduits le plus souvent à leur noyau central, qui sont flottants et mobiles dans la chambre postérieure, mais qui passent quelquefois dans la chambre antérieure. Lorsqu'ils y restent, ils rentrent dans la catégorie des cas ordinaires; mais il peut arriver que ces cristallins repassent ensuite dans la chambre postérieure pour revenir encore à plusieurs reprises dans l'antérieure. Nous reviendrons plus loin sur cet intéressant phénomène à propos de la cataracte *branlante*,

Quoi qu'il en soit, une fois l'accident survenu, le mécanisme de sa production importe peu: il faut s'occuper du traitement qu'il réclame.

On peut se comporter de plusieurs façons:

1° *Abandonner la cataracte à l'absorption.* Cette manière d'agir se fonde sur un fait que personne ne conteste, l'activité très grande de l'absorption dans la chambre antérieure de l'œil, et qui est suffisante, dans l'immense majorité des cas, pour faire disparaître très rapidement des lambeaux de capsule, des débris de cristallin. L'analogie que l'on invoque n'est pas cependant aussi complète que l'on paraît le croire, et la différence du moins au plus, qui est d'ailleurs toujours importante, entraîne dans le cas actuel des changements qu'il ne faut pas méconnaître. Lorsqu'il n'existe qu'un simple fragment de cristallin dans la chambre antérieure, celui-ci est baigné de tous côtés, et, en quelque sorte, dessous, par l'humeur aqueuse, qui, en le ramollissant de plus en plus, facilite singulièrement l'action des vaisseaux absorbants; tandis que, quand le cristallin est passé tout entier, il ne laisse guère de place pour l'humeur aqueuse, et l'action de celle-ci est nécessairement beaucoup plus lente. Il faut ajouter, de plus, que dans des circonstances comme celles-là la question de temps est tout, car le cristallin est un corps étranger dans la chambre antérieure, et, s'il peut rester huit jours sans déterminer d'accidents, rien n'indique qu'il puisse y séjourner quinze sans en produire de plus ou moins graves: c'est ce qui a lieu en effet dans quelques cas. Et puis, il ne faut pas oublier que le cristallin peut être dur et plus réfractaire par conséquent à l'action des vaisseaux absorbants; que chez les vieillards l'absorption est beaucoup moins active que chez les jeunes sujets, et enfin que l'inflammation qui résulte de la présence du cristallin dans la chambre antérieure diminuera encore ou annihilera même la puissance absorbante de cette partie de l'œil.

Ainsi, s'il est vrai de dire que dans un certain nombre de cas, le cristallin luxé dans la chambre antérieure peut disparaître spontanément en quinze jours, un mois, six semaines, sans produire de nouvelles complications, comme il y en a beaucoup d'exemples; il est également positif qu'il existe des faits opposés à ceux-ci, et nous avons observé nous-même plusieurs cas où l'absorption a été fort lente et a été suivie d'une opacité indélébile de la cornée et d'une atrésie pupillaire.

Pour se décider à abandonner le cristallin à lui-même, il faudrait donc savoir à l'avance quel est son degré de consistance, et cette connaissance nous manque presque toujours; pour l'acquérir et se guider ensuite d'après elle, MM. Sanson et Bégin ont conseillé de surveiller attentivement la manière d'être du cristallin déplacé, afin de procéder rapidement à son extraction s'il déterminait et entretenait dans l'œil une ophthalmie chronique et menaçait de perforer la cornée. Cette espèce de terme moyen ne nous paraît pas susceptible de passer dans la pratique; car on ne peut guère reconnaître le degré d'importance des complications qui surviennent, qu'autant qu'elles existent déjà. Eh bien! nous sommes autorisé à penser qu'à cette époque il est positivement trop tard pour opérer, puisque l'opération pratiquée dans ces conditions n'a guère de chances de réussir.

2° *Pratiquer l'extraction de la cataracte.* — Le cristallin luxé dans la chambre antérieure paraît tout d'abord dans les meilleures conditions pour être extrait par la kératotomie, puisqu'il a déjà franchi une partie de l'espace qu'il doit traverser. L'opération est, en effet, beaucoup simplifiée; mais il ne faut pas oublier cependant que l'on pratique alors une seconde opération de cataracte, et que les dangers propres à chacune d'elles se trouvant réunis, les chances de succès se trouvent diminuées. Il est encore un danger à prévoir, c'est l'issue de l'humeur vitrée, si l'on venait à faire une ouverture trop grande à la cornée; car il ne faut jamais oublier que l'on vient de tenter l'abaissement, c'est-à-dire de détruire avec l'aiguille certain nombre de cellules hyaloïdiennes, conditions toujours fâcheuses lorsqu'on a recours ensuite à l'ouverture de la cornée. Aussi conseillons-nous de se borner à faire une simple ponction n'intéressant la cornée que dans le quart ou le tiers tout au plus de sa circonférence, puis d'in-

troduire par cette boutonnière les pinces dont on aura fait choix pour changer le cristallin et tâcher de l'amener au dehors. Si l'on ne peut l'extraire tout entier par cette ouverture, on tentera, avant de l'agrandir, de broyer le corps opaque et de l'enlever successivement, par fragments; en un mot, nous donnons, dans le cas actuel, la préférence au procédé de Furnari sur la méthode ordinaire de l'extraction.

3° *Faire repasser le cristallin dans la chambre postérieure.* —Lorsque le cristallin est engagé dans l'ouverture pupillaire, ou bien quand il l'a franchie complétement pour tomber dans la chambre antérieure, la première idée qui se présente à l'esprit est de rechercher à ramener, avec l'aiguille, le corps opaque en arrière; pour cela on harponne le cristallin par sa partie postérieure, et par un mouvement d'avant en arrière de la pointe de l'instrument on le ramène à la place qu'il occupait d'abord, avant de le déplacer de nouveau ou de le broyer.

Cette pratique, empruntée à Dupuytren, peut être tentée dans tous les cas avant d'avoir recours à l'extraction, ou d'abandonner la cataracte à l'absorption. Elle demande seulement que l'on agisse avec prudence; car il ne faut pas oublier que l'on n'aperçoit plus distinctement l'ouverture pupillaire; que celle-ci peut être rétrécie après le passage du cristallin, ce qui expose davantage aux lésions de l'iris; enfin le cristallin lui-même peut être mou, c'est-à-dire n'offrir à l'aiguille qu'une résistance insuffisante, et se laisser diviser plutôt que déplacer. Dans ces différentes circonstances, il faudra donc renoncer à l'espoir de ramener la cataracte dans la chambre postérieure.

Ainsi l'absorption, l'extraction, la réduction du cristallin luxé dans la chambre antérieure, constituent trois méthodes différentes qui ne sont pas indifféremment applicables à tous les cas. Un cristallin mou se prêtera plus volontiers à l'absorption; mais sa réduction sera plus difficile à obtenir. Un cristallin dur résistera davantage à l'action des vaisseaux absorbants; mais il sera plus aisé de le ramener dans la chambre postérieure : il n'y a donc que l'extraction qui s'applique indifféremment à tous les cas, et reste par conséquent la méthode la plus générale.

SYPHILIOGRAPHIE.—*Cours théorique et pratique sur la maladie vénérienne.*

M. Ratier reprend après un long intervalle l'enseignement qu'il avait commencé en 1832 et 1833, et dans des conférences familières il joint à l'exposition de ses idées sur la syphilis, la démonstration pratique. Il fait passer sous les yeux de son auditoire des malades qu'il soumet au traitement qui lui est propre, et compare les résultats avec ceux qu'on obtient dans des conditions opposées.

Les idées nouvelles de M. Ratier méritent d'être examinées. Elles sont exposées par leur auteur d'une manière nette et logique, bien faite pour impressionner les esprits progressifs, et pour susciter au moins quelques doutes chez les partisans des anciennes doctrines. Consignées d'abord dans les articles du Dictionnaire de médecine et Chirurgie pratiques (1828 - 1836), articles signés Cullerier et Ratier, vulgarisées et développées dans un enseignement spécial (1832 et 1833), elles viennent d'être résumées dans une brochure intitulée *Lettre sur la syphilis* ou *Vues nouvelles sur la nature et le traitement de cette maladie.* D'ailleurs dans ce laps de temps, les doctrines professées par M. Ratier avaient appelé l'attention des médecins, et exercé une influence notable sur la pratique spéciale de même que sur l'enseignement, et porté une notable atteinte aux doctrines du siècle précédent, qui dominaient encore pendant le premier quart de celui-ci. En 1835, la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles décernait une médaille d'or à M. Ratier pour son mémoire en réponse à cette question posée par elle, *Quels sont les moyens de police médicale les plus propres à prévenir la propagation de la maladie vénérienne?*

Nous ne saurions donc manquer à M. Ratier dans l'œuvre utile qu'il a entreprise et qu'il poursuit avec persévérance. En effet, si la syphilis était coupable de tous les méfaits qu'on lui impute, quelles louanges et quelles récompenses ne mériterait pas celui qui, la faisant mieux connaître, viendrait mettre un terme aux maux dont elle afflige l'humanité!

Nous donnons quelques fragments de l'allocution par laquelle M. Ratier a commencé son cours, et fait connaître la marche qu'il se propose d'y suivre : plus tard nous reviendrons sur ce sujet.

Messieurs, a-t-il dit en commençant, je me présente devant vous ayant un but bien déterminé, savoir :

1° D'élucider la question de la syphilis qui, au dire général, est encore entourée d'une profonde obscurité;

2° De vulgariser les connaissances acquises sur cette maladie en appelant tous les médecins à l'œuvre; et, par ces moyens, de mettre s'il est possible un terme aux maux que cette affection répand sur le monde entier.

Pour cela, il est nécessaire que les foyers d'enseignement se multiplient, que les opinions contradictoires se produisent au grand jour et se choquent entre elles, afin que de ce choc jaillisse la lumière. C'est pour ce motif, Messieurs, que je vous ai fait appel afin de vous montrer des faits sur lesquels puissent s'établir vos convictions. A chaque leçon des malades seront soumis à votre observation : ils seront examinés, interrogés, traités devant vous et par vous-même; je m'effacerai complétement, car c'est ainsi que je conçois l'enseignement, et non pas comme un moyen d'asservir à son opinion et à ses vues un auditoire qu'on éblouit. »

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur la manière dont la syphilis est présentée dans les livres, dans les journaux et dans l'enseignement clinique, tant général que spécial; et après avoir dit quelle est la pratique habituelle relativement à cette maladie, M. Ratier ajoute :

« C'est une singulière chose, n'est-ce pas, Messieurs, que d'entendre un homme commencer un enseignement spécial, par en exclure tout ce qui ne lui appartient pas; par s'efforcer de faire voir que l'objet de cette spécialité n'a qu'une importance secondaire, qu'il n'envahit pas toute la médecine, qu'il ne sort pas des lois connues de la physiologie pathologique et de la thérapeutique rationnelle; qu'enfin, il ne faut, pour s'en rendre maître suffisamment, qu'une attention ordinaire et l'application judicieuse des connaissances précédemment acquises dans les études cliniques. Toutefois, lorsque l'expérience vous aura démontré que tout cela est bien vrai, vous comprendrez que celui qui vous parle ainsi n'a pas manqué d'attention pour observer, de sagacité pour découvrir, ni d'intelligence pour conclure; mais seulement qu'il n'a pas en vue d'autres intérêts que ceux de la science, du corps médical et de l'humanité souffrante. »

Le professeur est alors entré immédiatement en matière par la description du chancre inoculé, qu'il a présenté comme le type en quelque sorte de la syphilis primitive; en même temps il a indiqué l'ordre qu'il suivra dans la description, savoir :

1° Le chancre ou syphilis primitive;

2° La syphilide ou syphilis constitutionnelle, qui constituent pour lui la syphilis proprement dite, tant primitive que secondaire;

3° Les symptômes accessoires ou coincidents, tels que la blennorrhagie, les bubons, les végétations, les excroissances, les éruptions diverses;

4° Enfin les exostoses, les caries, les ulcères, etc., embrassant ainsi toute la série des phénomènes groupés sous le nom de maladie vénérienne.

Nous avons remarqué comme une chose nouvelle, l'explication suivante que nous reproduisons presque textuellement : « Dans l'ulcère primitif, qu'il résulte d'une inoculation par contact, ou d'une inoculation par la lancette, le liquide virulent est sécrété par un petit organe accidentel qui forme la surface de l'ulcération. C'est une sorte de petit placenta, ou, si l'on veut, de champignon ayant ses racines dans le tissu même de la peau, et y puisant les éléments de sa vie propre et de sa sécrétion contagieuse. Cet être, pour ainsi dire *parasite*, produit par une molécule de pus spécifique, et susceptible de se propager de la même façon, n'a qu'une existence limitée : en effet, à partir de son apparition jusqu'au quinzième jour environ, « il croît en tout sens et fournit une quantité plus ou moins considérable de sécrétion; puis il se détache successivement comme ferait une eschare, et laisse après lui une plaie simple et suppurante qui marche vers la cicatrisation, mais dont le pus ne possède aucune propriété spécifique. D'après cela, n'est-il pas facile de concevoir que si, comme le voulait Hunter, on arrache ou l'on détruit sur place le *champignon virulent*, on fait avorter la maladie et on en prévient toutes les conséquences? Par la même raison, l'on doit comprendre que le succès de l'opération dépend de l'exactitude avec laquelle elle est pratiquée; car, si une parcelle, si minime qu'elle soit, de l'organe sécréteur échappe à la destruction, elle est une source tout à fait suffisante de contagion et d'infection. »

NOUVELLES.

MM. Leloire, chirurgien-major de 2e classe au 1er chasseurs d'Afrique, et Becœur, chirurgien aide-major de 2e classe au 4e chasseurs d'Afrique, sont cités avec distinction dans un rapport du gouverneur général de l'Algérie, en date du 24 décembre 1845.

— M. Roussel, chirurgien sous-aide à l'école de Saumur, est décédé.

— Sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, MM. Dupont, chirurgien-major de 2e classe au 58e de ligne, et Barbet, officier d'administration comptable de 2e classe en Algérie.

—MM. Guerin, chirurgien-major de 1re classe au 12e d'artillerie, et Cornet, *idem* au 14e de ligne, sont admis à la retraite.

Une souscription est ouverte à Rouen et à Paris pour élever une statue au docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, décédé le 17 janvier 1846. — Les souscriptions seront reçues à Paris à la librairie médicale de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 1.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 21. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Accidents consécutifs au palais et au pharynx. Asphyxie imminente. Heureux effets du proto-iodure de potassium.

Une affection de la gorge des plus alarmantes amena de Nantes à l'hôpital du Midi, le 6 octobre 1845, le nommé Jean M..., domestique, âgé de vingt six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution.

Rappelons d'abord brièvement ses antécédents, qui sont loin d'être le point le plus intéressant de cette observation. Six à huit ans avant son entrée dans le service de M. Vidal, cet homme a contracté un chancre phagédénique sur le gland, derrière la couronne. L'application d'alun calciné et les lotions émollientes amenèrent en peu de temps (sept jours) la cicatrisation du chancre, qui, au dire du malade, laissa après lui un peu d'induration : il est bon d'ajouter que quinze, vingt jours après l'apparition du chancre, il se déclara une adénite à droite ; des frictions mercurielles la firent bientôt résoudre, il n'y eut pas de suppuration. Ainsi, point de traitement antisyphilitique pour prévenir une affection ultérieure.

Jean ne contracta, depuis la disparition des symptômes dont nous venons de parler, aucune autre affection vénérienne; et il se croyait à l'abri de tout danger, quand, il y a huit mois, étant en mer, il s'aperçut qu'il avait mal à la gorge. Arrivé en France, il consulta un médecin, qui lui dit que c'était un chancre, et lui prescrivit de la tisane de salsepareille et des pilules. Mais les gencives s'irritèrent bientôt; il y eut un commencement de salivation, dont les purgatifs triomphèrent en quatre jours. Quoi qu'il en soit, le traitement fut interrompu. C'était en juillet dernier que cela se passait; le malade, ne sentant plus rien dans la gorge, se crut encore une fois guéri.

Il n'en était rien, car, dès le mois d'août, le mal de gorge reparut et ne fit que s'aggraver malgré la cautérisation avec le nitrate d'argent et malgré le mercure à l'intérieur. Bien plus, il vint encore s'y ajouter une deuxième salivation.

C'est alors que Jean se décida à venir de Nantes à Paris, et entra dans le service de M. Vidal. Là dura fort peu de jours la salivation (gargarismes, pédiluves sinapisés) : mais occupons-nous spécialement de l'état de la gorge.

A son entrée, les piliers postérieurs s'avançaient en avant et vers la ligne médiane; il en résultait, d'une part, que ces deux piliers se touchaient sur cette ligne; et de l'autre, qu'on ne voyait plus, de chaque côté, ni l'amygdale atrophiée, ni les piliers antérieurs. Le voile du palais était divisé à sa partie moyenne d'avant en arrière, dans l'étendue d'un centimètre. La luette n'existait plus qu'à l'état rudimentaire sur les bords de la division. Les bords internes des piliers postérieurs étaient épais, d'une couleur blanc-nacré qui leur donnait un aspect tendineux; ils semblaient appartenir, en bas, à la paroi postérieure du pharynx, avec laquelle ils se confondaient par leur extrémité inférieure : tout, en un mot, était confondu. La respiration était très difficile et sifflante, au point de faire craindre l'asphyxie. La voix était éteinte et nasale, c'est-à-dire que les sons passaient tous par le nez. La déglutition était presque impossible ; la connaissance de son mode physiologique d'exécution explique suffisamment pourquoi les aliments revenaient par le nez.

En résumé, encore quelques jours, et la vie de cet homme était compromise. Eh bien! ce fut une chose merveilleuse que de constater chaque jour l'amélioration apportée par le proto-iodure de potassium, que l'on donna dès le lendemain de l'entrée à la dose de 2 gram. par jour, et que l'on porta plus tard à 3 et 4 gram. La respiration devint facile après trois jours de traitement, et le mieux ne s'est pas démenti un seul jour depuis.

Tellement, qu'aujourd'hui 20 janvier la guérison est presque complète. Les parties ne sont pas dans l'état naturel, mais l'on voit nettement les piliers antérieurs, et les amygdales sont presque aussi découvertes qu'à l'état sain. Entre les deux piliers postérieurs, reculés de beaucoup depuis quatre mois, existe aujourd'hui un espace comme une boutonnière, large de plus d'un centimètre, et haute de trois centimètres environ. Une moitié de la luette est divisée à droite, et longe la partie supérieure de cette ouverture. Toutes les fonctions s'exécutent bien maintenant.

A son entrée notre malade pouvait à peine manger des soupes et boire du lait, aujourd'hui il avale fort bien le pain et la viande.

Pour être complet, ajoutons que depuis cinq à six ans on remarque un autre symptôme du côté de la peau ; ce sont des boutons durs, légèrement saillants, entourés d'une auréole d'un rouge très foncé, boutons d'une durée limitée, mais revenant sans cesse; quand ils s'ouvrent, ils donnent issue à un bourbillon comme les pustules d'acné : leur siége de prédilection est la partie antérieure de la poitrine et la partie postérieure des épaules.

Le 31 janvier, l'emplâtre de Vigo a fait disparaître tous ces boutons, dont la cicatrice est blanche, dure et un peu saillante. Jamais il n'y a eu de douleurs dans les membres. — Jean M... sort guéri.

— Cette observation offre de l'intérêt, surtout par la promptitude des effets de l'iodure de potassium. En effet, au troisième jour les accidents les plus graves, puisqu'il y avait presque asphyxie, ces accidents, disons-nous, cèdent à son emploi. Nous doutons qu'il existe un modificateur thérapeutique dont l'action ait cette promptitude, quand il est administré dans des cas chroniques comme celui-ci.

J. BOUTEILLER,
Interne du service.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Tumeurs sanguines. Remarques sur le traitement de cette affection.

(Suite du numéro du 22 janvier.)

Nous avons rangé sous trois chefs principaux les moyens à l'aide desquels on peut traiter et guérir les tumeurs sanguines.

En premier lieu viennent les opérations qui ont pour but l'ablation de la tumeur; on peut exécuter celle-ci ou par l'instrument tranchant en donnant lieu à une plaie plus ou moins vaste qu'on doit réunir le plus souvent par seconde intention à cause de la perte de substance qui en résulte, ou par la ligature en masse de la tumeur elle-même.

Les opérations sanglantes par le bistouri ont l'inconvénient, comme nous disions, de produire dans les tissus une perte de substance qui s'oppose quelquefois à une réunion de la plaie sans difformité. C'est déjà un inconvénient de ce moyen de traitement. Il y en a un autre bien plus grave; ce sont les hémorrhagies qui résultent fréquemment de ces opérations, quelquefois très abondantes et difficiles à arrêter. C'est à cause de cela qu'aujourd'hui on a à peu près renoncé à ces moyens dans le traitement des tumeurs en question.

La ligature en masse des tumeurs ne serait applicable qu'à celles qui sont pédiculées, et comme celles-ci sont assez rares, il s'en suivrait qu'elles constitueraient simplement une méthode exceptionnelle. Au reste, dans ces cas particuliers, il faut en convenir, la ligature en masse ne pouvait qu'être très utile et parfaitement indiquée.

Les moyens de la seconde classe sont ceux à l'aide desquels on détermine l'atrophie de la tumeur, soit par la ligature des vaisseaux qui y aboutissent, soit par la compression ou l'application de la glace sur la tumeur elle-même. La ligature des vaisseaux est un moyen infidèle et souvent difficile à mettre en usage; car il faut la pratiquer sur plusieurs vaisseaux à la fois si on veut obtenir quelque résultat; ce qui pourrait se faire sans inconvénient.

Ainsi, par exemple, dans le cas que nous avons à opérer, il faudrait lier les artères faciales, la terminaison de l'ophthalmique; enfin tous les principaux troncs artériels qui pourraient fournir du sang à la tumeur: ce qui est évidemment impraticable; et d'ailleurs, vous comprenez facilement les dangers que des opérations semblables présenteraient chez un sujet de cet âge.

La compression n'est pas non plus un moyen sur lequel on puisse compter, elle a réussi quelquefois, il est vrai, dans des conditions favorables, et quand on peut la continuer assez longtemps. Du reste, il est prouvé par l'expérience que la compression longtemps prolongée donne lieu souvent à une inflammation des parties comprimées, qui subissent par la suite une transformation favorable à la guérison de la maladie; mais dans ce cas, ce n'est pas précisément la compression qui a guéri, c'est l'inflammation consécutive qui a envahi et dénaturé, pour ainsi dire, les tissus malades. Nous avons observé un très bel exemple de cette heureuse conséquence de la compression chez une petite fille affectée d'une tumeur érectile artérielle au front. On avait commencé d'abord à la comprimer modérément, comme on a l'habitude de faire dans de pareilles circonstances, mais sans aucun résultat; alors on a augmenté la force de la compression. Mais au bout de quelque temps l'enfant se plaignit; on nous l'amena pour lui enlever l'appareil compressif qui semblait la cause de ces plaintes. Nous l'enlevâmes en effet, et nous trouvâmes la masse sanguine couverte d'une phlictène enflammée et douloureuse au toucher; les battements qu'on y entendait auparavant avaient disparu. Nous crûmes prudent d'abandonner la maladie ainsi modifiée à elle-même. Quelque temps après nous vîmes la tumeur s'atrophier et disparaître sous l'influence de cette espèce d'inflammation que nous y avions suscitée contre notre attente par la compression. Ce fait isolé ne nous a pas semblé concluant d'abord; mais plus tard d'autres faits semblables s'étant présenté à notre observation, nous démontrèrent la justesse des raisonnements et de la théorie de M. Lallemand à cet égard. Quant à notre enfant, cette méthode ne pouvait convenir à cause de la région que chez elle occupe la tumeur sanguine.

Ce que nous venons de dire sur la ligature des vaisseaux et la compression, on peut bien le répéter, à plus forte raison, sur l'application de la glace; car ce moyen est évidemment insuffisant, et tout au plus ne pourrait-il être de quelque avantage que comme adjuvant conjointement à un autre moyen plus efficace.

Il nous reste une troisième classe de moyens de traitement des tumeurs sanguines, celle qui comprend tous les moyens à l'aide desquels on dénature de quelque manière la tumeur et on donne lieu à un tissu fibreux.

A cette classe appartient d'abord l'acupuncture, ou introduction d'aiguilles dans la tumeur, et le séton; on peut y rattacher aussi l'introduction d'un liquide irritant dans la tumeur elle-même, et la cautérisation.

L'acupuncture se pratique par des aiguilles dont on traverse et on larde en plusieurs sens la tumeur. C'est M. Lallemand, comme nous l'avons dit déjà, qui a inventé et introduit dans la pratique ce moyen de traitement, dans le but de développer dans la masse morbide une inflammation suffisante pour oblitérer les vaisseaux nombreux qui entrent dans sa composition, et pour atrophier ainsi peu à peu la tumeur elle-même.

Vous savez les faits et les raisonnements qui ont conduit un habile chirurgien à adopter une telle pratique. Malheureusement les aiguilles ne suffisent pas toujours pour le but qu'on se propose. Souvent l'inflammation qu'elles y produisent est peu considérable; la tumeur ne s'atrophie pas, et on est forcé de recourir à d'autres moyens plus énergiques. C'est pour remédier autant que possible à l'inefficacité des aiguilles simples, que M. A. Bérard a imaginé d'y ajouter comme adjuvant l'injetion d'un liquide irritant; il a proposé, après avoir laissé en place les aiguilles le temps convenable, de les retirer et d'injecter dans les trous qu'elles ont laissés dans la tumeur un liquide capable de faire naître le degré d'inflammation nécessaire pour opérer la transformation de la tumeur. Ce moyen n'a pas encore été assez employé pour pouvoir le juger exactement; il faudra qu'on le soumette à de nouvelles et plus nombreuses expériences; mais, tel qu'il est, c'est un moyen très ingénieux, et qui mérite bien d'être mieux étudié.

Le séton s'applique, comme il est facile de le concevoir, en traversant la tumeur par des fils réunis ensemble, et en y déterminant ainsi une inflammation suppurative. Cette inflammation aurait pour but de produire une transformation dans tout le reste de la tumeur, comme nous venons de le dire pour l'acupuncture; mais c'est aussi un moyen infidèle: car, malgré la suppuration produite par la tumeur, celle-ci ne s'oblitère pas souvent dans son ensemble; tout au plus elle diminue un peu de volume, et la maladie persiste dans le reste. Indépendamment de cette inefficacité, il détermine quelquefois de véritables phlébites et des accidents de résorption purulente très graves. Plusieurs exemples semblables sont arrivés à notre connaissance, et doivent nous rendre très circonspects dans l'emploi de ce moyen.

L'introduction d'un liquide irritant dans les vaisseaux de la tumeur pourrait certes amener le résultat qu'on se propose; mais que de dangers entourent l'emploi d'un moyen de cette nature! L'injection de ce liquide aurait pour but de produire dans la tumeur l'inflammation nécessaire pour la transformer en tissu fibreux; or, comment pouvoir limiter le degré de cette inflammation? comment se prémunir contre des conséquences terribles que la présence de ce corps caustique pourrait produire dans l'organisme en général? C'est à cause de ces graves inconvénients qu'on doit procéder avec la plus gande prudence et réserve dans l'application de ce moyen doué par lui-même d'une grande efficacité.

Il nous reste à parler de la cautérisation appliquée au traitement de ces tumeurs. Considérée en général, elle consiste dans l'application, sur la tumeur qu'on veut traiter, d'une substance caustique apte à la détruire et à convertir les tissus malades en un tissu nouveau de nature fibreuse. Pour obtenir ce résultat il n'est pas nécessaire de détruire à la fois toute la masse sanguine qu'on veut attaquer, il suffit d'en détruire

une partie plus ou moins considérable ; car, dans la cautérisation pratiquée à l'aide des substances caustiques en usage aujourd'hui, il faut admettre une double action : *locale* ou chimique et *dynamique*. L'expérience a prouvé qu'en appliquant une petite quantité de pâte de Vienne, par exemple, sur une tumeur de manière qu'une portion de celle-ci seulement soit emportée par le caustique, le reste des tissus morbides s'atrophie peu à peu, et disparaît laissant en place un tissu de nouvelle formation parfaitement sain. Il paraît donc certain que le caustique, indépendamment de l'action locale cautérisante, exerce aussi autour de lui dans un certain rayon une action dynamique, par l'inflammation consécutive qu'il y produit, capable de transformer tous les tissus malades en ce tissu fibreux nouveau dont nous avons plusieurs fois parlé. Ce phénomène n'avait pas encore été bien étudié jusqu'à ces derniers temps, et pourtant il est d'une grande importance pratique; car il dispense le chirurgien d'appliquer sur toute la masse de la tumeur à détruire le caustique, et prévient ainsi plus d'un accident grave qui pourrait résulter de la cautérisation de toute la tumeur.

Pour la cautérisation en particulier, considérée en rapport avec les cas pathologiques dont nous nous occupons, il est naturel d'avancer :

1° Qu'elle n'est pas applicable à ces tumeurs sanguines qui siégent dans des régions où le caustique ne pourrait être appliqué sans danger ; ainsi, on ne pourrait pas l'appliquer aux tumeurs siégeant dans l'orbite, etc. ;

2° Qu'elle est peu applicable aux tumeurs sous-cutanées, car, indépendamment de la difficulté d'atteindre avec le caustique des parties si profondément placées, il en résulterait, l'eschare étant tombée, des pertes de substance telles qu'elles ne pourraient pas être reparées sans difficulté, et surtout sans une difformité plus ou moins notable. Supposons, par exemple, une de ces tumeurs sur une partie du corps exposée à la vue, sur la figure, sur le cou, etc., et surtout chez une personne de l'autre sexe, en l'enlevant à l'aide du caustique on donnera lieu nécessairement à une perte de substance des tissus cutanés qui ne pourra être reparée que par un tiraillement considérable de la peau environnante, et conséquemment on aura en définitive une difformité plus ou moins désagréable ;

3° Qu'elle est particulièrement applicable et avantageuse aux tumeurs cutanées proprement dites, qui, étant placées à la surface de la peau, sont facilement attaquables par le caustique, et donnent lieu ensuite à une perte de substance dans les tissus facile à réparer sans beaucoup de difformité. En effet, c'est sur cette espèce de tumeurs sanguines qu'on a ordinairement appliqué le moyen en question, et c'est dans ces cas qu'on a obtenu les plus beaux résultats.

Comment doit-on procéder dans l'application de ce moyen ?

Il est très important de connaître ces règles, selon nous, si on veut éviter certains accidents qui peuvent autrement survenir. Il faut dire d'abord que, parmi tous les caustiques, la pâte ou caustique de Vienne est pour nous préférable, car son action est assez facile à déterminer pour peu qu'on l'ait étudiée, et l'on n'est pas exposé à la voir fondre et fuser sur les parties saines comme la potasse caustique. Nous l'employons sous deux formes selon les circonstances : en *pâte* sur les tumeurs qu'on peut attaquer sans beaucoup de précautions à cause de leur siége, et en *crayon solidifié* sur les tumeurs ou parties de tumeurs qui occupent des régions ou organes trop délicats pour être soumis à l'action de la pâte; ainsi, sur les bords des paupières, nous avons attaqué avec succès cette maladie à l'aide du crayon indiqué.

Il s'agissait d'une fille de treize mois portant une tumeur sanguine qui occupait la région de la pommette et s'étendait jusqu'au bord libre de la paupière inférieure correspondante. Nous avons d'abord détruit, à l'aide de la pâte de Vienne, la masse siégeant sur la joue et la paupière; il en restait encore sur le bord libre de celle-ci, nous l'avons fait disparaître par quelques cautérisations avec le crayon solidifié.

Voici comment nous procédons dans l'application de ce caustique :

Après avoir bien déterminé la quantité de la tumeur qu'on veut mortifier, nous malaxons avec les doigts un morceau d'emplâtre de diachylon et nous en préparons une rondelle avec laquelle nous entourons la place de la tumeur où il faut appliquer le caustique; puis nous appliquons sur cette place ainsi circonscrite le caustique nécessaire, en nous rappelant bien que son action s'étend, s'irradie tout autour un peu plus loin que le lieu qu'il occupe. Sans la précaution de la rondelle de diachylon, le caustique pourrait tomber sur les parties qu'on veut respecter et les cautériser. Le caustique est laissé en place dix minutes ou un quart d'heure au plus, temps suffisant pour son effet consécutif.

Malgré toutes ces précautions dans l'application du caustique, on éprouve quelquefois de la difficulté, surtout chez les enfants. La douleur que cette opération produit ordinairement fait que les enfants s'agitent, pleurent; le caustique quelquefois tombe sur les parties saines, surtout quand on agit à la figure, et on éprouve des embarras bien grands pour prévenir des accidents. Quelquefois, sous les efforts que font ces petits malades, la pellicule qui couvre la tumeur se rompt, et alors surviennent des hémorrhagies qui ne sont pas toujours faciles à arrêter : dans ce cas, lorsque les hémostatiques ordinaires échouent, on peut avoir recours à un bouton de feu qu'on porte sur les vaisseaux fournissant l'hémorrhagie; à l'aide de ce moyen, nous nous sommes rendu toujours maître de l'écoulement sanguin dans ces circonstances.

Les suites de la cautérisation ainsi pratiquée sont faciles à prévoir.

D'abord, une inflammation modérée se développe autour du caustique; une eschare se forme sur la partie de la tumeur qu'il occupe, et dans un espace de temps variable de huit à quinze jours elle tombe à la suite d'une inflammation éliminatoire, laissant à nu une surface couverte de bourgeons. Si le caustique a suffisamment agi et emporté toute la masse des tissus malades qu'on voulait enlever, on voit sur la surface des bourgeons rouges de bonne nature, et marchant vite vers la cicatrisation ; si, au contraire ; son action a été insuffisante, on voit des bourgeons violacés, mous, saignants, qui indiquent qu'il existe encore là une partie des tissus malades. Il faut alors réappliquer le caustique pour arriver au but que nous venons d'indiquer. La cicatrisation, comme je le disais, se fait assez vite, et en même temps on voit autour de la plaie le reste de la tumeur diminuer peu à peu, s'atrophier et finir par disparaître pour les raisons que nous avons signalées tout à l'heure. En dernière analyse il résulte, à la place qu'occupait la tumeur, une surface lisse, semblable à celle que présente une cicatrice de brûlure couverte d'un tissu nouveau de nature fibreuse. La maladie est alors radicalement guérie.

La petite fille affectée de tumeur sous-cutanée à l'angle de l'œil, qu'on devait opérer, a été traitée d'abord par les aiguilles, à l'aide desquelles on a traversé dans plusieurs sens la tumeur; on les laissa en place plusieurs jours, mais sans résultat appréciable. L'inflammation qui devait survenir fut insuffisante pour la transformation de la tumeur en tissu fibreux ; celle-ci resta à peu près la même. Alors on se décida à y faire une application de caustique de Vienne; il se forma promptement une eschare qui tomba quelques jours après, laissant à découvert la tumeur elle-même à peine entamée par le caustique. On a fait ce matin, 5 février, une nouvelle application de la pâte, pour arriver à détruire les tissus morbides dans toute leur épaisseur.

Nous rendrons compte plus tard du résultat définitif de ce traitement, que nous espérons devoir être favorable.

Nous nous empressons de signaler seulement pour l'instant, dans le service de M. Robert, l'existence d'un cas très curieux; il y a une petite fille, âgée de quelques mois, affectée de tumeurs sanguines multiples. On en voit sur la figure, au cou, sur le tronc, sur les membres; elles présentent des volumes variables, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une amande. On dirait qu'il existe chez cette enfant une véritable diathèse de cette sorte de tumeurs. L'habile chirurgien aux soins duquel est confiée la petite malade, se propose de traiter toutes ces tumeurs successivement l'une après l'autre; il en a déjà attaqué quelques-unes à l'aide du caustique, dont le résultat semble devoir être favorable. Nous reviendrons plus particulièrement sur cet intéressante malade, lorsque le traitement sera suffisamment avancé.

Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'une de ces tumeurs, siégeant à la partie moyenne et inférieure du dos, près du coccyx, offre à son centre une surface lisse, brillante, un véritable tissu fibreux de nouvelle formation; il paraît que cette transformation s'est opérée spontanément, on ne sait trop comment. Ce serait encore là un exemple qui viendrait à l'appui de ce qu'a dit à cet égard M. Auguste Bérard.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 17 février 1846. — Présidence de M. Roche.

MM. Vidal (de Cassis), Le Roy-d'Etiolles, H. Larrey, Fournier de Lempdes écrivent qu'ils se mettent sur les rangs pour la candidature actuellement ouverte.

— L'ordre du jour amène la continuation de la discussion sur le rapport de M. Bousquet.

M. Castel. — De autocratia naturæ, — De affectibus incurabilibus. — Si nous mettons en regard les titres de ces deux dissertations de Stahl, nous aurons une idée du sujet que M. Cipriani a voulu traiter. Le titre qu'il a donné à son mémoire offre moins de clarté ; il est moins explicite que ceux que je viens de citer ; il n'a point de base. La nature possède une puissance, la médecine exerce des influences ; la puissance de la nature consiste dans les moyens de réaction inhérents à l'organisme; les moyens de réaction ont une certaine fixité, quelque chose de constant ; ils sont soumis, sinon exclusivement, au moins principalement, aux conditions du tempérament, tandis que ceux qui sont à la disposition de la médecine sont assujettis à un plus grand nombre de circonstances accessoires, et plus dépendants des éventualités. Par ces motifs, à la question proposée par notre confrère je substituerais celle-ci : De la puissance de la nature, et de ses limites. De cette manière, elle se trouverait en contact avec la question de médecine expectante et de médecine agissante, laquelle se présente souvent dans la pratique, et qui n'a pas été complétement résolue, quoiqu'elle ait été savamment controversée.

De ce que la puissance de la nature n'est autre chose que les moyens de réaction qui sont le produit de l'organisation de chaque animal, il suit :

1° Qu'on doit compter sur cette puissance dans les maladies aiguës plus que dans les maladies chroniques, car la réaction est plus vive dans les unes que dans les autres ;

2° Qu'il est impossible, rationnellement parlant, d'adopter une médication uniforme pour tous les malades, alors même que les phénomènes qui constituent un genre de maladie sont les mêmes ; car les moyens de réaction sont plus en rapport avec le tempérament de chaque malade qu'avec les phénomènes de la maladie ; je n'admets point d'exception même dans les fièvres, et ici mon opinion s'accorde avec celle de l'honorable rapporteur ;

3° Que le passage d'une maladie de l'état aigu à l'état chronique atteste l'insuffisance du pouvoir de l'organisme et la nécessité de lui prêter assistance ;

4° Que le succès de la médecine est plus remarquable, ou moins équivoque, après la guérison d'une maladie chronique, qu'après la guérison d'une maladie aiguë ;

5° Que le jugement d'une maladie est d'autant moins tardif que la réaction est plus franche (exemple : les fièvres intermittentes, comparées aux continues);

6° Que dans certaines fièvres, la faiblesse de la réaction est une preuve de leur danger (exemple : la fièvre jaune, la peste, la dysenterie des pays chauds);

7° Que les échecs de la médecine pratique sont dus à la hardiesse des entreprises, plus souvent qu'à leur timidité.

C'est ce qu'on ne saurait assez répéter à une époque où on attache plus d'importance à la découverte d'une formule ou à l'invention d'un procédé, qu'aux principes qui fondent une science. Aussi nous en sommes encore, aujourd'hui, réduits à désirer une théorie stable, une théorie assez solide pour être généralement acceptée. Au lieu de cela, les systèmes se succèdent et, avec les systèmes, les illusions.

D'où vient cette prédilection pour les innovations, d'où vient cet empressement d'un troupeau toujours prêt à s'attacher au char d'un novateur ? De ce que le vulgaire a toujours été fort crédule et de ce que les médecins le sont de même. Le nombre des médecins capables d'analyser la vie est de jour en jour plus petit. Cependant, cette analyse n'est point une voie tracée par les modernes : elle avait été commencée par Galien et ses commentateurs. Abandonnée par les Arabes, elle a été reprise dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, notamment en Italie, à laquelle la science est si redevable, et plus tard par Haller, qui n'a pas craint de signaler, comme cause indispensable de chaque phénomène, la nécessité du concours d'un stimulant avec la sensibilité ; enfin, je ne crains point de mentionner Cullen, si délaissé, et Brown si dédaigné depuis quelques années. Osera-t-on considérer comme étrangère à l'analyse de la vie l'anatomie générale, l'anatomie des systèmes de Bichat ?

M. Dupuy a été frappé du mot *économie politique* qui se trouve dans le rapport. Il ne comprend pas trop la relation qui pourrait exister entre cette science et la médecine. Il suppose que le rapporteur a voulu dire la *politique*, science des institutions, science nécessaire au médecin, tandis que l'économie politique n'est après tout que la connaissance des échanges. Or l'homme n'est pas une matière échangeable.

M. Bousquet relit le passage de son rapport où il est question de l'économie politiqee, considérée comme pouvant recevoir d'utiles secours de la médecine.

M. Rochoux reprenant sa première argumentation, examine succinctement les cinq questions suivantes :

1° La nature est-elle plus puissante que l'art ? Mille fois oui, c'est la nature qui donne la vie, c'est la nature qui donne la mort; quelle autre puissance peut lui être comparée ?

2° La chirurgie l'emporte-t elle sur la médecine ? Question impossible à résoudre avant qu'on ait nettement séparé la médecine de la chirurgie ; chose qui n'est pas.

3° L'Ecole de Paris a-t-elle des doctrines différentes de l'Ecole de Montpellier ? Non ; car il n'y a pas d'écoles aujourd'hui en Europe. Nous sommes dans l'anarchie complète à cet égard. Peut-être à Montpellier a-t-on une tendance plus marquée vers le dualisme, tandis qu'à Paris on tend vers l'unitarisme.

Ici M. Rochoux se livre à une critique passablement acerbe d'un ouvrage de M. le professeur Lordat sur l'insénescence du sens intime; vieille idée qui remonte à Aristote, et que lui, M. Rochoux, ne peut comprendre en voyant tous les jours à Bicêtre cinquante à soixante vieillards hébétés.

4° La perfectibilité, illusion agréable, mais illusion pure. Dans les arts, dans les langues modernes, nous sommes dans une infériorité évidente sur les anciens.

M. Rochoux se livre à une diversion sur la perfectibilité des animaux, qu'il fait consister dans le résultat qu'obtiennent les éleveurs sur certains animaux, le bœuf, le cheval, le porc.

5° Il finit par des considérations sur le fatalisme, qui se perdent au milieu du bruit des conversations.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 février. — Présidence de M. Mathieu.

M. le docteur Théophile Roussel présente à l'Académie un mémoire sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, et les mesures hygiéniques et administratives nécessaires pour assainir cette industrie.

« La fabrication des allumettes à frottement, dit M. Th. Roussel, a pris pendant ces dernières années une extension très considérable. Des accidents graves et nombreux ont marqué ce rapide développement, et appellent d'une manière sérieuse l'attention des administrateurs et des médecins.

» Comme toute industrie nouvelle qui grandit loin du contact de la science, la fabrication des allumettes chimiques ne pouvait pas être atteinte du premier coup par les règlements de police sanitaire; aussi ne figure-t-elle pas encore officiellement dans la nomenclature des arts insalubres, et n'est-elle mentionnée que dans une seule ordonnance relative au transport des *matières inflammables et explosibles*.

» Sans doute cette lacune ne tardera pas à être comblée, grâce au zèle du Conseil de salubrité. Déjà, depuis plusieurs années, M. Chevallier ne cesse de recueillir les faits propres à éveiller l'attention sur les dangers des allumettes à frottement, et M. Payen, dans un rapport adressé récemment au ministre du commerce, a signalé à la fois les principaux inconvénients et les réformes les plus urgentes que réclame cette industrie.

» Mais il restait d'autres questions à étudier. Un médecin des hôpitaux, M. Gendron, a insisté dernièrement sur la gravité des bronchites qui affectent les ouvriers des fabriques d'allumettes. De leur côté, quelques médecins allemands ont accusé cette fabrication de produire des affections de la bouche et des maxillaires, qui s'accompagnent de nécroses étendues, se terminent souvent par la mort. Ces questions, aussi dignes d'intérêt au point de vue de l'humanité, qu'elles sont nouvelles au point de vue scientifique, restaient malheureusement entourées d'obscurité et de doute. Le but principal de ce travail a été de les éclairer, et pour atteindre ce but, nous nous sommes attaché :

» 1° A étudier toutes les opérations qui constituent la fabrication des allumettes ;

» 2° A rechercher toutes les conditions qui peuvent concourir à la production de ces maladies chez les ouvriers ;

» 3° A observer le développement de ces maladies, et à déterminer les moyens de les prévenir.

» En étudiant chaque partie de la fabrication, il a été facile de reconnaître que l'insalubrité n'appartient qu'à un petit nombre d'entre elles, et qu'à l'aide d'une séparation convenable des ateliers, qui ne nuirait en rien à l'économie du travail, on obtiendrait d'abord ce résultat, de réduire à un cinquième au plus du nombre total des ouvriers, le nombre de ceux qui sont exposés à l'émanation des vapeurs phosphorées, seule cause d'insalubrité inhérente aux fabriques d'allumettes. »

M. Th. Roussel a constaté l'existence de la *toux* et même de *bronchites* plus ou moins intenses chez presque tous les ouvriers, et de plus l'existence d'affections des *gencives et des os maxillaires* chez un certain nombre d'entre eux. Dans les établissements où toutes les opérations se font en commun, il a reconnu que la toux et les bronchites existent indistinctement chez les ouvriers employés aux divers travaux ; tandis que, là où les opérations se font dans des ateliers isolés, ces accidents n'existent que dans les ateliers où l'atmosphère est altérée par les émanations phosphorées. Il n'y a donc pas de doute sur l'origine de ces accidents. Ceux-ci ne sont en général ni très graves, ni continus ; ils apparaissent surtout lorsque le temps devient humide ou lorsque le défaut de ventilation permet aux vapeurs phosphorées de s'accumuler dans les ateliers. M. Roussel n'a trouvé aucun fait aussi grave que ceux que M. Gendrin a observés à la Pitié. « Il est

vrai, dit-il, qu'à ce degré du mal les ouvriers ne sont plus à l'atelier, mais à l'hôpital. »

M. Th. Roussel pense que les vapeurs phosphorées agissent dans ces cas comme corps irritants et nullement en vertu de propriétés spéciales. D'après plusieurs faits, il est porté à croire que l'action longtemps continuée de ces vapeurs détermine et accélère le développement des tubercules chez les individus prédisposés.

La *maladie des mâchoires*, dont M. le docteur Th. Roussel trace une histoire circonstanciée, a été remarquée récemment par plusieurs médecins allemands; M. Roussel rapporte leurs observations, ainsi que celles de M. Strohl, de Strasbourg, et celles qui lui ont été communiquées par M. le docteur Ch. Lépine, de Châlons : Il les compare avec ses observations propres. Le défaut d'espace nous empêche d'exposer cette partie de son travail. Nous ne devons pas omettre cependant qu'il démontre, à l'aide de faits, que le plus souvent la maladie s'est déclarée chez des individus qui n'avaient jamais eu la syphilis et étaient exempts de scrofule; qu'elle ne s'est développée qu'après un séjour assez long dans les fabriques (au moins deux ans) et seulement chez des individus habituellement exposés aux vapeurs phosphorées (garnisseurs de presses, trempeurs, etc.).

En examinant les conditions particulières de la santé des individus affectés, M. Théophile Rousael est arrivé à ce résultat curieux, que tous les ouvriers malades observés par lui avaient des dents gâtées assez longtemps avant le début de la maladie, assez souvent même avant leur entrée dana la fabrique; et comme il s'est assuré d'autre part que beaucoup d'ouvriers arrivés dans les ateliers avec les dents saines avaient conservé leurs dents saines au milieu des vapeurs phosphorées, il a été conduit à réfuter ce qu'on avait dit de l'action des vapeurs d'acide phosphorique sur les dents, et l'explication qui en avait été tirée pour rendre compte du développement de la maladie des mâchoires. M. Roussel pense de son côté que la *carie dentaire* joue un rôle capital comme cause prédisposante à cette maladie.

L'inventaire des faits déjà connus montre toute la gravité de cette affection, dont M. Gendrin niait encore récemment l'existence en France, et dont un certain nombre d'ouvriers ont déjà été victimes.

Dans la partie du travail de M. Roussel relative à l'étiologie; ce médecin discute l'opinion des médecins allemands, qui ont attribué la nécrose des os maxillaires aux vapeurs arsenicales qui dans certaines fabriques se mêleraient aux vapeurs phosphorées; il montre d'une part que les accidents produits par les vapeurs arsenicales n'ont rien de commun avec ceux qui s'observent dans les fabriques d'allumettes, et d'autre part que les nécroses des maxillaires s'observent dans des fabriques ou l'arsenic n'a jamais été employé. M. Roussel paraît attribuer l'action principale aux vapeurs d'acide phosphorique. Il rappelle toutefois que d'après des expériences incontestables, on doit admettre la présence du phosphore lui-même à l'état gazeux dans l'atmosphère des fabriques qui nous occupent, et ce fait lui semble mériter d'être pris en considération.

Le mémoire dont nous parlons contient encore des recherches relatives à l'influence des vapeurs phosphorées sur les *fonctions digestives*, l'*appareil de la génération*, et sur les *mastics des allumettes considérés comme substances toxiques*.

Les mesures proposées par M. Roussel pour assainir l'industrie des allumettes, reposent sur ces deux propositions : 1° Affecter un local isolé à chaque opération (ce qui exigerait pour une fabrique d'allumettes quatre bâtiments distincts, dont trois composés d'une seule pièce au rez-de-chaussée); 2° établir un système de ventilation convenable dans les ateliers exposés aux émanations phosphorées.

— *M. Arago* entretient l'Académie d'une jeune fille qui présente des phénomènes singuliers d'électricité.

Nous rendrons compte prochainement de cette communication.

Bibliographie.

Histoire pratique des sangsues, par M. Joseph MARTIN.

Ce livre contient quelques traits principaux de l'organisation des sangsues, beaucoup de faits intéressants sur leurs mœurs, leurs lieux de provenance, l'histoire de leur pêche, des détails curieux sur l'étendue du commerce et sur les artifices auxquels ont recours les marchands de sangsues pour tromper le public. L'auteur insiste particulièrement, et c'est là ce qui nous intéresse au plus haut degré, sur un moyen de fraude qui consiste à gorger les sangsues avec du sang tiré d'autres animaux pour obtenir un poids et un volume plus considérable, et tirer ainsi un bénéfice plus élevé de ces annelides, tout en les livrant à un prix inférieur.

Il fait judicieusement observer qu'elles perdent de leurs qualités dans une proportion qui dépasse celle du poids de sang qu'on leur a administré. D'après le calcul de M. J. Martin, on obtient avec des sangsues moyennes gorgées à 25, à 50 p. 0/0, l'extraction d'un kilo de sang pour un prix de 60 fr., tandis que l'extraction de la même quantité de sang avec des sangsues moyennes vierges ne coûte que 18 francs.

Les caractères à l'aide desquels se peuvent distinguer les sangsues de bonne qualité de celles qui ont été ainsi travaillées ou que d'autres circonstances ont altérées, sont exposés avec soins. Chacun peut désormais se tenir sur ses gardes. L'exposition des soins que nécessite la conservation de ces animaux est donnée avec détails.

M. J. Martin termine son livre en proposant des mesures propres à remédier à l'appauvrissement des marais, dont il indique la cause; à réglementer ce commerce, dont il fait connaître les fraudes. Il avertit en particulier les administrations des hôpitaux civils et militaires de se prémunir contre des abus subsistants dans les fournitures de sangsues. Nous nous associons aux vœux de M. Martin, sur lesquels doit prononcer une commission nommée par l'Académie de médecine. Comme lui, nous pensons que des experts nommés à la suite d'épreuves spéciales doivent inspecter ce commerce. Enfin, nous terminerons le compte-rendu de ce livre utile et bien écrit en louant M. Martin du dévouement avec lequel il combat les abus et en l'engageant toutefois à se moins préoccuper des questions personnelles. Que M. Martin laisse au public le soin d'apprécier : les observations pratiques et clairement exposées trouvent constamment des lecteurs qui savent en estimer la valeur.

L'auteur annonce la prochaine publication d'un atlas qui doit faire connaître beaucoup d'espèces nouvelles.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur le nouveau moyen hémostatique et antiphlogistique proposé dans des cas de blessures, par M. le docteur MASSALIEN, de Goldberg (Prusse).

M. le docteur Massalien a soumis son nouveau moyen à l'approbation du gouvernement prussien, et, par ordre du roi, une Commission, composée de MM. les docteurs Kluge et Grimm, a été chargée de suivre les essais tentés à l'hôpital de la Charité de Berlin. Ces essais ont porté sur douze cas choisis par M. Massalien lui-même dans l'espace de dix semaines.

Voici les résultats indiqués par la Commission :

Le moyen de M. Massalien ne répond pas à l'effet annoncé sous le rapport hémostatique, ou du moins il n'a aucun avantage marqué sur les autres hémostatiques déjà connus; mais il a paru exercer une action réelle comme modérateur de l'inflammation et de ses suites dans les cas de lésion traumatique; [illegible] ce point de vue, il paraît se rapprocher de l'action de l'eau à la glace, avec cette différence toutefois que son action ne se fait pas sentir aussi profondément et qu'elle n'occasionne ni refroidissement ni congestion vers un autre point du corps. Ainsi, il est plus avantageux que la glace dans les contusions considérables et dans les lésions compliquées de déchirures des parties molles, chez les individus atteints de goutte ou de rhumatisme, chez ceux qui ont de la prédisposition aux hémoptysies ou à l'apoplexie, et chez les femmes à l'époque des règles. Cependant, seul, il n'a suffi à combattre l'inflammation que dans les cas offrant peu de gravité : dans les cas plus importants, il a été indispensable de recourir en outre aux antiphlogistiques internes; quelquefois même on a été forcé d'employer la saignée et les sangsues.

En été, et notamment pendant la guerre, il pourra remplacer avantageusement la glace qui est chère, et qu'on ne pourrait guère se procurer pour un grand nombre de blessés.

A la suite de ce rapport, le gouvernement prussien a accordé à M. le docteur Massalien une récompense convenable, et le moyen a été livré à la connaissance du public.

Voici quelle est sa composition :

Alun cru,	500	grammes.
Sulfate de fer,	250	
Sulfate de cuivre,	150	
Vert-de-gris,	15	

M. et F. S. A. une poudre bien homogène, puis liquéfier par fusion à une douce chaleur. Après le refroidissement, réduire en poudre et ajouter :

Poudre de racine de belladone,	8	grammes.
Poudre de santal rouge,	30	
Chlorhydrate d'ammoniaque,	15	

M. intimement et faire une poudre très ténue.

On prend une partie en poids de cette poudre pour trente parties d'eau, et on applique des compresses imbibées avec ce liquide froid.

Suivant M. Massalien, la poudre de belladone, qui a une action principale dans celle du moyen dont il s'agit, doit être intimement mêlée à l'avance avec la poudre de santal; les points de contact sont alors plus multipliés, et c'est un point important pour la bonne confection du médicament.

Emploi du caoutchouc à l'intérieur dans la phthisie confirmée; par M. le docteur M. HALLER, de Presbourg.

Un jeune garçon âgé de douze ans, appartenant à l'institution des sourds-muets de Presbourg, après avoir été fortement émacié par une longue maladie, était tombé tout à fait dans un état de fièvre hectique, avec colliquation, toux et expectoration de crachats auspects. On le considérait déjà comme absolument désespéré. Par hasard, ce malade avala un morceau de caoutchouc pesant presque huit grammes. A la suite de cette ingestion, il se trouva très malade pendant trois jours, et resta dans l'impossibilité de quitter le lit et de prendre autre chose que de l'eau; mais, au bout de ce temps, il commença à manger beaucoup, et bientôt ensuite la fièvre lente, la diarrhée et les sueurs disparurent, les forces se rétablirent, et dans l'espace de six semaines il était complétement rétabli.

Une femme sourde-muette, âgée de trente-huit ans, qui habitait le même établissement et était pareillement affectée de phthisie à un degré très avancé, ayant remarqué l'heureux résultat du fait précédent, déroba plusieurs petits morceaux de caoutchouc, et les avala. Bientôt après, les symptômes graves de sa maladie diminuèrent, et, lorsqu'on lui eut permis, pendant plusieurs semaines, l'emploi quotidien du médicament, elle guérit parfaitement.

M. Haller a revu ces deux individus dans un état de complète santé un an après leur guérison.

Ce médecin, voulant se convaincre par lui-même de l'innocuité du caoutchouc, en prit pendant longtemps à la dose de 15 à 30 centigrammes par jour, sous forme pilulaire, sans en éprouver le moindre inconvénient. Il essaya alors l'action de cette substance sur une femme âgée de soixante-cinq ans, qu'il croyait incurable parce qu'elle était atteinte d'une phthisie très avancée, avec forte toux, expectoration abondante et de nature purulente, dyspnée, inappétence, fièvre lente, sueurs nocturnes, diarrhée colliquative et faiblesse extrême. Il lui fit prendre tous les jours 10 centigrammes de ce médicament, et augmenta peu à peu la dose. Au bout de dix jours, la fièvre cessa, l'appétit reparut, la diarrhée et les sueurs diminuèrent notablement, l'expectoration devint moins copieuse et en même temps plus visqueuse, les accès de toux furent plus rares, mais plus fatigants, et, après sept semaines de ce traitement, la malade pouvait déjà se promener dans sa chambre pendant la plus grande partie de la journée; elle se sentait forte, avait bon appétit, un sommeil tranquille; elle n'avait plus de fièvre, ni de sueurs ni de diarrhée; elle toussait moins, et l'expectoration était réduite au sixième environ de la quantité antérieure.

Parmi douze autres phthisiques, dont deux étaient déjà arrivés au dernier stade de la maladie, et qui tous avaient de la fièvre hectique avec des sueurs colliquatives, dans l'espace de dix à quinze jours de traitement, quatre avaient récupéré des forces; l'appétit était augmenté; la fièvre hectique et les symptômes concomitants avaient disparu; la toux et l'expectoration avaient considérablement diminué. Les autres n'avaient plus de fièvre hectique, mais la phthisie était restée stationnaire.

Correspondance.

2 février 1846.

Monsieur le Rédacteur,

Malgré la gravité des questions qui se rattachent à la pellagre, je ne reviendrai pas sur la discussion du fait (1) observé à la Charité, si ce fait n'avait été l'occasion d'une double attaque qui ne me permet pas le silence.

Je répondrai d'abord à l'éloquent rédacteur de la *Revue clinique hebdomadaire*, qui a bien voulu consacrer une partie de son dernier article (2) à réfuter ma lettre insérée dans le numéro de la *Gazette* du 27 janvier.

Mon adversaire me reproche d'abord d'avoir dit que la pellagre est caractérisée par une triple série de désordres. Il m'oppose l'opinion de *plusieurs observateurs* qu'il ne nomme pas, et celle de M. Brierre de Boismont. Ce médecin aurait dit que « la pellagre est tantôt une *irritation primitive des organes digestifs*, compliquée de celle des systèmes nerveux et cutané; tantôt une *maladie de l'innervation*, avec lésion secondaire des fonctions digestives; tantôt, enfin, une affection du système nerveux tout seul.

Je sais que dans plusieurs travaux publiés sur la pellagre, alors que l'on écrivait encore d'après des faits peu nombreux et incomplétement observés, on a émis tantôt l'une, tantôt l'autre de ces trois opinions, c'est même en présence de ces contradictions que quelques auteurs ont nié l'existence de la pellagre comme unité pathologique. Mais aujourd'hui s'appuyer sur de pareilles erreurs, et qui plus est adopter une opinion qui semble être la résultante de ces trois erreurs réunies, ne serait-ce point marcher au rebours de la science? Et d'ailleurs, n'est-ce pas fouler aux pieds tout principe de philosophie médicale, que de prétendre qu'une même maladie est tantôt une *irritation* du tube digestif, tantôt une *maladie de l'innervation!* N'est-il pas évident, sur un pareil énoncé, que l'on a mal observé une maladie simple, ou que l'on confond des maladies distinctes?

Pour moi, je reconnais n'avoir pas assez observé pour affirmer lesquels des dérangements digestifs ou nerveux apparaissent les premiers au début de la pellagre; mais j'affirme que la pellagre confirmée comprend non-seulement ces deux ordres de phénomènes, mais de plus des altérations cutanées d'abord réglées sur le cours des saisons et qui deviennent de plus en plus stables et marquées. Je sais qu'il se présente dans le cours de la maladie des instants où plusieurs de ces phénomènes s'abstiennent, semblent même disparaître; mais les progrès de la pellagre ramènent toujours la triple série de symptômes que les bons observateurs ont tous notés en France et en Espagne comme en Italie. Je reconnais, il est vrai, qu'on ne trouve rien de semblable dans le fait de la Charité, et c'est précisément pour cela que je ne puis y voir un fait de pellagre.

La malade qui a fait naître ce débat n'a été observée, on le sait, que pendant les vingt-six derniers jours de sa vie. Elle était malade depuis huit ans, et, pendant sept ans et dix mois, elle n'avait rien présenté qui pût faire soupçonner la pellagre : point de lésions cutanées; point de dérangements digestifs, presque rien du côté du système nerveux, *sinon* (disais-je dans ma lettre du 27 janvier) *des douleurs articulaires qui n'appartiennent pas à la pellagre, et une faiblesse qui chez les pellagreux n'est pas bornée aux membres inférieurs*.

C'est ici que m'attendait mon habile contradicteur; c'est ici qu'il m'a confondu en opposant à ma lettre mon livre sur la pellagre. « Dans l'opinion de notre correspondant, dit-il, les douleurs articulaires n'appartiennent pas à la pellagre. Cependant, on lit dans l'ouvrage même de M. Roussel.... que Strambio *notait la pleurodynie*, et disait que *le rhumatisme est une complication fréquente de la pellagre*... que Jansen notait les douleurs *arthritiques* et *rhumatismales*, etc. »

Je dirai plus; à supposer que ces passages doivent me confondre, je serai d'autant mieux confondu que ces *douleurs rhumatismales*, regardées par d'autres comme des *complications*, j'ai cherché à démontrer qu'elles appartenaient en propre à la pellagre?

Mais, de bonne foi, comment la confrontation de la lettre et du livre en question n'a-t-elle pas mieux éclairé mon adversaire?

De quoi s'agit-il dans ma lettre? De *douleurs articulaires, accompagnées de chaleur, de gonflement* et de tous les symptômes d'une arthrite. Or, je l'ai dit et je le répète, aucun de ces symptômes n'appartient à la pellagre. De quoi parlé-je, au contraire, dans mon ouvrage? De douleurs variées dans les membres, les parois thoraciques, les jointures, la région lombaire, les extrémités; douleurs attribuées souvent par les auteurs au rhumatisme musculaire, et que j'ai essayé de rattacher à une affection des centres nerveux.

Qu'y a-t-il donc de commun entre ces deux ordres de phénomènes? En quoi me suis-je contredit?

Mon adversaire réfute de la même manière ce que j'ai dit sur la *paraplégie* de la malade de la Charité. Je lui ferai à mon tour la même réponse : Qu'il veuille bien comparer avec soin la marche et les caractères de cette *paraplégie*, avec les phénomènes de *paralysie générale* indiqués dans mon ouvrage, et je suis convaincu qu'il reconnaîtra des différences profondes.

J'avais montré dans ma lettre ce qu'il y avait de singulier et d'insolite dans le prétendu fait de pellagre de la Charité, sous le rapport de l'éruption cutanée, qui n'apparut *que la huitième année, en plein été*, et peu de temps avant la mort. Mon adversaire m'a répondu en m'objectant surtout un fait cité dans mon livre. Voici ce fait : Un meunier fut tourmenté par des vertiges pendant deux années de suite, au printemps; au troisième printemps, les symptômes cutanés apparurent. Quel rapport y a-t-il entre les deux observations?

Mon adversaire revient enfin sur la question de savoir quel est le degré d'importance qu'il faut attacher à la marche des maladies. A ses yeux cette importance est petite; je la crois majeure, et je pense avoir de mon côté les grands observateurs et les grands cliniciens. Mais ce n'est pas ici le lieu d'un pareil débat, quelque avantageux qu'il pût être à la cause que je défends, de porter la discussion sur ce terrain.

Je ne voudrais pas prolonger davantage cette lettre. Cependant, je trouve à la fin du même numéro, qui contient l'attaque à laquelle je viens de répondre, une lettre de M. Brierre de Boismont, et dans cette lettre, deux insinuations que je veux repousser. Cet honorable médecin pense que *je mets de l'insistance à rejeter le fait de la Charité, parce que j'ai surtout en vue l'étiologie, et que je ne veux pas qu'on m'objecte ce fait comme une exception à ma théorie sur le maïs, ou plutôt à celle de M. Balasdini*.

Je crois que lorsqu'on se respecte soi-même, ce qu'il faut avant tout respecter dans autrui c'est la sincérité et la bonne foi. Or, de quel droit vient-on m'attribuer, dans une discussion scientifique, des intentions que la science ne saurait avouer? Quant à *ma théorie* sur le maïs, ou *plutôt à celle de M. Balasdini*, M. Brierre de Boismont aurait dû mieux s'expliquer; et s'il a voulu dire que je me suis approprié ce qui appartient au savant médecin de Brescia, je suis prêt à lui prouver qu'il se trompe; que ce que j'ai donné comme mien est mien; que ce que j'ai emprunté à d'autres, je l'ai soigneusement et complétement attribué à qui de droit.

Qu'il me soit permis, Monsieur, de remercier, en terminant, l'habile écrivain auquel s'adresse principalement cette lettre, des égards et de la loyauté dont il a fait preuve dans un débat qui ne doit pas sortir du terrain scientifique.

Agréez, etc., Dr Théophile ROUSSEL.

(1) Voir le numéro du 13 décembre 1845.
(2) Voir le numéro du 31 janvier.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

Etat actuel de l'association médicale en France.

La circulaire n° 2, adressée par la Commmission permanente dans les départements, à l'effet d'instituer des correspondants chargés de faire les démarches nécessaires à l'organisation première des associations, a produit des résultats considérables et presque inespérés. Partout le mouvement suscité par le Congrès est dans toute sa force, et le corps médical se montre partout disposé à soutenir ce qu'il désire, ce qu'il a demandé.

Dans le moment actuel, la commission permanente a reçu plus de quatre cents communications relatives à l'association. Soixante-dix-huit départements ont répondu à l'appel de la Commission; plus de cent associations sont déjà constituées dans les arrondissements; et dans un plus grand nombre d'autres, les choses sont plus ou moins avancées.

La Commission est dans l'impossibilité de faire connaître, même par les extraits les plus succincts, les renseignements précieux qu'elle a reçus à cet égard. Elle se bornera à donner un fragment de la communication qui lui a été adressée par un de ses correspondants de Lyon. Et si elle choisit cette ville, c'est pour faire remarquer avec satisfaction que là même où l'idée du Congrès n'avait pas trouvé un empressement pareil à celui qu'elle rencontra ailleurs, les résultats de cette grande manifestation, l'avenir qu'elle promet et qu'elle an-

nonce au corps médical, ont fini psr frapper et par rallier tous les esprits.

M. le docteur Pétrequin, l'un des correspondsnts du département du Rhône, après avoir exposé les démarches faites de concert avec ses collègues pour une première réunion qui a eu lieu le 9 février, ajoute:

« L'heure, le jour et le lieu (c'était le palais Saint-Pierre) de la réunion paraissaient convenables; j'attendais avec anxiété. L'assemblé a été nombreuse et imposante. Je puis certifier que notre appel a été bien fait, puisqu'un si grand nombre de confrères y ont répondu de la ville des fauboûrgs, et de toutes les bourgades et campagnes du département. Un docteur qui ne pouvait s'y rendre m'a envoyé un certificat légalisé par le maire, attestant la nécessité de son absence. Nous avons réussi à obtenir cent dix à cent douze signatures pendant la séance. On a nommé au scrutin un bureau composé d'un président, M. le docteur baron de Polinière, et d'un secrétaire, M. Munaret.....

» L'association est donc maintenant constituée régulièrement ; nos efforts ont été couronnés de succès: ainsi ma mission est heureusement remplie, etc.....

Voici, encore, ce que nous lisons dans le journal *le Loir :*

Congrès médical. — *Réunion de l'arrondissement de Vendôme. — Séance du 8 février.*

« Ainsi que nous l'avons annoncé, les membres de la famille médicale qui exercent dans l'arrondissement, médecins, pharmaciens, vétérinaires, se sont réunis dimanche dernier à l'hôtel de ville de Vendôme, sons la présidence provisoire de M. Gendron, docteur-médecin, membre correspondant du Congrès médical de Paris.

» Cet honorable médecin a commencé par faire connaître à l'assemblée la pensée, le but et l'organisation de l'association médicale. Le corps médical a pour but, en s'associant, la dignité de la profession, la protection des membres et les progrès de la science.

» Une cotisation annuelle aura pour effet de fonder une caisse de prévoyance dont les fonds serviront à secourir les membres infirmes ou âgés, ou atteints par le malheur, leurs veuves et leur famille, et à subvenir aux dépenses de l'association. Cette fondation d'une caisse de secours nous a semblé heureuse et utile. Il serait à désirer que dsns toutes les professions un fonds commun fût ainsi mis en réserve.

» On a voté une cotisation annuelle de dix francs par tête.

» Après le discours de M. Gendron, l'assemblée s'est constituée ; à la majorité de 15 voix sur 21 votants, elle a nommé président M. Gendron. M. Satis a obtenu 5 voix.

» M. Boucher, médecin à la Ville-aux-Clers, a été élu secrétaire.

» Après avoir voté encore une cotisation pour l'érection du monument qui sera élevé à la mémoire de Bichat, l'assemblée s'est ajournée jusqu'au jour où l'on devra délibérer sur les statuts et règlements.

» Nous engageons vivement ceux de MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui ne se sont pas encore présentés, à s'adjoindre à l'association. Le corps médical gagnera, ainsi que l'a dit son honorable président, en force et en dignité, par cette heureuse et féconde institution. »

La Commission pourrait donner plus de quatre cents preuves semblables des progrès que l'esprit d'association a faits dans le corps médical.

De toutes parts on a demandé à la Commission permanente des instructions, des plans, des règlements; elle s'est occupée de ce travail long et difficile avec un grand soin ; elle y a consacré de nombreuses et longues séances; mais enfin ce travail est terminé, il est à l'impression, et il sera mis en distribution vers la fin de la semaine. Il sera adressé aux dignitaires des associations déjà constituées, et aux correspondants de la Commission dans les arrondissements qui sont en voie d'organisation.

Tels sont les résultats immédiats et actuels du dernier vœu émis par le Congrès relativement à l'association. En leur donnant de la publicité, la Commission espère que les adhérents au Congrès reconnaîtront avec satisfaction qu'elle n'a pas négligé la mission importante et grave dont ils l'ont chsrgée, celle d'organiser l'association médicale en France.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Quatrième liste.

M. Marquez, phsrmacien, à Coutances,	5 fr.
M. le docteur Héliot, à Vigny (Seine-et-Oise),	5
M. le docteur Grynfelt, réfugié polonais, à Servian,	5
M. le docteur Laborie père, à Paris,	5
La Société médicale d'Émulation, à Psris,	100
M. le docteur Sorlin, à Paris,	10
M. le docteur Bachelier, à Etain (Mense),	5
M. le doeteur Hameau, à la Teste (Gironde),	5
M. Magonty, pharmacien à Bordeaux,	5
Le Comité médical de la Flèche,	100
M. Caujole, médecin à Paris,	5
M. le docteur Guyton, à Autun,	10
M. le docteur Dumesnil, du 9e bureau de bienfaisance de Rouen,	5
M. le docteur Seraine, à Ham,	2
M. le docteur Lambert, à Orgevsl (Seine-et-Oise),	10
M. le docteur Garnier, à Montargis,	5
M. le docteur Mague, à Blesle (Haute-Loire),	2
M. le docteur A. Haguette, à Paris,	5
M. le docteur Justin Belloc, à Réalmont (Tarn),	10
M. le docteur Vivenet, à l'Ile-Adam (Seine-et-Oise),	5
M. le docteur Dubun de Peyrelongue, à Beaumont,	5
M. le docteur Mignot, à Beaumont,	5
M. le docteur Dupuy, à l'Ile-Adam,	5
M. Duquesnel, à Beaumont,	5
M. le docteur Decap, à Saint-Gaudens (Haute-Garonne),	5
M. le docteur Manent (Gabriel), à Clarac,	3
M. le docteur Arloing, à Nevers,	5
M. le docteur Berry, à Nevers,	5
M. le docteur David, à Nevers,	5
M. le docteur Leblanc-Bellereaux, à Nevers,	5
M. le docteur Martin, à Nevers,	5
M. le docteur Senelle, à Nevers,	5
M. le docteur Thomas, à Nevers,	5
M. le docteur Nielly, pharmacien à Philippeville,	5
M. le docteur de Mancel, à Philippeville,	5
M. le docteur Roché, à Toncy (Yonne),	5
M. le docteur Missa, à Soissons,	20
M. le docteur Fleurquin, à Soissons,	5
La Société médicale du Haut-Rhin, à Mulhouse,	25
Cercle pharm. du Haut-Rhin, à Mulhonse,	25
M. le docteur Buet, à Mareuil (Vendée),	10
M. Favre, médecin, à Mareuil,	5
M. Gadais, médecin, à Mareuil,	5
M. le docteur Bouchet (Louis), à Bourbon-Vendée,	5
M. le docteur Merland (Consiant), à Bourbon-Vendée,	5
M. le docteur Houssard, à Avranches (Manche),	5
M. le docteur Voisin, à Avranches,	5
M. le docteur Bouvet, à Avranches,	5
M. le docteur Gilbert, à Avranches,	5
M. le docteur Latonche, à Avranches,	3
M. le docteur Fortin, à Sartilly,	3
M. Ì ausard-Desjardins, pharmacien à Avranches,	2
M. le docteur Pleindoux père, à Nîmes,	5
M. le docteur Berthet, à Cercou,	5
M. le docteur Duroutgé, chirurgien-major au 3e léger,	10
M. le docteur Savaëte, chirurgien aide-major au 3e léger,	3
M. le docteur Maupin, chirurgien-major au 56e de ligne,	5
M. le docteur Fée, chirurgien aide-major au 56e de ligne,	3
M. le docteur Thierry de Maugras, chirurgien aide-major au 56e de ligne,	3
M. le docteur Lacordaire, chirurgien-major au 9e chasseurs, à Mascara,	5
M. le docteur Montagnac, chirurgien-major au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, à Mascara,	5
M. le docteur Mayer, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Mascara,	5
M. le docteur Haspel, médecin-adjoint à l'hôpital militaire, à Mascara,	5
M. le docteur Delaunay, chirurgien aide-major à l'hôpitsl militaire, à Mascara,	3
M. Meunier, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire, à Mascara,	2
M. Rueff, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire, à Mascara,	2
M. Bruley, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire, à Mascara,	2
M. Noguès, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire, à Mascara,	2
M. le docteur Bonnal, chirurgien aide-major, à Msscara,	3
M. Courbet, chirurgien sous-aide, à Mascara,	2
M. Dor, officier comptable de l'hôpitsl militaire, à Mascara,	E
M. le docteur Troy, chirurgien-major du 17e d'artillerie, à Lyon (Rhône),	10
M. le docteur Payen, à Paris,	2
M. Philippe, pharmacien à Paris,	5
Associstion médicale de la Sarthe,	30
M. le docteur Vallée, au Mans,	5
Association médicsle de l'arrondissement d'Issengeaux,	30
M. le docteur Voisin, id.	5
M. le docteur Mordret, id.	5
M. Bachelier, id.	5
M. Ménard, id.	5
M. Lejeune, id.	5
M. Guiet, id.	5
M. Lecouteux, id.	5
M. Fisson, id.	5
M. Subard, id.	5
M. Longchsmp, id.	5
M. Janin, id.	5
M. Pyrault, id.	5
M. Barbier, id.	5
M. Voisin, médecin, à Coulans,	4
M. Jacquemin, pharmacien à Metz,	5
M. le docteur Ruelle, à Vire (Calvados),	5
M. le douleur Moulin de Perthoux, à Vire,	5
M. le docteur Porquet, à Vire,	5
M. Debaire, médecin à Vire,	1
M. le docteur Merrier, à Blois,	5
M. le docteur Brocheton, à Blois,	5
M. le docteur Baschet, à Blois,	5
M. Caille, pharmacien à Blois,	5
M. le docteur Renou, à l'Aigle (Orne),	5
Société médicale de Ls Réole (Gironde),	25
M. le docteur Bouvier, à Paris,	5
M. le docteur Piorry, à Paris,	5
M. le docteur H. Roger, à Paris,	10
Société des pharmaciens de Nantes,	20

Nota. — Notre trésorier a reçu de M. le docteur Hsguette une liste de souscription de MM. les médecins et pharmaciens de Saint-Denis. Cette liste sera publiée dans un de nos prochains numéros.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 22. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 20 FÉVRIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous publierons dans le prochain numéro une observation de farcin aigu qui pose la question du diagnostic différentiel de l'engorgement farcineux des membres

Cette observation, recueillie avec soin par M. Villemin, interne du service, a été de sa part l'objet de réflexions judicieuses sur ce point comme sur plusieurs autres, et nous devons nous borner à y renvoyer le lecteur. Nous ferons seulement un retour vers le passé, pour rappeler une observation qui prouve que l'engorgement farcineux aigu pourrait en imposer pour un panaris.

En y réfléchissant, on comprend bien que ce cas se soit présenté. C'est surtout par les mains que les vétérinaires, les maréchaux, les palefreniers se trouvent en contact avec la matière morveuse. C'est sur elles que se fait généralement l'inoculation.

Le plus souvent le résultat de l'application du virus à la surface dénudée d'un doigt, par exemple, s'étend à l'économie entière; l'empoisonnement est général. Il en fut ainsi dans l'observation que nous allons résumer, et que l'on ne peut hésiter à regarder comme un exemple de farcin aigu.

Mais l'empoisonnement peut rester local, ce qui eut lieu dans le fait rapporté par le docteur Lorin, chirurgien militaire, en 1811, fait mentionné par M. Rayer dans son mémoire, et qui est le premier exemple connu de communication de l'affection farcineuse du cheval à l'homme. C'est surtout dans un cas de ce genre que l'on pourrait, si l'affection était bornée à un seul doigt, s'en laisser imposer pour un panaris.

Dans l'observation suivante, la méprise ne fut pas complète; et l'auteur, homme d'un esprit réfléchi, était sur le chemin de la vérité, comme on le verra par une citation.

Un chasseur du régiment de l'Allier, maréchal-ferrant, constamment employé à la forge et au pansement des chevaux, avait une piqûre légère au pouce de la main droite, qui devint le siége d'une inflammation simulant un panaris. Il y avait chaleur intense de toute l'habitude du corps, soif et grand accablement. On le traita par la saignée générale et le débridement. Le pouce se gangrena. Le dos de la main et le poignet, gonflés, offraient des taches gangréneuses. On fit de nouvelles incisions. Le malade prit du quinquina, et les parties affectées furent couvertes de fomentations avec une décoction de la même substance. Le délire s'empara de lui. Le cinquième jour, la gangrène avait gagné toute la circonférence du poignet; l'avant-bras était fortement gonflé jusqu'au coude, et la peau d'une rougeur écarlate. Le sixième jour, la faiblesse était extrême, le délire continuel. Le soir, *plusieurs boutons se manifestèrent sur le front, les bras et la poitrine; ils ressemblaient exactement à ceux de la vaccine.* Le septième jour, tout le corps était couvert de nouveaux boutons gangréneux. L'avant-bras et le bras étaient parsemés de taches gangréneuses jusqu'à l'épaule. Le malade était dans un état continuel de délire ou dans un assoupissement profond. Il mourut le lendemain.

Le récit de l'autopsie n'ajouterait rien à la clarté de ces détails. La profession du sujet, les taches gangréneuses, la forme de l'éruption, tout concourt à donner à cette observation le caractère de l'évidence comme exemple de farcin aigu. Les fosses nasales ne furent pas ouvertes; on y aurait peut-être trouvé des pustules. Le fait s'est passé en 1820. Il est relaté dans le tome XII du Recueil des Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires. L'auteur est le docteur Moulié, chirurgien-major du régiment de chasseurs de l'Allier. Nous avons dit qu'il était sur le chemin de la vérité; voici la citation qui le prouve: « La maladie dont on vient de lire l'observation était-elle réellement un panaris? Les premiers symptômes ressemblaient assez bien à ceux de cette maladie; mais les boutons gangréneux, qui se sont propagés du pouce sur tout le corps et jusqu'aux testicules, semblent annoncer plutôt une *infection gangréneuse générale produite par l'inoculation de quelque substance putride.* » Il se demande si la légère piqûre du pouce qui a été le point de départ des accidents, n'aurait pas été faite *par un instrument avec lequel le sujet aurait ouvert une tumeur de mauvais caractère ou quelque clapier putride.*

Ce n'est pas nous qui avons le mérite d'avoir retrouvé cette observation importante; elle nous a été indiquée par le médecin habile auquel la science et l'humanité doivent la démonstration de cette vérité aussi cruelle qu'utile à connaître, que la morve et le farcin sont contagieux du cheval à l'homme.

Lorsque la question de la morve se présenta à l'Académie, en 1837, au sujet de Prost, une des premières objections à laquelle on revint avec une malheureuse opiniâtreté, fut celle-ci: Comment est-il possible, disait-on, que la morve soit contagieuse des chevaux à l'homme, et que jusqu'à présent les observateurs n'en aient point vu d'exemples?

M. Velpeau, avec sa promptitude de jugement et sa netteté habituelles, fit remarquer qu'on avait été bien longtemps à reconnaître que le cow-pox est inoculable à l'homme. M. Bouillaud dit que les cas de morve avaient dû être rattachés aux diverses formes de fièvre putride admises par nos devanciers. Il argua d'un fait de son service. La maladie de Prost, sujet de la première observation de M. Rayer, n'avait-elle pas été prise d'abord pour une fièvre typhoïde compliquée de circonstances particulières?

On voit par l'observation du docteur Moulié, et nous pourrions en citer plusieurs du même genre, que les faits n'avaient pas manqué. On ne les avait pas compris. Les cas rétrospectifs de morve, c'est-à-dire antérieurs au travail de M. Rayer, formeraient un chapitre curieux d'un ouvrage sur la morve.

L'histoire de la discussion qui eut lieu à l'Académie en 1837 et en 1838 ne serait pas moins curieuse. On y verrait le rôle joué par la section de médecine vétérinaire, ou, si l'on veut, par l'école d'Alfort. C'est de cette école qu'est sortie la déplorable doctrine de la non-contagion de la morve, non-seulement du cheval à l'homme, mais de cheval à cheval. Cela résulte d'une foule de documents, et notamment du rapport fait en 1839 par M. Huzard, au nom du Conseil de salubrité. Cette doctrine a coûté la vie à plusieurs élèves d'Alfort. Trois succombèrent en peu d'années à la transmission de la morve. L'administration se vit obligée de défendre de faire servir à l'étude de l'anatomie et de la médecine opératoire les chevaux morts de cette affection. Les élèves, d'ailleurs, avaient perdu toute confiance dans les allégations de leurs maîtres. Les faits avaient parlé trop haut à des intelligences non prévenues et qui n'avaient pas une théorie à soutenir. Ils auraient refusé d'affronter un danger que jusque-là on leur avait donné comme chimérique.

Dans l'administration civile, la doctrine de la non-contagion eut pour résultat le relâchement des mesures sanitaires jusqu'en 1839, époque à laquelle le Conseil de salubrité fut saisi de la question. Alors intervint le rapport de M. Huzard, membre de ce Conseil. Mais il y eut des tiraillements, et ce ne fut que trois ans après que les dispositions indiquées dans le rapport furent rendues exécutoires.

Dans l'armée, les résultats de la doctrine de la non-contagion ont été aussi désastreux. L'Etat a fait et fait encore des pertes incalculables en chevaux abattus pour cause de morve. On a accusé les écuries. Le comité des fortifications a répondu à cet égard d'une manière péremptoire; son travail n'a pas été publié, mais on sait sur quelles excellentes raisons ses conclusions sont fondées. On a incriminé le fourrage. Vaine imputation! La morve n'a fait autant de ravages dans l'armée que parce que les vétérinaires militaires, sortant tous de l'école d'Alfort, et étant non-contagionistes, laissaient des chevaux atteints de morve chronique dans les rangs. C'est ainsi que les écuries ont été empoisonnées, et que la morve s'est multipliée ruineusement dans notre cavalerie. Aujourd'hui, les vétérinaires militaires sont contagionistes, peut-être sans exception, et l'on est autorisé à penser que par cela seul, dans quelques années, on observera une diminution notable de la morve parmi les chevaux de l'armée.

Il serait bien temps, disons-le en terminant, que la Commission de l'Admyrault fît connaître le résultat des expériences auxquelles elle s'est livrée. Une révélation de M. Barthélemy en a dit assez pour qu'on sache qu'elles décideraient affirmativement la question de la contagion, si elle n'était jugée depuis longtemps. Mais, dans l'intérêt même de la Commission, elle doit dire ce qu'elle a fait. C'est une question de moralité. Le ministre de la guerre, qui a nommé cette Commission, aurait le droit de la faire parler. Il doit savoir qu'elle le peut. Il suffirait de quelques jours pour vider les cartons, et mettre les documents en ordre. Un membre influent de la Commission s'était prononcé énergiquement contre la contagion. Il n'aura que plus de mérite à proclamer la vérité.

La morve du cheval n'était connue que très imparfaitement avant la discussion de 1837; et ce fut chose singulière de voir des orateurs chercher des arguments dans l'insuffisance de leurs études anatomo-pathologiques. On parlait beaucoup du *jetage* et du *glandage*; l'éruption cutanée de la morve aiguë chez les chevaux n'avait pas été étudiée; on n'avait pas vu les engorgements lobulaires des poumons; on n'avait pas vu davantage les abcès multiples des muscles.

Quand il s'agissait d'un cas de morve humaine dans lequel il n'y avait pas eu d'écoulement nasal, on se croyait fondé à nier que l'affection observée fût la morve. En vain l'autopsie avait-elle montré l'éruption pustuleuse des fosses nasales; il n'y avait pas eu de *jetage*, donc il n'y avait pas eu de morve. Comme si le symptôme était la maladie! Comme si celle-ci n'était pas inscrite clairement dans la lésion anatomo-pathologique! Que de raisons pour expliquer l'absence d'écoulement nasal, nonobstant la présence de l'éruption à la surface de la membrane de Schneider! L'éruption peut se trouver en arrière, et alors la matière sécrétée se porte vers le pharynx; l'écoulement nasal se fait par l'ouverture postérieure des fosses nasales au lieu de se faire par les narines, et c'est l'expectoration qui est l'écoulement nasal. La position constamment horizontale du malade rend compte du même résultat: l'absence d'écoulement par les narines. Si les pustules sont en petit nombre, l'écoulement n'aura par lieu parce que la quantité de matière sécrétée sera très minime. Enfin, il n'est pas dit que les pustules seront toujours *sécrétantes*; il en est de sèches.

Nous pourrions trouver dans le Bulletin de l'Académie l'assertion d'un vétérinaire distingué qui avançait, comme chose admise et sans contestation possible, que la morve et le farcin étaient des maladies très différentes l'une de l'autre.

Il faut donc l'avouer: au moment où les médecins se sont emparés de la question, la morve et le farcin du cheval n'étaient connus que dans leurs traits les plus grossiers. Cela prouve une fois de plus l'utilité des connaissances générales dans l'étude des maladies. Chose remarquable! à l'Académie, M. Rayer ne trouva pas un contradicteur parmi les médecins.

Ce passé ne doit pas être perdu, et la critique a le droit de faire un exemple pour que, dans l'avenir, quand il s'agira d'une question intéressant la santé publique, il ne dépende pas d'une opposition ignorante ou intéressée d'entraver la marche de la science et de retarder l'avénement d'une vérité.

— M. Velpeau a eu dans son service une femme qui n'a fait qu'y passer, et qui présentait une tumeur squirrheuse d'une forme très singulière. A la vue il n'y avait pas tumeur; tout au contraire on voyait à la partie inférieure du sein droit un enfoncement linéaire de deux centimètres environ en travers et de la profondeur d'à peu près quatre millimètres. On aurait dit la cicatrice enfoncée d'une incision. Mais quand on touchait la partie, on sentait une dureté globulaire mobile dont la dépression mesurait le diamètre transversal. Il n'y avait pas à douter que ce ne fût là un squirrhe. M. Velpeau appela sur ce cas curieux l'attention des élèves, en leur faisant remarquer qu'il y a bien une forme de squirrhe mammaire avec dépression, comme si le tissu hétéromorphe se rétractait de toutes parts dans l'épaisseur du sein, mais que cette forme se présente habituellement au mamelon, et que d'ailleurs elle n'est pas telle dès le début. La malade, n'ayant pas voulu se faire opérer encore, est sortie. Elle est âgée de quarante-cinq ans, et n'avait plus ses règles depuis quelque temps lorsque la lésion s'est manifestée.

— Une autre malade du même service est affectée d'un anus accidentel qui a succédé à une hernie inguinale gangrenée. L'ouverture de la peau était très étroite, et éloignée de celle de l'intestin. De là, à la suite de l'ingestion des aliments, même en petite quantité, du météorisme, des coliques et des nausées. L'appétit était presque nul. M. Velpeau pratiqua une incision qui s'étendit de l'ouverture cutanée à l'ouverture intestinale, puis il dilata le bout inférieur de l'intestin. Cette pratique rationnelle a eu pour résultat de rendre facile le passage des matières de la partie supérieure de l'intestin dans la partie inférieure, et les accidents qui avaient lieu après le repas ont cessé.

Il est remarquable que les matières ne sortent pas aujourd'hui en plus grande quantité qu'auparavant par la plaie. La malade a une selle assez copieuse tous les deux jours, moyennant un lavement. L'appétit est revenu; il est même très vif. Les matières qui sont rendues par la plaie n'ont pas d'odeur, et sortent manifestement de l'intestin grêle.

— M. Velpeau vient d'opérer par l'injection iodée un malade affecté d'hydrocèle, qui avait été opéré du même côté, il y a quelque temps, à l'Hôtel-Dieu, par l'injection vineuse. Le sujet a eu lieu de faire la différence entre les deux injections quant à la douleur. Il parle de l'injection vineuse comme l'ayant fait souffrir à l'excès; et même il appréhendait vivement une seconde opération, à raison de cette circonstance. L'injection iodée, au contraire, a été très peu douloureuse, presque indolore. Il y a longtemps que nous sommes éclairé sur la différence qui existe entre les deux injections relativement à la douleur, différence qui est tout à l'avantage de la pratique de M. Velpeau.

— M. Ricord professe que le chancre *induré* n'est jamais compliqué de bubon *suppuré*. Ce point ne présente pas toute la clarté désirable. M. Marchal (de Calvi) a dans son service un garde municipal à cheval, qui était entré avec un chancre et un bubon *suppuré* fluctuant. Le chancre était rose, presque sec et supporté par un tubercule pâle et dur, non œdémateux. C'était bien là une induration franche. Elle parut telle du moins à M. Marchal, qui la fit remarquer aux élèves de son service; il dit qu'il voyait dans ce fait une exception

à la loi posée par M. Ricord, qui fut invité à venir voir le malade.

Le chancre fut cautérisé avec le nitrate d'argent, et l'on donna le proto-iodure de mercure à la dose de cinq, puis de dix centigrammes. Le bubon fut ouvert au moyen de quatre piqûres verticales faites à l'extrémité des diamètres transversal et vertical de la tumeur.

M. Marchal recommande expressément de ménager la partie moyenne du bubon, où la peau est le plus amincie et peut le plus facilement s'ulcérer après l'ouverture.

Le bubon ayant présenté quelque apparence d'inflammation, et le malade offrant des signes d'embarras bilieux, on prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz et quinze sangsues autour de l'adénite. L'engorgement se dissipa, mais il se fit une inoculation accidentelle; quelques-unes des piqûres de sangsue s'ulcérèrent spécifiquement, en même temps que les quatre piqûres de lancette s'élargirent et prirent l'aspect du chancre.

Au moment où M. Ricord vit le malade, quinze jours s'étaient passés, quinze jours de traitement mercuriel après cautérisation, et l'induration préputiale s'était dissipée. C'est sur cette prompte disparition que M. Ricord se fonde pour nier qu'il y eût une véritable induration. Il pense qu'elle aurait disparu aussi bien sans le mercure. Pourtant, il y a dans le même service une induration cartilaginiforme qui a été très sensiblement diminuée par le mercure depuis seulement quinze jours que ce modificateur est prescrit.

Nous ne nions pas, au surplus, qu'il n'y eût une différence marquée entre cette induration cartilaginiforme et celle du premier malade. Mais la question se complique beaucoup s'il s'agit non plus de distinguer le chancre plat du chancre induré, mais tel degré d'induration de tel autre degré plus ou moins appréciablement différent. M. Ricord comprendra lui-même cette difficulté. Peut-être faut-il tenir compte d'une circonstance particulière chez le sujet de la première observation.

Supposons que d'abord il eût eu un bubon induré; cet homme montant à cheval tous les jours, ne se peut-il pas que son bubon ait suppuré tandis qu'il serait resté induré dans les circonstances ordinaires? Telle est la supposition à laquelle M. Marchal a été conduit; elle s'appuie sur un autre fait plus récent, celui d'un gendarme à cheval atteint d'un chancre creusé sur un noyau très dur, et d'un bubon suppuré qui a été ouvert hier moyennant une petite incision verticale à chaque extrémité de son diamètre transversal. La tumeur formait un ovoïde allongé dans le sens du ligament de Fallope.

— M. Ricord emploie depuis quelque temps le bromure de potassium comme succédané de l'iodure de potassium, qui est devenu très cher. Nous reviendrons sur ce sujet.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Jadioux.

Pneumonie centrale.

Le nommé Sabatté, âgé de vingt-cinq ans, charcutier, d'un tempérament sanguin, d'une forte et robuste constitution, est entré à la salle Sainte-Agnès le 11 janvier dernier. Il y a cinq jours environ, après s'être livré à un long et pénible travail, qui détermina chez lui une sueur abondante, il stationna assez longtemps, bien que légèrement vêtu, dans un endroit froid et humide. Quelques heures après il commença à ressentir un violent point de côté, qui devint de plus en plus fort et d'une telle intensité, qu'il résolut d'entrer à l'hôpital. Examiné le soir de son entrée par l'interne de garde, il présentait les symptômes suivants. Visage animé, rouge; peau chaude, fébrile, pouls à 96-100 par minute. Résonnance et respiration assez bonnes partout, sauf à la région de la fosse sus-épineuse droite, ou la respiration est remplacée par un souffle bronchique bien caractérisé. Pas de modification dans la résonnance. Crachats rouillés, sanglants; tous ces symptômes, tant locaux que généraux, parurent suffisants pour qu'une saignée fût pratiquée.

Le lendemain, 12 janvier, le malade dit avoir bien dormi pendant la nuit. Il n'existe pas de céphalalgie, de lourdeur de tête, d'étourdissements ni de tintements d'oreille. Les organes des sens sont dans un état d'intégrité parfaite. Peau de chaleur forte, sèche, un peu âcre. Résonnance bonne dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière. Respiration assez bonne en avant dans toute l'étendue des deux côtés, assez bonne également en arrière; dans le tiers supérieur droit, en arrière, on entend moins distinctement le murmure vésiculaire. Néanmoins la respiration n'y est pas accompagnée de souffle bronchique; le point de côté que le malade accusait la veille encore très intense au niveau des fausses côtes droites, latéralement, a tout à fait disparu. Pouls à 96, fort, non redoublé. Les autres fonctions s'exécutent normalement.

Le sang de la saignée est recouvert d'une couenne épaisse, résistante.

Cette absence d'un certain nombre des signes principaux de l'inflammation pulmonaire, nous force d'admettre que la pneumonie est centrale. — Saignées de 400 grammes. Ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine, en arrière, 125 grammes. Gomme sucrée, deux pots. Diète.

Le 13, le sang est couenneux, le caillot dense, rétracté; la nuit a été assez bonne; le malade a un peu dormi. Depuis hier la toux est moins forte; expectoration toujours à peu près la même; la quantité de sang combiné au mucus bronchique, semble cependant un peu moins forte. Du côté de la résonnance et de la respiration, mêmes phénomènes absolument que la veille. Le pouls marque toujours 96-100. — Gomme sucrée, deux pots; julep gommeux. Diète.

Le 14, la nuit a été assez bonne; un peu de sommeil calme et sans agitation. Peau chaude, un peu sudorale. Pas de céphalalgie ni de phénomènes d'étourdissements, d'éblouissements, etc. Pouls à 112, développé, non redoublé. Pas de bruit anormal au cœur; les deux bruits bien frappés, sans mélange de souffle. La douleur de côté n'a pas reparu. Résonnance bonne partout. Respiration bonne en avant des deux côtés, et en arrière à gauche. Elle est également bonne en bas à droite. Mais dans la région de la fosse sus-épineuse, absence presque complète de murmure vésiculaire, sans cependant que l'on puisse y constater de souffle bronchique. Lorsque l'on fait parler le malade, la voix se fait entendre avec un léger retentissement bronchophonique, et peut être un peu de chevrotement. Crachats très peu abondants, ayant repris leur coloration normale.

Ni nausées, ni vomissements. Langue chargée, recouverte d'un enduit blanchâtre. Bouche pâteuse. Ventre souple, indolent à la pression. Un peu de constipation. Urines libres.

Il y a évidemment chez ce malade une disproportion frappante entre l'importance des symptômes généraux et l'étendue appréciable de la pneumonie. — Gomme sucrée, deux pots; julep gommeux avec tartre stibié, 0,30 grammes, et 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; une cuillerée toutes les deux heures. Diète.

Le 15. Depuis hier, une légère douleur s'est manifestée dans le côté droit de la poitrine, sans aggravation des phénomènes appréciable par l'auscultation et la percussion. Langue assez humide, un peu blanche, surtout à la base, rose à la pointe et sur ses bords. On observe dans la région inguinale et près de l'épaule droite, des plaques d'urticaire. Cinq ou six selles depuis la veille, sans vomissements. Urines faciles. Pouls à 108; peau chaude, sèche. — Même traitement; continuer le tartre stibié. Vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, en arrière. Diète.

Le 16, la peau est beaucoup moins sèche qu'elle n'était la veille; légère moiteur. La langue est humide, moins sale. Pas de vomissements. Cinq ou six selles. Résonnance toujours bonne. Respiration forte. On constate en avant, au-dessous de la clavicule droite, à 6 centimètres au-dessous de cet os, une matité bien évidente, quoique peu étendue. Dans la fosse sus-épineuse droite, on constate pour la première fois un souffle tubaire plus superficiel, et un retentissement bronchophonique de la voix. Tout autour de ce point, râle crépitant, à bulles fines, sèches. Pouls à 84, bien développé. — Même traitement. Diète.

Le 17, retentissement bronchophonique moins fort de la voix. Diminution de la crépitation, dont on n'entend plus que quelques bulles rares et disséminées. Pouls à 76. Pas de selles depuis hier. Convalescence commençante.

On suspend le tartre stibié. Deux bouillons.

Le 19, le mieux continue. A peine trouve-t-on des traces de crépitation dans les plus fortes inspirations, ou pendant celles qui précèdent la toux. Pouls à 76, fort, vibrant. Les bruits du cœur sont normaux, sans souffle soit moelleux, comme dans l'anémie, soit râpeux. On remarque seulement une sorte de dédoublement du second bruit sans que l'on puisse le rattacher à aucune condition pathologique appréciable. Le malade ne se plaint que d'un peu de faiblesse. Guérison. — Deux bouillons. Deux soupes.

Le 21, le malade mange une portion.

— Les cas de la nature de celui que nous venons de raconter en détail ne sont pas extrêmement rares, et cependant ils offrent toujour un nouvel intérêt au praticien tant sous le rapport de la symptomatologie que sous celui beaucoup plus grave encore du traitement. Pendant les premiers temps, en effet, du séjour du malade à l'hôpital, la pneumonie fut véritablement latente, et l'on peut dire que, si l'on n'avait eu par l'examen des crachats sanglants la complète certitude de son existence, il eût été fort difficile de diriger efficacement un traitement quel qu'il fût contre une affection inconnue qui déterminait des troubles réactionnels aussi intenses.

Deux mots avant de commencer sur les causes qui ont produit la pneumonie dont était atteint notre malade. Il est charcutier, par conséquent souvent exposé au feu des fourneaux. Cinq jours avant son admission à l'Hôtel-Dieu, il avait fait une besogne pénible, et à la suite de laquelle il s'était senti couvert de sueur. C'est à la suite d'un refroidissement qu'il éprouva la première sensation douloureuse qui marqua le début de la pneumonie. Quoi que pense à ce sujet l'un des plus honorables professeurs de la Faculté, qui est en même temps l'un des praticiens les plus habiles et les plus expérimentés, il nous est impossible de ne pas voir entre ces deux circonstances, le refroidissement et la production de la pneumonie, un rapport de cause à effet incontestable. Qu'en vertu de prédispositions individuelles ou du moment, le froid auquel se sont exposés trois individus, par exemple, produise chez l'un une pneumonie, chez l'autre un coryza, chez le troisième un rhumatisme articulaire: c'est un fait que l'on ne peut nier, mais qui ne nous semble nullement invalider notre manière de voir, partagée, du reste, par le plus grand nombre des auteurs.

Au moment de l'entrée du sujet, la résonnance et la respiration étaient bonnes par toute la poitrine: à peine put-on trouver un léger vestige de souffle dans la région correspondant à la fosse sus-épineuse. Un point pleurétique existait à la partie tout à fait inférieure de la cage thoracique du même côté. On a souvent fait remarquer, et avec la plus grande justesse, que l'on ne doit souvent tenir aucun compte de la hauteur à laquelle on observe ce point pleurétique, et qu'il est fréquemment très éloigné du point de l'organe pulmonaire réellement affecté. Sous ce rapport, le cas actuel était un fait modèle. Le lendemain, le point pleurétique avait disparu: il était impossible de retrouver la moindre trace du souffle; il n'y avait plus de signe physique de l'existence d'une phlegmasie; et cependant les crachats rouillés, contenant du sang intimement combiné au mucus bronchique, la fréquence du pouls ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une phlegmasie intense du parenchyme pulmonaire. De plus, le malade n'était qu'au sixième jour de son affection, et l'on sait que pendant plus du premier septénaire, quoi qu'en aient dit ceux qui prétendent juguler une pneumonie en quarante-huit heures, l'inflammation du poumon suit une marche ascendante qu'il est impossible d'arrêter brusquement quelle que soit la méthode thérapeutique mise en usage. Il existait donc une pneumonie, une de ces inflammations auxquelles on a donné le nom de *pneumonie latente*, parce qu'il est impossible, à l'aide des méthodes physiques, d'en apprécier l'étendue, le degré.

Souvent la pneumonie latente n'est autre chose qu'une pneumonie centrale ou profonde, bornée soit au centre, soit à la région médiastine du poumon, et qui ne s'étend point à la surface costale de l'organe respiratoire. Cette forme n'est pas très commune, et, comme l'a fait observer M. Chomel, elle n'existe le plus souvent qu'au début; elle se transforme presque toujours en pneumonie ordinaire, l'inflammation finissant au bout d'un certain temps par s'étendre du centre à la circonférence de l'organe. C'est cette circonstance qui fait que l'on ne l'observe presque jamais seule sur les cadavres. Lorsque, comme chez notre malade, les renseignements fournis par l'auscultation et la percussion sont tout à fait nuls en raison du siége de la phlegmasie parenchymateuse, il est rare que les crachats caractéristiques, la douleur, la dyspnée et la fièvre ne viennent point éclairer le diagnostic. C'est spécialement dans ces circonstances que l'étude du bruit respiratoire exagéré ou supplémentaire peut conduire aux plus utiles résultats.

Il peut se faire non-seulement que la partie enflammée ne fasse entendre aucun râle, mais même qu'elle fournisse un bruit respiratoire très fort et très pur. C'est ce qui, pendant quelque temps, est arrivé chez notre malade, et cette circonstance est susceptible d'être expliquée de deux manières différentes. M. Chomel a rapporté un fait de ce genre recueilli par M. Hourmann à la Salpêtrière. La pneumonie occupait tout un lobe supérieur, et l'auscultation fut pratiquée jusqu'à l'instant de la mort. N'est-il pas probable que, dans des cas de ce genre, le murmure respiratoire du côté sain se propage par le poumon induré? Quant à la seconde explication, nous ne saurions mieux faire que de transcrire les quelques lignes suivantes consacrées par M. Chomel, dans son Traité de la pneumonie, à la pneumonie centrale.

« Cette forme de la pneumonie ne diffère pas de la pneumonie superficielle sous le rapport de la dyspnée, de l'expectoration et du mouvement fébrile; mais elle en diffère dans le plus grand nombre des cas par l'absence de douleur, l'absence de matité; l'auscultation ne fait reconnaître ni crépitation, ni respiration bronchique. Ces phénomènes sont couverts par le bruit normal de la respiration, et l'expérience n'a pas confirmé l'assertion suivante de Laënnec: Lorsque la pneumonie est centrale et qu'elle n'est encore qu'à son premier degré, on entend profondément le râle crépitant, et superficiellement le bruit respiratoire naturel et même puéril quelquefois. Si cette pneumonie est parvenue au second degré, c'est la respiration bronchique qu'on entend profondément; et dans un point plus rapproché de l'oreille, on distingue le bruit d'expansion pulmonaire. Enfin, lorsque l'inflammation fait des progrès en étendue, et qu'elle s'approche de la surface du poumon, on reconnaît que le murmure respiratoire occupe, à chaque exploration, une épaisseur moindre, et que le râle crépitant ou la respiration bronchique s'approchent de jour en jour des parois thoraciques, et viennent enfin y aboutir par un point qui, dans les premières heures, pourrait être couvert avec le doigt. »

Suivant quelques auteurs, cependant, ajoute le professeur auquel nous empruntons cette citation, on pourrait soupçonner l'existence de cette pneumonie à l'aide du bruit clair que l'oreille perçoit dans toute l'étendue où un tissu sain entoure une portion hépatisée. Ce bruit clair paraîtrait résulter de la combinaison des bruits fournis par la partie hépatisée avec ceux que fournit la portion saine du poumon. La respiration exagérée ou puérile, entendue dans une certaine région de l'organe, doit aussi faire soupçonner que dans son voisinage existe un tissu imperméable, et dont la lésion inflammatoire sera révélée par d'autres symptômes.

Chez le malade dont nous avons raconté l'histoire, on put constater à plusieurs reprises, avons-nous dit, une respiration forte, un peu exagérée, sans souffle ni râles d'aucune espèce, dans les points où plus tard apparut le souffle. Ceci nous conduit à faire remarquer combien est grande souvent la valeur diagnostique de la respiration supplémentaire, surtout dans les cas obscurs. Non-seulement alors, elle conduit le médecin à admettre dans l'appareil respiratoire l'existence d'un obstacle à la respiration; mais encore elle le guide dans la recherche du lieu précis qu'occupe cet obstacle, puisqu'elle devient d'autant plus marquée que l'on se rapproche davantage de l'endroit lésé. C'est ainsi que M. Fournet rapporte avoir observé à l'hôpital de la Charité trois malades atteints de pneumonie centrale: les crachats visqueux, rouillés, et l'ensemble des phénomènes généraux ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une pneumonie, et cependant on ne trouvait à l'auscultation et à la percussion aucun des signes locaux ordinaires de cette maladie. Il n'y avait pas de douleur pleurétique; on ne savait de quel côté était la pneumonie. Le doute disparut, lorsque l'on reconnut une respiration supplémentaire très marquée dans l'un des côtés de la poitrine; et en effet, chez deux de ces malades, la pneumonie ayant marché du centre à la circonférence, la respiration bronchique et le râle crépitant apparurent, et ainsi fut confirmé le diagnostic porté au moyen de cette respiration supplémentaire.

Lors même que ces caractères eussent manqué chez le malade qui fait le sujet de ces réflexions, la disproportion était trop grande entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux pour qu'il pût rester le moindre doute au sujet de l'existence d'une pneumonie centrale, non appréciable par les méthodes directes d'exploration. Chez lui, aussi, suivant la remarque de M. Chomel dont nous avons parlé plus haut, la maladie, à mesure qu'elle fit des progrès, s'étendit du centre à la circonférence, et devint facilement appréciable au bout de quelques jours.

Nous n'avons aucune remarque à faire sur les autres particularités qu'a présentées cette observation, soit relativement à l'urticaire, soit relativement au triple bruit du cœur qui fut remarqué pendant les jours qui précédèrent la convalescence, triple bruit auquel il n'était permis d'attacher ici aucune espèce de valeur, tout mouvement fébrile ayant cessé, et l'auscultation démontrant de la manière la plus évidente que l'organe central de la circulation n'avait été nullement intéressé.

Quant au traitement, qui se compose de deux saignées générales, d'une saignée locale et de l'administration d'une potion stibiée, l'expérience a démontré sur des milliers de sujets, et chez celui-ci en particulier, combien était grande la puissance, dans des mains exercées, d'une méthode thérapeutique mixte, non exclusive, qui réunit le double avantage, de faire promptement justice de la maladie, et de ne point plonger le malade dans un état de faiblesse qui rend souvent la convalescence si longue et si pénible.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur de mauvaise nature développée dans la région inguinale.

Une sage-femme s'est présentée à l'hôpital de la Charité, se plaignant d'une douleur qu'elle attribuait à une névralgie sciatique. Il y a cinq semaines, dit-elle, qu'elle s'aperçut d'une grosseur après avoir éprouvé une souffrance plus vive et avoir senti quelque chose craquer dans la partie supérieure de la cuisse.

Aujourd'hui, on observe dans le pli inguinal une tumeur inégale d'une assez grande dureté, qui semble tenir le milieu, par sa densité, entre l'os et le cartilage. Cette masse soulève les vaisseaux fémoraux, qu'on rencontre par conséquent au dehors d'elle. Elle ne paraît pas descendre au-dessous du petit trochanter, et ne semble pas non plus s'étendre du côté de la fosse iliaque.

Au-dessus du trochanter, on rencontre une autre tumeur qui paraît indépendante de la première, ou au moins qui ne s'ébranle pas quand on imprime des mouvements à celle-ci. Du côté de l'échancrure sciatique, rien ne fait présumer qu'il existe quelques prolongements de la maladie, et il est permis de penser que le bassin n'a point encore été envahi. Il peut néanmoins rester encore quelques doutes à cet égard; le toucher vaginal devra être pratiqué pour s'assurer qu'aucune bosselure ne proémine à l'intérieur de l'excavation, principalement vers la surface qui correspond à la cavité cotyloïde. A cet ensemble de caractères, il est indispensable d'ajouter que le mouvement de l'articulation est possible, et qu'il n'y a pas lieu de soupçonner un raccourcissement du membre.

La maladie que porte cette femme ne laisse pas que d'offrir un assez grand intérêt sous le point de vue du diagnostic surtout; car ce diagnostic est réellement embarrassant. Il se rencontre dans cette région des lésions si nombreuses et de nature si variée, qu'il est permis au praticien d'hésiter sur le véritable nom qu'il convient d'assigner à cette tumeur.

Dans le lieu qu'elle occupe, elle peut tenir, en effet, à une maladie des ganglions lymphatiques, à une affection de l'articulation, de l'intérieur du bassin, du fémur lui-même, sans parler des diverses nuances que peuvent présenter encore chacune de ces lésions.

Nous croyons qu'il faut sur-le-champ élaguer les ganglions lymphatiques, parce que ces ganglions d'abord n'existent pas en arrière, et que la tumeur postérieure est évidemment de la même nature que celle dont le siége est en avant. Et d'ailleurs, une considération anatomique qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est que les ganglions de l'aine, bien que subdivisés en superficiels et profonds, ne sont pas, les profonds eux-mêmes, situés derrière les vaisseaux fémoraux. Or, nous l'avons dit, ces vaisseaux sont soulevés par la tumeur.

D'autre part, la maladie ne nous paraît pas non plus avoir son siége dans l'articulation; car il serait difficile de comprendre alors la possibilité aussi entière des mouvements; et d'ailleurs il se serait, dans cette supposition, produit des abcès plus ou moins nombreux, il n'en existe pas.

Nulle raison non plus ne peut conduire à penser que la maladie vienne du bassin, peut-être y a-t-il quelque chose dans ce canal; jusqu'à présent nous ne pouvons l'affirmer.

Selon nous, si la malade signale la date de l'apparition de la tumeur comme récente, c'est qu'elle a échappé, jusqu'à l'époque qu'elle assigne, à son observation; elle ne l'a aperçue qu'il y a cinq semaines, cela est possible; mais tout fait croire qu'elle existe depuis plus longtemps.

La maladie, en définitive, nous paraît occuper le cinquième supérieur du fémur; et, nous le disons à regret, sa nature est des plus dangereuses. Elle nous semble devoir se rapporter à ces tumeurs qu'on a nommées *chondrophites*, à ces dégénérescences colloïdes ou de nature colloïde, tissu constitué par des pelotons dont la trame ressemble à du navet, qui sont susceptibles de se ramollir, de devenir gélatiuiformes; qui peuvent contenir alors du pus, du sang, de la gélatine, et le poids peut s'élever jusqu'à dix, vingt et même trente kilogrammes.

Ce sont de ces tumeurs, du reste, dont on ne guérit presque jamais les malades. Celle-ci aura besoin, d'ailleurs, d'être soumise à un nouvel examen fort attentif avant de prendre un parti.

Blessures graves de la tête. Commotion cérébrale. Des différences principales entre la commotion et la compression, l'inflammation et la contusion du cerveau.

Au n° 10 de la salle des femmes, a été apportée une portière âgée de quarante-neuf ans, qui présente à la tête des blessures fort graves, dont il n'a pas été possible de savoir au juste l'origine.

Les personnes qui l'ont transportée à l'hôpital prétendent qu'elle est tombée dans un escalier, étant ivre; mais elle le nie formellement; elle assure aussi n'avoir pas été battue.

Quoi qu'il en soit, elle est entrée ayant complétement perdu connaissance; le matin, à la visite, elle était encore dans le même état; la respiration était accompagnée de ronflement et de mouvement des lèvres. On voit sur le côté droit du front dans l'orbite et les régions voisines, de larges ecchymoses; le pouls est lent, dépressible; elle garde dans son lit une immobilité complète; elle répond aux questions quand on l'y sollicite vivement, mais elle articule des phrases qu'elle ne finit pas, bien que ses réponses soient justes et en rapport avec les questions qu'on lui adresse.

Cette malade présente donc une affection cérébrale consécutive à une chute sur la tête. Il ne serait pas inutile de savoir comment cette chute s'est produite; car on ne comprend guère qu'elle ait été battue, et cependant il n'est pas aisé non plus de se rendre compte comment avec une chute dans un escalier, aucune autre partie ne présente de contusion, et cependant on n'en observe nulle part. C'est qu'en effet on comprend que chez un individu qui fait une chute sur un lieu plan, une seule partie vienne à porter le poids du corps, et par cela même offre seule des contusions; mais comment dans un escalier une chute qui fait perdre connaissance au malade, ne produit-elle aucune autre ecchymose? c'est ce qu'il est difficile de concevoir.

Ici s'élève une question intéressante; cette malade est-elle atteinte, comme conséquence de l'accident, d'une inflammation, d'une contusion, d'une compression ou d'une commotion du cerveau?

D'abord, il est évident que l'état dans lequel se trouve cette femme ne peut être rapporté à une inflammation de l'encéphale. Les symptômes qui caractérisent l'inflammation manquent complétement ici. Nous ne trouvons ni fièvre, ni chaleur, ni délire, et d'ailleurs il existe une raison d'un poids plus considérable encore, c'est que dût-elle en effet se développer, l'inflammation n'aurait pu le faire encore à cause du peu de temps qui s'est écoulé depuis le moment ou a pu agir la cause.

La contusion du cerveau ne nous paraît pas réunir plus de probabilités quand elle s'est produite; il y a d'ordinaire une douleur fixe dans un point quelconque de la tête, des convulsions : nous n'observons rien de semblable.

Restent donc la compression et la commotion; mais si l'on songe que la compression du cerveau s'accompagne de paralysie et qu'il n'en existe pas, si l'on réfléchit que la compression ira en augmentant depuis le moment de son apparition et qu'ici ces symptômes ont paru s'amoindrir à mesure que plus de temps s'est écoulé depuis la chute, on penchera nécessairement pour la commotion. Il faut se hâter d'ajouter, cependant, que l'augmentation des symptômes n'aura lieu dans la compression qu'autant qu'elle reconnaîtra pour cause une hémorrhagie; on conçoit alors l'aggravation graduelle des phénomènes à mesure que le caillot devient plus considérable; mais il n'en serait pas de même si la compression prenait sa source dans un enfoncement des parois du crâne; bien plus, il pourrait se faire alors que les symptômes eussent les plus grands rapports avec ceux de la commotion, à ce point de vue du moins, de la diminution graduelle des accidents, et on le comprendra si l'on fait attention que, comme tous les organes, le cerveau est susceptible de s'habituer, dans une certaine mesure bien entendu, à une compression modérée qui n'augmente pas, et, par suite, de ne plus manifester que faiblement l'état de gêne qui s'était traduit d'abord par des symptômes d'une grande intensité.

Enfin, il y aurait peut-être utilité encore à différencier les affections précédentes d'un état profond d'ivresse, mais le diagnostic est assez facile ici pour qu'il ne soit pas besoin d'y insister.

Quant à cette femme, elle ne présente aucun enfoncement des parois osseuses du crâne; on n'y trouve aucune inégalité, et nous pouvons être affirmatif sur ce point; mais nous n'oserions garantir de même qu'il n'existe pas quelque fracture vers le plafond de l'orbite : c'est un fait dont nous n'avons pu nous assurer. Néanmoins, à la perte de connaissance, à l'immobilité dans le lit, joignant l'état du pouls (il est, avons-nous dit, lent et dépressible), la pupille dilatée, la respiration ronflante et l'impossibilité de compléter ses phrases, et même de répondre sans être sollicitée vivement, tout en conservant la netteté de l'intelligence, nous sommes en droit de diagnostiquer la commotion.

C'est qu'il ne faudrait pas croire ce diagnostic différentiel sans importance, car le pronostic est tout entier basé sur lui, et l'on peut en juger en comparant ce qu'il advient d'un malade pris d'épanchement et de compression par conséquent et d'un autre sous le coup d'une commotion; le premier, en effet, succombera, ou du moins c'est fort à craindre, dans un temps plus ou moins long; si le second a été commotionné assez fortement pour périr, il succombera en très peu de temps; en général, en douze heures, vingt-quatre heures peut-être, et, dans ces cas malheureux, la sidération augmentera constamment jusqu'à la mort du sujet.

Chez notre malade, il est évident que les symptômes tendent plutôt à s'affaiblir qu'à augmenter; hier, la perte de connaissance était presque complète; aujourd'hui la malade répond en partie aux questions; elle montre la langue; elle fait effort, quand on le lui commande, pour prendre la corde de son lit; en un mot, elle est mieux.

On lui a fait prendre l'infusion d'arnica; on a appliqué des sinapismes et un vésicatoire à la nuque.

Nous insistons sur ce point qu'il est inutile et même dangereux dans ces sortes de cas de saigner les malades : c'est une habitude pour ainsi dire vulgaire et contre laquelle il est bon de s'élever. Si l'on examine les individus dans les circonstances où se trouve cette femme, on leur trouvera le pouls petit, lent, dépressible, tous les systèmes sont frappés d'une sorte d'inertie qui, évidemment, ne comporte pas les émissions sanguines.

Lorsque la réaction arrive, si elle va jusqu'à la fièvre, si les parties commotionnées allaient même jusqu'à l'inflammation, comme cela peut avoir lieu, les saignées alors sont tout à fait indiquées, et l'on peut avoir recours à celles du bras, du pied, même de la jugulaire et de la temporale.

Tumeur du crâne survenue rapidement. Diagnostic différentiel.

Au n° 28 de la salle Sainte-Vierge, est couché un homme d'une bonne constitution, brun, qui porte sur le crâne une tumeur sans changement de couleur à la peau. Elle est située à la partie supérieure, et un peu en arrière. Le malade dit n'avoir fait aucune chute, et n'avoir point reçu de coups sur cette région. La tumeur est circulaire, molle, fluctuante, insensible, quand on n'y exerce aucune pression; mais très sensible, au contraire, dès qu'on y touche. Les bords en sont durs. On trouve sur elle deux traces de plaies, et sur son milieu une cicatrice linéaire. Le malade sait l'origine de cette dernière; il dit qu'elle provient d'une incision qui lui fut pratiquée à l'hôpital Saint-Louis; il ignore la cause des autres.

Cette tumeur, avec les caractères que nous venons de lui assigner, est fort singulière; c'est une de celles qu'on peut véritablement appeler aiguës. Ordinairement ces sortes de maladies surviennent par suite d'inflammation. Ici il n'y a rien de semblable; le malade dit bien s'être heurté un peu la tête, il y a au moins six mois, mais si légèrement qu'il n'y fit pas attention, et ne croit pas pouvoir rapporter sa tumeur à ce coup.

Quoi qu'il en soit, et de quelque façon qu'on en conçoive l'origine, il est évident que c'est une collection de liquide; elle n'a aucun des caractère des tumeurs qu'on rencontre sur le crâne, les loupes, les méliceris, les athéromes, les stéatomes.

Il est pourtant une considération des plus importantes qui vient à l'esprit, à propos de cette tumeur. Ne serait-il pas possible qu'elle provienne de l'intérieur du crâne, que ce soit une tumeur pathologique du cerveau, par exemple, ou bien les membranes du cerveau soulevées par du liquide qui s'y est épanché? On a vu les sinus de la dure-mère former ainsi des espèces de hernies; on en a observé près de la fontanelle antérieure, un autre près de la bosse occipitale.

Ainsi il pourrait se faire que cette tumeur se rapportât à chacune des lésions que nous venons de nommer, soit à une maladie de l'encéphale ou des enveloppes de l'encéphale, ou à une espèce d'anévrisme veineux des sinus de la dure-mère, ou peut être encore à quelque production fongueuse, cancéreuse de cette dernière membrane, comme M. Velpeau en a observé plusieurs.

Il y a donc là un embarras assez considérable et d'autant plus légitime, qu'une erreur de diagnostic dans un cas pareil décide de la vie du malade. Qui ne conçoit, en effet, qu'il ne peut exister d'analogie d'aucune sorte entre un abcès, un encéphalocèle, un kyste, une tumeur veineuse et une tumeur fongueuse?

Dans le cas actuel, il n'y a pas lieu de penser que la tumeur vienne de l'intérieur du cerveau; car un des caractères de ces productions est la lenteur avec laquelle elles se développent; il est facile de comprendre pourquoi leur marche est extrêmement lente, quand on songe qu'elles doivent perforer les os du crâne avant de se montrer à l'extérieur. D'ailleurs aucun symptômes de maladie du cerveau ne s'est manifesté avant l'apparition de la tumeur, qui n'est le siége d'aucun battement. De plus elle n'est pas réductible, et la pression ne détermine aucun autre phénomène que la douleur; on n'observe ni engourdissement, ni paralysie.

Ici, pour dire sur-le champ notre pensée, la sensibilité et la rapidité de la maladie indiquent qu'il s'agit de pus; si le coup avait été reçu il y a un mois seulement, nous pencherions plutôt pour un foyer sanguin : il est possible d'ailleurs que nous trouvions du pus avec du sang.

Il resterait encore la question de savoir si l'abcès est idiopathique ou symptomatique d'une nécrose des os du crâne. Sans doute, nous avons ici le cercle classique pour ainsi dire signalé pour les bosses sanguines depuis Jean-Louis Petit, mais nous nous sommes assuré que les abcès en présentaient également.

Quant à l'idée d'une altération des os, il ne faut, chez ce malade, ne l'admettre qu'avec réserve; il est fort, bien musclé, d'une bonne santé; les nécroses débutent rarement par cette région du crâne.

La maladie ne nous paraît pas d'ailleurs extrêmement grave : si la tumeur renferme du sang, nous ferons une petite incision; une très petite si le liquide est du sérum, et une beaucoup plus large s'il y a du pus. PAJOT.

Bibliographie.

Des abus de la cautérisation et de la résection du col dans les maladies de la matrice; par F.-E. Pichard.

Jamais, il faut en convenir, on ne s'était autant occupé des maladies de l'utérus que depuis une vingtaine d'années. La découverte ou, pour mieux dire, la réhabilitation du spéculum, et surtout les progrès de la raison qui ont fait aux femmes un devoir de sacrifier le préjugé qui les arrêtait à la nécessité de s'éclairer sur la nature des souffrances qu'elles pouvaient éprouver de ce côté, ont ouvert pour l'étude de ces maladies un champ nouveau, qui est devenu tout à la fois un motif de perfectionnement pour leur thérapeutique, et une mine féconde que plusieurs praticiens se sont empressés d'exploiler.

Ici, malheureusement, comme ailleurs, et peut-être même plus vite que nulle part, l'usage a dégénéré en abus, c'est-à-dire que les nouveaux moyens de traitement dont la science s'est enrichie à ce sujet sont devenus pour bien des gens nne ressource banale dont l'application irrationnelle a éclipsé une partie des avantages qu'avait donnés leur emploi maintenu dans de justes bornes. C'est à démontrer cette vérité, quant à ce qui a rapport à la cautérisation et à la résection du col de l'utérus, ainsi que l'indique son titre même, qu'est consacré ce mémoire.

Voulant donner à son opinion tout le mérite et le poids d'une proposition parfailement arrêtée, l'auteur a étudié les deux opérations, ou, si l'on veut, les deux moyens de traitement dont il s'agit, sous le triple point de vue: 1° de l'état anatomique de l'organe auquel ils s'adressent; 2° du caractère propre des maladies pour lesquelles on les emploie; 3° des faits qu'on invoque en leur faveur; et de cette étude il a cru pouvoir conclure, pour ce qui regarde la cautérisation, que l'emploi qu'on en fait indistinctement contre toutes les ulcérations, de nature pourtant si diverse, de l'utérus, ne pouvait se justifier ni en théorie ni en pratique, et, pour ce qui se rapporte à la résection du col, que si les dangers auxquels elle expose n'étaient pas assez marqués pour la faire proscrire absolument, les insuccès dont elle avait généralement été suivie comme moyen d'arrêter les désorganisations de l'utérus, suffisaient à eux seuls pour la faire rayer même du nombre des ressnurces extrêmes de la médecine opératoire.

Si un grand nombre de praticiens, éclairés par l'expérience, se rangent à l'avis de M. Pichard sur l'insuffisance et les dangers qui peuvent accompagner l'amputation du col de l'utérus, quelques-uns toutefois pourront trouver qu'il a un peu exagéré les inconvénients de la cautérisation pratiquée surtout dans les règles prescrites, et, dans tous les cas, ils lui reprocheront de ne pas avoir indiqué les circonstances qui à son avis réclament son emploi. Mais ce que personne ne lui contestera, c'est le ton décent de sa critique, le choix habilement fait des preuves qu'il a données à l'appui de son opinion, et une connaissance exacte des travaux contemporains, même des plus récents, sur tout ce qui se rapporte à la question dont il a cherché la solution. Nous l'engageons à poursuivre ses recherches, et surtout à ne pas oublier qu'en thérapeutique nous péchons plus souvent par défaut que par surabondance de moyens; car, s'il a raison de dire que *tout mouvement n'est pas progrès*, il faut aussi qu'il reconnaisse que c'est particulièrement aux maladies dont les effets retentissent sur toute l'économie qu'est applicable le *melius anceps remedium quam nullum*.

M. Pichard a fait suivre son travail d'un tableau synoptique indiquant l'état anatomique de 800 utérus de femmes décédées dans les hôpitaux de Paris, soit de maladies de matrice, soit de toute autre affection. Ce tableau, très méthodiquement conçu, contient plusieurs faits d'anatomie pathologique dont l'étude peut servir à la solution de plusieurs questions du plus haut intérêt pratique. C'est ainsi, par exemple, qu'on y voit que sur 800 femmes prises au hasard, on en trouve 70 offrant, du côté du bassin, des fausses membranes, circonstance qui peut expliquer certaines obliquités de l'utérus, et dont la connaissance peut devenir de la plus haute importance pour la détermination des moyens de traitement appropriés à ces changements de position, ainsi que le démontrera sans doute M. Pichard dans le prochain mémoire dont il annonce que la publication suivra de près le travail auquel est consacré cet article. C. Lacnaise.

LA JEUNE FILLE ELECTRIQUE.

Monsieur le rédacteur,

D'après la tournure que prennent les choses, je vous prie d'insérer, dans votre prochain numéro, la note ci-jointe, qui est l'original de celle que j'ai donnée à M. Arago lundi dernier, attendu que la faculté électrique de la fille Cottin pourrait bien cesser avant que tout le monde fût convaincu de sa réalité. Cette mesure a pour but de me mettre en garde contre des interprétations fausses ou de blessantes insinuations. Si je suis dans l'erreur, j'y suis avec 15 à 1600 personnes du département de l'Orne, parmi lesquelles on compte plusieurs médecins, des pharmaciens, des ecclésiastiques et autres plus ou moins éclairés, et un assez grand nombre de témoins qui l'ont vue à Paris.

Veuillez agréer, etc., Tanchou.

Ce 19 février 1846.

J'ai vu deux fois la jeune fille électrique (Angélique Cottin).

Une chaise que je tenais le plus fortement possible avec le pied et les deux mains, a été chassée au moment où elle s'y est assise.

Une petite bande de papier que j'avais placée en équilibre sur mon doigt, a été emportée plusieurs fois comme par un coup de vent.

Une table à manger d'une moyenne grandeur et assez lourde, a été plusieurs fois poussée et déplacée, par le seul fait qu'elle la touchait avec ses vêtements.

Une petite roue en papier placée verticalement ou horizontalement sur son axe, reçoit un mouvement rapide par les émanations qui sortent du poignet et du pli du bras de cette enfant.

Un canapé fort grand et fort lourd sur lequel j'étais assis, a été poussé violemment jusqu'au mur au moment où cette jeune fille est venue se mettre à côté de moi.

Une chaise fixée sur le sol par des personnes fortes, sur laquelle j'étais assis de manière à n'en occuper que la moitié, a été violemmen arrachée de dessous moi, aussitôt que la jeune personne s'est mise sur l'autre moitié.

Chose singulière, chaque fois que la chaise est enlevée, elle semble tenir aux vêtements de la jeune personne; elle la suit un instant, et ne s'en détache qu'après.

Deux petites boules de sureau ou de plume suspendues par un fil de soie, sont agitées, attirées, et parfois s'éloignent l'une de l'autre.

Les émanations de cette jeune fille ne sont pas permanentes dans la journée; elles se montrent surtout le soir de sept à neuf heures: ce qui me fait penser que son dernier repas, qu'elle fait à six heures, n'y est pas étranger.

Elles ont lieu par la face antérieure du corps seulement, particulièrement au poignet et au pli de la saignée.

Elles n'ont lieu que du côté gauche; le bras (de ce côté) est plus chaud que l'autre, il s'en dégage une chaleur douce, halitueuse, comme d'une partie où il se fait une vive réaction. Ce membre est tremblant et continuellement agité de contractions insolites et de frémissements qui semblent se communiquer à la main qui le touche.

Pendant le temps que j'ai observé cette jeune personne, son pouls a varié de 105 à 120 pulsations par minutes; il m'a paru souvent irrégulier.

Quand on éloigne cette jeune personne du réservoir commun, soit en la plaçant sur une chaise sans que ses pieds touchent par terre, soit qu'elle place ses pieds sur ceux d'une personne placée devant elle, le phénomène n'a pas lieu; il cesse également quand on la fait asseoir sur deux mains. Un parquet ciré, un morceau de taffetas gommé, une lame de verre placés sous ses pieds ou sur sa chaise, annihilent également sa propriété électrique.

Pendant le paroxisme, la jeune personne ne peut presque rien toucher avec la main gauche sans qu'elle le jette au loin, comme si elle était brûlée; quand ses vêtements touchent les meubles, elle les attire, elle les déplace, elle bouleverse tout. On le concevra d'autant plus facilement, quand on saura qu'à chaque décharge électrique elle *fuit* pour éviter la douleur; elle dit qu'alors *ça la pique* au poignet et au pli du coude; — en cherchant le pouls à l'artère temporale, ne pouvant l'apprécier au bras gauche, mes doigts ont touché par mégarde la nuque; à l'instant la jeune personne a jeté un cri, et s'est vivement éloignée de moi. Il y a dans la région du cervelet (je m'en suis assuré plusieurs fois), à l'endroit où les muscles de la partie supérieure du cou s'insèrent au crâne, un point tellement sensible, que la jeune personne ne permet pas qu'on le touche, et auquel vont retentir toutes les sensations qu'elle ressent au bras gauche.

Les émanations électriques de cette enfant semblent avoir lieu par *ondées*, d'une manière intermittente, et successivement par différents points de la partie antérieure de son corps, et je ferai remarquer à cette occasion que le déplacement de la table, qui est l'effet de sa plus grande puissance, est à la hauteur de son bassin.

Quoi qu'il en soit, elles ont lieu par un courant gazeux qui produit la sensation du froid; j'ai senti manifestement sur la main un souffle instantané semblable à celui qu'on produirait avec les lèvres.

Cette irrégularité dans l'émission du fluide paraît résulter de plusieurs causes; d'abord, des préoccupations continuelles de cette jeune fille qui regarde toujours derrière elle si quelqu'un ou quelque chose la touche, ensuite de l'appréhension qu'elle a elle-même du phénomène; car dès qu'il se produit elle fuit rapidement, comme si elle était repoussée par une force contraire; enfin, par la fatigue et l'attention. C'est quand elle ne pense à rien ou quand on la distrait, que le phénomène est le plus subit et le plus marqué.

Chaque phénomène chez cette jeune fille est marqué par la frayeur, la fuite et un air d'épouvante. Quand elle approche le bout du doigt du pôle nord d'un fer aimanté, elle reçoit une forte secousse; le pôle sud ne produit aucun effet. On a beau changer le fer de manière à ne pas reconnaitre soi-même le pôle, la jeune fille sait fort bien l'indiquer.

Cette enfant a treize ans; elle n'est pas encore nubile, et j'ai appris de sa mère que rien d'analogue à la menstruation n'avait encore paru.

Elle est très forte et bien portante.

Son intelligence est peu développée; c'est une villageoise dans toute l'acception du mot; elle sait pourtant lire et écrire; elle était occupée à faire des gants en filet pour les dames. Les premiers phénomènes datent d'un mois.

Tanchou.

Paris, 15 février 1846.

NOUVELLES.

Le roi a ordonné, conformément au vœu du Congrès médical, que le portrait de Bichat fût placé dans les galeries historiques de Versailles.

Le ministre de l'instruction publique a accordé une pension au frère de ce savant illustre, déjà avancé en âge.

— M. Cousin avait été nommé, par le ministre de l'instruction publique, président de la commission chargée de l'examen et de l'autorisation des livres soumis à l'approbation du Conseil de l'Université: M. Cousin n'a pas accepté.

— M. le docteur Delens, inspecteur-général de l'Université pour les Ecoles de médecine sous la Restauration, membre de l'Académie de médecine etc., est mort à Paris le 17 de ce mois à peine âgé de soixante ans.

— Sur le rapport de M. le garde des sceaux ministre de la justice et des cultes, le roi, par lettres patentes, a accordé à M. le docteur Furnari, la naturalisation exceptionnelle et la jouissances des droits civils et politique de citoyen français.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Certains succès de l'emploi du Colchique contre toutes les douleurs arthritiques aiguës sont connus de toute antiquité, et il n'est aucun cahier de recettes trouvé dans les plus anciens monastères, comme il n'est aucun vieux formulaire qui ne renferment une recette spéciale contre les douleurs de la Goutte, et toujours le Colchique fait la base de ces préparations, soit sous forme de teinture ou d'élixir, soit sous forme de pilules préparées avec l'extrait alcoolique de Colchique.

Cependant, malgré certains succès obtenus par l'usage de cette bulbe, les vieux praticiens ont depuis longtemps abandonné son emploi. Certains succès contre la Goutte ne les avaient pas aveuglés, et, à côté de certains avantages, ils avaient vu les propriétés ataxiques de cette plante dangereuse, et l'ont depuis longtemps bannie de l'usage de leur pratique.

Les Anglais les premiers reprirent l'usage de cette plante, et, sans craindre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui résulte toujours de l'emploi des préparations de Colchique, ils calment certains accès avec la teinture vicieuse de Colchique dite Gouttes de Wilson.

Le Colchique donc employé autrefois, rejeté de la pratique médicale et repris de nos jours, reste toujours avec ses vices, et cependant des médecins prescrivent encore sous forme de pilules l'extrait alcoolique de Colchique dont cette plante délétère fait seule la base; et cependant nous voyons encore des médecins rejeter de leur pratique un médicament qu'ils considèrent comme secret, bien que la formule partout publiée soit connue de tout le monde, et reconnue par quatorze années de succès, comme étant le seul remède contre la Goutte qui puisse être employé sans danger.

Nous voulons parler du Sirop antigoutteux de Boubée, dont la formule et les succès sont connus aujourd'hui du monde entier.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 23. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Cas de farcin aigu. Du diagnostic de l'engorgement farcineux des membres; par M. VILLEMIN, interne à la Charité.

Il s'est présenté tout récemment dans le service de M. Rayer un cas remarquable de *farcin aigu.* Si l'observation de ce cas ne devait servir qu'à prouver une fois de plus la possibilité, aujourd'hui généralement reconnue, de la transmission de la morve, ou du farcin du cheval à l'homme; si notre attention ne s'était portée que sur les phénomènes habituellement observés dans cette affection, à savoir la formation de tumeurs et d'abcès plus ou moins nombreux, avec une éruption plus ou moins étendue à la peau, et se retrouvant également dans les fosses nasales et dans les voies respiratoires, nous n'aurions pas cherché à donner à ce fait une publicité particulière, mais il nous a paru offrir un intérêt réel par le soin que nous avons mis à suivre et à étudier les symptômes que la maladie a offerts à son début. En recherchant les observations déjà nombreuses de farcin aigu publiées dans ces derniers temps, nous n'en avons trouvé aucune qui fût aussi complète que la nôtre. Parmi les quinze observation de farcin aigu qui se trouvent rapportées dans le mémoire si intéressant publié en 1837 par M. Rayer, et qui éveilla sur ce sujet l'attention du public médical, nous n'en trouvons qu'une, la quatrième, celle de Wolff, qui puisse lui être comparée.

Elle est relative à un homme qui présenta au début, avec des symptômes généraux, un gonflement inflammatoire du genou droit, auquel succéda le développement d'une inflammation érysipélateuse à la face interne du mollet. Mais il se forma bientôt un grand nombre de tumeurs dans les muscles superficiels des deux cuisses, de la poitrine, etc., auxquelles se joignit une éruption pustuleuse. Deux jours après, le malade avait succombé.

Le cas que nous allons rapporter présente au début un gonflement inflammatoire du genou gauche. Un phlegmon peu profond se forme au-dessous du genou; mais déjà un épanchement existait dans cette articulation, et tout le membre était œdématié et sensible au toucher.

Aucune tumeur, aucun abcès nouveau ne se déclare; mais les symptômes généraux deviennent de plus en plus alarmants. Une éruption apparaît le quatorzième jour après l'entrée; le vingt et unième après le début de la maladie, trente-six heures après, le sujet avait succombé.

Après avoir rapporté l'observation de ce nouveau cas de farcin, nous en ferons ressortir les résultats les plus saillants, et nous aborderons ensuite la question importante du diagnostic.

Pouvait-on, avant l'apparition de l'éruption caractéristique du farcin, diagnostiquer la nature farcineuse de l'engorgement, en s'appuyant sur l'observation des symptômes semblables offerts par les chevaux atteints d'*engorgement farcineux des membres?*

On comprend toute l'importance de cette question pour le pronostic, et surtout pour la thérapeutique de cette affection. En effet, lorsque l'éruption survient, le malade, on le sait, est voué à une mort certaine. Peut-être aurait-on plus de chances de succès, si avant l'apparition de ce symptôme fatal et pathognomonique, on pouvait reconnaître sûrement cette redoutable maladie.

L...... (Jules), vingt-six ans, ouvrier au clos d'écarrissage, né à Senlis, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant habituellement joui d'une bonne santé, fut pris tout à coup, le 3 janvier dernier, sans cause à lui connue, d'une douleur dans le genou gauche, laquelle se transmit bientôt à la jambe. Il se coucha avec de la fièvre, ne ressentant aucune douleur ailleurs. Il n'employa aucun traitement, et le mal augmentant, il entra le 10 janvier 1846, à la Charité, (salle Saint-Michel, n° 7).

Ce jeune homme dit avoir eu, il y a cinq ans, des chancres et un bubon de l'aine gauche, lequel se s'abcéda et s'ouvrit spontanément; il ne fit aucun traitement interne. Trois mois avant son affection actuelle, il se manifesta un suintement séro-purulent dans le pli fémoro-scrotal gauche. Il dit l'avoir contracté par contagion vénérienne. Il fit en dernier lieu des lotions avec de l'eau blanche, qui ne modifièrent pas sensiblement le suintement.

Entré à la Charité le 10, il présente l'état suivant:

Tuméfaction du genou sur les côtés de la rotule, particulièrement au côté interne; fluctuation légère, sans rougeur à la peau. Léger gonflement de la partie supérieure de la jambe; tension, empâtement des tissus; douleur à la pression; teinte rougeâtre des téguments du côté externe. Au pli fémoro-scrotal, la peau, privée d'épiderme, fournit une sécrétion muco-purulente fétide. Pouls fréquent; malaise général. — 25 sangsues au haut de la jambe. Cataplasme. Limonade.

Le 11, l'état est sensiblement le même. Seulement, le rouge de la peau a augmenté,

Le 12, la douleur et la tension des parties continues. — 25 sangsues; cataplasmes.

Le 14, la tuméfaction de la jambe a légèrement augmenté, sans qu'il y ait de rougeur vive. L'épanchement dans l'articulation du genou est également considérable. Le pouls continue à être fréquent. Le sujet présente une espèce de demi-stupeur. Diarrhée depuis hier.

Le 16, l'état général est le même. Œdème de toute la jambe et du genou; la cuisse paraît également un peu tuméfiée. Le dévoiement continu. — Potion gommée; eau de riz.

Le 18, même état. La diarrhée persiste. Sept à huit selles depuis hier.

Le 19, la sensibilité est toujours vive à la pression des parties molles de la jambe. Œdème de tout le membre. Pouls à 100. Même état de demi-stupeur. — Vésicatoire à la cuisse.

Le 20, il existe au grand trochanter, au-dessous du condyle externe du tibia, vis à vis de la malléole externe, et à la base du cinquième métatarsien, quatre surfaces de grandeur inégale, arrondie, où la peau est rouge et sensible (résultat du décubitus constant sur le côté gauche); au-dessous du genou, la plaque rouge est plus étendue qu'aux autres endroits. Engorgement des ganglions de l'aine. La diarrhée a diminuée. — 20 sangsues au-dessous du genou. On recommande au malade de rester couché sur le côté droit.

Le 21, aujourd'hui la rougeur est concentrée au-dessous du genou, à la partie supérieure et externe de la jambe. Sous l'empâtement de toute cette région, il semble qu'il existe un commencement de fluctuation. Le sujet répand une odeur nauséabonde, fade, que nous avions déjà sentie les jours précédents, avant l'application du vésicatoire.

Le 22, la rougeur est devenue livide à l'endroit indiqué hier. Dans un espace de 2 centim. carrés l'épiderme est soulevé en sept ou huit points par de *petits amas de pus.* L'une de ces élevures s'est percée, et donne issue à un pus très séreux lorsqu'on exerce sur la partie une faible pression.

M. Velpeau, appelé près du malade, pratique une incision de 3 centim. d'étendue au centre de la plaque rouge; il s'en écoule une très petite quantité de pus assez bien lié. — Cataplasme sur le genou; vésicatoire au mollet.

Le 23, le cataplasme est mouillé de pus; la peau voisine de l'incision présente un teinte livide; de petites bulles pleines de pus se remarquent comme hier à sa surface. Des bulles un peu plus grosses, remplies de sérosité, se remarquent au côté externe du genou. L'œdème et l'épanchement articulaire ont manifestement augmenté. — Vin de Bagnol.

Le 24, la rougeur s'est concentrée à trois travers de doigt en dedans de l'incision pratiquée avant-hier. La peau de toute cette région est luisante, tendue; la palpation ne détermine point de douleur. On ne seut nulle part de fluctuation bien prononcée. La prostration a augmenté. La face est pâle; la

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La saison des miracles. — La jeune fille électrique. — Emotions de l'Académie des sciences. — Courage d'un savant véritable. — Les sceptiques et ceux qui ne le sont pss assez. — Le curé et le médecin. — La chasse aux gymnotes. — Les bains sans baignoire. — Devoirs de l'hospitalité. — Nomination des correspondants à l'Académie de médecine. — Un principe singulier. — La chaire d'anatomie comparée à la Faculté de Paris. — Pertes douloureuses.

Et quel temps fut jamais plus fertile en miracles?

Je peux, sans trop me compromettre, commencer ma causerie du jour par cette citation racinienne. A peine êtes-vous revenus de la surprise où vous ont jetés, sans aucun doute, les débordements de la comète de Gambard et les étonnantes merveilles de l'anthroposcopie, qu'il faut de nouveau que j'appelle votre attention et votre admiration sur des phénomènes tout aussi singuliers, sur des découvertes tout autant merveilleuses. Le vent est à l'extraurdinaire; Paris est le théâtre à cette heure d'une collection unique et précieuse de miracles scientifiques, sans compter les chiens savants du Jardin Turc, le canard de Vaucanson du Palais-Royal et la naine du Tyrol du concert Vivienne. Il y a des moments ainsi où la nature semble ouvrir sans retenue les portes mystérieuses de ses trésors inconnus. Les phénomènes poussent dans ce moment sur le pavé de Paris comme au mois de septembre les succulents champignons dans le bois de Meudon. Mangeons donc des champignons, c'est-à-dire parlons miracles pendant qu'ils sont en pleine saison.

Il s'agit d'abord de la jeune fille électrique que j'ai eu la douleur de ne pas pouvoir aller visiter vendredi dernier, invité que j'y avais été par M. Tanchou dont le patronage n'a pas peu contribué à la sensation qu'elle a produite. Mon regret diminue cependant en apprenant la nullité complète des résultats de cette séance. M. Tanchou vous a décrit lui-même ce qu'il a vu; il a raconté aussi par ouï dire ce dont il n'a pas été témoin, ce qui me dispense de vous donner les notes prises par moi-même. Le récit de ces faits par M. Arago, à l'Académie des sciences, a jeté une animation peu commune dans la docte assemblée. M. Arago a été témoin de ce singulier phénomène de la projection de la chaise quand la jeune fille veut s'asseoir. Il a vu la main gauche d'Angélique Cottin attirer vivement une feuille de papier placée sur le bord d'une table. Il a vu Angélique, tenant son tablier à la main, s'approcher d'un guéridon, et le guéridon être repoussé, tandis que le tablier l'effleurait à peine. Tout cela, M. Arago l'a raconté avec une grande mesure, une grande prudence, mais avec le courage et la loyauté d'un véritable savant qui ose avouer des faits qu'il ne peut pas comprendre. L'illustre astronome a fait plus : il a demandé que l'Académie des sciences ne repoussât pas sans examen un fait aussi extraordinaire, et sur ses vives instances, et malgré une opposition assez vive d'un géomètre célèbre, de M. Poinsot, l'Académie a chargé une commission de lui rendre compte des phénomènes manifestés par Angélique Cottin.

Nul ne sait mieux peut-être que moi-même combien il faut se tenir en garde contre les supercheries et les fraudes à l'endroit de ces choses miraculeuses, j'ai eu occasion d'en faire une étude approfondie; et en examinant la plupart des faits de magnétisme animal qui ont fait quelque bruit depuis dix ans, les observations nombreuses et piquantes ne m'ont pas manqué. J'avoue cependant qu'ici la fraude et la supercherie me paraisssent difficiles à admettre. D'sbord il s'agit presque d'un enfant; Angélique n'a que treize ans, elle n'est pas nubile, son intelligence est peu développée, son instruction à peu près nulle; c'est une pauvre villageoise du département de l'Orne, de sorte qu'il est à peine croyable qu'elle ait jamais entendu psrler d'électricité, et surtout d'électricité animale. Puis, la singulière faculté qu'elle possède s'est développée subitement et dans des circonstances curieuses. Il y a un mois environ, Angélique, entourée de ses compagnes, dévidait de la soie dans une fabrique de gants de filet, quand tout à coup le tour qu'elle faisait mouvoir est projeté au loin. On ramasse le tour, on se remet à l'ouvrage; mais le tour fuit aussitôt de nouveau, comme emporté par une force invisible. On cherche, et on s'aperçoit bientôt qu'Angélique touche à peine le tour que l'instrument est projeté avec violence. Grand émoi dans la fabrique, puis dans tout le village; la pauvre fille est possédée du diable, c'est sûr; le curé arrive, l'exorcise, mais vainement. Il y a deux cents ans, Angélique eut été brûlée. Le bon curé n'y comprenant plus rien, on a recours au médecin. — Je vous prie de remarquer la gradation que vous rencontrerez à peu près partout dans les campagnes; le curé d'abord, le médecin ensuite. Il y a quelques années, me trouvant à ....., petite ville du midi, des maçons, en démolissant le mur d'un vieux couvent, rencontrèrent le corps d'un moine dans un état apparent de parfaite conservation. Je fis de vains efforts pour que les médecins et les pharmaciens de la localité fussent admis à examiner les choses; les maçons d'abord, toute la ville ensuite, s'y opposèrent; c'était un *saint*, le curé seul avait droit d'y toucher; il vint, en effet, processionnellement chercher le corps, qui fut enfoui dans les caveaux de l'église sans qu'il fût possible de se livrer à aucune recherche scientifique ou historique. Je ne dis rien, mais j'en pensai beaucoup plus long. — Donc le médecin arrive; c'était un homme instruit, qui ne rejette pas tout ce qui dépasse sa raison, et qui, voyant là un phénomène des plus curieux et des plus extraordinaires, a voulu conduire la jeune fille à Paris, où elle se trouve en ce moment.

On dit, chose fâcheuse pour tous, qu'Angélique a perdu depuis quelques jours ses facultés électriques. S'il en est ainsi, les sceptiques auront beau jeu, et ne manqueront pas de dire qu'aussitôt que la science examine, toute surnaturalité disparaît. Si Angélique, au contraire, récupère cette singulière faculté — il paraît qu'elle a déjà présenté cette interruption de quelques jours — j'entends déjà les chants de triomphe dans le camp des magnétologistes. J'estime que de part et d'autre on aura tort, et que des faits de ce genre si rares, si complétement inconnus, il est impossible de rien conclure sous peine de faire preuve d'une grande témérité. Qu'Angélique ait perdu ses facultés électriques, ce n'est pas une raison suffisante pour dire qu'elle ne les a jamais possédées. Qu'elle les récupère, je ne vois là aucun motif de triomphe pour le magnétisme animal, qui d'ordinaire, et même jamais, ne donne lieu à aucun phénomène semblable. Ainsi donc, rangeons-nous avec sagesse de l'avis de ceux qui demandent l'observation et l'examen; que si le fait nous apparaît évident et irréfragable, n'ayons pas le sot et insupportable orgueil de le nier; que si nous ne le comprenons pas, ayons l'humilité de l'avouer; car enfin, malgré les recherches récentes et pleines d'intérêt de MM. Matteucci et Jobert (de Lamballe), savons-nous parfaitement comment se charge et se décharge l'appareil électrique de la torpille et du gymnote.

A propos de ce dernier animal, je lissis dernièrement un passsge de M. de Humboldt, dans lequel cet illustre savant a raconté comment se fait la pêche de cette anguille électrique. Je suppose que ce passage vous fera plaisir, si vous ne le connaissez déjà:

« Après trois jours de vaine attente dans la ville de Calabozo, après avoir reçu une seule anguille, et même assez faible, nous résolûmes de nous transporter nous-mêmes sur les lieux et de faire les expériences en plein air, aux bords de ces mares dans lesquelles les gymnotes abondent. Nous nous rendîmes d'abord au petit village appelé Rastro de Abaxo. De là, les Indiens nous conduisirent au cano de Bera, bassin d'eau bourbeuse et morte, mais entouré d'une belle végétation, de la *clusia rosea*, de l'*hymenœa courbaril,* de grands figuiers des Indes, et de quelques mimoses aux fleurs odoriférantes. Nous fûmes bien surpris lorsqu'on nous dit qu'on irait prendre une trentaine de chevaux à demisauvages dans les savanes voisines, pour s'en servir à la pêche des anguilles électriques....

» Pendant que notre hôte nous expliquait cette manière étrange de prendre le poisson dans ce pays, la troupe des chevaux et des mulets arriva. Les Indiens en avaient fait une sorte de battue; et en les serrant de tous les côtés, on les força d'entrer dans la mare. Je ne

langue sèche, le pouls petit. — Vésicatoire au genou ; vin de Bagnol ; limonade.

Le 25, depuis hier soir il s'est développé au-dessus de la clavicule gauche une éruption de petites élevures d'aspect vésiculeux. Ce matin, on trouve un peu au-dessus de l'extrémité interne de l'os un soulèvement de l'épiderme de 3 cent. d'étendue, formé par de petites élevures confluentes contenant du pus, et entourées d'une petite auréole rouge. Plusieurs bulles isolées, de 7 à 8 millim. de diamètre, arrondies et contenant une sérosité plus ou moins trouble, se remarquent en dehors du soulèvement principal.

En examinant les membres inférieurs, on découvre sur la jambe et sur la cuisse droite, en dedans comme en dehors, plusieurs petits boutons rouges entièrement semblables à ceux de la varioloïde à leur début. Ce petit soulèvement, de la grosseur d'une tête d'épingle , se distingue par une teinte rosée de la peau. On en remarque quelques-uns également (deux ou trois) sur chaque avant-bras ; un groupe de petites bulles purulentes s'est développé en demi-cercle en avant, au-dessus de chaque aisselle.

L'œdème du membre inférieur gauche a augmenté, notamment au dos du pied, qui est rouge et fortement tuméfié. L'épiderme se détache facilement au contact des bords de l'incision, presque refermée. — Limonade ; vin de Bagnol ; potion éthérée.

La diarrhée est revenue. La langue est sèche, brunâtre ; dents fuligineuses ; soif vive ; stupeur ; dureté de l'ouïe ; grande pâleur à la face ; petitesse du pouls.

A cinq heures du soir, de nouveaux boutons se sont développés, notamment à la face, où l'on en trouve trois sur la joue gauche.

La prostration va toujours en augmentant, et le malade expire le 26, à trois heures du matin.

Autopsie, le 27 à huit heures du matin.

Le corps, pâle, présente une rigidité cadavérique bien prononcée. Les *boutons* que nous avons décrits, et qui, à différents degrés de développement, sont au nombre d'une vingtaine, ont presque entièrement perdu leur rougeur.

La grosse élevure située au-dessus de la clavicule gauche, présente une surface inégale, bosselée, dont l'aspect est dû à l'agglomération des éléments des différents boutons dont elle est composée. A l'examen, elle présente au-dessous de l'épiderme une couche plastique, concrétée, blanchâtre, homogène, de 3 millim. d'épaisseur ; sous cette couche, le derme, qui n'est pas visiblement altéré dans son épaisseur, offre à sa surface une légère injection vasculaire.

A l'examen d'une élevure purulente isolée, du volume d'un gros pois, située au côté gauche du cou , on trouve à la coupe, sous la matière crémeuse, blanchâtre, le derme parfaitement sain en apparence ; seulement la matière purulente en est séparée par une ligne pointillée rouge.

Ayant fendu de même verticalement un bouton du volume d'un pois, situé sur l'épaule droite, nous vîmes manifestement la couche plastique pénétrer dans une sorte de capsule présentée par la surface du derme.

Plusieurs boutons plus petits, situés dans le voisinage, sont formés par un dépôt de matière blanchâtre, plastique, placé sous l'épiderme, et qui semble indépendant du derme.

Le membre inférieur gauche est fortement œdématié, surtout à son extrémité. A la dissection des parties molles de la région supérieure antérieure et externe de la jambe, nous les trouvons notablement épaissies et infiltrées de petits dépôts d'une substance crémeuse blanchâtre (pus). Ces dépôts, du volume d'un pois, sont assez semblables, affectant la forme globuleuse ; point de foyer véritable dans cette région.

A l'incision des muscles de la partie postérieure de la jambe, que nous séparons de leurs attaches osseuses, nous trouvons, à la partie postérieure supérieure et centrale du membre, un foyer purulent situé dans l'épaisseur du muscle jambier postérieur. Ce foyer, de 5 centim. de diamètre vertical, contient un pus bien lié. On ne rencontre point d'autre foyer à la jambe, non plus qu'au coude-pied, dont les parties molles présentent une infiltration séreuse considérable.

A l'ouverture de l'articulation du genou, il s'échappe une sérosité jaune-citrin, onctueuse, limpide, mêlée de grumeaux de substance concrète, opaque, blanche, visqueuse, dont les plus considérables ressemblent aux crachats opaques de la bronchite (un demi-verre environ de liquide). Les surfaces articulaires sont parfaitement saines.

L'examen des *vaisseaux* du membre a montré ce qui suit : Les veines tibiales profondes, saphène interne, crurale contiennent des caillots de sang ; point de trace de pus ni d'altération des parois vasculaires. Les artères saines. Plusieurs vaisseaux lymphatiques recherchés avec soin, soit au mollet, soit à la partie supérieure de la cuisse, ont paru sains.

Dans la région inguinale, on trouve plusieurs ganglions engorgés. L'un, situé à deux travers de doigt au-dessous de l'aine, est aplati, formant un disque de 2 à 3 centim. de diamètre. Le parenchyme est de teinte manifestement plus foncée que celle d'un ganglion pris dans l'aine droite. A la coupe, on trouve au milieu de ce parenchyme hypertrophié, hypérémié, une substance blanche, concrète, homogène, sans trace de vaisseaux, ayant toute la dureté et l'apparence de tissu squirrheux, Cette substance, examinée par M. Rayer, au microscope , a présenté de nombreuses granulations formées par des globules graisseux et des cellules adipeuses, *sans trace de globule purulent.*

Les deux substances, celle du parenchyme et la substance blanche , n'étaient séparées par aucun cercle d'injection plus foncé.

Dans le pli même de l'aine se trouvait un autre ganglion plus gros que le précédent , et offrant la même composition. Les lymphatiques intermédiaires parurent sains. Un petit ganglion , du volume d'un gros pois , fut trouvé presque entièrement transformé en cette substance concrète blanche.

La dissection des muscles de la cuisse ne fit découvrir aucun foyer. On ne trouva point de dépôt non plus à la surface du fémur.

L'examen du *membre inférieur droit* montra dans les veines crurale et saphène des caillots semblables à ceux des veines gauches , les ganglions inguinaux pareillement engorgés, mais de teinte plus claire, nous l'avons dit, et sans dépôt blanc.

Examen des voies respiratoires. Fosses nasales.—A droite, à l'extrémité antérieure du cornet inférieur , se voit un bouton blanchâtre, dur, plus saillant, entouré d'une auréole rosée.

A la face interne et à l'extrémité postérieure du cornet moyen, se voit une toute petite pustule entourée également d'un cercle d'injection.

A gauche, sur la cloison, à sa partie supérieure , se voient deux boutons qui ont l'apparence de pustules déchirées, entourées d'un cercle rouge-vif , et au voisinage desquelles se distinguent plusieurs petits points blancs du volume d'une tête d'épingle. Ayant détaché de la substance blanche qui formait le centre de l'une de ces apparentes pustules, et l'ayant portée sous le microscope , on n'y reconnut point de trace de pus.

Un bouton blanc se rencontra encore au-devant du cornet supérieur. A la surface du cornet , dont la muqueuse est injectée, se voit un pointillé blanc formé par de petits dépôts de substance plastique, semblable à celui déjà décrit.

Rien à leur surface interne.

Cavité buccale. — Surface de la langue sèche , brunâtre , fendillée. Luette épaissie, œdémateuse. Voile du palais , ainsi que la paroi postérieure du pharynx , couvert d'une écume à bulles très fines. Pilier postérieur droit du voile fortement œdématié. Point d'ulcération sur le voile.

Epiglotte tuméfiée, présentant une vive injection vasculaire et un enduit spumeux. Près de son bord supérieur et à sa face interne, se voit une petite exulcération blanchâtre, irrégulière, comme étoilée, et entourée d'un cercle rouge-vif.

La muqueuse du *larynx* est d'un blanc rosé, sans trace d'ulcération ; les ventricules contiennent des spumosités abondantes. La *trachée* présente une injection vasculaire.

Poumons. — Le poumon gauche est criblé de dépôts de substance blanche concrète , semblable, pour l'aspect, à celle trouvée dans les ganglions inguinaux. Ces dépôts, de dimension variable, ayant en général le volume d'une noisette, lorsqu'ils ne se font pas reconnaître à l'extérieur sous l'aspect de taches blanches, se sentent très bien à travers la couche de parenchyme pulmonaire qui les enveloppe , et se distinguent par leur grande dureté. En général, il se présentent à la coupe sous la forme de dépôts irréguliers, tantôt entourés d'un cercle brunâtre, tantôt point.

Nulle part nous n'avons trouvé cette substance blanche ramollie, de consistance crémeuse.

Le parenchyme pulmonaire est dense ; il fournit à la coupe un liquide spumeux. De nombreuses adhérences existent entre le poumon gauche et la paroi thoracique.

La plèvre contient également un peu de sérosité des deux côtés.

Le poumon droit présente beaucoup moins de dépôts blanchâtres, et ces amas de substance normale sont moins volumineux qu'à gauche.

Cœur sain. Caillot fibrineux dans le ventricule droit. Sérosité dans le péricarde.

Voies digestives. — L'*œsophage* et l'*estomac* sont à l'état ramolli. Muqueuse stomacale d'un gris d'ardoise.

Le *foie* , volumineux , s'étend jusque dans l'hypocondre gauche ; son parenchyme, rouge et brunâtre, est sain. Le colon transverse représente un S couché horizontalement. On voit sur la ligne médiane, dans l'angle rentrant formé par les deux lobes, une anse fortement distendue par des gaz.

Rate peu volumineuse, peu consistante.

Intestin grêle. Sa muqueuse, décolorée, grisâtre, présente, à 7 ou 8 décim. au-dessus de la valvule iléo-cœcale, une foule de granulations blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle, assez régulièrement disposées. Point de plaques, si ce n'est à 1 décim. au-dessus de la valvule, où l'on en voit une d'un gris-noirâtre, sans saillie ni dépression appréciable, avec un pointillé noir. Immédiatement au-dessus de la valvule, la muqueuse, dans tout le calibre de l'intestin, offre une coloration semblable.

Le *colon* ascendant présente une injection vasculaire assez prononcée, qui cesse au colon transverse.

Ganglions mésentériques engorgés.

Organes génito-urinaires. — *Reins* décolorés par plaques à leur surface ; parenchyme pâle ; vessie distendue par de l'urine rougeâtre ; parois saines.

Verge. Rien de particulier dans l'urètre, le gland ni les corps caverneux. Testicules petits, sains.

Cerveau. Injection rouge des vaisseaux de la pie-mère ; sablure de la substance cérébrale : parenchyme d'ailleurs normal.

---

peindrai qu'imparfaitement le spectacle intéressant que nous offrit la lutte des anguilles contre les chevaux. Les Indiens, munis de joncs très longs et de harpons , se placent autour du bassin ; quelques-uns d'eux montent sur les arbres, dont les branches s'élancent au-dessus de la surface de l'eau ; tous empêchent par leurs cris et la longueur de leurs joncs, que les chevaux n'atteignent le rivage. Les anguilles , étourdies du bruit des chevaux, se défendent par la décharge réitérée de leurs batteries électriques. Pendant longtemps elles ont l'air de remporter la victoire sur les chevaux et les mulets ; partout on en vit de ces derniers qui , étourdis par la fréquence et par la force des coups électriques, disparurent sous l'eau. Quelques chevaux se relèvent , malgré la vigilance active des Indiens , gagnèrent le rivage , excédés de fatigue, et les membres engourdis par la force des commotions électriques, ils s'y étendirent par terre tout de leur long.

» J'aurais désiré qu'un peintre habile eût pu saisir le moment où la scène était le plus animée. Ces groupes d'Indiens entourant le bassin ; ces chevaux qui , la crinière hérissée , l'effroi et la douleur dans l'œil, veulent fuir l'orage qui les surprend ; ces anguilles jaunâtres et livides, qui, semblables à de grands serpents aquatiques, nagent à la surface et poursuivent leur ennemi : tous ces objets offraient sans doute l'ensemble le plus pittoresque. Je me rappelai le superbe tableau qui représente un cheval entrant dans une caverne, et effrayé à la vue du lion ! L'expression de la terreur n'est pas plus forte que celle que nous eûmes dans cette lutte inégale.

» En moins de cinq minutes deux chevaux étaient déjà noyés. Après ce début, je craignais que cette chasse ne finît bien tragiquement. Je ne doutais pas de voir noyés peu à peu la plus grande partie des mulets. Mais les Indiens nous assurèrent que la pêche serait bientôt terminée, et que ce n'est que le premier assaut des gymnotes qu'il faut redouter. En effet, quand le combat eut duré un quart d'heure , les mulets et les chevaux parurent moins effrayés ; ils ne hérissaient plus leur crinière ; leur œil exprimait moins la douleur et l'épouvante. On n'en vit plus tomber à la renverse ; aussi les anguilles, nageant à mi-corps hors de l'eau et fuyant les chevaux au lieu de les attaquer, s'approchèrent elles-mêmes du rivage. On leur jeta de petits harpons attachés à des cordes ; le harpon en accrochait deux à la fois. Par ce moyen on les tira hors de l'eau, sans que la corde très sèche et assez longue communiquât le choc à celui qui la tensit ; en peu de minutes, cinq grandes anguilles étaient sur le sec. On aurait pu en attraper une vingtaine si nous en avions eu besoin pour nos expériences....

« Les Indiens nous assuraient qu'en mettant les chevaux deux jours de suite dans une mare remplie de gymnotes aucun cheval n'est tué le second jour ; il faut à ces poissons électriques du repos et une nourriture abondante pour produire ou pour accumuler une grande quantité d'électricité. »

Voilà certainement des faits tout aussi curieux et singuliers que la jeune fille torpille, et que l'on ne s'avise pas cependant de révoquer en doute. Remarquons cependant, d'après les belles recherches de M. Matteucci, que la torpille est bien plus heureusement douée que notre pauvre Angélique, car celle-ci fait sa décharge électrique involontairement et sans la participation aucune de l'intelligence, tandis que c'est sciemment, sous l'influence de la volonté et quand le besoin s'en fait sentir que la torpille met en action ses batteries énergiques.

— Je voudrais maintenant vous parler d'une découverte thérapeutique et hygiénique faite par le célèbre auteur de la Chirurgie simplifiée, l'excellent et spirituel M. Mayor, de Lausanne. Cette découverte est bravement intitulée les *Bains sans baignoire*, titre fort original et qui doit vous faire venir l'eau à la bouche. Mais j'ai lu cette brochure et je n'aurais rien de bon à en dire ; je ne veux pas affliger la vieillesse si gaie de notre bon confrère de Lausanne. D'ailleurs, M. Mayor est en ce moment à Paris, les devoirs de l'hospitalité m'interdisent toute critique , et je ne veux me souvenir en ce moment que de l'ingénieux, charitable et ardent propagateur de la nouvelle déligation chirurgicale dont les médecins de campagne apprécient de jour en jour l'utilité et les services.

— L'Académie de médecine est en ce moment fort occupée de la nomination des membres correspondants régnicoles ; elle va en faire une première fournée arrêtée au chiffre de vingt ; ceux-ci seront choisis sur une liste de quarante proposée par une commission nommée à cet effet. J'ai entendu dire beaucoup de choses et de fort singulières à l'endroit de cette liste. La commission aurait, dit-on, adopté en principe que l'Académie ne doit nommer des correspondants que là où elle n'en a pas, qu'elle doit se déterminer moins par le mérite intrinsèque des hommes que par le nombre plus ou moins grand de correspondants qu'elle a dans telle ou telle localité. Ainsi , ce principe revient à ceci : il nous faut des correspondants là et là peu importe leur valeur. J'avoue qu'il m'est difficile de comprendre qu'une compagnie telle que l'Académie de médecine ait pu adopter et consacrer un principe aussi singulier que celui-là. Aussi remarque-t-on sur la liste l'absence regrettable d'un grand nombre de noms chers à la science. Je ne ferai pas à mes lecteurs l'injure d'insister sur ce que la décision de la commission présente d'incorrect, d'illogique, de dangereux pour l'Académie, de peu aimable pour la liste des quarante. Il y a lieu d'espérer que si l'Académie a fait cette fois fausse route, elle rentrera dans le bon chemin pour la prochaine fournée.

La question des correspondants de l'Académie, qui intéresse la réputation et la position honorifique d'un grand nombre de nos confrères des départements , aurait besoin d'être examinée avec soin sous le rapport des droits et des devoirs que ce titre confère et impose. Il est possible que prochainement, et à l'occasion d'un conflit que je voudrais éviter, la presse ait à s'emparer de ce sujet. Ce qu'il y a de très remarquable, c'est que les statuts et règlements de l'Académie ne disent rien ou presque rien à cet égard, et que cette compagnie n'est régie sous ce rapport que par des précédents ou des décisions extemporanées qui quelquefois ont frisé l'arbitraire et même l'injustice. Je le répète, il y a quelque chose à dire et à faire sur ce point ; je désire — et les hommes justes, sages et désintéressés de l'Académie me comprendront — que l'occasion ne m'en soit pas prochainement offerte.

— On annonce que la Commission du budget de la Chambre des députés vient de rejeter l'allocation demandée pour la création d'une chaire d'anatomie comparée à la Faculté de Paris. Je rapporte cette nouvelle sans commentaires, en ajoutant seulement, ce que je tiens de bonne source, que la Commission se serait décidée à ce rejet en voyant que cette chaire n'est pas au nombre de celles qui ont été demandées par le Congrès médical.

— La mort vient de frapper cruellement dans nos rangs. L'Académie de médecine a perdu, ces jours-ci , un de ses membres les plus zélés et les plus éclairés, M. Delens, ancien inspecteur général de l'université. Cet honorable praticien , dont l'éloge est dans toutes les bouches , n'était âgé que de cinquante-neuf ans. M. Delens a publié plusieurs travaux, dont le plus important est le Dictionnaire de matière médicale fait en collaboration avec M. Mérat. Sa parole, toujours sage et digne , était écoutée avec respect à l'Académie de médecine, dont il était un des membres les plus assidus. Sa mort a été un exemple de résignation, de courage et de foi chrétienne.

Une autre perte bien douloureuse est celle de M. Husson fils, jeune et méritant confrère qui entrait à peine dans la carrière sous les auspices de l'ancienne et si honorable réputation de son père, que cette mort cruelle jette dans la plus profonde affliction.

Enfin, M. le docteur Louis, secrétaire général de la Société médicale du Temple , autre jeune confrère aimé et honoré de tous ceux qui l'ont connu, vient de succomber à la phthisie pulmonaire.

Jean Raimond.

P. S. D'après la séance d'aujourd'hui, à l'Académie des Sciences, les choses ne tourneraient pas très favorablement pour mademoiselle Angélique, qui, au dire de plusieurs, ne serait qu'une pseudo-torpille. La commission de l'Académie n'a pu rien voir, rien constater, si ce n'est une supercherie évidente dans l'expérience des deux pôles d'un aimant.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Piorry.

Compte-rendu de la clinique pendant le mois de janvier 1846 (suite du numéro du 12 février). Rédigé par M. Henri Duclos (de Rouen).

Fièvre typhoïde (entérite septicémique). *Mort. Désordres impossibles à diagnostiquer par la percussion. Considérations pratiques sur l'état de la langue et sur l'éruption sacrée chez les sujets typhoïdes.*

Nous rapporterons l'autopsie d'une malade, couchée au n° 7 de la salle Sainte-Geneviève, afin de montrer, par les désordres qui existaient, l'impossibilité de les diagnostiquer par la percussion seule pendant la vie et la nécessité de baser en même temps le diagnostic sur l'ensemble des symptômes.

Le 22 janvier, nous avons fait cette autopsie vingt-huit heures après la mort. En incisant la paroi abdominale au niveau du foie, le scalpel est entré dans une cavité d'où a fait irruption une grande quantité de gaz fétides. Nous avons continué l'incision avec précaution en bas, puis transversalement et à gauche de bas en haut. Alors, en voulant relever la paroi abdominale antérieure, nous avons été arrêté par des adhérences très fortes qui encadraient le paquet intestinal à droite, en bas et à gauche. Ces adhérences une fois détruites, il a été facile de séparer la paroi abdominale du paquet intestinal jusque près du bord inférieur du foie, où de nouvelles adhérences fibreuses aussi fortes que les premières ont dû encore être détruites avec précaution. Cela fait, nous avons vu le paquet intestinal (intestin grêle et gros intestin) ramassé sur la ligne médiane, entouré de tous côtés par un canal de couleur grisâtre formé, à droite, par toute la face supérieure du lobe droit du foie, limité en haut par le ligament coronaire, à gauche par le ligament suspenseur, en avant par la face interne des dernières côtes recouvertes de leurs muscles; plus bas, le canal est moins large : il a une largeur de cinq travers de doigt; il est limité en arrière par le rein, en avant et à droite par la paroi abdominale, à gauche par la masse intestinale; il descend dans la fosse iliaque droite, toujours à gauche de l'intestin, et ayant pour paroi antérieure la paroi abdominale; puis, s'élargissant, il occupe toute l'excavation du petit bassin au-devant de la matrice, dont le bord supérieur est uni par des adhérences avec le bord inférieur du paquet intestinal. Entre le bord supérieur du pubis et l'intestin, il y a six travers de doigt; dans cet espace encore, la paroi abdominale forme le canal en avant. Celui-ci remonte dans la fosse iliaque gauche, dans le flanc gauche, où sa largeur est de trois travers de doigt. Ici, comme à droite, nous le répétons à dessein, la paroi abdominale forme la paroi antérieure. Il arrive dans l'hypocondre gauche, où ses parois externe et antérieure sont formées par les muscles diaphragme et transverse de l'abdomen, sa paroi interne par la face externe de la rate, sa paroi postérieure par la face antérieure de la capsule surrénale et les muscles. Le canal s'arrête en haut, à gauche de l'ouverture œsophagienne du diaphragme; quelques centimètres de la face inférieure du lobe gauche du foie forment en ce point sa paroi antérieure.

Après avoir monté de bas en haut, à gauche, dans l'hypocondre gauche, le conduit morbide change de direction et forme avec sa direction première un angle à peu près droit, plutôt aigu; il se porte de gauche à droite, formé en arrière par une partie de la face antérieure de l'estomac, en avant par la paroi abdominale, ensuite en bas par des adhérences fibreuses unissant fortement la paroi abdominale au colon transverse, et en haut par des adhérences de même nature unissant le bord inférieur du lobe gauche du foie à la face antérieure de l'estomac, en même temps qu'à la paroi abdominale, de sorte que la face supérieure et inférieure de ce lobe du foie est préservée et parfaitement saine; le bord inférieur du lobe droit est uni également à l'intestin et à la face antérieure de l'estomac, mais non pas aux parois abdominales, de telle sorte que la face supérieure de ce lobe sert de paroi au canal : la face inférieure est parfaitement intacte.

Le point de communication entre le côté droit et le côté gauche du conduit est un pertuis admettant seulement le petit doigt et situé au niveau de l'échancrure du sillon longitudinal du foie.

Dans ce canal, nous avons trouvé des gaz qui ont fait irruption au premier coup de scalpel, puis un liquide d'un blanc sale contenant des grumeaux de matières fécales délayées; la majeure partie du liquide a coulé dans l'excavation pelvienne à cause de la position déclive du cadavre. La couleur de la surface interne du canal est gris de cendre : on n'y voit point de traces d'injection.

Le paquet intestinal est entouré par ce canal immobile; ses circonvolutions, sur les côtés et en bas, sont intimement réunies entre elles par la paroi correspondante du conduit fibreux, et les circonvolutions adhèrent excessivement peu entre elles par tout autre point; elles adhèrent peu, ainsi que le grand épiploon, à la paroi abdominale : on ne voit là que des filaments fibrineux très mous et sans résistance.

On ne voit nulle part de traces d'injection rouge, mais seulement il existe quelques points rares de couleur gris-ardoisé attestant la péritonite chronique.

Examinant la surface intérieure de l'intestin, nous avons trouvé au côté externe du cæcum une large perforation de forme elliptique, à bords d'apparence fongueuse, admettant le volume du petit doigt; elle fait communiquer la cavité de l'intestin avec celle du conduit décrit ci-dessus. Et cette perforation n'est pas une déchirure artificielle, car elle existe sur la paroi interne du canal fibreux, et nous avons déjà dit quelle était la densité du tissu qui la forme.

Dans le cæcum, autour de cette perforation, on trouve des cicatrices bien évidentes d'anciennes ulcérations. En ouvrant l'intestin grêle, on le trouve couvert d'un enduit formé en grande partie de bile; on ne trouve pas de plaques de Peyer développées. L'intestin est partout très pâle; l'estomac, revenu un peu sur lui-même, présente une surface blanche couverte d'un dépôt brun dû au vin que l'on donnait dans les derniers jours à la malade, car elle ne présentait alors que les signes de l'anémie la plus profonde.

Le foie est assez volumineux, il s'avance jusque dans l'hypocondre gauche; il a 15 centimètres dans son diamètre vertical le plus grand. La vésicule biliaire contient un calcul, et est distendue par de la bile.

Le cœur est petit. Le péricarde contient une cuillerée ou deux de sérosité limpide. Les poumons sont parfaitement sains. Les plèvres ne présentent pas d'adhérences notables. Le cerveau est également sain.

Pendant la vie, la malade, entrée dans les premiers jours de décembre, avait présenté tous les phénomènes d'une entérite septicémique. Il ne restait plus, au commencement du mois de janvier, qu'une anémie très grande; on la combattait par des aliments consistant en potages les plus substantiels qu'il est possible, lorsque survinrent des accidents fébriles plus intenses, une diarrhée abondante. Des douleurs vagues dans le ventre, toutefois assez aiguës de temps en temps pour arracher des gémissements à la malade, firent diagnostiquer une perforation intestinale. Dans cette idée, on maintint la malade à la diète; les accidents perdirent leur caractère aigu, la malade n'attestait que des douleurs très vagues : la pression ne les augmentait pas au point qu'on pût les attribuer plutôt à une péritonite qu'à la distension des intestins par les gaz.

La percussion, dans ce cas, ne pouvait rien apprendre. En effet, la mobilité de l'épanchement formant la base du diagnostic de l'inflammation des séreuses était bien impossible dans le cas qui nous occupe. Le bruit hydraérique dû à la réunion de gaz et de liquides dans le conduit morbide, était rapporté à la présence de matières dans le colon ascendant et descendant, tandis qu'en réalité on se trouvait en dehors de ces organes.

Est-ce à dire que la percussion soit un moyen d'exploration infidèle? Point du tout. Mais l'on avait affaire à un cas qui peut-être n'a pas son pareil; bien plus, le même cas se reproduirait, que très probablement on ne pourrait le diagnostiquer. — La malade est morte d'épuisement, dans le marasme.

— Quelques-unes des particularités qu'a présentées cette malade pendant le cours de cette grave affection, ont fourni l'occasion à M. Piorry d'émettre quelques considérations pratiques dont on appréciera l'importance.

Il est une source d'erreurs, dit M. Piorry, contre laquelle on ne se prémunit pas assez souvent, et qui peut faire croire à l'existence du délire chez un malade, alors que son intelligence est parfaitement saine. Il arrive souvent, en effet, qu'un malade balbutie, hésite, fait des réponses incomplètes, ou qu'il ne répond pas immédiatement aux questions qu'on lui adresse, ce qui fait croire qu'il ne comprend pas ces questions; cette hésitation à répondre, dans bien des cas, n'a réellement d'autre cause que la sécheresse de la bouche. La langue couverte d'un enduit épais, desséché, se meut avec une extrême difficulté; si l'on humecte alors la bouche, la liberté des mouvements est rendue à la langue, l'apparente incohérence des réponses disparaît aussitôt; le pronostic devient dès lors moins grave, et la médication différera de celle que l'on aurait employée.

Nous avons observé ce phénomène chez un homme atteint de variole, et qui ne pouvait articuler les mots, ni achever ses phrases, parce qu'un enduit sec et noir tenait sa langue immobile. L'expression de la figure ne pouvait d'ailleurs guider ici le médecin, car elle était altérée par la présence des pustules; et le gonflement des paupières empêchait de voir les yeux.

M. Piorry appelle aussi l'attention de ses élèves sur les précautions que l'on doit prendre pour tourner sur le côté un malade couché depuis longtemps sur le dos, et dont la peau du sacrum est rouge, enflammée par l'effet du décubitus. Si pour mettre le malade sur le côté, on le saisit par la fesse au niveau du grand trochanter, on s'expose à ce que le tiraillement, s'exerçant jusqu'à la peau malade, ne détermine aussitôt la production d'une fissure plus ou moins étendue, prolongeant en haut le sillon interfessier. Cette fissure est grave, car elle peut devenir un point de départ d'où la gangrène s'étend avec bien plus de facilité. Il faut donc, pour tourner le malade, le saisir d'une main par la région lombaire, de l'autre par le milieu de la cuisse du même côté. M. Piorry fait aussi remarquer que constamment, dans la septicémie, il existe à la région sacrée une éruption pustuleuse à laquelle il attache une grande importance pour le diagnostic. L'humidité due aux matières fécales, à l'urine est la cause occasionnelle de cette éruption, il est vrai, mais la seule existence de cette humidité n'amène pas le développement des pustules; on a pu s'en assurer en observant d'autres malades dont l'état général était bon, et qui, toujours couchés, avaient seulement, par exemple, une incontinence d'urine.

La présence de ces pustules réclame d'ailleurs toute l'attention du médecin à un autre titre; c'est que sur elles se développent toujours les premiers points noirs, centres de petites eschares qui se réuniront en une seule plus ou moins large : cela est constant. M. Piorry, à la première apparition des eschares dans l'entérite septicémique, les fait toucher avec le fer rouge, et les fait panser avec de l'alcool créosoté et de la poudre de quinquina.

Cette médication locale a été employée avec succès chez une jeune fille, dont nous rapporterons sommairement l'histoire.

Entérite suivie d'anémie profonde; éruption pustuleuse, et eschares au sacrum et aux régions trochantériennes. Application du fer rouge. Pansement avec l'alcool créosoté et le quinquina. Guérison.

Une jeune malade couchée au n° 11 de la salle Sainte-Geneviève, tomba dans une anémie profonde à la suite de selles très abondantes. Le pouls était filiforme, très rapide; on percevait 120 à 130 pulsations par minute. Des eschares apparurent au sacrum sur l'éruption pustuleuse, sur les deux saillies trochantériennes, au centre d'ecchymoses préalablement formées à la commissure postérieure de la vulve, et en quatre points différents du sillon situé entre les grandes et les petites lèvres.

Tous ces points nécrosés ont été touchés avec le fer rouge et pansés comme nous l'avons dit; des plumasseaux de charpie humectés d'alcool créosoté ont été appliqués sur les eschares, et on a saupoudré largement le pansement et les parties voisines de poudre de quinquina, afin d'absorber le mieux qu'il est possible l'humidité.

Le but ici était de limiter les eschares analogues au charbon qui tend sans cesse à s'étendre, ensuite d'empêcher la suppuration jusqu'à ce que la malade eût recouvré des forces qui pussent la lui faire supporter. On rendait les parties mortifiées imputrescibles afin d'empêcher l'absorption des matières putrides, qui s'effectuerait si on abandonnait les choses à elles-mêmes.

En même temps, on s'est occupé de relever les forces de la malade; on y est parvenu en lui donnant des bouillons gras les plus substantiels qu'il est possible, et on est allé graduellement jusqu'à lui donner une bouteille de vin en vingt-quatre heures. Aujourd'hui la malade est dans un état très satisfaisant : elle ne délire plus comme elle le faisait dans le plus haut degré de son anémie; elle commence à prendre des aliments solides; le pouls est devenu plus fort, moins fréquent, et tout fait espérer un parfait rétablissement.

Bibliographie.

Anthropologie, ou Etude des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme; par le Dr A. Bossu.

L'ouvrage de M. Bossu a pour but d'initier le public éclairé à la connaissance de la structure, des fonctions et des maladies du corps humain.

Au moment où les hommes d'nn esprit sérieux et intelligent cherchent de toutes parts à augmenter la somme des notions scientifiques désormais indispensables au progrès de la civilisation, l'auteur a pensé qu'il manquait un livre qui réunit le double avantage de permettre aux hommes du monde de prendre une teinture des connaissances dont l'ensemble constitue l'art de guérir, et en même temps d'offrir aux médecins, aux élèves surtout, un résumé succinct capable de rappeler à leur mémoire les principaux points de la science à l'étude de laquelle ils se livrent. C'est assez dire que M. Bossu n'a point l'intention de faire des médecins des gens du monde qui le liront; s'il en eût été antrement, nous aurions cru de notre devoir de nous élever contre la tendance de l'ouvrage. C'est en médecine surtout que l'on doit dire, avec le poète latin : *Odi profanum vulgus et arceo*. Mais, nous le répétons, le point de vue sous lequel nous pensons que M. Bossu a rendu un véritable service, c'est celui-ci : D'avoir donné à l'homme de l'art, et surtout aux commençants, un traité d'ensemble, résumé conçis et complet, qui peut leur servir de guide dans la pratique difficile de la médecine.

L'Anthropologie comprend cinq divisions principales : Anatomie, physiologie, hygiène, pathologie et thérapeutique. Chacune de ces sections principales se subdivise en trois parties, et chacune de ces subdivisions se correspondent, se complètent les unes par les autres. Ainsi, en anatomie, il y a trois classes d'organes, organes de relation, de nutrition, de génération; en physiologie, trois classes de fonctions; en hygiène, trois classes d'influences; on pathologie, trois classes de maladies.

De cette façon, dit l'auteur, la machine humaine est examinée sur toutes ses faces, non-seulement dans son ensemble, mais encore dans ses principales parties, et dans chaque organe pris isolément.

Un formulaire thérapeutique placé à la fin du second volume, indique, par ordre alphabétique, les médicaments les plus employés, leurs usages, leurs doses, leurs modes de préparation et d'administration. Enfin, un atlas de 20 planches rappelle les principales dispositions anatomiques du corps humain; et, sans dispenser des dissections sur le cadavre, facilite l'intelligence de la partie anatomique, et fixe les souvenirs de ceux chez lesquels l'habitude de la pratique a rendu, sous ce rapport, la mémoire quelque peu paresseuse.

Le livre de M. Bossu est fait avec conscience; il révèle chez son auteur des connaissances aussi variées qu'étendues, et nous pouvons, sans crainte, lui prédire un légitime succès.

REVUE GENÉRALE.

Cas remarquable d'hydrophobie survenue sept ans après l'inoculation. — Le Journal de médecine rapporte un fait dû à M. Bouillod, de Saint-Germain (Jura), duquel il semblerait résulter que l'hydrophobie a pu rester à l'état latent pendant l'intervalle énorme de sept ans. D'après le rédacteur du Journal de médecine, le fait que nous allons rapporter en détail serait explicable par les trois hypothèses suivantes :

1° Celle d'nne rage pure et simple survenue après l'inoculation;

2° Celle d'une fièvre miliaire anormale, presque frustrée de son éruption, qui n'aurait apparu que pour révéler la nature de la maladie, et dont les mouvements naturels déviés auraient produit un de ces délires aigus, avec hydrophobie (non rabique), tels qu'on les rencontre quelquefois dans les maisons destinées au traitement des aliénés, sorte de délire sur lequel M. Brierre de Boismont a appelé récemment l'attention dans un excellent travail, dont nous rendrons compte prochainement.

3° Enfin, l'hypothèse d'une latence insolite du principe de la rage communiquée, et dont les premiers symptômes auraient éclaté d'une manière inattendue sous l'influence d'une fièvre miliaire. On sait, en effet, que cet accident morbide intercurrent, a quelquefois la propriété d'exciter l'évolution d'un germe morbide ou incubation dans l'organisme.

C'est à cette dernière supposition que l'auteur dit être tenté de s'arrêter, afin de pouvoir expliquer la double série des phénomènes très spéciaux et très caractéristiques, chacune dans son genre, que ce malade a présentée, savoir, d'une part, la forme du début qui a été celle des fièvres; l'éruption, les étouffements, symptômes propres à la fiè

vre miliaire; d'autre part, les accès convulsifs, l'hydrophobie, les envies de mordre, l'horreur des corps brillants et la conscience morbide de la cause de ces accès révélée spontanément par le malade, après un laps de temps qui devait faire croire au succès de la cautérisation par le fer rouge pratiquée à l'époque de la morsure.

Voici le fait en question :

Jainoy de Mantry, âgé de quarante ans, ayant toujours joui d'une assez bonne santé, s'est alité, le 22 février 1845, avec un frisson qui a duré une partie de la nuit; le 23, je l'ai visité pour la première fois. Peau chaude et humide; pouls à 80; langue blanche, large, et fréquente envie d'uriner; un peu de sensibilité à l'épigastre, ventre libre; aucun autre symptôme. — Diète, tisane aqueuse; cataplasmes émolliens sur l'abdomen; quelques petits lavements.

Le 24, on est venu me dire de grand matin que le malade paraissait toujours dans le même état; seulement, de neuf heures du soir à minuit, il a souffert d'un grand étouffement. Ne pouvant le voir ce jour-là, je recommandai de bien observer s'il offrait des symptômes intermittents. — Même prescription.

Le 25, on n'a rien remarqué depuis la veille; il a été calme, avec fièvre cependant, jusqu'au milieu de la nuit, où il lui est survenu une crise caractérisée par de l'étouffement qui a duré jusqu'au jour. J'ai appris, mais plus tard, que pendant ce malaise il ne pouvait boire. Mêmes symptômes que précédemment, et, de nouveau, face injectée, yeux hagards. Sur la poitrine et les membres thoraciques, quelques vésicules remplies d'une sérosité opaque, et un pointillé rouge très confluent sous l'épiderme, mais non proéminent. Le malade accuse une douleur vive à l'estomac, quoique celui ci soit insensible à la pression. Je pensai avoir affaire à une fièvre miliaire, et avec d'autant plus de probabilité que j'en soignais plusieurs en ce moment, parmi lesquelles je comptais un de mes proches parents, lequel éprouvait absolument les mêmes symptômes, avec des accès d'étouffement revenant toutes les nuits, mais à des heures différentes.

Pour moi, la question des fièvres miliaires, fléau de nos contrées, n'est pas douteuse; il est bien rare que je n'en aie pas en traitement, et je profite de cette occasion pour dire que je les vois presque toutes guérir. Je pense devoir ces succès au quinquina, que j'administre très fréquemment dans ces affections. Presque tous les malades offrent des symptômes très alarmants et de nature très variée, revenant par accès, mais rarement d'une manière régulière. C'est durant le cours d'un de ces accès, qui n'ont pas toujours été remarqués par mes confrères, tant ils sont quelquefois imperceptibles, que périssent les malades. La mort arrive invariablement de la même manière : ce sont toujours des symptômes cérébraux qui terminent la scène.

Je prescrivis donc au malade, sujet de cette communication, dix grains de sulfate de quinine dans le but de prévenir le retour des accès d'étouffement qu'il avait éprouvés les deux nuits précédentes; j'employai les révulsifs sur les extrémités.

Je venais seulement de le quitter, il était onze heures du matin, lorsque tout à coup tous les membres entrent en convulsion : il veut sortir du lit. Il raconte qu'il y a sept ans il a été mordu par un chien enragé et qu'il s'est enragé lui-même. Les témoins de ce triste spectacle se souviennent, en effet, qu'il y a sept ans il a été mordu et cautérisé avec le fer rouge. La rage de l'animal était bien réelle puisque des bêtes à cornes, mordues dans le même instant, en ont péri. Dès ce moment, il a fallu une grande force pour contenir ce malheureux : il faisait des efforts considérables pour mordre les personnes qui le tenaient. Ayant demandé lui-même une glace pour se voir, il la rejeta en poussant des cris affreux : il brisait avec les dents le verre qu'on lui offrait.

Après deux heures d'horribles souffrances, il est retombé sur son lit. Il était mort.

Des cas dans lesquels il convient de guérir les gourmes. — Sous ce titre, M. le professeur Trousseau a publié dans le Journal de médecine un travail intéressant sur la question de savoir si l'on doit guérir les gourmes des enfants ou s'il faut les respecter. L'auteur commence par établir les propositions suivantes :

Les gourmes sont souvent la manifestation extérieure d'une diathèse.

Leur explosion coïncide avec une amélioration notable de la santé.

Leur guérison est quelquefois suivie des accidents les plus graves.

D'un autre côté : Les gourmes peuvent n'être nullement diathésiques.

Leur apparition peut être l'occasion d'accidents fort graves.

Leur guérison peut et doit être obtenue rapidement.

Bien qu'elles paraissent contradictoires en certains points, ces propositions sont fondées sur l'expérience des faits. Et d'abord, pour M. Trousseau, la diathèse est une disposition spéciale du corps de l'homme, en vertu de laquelle certains produits morbides se forment de préférence à d'autres avec une facilité toute particulière. La diathèse peut être acquise ou congénitale. Les gourmes sont le plus souvent une des manifestations de la diathèse de suppuration, diathèse acquise. Souvent aussi, la diathèse dartreuse joue dans leur production le rôle principal; celle-ci est le plus souvent héréditaire; enfin, dans beaucoup de cas, ces deux diathèses concourent et impriment alors à la maladie extérieure une gravité et en même temps une ténacité remarquables.

La maladie, à moins qu'elle ne soit héréditaire, est presque toujours pour l'auteur le résultat d'une diathèse morbide, que cette diathèse se soit développée vite ou lentement. La plupart des causes morbifiques peuvent être considérées comme un poison morbide, qui éveille dans le corps de l'homme des mouvements spéciaux et donne lieu à des lésions diverses. Il est quelques-unes de ces causes qui semblent ne pas aller au delà de l'épiderme, en ce sens qu'elles bornent leur action au point touché, sans que l'harmonie générale ait été troublée. Un grand nombre d'agents irritants sont dans ce cas.

Quelques-unes, d'abord exclusivement locales, finissent par devenir générales, en ce sens que certains principes absorbés agissent dans l'économie à la manière d'un ferment multiplicateur.

D'autres s'attaquent d'emblée à la masse, s'y mêlent en silence, et sans provoquer d'abord de troubles appréciables, jusqu'au moment où, ayant donné lieu à une sorte de fermentation générale, il se fasse, à une époque déterminée, du côté de la peau ou des membranes muqueuses, une manifestation nécessaire, et d'une durée tantôt limitée, comme pour les fièvres éruptives, tantôt fort incertaine, comme pour l'impétigo, etc. Ce que l'on désigne sous le nom de gourmes rentre dans l'une de ces trois catégories.

Sans suivre l'auteur dans les nombreux développements qu'il donne à son sujet, et sans passer en revue avec lui chacun des cas qu'il signale et qu'il fait rentrer dans les classes qu'il a déterminées, nous passerons de suite aux conclusions auxquelles il est arrivé :

A. Lorsqu'un enfant est bien portant, les gourmes ne sont jamais nécessaires; comme elles peuvent être très nuisibles, il faut à tout prix les arrêter dès leur début.

B. Lorsque par malheur les gourmes se sont établies chez un enfant bien portant, et que la santé reste bonne, les gourmes doivent être guéries, mais lentement, et avec de grandes précautions.

C. Lorsqu'un enfant était habituellement mal portant, et qu'une florissante santé est survenue depuis l'explosion des gourmes, celles-ci doivent être respectées, entretenues, et l'on ne doit songer à les guérir que lorsque la santé est depuis longtemps raffermie, et que la disparition ou la diminution spontanée des gourmes n'a pas semblé troubler la bonne santé de l'enfant

D. Quand les gourmes s'accompagnent d'inflammation et de suppuration excessives, il faut modérer leur violence.

E. Si elles envahissent quelques parties importantes, telles que les yeux, les fosses nasales, le conduit auditif, il faut s'opposer par tous les moyens à leur extension.

Le traitement des gourmes fera le sujet d'un article ultérieur.

Un fait de responsabilité médicale d'un nouveau genre vient d'être soulevé en Angleterre. M. Hale Thompson, chirurgien de l'hôpital de Westminster, était accusé, par *ses élèves*, d'incapacité comme professeur et comme opérateur. Une première plainte avait été portée sans résultat; mais à la seconde, signée par presque tous les élèves de M. Thompson, la commission des professeurs de l'hôpital de Westminster a nommé un sous-comité pour faire une enquête. Plusieurs séances ont été consacrées à discuter l'opportunité des opérations, et même jusqu'aux doses des médicaments administrés aux malades. M. Thompson a refusé de donner des renseignements sur plusieurs cas déjà fort anciens. Enfin, l'assemblée a prononcé qu'il n'existait aucun fait tendant à faire douter de l'habileté professionnelle du docteur Thompson.

Avec cette tendance de la jeunesse médicale, nous savons des professeurs de nos facultés de France qui pourront bien, un de ces jours, éprouver le même désagrément que M. Thompson. (*Gaz. méd. chir.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) N°. 24. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Symptomatologie de l'hystérie. Diagnostic différentiel.

(Suite du numéro du 18 décembre.)

Il survient dans les mouvements du cœur des modifications importantes, des palpitations, de l'accélération du pouls; la face, le cou se gonflent. La respiration devient bruyante, anxieuse; on dirait que la malade est sur le point de suffoquer; cette imminence de suffocation est plus grande encore pendant le temps de la digestion. Les malades éprouvent, disent-elles, un resserrement à la gorge et dans le trajet de l'œsophage; elles rejettent tout ce que l'on veut leur faire avaler; quelquefois il y a des vomissements qui durent tellement longtemps et sont portés si loin qu'ils se terminent par des hématémèses. Dans ces cas, y a-t-il une congestion sanguine dans le ventricule? à quoi peut-on rapporter ces vomissements de sang? On n'en sait rien, et l'on est forcé de renoncer aux explications. Vous voyez que, dans tous ces phénomènes, il n'y a rien qui ait trait à l'altération de l'utérus. Nous verrons plus loin que souvent les accès d'hystérie surviennent pendant l'époque menstruelle. Mais encore ceci ne prouve rien. La menstruation modifie l'état de la femme tout entier, et n'influe pas seulement sur un appareil d'organes.

Landré-Beauvais attachait une grande importance à l'expression de la face chez les malades, et à la contraction des muscles. Cette contraction lui paraissait établir une grande différence entre l'hystérie et l'épilepsie. Il est certainement possible qu'il y ait sous ce rapport des différences sensibles, mais elles ne peuvent pas constituer un caractère distinctif. On a dit que l'écume à la bouche, les claquements de dents se trouvent quelquefois dans l'hystérie. Nous ne prétendons point qu'il n'en soit pas ainsi dans quelques cas; mais, selon nous, ces phénomènes se rattachent plus particulièrement à l'épilepsie. Nous ne vous avons rien dit du sommeil stertoreux; il n'existe pas dans l'hystérie, mais seulement dans l'épilepsie.

Jusqu'ici, nous ne vous avons parlé que des changements qui surviennent dans les fonctions surtout de l'innervation. Maintenant, deux circonstances peuvent se rencontrer : ou la malade n'a qu'un seul accès, et alors il dure vingt minutes, une demi-heure même, beaucoup plus longtemps par conséquent que dans l'épilepsie. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il y a plusieurs accès qui se succèdent à intervalles qui varient depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures. Qu'il y ait une seule ou plusieurs attaques, la malade revient à elle même, reprend connaissance non pas d'une manière instantanée, mais graduellement; et pendant un temps plus ou moins long, mais toujours moindre que dans l'épilepsie, l'intelligence reste un peu diminuée. Dans l'épilepsie, le sujet reste sans connaissance et comme idiot après l'attaque, ce qui n'arrive jamais après l'accès d'hystérie.

Après l'attaque, et surtout si la maladie dure depuis longtemps et que les accès soient fréquents, il survient des altérations prononcées dans l'intelligence. Les malades sont en proie à des craintes, à des idées confuses; la connaissance revient lentement. Il y a des paralysies locales qui persistent de plus en plus longtemps; quelquefois même des paralysies générales. Plus les accès se répètent, plus leur durée est longue. Elle varie alors depuis une demi-heure, jusqu'à un jour entier quelquefois.

Avant d'aller plus loin, disons quelques mots de l'état des malades dans l'intervalle des accès sous le rapport de la sensibilité, de la motilité et des fonctions de la vie organique.

Les phénomènes sont à peu près les mêmes que ceux que nous avons décrits, sauf l'intensité et le degré de violence. Il est important dans ces cas de distinguer ceux qui sont à leur premier accès et ceux qui en ont déjà ressenti un grand nombre. Les accidents sont infiniment plus marqués chez les femmes qui sont dans cette dernière catégorie. Pour celles qui ne sont malades que depuis peu de temps, elles conservent, dans l'intervalle de leurs accès, presque toute l'apparence d'une bonne santé. Chez celles qui sont malades depuis longtemps, au contraire, la sensibilité morale est exaltée, au point que les moindres impressions déterminent des effets souvent terribles. Il en est de même de la sensibilité générale. Au bout d'un certain temps, les phénomènes passagers de l'attaque persistent presque toujours; ils sont plus manifestes dans certaines conditions atmosphériques : lorsque l'air est chargé d'électricité par exemple, les malades deviennent irritables, hypocondriaques, mélancoliques, et portent même souvent cette exaltation jusqu'au suicide. Chez les hystériques, l'intelligence semble d'abord non-seulement être conservée intacte, mais être plus fine, plus aiguë; elles paraissent avoir plus d'esprit qu'on ne leur en connaissait avant que la maladie n'eût débuté. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, des changements surviennent. L'esprit finit par ne plus pouvoir soutenir l'attention que difficilement. Ceci constitue une différence entre l'hystérie et l'épilepsie, qui rend véritablement idiot. Pendant l'intervalle des accès, les malades dorment peu généralement; ils ont un sommeil léger, et presque jamais réparateur. Si nous passons aux fonctions organiques, nous voyons apparaître tous les troubles dont nous avons parlé, nausées, gastralgies, vomissements, palpitations nerveuses, sentiment d'oppression, ou hystérique.

Durée de l'hystérie. — Ce n'est plus ici la durée de l'attaque qu'il s'agit de déterminer, mais bien la durée de la maladie elle-même. Par ce point de son histoire, nous allons voir qu'elle rentre dans la définition que nous avons donnée des névroses. Ordinairement l'hystérie dure fort longtemps, et nous ne voulons pas seulement dire quelques mois, mais plusieurs années. Elle persiste pendant une grande partie de la vie, puis il arrive un moment où elle diminue et finit par disparaître tout à fait. Lorsque la cause qui l'a produite vient à diminuer, lorsque par les progrès de l'âge la constitution se trouve modifiée, les accès s'éloignent, la maladie se guérit. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes d'un certain âge qui ont eu dans leur jeunesse des attaques d'hystérie. Si on vient à leur demander à quel propos ces attaques ont discontinué, dans la plupart des cas elles ne peuvent en rendre compte. Souvent on les a vues disparaître tout à coup sans cause connue, et sans qu'il y ait eu gradation dans la diminution d'intensité de la maladie.

Le retour complet à la santé n'est point une chose très rare dans l'hystérie, tandis que dans les autres névroses on ne l'observe qu'exceptionnellement, si tant est même qu'on l'observe quelquefois. Il est excessivement rare aussi de voir mourir des sujets dans des attaques d'hystérie. Il y a quelques mois, nous fûmes appelé par un de nos confrères les plus distingués pour voir une jeune femme de vingt ans qui était en proie à des accidents convulsifs très marqués; symptômes nerveux que l'on ne pouvait rattacher à aucune lésion matérielle des centres nerveux. Cette femme a succombé, ne présentant rien autre chose que des phénomènes d'hystérie. C'est la première fois depuis que nous nous livrons à la pratique de la médecine, que nous ayons vu chose pareille. Des accidents permanents peuvent survenir à la suite des attaques d'hystérie; nous avons vu quelquefois des paralysies en être la conséquence. Nous avons actuellement dans notre service (salle Sainte-Anne, n° 27) une jeune fille qui a eu des attaques d'hystérie, et qui est atteinte maintenant de paralysie du mouvement et d'anasthésie partielle. Elle paraît, pour le dire en passant, avoir eu autrefois une méningite encéphalite, et peut-être devrait-on rattacher cette paralysie à une lésion organique. La chorée n'est pas rare à la suite de ces attaques d'hystérie; les vomissements nerveux, les gastralgies en sont également la conséquence fréquente.

Etiologie. — Nous devons mentionner d'abord les causes individuelles, et qui sont liées à la constitution des sujets. Une des plus graves est sans contredit l'hérédité, et suppose que la maladie est constitutionnelle. Cette circonstance d'une mère hystérique est des plus fréquentes. L'hérédité a été notée comme très commune par Georget et par M. Louyer-Villermay. Une constitution nerveuse est une prédisposition incontestable à cette affection. La jeunesse, comme le sexe, est une circonstance individuelle qui favorise les attaques hystériques. C'est presque exclusivement chez les femmes et chez les jeunes femmes, que cette maladie se rencontre. Cette condition du sexe est sans nul doute ce qui a fait croire à quelques auteurs que le siége de la maladie était dans l'utérus.

Relativement aux causes étrangères à l'individu malade, nous trouvons la frayeur comme l'une des plus fréquentes. Sur vingt-deux cas recueillis par Louyer Villermay, on trouve la frayeur notée treize fois comme cause de l'hystérie. Pris absolument, ce chiffre est peut-être un peu exagéré. La frayeur produit plutôt l'épilepsie, tandis que les contrariétés, les chagrins, et principalement les amours contrariés, produisent l'hystérie. Les excès vénériens, l'onanisme y prédisposent.

Diagnostic. — Nous arrivons au diagnostic qui est souvent assez difficile, et qui constitue l'un des points les plus importants de l'histoire de l'hystérie. Et d'abord, on l'a quelquefois confondue avec des affections qui au premier abord paraissaient des plus distinctes et des plus éloignées, par exemple avec l'hypocondrie. Or, il n'y a pas le moindre rapport entre ces deux états pathologiques, les caractères de l'hypocondrie sont tous essentiellement différents de ceux qui nous occupent. Les hypocondriaques ne s'occupent que de leurs maux, les décrivent en se servant des expressions hyperboliques les plus exagérées. Ils n'ont qu'une idée fixe, à savoir qu'ils sont malades et gravement malades. D'après cette description sommaire, il ne nous semble pas nécessaire d'établir un parallèle détaillé entre les deux maladies. L'hypocondrie comprend des sensations de douleur illusoires sans accès convulsif; l'hystérie est au contraire caractérisée par des accès convulsifs, sans affection morale de toute douleurs imaginaires.

Pas plus que l'hypocondrie, la nymphomanie ne doit être confondue avec l'hystérie. La nymphomanie est une tendance très grande, exagérée, morbide au plaisir vénérien; chez les hystériques, une tendance pareille peut exister, mais à un degré beaucoup moindre, et ne formant pas l'essence de la maladie.

L'affection convulsive désignée sous le nom d'*éclampsie* est plus facile à confondre avec l'épilepsie, dont elle a, sinon tous les caractères, au moins une grande partie, qu'avec l'hystérie, dont la symptomatologie est tout à fait différente. Une circonstance bien importante aussi, et qu'il importe de ne point négliger, c'est l'examen des conditions dans lesquelles se produit l'éclampsie, conditions qui sont d'une haute valeur pour aider la détermination du diagnostic. Dans l'immense majorité des cas, c'est après l'accouchement que s'observe l'éclampsie; dès le premier moment où les convulsions se manifestent, elles présentent tout d'abord avec celles de l'épilepsie les ressemblances les plus frappantes. La malade éclampsique, comme l'épileptique, ne conserve point le souvenir de ses attaques; on ignore non seulement la durée, mais l'existence; pendant l'accès, elle a l'écume à la bouche; l'état comateux-stertoreux est aussi fréquent dans l'éclampsie que dans l'épilepsie. Malgré cette dissemblance bien évidente qui existe entre l'hystérie et l'éclampsie, il n'en est pas moins vrai qu'il est quelquefois arrivé à des praticiens expérimentés de confondre momentanément ces deux maladies.

La confusion de l'hystérie avec la paralysie est si peu facile que nous croyons tout à fait superflu d'en parler autrement que pour mémoire. Lorsqu'il y a paralysie, on doit chercher à remonter, avant tout, à la cause organique qui la détermine; cette cause organique ne peut être confondue avec l'hystérie.

Quant à la syncope, nous ne pouvons comprendre comment il a jamais été possible de prendre les phénomènes de l'hystérie pour ceux de la syncope, ou réciproquement. La syncope est caractérisée par un état de faiblesse générale, par la suspension de la circulation et de la respiration, symptômes que, dans aucun cas, l'on ne rencontre chez les hystériques.

Nous arrivons ici au paragraphe le plus important du diagnostic différentiel, nous voulons dire celui qui a trait au parallèle de l'hystérie et de l'épilepsie; nous allons passer rapidement en revue chacune des circonstances qui peuvent nous être de quelque utilité pour établir ce diagnostic.

Il est des auteurs qui prétendent, par l'état extérieur pur et simple, pouvoir distinguer les convulsions hystériques, les convulsions épileptiques. Parmi ceux-là, Landré-Beauvais était un de ceux qui prétendaient arriver de la manière la plus péremptoire à la connaissance de la maladie. Il disait que, pour lui, deux symptômes suffisaient pour caractériser l'hystérie. Il avait remarqué que chez les hystériques l'expression de la face ne subissait presque aucune altération. C'était là un caractère auquel il attachait une grande valeur. Il lui suffisait de voir une malade prise de convulsions sans qu'il y eût d'altération de la face, pour qu'il affirmât sur le champ qu'il y avait hystérie et non épilepsie; y avait-il, au contraire, grimaces, contorsions de la face, à ses yeux l'épilepsie n'était point douteuse. Pour notre part, nous sommes loin d'ajouter à ce caractère la même importance que Landré-Beauvais. L'expérience des faits nous a prouvé qu'il pouvait y avoir épilepsie sans altération de la face, et, d'autres fois, hystérie avec contorsions et grimaces; cependant, ces faits étant les plus rares, il est bon de tenir compte de l'observation de Landré-Beauvais, sans toutefois en faire un signe pathognomonique. Voici le second signe de cet auteur : Il avait remarqué que, dans l'hystérie, le pouce est appliqué sur les doigts fléchis; tandis que dans l'épilepsie, le pouce est appliqué contre la paume de la main et recouvert par les autres doigts. A nos yeux, ce signe n'a pas une valeur plus grande que le précédent.

Dans l'hystérie, il est rare que les malades aient l'écume à

la bouche. Nous ne savons ni pourquoi, ni comment il se fait que dans l'épilepsie cette écume se produise ; mais le fait est incontestable, et nous devons l'accepter sans explication ; il est presque caractéristique, et ne saurait être passé sous silence.

Dans l'hystérie, la perte de connaissance n'est pas complète. La malade entend ce qui se passe autour d'elle ; elle perçoit les impressions que lui font éprouver les agents extérieurs, mais sans pouvoir réagir sur eux, ni communiquer avec ceux qui l'entourent. Tel est l'état ordinaire que l'on constate chez les hystériques ; s'il en était toujours ainsi, si les symptômes étaient toujours aussi tranchés, le diagnostic ne serait jamais embarrassant. Mais il arrive que quelquefois que, par des circonstances particulières, la perte de connaissance est complète, l'hystérique n'entend point ce qui se dit autour d'elle ; ceci constitue un cas anormal qu'il est bon de ne pas oublier.

Le plus ordinairement, dans l'hystérie, la sensibilité est conservée ; qu'on la pince, qu'on la pique, qu'on la brûle, elle prouvera par des mouvements convulsifs qu'elle éprouve une sensation douloureuse. Chez l'épileptique, il n'en est pas de même ; il ne perçoit point ces impressions extérieures ; on a souvent cité des exemples d'épileptiques qui sont tombés dans le feu et qui ont été couverts de brûlures graves, sans reprendre connaissance.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Quatre observations d'orchite. Considérations sur l'orchite parenchymateuse, et sur son traitement par débridement prématuré de la tunique albuginée; par M. BOUTEILLER, interne du service.

Première observation. — *Orchite survenue chez un homme dont le testicule est retenu, depuis la naissance, dans le canal inguinal.*

Ce qu'on appelle orchite, qui n'est autre chose, le plus souvent, qu'une épididymite simple ou une vaginalite, et qui quelquefois siége dans le parenchyme même du testicule; cette inflammation, pour le dire en un mot, est considérée comme une extension des inflammations de la partie terminale de l'urètre. Aussi est-ce rarement dans la première semaine d'une blennorrhagie que cette complication se déclare. On a voulu aussi, mais à tort, invoquer, pour expliquer la production de l'orchite, la position déclive des organes génitaux par rapport au canal de l'urètre, et on a dit que l'un des testicules, celui qui descend le plus bas est et doit être plus souvent affecté d'orchite. L'observation suivante démontre jusqu'à l'évidence que la déclivité ne doit pas être ici mise en ligne de compte.

Isidore F..., ouvrier, occupé à porter du matin au soir des sacs de farine, est entré dans le service de M. Vidal, salle 11, lit 38, le 26 janvier dernier. Il est âgé de vingt-deux ans, célibataire, et d'un tempérament franchement sanguin. Il raconte qu'il vit depuis quatre mois avec une femme avec laquelle il a fait des excès de coït vingt jours avant son entrée à l'hôpital, et que cinq jours après cette imprudence il s'est aperçu d'un écoulement purulent par le méat urinaire ; écoulement peu abondant, du reste.

Six à huit jours après son début, cet écoulement a cessé sans traitement; et à partir de ce moment le testicule droit est devenu gros, douloureux, et a été le siége d'élancements pénibles, ce qui ne l'a pas empêché d'avoir des relations avec sa maîtresse. L'écoulement, pour cela, n'a pas reparu. En effet, à son entrée, cinq jours après le dernier coït, on n'en peut constater aucun reste.

Isidore, depuis le début de l'orchite, a été forcé de cesser ses travaux, quoi qu'il n'ait pas eu de fièvre et qu'il se soit alimenté comme à l'ordinaire. Du reste, il n'a suivi aucun traitement en ville.

Le mal était à droite, avons-nous dit; mais la tumeur n'était pas dans le scrotum, lequel était vide de ce côté. C'est au-dessus du pli de l'aine, dans le canal inguinal, que s'offrait cette tumeur, douloureuse et chaude. Le diagnostic ne pouvait un instant rester douteux. Le malade, interrogé avec soin, nous a assuré que de tout temps son testicule droit avait occupé le canal inguinal. Ce testicule, suivant son grand diamètre, est oblique de dehors en dedans et de haut en bas. Jamais il n'a franchi l'orifice externe du canal inguinal.

Quant à la nature de l'orchite, elle est des plus bénignes; c'est une épididymite simple sans liquide dans la séreuse. Le tissu cellulaire sous-cutané est sain. Le testicule n'est pas plus volumineux que celui de l'autre côté; mais il l'est autant : cela tient-il à l'orchite ?

Ceux qui pensent qu'un testicule dans une position anormale est toujours atrophié par rapport à celui du côté opposé, si ce dernier occupe sa position ordinaire, répondraient certainement par l'affirmative. Quoi qu'il en soit, le malade ne peut nous donner de renseignements sur ce point ; aussi renonçons nous à poser une règle générale à cet égard.

Quelques bains et des cataplasmes émollients amenèrent une prompte guérison. Sorti le 31 janvier.

Il y a deux ans cet homme avait déjà été placé dans le service de M. Vidal pour une affection de même nature, dont les cataplasmes et les sangsues au périnée triomphèrent en peu de jours.

Deuxième observation. — *Orchite parenchymateuse avec inflammation du tissu cellulaire sous cutané. Suppuration du testicule.*

Une vérité dont il faut bien se pénétrer, en vue de la pratique surtout, c'est que, quand l'inflammation dans les bourses, au lieu d'être une épididymite, avec ou sans vaginalite, porte sur le parenchyme même du testicule, cette inflammation tend à la suppuration, ce qui est une terminaison fort grave pour le testicule; car cette inflammation étant avec étranglement, l'organe bientôt est plus ou moins détruit. En voici un exemple :

François R..., âgé de vingt ans, ouvrier menuisier, d'un tempérament lymphatique, entra le 9 janvier dernier dans le service de M. Vidal, salle 10, lit 23. Il n'a jamais eu de maladies syphilitiques. A son entrée, il était atteint d'orchite.

Nous avons cherché quelles circonstances avaient précédé cette affection si grave chez lui comme on va le voir; or, voici ce que nous apprîmes :

François a depuis plusieurs mois une maîtresse avec laquelle il a eu des rapports peut-être un peu trop répétés dans les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Au milieu de décembre dernier, il avait vu une autre femme, qui est celle, à ce qu'il suppose, qui lui aurait donné un écoulement dont l'origine remonte à la fin de décembre : cet écoulement n'a pas été communiqué à la maîtresse avec laquelle il a eu des rapports. D'ailleurs, ce malade assure n'avoir ni avant son écoulement ni depuis, exercé le coït pendant la menstruation. Il attribue l'apparition de l'orchite à ce qu'il travaille toujours debout.

Dans les premiers jours de janvier, l'écoulement cessa sans médication aucune. Le muco-pus n'avait été sanguinolent que dans les derniers temps. Quinze jours plus tard, après des excès de liquides et de femmes, l'orchite commença et amena assez de fièvre pour forcer le malade à se coucher pendant deux jours. L'écoulement ne reparut pas. Se trouvant mieux après ce court repos, François fêta le dimanche par quelques libations et se mit ensuite au travail : mais il fut de nouveau pris de fièvre, et sentit des douleurs atroces partant du testicule et s'irradiant au loin : c'est alors qu'il se présenta à l'hôpital où on l'admit.

Voici quel était son état le lendemain de son arrivée, à la visite du matin, le 20 janvier : Apyrexie; côté gauche du scrotum dur, volumineux, violacé. Tissu cellulaire sous-cutané fortement enflammé et adhérent à l'appareil sécréteur. Élancements et battements dans la tumeur. Douleur très vive, s'irradiant dans le pli de l'aine, les reins et dans la cuisse même. M. Vidal annonce qu'il y aura bientôt de la suppuration dans le tissu cellulaire sous-cutané, et craint aussi celle du testicule. Il exprime le regret que le mal soit aussi avancé, et qu'il ne soit plus temps de faire le débridement du testicule, dont nous allons parler à propos de deux malades guéris par cette opération. — Cataplasmes laudanisés, tisanes rafraîchissantes, diète.

Le 23, douleurs plus vives encore ; insomnie. — 15 sangsues au périnée.

Les 25 et 26, un peu de soulagement. — Cataplasmes, bains de siége ; 2 bouillons.

Le 28, fluctuation à la partie déclive, ainsi que l'avait annoncé M. Vidal, qui fait alors une incision profonde, et du pus rougeâtre s'écoule en assez grande abondance. Ce pus vient du testicule. La profondeur de l'incision et l'ouverture faite à la tunique albuginée ne laissent aucun doute à ce sujet. Encore, en laisseraient-ils, qu'on ne pourrait se refuser à admettre ce fait en raison des phénomènes observés les jours suivants.

Le 29 et jours suivants, la suppuration continue; le testicule diminue chaque jour sensiblement. Le surlendemain de la première incision, une seconde fut nécessaire et fut pratiquée en avant. On peut, par elle, faire pénétrer le bout du petit doigt, qui arrive dans une espèce de caverne.

— L'orchite parenchymateuse peut se terminer par suppuration, le fait est incontestable. Or la suppuration entraîne la perte du testicule, il faut donc chercher à prévenir cette fatale terminaison. M. Vidal est en droit d'affirmer que le moyen d'y arriver est le débridement prématuré de la tunique albuginée. Nous allons citer deux faits à l'appui de cette assertion, et qui viennent s'ajouter à ceux publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1844, et dans les *Annales de chirurgie* de la même année.

Dans quelles circonstances pathologiques se produit de préférence l'orchyte parenchymateuse ? Nous montrerons la difficulté d'une solution de ce problème à propos des deux malades qui vont suivre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'emploi à fortes doses de l'étain porphyrisé contre le tænia.

M. Sirus Pirondi a voulu réhabiliter un médicament qui était tombé dans l'oubli. Il pense que, dans quelques cas, l'étain porphyrisé peut être avantageusement préféré à la racine de grenadier et à la fougère mâle. Voici les faits qu'il rapporte.

Première observation. — Un jeune Suisse, âgé de vingt-six ans, d'une constitution assez délirate, et naturellement porté à la tristesse, se trouvait alité depuis plusieurs jours, lorsque nous fûmes appelé à lui donner nos soins. De prime abord la multiplicité et la variété des symptômes nous rendit le diagnostic peu aisé. Mais quelques circonstances particulières nous portèrent bientôt à soupçonner l'existence du tænia; et l'examen minutieux des déjections alvines ne tarda pas à confirmer ce soupçon.

Convaincu que nous avions affaire à un tænia, nous administrâmes au malade, dès le lendemain, 4 prises d'étain porphyrisé, de 2 grammes chacune, et à deux heures d'intervalle l'une de l'autre.

Au bout de cinq jours, et après avoir pris par conséquent 40 grammes d'étain, le malade vit disparaître complètement les douleurs et les *tourments* qu'il ressentait à la région ombilicale. L'appétit était bon; la digestion se faisait avec facilité; point d'envie de vomir, point d'altération ni de hoquet.

Il n'y avait eu qu'une seule évacuation par jour; et dans toutes on put constater de nombreux fragments de tænia.

Je prescrivis, dès le sixième jour du traitement, 15 grammes d'étain porphyrisé à prendre en cinq fois; et cette dose fut continuée pendant dix jours. On obtint, au bout de quarante-huit heures (huitième jour du traitement), des évacuations extrêmement abondantes, surchargées de longs fragments de tænia, tellement *pelotonnés*, qu'il eût été impossible de pouvoir l'arranger de manière à calculer la longueur totale de l'entozoaire. Si tant est qu'il n'y en eût pas deux.

Les évacuations alvines continuèrent d'être assez copieuses, même après la cessation du remède. Toutefois on n'y vit plus la moindre trace du tænia.

Cette observation date déjà de deux ans, et, depuis lors, la personne qui en fait le sujet n'a plus rien ressenti qui puisse faire craindre la reproduction de l'entozoaire. On dirait même que sa constitution générale s'est fortifiée.

Deuxième observation. — Une jeune fille de la banlieue, âgée d'environ douze ans, nous fut amenée par ses parents pour être traitée de quelques symptômes convulsifs fort bizarres et irréguliers, accompagnés d'un sentiment de strangulation assez fort pour causer autant de frayeur à l'enfant qu'aux assistants. Le ventre était ordinairement tendu, et nullement réglé dans ses fonctions. Une assez forte pesanteur et de fréquents tiraillements fatiguaient la région ombilicale. L'appétit était nul, la soif intense, et le sommeil très agité. Cet e jeune fille, douée d'assez d'embonpoint jusqu'à l'âge de onze ans, avait considérablement maigri depuis plusieurs mois.

Quelques renseignements sur la nature des excrétions nous firent bientôt croire à l'existence du tænia, et la jeune malade fut soumise à l'usage de l'étain porphyrisé, à la dose de 6 grammes par jour, en trois fois.

Dès le cinquième jour, des fragments de tænia de 6 à 8 décimètres de longueur furent expulsés. Au bout de dix jours, on obtint la cessation complète de tous les symptômes susmentionnés, et je crus reconnaître deux têtes de tænia dans deux portions de cet helminthe, qui furent évacuées en dernier lieu. J'avance le fait sous forme dubitative, car il est souvent difficile de pouvoir s'en assurer, malgré une bonne loupe, et à moins d'une grande habitude.

Troisième observation. — Un capitaine marin, âgé de quarante-cinq ans, fort, robuste, d'un tempérament sanguin prononcé, et sujet à de fréquents accès de goutte, vint nous consulter tout effrayé, après avoir rendu un *morceau de ruban de 1 mètre de long*. Il était souvent tourmenté par des coliques, mais sans effet, et n'avait jamais éprouvé d'autre symptôme digne de remarque qu'un certain picotement au gosier, et un surcroît d'appétit.

Soumis immédiatement à l'usage de l'étain porphyrisé, à la dose de 20 grammes par jour, en quatre prises, administrées de trois en trois heures, s'arrangeant d'ailleurs de manière que les repas fussent pris une heure après ou deux heures avant chaque dose, le malade rendit, dès le quatrième jour, de nombreux fragments de tænia, dont le moins long n'avait pas moins d'un demi-mètre.

N'ayant pu apercevoir le bout supérieur de l'helminthe, je voulus porter la dose de l'étain à 30 grammes par jour. Il s'ensuivit, pendant deux jours, de copieuses évacuations, abondamment chargées d'articulations de tænia. Mais, dès le troisième jour, je dus suspendre le remède, attendu que le malade se trouvait dans un état de débilité extrême, conséquence sans doute aux nombreuses évacuations qu'il avait eues.

Cependant il ne tarda pas à se remettre; et, depuis quatorze mois, il pouvait se croire à jamais débarrassé de son parasite, lorsque, de retour d'un voyage dans les mers du nord, il vint de nouveau nous consulter pour quelques restes de *rubans blancs*, ainsi qu'il les appelait, aperçus à différentes reprises dans les matières excrétées. Les douleurs abdominales étaient, cette fois, insignifiantes. L'appétit comme à l'ordinaire. Absence complète de tout autre symptôme général.

Je me contentai de prescrire 4 grammes d'étain porphyrisé par jour en trois prises. On les continua pendant une semaine. Les évacuations ordinaires n'en furent point augmentées; et ce n'est que dix jours après la cessation du remède que le malade évacua deux assez longs morceaux de tænia tout pelotonnés. Il n'y a pas eu d'autre récidive.

Nous ne multiplierons pas les observations. Celles qui précèdent, offrant quelques différences entre elles sous le double rapport de la dose et des effets du remède, suffiront à notre but. (*Clinique de Marseille.*)

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 24 février 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. le président annonce la perte que l'Académie a faite par le décès de M. Delens. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques, et M. Jolly a prononcé un discours sur sa tombe.

M. Jolly donne lecture de ce discours, qui sera inséré au *Bulletin*.

— *M. Gaultier de Claubry*, au nom d'une commission, fait un rapport sur une épidémie de typhus qui a eu lieu à Toulon dans les premiers mois de 1845.

Des forçats, pour se garantir du froid de la nuit, ferment exactement toutes les ouvertures du bagne-flottant dans lequel ils sont enfermés pendant la nuit. Le défaut de renouvellement de l'air fait éclater ce

typhus parmi eux. Cent cinquante tombent malades, et sont reçus successivement à l'hôpital du bagne et à l'hôpital de Saint-Mandrier; il en meurt cinquante. M. Faure, médecin militaire, étant allé trois fois, en quatre mois, visiter les salles du dernier de ces hôpitaux, a tracé une relation de l'épidémie, de laquelle il conclut que le typhus de Toulon a différé notablement de la fièvre typhoïde, attendu que les malades étaient généralement plongés dans un état de somnolence; — qu'ils avaient la langue humide; — qu'il n'y avait pas de gargouillement dans le flanc droit; — que la mort avait lieu dans les premiers jours de la maladie, — que sur quarante-cinq ouvertures de cadavres, on n'a trouvé qu'une seule fois l'affection de l'appareil entéro-mésentérique.

M. le rapporteur combat toutes les assertions de M. Faure, en établissant, d'après les propres aveux de ce médecin, que dès le début et plus tard dans le cours de l'épidémie, le caractère du délire s'est incontestablement rapproché de celui de la fièvre typhoïde; — que la langue a fini par se montrer brune et sèche; — que la sensibilité de l'abdomen, prise par M. Faure pour un signe de péritonite, a seul empêché de constater l'existence du gargouillement; — que le terme moyen pour l'époque de la mort a été le quatorzième jour; — qu'enfin si, comme on l'a dit à M. Faure, qui n'a rien vu par lui-même, on n'a rien trouvé dans l'appareil entéro-mésentérique sur quarante-quatre cadavres, le quarante-cinquième a présenté des lésions incontestables de ce même appareil, bien qu'il ait offert la même symptomatologie que les précédents malades; qu'ainsi il a eu comme eux le typhus. Mais surtout M. le rapporteur insiste sur ce que des observateurs attentifs ont constaté l'existence des lésions de l'appareil entéro-mésentérique sur un grand nombre de cadavres pendant le cours de diverses épidémies de typhus, à Gaëte en 1811, à Dantzig et Mayence en 1813, à Paris en 1814, à Reims en 1839. D'où il conclut que s'il paraît qu'on n'a rien trouvé de semblable dans le typhus de 1845, cela n'infirme en aucune manière les résultats signalés dans d'autres épidémies par des observateurs, entre lesquels il nomme surtout MM. Cruveilhier et Landouzy.

A ce sujet, M. le rapporteur dit que naguère, dans une caserne des environs de Paris, l'encombrement accidentel de quelques compagnies d'un régiment, cause essentiellement propice à la production du typhus, ayant fait éclater une épidémie, la symptomatologie de la maladie s'est trouvée être exactement celle qui est propre au typhus, et que l'ouverture des cadavres a fait reconnaître l'affection de l'appareil entéro-mésentérique.

M. le rapporteur conclut que la symptomatologie du typhus de Toulon n'a pas été différente de celle de la fièvre typhoïde, et qu'il serait inexact de dire avec M. Faure, que le typhus n'a pas pour caractères anatomiques les lésions de l'appareil entéro mésentérique, puisque si ces lésions n'ont pu être rencontrées à Toulon, peut être parce qu'on ne les a pas bien cherchées, elles ont été constatées un grand nombre de fois dans d'autres épidémies de cette maladie.

Ce rapport est suivi d'une très courte discussion, dans laquelle M. *Rochoux* reproduit ses opinions sur les différences qui existent, selon lui, entre le typhus et la fièvre typhoïde.

M. Begin conteste aussi le fait cité par M. le rapporteur, savoir: que le typhus se serait déclaré récemment dans une des casernes de Saint-Cloud. Les rapports officiels n'ont indiqué rien de semblable.

M. Gaultier de Claubry répond que, si au lieu d'émettre des propositions générales, on analysait avec soin les observations particulières qui ont été publiées sur le typhus et la fièvre typhoïde on trouverait que l'éruption du typhus ne diffère ni pour l'époque de sa manifestation, ni pour son abondance, ni pour sa durée de celle qui a lieu dans la fièvre typhoïde. Il répète que, de l'aveu de M. Faure, l'époque moyenne de la mort a été le quatorzième jour, et il met M. Rochoux au défi de lui montrer quelque différence entre les deux affections, si l'on compare symptôme par symptôme un grand nombre d'observations détaillées de typhus et de fièvre typhoïde.

M. Castel demande que la discussion soit renvoyée à une prochaine séance; mais l'Académie demande à aller aux voix, et les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'Académie procède à la nomination de vingt membres correspondants régnicoles.

La Commission avait proposé la liste suivante :

M. Pennant, médecin à Vervins (Aisne).
M. Toulmonde, médecin à Sedan (Ardennes).
M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).
M. Lagarde, médecin à Confolens (Charente). M. Gigon, chirurgien à Angoulême, id.
M. Maslieurat-Lagémar, médecin à Grand-Bourg (Creuse).
M. Pirot, médecin à Périgueux (Dordogne).
M. Bernard, directeur de l'Ecole vétérinaire, à Toulouse (Haute-Garonne). M. Dieulafoy, chirurgien de l'hôpital de la Grave, à Toulouse, id.
M. Rollet, médecin en chef de l'hôpital militaire, à Bordeaux (Gironde).
M. Golfin, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault).
M. Charcellay, professeur à l'Ecole préparatoire de Tours (Indre-et-Loire).
M. Durand-Fardel, médecin à Châtillon-sur-Loing (Loiret).
M. Négrier, professeur à l'Ecole préparatoire d'Angers (Maine-et-Loire).
M. Putégnat, médecin à Lunéville (Meurthe).
M. Stiévenart, médecin de l'hôpital général, à Valenciennes (Nord).
M. Defermon, médecin à Alençon (Orne).
M. Derheims, pharmacien à Saint-Omer (Pas-de-Calais). M. Gorré-Gassicourt, chirurgien en chef de l'hospice de Boulogne, id.
M. Eurmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg (Bas-Rhin). M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. M. Imlin, méd.-vétérinaire à Strasbourg.
M. Dupasquier, médecin à Lyon (Rhône). M. Pointe, professeur à l'Ecole de Lyon.
M. Girardin, correspondant de l'Académie des sciences, à Rouen (Seine-Inférieure). M. Parchappe, professeur à l'Ecole préparatoire de Rouen. M. Vingtrinier, médecin à Rouen.
M. Chassinat, médecin à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, id.
M. Millon, médecin à Sorèze (Tarn).
M. Lauvergne, médecin en chef de la marine, à Toulon (Var). M. Levicaire, id. id.
M. Hullin, médecin à Mortagne (Vendée).
M. Bonnet, professeur à l'Ecole préparatoire de Poitiers (Vienne).
M. Séchaud, médecin à Chalus (Haute-Vienne).
M. Rétil, médecin des hospices, à Sens (Yonne). M. Girard, médecin à Auxerre, id. M. Deschamps, pharmacien à Avalon, id.
M. Cornuel, médecin de la marine, à la Guadeloupe.
M. Ruz, médecin à Saint-Pierre, Martinique.

Ont été nommés :

MM. Sédillot, 74 voix; Payan, 74; Hullin, 71; Gorré-Gassicourt, 70; Bonnet, 69; Defermon, 67; Rétif, 67; Parchappe, 66; Pointe, 63; Dieulafoy, 63, Derheims, 60; Bernard, 59. Ruz, 58; Charcellay, 57; Négrier, 56, Eurmann, 52; Putégnat, 51; Girard, 50; Girardin, 48.

MM. Durand-Fardel et Stiévenard ayant obtenu chacun 47 voix, l'Académie décidera dans la prochaine séance lequel des deux sera nommé.

Les candidats qui ont obtenu le plus de voix après les vingt et un premiers, sont :

MM. Rollet 45; Dupasquier, 36; Boudin, 35; Lagarde, 31; Lauvergne, 30; Vingtrinier, 30; Golfin, 29; Cornuel, 25; Maslieurat, 23.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 février. — Présidence de M. MATHIEU.

M. le docteur Ducros présente un mémoire intitulé : Le fer de l'hématosine du sang offre des propriétés magnétiques à propriétés à la vie, et il est l'agent essentiel de la circulation sanguine chez les monstres acardes, chez les entomozoaires à sang rouge, chez l'homme et les animaux à cœur devenu osseux ou cartilagineux.

Conclusions — 1° D'après les travaux de Buffon et de Lacépède, tout fer est susceptible de se magnétiser, pourvu qu'il soit soumis aux conditions suivantes : frottement, entrechoc, division et chaleur.

2° Le fer de l'hématosine du sang enveloppant les globules est soumis au frottement, à l'entrechoc, à la division et à la chaleur; donc il est magnétique.

3° Les lois physiques générales pour la nature, ne sont pas exceptionnelles pour l'homme, elles sont appropriées à l'homme; mais elles sont immuables, elles s'exécutent donc d'une manière latente, sans secousse et sans compromis pour la vie.

4° Le fer étant magnétique dans le sang il l'est à un degré inappréciable à nos instruments de physique. Ces propriétés, développées à un degré très fort chez les torpilles, chez les gymnotes, deviennent des armes de défense et d'attaque terribles.

5° L'exiguïté du globule sanguin ne permet qu'une force magnétique isolée et bornée; mais chaque globule sanguin magnétisé est capable de réagir sur d'autres globules en vertu de cette force.

6° La pathologie apprend que la privation de fer dans le sang amène la faiblesse de la circulation, et que l'excès de principes ferrugineux détermine des vibrations circulatoires très prononcées.

7° Le fer ne favorise pas seulement la circulation sanguine chez les animaux, mais la physiologie végétale nous apprend que le sulfate de fer favorise la circulation de la sève.

8° D'après ces principes, la circulation sanguine a, comme agent essentiel de circulation, après le cœur, la force impulsive donnée aux globules en vertu ou de l'attraction, ou de la répulsion magnétique ferrugineuse.

9° La circulation du sang chez les monstres acardes, chez les entomozoaires à sang rouge, chez les hommes et chez les animaux frappés d'ossification ou de cartilagination des parois cardiaques gauches, indique surabondamment une puissance circulatoire qui aide celle du cœur, et qui peut la remplacer dans certains cas d'anatomie pathologique.

10° Dans le système artériel les globules sanguins obéissent à la répulsion, et dans le système veineux ils sont soumis à l'attraction.

REVUE GÉNÉRALE.

Sept avortements successifs. Nouvelle grossesse menée à terme par l'emploi des toniques et des saignées. — Le docteur Mouchet, de Hal, a communiqué au Journal de médecine de Bruxelles l'observation suivante, que nous rapportons en entier, malgré son étendue, vu son importance.

Madame V. B..., âgée de vingt-cinq ans, présente le cachet d'une constitution lymphatique prononcée. Ses cheveux sont cendrés, son teint est d'une couleur mate-uniforme; ses chairs sont molles. Appelé à lui donner des soins en 1840, elle m'annonça que sa santé avait toujours été bonne avant son mariage, et que la menstruation, quoique généralement peu abondante et pas trop vermeille, s'était toujours montrée à des époques régulières, sans retard, sans gêne et sans produire d'indisposition. Elle se trouvait alors enceinte pour la huitième fois; et malgré ce qu'elle avait pu faire, malgré l'accomplissement sévère de tous les conseils qu'on lui avait donnés, hormis sa première grossesse, qui avait eu pour résultat l'arrivée d'un gros garçon, elle n'était point parvenue à mener à terme les diverses gestations qui s'étaient succédé en assez peu de temps. Enceinte quatre mois après sa première couche, une perte se déclara à trois mois; le germe fut expulsé. Le même accident se reproduisit en cinq années sept fois de suite, à des époques plus ou moins éloignées de la conception, à trois mois, à cinq, à six, et une fois seulement à sept mois; et pour la huitième fois, depuis huit jours elle avait perdu complétement l'appétit et se trouvait en proie à la tristesse. La veille, elle avait éprouvé une courbature générale; elle avait ressenti quelques frissons et de petites douleurs hypogastriques revenant par intervalles. Le pouls était chétif et fréquent; il y avait de temps à autre de fortes palpitations, avec battements dans la tête et céphalalgie. La face présentait depuis plusieurs jours un certain degré de bouffissure; elle perdait depuis quarante-huit heures une légère quantité de mucus coloré en jaune, symptôme qui avait ordinairement précédé chaque avortement, et lui faisait croire que cette fois encore pareil événement se préparait. Ayant communiqué ses craintes à un ami intime, ce fut d'après les instances de celui-ci qu'on m'avait fait venir en toute hâte. Les commémoratifs appelant suffisamment mon attention vers les organes utérins, je pratiquai le toucher pour m'assurer de l'état du col. Je reconnus que l'orifice utérin était très mou et dilaté dans l'étendue d'une pièce de 2 fr. L'indicateur fut retiré couvert de mucosités roussâtres. Il était évident que le travail était bien avancé déjà, et qu'il n'y avait plus qu'un faible espoir de conserver le fruit dans l'utérus. L'état général de la femme ne permettait pas les émissions sanguines. Un souffle carotidien prononcé, outre les symptômes préappelés, annonçait qu'il y avait chez elle un état d'anémie, de chlorose, qu'on pouvait regarder comme la cause première des pertes nombreuses qu'elle avait eu à supporter.

Je prescrivis le repos le plus absolu et une potion calmante opiacée. Les douleurs se ralentirent, mais le travail n'en fit pas moins de progrès; et à ma deuxième visite, je trouvai un corps mou engagé dans le col utérin, et le volume de la matrice diminué. Elle avait perdu un peu d'eau et de sang peu coloré. Une syncope avait eu lieu peu avant mon arrivée. Je ne balançai pas à provoquer les contractions utérines par le moyen spécial en cas semblable; médecin de campagne et toujours muni à ce titre de seigle ergoté, je lui en administrai un gros en deux heures, et tout fut terminé. L'état du germe confirma la pensée de la mère qu'elle était à son troisième mois de grossesse, et je pus me retirer ne conservant aucune crainte d'hémorrhagie (septième fausse couche).

Mon devoir n'était pas accompli, ma tâche n'était pas remplie : il fallait modifier l'état général de cette femme pour éviter le retour d'un accident qui n'aurait pas manqué de lui devenir funeste un jour; je devais la mettre à même de pouvoir jouir à l'avenir du plaisir d'être mère jeune encore. Elle conçut l'importance qu'il y avait d'obtenir une meilleure santé et se confia à mes soins de la manière la plus absolue. Je lui fis comprendre d'abord et à son mari la nécessité de mettre le plus long intervalle possible entre l'accident et une nouvelle grossesse pour donner le temps à la constitution de se fortifier, aux organes de reprendre leur état normal, aux fonctions de rentrer dans leur équilibre; elle fut soumise à une médication tonique, diverses préparations martiales, l'alun, l'opium, la valériane furent successivement mis en usage pendant longtemps; elle fut entourée de tous les soins hygiéniques convenables sous le rapport du lieu, du séjour, des vêtements, du régime et de l'exercice.

Madame V.. ne tarda pas à reprendre ses forces, son état général s'améliora beaucoup; la menstruation se montra deux mois après l'accident plus forte, plus vermeille qu'elle n'avait été depuis longtemps. Quatre mois plus tard, elle était enceinte; elle suivait toujours son régime et sa médication à des doses légères; je pratiquai une petite saignée du bras quelques jours avant la première et la deuxième époques menstruelle, et cette opération fut répétée deux autres fois avant le huitième mois. Elle accoucha à terme d'un enfant fort bien portant du sexe masculin, et les couches furent régulières et très heureuses; depuis lors elle est parvenue à mener à terme trois autres grossesses successives, et chaque fois elle donna le jour à des enfants bien constitués.

Il est bien évident, dans ces circonstances, que les avortements avaient pour cause première l'état chlorotique, disposition générale dans laquelle se trouvait la mère, et qu'ils s'effectuaient par l'intermédiaire d'une congestion utérine passive; aussi ne me suis-je pas contenté de rendre plus de plasticité au sang, plus de vigueur aux organes, plus de régularité aux fonctions; j'ai voulu éviter par la saignée une congestion utérine devenue facile par sa répétition, par l'habitude.

Cette médication, qui m'a parfaitement réussi, serait toujours efficace, j'en suis convaincu, dans des cas analogues; et comme les moyens préventifs sont seuls capables d'éviter la fausse couche, qu'il est généralement impossible d'entraver dès que le travail de l'avortement a préludé, c'est par ce motif, surtout, que je prie la Société d'agréer cette observation, afin qu'elle daigne appeler sur ce sujet, dans les campagnes, l'attention des accoucheurs par la voie de son excellent journal.

Tétanos traumatique. Bains de vapeur. Guérison. — Les *Annales de Thérapeutique* contiennent l'observation suivante, prise dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon.

Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, ouvrier, d'une assez bonne constitution, avait été blessé à la plante du pied gauche. A l'examen, il présentait une plaie contuse sur le bord plantaire interne, s'étendant depuis le talon jusqu'au milieu du métatarse, ayant par conséquent une longueur de 15 centimètres au moins. On l'a traité par les irrigations d'eau froide pendant les douze premiers jours. A cette époque, la lésion était déjà en bonne voie de guérison, le malade ne souffrait plus; mais le bourgeonnement ne paraissait pas très abondant. On a donc cessé les irrigations, et l'on a pansé la plaie simplement avec de la charpie et du cérat. La nuit suivante, le malade avait chaud. Il s'est découvert, et il est resté dans cet état jusqu'au lendemain. Il s'est donc enrhumé, a été saisi de douleurs rhumatismales et d'une légère roideur pendant trois ou quatre jours. Alors le malade a commencé à accuser des roideurs dans le membre inférieur gauche, avec des espèces de tremblements convulsifs, petits et répétés. Bientôt après, les mêmes phénomènes se sont déclarés dans l'autre membre abdominal; puis les muscles du tronc se sont pris, à leur tour, de bas en haut. Le cou, les mâchoires se sont roidis; l'œsophage s'est contracté (dysphagie), et les autres symptômes ordinaires du tétanos étaient manifestes. M. Robert a prescrit des bains de vapeur prolongés jusqu'à la syncope, qu'on a répétés chaque jour, et des pilules d'opium de 5 centigr. chaque (1 grain), au nombre de deux, trois ou quatre par jour. Le mal n'a pas fait de progrès; la roideur a diminué, les convulsions se sont apaisées, et le malade a guéri en peu de jours. On a bientôt pu cesser ce traitement; la plaie est cicatrisée; le trismus a disparu complétement; mais les muscles de la cuisse du côté gauche offrent encore une certaine roideur, une sorte de dureté cartilagineuse. Avant ces accidents, on avait remarqué, dans le milieu de la plaie, un point qui était d'une sensibilité extraordinaire au toucher.

Déjà M. Robert avait observé deux autres cas de tétanos survenu à la suite de plaie de la plante du pied, ou du bras, et qui s'étaient guéris à l'aide de bains de vapeur répétés jusqu'à la syncope. L'un de ces cas s'était présenté à la Pitié, dans le service de Sanson; les bains ont dû être continués longtemps, et leur nombre a été si considérable, que l'administration, qui faisait alors venir les bains de vapeur du dehors, a eu à solder une note de 360 francs pour cela, ce qui doit sembler peu concevable : le fait n'en est pas moins exact cependant.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Extrophie congéniale de la vessie et hydropisie de l'amnios. — Nous devons à madame Mercier la communication du fait suivant observé par une de ses élèves.

Le 3 septembre 1845, dit-elle, madame Dhurne fut appelée pour accoucher madame de P.., enceinte pour la quatrième fois. Les trois enfants qu'elle avait eus déjà étaient bien conformés. La grossesse n'eut rien d'anormal. Quelques douleurs se faisaient sentir à des intervalles assez éloignés. La dilatation avait acquis le diamètre d'une pièce de 5 francs. Ce même jour des eaux s'écoulèrent abondamment, puis les douleurs cessèrent et la dilatation resta au même point jusqu'au matin du 6. A cette époque les douleurs recommencèrent et devinrent très fortes, la dilatation augmenta, un nouvel écoulement de liquide eut lieu vers les six heures du soir, et l'accouchement sur les sept heures. L'enfant arriva en première position. La délivrance fut facile et se fit en un quart d'heure après la parturition.

Le placenta présentait ceci de remarquable; la membrane chorion était complétement dédoublée de la membrane amnios. Cette dernière, au lieu de se réfléchir comme le fait normalement sur toute la longueur du cordon, et ensuite sur la face fœtale du placenta, s'arrêtait à 5 centimètres environ de la base du cordon, puis se réfléchissait isolément pour envelopper le fœtus.

Cette disposition des deux membranes explique suffisamment que le liquide qui s'écoula le 3, était celui qui était contenu dans le chorion; et que le 6, au moment de l'accouchement, ce fut celui qui était contenu dans l'amnios.

Quant à l'enfant, qui est du sexe masculin, voici ce que j'ai remarqué :

Il présente une tumeur convexe à la région hypogastrique, immédiatement au-dessous du nombril, et descendant à deux centimètres environ au-dessous du pubis. Elle a une longueur de cinq centimètres de haut en bas et de quatre de droite à gauche. Elle est arrondie, mamelonnée comme une mûre, surtout inférieurement, et d'un rouge vif se continuant avec la peau de l'abdomen dans toute sa circonférence. Elle est dépressible; lorsqu'on la comprime, on entend un gargouillement dû aux gaz intestinaux, et l'enfant évacue spontanément. Lorsque l'enfant tousse et pousse des cris, elle devient plus volumineuse.

En examinant la tumeur inférieurement, on remarque que la paroi antérieure se replie en arrière et remonte en haut pour prendre ses points d'attache sur le rebord supérieur du pubis. Si l'on soulève cette tumeur en cet endroit, on voit de chaque côté deux petits tubercules percés au centre d'un orifice qui donne issue à un liquide. Ce sont les orifices des uretères qui versent l'urine. Celle-ci sort parfois avec assez d'abondance, sans cependant offrir de jets sensibles, lorsque l'enfant pousse des cris ou contracte violemment son abdomen.

On voit aussi à la base de cette tumeur, entre les deux uretères et au-dessous de la symphyse pubienne, un pénis dont les corps caverneux et le gland sont divisés dans toute leur longueur et déjetés l'un à droite, l'autre à gauche. Ces deux moitiés ne sont réunies à la face inférieure que par la peau et du tissu cellulaire. Le canal de l'urètre

manque. Le gland forme comme deux têtes de couleur violacée et aplaties par la compression que leur fait éprouver la tumeur qui repose sur cet organe.

Au moment de l'accouchement, cette tumeur, qui est, comme on le voit, constituée par la paroi postérieure de la vessie herniée, entre les muscles droits de l'abdomen (la paroi antérieure manquant), était recouverte par une membrane séreuse de couleur rosée. Cette membrane, constituée par l'épithélium de la muqueuse vesicale, s'est trouvée promptement detruite par le frottement de corps étrangers et le contact de l'air, de sorte que la tumeur est devenue saignante pendant un mois, puis elle s'est durcie; et aujourd'hui que l'enfant compte bientot trois mois d'existence, elle est d'un rouge foncé et ne saigne plus au contact de l'air et des vêtements. La mère a cependant la précaution de tenir dessus un morceau de ouate de coton.

Le cordon ombilical ne s'est détaché que le neuvième jour. La cicatrice de celui-ci est difficile à reconnaître aujourd'hui, tant elle est effacée.

Les os pubiens ne paraissent nullement écartés, il est impossible de constater leur mobilité.

Les deux testicules sont descendus dans les bourses ; mais le droit remonte dans le canal au moindre effort que fait l'enfant, et y séjourne. Une anse intestinale s'engage dans le canal, et forme avec le testicule une tumeur oblongue assez volumineuse. Du côté gauche l'anneau inguinal interne se laisse distendre, et permet déja à l'intestin de s'y engager.

Correspondance.

Nîmes, 12 février 1846.

Monsieur le Rédacteur,

Pendant quelque temps j'ai assisté par l'intermédiaire de votre intéressant journal, dont je suis un des plus fidèles lecteurs, aux débats qui ont eu lieu dans le sein de l'Académie royale de médecine, sur la cure radicale de l'hydrocèle. Les discussions contradictoires entre les injections vineuses et les injections iodées, ou avec l'iode, qui ont occupé plusieurs séances de l'Académie, m'ont paru une véritable guerre soutenue avec courage et talent par les deux partis M. le professeur Roux, de l'Hôtel-Dieu, à la tête des partisans des injections vineuses, et M. le professeur Velpeau, chef des partisans des injections iodées, ont l'un et l'autre dit beaucoup de choses, et de bien belles et bonnes choses. M. Velpeau, surtout, a mis pour le triomphe de l'iode une persévérance digne d'éloges. Heureusement pour l'humanité, tous ces efforts de part et d'autre resteront peines perdues. Oui, Monsieur, le professeur Roux et le professeur Velpeau, avec leurs vastes connaissances et leurs rares talents, viennent de soutenir, sur le chapitre de l'hydrocèle, un combat inutile. Permettez moi, toujours par la voie de votre journal, de dire aux deux professeurs, et à leur parti, qu'ils viennent de faire beaucoup de bruit pour rien; car les injections, soit au vin, soit à l'iode, ont fait leur temps. Voici une troisième méthode, moins pénible à mettre en pratique, moins douloureuse, et tout aussi sûre que la leur. Ils peuvent donc cacher leur seringue, boire leur vin, frotter d'iode les scrofuleux, ou la faire avaler aux syphilitiques, nous n'en avons plus besoin pour l'hydrocèle. Elle guérit radicalement sans aucune souffrance et sans aucune perte de temps pour le malade, qui ne garde pas le lit un seul jour. Oui, Monsieur le le Rédacteur, nous possédons un troisième moyen de guérir l'hydrocèle radicalement, qui est d'une inocuité admirable. Epargner aux malades la douleur et la perte de temps constitue une double économie qui mérite à notre méthode la préférence sur toutes les autres; elle l'obtiendra.

En vous écrivant ceci, Monsieur, je n'ai pas grand mérite : ami de la vérité, je dois la dire tout entière; l'idée première du nouveau moyen curatif ne m'appartient point; elle n'appartient à aucun médecin, elle appartient à un de mes malades. Ainsi, pour la première observation je ne serai qu'historien, expérimentateur pour celles qui l'ont suivie, et désormais propagateur avec tout le zèle que l'amour du bien inspire aux hommes de notre profession.

Première observation. — En octobre 1844, M. Valz, propriétaire, ancien géomètre du cadastre, marchand de vin (esprit-de-vin, liqueurs, etc.), demeurant rue du Chemin-de Générac, à Nîmes, vint me consulter : il portait depuis longtemps, au côté gauche du scrotum, une hydrocèle très considérable; je blâmai mon client de m'avoir laissé ignorer qu'il était porteur d'une telle incommodité, dont je l'aurais délivré de suite, et je lui conseillai de se faire traiter sans plus de retard.

M. Valz, qui est un homme d'un grand sens et de beaucoup d'instruction, me fit plusieurs questions sur l'opération qu'il avait à subir, sur la différence qu'il y avait entre la cure palliative et la cure radicale, et sous le prétexte que, dans le moment, il n'avait pas le temps de garder le repos qu'exige la cure radicale, il ne voulut, pour la première fois, se soumettre qu'à la cure palliative. Le lendemain matin (11 octobre 1844), je lui fis la première ponction : je lui tirai plus d'un demi-litre d'eau. — M. Valz ne tarda pas longtemps à sentir qu'une nouvelle congestion se formait dans la même tunique. Et, le 3 juillet 1845, neuf mois après la première, nous fîmes une seconde ponction. Ce fut après celle-ci que, notre opéré se rappelant avoir vu une contusion grave avec gonflement et ecchymose se résoudre par l'application de l'eau-de-vie et guérir promptement, il lui vint dans la pensée de s'entourer le scrotum d'une grande compresse pliée en quatre doubles et trempée dans ce que ces messieurs les marchands d'esprit-de-vin appellent du 3/6, qui est un alcool affaibli à 30 degrés, au lieu de 100 degrés qu'a l'alcool preuve d'air. Cette application, soutenue en place par un suspensoir, ne lui faisait éprouver d'autre sensation qu'une légère froidure sur la partie malade, sensation qui ne durait que quelques minutes : il renouvelait cette fomentation tous les soirs en se mettant au lit.

Les premiers effets de ces applications alcooliques furent de faire fortement revenir sur lui-même le scrotum, qui se contractait tellement que son volume naturel en était diminué de beaucoup; il en devenait presque dur.

Cette contraction soutenue suffit pour expliquer comment s'opère la guérison. Dans ce resserrement des parties solides, dans cette contractilité des fibres musculaires, la tunique qui sert de poche aux eaux qui s'accumulent dans son sein, forcée de s'appliquer fortement dans toute son étendue, ne permet plus aucune sorte de congestion ; et l'inflammation adhésive que les liqueurs injectées du dehors occasionnaient, a lieu par un mécanisme qui est exclusivement le produit d'une cause externe. Ainsi, sans porter dans l'intérieur d'une partie très sensible aucun liquide irritant, sans peine et sans douleurs les résultats sont heureusement les mêmes.

Quoi qu'il en soit, M. Valz a continué ses fomentations une quarantaine de jours, et il est parfaitement débarrassé de son hydrocèle. Voilà huit mois passés qu'il jouit d'une guérison qui ne lui a pas coûté cinq minutes de douleur, ni une heure de temps perdu.

Deuxième observation. — Dans les premiers jours du mois d'août dernier, alors que M. Valz continuait encore ses applications alcooliques, le sieur H. D..., ouvrier maçon à Nîmes, vint me consulter ; il portait une hydrocèle du côté gauche. Le lendemain, un dimanche, la tumeur fut vidée par une simple ponction ; et les eaux écoulées, le scrotum fut entouré, dans toute son étendue, d'une compresse pliée en quatre doubles et trempée dans une eau-de-vie à 30 degrés : le tout soutenu par un suspensoir, pour tout appareil. Ces fomentations renouvelées matin et soir, et continuées une quarantaine de jours, ont guéri radicalement notre ouvrier maçon, sans qu'il ait perdu une seule journée.

Pour ne pas rendre cette lettre trop longue par la répétition des mêmes faits, qu'il me suffise de vous dire que je suis à mon quatrième succès; celui de M. Valz fait le cinquième. Or, si deux témoignages dignes de foi suffisent pour constater l'existence d'un fait quelconque, dans l'espèce, cinq observations identiques prouvent surabondamment la confiance que l'on peut avoir pour les succès à venir par les succès obtenus. Toutefois, lors même que l'on douterait encore, tout praticien bien pénétré des règles de l'art de guérir, et qui n'aura pas oublié cette recommandation hippocratique, de ne jamais employer les remèdes forts que lorsque les plus doux sont insuffisants, et de n'avoir jamais recours au fer et au feu qu'autant que la puissance ou la force du mal serait au-dessus, c'est-à-dire rebelle à tout autre moyen moins douloureux, etc.

Dans l'espèce, disons-nous, il nous paraît impossible que tous ceux qui connaîtront nos observations actuelles, se décident à injecter une hydrocèle sans avoir essayé les fomentations alcooliques.

Agréez, etc. PLEINDOUX père, D.-M.-M.

NOUVELLES.

On lit dans le *Courrier de Marseille* du 21 :

« Suivant un bruit généralement accrédité, M. le ministre du commerce se serait, à la fin, décidé à faire cesser le conflit élevé entre lui et l'intendance sanitaire de notre ville, à l'occasion de la dernière ordonnance royale, en modifiant en quelques points les anciens règlements. On se souvient que les membres de notre intendance avaient présenté en masse leur démission. Cette démission vient d'être acceptée. »

— Il paraît certain que la loi sur l'enseignement de la médecine sera présentée aux chambres sous deux ou trois jours.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 FÉVRIER 1846. (19e ANNÉE.) No. 25. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 27 FÉVRIER 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La clinique à laquelle nous empruntons les deux faits suivants a un caractère éminemment scientifique, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'offre pas en même temps le caractère pratique.

Le premier de ces deux faits est un cas de fièvre typhoïde ayant présenté une particularité remarquable.

Un garçon de dix-huit ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, était souffrant depuis quelque temps, et alité depuis quatre ou cinq jours, ayant perdu l'appétit, s'efforçant néanmoins de manger, et ayant de la diarrhée, lorsqu'il entra à la Charité, dans le service de M. le professeur Andral.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, on nota: Facies affaissé, intellect diminué, prostration. Les jours suivants, la stupeur, l'état du ventre, la fuliginosité de la langue et des dents, l'apparition des taches rosées, des sudamina; en un mot, tous les symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde se prononcèrent de plus en plus. Au reste, dès le premier moment, le diagnostic n'avait pas été douteux.

Mais voici la particularité remarquable qu'a présentée ce malade: La température appréciable du corps était extrêmement élevée; le thermomètre centigrade marquait 42°, et le pouls n'était qu'à 68. Cette observation fut faite le 17 février, troisième jour après l'admission de ce garçon dans les salles de M. Andral. Le lendemain, 19, la température était diminuée d'un degré, et le pouls s'était ralenti de huit battements (41 - 60). Le 20, le pouls était à 52, et la température à 40. Le 21, pouls à 50, température à 39,50. On nota une amélioration sensible dans l'état du malade. Le 22, le pouls était à 45, et la température à 38,3. Aujourd'hui le sujet est en convalescence, et le pouls bat 56 fois; la température est normale.

Dans ce cas singulier, le pouls par sa lenteur contredit la température. Beaucoup de faits prouvent de même que la fièvre consiste bien plus dans l'élévation du calorique que dans la fréquence du pouls, laquelle se retrouve dans tant de circonstances où l'on ne saurait admettre l'élément fébrile. Mais dans cette contradiction du pouls et de la température, il y a pourtant un accord manifeste entre les deux, une sorte de parallélisme, puisque, à mesure que l'un se ralentit, l'autre s'abaisse.

— Le second cas paraît être un exemple d'inflammation suppurative du rein droit. Une femme, âgée de trente-deux ans, couturière, réglée à dix-sept ans, toujours bien réglée depuis, éprouva, à l'âge de dix ans, des douleurs dans l'hypocondre droit, qui revenaient à l'occasion de fatigues, d'émotions morales, et pour lesquelles on fit de nombreuses applications de sangsues. Elles revinrent par intervalles jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, époque à laquelle la malade eut une grossesse qui se termina par un accouchement naturel. Pendant cinq ans depuis lors, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, elle n'eut plus de douleurs dans la région hypocondriaque; mais une tumeur du volume des deux poings se montra au-dessous des fausses côtes correspondantes. A partir de ce moment la malade a maigri. Dans l'espace de huit ans (de vingt-quatre à trente-deux ans) elle a eu trois fausses couches. Deux mois avant son entrée à l'hôpital elle fut atteinte d'une pneumonie que l'on traita par les saignées. Elle entra dans le service de M. Andral le 24 janvier. Le 26, elle eut des douleurs dans le flanc droit pendant toute la nuit; l'urine était rouge, acide, et déposait un sédiment blanc, ne disparaissant ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique. Le 29, l'urine contenait manifestement du pus. Le 30, la tumeur était très douloureuse à la pression; urine trouble. Le 31, dyspnée; chaleur de la peau. Le 3 février, moins de fièvre; urine purulente. Le 4, la jambe était très douloureuse en avant. Le 8, sept selles. Le 9, douleur et gonflement œdémateux des deux pieds. Le 17, vomissements verts...

Cette observation ne sera pas achevée de quelque temps. La présence du pus dans l'urine a éclairé le diagnostic. La tumeur, selon toute vraisemblance, est formée par le rein tuméfié et déplacé. Tant que cet organe conserva sa place, avant la première grossesse, comme par son volume toujours croissant il refoulait le foie, la malade souffrit dans l'hypocondre droit. Après l'accouchement, la cavité abdominale se trouvant agrandie en proportion du relâchement de sa paroi antérieure, le rein se déplaça, et alors les douleurs hypocondriaques cessèrent, le foie n'étant plus comprimé. Rien de plus facile à comprendre.

L'organe tuméfié, qui, dans sa position normale, n'avait pas gêné sensiblement le développement de l'utérus, a apporté, depuis son déplacement, un tel obstacle à la gestation, que la malade a eu trois fausses couches. La compression de la veine cave inférieure explique le gonflement œdémateux des deux pieds; celle des nerfs du membre inférieur gauche, à leur origine, rendent compte des douleurs éprouvées dans ce membre. Le refoulement du péritoine par la tumeur et, par suite, quelques points de péritonite, pourraient donner la raison des vomissements observés le 17 de ce mois. Enfin, l'irritation produite dans le colon par la tumeur expliquerait la diarrhée.

— Un jeune homme du même service est affecté d'ictère général très intense. Les selles sont tout à fait cendrées; et il est certain que s'il arrive de la bile dans le duodénum, ce ne peut être qu'en très minime quantité. Néanmoins les digestions sont bonnes, et l'appétit est très prononcé. Comme M. le professeur Andral l'a dit à cette occasion, et suivant une remarque déjà ancienne, les faits de ce genre prouvent que la bile n'est pas indispensable, ou même n'est pas nécessaire à l'élaboration du chyle.

Ce liquide est un produit beaucoup plus excrémentitiel que récrémentitiel. On a fait ressortir, il y a longtemps, la solidarité fonctionnelle du foie et des poumons. La bile est l'analogue de l'hydrogène et du carbone de l'expiration, et les troubles de la sécrétion hépatique doivent influer sur l'hématose plus sensiblement que sur la digestion. A ce point de vue, il serait intéressant de rechercher si l'acide carbonique exhalé par les poumons éprouve des variations suivant les vicissitudes de la sécrétion biliaire.

— Le cas suivant s'ajoute à une foule d'autres, qui prouvent combien est difficile, le plus souvent, le diagnostic des tumeurs abdominales.

Il s'agit d'un ancien officier supérieur en retraite, âgé de quatre-vingt-quatre ans, ayant passé dix ans à Madagascar et vingt à la Guadeloupe. Il se trouvait à bord de la Méduse lors du naufrage de ce bâtiment. Depuis cette catastrophe, il était devenu morose et d'une impressionnabilité extrême. Le récit d'un malheur l'émouvait jusqu'aux larmes. A la Guadeloupe, il avait pris l'habitude des boissons.

Dans le mois d'août 1843, il eut la fièvre jaune, qui lui laissa une douleur profonde dans le flanc gauche avec un engorgement des viscères abdominaux.

Dix mois après, la douleur s'exaspéra: il éprouvait la sensation d'une barre; en même temps apparut, dans l'hypocondre gauche, une tumeur qu'il comparait à un boulet de quatre.

Des sangsues en grand nombre, des émollients de toute espèce furent appliqués sur la partie malade.

Au mois de novembre 1844, cet officier supérieur revint en France. Pendant la traversée, qui n'avait duré que vingt-cinq jours, le volume de la tumeur avait doublé. A son entrée au Val-de-Grâce, en juillet 1845, son état était le suivant: Teint jaune; point de fièvre; constipation par intervalles; ventre très volumineux, dur, tendu. Dans la région splénique, la paroi abdominale est moins dure. On y détermine, par la pression, une crépitation particulière difficile à définir, qui s'entend aussi dans les fortes inspirations. Quand le malade est assis, debout ou sur le côté, il éprouve une sensation de tiraillement vers les attaches du diaphragme, et de la douleur vers les fosses iliaques. Les fonctions s'accomplissent d'une manière normale. On diagnostique une altération organique du péritoine, et l'on se borne à la médecine des symptômes: on donne des purgatifs contre la constipation, et l'on applique des sangsues quand la douleur est plus vive.

L'abdomen grossit de plus en plus, et la respiration est gênée en proportion. Les membres inférieurs s'œdématient; le malade, persuadé qu'il est hydropique, réclame avec instance la paracentèse: on pratique une ponction exploratrice, qui ne donne issue à aucun liquide et n'est suivie d'aucun accident.

La dyspnée augmente encore; les extrémités inférieures sont énormes. Le 5 janvier 1846, le malade succombe dans un état d'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve ce qui suit: La rate, le foie, le poumon sont refoulés en haut, les intestins à droite. Une tumeur ovalaire de trente-quatre centimètres de diamètre, recouverte par le feuillet pariétal postérieur du péritoine, occupe toute la cavité abdominale. Son poids est de 17 kilogrammes: elle adhère au rein gauche en haut, aux muscles psoas et iliaque en bas, au mésentère à droite. Sa face antérieure est lisse et présente inférieurement un sillon dans lequel est logé le colon descendant. L'aorte, les uretères et les vaisseaux rénaux y ont marqué leur place en arrière. Elle est enveloppée par une membrane fibreuse, nacrée, très épaisse. La substance qui la constitue a l'aspect de la graisse, mais d'une graisse très vasculaire. Certainement, ce n'est pas là un encéphaloïde; on ne peut même pas y songer; mais ce n'est pas non plus un lipome ordinaire.

— Un homme de soixante-six ans, ayant le teint brun-jaune (teint hépatique), se présenta à la clinique particulière de M. Sichel en 1839, avec une tumeur de l'œil droit qui pouvait être prise pour un staphilome de l'iris à travers la cornée ulcérée, ou pour une mélanose. Il souffrait beaucoup. M. Sichel excisa une portion de la tumeur, et alors il lui parut évident qu'il s'agissait d'une mélanose. L'œil s'atrophia; depuis lors, le sujet n'a plus souffert, si ce n'est à deux ou trois reprises. Il raconte (mais il s'explique d'une manière fort diffuse, et fait une théorie à propos du moindre détail) que, chaque fois, les douleurs cessèrent après l'écoulement d'une quantité extraordinaire de larmes. Il fait jouer un grand rôle à la poudre d'acajou dans la production de sa maladie. (Il est menuisier.)

Dernièrement, il s'est présenté de nouveau à M. Sichel. De la surface antérieure du globe de l'œil atrophié, s'élevait une tumeur d'un noir d'ébène, du volume d'un petite aveline, à pédicule assez large, molle, indolore, portant à sa partie inférieure une petite zone grise, vestige de la sclérotique, détruite dans sa partie antérieure comme la cornée. Cette tumeur était entourée de quatre autres très noires aussi, globuleuses.

M. Sichel se posa la question suivante: s'agissait-il d'une tumeur purement mélanique ou d'une tumeur cancéreuse?

La mélanose peut exister indépendamment du cancer, et à l'état de masse pigmentaire. Alors, dans ses éléments microscopiques, elle ne diffère pas du pigment choroïdien.

Mais comme le pigment mélanique peut se déposer dans les tissus normaux, il peut se déposer dans les tissus anormaux. Ainsi est jugée la question laissée indécise par M. P. Bérard dans son bel article *Cancer* du Dictionnaire de Médecine, qui est de savoir si la mélanose doit être rangée au nombre des cancers ou en être séparée.

La mélanose, en tant que mélanose, n'est point un cancer; mais elle peut entrer accessoirement dans la composition d'un cancer, comme la gélatine, et de même que, dans ce dernier cas, on a le cancer gélatiniforme ou colloïde, dans le premier on a le cancer mélanique.

Le fait de M. Sichel présente quelque obscurité; et nous ne savons quant à présent dans quelle catégorie le ranger.

La tumeur principale ayant été excisée, M. Mandl l'a examinée au microscope, et il y a vu un grand nombre de cellules ayant la plus grande ressemblance avec celles du cancer; ce que nous avons constaté aussi. Les cellules étaient mêlées à un très grand nombre de globules sanguins. Mais il n'y avait point d'éléments colorés en noir comme dans le pigment choroïdien. Pourtant, nous l'avons dit, la tumeur était d'un noir d'ébène.

Nous reviendrons sur ce fait d'anatomie pathologique avec l'intérêt qui s'attache naturellement à une question aussi importante et aussi difficile que celle des tissus hétéromorphes. Nous attendrons pour cela que l'habile micrographe que nous avons cité ait terminé l'analyse de la tumeur enlevée.

— Un homme a succombé dans le service de M. Marchal (de Calvi) avec une endocardite aiguë. On a trouvé, à l'autopsie une rougeur acajou de l'endocarde, et une ulcération ayant son siége au-dessus de l'une des valvules mitrales, plus la rougeur écarlate et l'épaississement des valvules sigmoïdes de l'aorte. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire étaient beaucoup moins rouges et moins épaisses. A la différence de ce qui a été observé le plus généralement, la rougeur était beaucoup plus marquée dans les cavités gauches que dans les cavités droites. La valvule auriculo-ventriculaire gauche offrait un épaississement cartilaginiforme de son bord tendineux; l'épaississement était de deux millimètres. Il n'y avait pas de concrétions polypiformes sur les valvules. Le cœur n'avait pas augmenté de volume. Le sujet avait eu une rougeole un mois et demi auparavant. Il n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, ni même de douleurs rhumatismales. Ce fait sera publié avec les détails qu'il comporte.

— L'efficacité spécifique de l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires de la syphilis est incontestable. On en voit des exemples frappants chaque jour, et tout récemment les lecteurs de ce journal ont lu à ce sujet le récit d'une belle observation tirée de la clinique de M. Vidal (de Cassis). C'est l'efficacité du mercure dans les accidents secondaires. Rien, en un mot, de plus prouvé. Aussi, depuis quelques années, la consommation de ce médicament a augmenté extrêmement, et il en est résulté une hausse prodigieuse de son prix, qui est aujourd'hui de 136 francs le kilogramme (l'iode est coté 140 francs le kilo). Il n'y a que deux grandes fabriques d'iode, et l'on s'explique facilement par cette circonstance l'élévation du prix de son composé. Les malades de la classe pauvre ne peuvent se procurer un médicament sans lequel, désormais, il n'y a plus de bon traitement possible de la syphilis à la période tertiaire ou à la phase de transition de la période secondaire à la suivante.

En attendant que la concurrence commerciale fasse cesser la crise actuelle, M. Ricord vient d'essayer le bromure de

potassium, qui a chimiquement tant de rapports avec le sel iodique.

Dans les circonstances ordinaires, le bromure de potassium serait aussi cher ou plus cher que son analogue. Mais, en ce moment, il y a sur la place une grande quantité de bromure, absolument sans autre application possible que celle qui vient de lui être donnée à l'hôpital du Midi. Il provient de la nécessité dans laquelle on s'est trouvé de fixer le brome, qui est très volatil, et dont on s'était approvisionné à cause du daguerréotype.

Le bromure a été administré à la même dose que l'iodure, et sous la même forme. Il a produit les mêmes effets, seulement un peu plus lentement. Nous avons vu trois malades, qui en ont obtenu d'excellents résultats. Nous citerons spécialement un individu affecté d'une hypérostose très étendue de l'un des tibias, et d'un sarcocèle syphilitique fibreux. La tuméfaction périostale avait diminué sensiblement au bout de vingt jours, et le testicule avait perdu les deux tiers de son volume. *Notons qu'aucune autre médication n'avait été employée.* Quand il prescrit l'iodure, dont l'action n'a plus besoin d'être démontrée, M. Ricord recouvre d'emplâtres de Vigo les os ou le testicule affectés, ou il recourt à d'autres adjuvants.

— Encore un exemple d'affection morveuse transmise du cheval à l'homme. Ce nouveau cas s'est présenté à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Grisolle. On se demande, en présence de ces faits déplorables, si les mesures prescrites par le préfet de police en 1842, sur le rapport de M. Huzard au nom du Conseil de salubrité, sont fidèlement exécutées.

— Nous nous occuperons prochainement de la jeune fille prétendue électrique. On sait déjà qu'en présence des membres de la commission de l'Académie des sciences les phénomènes annoncés par les journaux ne se sont point produits.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Louis.

Métro-péritonite puerpérale. Mort. Autopsie.

Le 6 février, est entrée à la salle Saint-François, n° 4, la nommée Seuvrat, âgée de vingt-six ans, couturière, d'une constitution de force moyenne; tempérament nerveux; d'une santé assez bonne. Réglée à dix-sept ans sans indisposition préalable; depuis lors bien régulièrement menstruée. Elle a été réglée le 4 mai 1845 pour la dernière fois. Elle a eu deux enfants à dix-huit mois d'intervalle; le dernier, il y a cinq ans. Ces deux grossesses ont été assez pénibles.

Le 6 février, vers dix heures du matin, l'accouchement eut lieu heureusement après un travail de six heures de durée. La délivrance se fit sans accident un quart d'heure après l'accouchement. L'enfant était fortement constituée, grosse et bien portante.

Pendant toute la journée du 6, et dans la nuit du 6 au 7, quelques coliques; sensibilité de l'épigastre augmentant à la pression. L'écoulement lochial assez abondant, normal. Les seins commencent à se gonfler sans être douloureux. Pas de selles. — Saignée de deux palettes; potion gommeuse avec 25 gram. de sirop d'éther.

Le 9 février, dans la journée d'hier, la malade a été prise subitement de frissons suivis de chaleur; coliques très vives; ventre douloureux, surtout au moindre contact. L'utérus volumineux, formant dans la région hypogastrique et sur la ligne médiane une tumeur dure, douloureuse au toucher. L'écoulement lochial continue; quelques nausées suivies de vomissements; langue blanche, saburrale; douleurs vives à l'épigastre; céphalalgie intense.

Au moment de la visite, les coliques sont encore plus vives; le ventre est dur, un peu ballonné, sensible à la plus légère pression. On sent jusqu'à deux doigts au-dessus de l'ombilic une tumeur formée par la matrice, douloureuse au toucher. Les seins sont durs, peu volumineux; les lèvres d'une couleur violette tirant un peu sur le noirâtre. La membrane muqueuse qui tapisse la cavité buccale présente aussi en partie une couleur gris-noirâtre. La face est violacée; les conjonctives non injectées; les yeux ternes. Pouls filiforme, échappant au doigt.

Les deux mains froides, presque insensibles, présentent une coloration brune analogue à celle de la face. Cette teinte brune commence à devenir moins prononcée au-dessus des poignets, et se remarque sur toute la surface des membres thoraciques. Pas de selles depuis hier. La malade dit également n'avoir pas uriné. — Une saignée a été pratiquée et 40 sangsues appliquées à l'hypogastre.

La mort survient le 9 février à onze heures et demie du matin, la malade ayant conservée son intelligence jusqu'au dernier moment.

Autopsie cadavérique.

Abdomen. — Le péritoine, qui revêt la paroi antérieure de l'abomen, présente par places une arborisation très marquée, à réseau peu serré cependant, et n'altérant pas la couleur générale, qui est blanchâtre. Pas de traces de fausses membranes dans le péritoine; mais on y trouve environ un verre d'un liquide filant, rougeâtre, mêlé d'un pus jaune, et plus abondant aux environs de la matrice et des ovaires que partout ailleurs. L'utérus s'élève à 16 centimètres environ au-dessus du pubis. A sa surface, il présente en avant et sur les côtés des plaques noires dont la largeur varie de 1 à 3 centimètres carrés. On trouve également ces taches dans les points correspondant à l'insertion des trompes à l'angle supérieur de la matrice. Le reste de la surface de l'utérus est rouge vers son fond, et d'un blanc rosé dans les autres points. On n'y distingue ni gros vaisseaux dilatés, ni traînées purulentes.

Si l'on incise ces plaques noires, on trouve un tissu d'un rouge livide marbré de points noirs, d'où découle, par la pression, un liquide peu abondant, lie-de-vin. De loin en loin on voit sourdre du pus mêlé de sang de l'ouverture des vaisseaux, qui peuvent admettre environ un stylet aiguillé. Dans les autres points de l'utérus, on ne trouve rien de pareil. La coupe présente une couleur d'un blanc-grisâtre parsemé de quelques points rouges, excepté en se rapprochant de la cavité, où dans une épaisseur d'un centimètre environ, on constate une teinte brunâtre qui va se dégradant à mesure que l'on s'éloigne de la cavité. Les vaisseaux sont perméables dans cette coupe de l'utérus, et il en suinte un sang liquide noir. L'intérieur de la cavité utérine offre une face irrégulière, d'une couleur rouge noire par places, se déchirant avec la plus grande facilité, et se réduisant par la pression en une espèce de putrilage. On y remarque des lambeaux flottants.

Par une pression un peu forte, le doigt s'enfonce dans ce tissu d'un centimètre environ. A cette profondeur il rencontre un tissu non altéré de la matrice, plus résistant, bien que l'on puisse cependant le pénétrer en appuyant fortement. Ce tissu propre, blanchâtre, semble formé de fiches entremêlées et séparées par un tissu friable qui se déchire sous le doigt.

Le col de l'utérus se présente sous la forme d'un bourrelet mamelonné, noir, irrégulier, offrant une circonférence de 10 centimètres. La cavité contient un liquide filant, brun. Incisé avec un scalpel, sa coupe présente un aspect d'un gris brun; par la pression, on fait sortir de petites gouttelettes de sang de l'orifice des vaisseaux. En raclant la surface interne de l'utérus, on enlève facilement la membrane ou plutôt le tissu qui la tapisse. Pas de suppuration.

Les ovaires, un peu volumineux, le droit plus que le gauche, présentent un aspect uniforme, d'un rouge-livide parsemé de points noirs. Il en suinte, quand on pratique des incisions dans leur épaisseur, un sang noir à moitié coagulé; leur tissu s'écrase et se réduit en putrilage avec facilité. Les trompes sont gonflées, d'un rouge livide, infiltrées dans toute leur étendue d'un liquide citrin; la pression fait sourdre de leur cavité un liquide jaunâtre, comme purulent. Les vaisseaux qui se rendent à ces organes sont gorgés d'un sang noir.

Les ligaments larges et le tissu cellulaire des fosses iliaques sont infiltrés d'un liquide filant. Le long des vaisseaux ovariques on remarque des traînées blanches. Ce sont des vaisseaux lymphatiques de l'épaisseur d'un gros fil, remplis d'un pus phlegmoneux, qui de chaque côté se dirigent le long de la colonne vertébrale jusqu'au niveau de la région lombaire, ou l'on cesse de les suivre. Les veines ovariques sont saines.

La vessie, dont les parois sont notablement épaissies, présente à sa surface une coloration blanche, légèrement injectée çà et là. Elle est tapissée par un liquide crémeux, blanc; la veine cave inférieure est libre.

Le foie d'un rouge brun, d'une couleur plus pâle vers son petit lobe, de volume à peu près normal, est bien conformé. Des sections pratiquées sur cet organe montrent son tissu d'un rouge brun, friable; ces vaisseaux contiennent un sang noir. Il en est de même des reins, qui offrent les mêmes conditions de consistance et de coloration.

Organes respiratoires. — Aucune adhérence; la surface des poumons et le feuillet costal de la plèvre sont visqueux, comme gluants, recouverts d'une couche mince de liquide analogue à celui qui revêtait la surface interne du péritoine. On ne trouve dans leur épaisseur aucune trace de travail inflammatoire, d'abcès, etc. Ils sont seulement un peu congestionnés à leur bord postérieur et inférieur.

Cœur. — Normal sous le rapport du volume, de la coloration et de la consistance. Quelques caillots dans ses cavités avec un peu de sang liquide. Le canal thoracique ne contient pas de pus mélangé aux liquides normaux.

Entre la dure-mère et le cerveau, un peu de sérosité semblable à celle que l'on a constatée dans la cavité pectorale. Les veines cérébrales distendues par un peu de sang liquide. Le cerveau de consistance normale, piqueté, et comme sablé de sang à la surface des sections. Pas de sérosité dans les ventricules; toutes les veines cérébrales, ainsi que les sinus, sont distendues par du sang noir, fluide; il en est de même de celles du cervelet, organe qui, du reste, n'offre pas d'altération notable.

Les intestins sont d'un blanc pâle à leur surface; la muqueuse intestinale est blanche, sans altération ni coloration anormale.

Les sinus utérins sont vides. On suit les vaisseaux pleins de pus jusqu'au corps de l'utérus, mais pas plus loin.

— Cette observation, dont nous devons les détails à l'obligeance de M. Garcin, élève du service, nous a paru digne d'attention, tant sous le rapport de la rapidité de la marche que sous celui des phénomènes curieux qu'a présentés la maladie, et des altérations anatomiques qui ont été observées après la mort.

En même temps qu'elle est une des maladies les plus communes et les plus fréquemment observées, la fièvre puerpérale est une affection dont l'histoire est encore environnée d'une profonde obscurité, et sur la nature et le siége de laquelle les opinions les plus contradictoires ont été émises, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet dans ces derniers temps. Ainsi, tandis que les uns rattachent toutes les altérations qui peuvent survenir chez une femme nouvellement accouchée à une entité pathologique qu'ils appellent fièvre puerpérale, et décrivent sous ce nom des métrites, des péritonites, des phlébites utérines, qui ne présentent rien de particulier, si ce n'est qu'elles se sont développées chez des femmes en couches, d'autres n'appliquent ce nom qu'à la péritonite épidémique des femmes récemment accouchées, pour d'autres, c'est toujours une phlébite; pour d'autres, une angioleucite utérine. M. Voillemier semble avoir établi avec raison que des lésions très diverses existent dans la fièvre puerpérale; mais il pense que toutes ces lésions ont un caractère commun, et qu'elles se rattachent toutes à une même cause générale: ce sont des phlegmasies suppuratives produites par une diathèse purulente. Il propose, en conséquence, de changer la dénomination de fièvre puerpérale en celle de *fièvre pyogénique* des femmes en couches. Tout en admettant que, dans la plupart des cas, il y a des altérations locales, cependant on est également forcé d'admettre que quelquefois la mort survient sans qu'il y ait d'affection locale qui puisse rendre compte de l'intensité de la maladie, de la rapidité de sa marche. Dans le cas actuel, qui constitue certainement un exemple de la variété que l'on a désignée sous le nom de *fièvre puerpérale foudroyante*, puisque la première atteinte a eu lieu trente-six heures seulement avant la mort, les lésions cadavériques ont plus que suffi pour expliquer la terminaison rapide et funeste qui a été observée. C'est principalement sur ces lésions que nous insisterons ici.

Dans le cas actuel, comme dans la plupart des faits rapportés par les auteurs, on a rencontré cette lésion de l'utérus que l'on peut considérer comme constante, à savoir: que la surface interne de l'organe est couverte d'un détritus d'une épaisseur variable, couleur lie-de-vin ou noirâtre, gluant, sanieux, adhérent à toute la paroi interne, s'enlevant facilement par le grattage avec le manche d'un scalpel; tandis que souvent, au-dessous de cette couche semi-liquide, le tissu utérin peut être parfaitement sain. La surface de l'utérus offrait ici des plaques noires disséminées, gangréneuses, assez communes dans la métro-péritonite puerpérale. Lorsque la maladie fait des progrès et ne se termine pas aussi brusquement, il arrive souvent que des perforations succèdent à cette gangrène partielle, et que de larges communications s'établissent entre la cavité péritonéale et celle de l'utérus.

Le col de l'organe, les ovaires participaient à cette dégénérescence gangréneuse, dont on ne retrouvait aucune trace dans les autres organes, ainsi qu'il arrive souvent. Les reins, le cœur, les poumons offrent fréquemment, dans les cas de ce genre, une consistance moindre qu'à l'état normal, un véritable ramollissement qui n'existait point ici.

Toutes les fois que la fièvre puerpérale a eu plusieurs jours de durée, on peut être certain qu'il existe du pus dans un point quelconque de l'économie, pus que l'on rencontre en quantité très variable et dans des lieux très différents. Il peut se trouver, comme chez notre malade, dans la cavité péritonéale, dans les vaisseaux lymphatiques et veineux de l'utérus et des ovaires, dans les ligaments larges et ronds. Il peut s'en rencontrer aussi dans la plèvre; dans le cas actuel, il n'y avait à la surface de la plèvre qu'une exsudation glutineuse, filante, non encore passée à l'état purulent.

L'inflammation du péritoine est très fréquente, le plus souvent bornée à la région hypogastrique, au péritoine qui revêt la matrice et les organes du petit bassin, parfois cependant générale. Les collections purulentes sont fréquentes alors, et souvent accompagnées de fausses membranes plus ou moins épaisses.

Indépendamment de la lésion de la matrice que nous avons décrite, souvent le tissu propre de l'organe s'enflamme et renferme dans son épaisseur un nombre plus ou moins considérable de collections purulentes du volume d'un pois, qui se forment ordinairement plus près de la surface externe que de l'interne, vers les parties latérales et le fond de l'organe. Il est arrivé quelquefois que l'on a pris ces petits abcès pour du pus placé dans l'ouverture d'un vaisseau. L'examen minutieux à l'aide d'un stylet fait reconnaître qu'il n'existe aucun pertuis vasculaire, et que la petite collection purulente forme un véritable kyste.

L'inflammation suppurative des lymphatiques est excessivement commune, et, dans le fait que nous venons de rapporter, il en existait un exemple bien manifeste. Les lymphatiques suppurés, peu volumineux ici, ont un volume qui varie depuis celui d'une grosse épingle, jusqu'à celui d'une plume de corbeau.

Ils se montrent ordinairement sur les côtés de l'utérus, à la surface des ligaments larges et des ovaires. Quelquefois, ils ne dépassent pas les limites de l'utérus, convergent vers les angles de cet organe et se perdent à la racine des ligaments larges. D'autres fois, ici par exemple, ils gagnent ces ligaments, s'enlacent au tronc des veines ovariques, recouvrent les ovaires, forment des zigzags nombreux au-devant et sur les côtés des muscles psoas, et se jettent dans les ganglions lombaires. Il arrive assez fréquemment que les vaisseaux lymphatiques présentent beaucoup plus loin encore des traces d'inflammation, et qu'on peut les suivre jusqu'au-dessus des vaisseaux rénaux. Ici, l'on n'a point rencontré de pus dans le canal thoracique, mais les faits ne sont pas rares dans lesquels on y en a manifestement constaté la présence.

Nous terminerons ce que nous voulions dire de la suppuration des vaisseaux par quelques mots sur la phlébite utérine, généralement moins fréquente qu'on ne l'a cru d'après les travaux de Dance. Cette inflammation, qui est ordinairement bornée aux vaisseaux de l'utérus, mais peut cependant s'étendre aux veines hypogastriques, iliaques, crurales, et se présente avec les caractères anatomiques qui lui appartiennent dans les cas simples, est beaucoup plus rare que la lymphite; mais il ne faut pas conclure, avec quelques auteurs, que Dance s'est trompé, et qu'il a pris l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus pour celle des veines. Des faits assez nombreux de phlébite utérine incontestable existent pour qu'il ne soit pas permis de la révoquer en doute.

Enfin, souvent les autres appareils de l'économie, les poumons principalement, les articulations, le tissu cellulaire, les muscles contiennent des abcès métastatiques, conséquences de l'infection purulente générale.

Nous ne dirons que peu de mots de la symptomatologie.

Ici, comme toujours, des frissons ont marqué le début de la maladie; puis sont survenus des douleurs abdominales, symptôme nous pouvons dire constant, tellement intenses souvent que les malades ne peuvent supporter même le poids de leurs couvertures. Le pouls est filiforme, très fréquent. Mais nous rappellerons, comme un des phénomènes les plus importants et les plus remarquables, la coloration violette non-seulement de la face, mais des mains et de la partie inférieure des bras, coloration qui indique manifestement un trouble profond dans l'appareil circulatoire et dans ses fonctions. Cette coloration violacée s'observe presque toujours, à un degré plus ou moins considérable, dans la forme foudroyante de la maladie.

Nous n'avons que peu de chose à dire du traitement. Il a été aussi énergique qu'il pouvait l'être dans un cas de cette gravité. Les altérations organiques étaient tellement profondes, la marche de la maladie a été si rapide que toute le savoir et l'expérience du médecin distingué qui dirige le service ont été impuissants pour arrêter les progrès de cette terrible affection. Y.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Cirrhose du foie. Péritonite tuberculeuse. Mort. Autopsie.

Au n° 13 de la salle Saint-Lazare a été couché le nommé Roeder, âgé de cinquante-quatre ans, tailleur, d'une assez forte constitution autrefois, d'une bonne santé habituelle. Cet homme nous affirme que jusqu'au 4 mai 1845, il n'a jamais été malade.

Il y a deux mois environ, il commença à ressentir pour la première fois, assure-t-il, une constipation opiniâtre dont il ne put venir à bout qu'à l'aide de laxatifs, et qui lui causa un malaise assez intense pour le forcer à suspendre ses occupations. Du mieux étant survenu dans l'état général, le malade reprit ses travaux. Quinze jours après, à la suite d'une seconde purgation, le ventre devint dur, un peu ballonné, sensible à la pression. L'appétit diminua sensiblement. Dans l'absence de pression, le malade ne ressent pas de douleurs dans l'abdomen. Pas de douleurs non plus dans la poitrine, pas de gêne dans la respiration, ni toux, ni expectoration, ni nausées, ni vomissements. Le malade ne suivait aucun traitement, se bornait à prendre quelques tisanes légères de bourrache et de chiendent. Nourriture extrêmement légère : le sujet ne peut prendre qu'un peu de bouillon et de légumes. Il y a quelques semaines, il alla consulter un médecin, qui lui conseilla des applications émollientes sur l'abdomen, des lavements, des bains de pieds.

D'après le peu d'effet de ce traitement, le même médecin lui conseilla des bains de siége (le malade en a pris quatre ou cinq) et des frictions sèches sur le ventre. L'état restant toujours le même, il administra de l'huile de ricin, qui détermina quelques selles, mais les symptômes notés du côté de l'abdomen continuèrent à s'aggraver. Urines très rares. Nouvelle purgation avec le jalap; pour boisson, tisane et sirop des cinq semaines. Tous ces traitements n'ayant amené aucun résultat, le malade se décida à entrer le mois dernier à l'hôpital.

Voici les symptômes qu'il présente le matin à la visite du 18 :

Etat de maigreur générale et considérable; face émaciée; les yeux caves et brillants, les joues creuses. Couleur jaune, un peu terreuse de la peau, sans teinte ictérique bien caractérisée, sans coloration jaune des conjonctives. Perte complète de l'appétit depuis près d'un mois; pas de sommeil; pas de céphalalgie. Langue rouge à la pointe et sur ses bords. Bouche sèche, lèvres croûteuses, un peu ulcérées dans quelques points. Vomissements fréquents. Presque toutes les substances alimentaires soit liquides, soit solides que prend le malade sont vomies après avoir été ingérées; quelquefois, ces vomissements se composent en partie de matières vertes. Jusqu'à la journée d'hier, les selles avaient été naturelles; depuis hier soir, un peu de diarrhée. Urines normales; leur coloration est cependant un peu plus foncée et plus rouge qu'à l'ordinaire. Elles ne contiennent pas d'albumine. Au moins n'est-elle pas appréciable par l'ébullition ou par le mélange de l'urine avec l'acide nitrique.

Ballonnement du ventre, qui est tendu; sous la peau se dessinent, tuméfiées, les veines sous-cutanées abdominales, par lesquelles il est évident que se fait une circulation supplémentaire. Gêne considérable de la respiration; cependant, il est quelques positions dans lesquelles le malade se trouve soulagé; mais il ne peut les conserver que pendant peu de temps. La percussion démontre clairement la présence dans l'abdomen d'une certaine quantité de liquide, on ne remarque pas, sauf l'augmentation de volume, de changements dans la forme cylindroïde de l'abdomen, c'est-à-dire ni bosselures, ni saillie forte au dehors. Un peu d'œdème des extrémités inférieures. Peu de fièvre; la fréquence du pouls, la chaleur de la peau sont plus marquées le soir et la nuit que dans la journée. — Chiendent, sirop de sucre; deux bouillons; deux soupes. Pilules d'opium de 0,05 chaque.

Le 20, quelques heures de sommeil sous l'influence des pilules d'extrait gommeux d'opium; mais les jours suivants, son état s'aggrave de plus en plus, les phénomènes vont en augmentant d'intensité, le malade succombe six jours après son admission dans le service.

A l'autopsie, on trouve une altération complexe. Quatre litres environ de sérosité dans le péritoine. Le foie a conservé sensiblement son volume normal, sans hypertrophie ni atrophie. Mais sa surface est bosselée, comme mamelonnée en certains points. Le tissu du foie coupé par tranches est d'un jaune pâle, parsemé çà et là de granulations de la grosseur d'un pois environ, d'un jaune rougeâtre. On trouve dans quelques points des masses, mais peu considérables, de substance véritablement tuberculeuse, non ramollie. La membrane séreuse péritonéale présente dans une grande partie de son étendue des tubercules à divers degrés de développement; c'est principalement dans la masse des ganglions mésentériques que l'on rencontre des tubercules abondants, les uns encore à l'état de crudité, les autres à l'état de ramollissement.

Les poumons sains, sans tubercules; de loin en loin quelques corpuscules blanchâtres, que l'on ne pourrait franchement rapporter à la dégénérescence tuberculeuse. Le cœur normal.

— Dans ce fait, il est évident que l'altération anatomique était complexe, comme nous l'avons dit : qu'il y avait d'une part dégénérescence que l'on pouvait rapporter au premier degré de la cirrhose; d'autre part, dégénérescence tuberculeuse et du foie; et des ganglions mésentériques, et de la membrane séreuse péritonéale. C'est à cette complication que nous devons le peu de netteté des phénomènes qui se sont manifestés pendant la vie. A ce propos, il ne nous paraît pas déplacé d'entrer dans quelques détails sur les symptômes de la cirrhose et sur ceux de la péritonite tuberculeuse, d'autant plus que ceux de la première de ces deux affections sont extrêmement variables, et la plupart du temps très peu caractéristiques.

Les auteurs s'accordent à distinguer dans la cirrhose trois périodes, ou degrés correspondant à trois degrés dans l'intensité des altérations anatomiques. Chacun de ces degrés n'est point caractérisé par des phénomènes pathognomoniques. Voici, en peu de mots, quelles sont les altérations cadavériques de chaque période. A la première, le tissu hépatique est jaune marbré de lignes rouges, irrégulières et sinueuse, entre lesquelles on aperçoit une grande quantité de corpuscules de volume variable, présentant l'aspect des petits lobules de graisse que l'on trouve dans le tissu cellulaire des membres inférieurs affectés d'anasarque.

Ici le volume du foie est légèrement augmenté ou normal. A la seconde période, on trouve une agglomération de petits mamelons denses, arrondis, irréguliers, serrés les uns contre les autres, jaunes, rougeâtres ou bruns. Les vaisseaux sanguins hépatiques et les conduits biliaires d'un petit calibre sont comprimés, oblitérés; le foie est atrophié, déformé; sa surface extérieure est inégale, mamelonnée. Enfin, dans le troisième degré, qui est le plus rare, et caractérisé par un ratatinement irrégulier, on trouve, à la section, de petites cavités vides dont les parois sont constituées par une membrane cellulo-fibreuse très mince; de petites cavités remplies d'un liquide gélatineux verdâtre. Suivant M. Cruveilhier, le foie plus volumineux, au contraire, qu'à l'état normal, d'un brun foncé, ramolli, est converti en une pulpe brunâtre qui remplit des aréoles de dimensions différentes. Quoi qu'il ne soit, la vésicule du fiel est ordinairement saine. La cavité péritonéale contient le plus souvent un liquide plus ou moins abondant, qu'il faut attribuer, soit à une péritonite chronique, soit à l'oblitération des vaisseaux du foie, et à l'obstacle à la circulation. Nous devons dire encore que la cirrhose est rarement simple et sans complications : nous y reviendrons plus bas. Ainsi, nous voyons dans les Bulletins de la Société anatomique une observation relative à un sujet de soixante-trois ans, affecté de cirrhose du foie, mais qui avait en même temps une affection granuleuse des reins parvenue à la deuxième période, un œdème du poumon droit, une inflammation du lobe inférieur du poumon gauche.

Au début de la maladie, le volume du foie est normal. Lorsque l'affection marche rapidement, il peut même augmenter un peu; il diminue lorsqu'il se forme un épanchement péritonéal qui comprime l'organe, et alors l'atrophie est en rapport direct avec la durée de la maladie et l'abondance de l'épanchement. Dans la plupart des cas de cirrhose un peu avancée, il y a ascite, et le plus souvent elle se manifeste sans que le ventre soit douloureux, soit à la pression, soit spontanément.

Lorsque la cirrhose est simple, dit M. Becquerel, auquel on doit de curieuses recherches sur cette maladie, l'ascite précède constamment l'œdème des membres inférieurs. Lorsque la cirrhose est compliquée d'une maladie de Bright ou d'une affection du cœur, trois circonstances peuvent se présenter. Lorsque la maladie des reins ou du cœur est antécédente à la cirrhose, l'infiltration des membres précède l'ascite. Lorsque la maladie de Bright et la cirrhose se développent simultanément, la première marche plus rapidement que la seconde, et donne lieu à l'œdème avant que celle-ci ait déterminé un épanchement dans le péritoine. L'ascite peut même, dans un cas, être la conséquence de la maladie de Brigth; la cirrhose est alors presque toujours méconnue. Lorsque l'affection des reins ou du cœur est postérieure à la cirrhos, l'hydropisie peut suivre la même marche que si la cirrhose était simple.

Nous avons fait remarquer dans le cas actuel une légère coloration jaune-terreux de la peau, mais sans teinte ictérique véritable. Sous ce rapport, le fait rentre dans la loi normale; il est rare qu'il y ait ictère dans la cirrhose. Lorsque la cirrhose est simple, les fonctions digestives sont intactes, au moins le plus souvent. Souvent il y a, de plus, de la constipation. Dans le cas dont nous avons donné les détails, on a observé dans les derniers jours un peu de diarrhée; mais nous devons faire observer qu'il y avait complication de péritonite tuberculeuse, et que, le plus fréquemment, l'affection tuberculeuse à une période avancée détermine une diarrhée colliquative. La même disposition à la diarrhée s'observe dans les cas où il existe une maladie de Bright. Nous avons insisté, dans la symptomatologie du cas particulier, sur l'amaigrissement, l'émaciation de la face; la fièvre qui a été notée n'est point un phénomène de la cirrhose, affection éminemment et essentiellement apyrétique, mais bien de l'affection tuberculeuse toujours accompagnée d'une fièvre hectique.

M. Becquerel a remarqué que les urines des sujets atteints de cirrhose sont le plus souvent d'une couleur jaune-orangé très foncé, rougeâtre même. Pendant la vie du sujet, l'absence de l'albumine dans l'urine avait suffi pour faire connaître qu'il n'y avait point de maladie de Bright. Nous résumerons ce qui a rapport à la symptomatologie de la cirrhose du foie par les trois propositions suivantes, fondées sur l'observation des faits. Il existe une si grande différence entre chaque cas particulier, que la maladie peut se présenter sous des aspects tout à fait différents. La cirrhose du foie au premier degré ne donne souvent lieu à la manifestation d'aucun symptôme. Enfin, les lésions organiques qui coïncident si souvent avec l'altération du foie viennent mélanger leurs symptômes à ceux de la cirrhose, peuvent masquer en partie ces derniers, et quelquefois même s'opposer à leur développement.

Nous n'avons presque rien à dire, chez notre malade, de la marche de l'affection; le peu de confiance que l'on doit ajouter aux renseignements qui ont été donnés par lui relativement aux phénomènes survenus avant l'entrée à l'hôpital, ne nous permet nullement de constater si, sous ce rapport, la maladie s'est dérobée à la loi générale. La cirrhose, on le sait, peut affecter deux formes, la forme aiguë, la forme chronique. La première dure depuis quatre à cinq semaines jusqu'à trois mois. La forme chronique est la plus fréquente; presque toujours elle est compliquée, et dans ce cas l'affection est lente. Le premier symptôme par lequel elle se manifeste est ordinairement l'ascite. La durée de la maladie varie depuis plusieurs mois jusqu'à plusieurs années. Le pronostic de la cirrhose est toujours très grave, puisque la mort en est la conséquence la plus ordinaire. Cependant, nous devons faire observer que lorsque la maladie se termine de cette funeste manière, presque toujours la mort est la conséquence, non de la cirrhose seule, mais ou des complications, lorsqu'il en existe, ou de l'ascite et des troubles que détermine la compression du tube digestif par le liquide péritonéal.

Les complications de la cirrhose peuvent être très nombreuses et varient beaucoup. Ainsi, elle peut s'accompagner d'une péritonite aiguë avec épanchement purulent dans l'abdomen, d'une péritonite chronique avec ou sans adhérences cellulo-fibreuses; de péritonite tuberculeuse, comme nous en avons ici un exemple, de tubercules pulmonaires. A ce propos, nous devons faire remarquer que les tubercules péritonéaux existaient chez notre sujet indépendamment de toute affection tuberculeuse du poumon, contrairement à la loi, peut-être un peu trop exclusive quoique très souvent vraie, portée par M. Louis, et en vertu de laquelle des tubercules pulmonaires existeraient toujours chez les sujets qui en présentent dans d'autres organes quels qu'ils soient. Nous n'insisterons point, quant aux complications, sur la coexistence de pleurésie, de pneumonie que l'on a quelquefois notées. Nous ferons seulement remarquer, avec M. Becquerel, que si chez quelques sujets on a trouvé des traces d'hémorrhagie soit dans l'estomac ou les intestins, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ces altérations sont probablement dues à la congestion sanguine que produit dans les parois des intestins l'oblitération d'une certaine quantité de vaisseaux de la veine-porte. Il paraît résulter de l'observation de faits nombreux que la maladie qui coïncide le plus souvent avec la cirrhose est la maladie de Bright.

S'il est quelquefois permis de deviner en quelque sorte la cirrhose et d'établir un diagnostic probable, il est positivement impossible de reconnaître avec certitude la maladie pendant la vie. S'il était possible de reconnaître d'une manière ou de l'autre le volume du foie, on ne pourrait pour cela reconnaître la nature de l'altération qui ne présente, après tout, aucun symptôme caractéristique. L'absence de fièvre doit bien être prise en considération. Mais lorsque la cirrhose, comme dans le fait actuel, se complique d'une autre maladie, qui elle-même s'accompagne de fièvre, ce caractère manque.

Nous avons vu que dans le cas actuel plusieurs des caractères de la cirrhose avaient manqué. Plusieurs des symptômes de la péritonite tuberculeuse ont également fait défaut. Ainsi, l'on n'a point trouvé ces bosselures déterminées à la surface du ventre et que l'on observe quelquefois. Du reste, il est à noter que ce caractère, que l'on a donné comme très fréquent, n'est pas aussi commun qu'on l'a généralement pensé. Il manque d'autant plus souvent que des gaz peuvent se développer dans le tube digestif et s'opposer à ce que l'on constate par la palpation la présence des masses ganglionnaires transformées en substance tuberculeuse. On a pu remarquer, dans le fait que nous avons rapporté, l'existence des vomissements, des symptômes gastro-intestinaux et de la diarrhée, tous phénomènes qui appartiennent à la péritonite tuberculeuse plutôt qu'à la cirrhose. Du reste, comme celui de la cirrhose, le pronostic de la tuberculisation du péritoine est toujours plus ou moins rapidement mortel, et, sous le rapport du traitement, les deux affections échappent également aux ressources de l'art.

REVUE GENÉRALE.

Ecoulement d'un liquide aqueux par l'oreille considéré comme signe de fractures du crâne et principalement du rocher. — Sous ce titre, M. Laugier publie, dans les Archives de Médecine, un mémoire dans lequel il appelle de nouveau l'attention sur un signe découvert ou au moins signalé par lui, pour la première fois, en 1835. Depuis cette époque, dix à douze faits semblables à celui qu'il avait publié à cette époque, ont été recueillis par divers auteurs, et M. Laugier en rapporte un assez grand nombre dans le travail actuel. Nous choisirons parmi ces observations, l'une des plus récentes et des plus remarquables.

« Le 26 mars 1844, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un jeune homme de dix-huit ans, tombé de vingt-deux

pieds de haut, à deux heures du matin. On l'amène à Beaujon vers neuf heures. La face est pâle, couverte de sang déjà sec; l'entrée des narines, l'intérieur et l'extérieur du pavillon des oreilles en sont aussi remplis; mais l'ouverture des narines en contient davantage; la vue de l'œil gauche est à peu près abolie. Après avoir nettoyé le visage et les oreilles, on voit s'écouler immédiatement de l'oreille droite un liquide rougeâtre, comme de l'eau rousse, et ce symptôme continue toute la journée, à tel point qu'on est obligé de changer l'oreiller et l'alèse placés sous la tête du malade.

Le 27 mars, l'oreille droite laisse toujours écouler un liquide rougeâtre, trouble, en quantité telle, qu'en moins d'une heure on peut en recueillir environ 20 grammes dans un verre à pied tenu au-dessous du pavillon de l'oreille. Ce liquide devient clair par le repos; dépôt rougeâtre au fond du verre, salé et alcalin. Ce liquide se troublait par l'addition de l'acide nitrique. Le précipité formé dans cette circonstance, et resté en suspension, se dissout dans un excès d'acide; la chaleur ne trouble pas ce liquide. Il précipite fortement en blanc par le nitrate d'argent; ce précipité est blanc, caillebоté; insoluble dans l'acide nitrique à froid, et noircit par l'action de la lumière.

Le 28, le liquide qui s'écoule par l'oreille est opalin, salé, et sa quantité est moindre que la veille: on n'obtient que 30 grammes en deux heures environ; il contient toujours de petits corpuscules qui tombent au fond du verre. Mort à minuit, sans agitation ni délire.

Autopsie. — Aucun liquide ne s'écoule plus par l'oreille; la dure-mère est intacte, adhérente partout; il existe une double fêlure du plancher de l'orbite gauche. L'une d'elles commence à la partie interne de la voûte orbitaire, se porte en arrière en suivant la direction du sillon de la lame criblée de l'ethmoïde, en dehors duquel elle est placée, et va s'unir à une autre fêlure dont la partie moyenne passe à travers le corps du sphénoïde, au-devant de la selle turcique. Celle-ci commence vers la partie moyenne de l'articulation temporo-pariétale gauche, se dirige en dedans et un peu en avant, traverse la fosse moyenne de la base du crâne, et va se terminer à l'articulation pétro-basillaire opposée, en divisant le corps du sphénoïde comme il a été indiqué. Un léger caillot du poids de 1 à 2 grammes existe au-dessous de la dure-mère dans le sillon ethmoïdal gauche, et à la partie antérieure de la fosse moyenne, près de l'extrémité externe de la fente sphénoïdale.

A droite, fêlure du rocher divisant cette portion du temporal perpendiculairement à son grand axe, commençant en avant au niveau de l'orifice crânien de l'hiatus de Fallope. Cette fêlure va se terminer dans la fosse jugulaire tapissée par la dure-mère restée intacte.

Une seconde fêlure parallèle au sillon contenant le filet crânien du nerf vidien, au-devant duquel elle est placée, communique en avant avec le sinus sphénoïdal droit, et va se terminer en dehors sur la paroi supérieure de la caisse du tympan, en passant à sa partie moyenne entre la fosse ovale et la suture pétro-sphénoïdale.

La membrane muqueuse du sinus est déchirée. Un caillot du poids de 2 grammes environ est contenu en partie dans le sinus, en partie dans la fosse nasale qui lui correspond.

Les fêlures que nous venons d'indiquer font communiquer la cavité du crâne, la première avec le vestibule, la seconde avec la caisse du tympan.

Aucun épanchement ne sang ne se fait remarquer au niveau de ces fêlures.

A l'aide de coupes faites dans le rocher avec la scie, on constate une déchirure oblique en bas et en dehors de la partie antérieure de la membrane du tympan. L'étrier était fracturé transversalement; la muqueuse de sa base déchirée, et la fenêtre ovale ouverte établissait une libre communication entre le vestibule et l'oreille moyenne.

Les membranes du cerveau étaient saines.

A l'époque de la lecture de son premier mémoire à l'Académie, M. Laugier concluait en disant: « Le signe que j'indique comme nouveau consiste dans l'écoulement par l'oreille d'une plus ou moins grande quantité d'un liquide aqueux d'abord légèrement teint de sang, mais bientôt parfaitement limpide et incolore, qui n'est autre que la sérosité du sang épanché et contenu dans la cavité du crâne entre la dure-mère et les os. Les mouvements du cerveau expriment peu à peu la sérosité du caillot, et celui-ci est réduit en quelques jours à un mince feuillet qui ne peut exercer de compression sur la masse cérébrale. L'écoulement de ce fluide aqueux, à lui seul et indépendamment de tout autre phénomène, indique sûrement:

» 1° L'existence d'une fracture du rocher;

» 2° La disposition de cette fracture en simple fêlure, car une fracture plus large laisserait passer le sang et n'agirait pas à la manière d'un filtre;

» 3° La présence d'un épanchement de sang dans l'intérieur du crâne reposant sur la fêlure du rocher, disposition importante si l'on croyait devoir recourir à l'opération du trépan. »

Parmi ces conclusions, les unes sont restées constantes, les autres ont dû être modifiées et un peu étendues. Mais le principe fondamental sur lequel elles reposent, à savoir, que le liquide aqueux vient du sang épanché et des vaisseaux ouverts par la fracture, loin d'être ébranlé par cette modification, n'en sera que plus solidement établi. Personne ne conteste l'existence de la fracture du crâne, non plus que la fêlure du rocher. Une objection que l'on a faite à M. Laugier est relative à la proportion de sérosité trop considérable pour le caillot. M. Laugier rappelle l'énorme quantité de sérum qui mouille les pièces d'appareil après les grandes opérations, et explique encore cette quantité incroyable par la congestion des vaisseaux cérébraux, la stase du sang dans les veines de cet organe, dans les sinus de la dure-mère et la gêne de la respiration dans quelques cas. Une autre objection porte sur la différence chimique qui existe entre le sérum du sang et le liquide écoulé par l'oreille. M. Laugier combat les opinions qui tendraient à faire croire que ce liquide est une augmentation de sécrétion du liquide de Cotugno, ou du liquide céphalo-rachidien, et conclut en terminant: que l'origine du liquide écoulé est bien l'épanchement de sang qui résulte de la fracture, comme le prouve l'état des caillots situés au-dessus du rocher; en outre, l'extravasation de la sérosité fournie par les vaisseaux déchirés à la surface de la solution de continuité des os et des parties molles auxquelles ils adhèrent.

Maintenant, dit encore M. Laugier, l'écoulement séreux de l'oreille, dans les circonstances énoncées plus haut, indique-t-il un épanchement de sang situé au rocher entre le temporal, le pariétal et la dure-mère? Un seul fait, que l'on peut dire exceptionnel, s'élève contre cette opinion avancée dans mon premier mémoire; elle reste donc vraie pour l'immense majorité des cas.

Dès lors que devient la valeur de ce signe pour l'application du trépan? Il n'est pas à lui seul une indication de cette opération, puisque l'écoulement de la sérosité du caillot diminue la pression de celui-ci sur le cerveau. Aucun blessé, en effet, n'a éprouvé d'hémiplégie primitive; mais, si elle se montrait consécutivement et qu'on se déterminât sur cet accident à pratiquer l'opération, il y aurait plus de raison pour faire agir la couronne du trépan au dessus du conduit auditif externe qu'en tout autre point, et, s'il restait quelque incertitude, une incision préalable des parties molles dans cette région du crâne servirait à faire reconnaître un point déclive de la fracture.

Chorée guéric par le sulfate de quinine. — Le Journal des Connaissances médico-chirurgicales publie le fait suivant dû au docteur Antonio Triberti, médecin en chef du grand hôpital de Milan:

Le 28 avril 1844, Charles Mariani, âgé de onze ans, est entré à l'hôpital pour une danse de Saint-Guy, qui s'était développée deux mois auparavant à la suite d'une peur. Ce malade présentait les attitudes les plus ridicules: les mains et les jambes à la fois étaient agitées de mouvements involontaires; les bras se refusaient à faire le service de la bouche; les jambes refusaient de rester posées dans un endroit fixe; quoique les mouvements involontaires fussent continuels, les facultés intellectuelles n'en étaient nullement altérées. Les autres conditions de santé étaient d'ailleurs bonnes. L'auteur débuta par prescrire une infusion laxative, laquelle procura dix selles sans lombrics.

Le 29 au matin, il fit prendre au malade une dose de sulfate de quinine dissous dans neuf onces d'eau distillée, avec addition de douze gouttes d'acide sulfurique.

Le 30, continuation de la même solution.

Le 1er mai, on prescrit un scrupule de sulfate de quinine avec un demi-gros de sucre divisé en six paquets à prendre de deux heures en deux heures; limonade minérale pour tisane. Cette dose de sulfate de quinine fut prise dans les vingt-quatre heures; elle fut continuée jusqu'au 10 mai inclusivement au grand avantage du malade, qui commença à récupérer le commandement de ses membres, tant les supérieurs que les inférieurs.

Le 11, le malade accuse de la constipation; on le purge.

Le 12, on reprit le sulfate de quinine quoique tous les symptômes choréiques eussent déjà disparu.

Le malade sortit le 15 parfaitement guéri.

Extraction de sonde de l'urètre. — Taille hypogastrique.

M. Le Roy-d'Etiolles a communiqué à l'Académie de médecine, séance du 24 février, un nouvel exemple d'extraction de sonde en gomme par l'urètre, sans incision, au moyen de l'un des instruments qu'il a imaginés dans ce but. Cette sonde, qui séjournait depuis six semaines dans la vessie du malade, lui causait de vives douleurs et des accidents inflammatoires, lorsque M. le docteur Bineau (de Saumur) l'adressa à M. Le Roy-d'Etiolles. Deux rétrécissements datant de près de trente années ajoutaient aux difficultés de l'opération; ils furent effacés en quatre jours par la dilatation permanente brusque, après quoi la sonde fut saisie et extraite en présence de MM. les docteurs Chelius et Walkier, fils des deux célèbres professeurs de Heidelberg et de Munich. Aucun accident n'a suivi cette opération, la troisième du même genre dont M. Le Roy a entretenu l'Académie depuis deux ans.

M. Le Roy-d'Etiolles met également sous les yeux de l'Académie un calcul ayant le volume et la forme d'une figue avec sa queue, enchatonnée fortement à la paroi antérieure de la vessie, et dont il a fait l'extraction par la taille hypogastrique dans la maison de santé de la rue Marbeuf.

Nous donnerons dans un de nos prochains numéros l'observation détaillée de cette opération, qui a été pratiquée il y a neuf jours. Jusqu'ici l'état du malade est satisfaisant.

NOUVELLES.

M. Lisfranc a repris son service à l'hôpital de la Pitié; les leçons cliniques ont lieu tous les mardis, comme à l'ordinaire.

— Par un arrêté du 1er décembre dernier, M. le ministre de l'instruction publique a nommé membres du Conseil académique de Paris: MM. Vacherot, directeur des études de l'école normale supérieure; De Bussi, membre de l'Académie royale de médecine, directeur de l'école spéciale de pharmacie; Pelassy de L'Ousle, membre du Conseil général du département de la Seine, officier de l'Université, chef d'institution honoraire; Massin, officier de l'Université, chef d'institution honoraire; Binn, proviseur du collége royal Louis-le-Grand; Poulain de Bossay, proviseur du collége royal de Saint-Louis.

C'est la première fois que MM. les chefs d'institution, l'école normale et l'école de pharmacie sont représentés dans le Conseil académique.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 12 février, M. Briot, docteur en médecine, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé chef des travaux anatomiques de cette école en remplacement de M. Ordinaire appelé à d'autres fonctions;

M. Malcuisant, docteur en médecine, est nommé suppléant près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 26. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De la dyspepsie, de ses symptômes et de son traitement.

La dyspepsie est une affection que l'on a assez rarement occasion d'observer pour que nous nous empressions de saisir l'occasion que nous offre la présence de plusieurs exemples de cette maladie dans nos salles, et que nous tâchions de vous présenter quelques réflexions pratiques qui, nous le croyons, ne seront pas sans quelque utilité.

La dyspepsie est une altération fonctionnelle des organes digestifs qui ne se lie pas à une affection organique connue ou appréciable de ces viscères, et qui n'est pas non plus le retentissement sympathique de maladies affectant d'autres organes. On rencontre quelquefois des sujets qui digèrent mal, et qui du reste n'offrent aucun symptôme d'une maladie quelconque de l'estomac soit inflammation aiguë ou chronique, soit cancer, etc. La dyspepsie, trouble purement fonctionnel, ne peut être confondue avec une maladie inflammatoire. Lorsque nous examinerons les causes auxquelles on peut rattacher la production de ces perturbations dans l'accomplissement normal des fonctions digestives, nous vous ferons voir combien elles sont nombreuses, variées, de nature diverse, et combien était autrefois impuissante la médecine lorsque l'on mettait en usage une thérapeutique antiphlogistique et débilitante, lorsque l'on prescrivait des émissions sanguines, la diète rigoureuse, etc. Ainsi, en deux mots, nous admettons, avec tous les observateurs modernes, qu'il y a des conditions dans lesquelles les fonctions digestives sont troublées sans qu'il y ait pour cela d'altérations organiques, comme phlegmasie, ramollissement, cancer; qu'il y a des causes dont l'action se porte directement sur les fonctions digestives sans modification matérielle appréciable à nos sens. Parmi les cas soumis en ce moment à notre observation, nous en choisirons un qui nous a en quelque sorte paru un fait modèle, un vrai type de l'affection dont nous voulons vous tracer l'histoire.

Observation. — Au n° 7 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme chez laquelle les symptômes sont bien tranchés, et qui se trouve du reste dans les conditions les plus favorables au développement de la maladie. Elle a trente-deux ans, exerce la profession de bonnetière, et travaille toute la journée assise devant un métier. Elle a donc continuellement de l'occupation, mais ne prend pas d'exercice. Il y a des métiers dans lesquels on observe la dyspepsie plus souvent que dans d'autres : les tailleurs, par exemple, les graveurs, les horlogers, ceux enfin qui se livrent à des occupations tout à fait et continuellement sédentaires. Sous ce rapport, les ouvriers, peu sujets en général aux maladies nerveuses, se trouvent rentrer dans les conditions des personnes de la classe aisée de la société. La malade dont il s'agit ici a donc une vie sédentaire, et l'a toujours menée; elle est née dans cette profession qu'exerçaient son père et sa mère. Dès sa plus tendre enfance, elle était retenue dans un atelier où elle préparait le coton qui devait servir à ses parents. Elle a toujours été privée de ce mouvement corporel qui est si nécessaire aux enfants suivant leur constitution. Il est d'observation que le sujets frêles et délicats supportent beaucoup mieux la vie sédentaire que ceux qui sont robustes et vigoureux. C'est par la même raison que les femmes supportent mieux que les hommes l'absence d'exercice.

Dès les premières années de sa vie, on a vu chez cette femme se développer des accidents que l'on n'observe la plupart du temps qu'à une période plus avancée de la vie. Ce genre de dyspepsie, qui est caractérisé par des maux de tête et des vomissements, la migraine, en un mot, l'incommode depuis fort longtemps. Depuis la première atteinte, elle n'est jamais, nous a-t-elle dit, restée plus de quinze à vingt jours sans en ressentir les attaques, qui n'ont point cependant un caractère complétement évident de périodicité. Voilà ce qu'est la vie de cette femme, et vous comprenez combien elle doit être malheureuse de cette triste existence. Relativement à ces accidents plus intenses qui se manifestent chez elle à intervallés irréguliers, mais toutes les deux ou trois semaines environ, et principalement après le repas le plus copieux, voici ce qui se passe :

Elle ressent des douleurs d'estomac, une pesanteur considérable au creux épigastrique. Vers deux heures de l'après-midi, tous les jours, elle fait un repas; immédiatement après, elle se trouve irrésistiblement entraînée au sommeil; elle s'endort pendant une demi-heure, puis elle se réveille et se remet à travailler. Après son repas du soir, la même chose se renouvelle. Si, au lieu de reprendre son travail, elle veut faire une course immédiatement après avoir mangé, elle dit se sentir moins solide sur ses jambes qu'à tout autre moment de la journée.

Tous ces phénomènes doivent être rapportés à la dyspepsie. Ce que vous observez chez cette femme est l'histoire abrégée de la plupart des dyspepsies, et vous le retrouvez chez le plus grand nombre des malades.

Notre malade est souvent en proie à de vifs chagrins, et elle a remarqué que c'est au moment où ses contrariétés sont les plus vives que les accidents qu'elle ressent sont plus intenses. Il y a quinze jours environ, au moment où passait près d'elle une voiture dans la rue, elle se recula vivement, s'appuya contre une porte; mais, au même instant, elle sentit ses jambes fléchir sous elle; elle éprouva des fourmillements dans les membres inférieurs et se sentit tomber. On la soutint, on la porta chez elle, on la plaça dans son lit. Depuis ce temps, elle est complétement privée du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs. Bientôt, la vessie se paralysa, une partie des urines s'échappa involontairement; il en fut de même des évacuations alvines qui eurent lieu sans que la malade en eût conscience. Que s'est-il passé dans la moelle épinière de cette femme? Evidemment, les symptômes qu'elle a éprouvés présentent quelque analogie avec ceux qui existent dans l'hémorrhagie cérébrale et dans le ramollissement. Quelle est l'altération qui a pu donner lieu à une paraplégie survenue de cette manière et instantanément? Certes, un pareil événement est rare; mais il est difficile de ne pas supposer que c'est à une hémorrhagie de la moelle qu'il faut le rapporter. Il est assez malaisé de distinguer quelle est celle des deux affections, hémorrhagie ou ramollissement, à laquelle on doit plutôt s'arrêter. Lorsqu'il y a de la roideur sans douleur, on a lieu de croire qu'il y a plutôt ramollissement qu'hémorrhagie. Dans le cas actuel, il y a eu des fourmillements presque continuels pendant les premiers jours de l'affection. Dans les circonstances de cette nature, il est toujours plus naturel de supposer celle des deux maladies qui semble la plus fréquente.

Nous avons au n° 29 de la même salle une autre femme qui est atteinte de la même maladie. Cette femme a l'habitude de prendre des aliments le matin; à midi, elle fait encore un repas; elle recommence encore à deux heures. Nous avons tout lieu de croire que cette malade mange beaucoup plus qu'il n'est nécessaire. Elle paraît, d'après ce que nous avons pu soupçonner par ses réponses, mener une conduite fort irrégulière. Il est d'observation qu'en général, chez les femmes de cette classe, il y a beaucoup de voracité. Elle fait enfin un quatrième repas vers huit heures du soir. Cette irrégularité et cet excès dans l'alimentation est une cause très commune de dyspepsie. Nous noterons de plus ici qu'il faut tenir compte des excès de tout genre qu'est exposée à commettre journellement cette femme.

Etiologie et symptomatologie. — La dyspepsie doit-elle être étudiée et dans les phénomènes qu'elle présente et dans la marche qu'elle suit, comme aussi dans les causes qui la produisent et dans son traitement?

La dyspepsie se manifeste par des phénomènes qui se pas-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Promesse sur la présentation du projet de loi. — Influences du Congrès. — Les associations. — Le corps médical avant et après. — Départ de la fille électrique. — Nécessité pour les académies d'examiner les faits extraordinaires. — Conséquences de cet examen. — L'homéopathie et les juges. — Nouvelle question de médecine légale. — Habnemann et ses disciples. — La peste à l'Académie de médecine.

Ainsi donc, la chose est décidée, le projet de loi sera présenté dans quelques jours au parlement; M. le ministre de l'instruction publique l'a promis de nouveau et a même engagé sa parole, et moi qui vous parle j'ai reçu l'honorable et bien douce mission d'annoncer cette heureuse nouvelle au corps médical Je la remplis avec empressement et confiance : avec empressement, car je savais les inquiétudes qui se manifestaient de toutes parts parmi nos confrères et combien il était urgent de ranimer leurs espérances et leur courage; avec confiance, car je suis de ceux qui croient a la loyale parole de M. de Salvandy. Ainsi donc, le but que voulaient atteindre les promoteurs du Congrès sera atteint; le résultat que le Congrès a voulu sera obtenu : les législateurs s'occuperont de la réforme de nos institutions dans cette session peut-être, dans la suivante sans aucun doute; cette réforme sera accomplie plus ou moins complète, plus ou moins en harmonie avec nos vœux — car il faut tout prévoir — et de la sorte se sera réalisé ce que si souvent et sur des tons si divers j'ai eu la persévérance de dire au corps médical : Voulez-vous que les pouvoirs publics s'occupent de vos griefs et de vos doléances, commencez par vous en occuper vous-mêmes. On me pardonnera, je l'espere, ce mouvement rétrospectif en présence d'un résultat si prochain et si heureux. Le laboureur qui, après une année d'angoisses, après le froid de l'hiver et les orages de l'eté, voit sa moisson dorée prête à tomber sous la faucille, n'est ni présomptueux ni vain de sentir battre son cœur de joie et d'espérance.

Un autre résultat du Congrès aussi heureux peut-être, plus fécond surtout, c'est l'organisation actuellement partout active de cette immense et bienfaisante association médicale dont le réseau va bientôt couvrir la France tout entière. Avant le Congrès, où était le corps médical, où le trouver, par quels moyens correspondre avec lui, comment sentir et entendre ses souffrances, où concentrer ses travaux, sa force, ses aspirations et ses tendances vers un meilleur avenir? Nulle part; le corps médical vivait dans un isolement complet et funeste, inconnu à lui-même, inconnu à la société, ses plaintes se perdaient stériles dans le tumulte du monde, et ses souffrances, si ce n'est sur quelques points fort rares, ne trouvaient ni consolations ni adoucissements.

Voyez aujourd'hui quelle transformation heureuse et féconde s'opère sous nos yeux! Partout l'association, fondée sur le triple but de la science, de la dignité professionnelle et de la bienfaisance s'organise sur des bases régulières et harmoniques Cent vingt-trois associations sont constituées à cette heure. De tout côté le feu sacré s'étend et se propage, encourage le zèle, échauffe la tiédeur, fait honte à l'indifférence, et dans peu de mois toutes ces associations reliées entre elles fonctionneront dans un isochronisme moral sans exemple et sans précédent

Certes, pour tout esprit sérieux, pour ceux que la passion n'aveugle pas, pour ceux que le plaisir de dire un bon mot n'égare pas hors des limites du vrai et du juste ce résultat sera d'une grande importance, car il présage tout un avenir nouveau à notre corporation; le Congrès n'aurait-il eu d'autre influence que celle là, celle d'éveiller parmi nous une tendance aussi générale vers l'association, qu'on pourrait légitimement se féliciter de son succès.

— Voilà pour les nouvelles de l'intérêt le plus général. Celles d'un intérêt plus restreint ne sont pas tres abondantes. J'annoncerai d'abord le départ de la jeune fille électrique. Cette pauvre Angélique a passé de tristes derniers jours à Paris. Visitée par la commission académique et par une foule nombreuse de curieux, elle s'épuisait en vain pour montrer un reste de ces singulières propriétés qui avaient mis en émoi le monde savant. Soit que la source en fût tarie, soit que la supercherie eût été découverte, plus rien ne se manifestait de ces phénomènes d'attraction et de répulsion, dans lesquels un bon curé de village avait vu l'intervention du diable. Bref, elle est partie fort humiliée, fort confuse, et peu disposée sans doute à revenir braver les regards scrutateurs de l'Académie des sciences. J'ai entendu s'élever beaucoup de récriminations contre l'Académie et contre M. Arago en particulier, pour avoir compromis le corps savant dans l'examen d'un fait que tout d'abord, disait-on, il fallait qualifier d'absurde et d'impossible. Je suis loin de partager cette manière de voir, et je crois au contraire qu'il est du devoir des académiciens d'examiner, je ne dis pas tout ce qui peut surgir de quelques têtes folles, mais tout ce qui s'annonce dans les conditions d'un fait à vérifier et à répéter, quelque éloigné que paraisse ce fait des conditions ordinaires et connues. M. Arago rappelait l'autre jour, avec beaucoup de bonheur, que c'est une tache pour la Société royale de Londres d'avoir comme repoussé l'examen de la découverte de Jenner Les nom de Jenner et de la vaccine ne se trouvent pas dans les *Transactions philosophiques.* Certes, les esprits forts avaient beau jeu pour ridiculiser une opinion qui tendait à admettre que dans le pis d'une vache se trouvaient de petits boutons dont la matière inoculée préservait de la variole. C'était là un fait *ridicule* aux yeux de ceux qui donnent au possible les limites de leurs connaissances. Bien d'autres faits encore prouvent que les académies se sont plus souvent déconsidérées en n'examinant pas qu'en examinant. Ensuite, si le fait est réellement absurde et impossible, c'est un bonheur que la science dissipe le prestige, fasse évanouir l'erreur et démasque l'imposture. Dans le cas actuel, si mademoiselle Angélique, ce que je répugne à croire, est sur la même ligne que cette foule décevante et charmante de jolies somnambules dont il m'a été donné de découvrir les fourberies féminines, croyez-bien que mademoiselle Angélique projetterait encore toutes les chaises du monde et les tables et les guéridons, si l'Académie n'avait pas passé par là. Si les académies voulaient un jour, avec tout le temps nécessaire, dans toutes les conditions demandées, examiner sérieusement et à fond le magnétisme animal, l'homœopathie, l'hydrothérapie, j'ai idée que quelque chose de fort utile pour la société en général et pour la science en particulier, sortirait de cet examen. Quelle est, en effet, la ressource des prôneurs des nouvelles idées? Les savants ne veulent pas examiner: cela dérange leurs idées, leurs systèmes, et autres choses analogues qui, à l'aide de quelques pseudo-faits habilement groupés, ne laissent pas de faire sensation sur l'esprit du vulgaire. Pour moi, et j'ai l'honneur extrême de me rencontrer sur ce point avec l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, je crois qu'il ne faut pas absolument rejeter sans examen les faits extraordinaires.

— Je parlais d'homœopathie tout à l'heure; elle vient de se tirer saine et sauve d'une affaire qui présente de singuliers incidents.

Dans le cours du mois de novembre dernier, dit la *Gazette des Tribunaux*, une jeune fille, âgée de quinze ans environ, fut conduite auprès du docteur ***, médecin homœopathe, qui se rend périodiquement dans les différents bourgs du département de l'Yonne. La jeune fille avait depuis longtemps une maladie qui se traduisait par des efforts pour vomir, des vomissements, des douleurs à l'estomac, au ventre, des frissons, etc. Elle avait suivi, sans succès, quelques traitements antérieurs. Le docteur blâma les médications qui avaient été suivies, proposa la méthode homœopathique, prépara la malade par un régime destiné à donner à l'organisme le temps de s'affranchir complétement des effets de ces remèdes pernicieux qu'elle avait pris. Le jour vint enfin où la jeune fille reçut plusieurs doses homœopathiques, numérotées selon le degré de leur puissance, et qui devaient

sent en partie dans l'estomac et dans les intestins, en partie dans ceux des autres organes de l'économie qui sympathisent avec l'appareil digestif. Nous examinerons successivement ces deux ordres de phénomènes.

Du côté de l'estomac, les malades éprouvent dans beaucoup de cas une douleur, une pesanteur incommode, qui surviennent soit tout à coup, soit progressivement. Quelquefois aussi c'est ou tout de suite après le repas, ou quelques heures seulement après; chez quelques sujets, elles ne se montrent qu'à une certaine période de la digestion stomacale. Le plus souvent, avec cette douleur gastrique, les individus éprouvent de l'inappétence; cependant, ce dernier symptôme n'est pas constant; chez d'autres même, l'appétit semble augmenté au lieu d'être diminué, et un besoin de manger presque continuel se fait sentir, bien que les malades sachent par expérience qu'ils souffriront plus encore lorsqu'ils auront satisfait leur appétit. Il y a alors une fausse faim. La digestion n'est pas encore terminée qu'ils veulent encore manger. Souvent, les sujets ont des renvois gazeux ou liquides; ces renvois sont quelquefois acides ou brûlants; puis une sorte de mal de cœur; des nausées; une espèce de vomiturition; dans les cas les plus intenses le vomissement a lieu.

Un phénomène important à noter et assez fréquent, c'est le gargouillement stomacal. Quelquefois les malades remarquent ce bruit, s'en préoccupent; le médecin peut constater ce bruit en imprimant au tronc un mouvement de succussion, ou en appuyant fortement ses doigts sur le creux épigastrique. Le gargouillement stomacal a une valeur réelle sous le rapport de la séméiotique et de la thérapeutique. Quelques médecins, et même des praticiens distingués, avaient pensé qu'il constituait toujours un signe auquel on devait rattacher l'existence d'une lésion organique grave. L'observation journalière prouve de la manière la plus évidente qu'il y a souvent des cas où ce bruit se fait entendre sans lésion appréciable importante du côté de l'estomac; mais que presque constamment il se lie à l'existence d'un trouble fonctionnel. Il résulte de la constatation de ce phénomène une indication particulière, c'est d'engager les malades à prendre peu de boisson. On a remarqué, en effet, que plus les individus affectés de dyspepsie prennent de liquides, plus ils souffrent. Comme vous le voyez, voilà des phénomènes morbides et d'une certaine gravité qui se rencontrent chez des sujets qui n'ont aucun signe de cancer de l'estomac ou d'inflammation de cet organe.

Dans le reste du tube digestif on remarque des désordres analogues; il y a souvent de la douleur; mais dans la grande majorité des cas, cette douleur existe dans un point limité de l'abdomen. Elle succède à l'injection des aliments, et offre ceci de particulier, que le plus ordinairement elle ne se développe que plusieurs heures après les repas, surtout après le repas le plus abondant. La plupart des hommes mangent plus le soir que le matin. C'est, chez beaucoup de malades, pendant la nuit et quelque temps après le coucher, qu'elle apparaît pour se dissiper graduellement et disparaître à mesure que s'accomplit le travail de la digestion. Lorsque les symptômes sont très marqués du côté du tube digestif, il y a dilatation considérable par suite de la production du gaz. L'estomac se distend, et présente facilement, perceptible à la vue, la forme d'une cornemuse. D'autres fois, c'est dans la partie inférieure de l'intestin que les gaz se développent, et alors les malades en rendent une grande quantité par l'anus; ces gaz ont une odeur excessivement fétide. On observe assez fréquemment que les malades ont de la diarrhée; et dans les matières demi-liquides on trouve des traces des aliments mal digérés; ces matières exhalent une odeur excessivement fétide analogue à celle que présenteraient des aliments gâtés et non encore complétement digérés.

Tels sont les phénomènes que l'on constate du côté de l'estomac et des intestins dans l'affection que l'on désigne sous le nom de dyspepsie. Voilà pour l'état local. Mais en même temps, des phénomènes sympathiques se montrent dans beaucoup de cas, soit seuls, ce qui est assez rare, soit accompagnant les phénomènes locaux dont l'appareil digestif est le siége. Comme exemple de la première espèce, nous citerons les cas où il y a de la céphalalgie, sans que l'on puisse constater aucun trouble, aucun dérangement fonctionnel dans l'appareil de la digestion. Nous avons eu déjà souvent occasion de vous faire remarquer qu'il est extrêmement rare que la céphalalgie soit un symptôme d'une affection cérébrale, qu'elle ait son point de départ dans le cerveau. Dans l'immense majorité des cas, la céphalalgie est un phénomène sympathique, et son point de départ est un organe ou un appareil d'organes plus ou moins éloigné. Le cerveau est un organe excessivement sensible, excessivement impressionnable, qui reçoit le retentissement des troubles qui surviennent dans l'accomplissement des fonctions des autres viscères. C'est, nous le répétons, et nous ne saurions trop insister là-dessus, presque toujours ailleurs que dans l'organe douloureux que l'on doit chercher la cause de la maladie. Ainsi, pour nous résumer en quelques mots, chez quelques sujets il y a la fois souffrance du côté de l'estomac et des intestins, et céphalalgie; d'autres fois il y a céphalalgie seule, sympathique d'un état pathologique de l'estomac, non appréciable, et ne se traduisant à l'extérieur par aucun phénomène direct.

Chez un assez grand nombre de malades, la céphalalgie s'accompagne de somnolence; mais comme il est d'observation que les individus qui mangent modérément n'éprouvent pas ordinairement le besoin de dormir après le repas, vous aurez soin de donner aux individus que vous serez appelé à soigner dans ces circonstances, le conseil de manger peu. Souvent aussi, comme chez la malade dont nous vous avons présenté l'histoire, il y a, après le repas, inaptitude à se livrer au moindre travail. Cette inaptitude est encore plus évidente quand il s'agit d'un travail de tête. Quelquefois on parvient à vaincre ce besoin de sommeil à l'aide d'aliments excitants, de vins généreux; mais cette exaltation n'est que passagère et artificielle, et dans le plus grand nombre des cas on ne peut avoir recours à un pareil moyen.

Enfin, à une période plus avancée de la maladie, surviennent ces douleurs atroces que l'on désigne sous le nom de migraines, mot qui nous semble mal choisi; le mot migraine, primitivement *hémicrânie*, indique une douleur bornée à la moitié de la tête seulement, et l'on voit qu'ici ce n'est nullement le cas. Avec ces douleurs céphalalgiques intenses de la migraine, arrivent des vomissements. Un grand nombre de malades et de médecins même, considèrent la migraine comme le résultat d'une affection cérébrale. Nous avons eu tout à l'heure l'occasion de vous faire remarquer que le point de départ de la douleur de tête dans la maladie actuelle, est tout simplement une mauvaise et imparfaite digestion. Le sujet ne vomit pas parce qu'il a mal à la tête. Il a mal à la tête, au contraire, parce que la digestion se fait mal chez lui, et la preuve en est dans les vomissements qui suivent fréquemment les repas.

Ce n'est pas toujours du côté de la tête et des centres nerveux que retentit la dyspepsie. C'est quelquefois vers la poitrine plutôt que partout ailleurs. Le malade ressent des douleurs plus ou moins vives dans la région du sternum. Il éprouve des palpitations, des battements de cœur, qui surviennent sans cause connue, sans qu'il se soit livré à un exercice violent, sans qu'il ait éprouvé d'émotion morale, de chagrin, ou de contrariété,

Dans la dyspepsie flatulente, il y a à noter un effet, un accident purement mécanique, la distension de l'estomac par des gaz, distension qui détermine souvent des palpitations. Il y a là bien évidemment autre chose que de la sympathie. C'est un phénomène physique, matériel, appréciable.

Souvent, sous l'influence de la dyspepsie, il y a retentissement du trouble des fonctions digestives sur la surface du corps. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui, peu de temps après le repas, au moment où commence la digestion, sont prises, non pas d'un frisson véritable, mais d'une pénible quoique légère sensation de froid, et qui pendant l'hiver cherchent, à ce moment, à se rapprocher du feu. Après la période de froid, vient une réaction bien évidente, à laquelle succède enfin une légère moiteur. Ces phénomènes sont trop légers pour constituer un état pathologique; mais ils constituent, qu'on nous passe cette expression, un véritable accès de fièvre intermittente physiologique survenant après chaque repas un peu abondant, et résultant de la difficulté avec laquelle se fait le travail de la digestion.

Dans quelques cas cependant, cette succession de froid, de chaleur et de sueur est tellement marquée, que l'on peut dire qu'il y a véritablement accès de fièvre intermittente essentielle quotidienne, et ne se répétant qu'une fois par jour lorsque le sujet ne fait qu'un seul repas un peu fort; si le malade fait deux repas copieux, un le matin et l'autre le soir, la fièvre revêt un autre caractère et prend le type double quotidien. Un des cas les plus curieux que nous ayons été à même d'observer, est celui d'un sujet dans ces conditions, qui avait une véritable fièvre intermittente tierce; il ne mangeait que de deux jours l'un. Le jour où il mangeait, il avait un accès; la leçon lui profitait, et le lendemain il restait à une diète presque complète; mais le troisième jour, affamé qu'il était par une abstinence prolongée, il faisait un repas solide, et il éprouvait de nouveau les phénomènes fébriles. Un régime assez sévère prolongé pendant quelques jours suffit pour guérir ce symptôme.

L'appareil locomoteur reçoit aussi l'influence de l'affection dont nous vous entretenons. Il y a des personnes qui ne peuvent marcher après un repas, et qui sont obligées d'attendre que la digestion soit complétement faite pour vaquer à leurs occupations.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Remarques cliniques sur les fractures du radius, à propos de quelques cas de ces fractures, etc.

A l'occasion de quelques cas de fracture du radius existant dans le service, M. Robert a fait des remarques cliniques dignes d'être reproduites.

Cette espèce de fractures, dit-il, est assez fréquente dans la pratique, et il importe pour cela de bien les connaître. Son histoire a été incomplète jusqu'à ces derniers temps, malgré les vives lumières qu'y avait jetées le génie chirurgical de Dupuytren. Mais depuis les travaux de quelques jeunes chirurgiens de notre époque, et principalement de MM. Goyrand et Voillemier, qui s'en sont occupés d'une manière spéciale, on peut le regarder comme assez complet.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire minutieusement tous les symptômes de cette fracture, que vous trouverez facilement dans les mémoires des chirurgiens cités; je ne fixerai votre attention que sur quelques points pratiques les plus saillants.

être avalées dans un ordre déterminé. La première dose fut prise le dimanche, vers midi. Dans la soirée, la malade eut des vomissements, des frissons, une anxiété générale. Le lundi, repos. La seconde dose fut prise le mardi; un cortége semblable de symptômes suivit cette administration. Néanmoins, la confiance dans l'efficacité du remède restait absolue. Le mercredi fut, selon l'ordonnance, un jour de repos. Le jeudi, la jeune fille prit la troisième dose; dans la soirée du même jour, elle mourut, toujours au milieu de ces symptômes violents d'une affection des voies intestinales.

La douleur bien légitime de la mère se répandit en récriminations qui éveillèrent l'attention du parquet d'Auxerre. Cette femme remit aux magistrats un certain nombre de pastilles données par le médecin homœopathe à sa fille. A l'autopsie du cadavre, on découvrit une déchirure de l'estomac, et un épanchement dans le péritoine qui présentait les traces d'une violente inflammation.

La péritonite avait été causée par suite de la déchirure de l'estomac. Mais la déchirure avait-elle été occasionnée par l'action d'une substance corrosive, par les vomissements? Les vomissements eux-mêmes avaient-ils pour cause une maladie ancienne, ou l'ingestion d'une substance délétère avait-elle causé ces désordres? Les remèdes homœopathiques notamment, à la suite desquels la mort était survenue si brusquement, ne devaient-ils pas être suspectés? Telle était la série de problèmes à résoudre.

Les pastilles furent adressées à Paris à des experts spéciaux, pour être soumises à une scrupuleuse analyse. Avant d'opérer, ces experts se firent représenter la formule de ces pastilles par le médecin qui les avait prescrites.

« Ces pastilles, dit ce dernier, sont composées d'un *globule* de pulsatille, à la dix-huitième atténuation, placé entre deux pastilles de sucre et de gomme soudées ensemble.

» Les pastilles de sucre et de gomme ont été préparées par M. P..., pharmacien d'Auxerre, et les *globules* ont été préparés par M. W..., pharmacien homœopathe à Paris. »

Les experts se sont trouvés dans un grand embarras. La chimie, d'abord, a été tout à fait impuissante à découvrir autre chose que du sucre; mais, au point de vue homœopathique, cette absence du corps du délit ne suffit pas, et l'on sait en effet que le mode de préparation des médicaments, leur trituration, leur atténuation font varier leur action dynamique à ce point qu'ils peuvent produire la guérison ou la mort. Un excès de broyage ou de grattage, l'interversion de ces opérations importantes, des secousses du bras trop rapides ou trop énergiques, peuvent faire produire aux médicaments des effets déplorables: c'est Hahnemann même qui l'a dit. Or, comment les experts pourraient-ils reconnaître si ces soins importants ont été rigoureusement pris? Aussi n'en ont-ils fait aucune mention dans leur rapport, qui s'est borné à constater que les pastilles analysées ne contenaient aucune substance capable de donner la mort ou de nuire à la santé. Une ordonnance de non-lieu a mis hors de cause le médecin homœopathe.

Les disciples de Hahnemann, s'ils sont conséquents avec leur doctrine, doivent s'insurger contre cette jurisprudence qui est contraire à leur vérité, à leur expérience. A leur point de vue, en plaçant le médecin d'Auxerre à l'abri de toute poursuite en responsabilité d'homicide par imprudence, on a commis une erreur judiciaire. Ou leur doctrine est fausse, ou ils doivent solliciter la réformation d'un jugement semblable. Je le prouve, et qu'ils osent s'élever contre l'autorité que j'invoque:

« La dispensation des médicaments homéopathiques exige beaucoup de soins et de précisions: on ne doit pas donner une goutte ou un grain de plus qu'il n'est prescrit. Il ne faut pas même secouer de nouveau les flacons parce que cette manœuvre suffirait déjà pour exalter la vertu médicinale, ce qui peut devenir très dangereux dans certains cas. On doit bien plus encore se garder de prendre une dilution supérieure à celle qui est prescrite, car, l'énergie et la durée d'action changeant à chacune, des inconvénients graves pourraient résulter de ce défaut d'attention.

» Peu importe que l'atténuation aille jusqu'au point de paraître impossible aux médecins vulgaires dont l'esprit ne se nourrit que d'idées matérielles et grossières; qu'ils apprennent des mathématiciens qu'en quelque nombre de parties qu'on divise une substance chaque portion contient cependant encore un peu de cette substance; que, par conséquent, la plus petite parcelle qu'on puisse imaginer ne cesse point d'être quelque chose et ne devient pas *rien!* Qu'ils apprennent des physiciens qu'il y a des puissances immenses qui n'ont pas de poids, comme le calorique, la lumière, etc., et qui par cela même sont infiniment plus légères encore que le contenu médicinal des plus petites doses de l'homéopathie! Qu'ils pèsent, s'ils le peuvent, les paroles outrageantes qui provoquent une fièvre bilieuse, ou la nouvelle affligeante de la mort d'un fils unique qui fait périr une tendre mère! Qu'ils touchent pendant un quart d'heure seulement un aimant capable de porter cent livres, et les douleurs qu'ils ressentiront leur apprendront que des influences impondérables peuvent aussi produire *sur l'homme les effets les plus violents!.....*

» D'ailleurs, le médicament homœopathique, à chaque division ou dilution, acquiert un nouveau degré de puissance par la secousse qu'on lui imprime. Moyen inconnu avant moi de développer les vertus inhérentes aux substances médicinales, et qui est *tellement énergique, que dans ces derniers temps l'expérience m'a forcé de réduire à deux le nombre des secousses dont auparavant je prescrivais dix à chaque dilution.*

» Lors donc qu'on procède à la dilution des substances médicinales, on fait bien de ne donner que deux secousses quand on veut ne développer que modérément la puissance active. En étendant les poudres, il sera bon de ne pas trop insister sur le broiement dans le mortier, *afin que le développement de la force du remède n'aille pas au delà de toutes les bornes.*

» Il n'est pas rare que les médecins incomplétement homœopathistes s'imaginent redoubler de sagesse en prescrivant aux malades atteints d'affections graves, des doses très peu distantes de médicaments d'ailleurs choisis homœopathiquement, et employés à des degrés élevés de dilution. Ils les plongent ainsi dans un tel état de surexcitation, que la vie et la mort se trouvent aux prises ensemble, *et qu'il suffit ensuite du moindre médicament pour amener une mort inévitable.* »

Homœopathistes! c'est notre grand prêtre, c'est Samuel Hahnemann qui a dit ces graves paroles! Oui, je dirai avec la *Gazette des Tribunaux*, il faut avouer que les homœopathes ont été fort à plaindre dans la circonstance; ils avaient évidemment droit à un bon procès en police correctionnelle; les magistrats, en confiant l'expertise à des chimistes, à des médecins ordinaires, ont fait juger des couleurs par des aveugles, des sons par des sourds, des sensations par des machines. Ce qu'il fallait dans l'affaire du médecin d'Auxerre, c'était un tribunal capable d'apprécier la puissance du remède au moyen des effets produits dans l'espèce. Alors, en effet, l'ordre social n'aurait pas à déplorer l'absolution d'un homœopathe coupable d'avoir trop gratté ou trop broyé un médicament, d'avoir donné un tour de bras incendiaire à la dix-millionième partie d'un grain de substance médicamenteuse; coupable d'avoir ainsi rendu mortelle cette dose qu'un vulgaire grossier ose considérer comme inoffensive, parce qu'un pauvre pileur avale sans nul souci des myriades de doses de cette même substance, quand il la secoue dans son mortier à tour de bras plus qu'homœopathique!

— Enfin, je vous annonce que très probablement, mardi prochain, l'Académie de médecine aura la peste..... à examiner, c'est-à-dire que M. Prus fera son rapport officiel sur la question des quarantaines.

Jean RAIMOND.

On assure qu'à la suite d'un différend au sujet des cliniques de la Faculté, M. Orfila a donné sa démission de membre du conseil général des hospices de Paris.

Le premier fait qui frappe l'observateur dans cette fracture, est l'obliquité plus ou moins considérable que présente l'avant-bras considéré dans sa partie inférieure où il est fracturé. C'est M. Goyrand et M. Velpeau qui l'ont particulièrement signalé, et qui en ont formé, avec raison, un caractère assez constant de cette fracture. D'où vient d'abord cette obliquité de l'os? Il est assez facile de s'en rendre compte lorsqu'on saisit le mécanisme de cette fracture d'après la manière de voir de M. Goyrand. Elle a lieu ordinairement lorsqu'on tombe avec une certaine violence sur la paume de la main. Dans cette circonstance, le mouvement du membre se décomposerait en deux lignes, dont l'une suit la direction des os de l'avant-bras, et l'autre tomberait sur le sol; de ces deux lignes qui décrivent entre elles un angle plus ou moins aigu, il en résulte une troisième espèce de diagonale selon laquelle s'opérerait la fracture en question, qui, par conséquent, doit être oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Voilà un fait qui saute aux yeux tout de suite dans l'examen de cette infirmité, et qui est d'une grande importance pour le diagnostic.

Un second fait est celui qui a été signalé par M. Vollemier, et qui consiste en ce que le fragment supérieur de l'os fracturé entre très souvent, et pénètre pour ainsi dire dans l'inférieur. Vous pouvez voir ce phénomène sur cette pièce pathologique (M. Robert présente ici aux professeurs qui l'entourent une pièce très curieuse). C'est ce qui arrive également dans les fractures de l'extrémité supérieure, et surtout du col du fémur, où la base de ce col entre souvent, et s'enclave dans le grand trochanter. J'ai eu l'occasion de remarquer ce fait d'une manière bien évidente, comme je l'ai fait ressortir dans un mémoire spécial présenté à l'Académie de médecine.

L'enclavement de ces os est quelquefois très considérable. Il est connu maintenant que tous les os à forme pyramidale sont sujets à une modification de cette espèce dans les cas de fracture. Or, telle est la forme du radius. Ce phénomène n'a lieu que quand les deux extrémités de l'os sont poussées en sens contraire par deux forces opposées. M. Voillemier, qui a étudié ce fait d'une manière spéciale dans les fractures dont il s'agit, l'a vu plus ou moins marqué. Quelquefois la pénétration d'un fragment dans l'autre est complète; quelquefois elle est moins sensible. Que résulte-t-il de cette disposition des parties? Il en résulte qu'à la face palmaire du membre, et près du carpe, on sent une espèce de crête plus ou moins saillante, qui est formée par le bord antérieur du fragment supérieur qui fait saillie en avant sous la peau; et à la face dorsale, à ce même niveau, on sent une certaine dépression qui s'explique facilement par la même cause.

De ce fait signalé par M. Voillemier, et pleinement confirmé par l'observation de tous les jours, quant au fait de l'obliquité de l'os fracturé dont nous venons de parler, il résulte assez souvent que le membre, à sa partie inférieure, affecte une forme qui ressemble assez bien à la lettre Z, d'après l'idée ingénieuse de M. Velpeau. Il en résulte, par conséquent, un caractère très sensible et très facile à distinguer de la fracture dont il est question. M. Velpeau le regarde comme constant; mais nous l'avons vu manquer quelquefois, au point de pouvoir être embarrassé, de prime abord, pour le diagnostic. Pourtant, dans ces cas difficiles, nous avons pu toujours être mis sur la voie de la vérité par un moyen très simple, à l'aide duquel le signe indiqué, qui ne paraît pas aux yeux, devient très apparent. Voici comment nous nous y prenons: Avec une main, nous embrassons le fragment supérieur, et avec l'autre l'inférieur; puis, en appuyant les deux pouces sur la face dorsale de l'avant-bras, là où on suppose exister la fracture, nous y exerçons une certaine pression; cela suffit pour faire saillir les fragments du côté de la face palmaire, et le caractère en question se montre immédiatement dans toute sa pureté. Je vous engage à suivre cette manœuvre si simple et si facile dans les cas obscurs, et vous arriverez à asseoir votre diagnostic.

Dupuytren avait signalé aussi un déplacement de la main de dedans en dehors, et l'avait regardé comme constant et comme caractéristique de la fracture du radius; mais les observations postérieures que tous les chirurgiens ont faites, et que nous eûmes occasion de faire à notre tour, ont prouvé que ce grand chirurgien s'était trompé dans l'appréciation de ce fait, et qu'il n'était pas si constant qu'il le croyait, car il manque même très souvent. Vous avez présents, en effet, les différents cas qui passèrent sous vos yeux dans notre service, et qui s'y trouvent encore, et vous savez que ce caractère a manqué généralement chez eux; aussi je crois devoir le placer sur un rang inférieur à ceux que nous avons signalés tout à l'heure.

Voilà les faits principaux sur lesquels je voulais appeler votre attention, et qui, bien étudiés, pourront vous suffire pour établir votre diagnostic avec assurance dans le genre de fractures dont il s'agit.

Quant au traitement de ces fractures, beaucoup d'appareils ont été imaginés, dont l'utilité, selon nous, est bien douteuse. Pour nous, ce traitement est bien simplifié. S'agit-il de fractures simples sans déplacement de la main en dehors, nous appliquons l'appareil à fracture ordinaire; seulement, comme il existe plus ou moins, presque toujours cette obliquité, cette saillie en avant des fragments, signalée par M. Goyrand, nous y ajoutons assez souvent, d'après les idées très justes de ce chirurgien, quelques compresses graduées en avant et en arrière du membre au niveau de la fracture. Il est bien entendu que nous ne passons à l'application de cet appareil que quand tout le gonflement et les symptômes d'inflammation dans le membre se sont dissipés. A l'aide de ce traitement, nous avons toujours parfaitement guéri ces fractures simples et sans complication. S'il existe, au contraire, le déplacement signalé par Dupuytren, nous ajoutons audit appareil l'attelle coudée proposée par le même chirurgien, ou celle qui a été modifiée par M. Blandin, et qui nous semble très bien remplir cette indication; nous devons dire qu'à notre entrée à l'hôpital, ayant trouvé dans le service cette attelle que notre prédécesseur employait, nous avons continué à l'employer quand il était nécessaire, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. Voilà à quoi se réduit pour nous le traitement de ces fractures.

On a proposé, dernièrement, d'appliquer un appareil à extension permanente sur les deux fragments; nous sommes d'avis que non-seulement il est inutile, mais qu'il peut être nuisible en s'opposant au contact parfait des fragments mêmes; et en prolongeant ainsi de beaucoup leur consolidation: aussi nous le repoussons de toutes nos forces.

Une dernière remarque pratique de grande importance, selon nous, est celle ci. Les fractures du radius se consolident ordinairement très vite, dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours; il est alors important, au bout de ce temps, d'enlever l'appareil, et de commencer à exercer quelques mouvements dans l'articulation du poignet et dans la main; si on néglige cette précaution, et qu'on laisse l'appareil trop longtemps en place, on peut donner lieu à des adhérences dans les ligaments et coulisses tendineuses, qui se trouvent en si grand nombre dans cette articulation; de là, de la roideur plus ou moins considérable, peut-être même une demi-ankylose dans l'articulation, qui s'opposerait aux mouvements auxquels cet important organe est destiné. Vous comprendrez facilement toutes les conséquences graves qui pourraient en résulter, surtout quand il s'agit de pauvres ouvriers ayant besoin de toute la liberté et intégrité des fonctions de leurs membres pour sustenter leur vie à l'aide du travail.

Nous avons eu depuis quelque temps, dans le service, plusieurs personnes affectées des fracture du radius, dont une est déjà sortie parfaitement guérie, et d'autres sont encore en traitement, mais en très bonne voie de guérison. Ces fractures ont été généralement simples; nous les traitâmes toutes avec l'appareil simple des fractures, que nous avons l'habitude d'employer dans ces circonstances; dans quelques cas seulement, nous dûmes attendre plusieurs jours avant d'en venir à cette application, à cause d'un gonflement inflammatoire assez marqué qui s'était développé dans le membre au niveau de la fracture: c'est, du reste, ce qui arrive assez communément.

Parmi ces cas de fracture, nous signalerons particulièrement celui d'un jeune homme qui, ayant monté sur un arbre pour attraper un perroquet, et une des branches à laquelle il s'attacha s'étant rompu, tomba sur le sol s'appuyant avec force sur la paume des deux mains, et se fractura les deux radius. Les cas de fracture double de cette nature sont assez rares; aussi les journaux ont mentionné celui-ci comme digne de quelque intérêt. Au reste, le jeune homme va très bien; la consolidation des deux os n'a été entravée par aucun obstacle.

Nous croyons aussi mentionner un cas de fracture directe produite par la chute sur le bras d'une barre de fer, et qui fractura l'os à l'endroit même où s'exerça cette violence. Ces cas de fracture directe sont aussi assez rares, car ordinairement elle a lieu à la suite d'une chute violente sur la paume de la main, et par conséquent lorsque les extrémités du radius sont pressées par deux forces opposées, comme nous l'avons dit au commencement de ces remarques. Nous reviendrons plus tard sur ces fractures, qui sont très fréquentes dans la pratique, et sur lesquelles nous pourrons ajouter quelques nouvelles remarques pratiques.

Remarques pratiques sur les hydarthroses à l'occasion de quelques malades affectés de cette maladie.

Nous avons dans le service quelques cas d'hydarthrose qui méritent de fixer votre attention. C'est une maladie d'un grand intérêt, à cause de sa fréquence et de sa gravité; car, après avoir été guérie, elle laisse souvent une certaine faiblesse dans la jointure, et une disposition à des récidives, qui finissent par amener de graves lésions organiques soit dans la membrane synoviale, soit dans les parties articulaires.

Ces maladies sont toutes, au fond, des inflammations; mais tantôt en elles prédomine la forme inflammatoire; tantôt la synoviale se remplit tout à coup de liquide, se distend sans douleur et sans aucune réaction fébrile: on a alors ou de véritables arthrites aiguës, ou de simples hydarthroses.

Toutes ces affections sont très fréquentes dans l'articulation du genou. Quatre malades affectés d'hydarthrose se trouvent dans nos salles. L'un d'eux est un charpentier qui, ayant une blennorrhagie avec chancre, et continuant à travailler, fut pris, sans cause connue, d'une douleur vive au cou-de-pied; la douleur gagna le genou, qui se tuméfia, et le malade se décida à entrer à l'hôpital. Au premier examen que nous fîmes, nous trouvâmes que la capsule synoviale était considérablement distendue; il s'y joignait un gonflement des parties molles extra-articulaires; à l'empâtement du tissu cellulaire s'ajoutait un peu de gonflement et de douleur dans les muscles de la cuisse, au quart inférieur et antérieur de celle-ci.

Qu'était-ce, cette maladie? Un rhumatisme articulaire? On aurait pu le supposer tout d'abord; car le malade avait éprouvé au début une douleur au cou-de-pied qui passa peu après au genou, lequel se gonfla d'une manière considérable. C'est à peu près la marche de l'affection rhumatismale; mais dans celle-ci, ordinairement il y a peu de gonflement, et l'inflammation ne dépasse jamais la capsule synoviale; on y observe, en outre, souvent une teinte rosée de la peau. Or, chez notre malade, l'inflammation a envahi aussi les parties extérieures et environnantes de l'articulation; il n'y avait pas de rougeur appréciable à la peau du genou, mais, en revanche, beaucoup de gonflement. Donc ce n'était pas un rhumatisme. C'était évidemment une hydarthrose aiguë, une arthrite proprement dite. Mais cet homme avait une blennorrhagie avant l'apparition de l'affection du genou. Pouvait-il y avoir quelque rapport entre les deux maladies? La blennorrhagie pouvait-elle avoir contribué au développement de l'affection articulaire?

On a observé, et Swediaur fut un des premiers à l'observer et à l'écrire, que l'arthrite succède souvent aux blennorrhagies, les syphilographes ont mentionné ce fait. M. Velpeau en parle aussi dans ses leçons cliniques, et croit à l'influence de l'une de ces maladies sur l'autre, en s'appuyant sur quelques cas qu'il eut occasion d'observer dans sa pratique. Mais tout cela est-il bien clair, et peut-on admettre comme principe incontestable ce que disent ces auteurs?

On peut distinguer, à cet égard, trois ordres de faits. Dans la première catégorie, on peut ranger les cas où l'affection articulaire se développe en même temps qu'il existe une blennorrhagie, et les deux maladies suivent leur marche régulière sans s'influencer aucunement. Tel est le cas d'un jeune homme que nous avons dans le service; il est ouvrier à la halle. Depuis deux ans il était sujet à une hydarthrose du genou, dont pourtant il se trouvait guéri depuis quelque temps. Dernièrement, il contracta une blennorrhagie, et l'hydarthrose reparut sans que l'écoulement urétral parût en éprouver aucun changement appréciable. Doit-on regarder ici l'affection articulaire comme dépendante et influencée par celle de l'urètre? Ne serait-il pas plus logique, au contraire, d'y voir une simple coïncidence de ces deux affections, d'autant plus qu'on les voit suivre chacune la marche qui leur est ordinaire, et comme si elles existaient isolément? Dans cette série de cas, je crois l'opinion des auteurs insoutenable.

Il y a un second ordre de faits où l'arthrite se déclare chez une personne affectée déjà de blennorrhagie en même temps que celle-ci vient à diminuer, ou même à cesser complétement. Ici encore, je pense qu'on ne pourrait pas affirmer positivement que le catarrhe urétral ait été pour quelque chose dans le développement de l'affection articulaire, quoiqu'il y ait quelques raisons pour le croire plus que dans les cas de l'ordre précéden; mais, à notre avis, il est encore plus sage de se tenir dans le doute.

Enfin, dans une troisième espèce de cas, il y a une blennorrhagie bien caractérisé; celle-ci disparaît, et le lendemain l'hydarthrose se manifeste avec tous les caractères que nous lui avons assignés. Or, ici je crois assez logique d'admettre que la suppression de l'une fût pour beaucoup, sinon pour tout, dans la manifestation de l'autre. M. Lagneau regarde cela comme une véritable métastase, et pense qu'on doit s'occuper à rappeler l'écoulement urétral, comme le meilleur moyen de combattre la subinflammation du genou. Nous ne pensons pas que ce soit là la conduite la plus prudente à suivre dans cette circonstance, et nous disons qu'il faut traiter d'une manière convenable l'affection du genou sans chercher à réveiller une maladie déjà éteinte.

M. Velpeau admet une prédisposition individuelle aux arthrites chez les personnes qui sont affectées de blennorrhagie. C'est une opinion qu'on peut soutenir jusqu'à un certain point; mais il a voulu aller plus loin, et donner les caractères de ces arthrites particulières qui se développent à la suite des blennorrhagies; il les appelle des inflammations de toutes les parties molles de l'articulation intra et extra-synoviale, produites par la blennorrhagie préexistante. S'il en était vraiment ainsi, la chose serait bien plus explicite; ce serait le cas du malade dont je vous parlais tout à l'heure. Pourtant, nous persistons à croire, malgré toute la déférence que nous professons pour le talent observateur de ce savant chirurgien, qu'il y a encore beaucoup d'obscurité dans cette question, que les faits ne sont pas encore assez nombreux et bien démonstratifs, et qu'il faut se tenir dans un doute prudent jusqu'à plus ample démonstration.

Cette question bien résolue n'est pas du tout oiseuse; elle est éminemment pratique; car elle fournirait des données très précises pour le traitement à suivre. M. Ribes, de Montpellier, qui admet positivement ce que nous croyons encore devoir laisser dans le doute, propose de traiter les arthrites développées dans les circonstances que nous venons de faire connaître comme on traite les blennorrhagies, c'est-à-dire par le copahu et le cubèbe, et affirme s'en être bien trouvé. M. Velpeau conseille le même traitement qu'il a l'habitude d'employer contre la blennorrhagie, c'est-à-dire un mélange donné de copahu et de cubèbe. Je ne sais jusqu'à quel point il faut admettre l'efficacité de ce traitement; car d'après les faits mêmes cités par M. Velpeau, la guérison a été loin d'être constatée; et d'ailleurs, ne serait-il pas permis de l'expliquer par une action du médicament autre que celle qu'on veut lui attribuer, c'est-à-dire par son action révulsive énergique sur le tube intestinal. Pourquoi lui attribuer une action spécifique semblable à celle qu'il paraît exercer dans les cas de blennorrhagie simple? D'ailleurs, on est revenu un peu aujourd'hui, surtout depuis les beaux travaux de l'école rasorienne sur la thérapeutique, de ces prétendues actions spécifiques d'une foule de médicaments.

Dans une prochaine leçon, nous parlerons en particulier de quelques cas d'hydarthrose que nous avons eus ou que nous avons encore dans le service, et qui seront pour nous le sujet de réflexions cliniques de quelque importance.

Note sur les végétations piliformes de la langue dans les différentes maladies; par M. H. Landouzy, professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences plusieurs exemples de productions piliformes de la langue.

Occupé depuis quelque temps d'études spéciales sur la surface de la langue à l'état pathologique et physiologique, je suis arrivé à conclure que la coloration brune ou noire de cet organe, si fréquente dans les affections internes ou externes, à type adynamique, tient, dans la plupart des cas, à l'existence d'appendices piliformes qui paraissent provenir des villosités de la muqueuse linguale.

Je pense même que tout ce qu'on a appelé jusqu'ici *enduits* de la

langue tient au développement de ces appendices, de quelque couleur que soit l'enduit.

En effet, depuis le 15 novembre dernier, j'ai observé quatorze cas dans lesquels la langue était noire ou brune, et dans tous ces cas la coloration était due à ces productions piliformes que j'ai présentées à l'Académie.

Ces quatorze cas appartenaient aux affections suivantes :

Affection	Cas
Abcès inguinal symptomatique d'une affection de l'os iliaque,	1 cas.
Tumeur blanche du genou, tubercules pulmonaires,	1
Tubercules au sommet, phthisie à la dernière période,	2
Emphysème pulmonaire, hypertrophie du ventricule droit du cœur.	1
Fièvre typhoïde très grave compliquée de pneumonie droite,	1
Fièvre typhoïde légère,	1
Fièvre typhoïde moyenne,	2
Ascite symptomatique de l'albuminurie,	1
Polype utérin, hémorrhagies fréquentes avant l'opération,	1
Squirrhe de l'utérus et du rectum, fièvre hectique,	1
Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez une femme de quatre-vingt-deux ans,	1
Hypertrophie du foie, ictère, symptômes de cirrhose,	1
Total,	14 cas.

En joignant à ces quatorze faits les deux cas de pleurésie et d'érythème noueux signalés dans la première communication que j'ai faite à l'Académie royale de médecine en novembre dernier, j'ai donc seize cas, répartis entre douze affections distinctes, dans lesquels la coloration noire de la langue est due au développement de productions piliformes.

Sans vouloir, de cette circonstance, conclure que la coloration noire de la langue est *toujours* due à ces végétations, on conviendra cependant qu'il y a dans la simultanéité de ces phénomènes une constance qui suffirait presque pour justifier une loi générale.

Ces productions piliformes sont en apparence tellement semblables aux poils de la peau qu'à l'œil nu il serait difficile de les en distinguer; vues au microscope, elles diffèrent beaucoup des poils cutanés.

Sans doute, elles sont à l'épithélium ce que les poils sont à l'épiderme; sans doute, elles doivent être attribuées à une altération de sécrétion de l'épithélium et comparées aux concrétions épidermiques.

Ces productions piliformes ont 1 à 15 millimètres de longueur, sur un cinquième à un deux centièmes de millimètre d'épaisseur. La plupart sont coniques; un grand nombre sont disposées en faisceaux, et semblent se diviser en plusieurs branches partant d'un tronc unique. Leur présence ne paraît altérer ni la voix, ni le goût, ni la mastication.

En général, quand ces poils sont longs, ils causent une sensation incommode au fond du palais, et effectivement, placés d'une manière verticale sur la base de la langue vers le foramen cœcum, ils doivent, par un frottement incessant contre la luette, causer ce chatouillement incommode qui se manifeste souvent à la gorge vers la convalescence et que les malades et les médecins ne savaient comment expliquer.

Après de nombreuses recherches dans les auteurs, je n'ai trouvé que deux exemples analogues, et encore sont-ils simplement énoncés sans le moindre développement.

Le premier, cité par Meckel dans sa monographie sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps, est emprunté à Lusitanus Amatus, qui déclare (1) « avoir vu un homme » dont la langue était chargée de poils qui repoussaient après qu'on » les avait arrachés. »

Portal rapporte un deuxième exemple en ces termes : « J'ai vu » dans une femme, la langue couverte de poils qui avaient cinq à six » lignes de hauteur; ils étaient assez rudes, et reparaissaient peu de » temps après qu'on les avait coupés. L'usage des antiscorbutiques » longtemps continués guérit cette singulière affection (2). »

Ce qui a sans doute empêché jusqu'ici les observateurs de reconnaître ces végétations, c'est qu'à la partie antérieure de la surface de la langue, elles sont le plus souvent couchées complétement sans aucune saillie apparente. Mais si l'on examine avec attention la moitié postérieure de l'organe, et surtout si l'on rebrousse les villosités et qu'on les écarte dans des directions diverses, on les reconnaît alors manifestement, et on les enlève avec la plus grande facilité, soit avec des pinces, soit en raclant la langue avec un couteau.

Mes observations sont trop récentes encore, et trop peu nombreuses, pour que je veuille aborder toutes les considérations que le sujet peut faire naître relativement à la durée de ce phénomène, à sa valeur diagnostique ou pronostique, aux lésions anatomiques qui l'accompagnent, etc. Si donc j'occupe de nouveau l'Académie de cette question, avant d'avoir pu l'entourer de toutes les données qu'elle comporte, c'est que la saison actuelle étant marquée surtout par des affections à type adynamique, et ce type paraissant le plus favorable à la production de ces végétations de l'épithélium, j'ai voulu, sans attendre le complément de mes recherches, mettre la section de médecine à portée de vérifier elle-même les faits qui leur servent de base.

(1) Curat. med., cent. VI, obs. 65.

(2) Anat. méd., tom. IV, p. 527.

NOTE RELATIVE A LA CONSERVATION DES MATIÈRES ANIMALES, par M. Edouard Robin.

Dans une note sur l'assainissement des amphithéâtres d'anatomie, parue dans ce Journal le 7 février, M. Sucquet, préparateur du Musée d'anatomie de l'École de médecine, s'exprime ainsi :

« Des résultats très satisfaisants ont été obtenus à l'Ecole pratique de médecine de Paris, par l'emploi combiné de deux substances conservatrices *indiquées* et employées pour la première fois sous notre direction. Je veux parler de deux dissolutions de sulfite de soude et de chlorure de zinc...

» Le sulfite de soude n'avait point encore été *indiqué* comme antiseptique jusqu'à nos jours. »

Je m'inscris contre cette assertion

Depuis dix ans au moins, et à chacun de mes cours, c'est-à-dire plusieurs fois par an, je recommande le moyen qui a si bien réussi à M. Sucquet. Je prends à témoin de mon assertion toutes les personnes qui, depuis dix ans, m'ont fait l'honneur de suivre mes cours de chimie.

Comme je procède d'après une méthode qui m'est particulière, mes élèves prennent des notes : il leur suffira de les consulter.

Dès à présent, je puis citer M. Emile Chevé, docteur en médecine, professeur particulier d'anatomie; M. Lemarquière, avocat à la Cour de cassation; M. Lacoste, ancien professeur de chimie et d'histoire naturelle.

M. Emile Chevé suivait mes cours en 1835, M. de Lacoste en 1840, M. Lemarquière à la fin de 1842. Depuis 1840, M. de Lacoste, qui a repris habituellement mes cours pendant les vacances, a eu souvent l'occasion de m'entendre professer la même doctrine.

Je n'indique pas seulement le sulfite; nombre de composés sont aussi avantageux ou même beaucoup plus énergiques et capables d'agir pendant un temps beaucoup plus long.

En 1843, un de mes anciens élèves, M. Eugène Beudot, rue Monthabor, 13, qui s'occupait alors de la conservation des matières alimentaires, me consulta sur les moyens qu'il devait employer; je conseillai les sulfites solubles, les hyposulfites, les mélanges de sulfites et d'hyposulfites, etc. C'est un fait qu'il est facile de vérifier, et que je déclare après avoir eu l'assentiment de M. Eugène Beudot.

Il y a longtemps, j'étudiai avec grand soin la fermentation en général, et en particulier la fermentation putride. Depuis lors, dès que j'aborde l'histoire de la putréfaction j'établis qu'l'*oxygène, et seulement l'oxygène humide, est l'agent essentiel* de la putréfaction des substances, tant animales que végétales.

De ce principe, je déduis les procédés de conservation qu'il est rationnel d'employer, et je signale ceux qu'on a mis en usage

En décrivant la série des moyens qui ont pour but de mettre les matières à l'abri du contact de l'oxygène, je fais voir combien il serait utile d'injecter dans les vaisseaux une dissolution capable, dès la température ordinaire, d'absorber le gaz oxygène. A cet égard, je cite en particulier, non seulement le sulfite de soude, mais les sulfites de potasse et d'ammoniaque, mais tous les hyposulfites solubles, tous les hyposulfates, tous les phosphites solubles, tous les hypophosphites, etc.; comme aussi l'association d'un sulfite et d'un hyposulfite, d'un phosphite et d'un hypophosphite

Je cite encore les sels solubles de protoxyde d'étain, et particulièrement le chlorhydrate, les sels solubles de protoxyde de fer, surtout le sulfate et le chlorhydrate.

Si n'ayant en vue que la conservation des substances animales, je veux faire un choix parmi tous les désoxydants, ce n'est pas, il est vrai, le sulfite de soude que je vais prendre; je lui préfère un assez grand nombre de substances; par exemple, l'hyposulfite de protoxyde de fer.

Le sulfite de soude, de même que les sulfites analogues, s'oxyde uniquement dans son acide, qui se transforme en acide sulfurique : transformation dans laquelle chaque atome de sulfite ne prend qu'un atome d'oxygène et devient sulfate de soude.

Qu'on emploie, au contraire, l'hyposulfite de protoxyde de fer, il prendra de l'oxygène par l'acide et par la base, et l'acide à lui seul en prendra bien plus que le sulfite de soude n'en absorbe par son acide.

L'hyposulfite de protoxyde de fer opérerait, dès lors, une absorption d'oxygène bien plus abondante et d'une bien plus longue durée que l'absorption opérée par le sulfite de soude.

En outre, l'hyposulfite de protoxyde de fer finirait par se convertir en sulfate de sesquioxyde, sel que M. Braconnot regarde comme aussi propre à la conservation des cadavres que peut l'être le sublimé corrosif; en sorte qu'on éviterait l'emploi du chlorhydrate de protoxyde de zinc, qui, dans le moyen expérimenté par M. Sucquet, devient essentiel lorsque le sulfite de soude, étant converti en sulfate, cesse d'exercer une action préservatrice.

Si, au lieu de considérer d'une manière générale la conservation des matières animales, je me propose seulement de les préserver de la putréfaction dans le but de les livrer aux études anatomiques, je fais comprendre que, dans cette circonstance particulière, il faut éviter l'emploi d'un sel avec excès d'acide; il favoriserait l'oxydation du scalpel. Je rappelle qu'alors la science indique l'usage d'un sel neutre ou même d'un sel légèrement basique. Ainsi, dans ce cas, les sulfites de potasse, de soude et d'ammoniaque sont convenables, puisque, en s'oxydant, ils se transforment en sulfates neutres; mais, par combien d'autres sels ne pourraient-ils pas être remplacés! un hyposulfite de protoxyde de zinc, par exemple, jouerait à la fois et le rôle du sulfite de soude et celui du chlorhydrate d'oxyde de zinc.

Ainsi donc, bien avant M. Sucquet, j'avais prescrit, pour conserver les substances animales, d'injecter dans les vaisseaux une dissolution de sulfite de soude, d'ailleurs, seul jusqu'ici, j'ai en outre conseillé, d'une manière générale, l'emploi d'une dissolution saline capable, à la température ordinaire, d'absorber le gaz oxygène.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

Les remercîments que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez Madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 27. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Traitement des accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Préparations iodurées.

(Suite du numéro du 17 février.)

Y a-t-il un traitement prophylactique des accidents tertiaires? Sur cette question, il nous est impossible de nous prononcer d'une manière définitive. Le traitement prophylactique des accidents constitutionnels, en général, c'est le traitement et la destruction des chancres; c'est d'empêcher que la diathèse syphilitique ne s'établisse. Une fois qu'elle est établie, il est certain qu'un traitement fait à temps et convenablement, par les mercuriaux, peut retarder ou empêcher pour toujours les accidents secondaires. Il y a donc un traitement prophylactique des accidents secondaires. Si nous ne sommes pas certains de déraciner à tout jamais le principe infectant du sang du sujet empoisonné, nous sommes sûrs, du moins, que sous l'influence du mercure on peut retarder considérablement l'apparition des accidents secondaires. Mais ce traitement est-il aussi prophylactique des accidents tertiaires qu'il l'est des phénomènes secondaires? Voilà une question difficile à résoudre.

Chez ceux même où l'on n'a pas pu enrayer complètement la diathèse syphilitique, voit-on toujours se manifester des accidents secondaires? Toujours, non; mais souvent. On ne peut pas être aussi sûr de la prophylaxie du mercure pour les accidents tertiaires, que pour les accidents secondaires. Bien que nous ne prétendions pas nier l'action prophylactique du mercure par rapport aux phénomènes tertiaires, nous croyons néanmoins que cette médication est beaucoup moins préventive de ces derniers que des précédents.

Si nous cherchons des préparations médicamenteuses qui nous donnent plus de sécurité, nous arrivons à un autre ordre d'agents; nous voulons parler des préparations iodurées. Voici ce que nous sommes porté à penser.

Nous croyons que la meilleure médication prophylactique des accidents tertiaires, c'est la destruction nette et franche de la période secondaire; puis, à la suite du traitement secondaire, l'administration de la médication qui serait la meilleure si ces accidents tertiaires s'étaient déjà manifestés. Comme il n'y a pas encore beaucoup de cas où cette médication préventive ait été mise en usage, et qu'il n'y a pas longtemps qu'on l'emploie, on ne sait pas jusqu'à quel point elle sera efficace. Le mercure est plus puissant pour éteindre les accidents une fois parus, que pour les empêcher de se manifester. Doit-on en conclure, par analogie, qu'il en sera de même pour les préparations iodurées?

Examinons les accidents tertiaires une fois développés, et cherchons à déterminer quel est le traitement le plus convenable.

Sous le point de vue hygiénique; en général, les individus qui arrivent aux accidents tertiaires sont ceux dont la constitution a été profondément altérée par une cause quelconque. Chez ceux-là, il faut porter une grande attention aux conditions hygiéniques, qui doivent être des conditions réconfortantes. Lorsque les malades arrivent aux accidents tertiaires, ils touchent aux scrofules; ce sont des scrofules spécifiques dont ils sont atteints, caractérisés par des changements de couleur, par un endolorissement, etc. C'est alors le régime des scrofuleux qu'il faut appliquer à la période tertiaire. On aura soin, autant que possible, que les malades habitent des logements aérés, secs; qu'ils s'exposent à l'insolation; qu'ils prennent une alimentation saine, réconfortante, animale, substantielle, consistant en viandes rôties, boissons toniques non excitantes, la bière, par exemple. On comprend facilement, sans que nous ayons besoin d'y insister davantage, que tout est relatif aux conditions particulières et individuelles. Si l'on est libre de choisir le climat que doivent habiter les malades, on leur conseillera d'habiter de préférence les climats tempérés; ils devront éviter toute espèce d'excitants, ils se trouveront bien des toniques, comme les bains de mer, les bains sulfureux.

On a beaucoup vanté l'emploi des sudorifiques à la troisième et même à la deuxième période de la vérole constitutionnelle. C'est surtout chez les sujets qui avaient fait abus de préparations trop énergiques, employées sans discernement et pendant trop longtemps, que l'on s'en est bien trouvé. C'est dans ces circonstances que l'on a pu obtenir de grands succès des sudorifiques combinés à une hygiène convenable, et ces agents ont alors pu donner lieu à des faits qui ont paru merveilleux. La tisane de salsepareille, la tisane de Feltz, etc. Dans cette dernière, c'est l'antimoine qui est la substance. On avait cru que c'était à l'arsenic qu'elle devait ses propriétés; des analyses plus récentes et plus exactes ont prouvé de la manière la plus positive que, pendant l'ébullition, l'eau se chargeait d'une certaine quantité d'antimoine à un état particulier de combinaison. Le rob de Laffecteur, la tisane des filles de l'Opéra, la tisane de Pollini sont dans le même cas.

Quoi qu'il en soit de leur efficacité, toutes ces médications des accidents tertiaires, soit par les sudorifiques, soit encore par les mercuriaux, sont restées bien loin de la médication dont nous allons vous entretenir, et qui mérite seule le nom de médication spécifique, médication par excellence, nous voulons parler des préparations iodurées.

Préparations iodurées. — Ces préparations sont assez nombreuses. Cependant, les plus employées peuvent se réduire à deux: le proto-iodure de fer, l'iodure de potassium.

L'emploi des préparations à base d'iode n'est pas tout à fait récent et nouveau. On le trouve indiqué dans l'ouvrage de M. Richont-des-Brus, qui avait conseillé l'iode dans le traitement des affections vénériennes. On a fait de l'iode comme on fait de presque tous les médicaments nouveaux.

On a commencé par l'employer contre toute espèce d'affection; dans ces expérimentations, on l'a par hasard employé contre la vérole, comme on l'aurait fait dans tout autre cas. Mais l'emploi n'en avait pas encore été méthodisé comme il l'a été depuis. Il est évident que lorsque l'on employait la teinture d'iode contre la chaudepisse, il s'en fallait de beaucoup que l'on fût sur la voie qui devait conduire à la découverte de la spécificité des iodures dans le traitement de la syphilis.

Arrêtons-nous un instant sur cet historique de la thérapeutique antisyphilitique.

Wallace est le premier qui ait fait de l'iodure de potassium une véritable médication antisyphilitique; mais il l'avait appliqué à toutes les périodes, à tous les symptômes, et, nous dirons presque malheureusement, il avait obtenu des succès à peu près égaux dans les diverses circonstances où il l'avait mis en usage. Nous disons malheureusement parce que, en se conformant à sa manière d'agir, on devait inévitablement se trouver conduit à des insuccès nombreux chez beaucoup de sujets. Wallace avait été dominé par cette idée que, le poison étant unique et toujours le même, il ne devait y avoir qu'un seul antidote. Son point de départ était faux; les conséquences devaient l'être également. On ne s'est point assez pénétré de ceci, qu'il y a dans la vérole, suivant ses diverses périodes, des affections très différentes aussi. Il faut tenir compte des formes, comme des phases de la maladie.

On devait donc, en agissant comme Wallace, trouver plus de cas malheureux que de cas suivis de succès. Dans le traitement des accidents non virulents, de certains engorgements, il est positif que l'iodure de potassium peut quelquefois avoir une certaine valeur. Mais, alors, il n'y a pas d'effet spécifique. En l'employant ainsi dans tous les cas indistinctement, nous avons une crainte, c'est que l'on ne gâte cette médication par l'iodure de potassium, et que les insuccès qui suivront cet abus ne diminuent la confiance que l'on doit avoir en elle. C'est un médicament de la plus grande puissance que l'iodure de potassium, et nous voyons avec peine chez quelques personnes une réaction contre lui; réaction déterminée par les nombreux accidents qu'il produit dans les cas où il est mal employé.

Il y a quelques années, à une époque où nous cherchions à apprécier les effets de l'iodure de potassium, nous l'avons employé dans toutes les conditions de la maladie vénérienne. Voici ce que nous avons observé. Dans la première moitié de la maladie, dans sa première période, nous n'avons obtenu aucun succès; nous avons eu souvent des accidents. Pour le traitement des symptômes primitifs, action nulle ou à peu près. Ce n'est que chez certains individus, à constitution strumeuse, présentant des chancres phagédéniques, que nous avons eu des succès; et encore, ces succès n'ont-ils pas été plus évidents, plus rapides, plus complets, que ceux obtenus par la plupart des autres remèdes employés dans les mêmes circonstances. Contre le chancre induré, effet nul ou à très peu de chose près. Après le traitement par l'iodure de potassium, nous avons vu survenir chez les sujets atteints de chancre induré toute la série des phénomènes secondaires prévus et inévitables.

A la seconde période de l'affection syphilitique, contre les accidents secondaires, il a réussi quelquefois, sans doute, mais ses effets ont toujours été beaucoup moins tranchés, moins nets, moins rapides que ceux qui résultaient de l'emploi du mercure. Il n'y a pas d'accidents secondaires qui n'aient cédé à l'iodure de potassium; mais ils cèdent moins promptement, et les récidives sont plus fréquentes. Il n'y a pas encore de comparaison à établir entre les effets de ce médicament, et ceux que produisent les préparations mercurielles, l'un étant d'un usage beaucoup plus récent que les secondes, et un espace de temps suffisant ne s'étant pas encore écoulé depuis que l'on a essayé l'iodure de potassium. Cependant, il résulte du nombre proportionnel des observations que nous avons recueillies, que jusqu'à présent les récidives ont été plus fréquentes.

Autant l'iodure de potassium est nul contre les accidents primitifs, autant il est incertain dans le traitement des accidents secondaires, autant il est puissant quand il s'agit des phénomènes tertiaires. Le mercure a une grande puissance sur le chancre induré. Contre les accidents secondaires il est tout-puissant aussi; mais une fois les accidents tertiaires survenus, non-seulement il ne produit plus de bons effets, mais encore il est dangereux et nuisible. Pour les effets de l'iodure de potassium, on peut établir une progression semblable. On ne peut compter sur son infaillibilité que dans le traitement des accidents tertiaires. D'après ce que nous venons de dire, quelques personnes ont pensé que nous refusions à l'iodure de potassium tout pouvoir sur les accidents secondaires. Loin de nous cette idée. Nous ne le lui refusons pas plus que nous ne faisons au mercure dans le traitement des phénomènes tertiaires quelquefois. Autrefois, nous dit-on, avant la découverte de l'iode on guérissait aussi cependant. C'est vrai; mais on guérissait moins vite, et moins bien. En deux mots: aux accidents secondaires, le mercure et les préparations mercurielles; aux tertiaires, les préparations iodurées, et l'iodure de potassium surtout.

Nous croyons être le premier qui ayons employé l'iodure de fer contre les accidents syphilitiques; mais entre cette préparation et l'iodure de potassium il y a une différence telle, qu'il est impossible d'établir la moindre comparaison.

Si l'iodure de potassium est devenu un médicament classique, nous ne dirons pas généralement mais universellement adopté à la période tertiaire de la vérole, nous osons dire que nous ne sommes pas tout à fait étranger à cette réputation méritée. C'est surtout depuis nos travaux sur ce sujet, car entre Wallace et nous l'on n'avait rien tenté; c'est depuis nos travaux que la médication par l'iodure de potassium a pris droit de domicile dans la thérapeutique, et a fait d'immenses progrès.

Pour bien comprendre les effets de l'iodure de potassium dans le traitement des accidents tertiaires, il faut savoir quelle est l'action de ce médicament en elle-même; il faut donc l'étudier en dehors de l'affection qu'il est destiné à combattre. Et d'abord, quelle est son action sur les voies digestives? Le plus ordinairement, l'iodure de potassium, aux doses élevées dont nous vous parlerons plus tard, active, exalte les fonctions digestives; il augmente l'appétit, favorise la digestion, la nutrition, et, fait que nous avons signalé le premier, sous son influence les malades engraissent. Nous avons vu des malades, qui au commencement d'un traitement pouvaient à peine supporter quelques cuillerées de bouillon, engraisser de cinq à six livres par semaine.

Nous avons, conjointement avec M. Fouquier, donné des soins à une grande dame de Paris, qui était dans l'état le plus affreux qu'il fût possible d'imaginer; nous n'avons jamais vu de corps plus complétement et plus profondément ulcéré. Cette dame ne pouvait rien digérer, avait une diarrhée abondante; elle avait épuisé tous les traitements sudorifiques et mercuriels, et cela sans la moindre amélioration. Nous la mîmes dès les premiers jours à l'iodure de potassium, au sirop de gentiane, à la tisane de houblon, aux côtelettes et au vin de Bordeaux. En peu de jours, l'appétit reparut, les fonctions digestives redevinrent normales, l'embonpoint revint promptement; la malade guérit admirablement. Telle est la règle générale.

Est-ce à dire que l'on puisse toujours, et à tous les individus, faire prendre l'iodure de potassium sans produire d'action pathogénique? Non pas. Un des premiers phénomènes qui se manifestent, c'est une douleur du grand cul-de-sac de l'estomac. Les malades se plaignent, sans qu'il y ait du reste aucun symptôme appréciable pour l'observateur, d'une douleur dans le point correspondant à cette partie de l'estomac. Cette douleur s'exprime souvent de la même manière que la pleurodynie; il n'y a, du reste, aucun phénomène de réaction fébrile, il semble qu'il y ait simplement une douleur névralgique particulière.

C'est déjà là une condition qui indique la nécessité de laisser reposer l'estomac, ou de diminuer la dose du médicament. Quelquefois, il survient un accroissement des sécrétions de la muqueuse gastro-intestinale; certains malades sont pris d'un ptyalisme stomacal avec régurgitations, que nous ne saurions mieux comparer qu'à la salivation des femmes enceintes; puis une saveur d'iodure de potassium, saveur d'une amertume très désagréable, revient dans la bou-

che. Tant qu'il n'y a que production de salivation intestinale, le danger n'est pas grand ; mais chez quelques malades, l'effet peut être poussé tellement loin qu'il y ait production d'une véritable gastrite aiguë, d'un état inflammatoire fort grave.

L'iodure de potassium exerce une action très marquée sur la sécrétion urinaire. Il exalte les fonctions des reins. On retrouve ce sel en entier dans les urines. Pour passer à travers le tamis organique constitué par les reins, il exalte leurs fonctions ; c'est un diurétique puissant, c'est par cet appareil qu'il semble agir avec le plus d'énergie. Nous avons eu dans nos salles des malades, un entre autres, qui étaient arrivés à présenter des exemples de l'émission de l'urine la plus exagérée que nous ayons jamais vue dans aucun cas de diabète. Ce phénomène fut tellement prononcé chez celui de nos malades auquel nous faisons allusion, que nous le crûmes un moment affecté de syphilis et de diabète ; il avait tous les symptômes de cette seconde affection, soif vive, à laquelle il ne pouvait résister, miction très abondante, faim exagérée, faim buccale des diabétiques ; tout en mangeant beaucoup, il n'engraissait pas, et la nourriture qu'il prenait ne lui profitait nullement. Chez lui, l'analyse chimique fit découvrir tout l'iodure de potassium dans les urines. Une fois le médicament suspendu, les fonctions digestives et rénales reprirent leur type normal.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Du bec-de-lièvre et des opérations proposées contre cette difformité.

(Suite du numéro du 28 janvier.)

Nous avons, dans un précédent article, exposé quelques considérations sur le bec-de-lièvre, sur ses variétés et sur les différents procédés opératoires propres à remédier à cette difformité. Nous avons, à la suite de cette première leçon, présenté un enfant auquel nous avons pratiqué devant vous l'opération indiquée. Cet enfant offrait une division congéniale de la lèvre supérieure, division incomplète, c'est-à-dire n'occupant pas toute la hauteur de la lèvre, et existant, chose remarquable, du côté droit. Nous avons agité la question de savoir si nous devions faire l'opération en nous conformant aux errements anciens, ou en adoptant les modifications nouvelles introduites depuis quelques années dans le procédé opératoire. Nous nous sommes décidé à rester fidèle à l'ancien procédé, et nous n'avons pas voulu expérimenter celui qui, depuis quelques années, a été imaginé par M. Clémot, de Rochefort, et remis en honneur par M. Malgaigne. Ici, deux mots sur la question de priorité.

Par ce que nous venons de dire ici, nous n'avons pas entendu signifier que M. Malgaigne ait voulu s'approprier une découverte faite précédemment par un de ses confrères. Loin de nous cette pensée. Nous avons voulu dire qu'à une époque antérieure à la découverte de M. Malgaigne, M. Clémot, de Rochefort, avait pratiqué plusieurs fois l'opération de cette nouvelle manière ; et nous-même, à qui il avait bien voulu communiquer son procédé, nous l'avions mis en usage sur deux sujets. Plus récemment, et sans avoir eu connaissance des travaux de M. Clémot, M. Malgaigne eut une idée exactement pareille, et présenta à la Société de chirurgie un individu chez lequel il avait opéré de la même façon. Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, voici en quoi consiste le nouveau procédé.

On avait remarqué que, quel que fût le soin avec lequel on pratiquait l'opération du bec-de-lièvre, on avait toujours de la peine à obtenir un bord coupé sèchement, nettement, et suivant un plan parfaitement régulier. Lorsque la division était médiane, il était impossible d'obtenir le petit mamelon, le tubercule médian de la lèvre supérieur ; il restait toujours une petite encochure, une dépression qui nuisait à la régularité de la lèvre. Les auteurs dont nous venons de parler voulurent essayer de remédier autant que possible à cette difformité constitutive, et à rétablir la forme naturelle de la lèvre. Il est évident que dans ces cas de cette espèce le chirurgien ne saurait trop chercher à se rapprocher de la nature. C'est pour parvenir à ce résultat que certains opérateurs ont conseillé de faire suivre à l'aiguille inférieure une double direction de bas en haut d'abord, à travers l'angle libre d'un des lambeaux ; puis de haut en bas ; ensuite à travers l'angle libre du second lambeau. Lorsque l'aiguille, après l'application des fils, se trouve dirigée suivant un plan horizontal, un tubercule médian se trouve en effet formé ; mais ce résultat n'est que momentané, et les succès que l'on a obtenus de cette façon n'ont pas été complets. D'autres ont proposé un avivement des bords de la solution de continuité suivant une direction elliptique. Ce procédé ne fut pas plus avantageux que les précédents.

C'était là qu'en était la question, lorsqu'il y a douze ou quinze ans environ, M. Clémot, chirurgien en chef de l'hôpital de la marine de Rochefort, et praticien distingué, eut l'idée de pratiquer l'opération du bec-de-lièvre en conservant momentanément deux petits lambeaux à la partie inférieure du bord libre de chacune des deux lèvres de la solution de continuité. Voici comme il s'y prit : Il fit l'avivement, non pas de bas en haut, mais de haut en bas, et en dirigeant ses ciseaux un peu obliquement en dehors ; en arrivant près de l'angle inférieur, il conserva près du bord labial un pédicule aux petits lambeaux détachés par l'avivement. Du rapprochement de ces deux lambeaux résulte une petite masse uniforme que l'on peut tailler à volonté avec des ciseaux, mais au moyen de laquelle on peut former un petit mamelon où, si la division n'existait pas sur la ligne médiane, combler au moins la petite échancrure, la dépression si fréquente, presque constante même, après l'opération ordinaire.

Pendant un voyage que fit à Paris M. Clémot, il me communiqua son idée, et me pria de mettre en usage son procédé dans les premiers cas de bec-de-lièvre qui se présenteraient à moi, et qui me sembleraient tels que l'on eût des chances de réussite. Dans ce temps, j'étais chirurgien à l'hôpital de la Charité. J'étudiai ce procédé avec le plus grand soin, la plus minutieuse attention, et je dois dire que cependant il ne me parut pas présenter de grands avantages. Il me parut qu'il rendait l'opération plus délicate, plus laborieuse, plus douloureuse, plus minutieuse.

Ordinairement l'opération du bec-de-lièvre se pratique sur des enfants. Or, chez des jeunes sujets, la douleur est à prendre en considération beaucoup plus que chez l'adulte. Lorsqu'elle est extrêmement vive, qu'elle dure longtemps, elle peut même déterminer la mort ; mais, dans tous les cas, et n'y eût-il pas ce danger à redouter, il y a tout avantage à pratiquer à cet âge les opérations de la manière la plus prompte, la plus expéditive, on évite ainsi les cris, les mouvements, les convulsions, etc.

Il y a deux ou trois ans, la même idée s'est présentée à M. Malgaigne, qui ignorait complètement les travaux de M. Clémot, et notre confrère de Paris a rappelé l'attention sur cette manière de pratiquer l'opération du bec-de-lièvre. J'ai, pour ma part, essayé plusieurs fois de la mettre en usage, et voici les résultats auxquels je suis arrivé. Je crois qu'elle ne réussit bien que pour les cas dans lesquels la réunion doit se faire sur la ligne médiane. Si l'opération doit être faite pour le bec-de-lièvre simple, sur le côté, à quoi bon produire ce petit mamelon, qui ne se trouverait plus placé convenablement ? L'avantage ne serait bien évident que dans le cas où le bec-de-lièvre serait médian, et où l'on aurait par conséquent besoin de réparer, de reformer artificiellement cette petite éminence, ce tubercule saillant, répondant au raphé de la lèvre supérieure.

Dans les différents essais que nous avons tentés, il est un cas surtout que nous nous rappelons comme un des plus beaux résultats, des plus magnifiques succès. C'était un sujet de treize ans qui était affecté d'une division du voile du palais, d'une division de la voûte palatine, avec avance très considérable et saillie de l'os intermaxillaire. Dans ce cas, nous nous décidâmes à abattre cette saillie de l'os intermaxillaire qui constituait une difformité des plus choquantes, et aurait considérablement gêné pour la formation d'une lèvre nouvelle à peu près régulière. Nous enlevâmes donc la partie moyenne ; nous sacrifiâmes le lambeau compris entre les deux solutions de continuité, et nous parvînmes à rapprocher les deux parties latérales. A la base de chacun des deux bords nous ménageâmes deux petits lambeaux, conformément au procédé de M. Clémot ; la réunion se fit très bien par première intention ; le tubercule médian fut parfaitement reproduit ; par suite de l'opération, la base du nez, qui était excessivement élargie, se rapprocha. Peu après la guérison, le visage était devenu tellement régulier, qu'il était véritablement méconnaissable.

Dans tous les cas on ne peut pas agir de la même manière. Il est quelquefois utile de faire servir le lambeau médian à reconstituer la sous-cloison du nez. Lorsque l'on a affaire à un bec-de-lièvre double, que la partie moyenne de la lésion a ainsi de la hauteur et de la largeur, que l'on croit pouvoir au moyen de ce lambeau restaurer la partie divisée, soit que l'on fasse l'opération en deux temps, soit que l'on fasse de prime abord la réunion de toute la plaie, il est rare que l'on obtienne une bonne conformation de la lèvre. D'abord on a deux cicatrices ; puis cette portion moyenne a rarement une hauteur aussi grande que les parties latérales, et lorsque l'opération est complètement terminée, que la guérison est parfaite, cette portion est toujours un peu courte, flasque, plissée. Enfin, on a une lèvre mal faite. Il se peut que quelques cas fassent exception. Mais ils sont rares, et l'on a toujours l'inconvénient d'une double cicatrice. Le nez reste constamment mal conformé ; lorsque l'on peut au contraire enlever le lambeau moyen, la rétraction opérée par la réunion des deux bords les plus éloignés tend à rapprocher les narines et à rendre à l'organe une conformation presque normale.

Des amputations de doigts.

On pratique l'amputation d'un des doigts de la main pour des affections assez différentes les unes des autres. Mais, quel que soit le cas qui nécessite cette ablation toujours fâcheuse, nous y procédons différemment selon qu'il s'agit de tel ou tel doigt, selon que les sujets qui ont à la subir se trouvent dans telle ou telle circonstance, selon qu'ils doivent exercer tels ou tels état et profession, de sorte que l'opération est bien subordonnée à la maladie, mais aussi à des circonstances accessoires, et en partie à la volonté, au désir du malade. Il n'en est pas de cette mutilation de la main comme des autres grandes amputations dans lesquelles nous devons sacrifier le moins possible des parties, pratiquer les opérations le plus loin possible du tronc, parce que l'expérience journalière a appris que le danger des grandes amputations est toujours en raison de l'étendue du membre qui a été enlevée ; et d'autant plus grand aussi que le lieu où elle a été pratiquée est plus rapproché du tronc.

Quand il s'agit d'un doigt de la main, nous procédons différemment. Nous avons égard d'abord au doigt même qui doit être mutilé ; quoique tous nos doigts aient été destinés à concourir à l'accomplissement des fonctions de la main, il s'en faut cependant qu'ils aient tous la même importance. Le pouce et le doigt indicateur sont, que l'on nous passe cette expression, les deux doigts fondamentaux de la main. Les autres ne semblent en quelque sorte que des accessoires. Le sacrifice de l'un des deux premiers est plus grand à lui seul que le sacrifice de tous les autres ensemble. Par rapport à ceux-ci, une petite portion de l'un des deux peut encore rendre quelques services, et nous cherchons toujours à conserver le plus possible de ces deux doigts, qui permettent d'exercer encore quelques-unes des fonctions de la main. Nous agissons ainsi, bien qu'il puisse en résulter une difformité plus grande, tandis que nous enlevons plus facilement le petit doigt ou l'annulaire tout entier. On peut enlever sans grand dommage les derniers doigts en totalité.

Considérés sous le rapport de la profession du malade, il y a des doigts dont il peut y avoir un grand avantage à conserver une portion plutôt que de les retrancher tout à fait. D'autres individus, au contraire, se trouvent mal de les garder. Puis il y a des considérations de coquetterie. La difformité résultant de l'ablation d'une seule des phalanges ou de deux, ou des deux derniers doigts, est moins grande que celle qui résulterait de l'ablation de l'annulaire ou du médius en entier.

Lorsque l'on enlève un doigt en totalité, les deux doigts voisins peuvent finir par se rapprocher assez pour qu'il soit presque impossible au premier coup d'œil de s'apercevoir de la difformité. C'est même pour aller au delà de ce sentiment de coquetterie qu'il nous est arrivé plusieurs fois de pratiquer l'amputation du doigt en totalité, non pas seulement dans l'articulation métacarpo phalangienne, mais dans la continuité même du métacarpien. Nous ne craignons pas tant qu'on a paru le faire dans ces derniers temps les amputations dans la continuité des os. Dans aucun temps, nous ne nous sommes fait scrupule de faire l'amputation dans la continuité de l'os plutôt que de faire la désarticulation. De l'ablation de la tête de l'os résulte un rapprochement des deux doigts voisins ; nous appliquons également ce procédé à l'indicateur et au petit doigt ; si l'on conservait la tête du métacarpien, qui supporte l'un ou l'autre de ces doigts, il resterait une éminence qui constituerait une difformité choquante, et en quelque sorte un accident. Cette circonstance rendrait la main plus difforme et les traces de l'opération plus manifestes, plus visibles que dans les cas où la section est faite dans la continuité de l'os du métacarpe.

Vous entrevoyez que cette étude de la manière dont il convient de faire l'amputation d'une portion ou de la totalité d'un doigt est très importante au point de vue pratique. Nous avons cru devoir vous présenter ces quelques réflexions, qui s'appliquent parfaitement au fait particulier que nous allons faire passer sous vos yeux. Le malade dont il s'agit ici, offre une maladie de l'articulation de la première phalange du doigt indicateur avec la seconde. Il y a suppuration abondante, ouverture fistuleuse ; le doigt est devenu tout à fait inutile. Si l'on n'avait recours à une amputation, ou la maladie persisterait indéfiniment, ou bien il y aurait ankylose ; l'amputation est donc devenue chose indispensable. Ici, l'on pourrait, à la rigueur, faire l'opération dans la continuité de la première phalange ; on conserverait ainsi une petite portion assez étendue de l'indicateur, pour que cette portion pût servir au malade comme moyen de préhension. Nous l'avons proposée au malade ; mais il ne paraît pas y tenir. C'est la main gauche qui est affectée, notez-le-bien, et cette main est en général moins utile que la main droite. Le sujet ne tirerait pas un grand parti de la conservation de cette première phalange. Il préfère donc sacrifier tout son doigt. Nous lui ferons l'opération dans la continuité de l'os du métacarpe. D'ailleurs, il désire que l'amputation lui laisse le moins de traces possible. Nous irons, en agissant de la sorte, au delà de son désir. L'opération faite ainsi est peut-être un peu plus longue, un peu plus douloureuse, un peu plus dangereuse même ; mais nous trouvons qu'il y a avantage réel : la réunion sera très facile, et il restera à peine quelques traces de l'opération qu'il va subir.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 3 mars 1846. — Présidence de M. Roché.

M. le président expose que le scrutin pour la nomination des correspondants a donné 47 voix à MM. Stievenard et Durand Fardel. Il s'agit de décider aujourd'hui quel est celui de ces deux membres que l'Académie regardera comme nommé.

M. Bally croit que tous les candidats qui ont obtenu la majorité doivent être nommés, et il propose de considerer comme régulièrement élus, non-seulement MM. Stievenard et Durand Fardel, mais encore M. Rollet, qui a obtenu 45 suffrages.

M. Velpeau appuie cette manière de voir, qui est aussi celle de *M. Gérardin*, rapporteur de la commission.

L'Académie consultée, décide que MM. Stievenard, Durand-Fardel et Rollet ayant obtenu la majorité des suffrages, sont régulièrement élus membres correspondants. Ainsi, au lieu de vingt membres correspondants, l'Académie en a nommé vingt-deux.

M. Villeneuve demande que la nomination des correspondants soit insérée au *Moniteur*.

Cette proposition est renvoyée au Conseil d'administration.

— La parole est à M. le rapporteur de la commission de la peste et des quarantaines.

Cette commission est composée de MM. Adelon, Bégin, Dubois (d'Amiens), Dupuy, Ferrus, Londe, Mélier, Pariset, Poiseuille, Prus, Royer-Collard.

M. le président invite l'Académie à écouter avec attention un rapport aussi important d'une commission qui en a délibéré pendant cinquante séances.

M. Prus, rapporteur, lit la première partie de son rapport. Nous allons chercher à en donner une analyse fidèle.

La commission a compris toute l'importance de la mission qui lui a été confiée. Si de tous côtés les intérêts politiques et commerciaux réclament des réformes dans l'institution des quarantaines, l'humanité exige aussi que le pacte sanitaire, consenti tacitement par toutes les puissances de l'Europe, ne soit rompu qu'après qu'une étude impartiale et sévère des documents anciens et nouveaux, aura démontré à tous ce qu'il y a d'inutile ou de dangereux dans les règlements en vigueur. Cependant, l'Angleterre et l'Autriche ont aboli ou notablement diminué les quarantaines pour les provenances du Levant, sans faire connaître au reste de l'Europe les motifs de sécurité qui les engageaient à porter une atteinte aussi grave à la loi généralement exécutée. La France ne peut suivre de semblables exemples. Si son régime sanitaire doit être profondément modifié, il faut qu'elle expose avec franchise et netteté les faits qui la portent à changer, à diminuer

ou à perfectionner les précautions prises par elle contre l'introduction d'un fléau aussi redoutable que la peste. Des médecins seuls peuvent apprécier à leur juste valeur les faits, les assertions, les raisonnements concernant les grandes questions que présente l'étude de la peste.

La commission a puisé aux nombreuses sources d'instruction qui lui ont été ouvertes, aux descriptions des épidémies de peste que nous ont transmises les meilleurs observateurs. Mais il faut le dire à la gloire des médecins qui ont vu et traité la peste qui a régné en Egypte en 1835, c'est de cette époque que date la connaissance positive et scientifique de la maladie. M. le docteur Aubert-Roche, donnant alors le premier l'exemple d'un courageux dévouement à l'humanité et à la science, a touché, soigné, consolé le docteur Fonscade, qui, atteint de la peste au Caire le 18 février 1835, mourut le 20 du même mois.

Ici M. le rapporteur indique les travaux, mémoires, correspondances qui ont été communiqués à la commission; les personnes ayant vu la peste qu'elle a appelées dans son sein; enfin tous les éléments dont elle s'est entourée pour donner à son travail toutes les garanties désirables.

Ce travail sera divisé en quatre parties.

Dans la première, le rapporteur recherche quels sont les pays où on a vu la peste se développer spontanément; il s'efforce ensuite de déterminer les causes de la peste spontanée; il montre que quand ces causes ont cessé d'exister en Egypte et ailleurs, la peste a disparu; il indique les contrées où la persistance de ces causes rend la peste endémique, ou du moins fait craindre le retour de la peste spontanée. Enfin, il insiste sur les moyens véritablement prophylactiques de la peste spontanée.

Dans la deuxième partie, il répond aux trois questions suivantes:

La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe?

Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique?

La peste se propage-t-elle à la manière des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques, et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés?

Dans la troisième partie, il s'occupe de la transmissibilité de la peste. Est-elle transmissible par l'inoculation? Est-elle transmissible, dans les foyers et hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat et médiat des pestiférés, par le contact des hardes et vêtements, par le contact des marchandises, par les miasmes qui sont exhalés par les pestiférés et dont l'air est le véhicule? Il termine cette partie par l'examen de cette question:

Si la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, doit-on craindre que quelques cas importés en France puissent y devenir la cause d'une épidémie pestilentielle?

Dans la quatrième et dernière partie, il recherche quelle est la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste.

Viennent enfin les conclusions du rapport et les applications de ces conclusions aux questions de quarantaine.

Définition. — La peste, dit M. Prus, est une maladie de tout l'organisme, dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés, et qui se caractérise le plus ordinairement à l'extérieur par des bubons, des charbons et des pétéchies.

PREMIÈRE PARTIE. — *Chapitre premier.* — Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu la peste naître spontanément? Il nous est impossible de suivre le rapporteur dans le brillant et riche historique, dans les recherches nombreuses renfermés dans ce chapitre. La conclusion générale qui en ressort est celle-ci: On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique, d'Asie et d'Europe.

Mais s'il est prouvé que la peste est née et peut encore naître spontanément dans des lieux divers, il ne faudrait pas croire cependant que l'Europe dût la redouter également de tous les points signalés comme ayant été et pouvant être encore des foyers de peste spontanée. Au moment actuel, c'est presque exclusivement de l'Egypte que nous avons à craindre l'importation de la peste.

Chapitre deuxième. — Dans les pays où l'on a observé la peste spontanée, a-t-on pu attribuer rationnellement le développement de celle-ci à des conditions hygiéniques déterminées? Pour répondre à cette question, M. Prus étudie successivement les localités dans lesquelles la peste est née spontanément dans le cours des cinquante années qui viennent de s'écouler et l'état des habitants de ces localités. De cet examen, il tire la conclusion suivante: Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des conditions déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces conditions sont surtout: l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud et humide; l'action de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale.

Chapitre troisième. — Si ce qui vient d'être exposé dans le chapitre précédent est vrai, la Basse-Egypte, où toutes les conditions d'insalubrité ci-dessus indiquées se trouvent réunies chaque année, doit nous offrir la peste à l'état endémique. C'est ce qui résulte, en effet, des observations des voyageurs et des médecins qui habitent ce pays où l'on voit la peste tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

Chapitre quatrième. — Est-il vrai que sous le règne des derniers Pharaons, que pendant les 194 ans de l'occupation de l'Egypte par les Perses, pendant les 301 ans que dura la domination d'Alexandre et la dynastie des Ptolémées, enfin pendant une grande partie de la domination romaine (qui commença l'an 30 avant J.-C. et finit l'an 620 de notre ère), l'Egypte ait été exempte d'épidémies pestilentielles?

Ce grand fait paraît incontestable: M. Prus l'établit sur des preuves historiques concluantes. L'absence en Egypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps que la bonne administration et la police sanitaire de ce pays ont lutté victorieusement contre des causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

Chapitre cinquième. — L'état de la Syrie, de la Turquie d'Europe et d'Asie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et même de l'empire de Maroc diffère-t-il assez de celui qui existait aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément pour qu'on soit autorisé à penser que d'autres épidémies semblables ne pourront plus s'y manifester? De l'examen auquel la commission s'est livrée à ce sujet, il résulte que l'état de ces diverses contrées étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

Chapitre sixième. — Les conditions hygiéniques de l'Algérie sont-elles assez semblables à celle du Maroc, de Tunis et de Tripoli pour qu'on doive y craindre le développement de la peste spontanée? La commission est arrivée sur ce point à la conclusion suivante:

La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie parce que, d'une part, les Arabes et les Kabiles, vivant les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs endroits marécageux et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes semblent une garantie suffisante contre le développement spontané d'épidémies pestilentielles.

Chapitre septième. — Quels sont les moyens à mettre en usage pour prévenir le développement de la peste spontanée?

M. Villermé, considérant les épidémies au point de vue de l'hygiène publique, a fort bien prouvé que les épidémies diminuent de fréquence et d'intensité dans tous les pays qui passent de la barbarie et de l'ignorance à l'état de civilisation, ou d'une civilisation imparfaite à une civilisation perfectionnée.

On peut aller plus loin pour les épidémies pestilentielles qui non-seulement perdent de leur fréquence par la civilisation, mais qui cessent et disparaissent complétement même dans les pays les plus prédisposés à la peste, quand ceux-ci sont soumis aux lois d'une hygiène éclairée et vigilante.

M. le docteur Aubert-Roche, dans un curieux et important mémoire (1), poursuivant l'étude comparative de la peste et de la civilisation dans l'Orient et dans toutes les contrées de l'Europe, a jeté sur ce sujet une clarté assez vive pour dissiper le doute.

On peut formuler ainsi les conséquences qui découlent de son travail, et des faits et considérations exposés dans les chapitres précédents.

Dans tous les temps, dans tous les lieux, la peste a disparu devant la civilisation; elle est revenue avec la décadence de la barbarie: partout les mêmes causes ont produit les mêmes effets.

La peste qui est aujourd'hui permanente en Orient, n'y existait pas du temps de la civilisation égyptienne, grecque et romaine; tandis qu'elle ravageait continuellement l'Europe occidentale, plongée alors dans la barbarie. Aujourd'hui, les rôles sont changés; l'Europe est délivrée du fléau, l'Orient subit ses effets.

Si la peste que la civilisation avait chassée de l'Egypte y est revenue avec la barbarie, la civilisation seule parviendra à l'anéantir de nouveau; et par civilisation il faut entendre la réunion des sciences, des arts, de l'agriculture, de l'industrie, et surtout d'une bonne hygiène publique et privée.

Le succès serait plus facile de nos jours qu'il ne l'a été autrefois; on connaît mieux les causes productrices de la peste; il y aurait donc moins d'hésitation pour les attaquer et les détruire.

L'Egypte étant incontestablement le principal foyer de la peste spontanée, c'est en Egypte qu'il faut agir d'abord et surtout. On ne devra cependant pas négliger la destruction de foyers qui, quoique moins intenses, ont cependant à des époques récentes, exercé une bien funeste influence, c'est-à-dire, Constantinople, Erzeroum et les bords du Danube.

La conclusion de ce chapitre, ou plutôt de la première partie de ce rapport, sera la suivante:

Les progrès de la civilisation, et une application générale et constante des lois de l'hygiène, peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

La continuation de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.

(Nous regrettons vivement de ne pouvoir donner que cette analyse décolorée du beau rapport de M. Prus. L'Académie s'oppose formellement à toute autre publicité que la publicité restreinte qu'elle donne à elle-même. Dans un intérêt général, pour une question d'une si grave importance, nous faisons appel à toute la libéralité de cette compagnie, qui devrait permettre, ne fût-ce qu'exceptionnellement, l'impression du rapport de M. Prus dans les journaux qui rendent compte des séances de l'Académie. Nous espérons que notre demande sera accueillie, et que nous pourrons donner à nos lecteurs la continuation et la fin de ce rapport, qui en sont les parties les plus importantes.)

— *M. Deleau* présente de nouveaux instruments destinés à faciliter l'opération de la lithotritie. Ces instruments sont renvoyés à l'examen d'une commission.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 mars. — Présidence de M. MATHIEU.

M. le docteur Chrestien, de Montpellier, inspecteur des eaux thermales de Balaruc, écrit pour rappeler l'influence bienfaisante de ces thermes, et pour se plaindre de l'abandon dans lequel les laisse le gouvernement.

— *M. Boussingault* lit l'extrait d'un travail intitulé: Recherches sur le développement de la substance minérale dans le système osseux du porc.

Il résulte de ces recherches que la chaux assimilée ou excrétée par le porc en 93 jours, s'est élevée à 268 grammes, quoique la nourriture consommée dans le même temps en renfermât seulement 98 grammes.

Ce résultat aurait lieu de surprendre si l'on ne savait que l'eau dont on a fait usage pour délayer les pommes de terre n'est pas exempte de chaux. L'analyse a démontré, en effet, que la quantité d'eau qui avait été ainsi absorbée par le porc contenait exactement à peu près la quantité de chaux qui, réunie à celle des matières solides, s'est retrouvée dans le système osseux.

— *M. Parchappe*, de Rouen, adresse un mémoire sur les concrétions polypiformes du cœur. En voici les principales conclusions:

Toute la pathologie des concrétions du cœur est dominée par ces deux questions:

Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui puissent permettre de distinguer les concrétions formées pendant la vie, ou *concrétions pathologiques*, des concrétions postérieures à la mort, ou *concrétions cadavériques?*

Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques certains qui permettent de distinguer les concrétions *inflammatoires* des concrétions *sanguines?*

Des caractères anatomo-pathologiques positifs séparent les excroissances des concrétions; et ces caractères sont, ainsi que Morgagni l'avait déjà solidement établi, l'adhérence par continuité de tissu et la vascolarisation, qui appartiennent réellement aux excroissances, et ont été à tort attribuées aux concrétions.

Il y a des caractères différentiels propres à faire distinguer facilement et sûrement les productions antérieures à la mort, ou concrétions pathologiques, des productions postérieures à la mort, ou concrétions cadavériques.

Les concrétions qui sont constituées exclusivement ou principalement par un caillot cruorique, dans lesquelles l'élément fibrineux est disposé en couche mince à la surface du caillot cruorique, dont la forme reproduit celle de la cavité contenante, qui adhèrent à peine aux parois des cavités, sont certainement des concrétions cadavériques. Les concrétions qui sont constituées principalement par le coagulum fibrineux, dans lesquelles l'élément fibrineux est disposé comme une sorte de noyau à la périphérie duquel se développe l'élément cruorique, dont la forme est telle qu'elle n'a pu être produite que par l'action plus ou moins prolongée de la pression et du mouvement du sang, qui adhèrent avec force par des prolongements fibrineux aux anfractuosités et aux saillies des cavités, qui offrent les apparences de l'organisation, telles que structure lamelleuse, loges intérieures, caillots emprisonnés sous forme de masses variables en volume, de points, de marbrures, de stries, qui contiennent une matière sanieuse ou purulente, se sont certainement formées avant la mort, et doivent être considérées comme des concrétions pathologiques.

Les différences que présentent les productions concrètes du cœur ne fournissent aucun caractère anatomo-pathologique qui puisse servir à faire distinguer sûrement les concrétions inflammatoires des concrétions sanguines.

Les différences que présentent les concrétions sanguines du cœur ne fournissent aucun caractère positif qui puisse conduire à distinguer sûrement celles de ces concrétions qui auraient pu se produire sous l'influence d'un état inflammatoire de l'endocarde, de celles qui se seraient formées indépendamment de cette influence.

En définitive, ce que l'anatomie pathologique permet de conclure relativement à la nature des productions concrètes du cœur, d'après les données fournies par l'étude de leurs caractères matériels, c'est que ces productions consistent purement et simplement en des concrétions sanguines, tantôt cadavériques, tantôt pathologiques, parfaitement distinctes des excroissances organisées et non moins parfaitement distinctes des exsudations inflammatoires, si ce n'est dans un très petit nombre de cas où leur nature inflammatoire ou sanguine est impossible à déterminer directement.

La doctrine qui assimile les concrétions du cœur à des pseudo-membranes, produits d'une exsudation inflammatoire de l'endocarde (doctrine de Kreysig), doit être abandonnée comme n'étant justifiée ni par l'état des surfaces, ni par la nature des concrétions, ni par la nature des symptômes observés pendant la vie.

La condition essentielle de la formation des concrétions sanguines étant la stase du sang, c'est-à-dire une condition mécanique, non-seulement la formation de ces concrétions doit pouvoir être expliquée mécaniquement, mais encore ces productions doivent offrir dans leurs qualités de forme, de structure et de relation, des caractères propres à révéler la nature mécanique de la cause qui les a engendrées.

— *M. Tanchou* adresse la lettre suivante:

Les phénomènes électriques *que je crois pourtant avoir bien observés* chez la fille Cottin, les 13 et 14 février, ayant fait naître des contestations, j'ai voulu les constater de nouveau, les 19 et 24 du même mois devant des personnes graves et éclairées; je dois déclarer que toutes les tentatives faites à cet égard ont été nulles ou presque nulles. Je crois donc prudent de rentrer dans le doute et d'attendre de nouvelles épreuves pour se faire une opinion sur des effets d'ailleurs si variables et si fugitifs de leur nature.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 11 et 18 février 1846. — Présidence de M. MONOD.

M. Malgaigne fait voir un malade de son service à l'hôpital Saint-Louis, qui est affecté d'une luxation incomplète de l'humérus en arrière, datant de quatre mois et quelques jours. Le bras conserve quelques mouvements; et il est facile de reconnaître que le déplacement est incomplet, que la tête est encore sous l'acromion et non pas dans la fosse sous-épineuse. Il existe un creux en avant et une saillie en arrière, de sorte que le bord antérieur de l'acromion est très sensible, tandis qu'on ne sent pas l'angle postérieur. La rotation du membre est presque nulle. Quant à la longueur, les élèves, en la mesurant, avaient trouvé que le bras était raccourci. Il n'en pouvait pas être autrement par la manière dont la mensuration avait été faite. En effet, si dans un déplacement en arrière on mesure le bras par sa partie antérieure, on le trouvera raccourci; de même, dans un déplacement en avant, si on mesure la partie postérieure, le même phénomène se produira; tandis que si l'on mesure dans le sens même du déplacement, on trouvera toujours de l'allongement. Cela tient à ce que, dans ces cas différents, on suit la corde de l'arc au lieu d'en mesurer la courbe.

M. Malgaigne ne doute pas de la possibilité de la réduction de cette luxation. Une forte pression d'arrière en avant sur la tête devra suffire, puisqu'elle est à cheval sur le rebord de la cavité glénoïde. Mais il s'attend à ce qu'elle aura une grande tendance à repasser en arrière, comme il l'a déjà observé sur un malade auquel il réduisit une pareille luxation datant de sept mois.

M. Huguier dit qu'en admettant que les luxations de l'humérus en arrière soient incomplètes, ce qu'il y a de plus difficile c'est de maintenir la tête, surtout quand ces luxations sont anciennes. Il met sous les yeux de la Société un scapulum trouvé sur un cadavre, qui présente un affaissement, une espèce d'écoulement du rebord postérieur de la cavité glénoïde. La moitié postérieure de cette surface articulaire forme un plan oblique en arrière; le bord est devenu éburné par suite de la disparition du cartilage, et la face inférieure de l'acromion est légèrement érodée par la tête de l'humérus. Si dans ce cas on avait réduit, le plan oblique persistant naturellement, la tête se serait nécessairement échappée dès qu'on aurait cessé les moyens de compression.

M. Malgaigne pense que M. Huguier a raison d'exprimer des doutes sur la facilité de maintenir la réduction. Pour ce qui est de la conformation de la pièce qu'il possède, il ne connaît qu'un seul exemple d'un fait semblable; c'est un dessin d'Astley Cooper, qui se trouve dans le Guy's hospital reports. Malheureusement on ne dit pas combien il faut de temps pour que cet affaissement du rebord de la cavité articulaire se produise; il est certain qu'il faut plus d'une année. La plus ancienne des luxations en arrière, réduite, datait de treize mois, et si ces conditions avaient existé, la tête n'aurait pas pu tenir en place.

— *M. Maisonneuve* présente un enfant de huit ans affecté d'un spina-bifida. La tumeur est très volumineuse, non réductible depuis longtemps, non douloureuse à la pression. Il y a incontinence d'urine et rétention des matières fécales. Une compression très forte et lente sur la tumeur donne lieu à des convulsions. Du reste, l'enfant marche bien, et la santé générale est bonne.

— *M. Souberbielle* fait voir deux malades affectés d'ulcération cancéreuse du nez. L'un est encore en traitement par les caustiques; l'autre est entièrement guéri. Chez ce dernier, un grand nombre de moyens avaient été employés sans succès; l'iodure de potassium, entre autres, avait été administré pendant longtemps à l'intérieur. Quelques cautérisations avec la pâte arsenicale ont suffi pour amener la guérison. Aujourd'hui la cicatrice est parfaite.

M. Lenoir pense que la rapidité de la guérison par le caustique, dans ce cas, tient à ce que le malade avait pris pendant longtemps l'iodure de potassium. Il a eu dans son service, à l'hôpital Necker, un malade affecté d'une ulcération cancéreuse; il lui fit subir le même traitement, et ensuite il a suffi d'une seule cautérisation pour amener la guérison.

— *M. Marjolin* annonce que le malade auquel il a enlevé le maxillaire supérieur, a vu revenir un champignon cancéreux au bout de trois semaines, alors que la cicatrisation extérieure était complète.

Bibliographie.

Examen clinique de l'hydrothérapie, par le docteur SCHEDEL.

Exposé critique et méthodique de l'hydropathie, ou traitement des maladies par l'eau froide; par le docteur J. BACHELIER.

Préconisée au delà de toute mesure dès les premiers temps de son apparition, regardée comme une panacée universelle, comme une méthode infaillible pour la guérison de toutes les maladies aiguës ou chroniques, puis décriée plus tard avec un acharnement égal à l'enthousiasme qu'elle avait excité, aussi irrationnel et aussi irraisonné, l'hydrothérapie devait en appeler des jugements irréfléchis du public incompétent à l'examen sérieux et pratique des hommes de l'art. Des

(1) Prophylaxie générale de la peste, Paris, 1843.

travaux consciencieux, entrepris par des médecins instruits pendant ces dernières années, ont prouvé que la méthode de traitement des maladies par l'eau froide ne méritait en effet « *ni cet excès d'honneur, ni cette indignité;* » qu'utile dans certains cas, dans des mains exercées, nuisible et dangereuse dans d'antres, cette médication, d'une énergie et d'une puissance redoutables, n'était jamais insignifiante, et que de son emploi pouvaient résulter ou des succès inespérés, ou des accidents terribles. C'est en médecins instruits et impartiaux, et au point de vue d'une critique judicieuse et éclairée, que MM. Schedel et Bachelier ont étudié l'hydrothérapie, et viennent apporter au public médical le fruit de leur observation, de leur expérimentation, de leurs méditations.

Le livre du docteur Bachetier est un des premiers ouvrages sérieux qui ait été publié sur l'hydrothérapie. Il est divisé en plusieurs parties. La première est en quelque sorte un itinéraire médical complet à travers une partie de l'Allemagne, de la Prusse et de l'Autriche, itinéraire tracé sur les lieux mêmes pendant un long séjour qu'y a fait l'auteur, et qui servira de guide aux médecins qui seraient tentés d'étudier la méthode de Priesnitz dans le pays où elle a pris naissance.

La seconde partie, thérapeutique, comprend une série de propositions sur le froid, la sueur, l'exercice et le régime, et le traitement des maladies en général.

Ces préliminaires une fois établis, l'auteur entre dans la description des procédés hydrothérapiques, qu'il détaille avec le plus grand soin, et expose brièvement l'essai d'une classification ou mieux de systématisation de la médication nouvelle. D'après M. Bachelier, l'hydrothérapie pourrait se résumer en quatre méthodes :

1° Méthode fortifiante ou prophylactique;
2° Retardante ou antiphlogistique;
3° Assistante ou adjuvante;
4° Evaporante ou expulsive.

Outre les développements importants que l'auteur a donnés à son sujet, et dans lesquels nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de le suivre, on lira avec le plus vif intérêt une traduction aussi fidèle qu'élégante d'un opuscule allemand, qui, sous ce titre : Aperçu général du Traitement hydropathique de Graefenberg, résume en quelques pages toute la doctrine du paysan silésien auquel, tout en faisant la part d'une exagération presque inévitable, on ne peut refuser un tact et une perspicacité souvent étonnants, un jugement rapide, une activité intellectuelle prodigieuse.

Le livre de M. Schedel a été entrepris comme le précédent, après un voyage pendant lequel l'auteur a voulu étudier sur les lieux et expérimenter par lui-même les moyens thérapeutiques employés par Priesnitz. M. Schedel définit l'hydrothérapie : Une méthode qui a pour but la conservation ou le rétablissement de la santé, au moyen des effets physiques et de la réaction organique développés dans l'économie par l'eau appliquée sur la peau ou administrée à l'intérieur, sans le secours d'aucun médicament.

Le livre dont nous rendons compte est divisé en trois parties. La première comprend l'histoire et la description des procédés hydriatriques, et l'exposé des principes sur lesquels est basé leur emploi. La seconde a trait aux applications de la médication au traitement des différentes maladies aiguës ou chroniques, des maladies nerveuses et des affections chirurgicales. Enfin la dernière est consacrée à l'examen des trois points suivants : Quels sont les dangers et les accidents de l'hydrothérapie? L'hydrothérapie peut-elle remplacer la médecine pratique? Peut-elle être employée comme moyen exclusif de traitement dans les maladies? Hâtons-nous de dire que de ce qu'il a vu et éprouvé M. Schedel conclut : que, dans le moment actuel, il serait impossible de pratiquer la médecine en employant l'hydrothérapie autrement que comme moyen prophylactique, hygiénique et adjuvant, et cela chez les personnes encore valides, capables elles-mêmes de contribuer aux manipulations prescrites et qui s'y prêtent de bonne grâce.

Pour nous résumer en deux mots, nous dirons que les livres de MM. Bachelier et Schedel forment un cours complet de la méthode hydrothérapique, dont ils contiennent une appréciation aussi exacte qu'intéressante. Y.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Cinquième liste.

MM. le docteur Leusenring, à Reims,	5 fr.
Association médicale de l'arrondiss. d'Issingeaux,	30
le docteur Guisard, à Guéret (Creuse),	3
le docteur Fayolle (Alexandre), à Guéret,	5
le docteur Moreau, à Guéret,	1
le docteur Dugenest, à Guéret,	1
le docteur Gadon, à Guéret,	2
le docteur Poissonnier, à Guéret,	3
le docteur Pailloux, à Ahun,	2
le docteur Fayolle (Emile), à Dun,	1
le docteur Delor, à Dun,	2
le docteur Lafont, à Saint-Etienne-de-Fursac,	1
le docteur Montaudon-Laforêt, à la Souterraine,	1
le docteur Sallet, à la Souterraine,	1
le docteur Dubranle, à Saint-Vaury,	3
le docteur Pradeau, à Saint-Vaury,	2
Bruneaud, médecin, à Bonnat,	2
Robert, médecin, à Jouillac,	1
Guillon, pharmacien, à Guéret,	2
Monnet, pharmacien, à Guéret,	1
Florand, pharmacien, à Guéret,	1
Simon, pharmacien, à Dun,	2
Peyrude, médecin-vétérinaire, à Guéret,	2
Gour, médecin-vétérinaire, à Guéret,	2
Doreau, médecin-vétérinaire, à Dun,	2
le docteur Diverneresse, à la Chapelle-Taillefert,	2
Adenis, médecin-vétérinaire, à Guéret,	1
le docteur Jacques, à Sirod (Jura),	4
le docteur Tassy, à Paris,	5
le docteur Adde-Margras (de Nancy), à Paris,	10
Société médicale de la Seudre, à Saujon, par le docteur Chatropin,	25
le docteur Foucault, à Nanterre,	10
le docteur Lasserre, à La Villette,	5
le docteur Damicourt, aux Batignolles,	5
Argentier, à Saint-Denis,	5
Deguesse, ancien chirurgien-major, etc., à Evreux,	5
le docteur Bougarel père, médecin des prisons, à Evreux,	5
le docteur Richard, chirurgien en chef de l'hospice, à Evreux,	5
le docteur Fortin, membre du jury médical, à Evreux,	5
le docteur Baudry, chirurgien-adjoint de l'hospice, à Evreux,	5
le docteur Duhordel, médecin de l'hospice, à Evreux,	5
le docteur Bougarel fils, médecin-adjoint des prisons, à Evreux,	5
le docteur Bigot, ex-interne des hôpitaux de Paris, à Evreux,	5
le docteur Vaghette, chirurgien aide-major au 47e de ligne, à Evreux,	5
Olivier, pharmacien, à Evreux,	5
Hérouard, pharmacien, membre du jury médical, à Evreux,	5
Gillot, pharmacien, membre du jury médical, à Evreux,	5
Brunet, pharmacien, membre du conseil municipal, à Evreux,	3
Cayesse, pharmacien, membre du conseil municipal, à Carville, médecin-vétérinaire, à Evreux,	5
Deschamps, médecin-vétérinaire, à Evreux,	5
Lheureux, ex-libraire, éditeur d'une édition de Bichat,	5
le docteur Vather, à Vernon (Eure),	5
le docteur Chanoine, à Vernon,	2
Fautrel, médecin, à Vernon,	2
Vedye, pharmacien, à Vernon,	5
Lemenu, pharmacien, à Vernon,	5
Chauvet, médecin, à Pacy-sur-Eure,	5
Fontaine, médecin, à Saint-André,	5
Biard, pharmacien, à Saint-André,	5
le docteur Dumanoir, membre du Conseil général, à Conches,	5
Delépine, médecin, à La Bonneville, canton de Conches,	5
Jelin, médecin, à Breteuil,	5
Total,	282

NOUVELLES.

Une société pharmaceutique d'émulation vient de s'organiser à Montpellier, sous la présidence de M. F. Lutrand. Elle publiera un journal mensuel, dont le premier numéro a déjà paru le 25 janvier.

— Il paraît que le typhus règne avec intensité en Belgique, à Iseghem, Ingelmunster, Meulebeke, etc., et y fait de nombreuses victimes.

— Dans ses dépêches au gouvernement anglais, sir Henry Hardinge, en parlant de l'affaire de Ferozepoure, dit que le prince Waldemar de Prusse, ses deux aides de-camp et son médecin se sont joints à lui sur le champ de bataille, et ont fait preuve d'une grande bravoure. Le médecin du prince a été frappé d'une balle, et il est mort presque sur le coup. S. A. R. a mis aussitôt pied à terre pour lui porter secours, mais tout a été inutile.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 7 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 28. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 6 MARS 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un fait récent, dans lequel le diagnostic n'a pas été heureux, nous ramène à la question du diagnostic différentiel de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement apoplectiforme du cerveau. L'occasion est d'autant plus opportune qu'une bonne thèse vient d'être publiée sur ce point par un élève interne très distingué des hôpitaux de Paris, M. Vaussin.

Cette thèse a pour titre : *De l'apoplexie envisagée spécialement dans ses rapports avec la cérébrite* (ramollissement cérébral). La question est posée ainsi dans ses véritables termes : Le ramollissement cérébral est une phase ultime d'une maladie, non une maladie. Voilà ce que l'on n'aurait jamais dû perdre de vue. L'affection, c'est la cérébrite. Le ramollissement du cerveau n'est pas plus une maladie que la friabilité du parenchyme pulmonaire, dans la pneumonite, n'en est une.

Nous retrouvons, dans cette thèse, la distinction des apoplexies proposée par un médecin habile, en *apoplexie par épanchement sanguin* et en *apoplexie par cérébrite.* D'après M. Vaussin, cette division pourrait être appelée à la célébrité dont a joui la fameuse distinction de l'apoplexie en sanguine et en séreuse. Nous ne le désirons pas, et même nous voudrions voir abolir la dénomination d'apoplexie en tant que nom de maladie. Elle n'exprime, en effet, qu'une circonstance secondaire, la manière instantanée dont les symptômes se produisent. Elle a cet autre inconvénient grave que, pour la cérébrite en particulier, elle fait dater la maladie du moment seulement où le malade tombe comme *frappé par un coup violent* (telle est la signification du mot apoplexie). Or, à ce moment, la maladie est déjà ancienne.

L'inflammation du cerveau a cela de particulier et d'insidieux, que, très souvent, elle désorganise le parenchyme cérébral sans troubles notables des fonctions, et qu'au moment où elle se révèle avec les apparences trompeuses d'un mal soudain, elle existe depuis longtemps.

Un jeune homme se tire un coup d'un petit pistolet de poche dans l'orbite ; on accourt au bruit de la détonation, et on le trouve debout, en pleine connaissance, libre de ses mouvements et de sa parole. Il montre l'arme dont il s'est servi. Il expose les motifs de son suicide. Contrarié par son père dans la vocation qui le porte irrésistiblement vers la carrière dramatique, il a voulu mettre fin à ses jours. On espère que la balle est restée dans l'orbite, d'autant plus que l'arme qui a servi est très petite. Le malade est couché sur le dos, et M. le professeur Lacauchie, un des médecins présents, introduit dans la plaie un stylet, qui s'enfonce, presque par son seul poids, à une profondeur de plus de 9 centimètres. Il ne reste plus alors dans l'esprit des médecins que la triste pensée d'un homme dont la santé ne semble même pas atteinte par une lésion qui le voue cependant à une mort inévitable.

Le blessé passa *vingt trois jours* dans cet état, n'éprouvant aucune espèce de symptômes. Il n'y avait pas à croire pourtant que la longue plaie du cerveau et la présence du corps étranger dans cet organe fussent indifférents à son parenchyme. Sans nul doute une inflammation destructive se produisait là, et allait éclater d'un moment à l'autre. C'est ce qui eut lieu en effet, mais seulement le vingt-troisième jour. Alors se manifestèrent tout à la fois le coma, qui est la paralysie des facultés intellectuelles et morales, et la paralysie proprement dite, qui est le coma de la sensibilité et de la motilité générales. Au vingt-troisième jour eut lieu l'*apoplexie par cérébrite.* Si vous donnez ce nom à la maladie, comment appellerez-vous ce qui se fit progressivement du moment de la production de la plaie jusqu'à celui où les symptômes se manifestèrent? Faire une seule classe des deux sortes d'apoplexie indiquées, c'est réunir deux choses radicalement distinctes. Laissons l'*apoplexie par cérébrite* dans l'histoire de l'encéphalite, et disons qu'il y a des *cérébrites apoplectiformes.*

Nous nous sommes éloigné, en poursuivant une question de logique scientifique, du point que nous avons pour but d'examiner. De quelque nom qu'on nomme le ramollissement aigu et l'apoplexie du cerveau, y a-t-il des moyens certains de les distinguer l'un de l'autre ?

Les prodromes, dans les deux cas, sont ceux de la congestion cérébrale, dit-on ; partant, ils ne peuvent constituer un moyen de distinguer les deux affections. Nous n'admettons pas qu'on doive appeler *prodromes* la céphalalgie, les éblouissements, les vertiges, etc., qui précèdent la manifestation complète du ramollissement (la paralysie), et que l'on doive les rapporter à la congestion. Ce sont positivement les *symptômes* du ramollissement, qui ne date pas seulement du moment de la paralysie.

Toujours est-il que ces symptômes ne diffèrent pas appréciablement des prodromes de l'apoplexie proprement dite, ou hémorrhagie cérébrale. Car cette redoutable affection a des prodromes ; et, comme le dit fort bien M. Gendrin, si l'on a avancé le contraire, cela tient à ce que l'on s'est arrêté trop exclusivement à des faits recueillis dans les hôpitaux sur des individus habitués à négliger beaucoup de symptômes de dérangement de santé, et à mal s'en rendre compte.

Néanmoins, on peut conclure de quelques remarques pratiques de M. Gendrin, qu'il y a dans les premiers symptômes (les prétendus prodromes) de la cérébrite apoplectiforme, une *continuité*, une *permanence* qui n'appartient pas à l'hémorrhagie cérébrale.

L'âge n'offre pas, à beaucoup près, un moyen certain de distinguer les deux affections, attendu que si, chez les jeunes gens et les adultes, la paralysie brusque doit être, selon M. le professeur Bouillaud, attribuée à l'hémorrhagie ; chez les vieillards, c'est-à-dire le plus souvent, elle peut appartenir à la cérébrite apoplectiforme aussi bien qu'à l'hémorrhagie.

Les troubles de l'intelligence et des fonctions sensoriales sont généralement moins prononcées dans la cérébrite apoplectiforme que dans l'hémorrhagie cérébrale. La conservation de la connaissance est une forte présomption en faveur de l'existence de la première. Reste à expliquer pourquoi l'intelligence est plutôt conservée dans un cas que dans l'autre.

M. Récamier enseigne que le ramollissement, dans sa forme la plus aiguë (cérébrite apoplectiforme), est annoncé par la résolution complète et subite des membres, sans diminution dans la sensibilité de la partie privée de mouvement. M. Trousseau exprime la même idée, en disant qu'il y a défaut d'harmonie entre la lésion du mouvement et celle du sentiment ; tandis que les deux lésions sont simultanées dans l'hémorrhagie cérébrale. Mais M. Durand-Fardel a opposé à cette opinion les résultats de la statistique.

Du point de vue physiologique, on ne comprendrait pas que la sensibilité générale fût conservée dans la cérébrite apoplectiforme et abolie dans l'hémorrhagie cérébrale. Autant vaudrait dire que la première affecte de préférence les fibres nerveuses centrales de sensibilité, tandis que l'autre affecterait tout ensemble les fibres de sensibilité et celles de mouvement. Une observation rapportée par M. Vaussin montre, et il l'a parfaitement interprétée, à quelles circonstances peut être due la conservation de la sensibilité dans la cérébrite apoplectiforme. L'affection avait son siége dans la protubérance annulaire, mais elle n'intéressait pas l'étage supérieur. En d'autres termes, les fibres de mouvement étaient seules ramollies. Celles du *processus a cerebello ad testes*, fibres sensibles, étaient intactes: raison évidente pour laquelle la sensibilité n'avait pas été altérée. Mais ce qui a eu lieu dans ce cas de cérébrite apoplectiforme, aurait pu et pourrait tout aussi bien se produire dans un cas d'hémorrhagie.

L'exagération de la sensibilité cutanée (hypéresthésie), les douleurs profondes, musculaires ou articulaires appartiennent à la cérébrite.

Il en est de même de la céphalalgie persistante pendant l'attaque, signe éminemment distinctif que l'on doit mettre un grand soin à rechercher.

Les convulsions partielles, au *début* de l'attaque, ont aussi une grande valeur diagnostique comme signe de la cérébrite à l'exclusion de l'hémorrhagie : elles sont pour ainsi dire le pendant de l'hypéresthésie.

La contracture, que la plupart des auteurs ont regardée comme l'indice d'un ramollissement, est au contraire, d'après une analyse statistique de M. Durand-Fardel, beaucoup plus fréquente dans l'hémorrhagie cérébrale que dans le ramollissement aigu (cérébrite apoplectiforme). Mais, suivant une remarque de M. E. Boudet, c'est lorsque l'épanchement s'est fait dans les ventricules ou à la surface du cerveau que la contracture se montre dans l'hémorrhagie cérébrale; or, ce cas suppose une compression considérable du cerveau; en sorte que, comme l'a dit M. Durand-Fardel, si les symptômes de compression sont légers en même temps que la contracture existe, celle-ci devient un signe probable de cérébrite.

L'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur sont très loin d'être constantes dans les inflammations du cerveau; mais, quand elles existent, elles différencient la cérébrite de l'hémorrhagie cérébrale, à moins bien entendu d'une inflammation secondaire autour du foyer hémorrhagique.

L'enchaînement des symptômes ne diffère pas sensiblement dans l'une et l'autre maladie, et le début est le même puisque c'est lui qui en fait deux affections apoplectiques. Nous entendons parler du début *apparent*, car, comme nous l'avons dit, l'invasion est bien plus ancienne.

A ce propos, nous ne pouvons laisser passer sans examen cette phrase de la thèse de M. Vaussin : « L'instantanéité des symptômes est due à une congestion sanguine qui accompagne ou même précède la production du ramollissement. » L'instantanéité des symptômes n'est pas due à une congestion cérébrale *accompagnant* le ramollissement. Encore un coup, il y a longtemps que celui-ci existe lors de la manifestation *instantanée* des symptômes. Si jusque-là la manifestation symptomatique n'a pas eu lieu, c'est que l'altération s'était tenue dans des limites compatibles avec l'exercice régulier ou à peu près régulier des fonctions. Quant à la congestion qui précéderait le ramollissement, c'est aussi un sujet de contestation légitime, car l'affection n'est pas une simple hypérémie, c'est une inflammation ; sans quoi on ne devrait pas la nommer une cérébrite. Employons les termes qui conviennent, et, à cet effet, ayons toujours présentes les saines notions de pathologie générale.

L'étude minutieuse à laquelle nous venons de nous livrer ne s'applique, comme nous l'avons annoncé, qu'au diagnostic différentiel de la cérébrite *apoplectiforme* et de l'hémorrhagie cérébrale. Il est des cérébrites, des ramollissements dans lesquels le diagnostic est assuré. Un illustre compositeur, dont Paris applaudit en ce moment le chef-d'œuvre, offre un exemple douloureux de ces ramollissements chroniques qu'il est devenu facile de reconnaître. Un jour, après un long travail, il fut pris, sur le boulevard, d'un violent étourdissement; ses membres faiblirent ; il voyait les objets tourner.

Les antiphlogistiques firent disparaître ces premiers accidents, qui, d'ailleurs, avaient été précédés de quelques étrangetés dans la conduite et dans le discours, dont avaient été frappées les personnes ayant des rapports habituels avec le malade. Il parut se rétablir; mais le rétablissement ne fut pas complet. Il avait des moments de trouble dans les idées. Pourtant il travaillait encore; et, chose remarquable, il disait sentir positivement qu'il composait d'un seul côté du cerveau; il lui semblait qu'un rideau était tiré sur l'autre côté au moment où il se mettait à son piano. Le travail devint de plus en plus difficile, puis impossible ; et ce fut une poignante douleur pour ses amis, lorsqu'ayant voulu retoucher à une de ses partitions, il écrivit un passage dans lequel les notes, mêlées au hasard de la folie, n'avaient plus aucune signification. Le tremblement s'empara des membres, et la marche devint chancelante.. Faisons remarquer que cette notion subjective de l'anéantissement fonctionnel d'un seul côté du cerveau, vient à l'appui de ce que nous établissions dans un précédent article sur la dualité de l'organe cérébral.

Nous avons raisonné jusqu'ici comme s'il était indubitable que le ramollissement cérébral fût toujours l'expression d'un état inflammatoire. Il faut pourtant reconnaître que dans quelques cas cette altération semble se rattacher plutôt à une lésion de nutrition proprement dite, qu'à une phlogose.

Il y avait mardi dernier réunion nombreuse dans les salles de M. Jobert (de Lamballe), à l'hôpital St-Louis. M. Jobert a appelé l'attention des personnes distinguées qui l'accompagnaient, sur un grand nombre de faits intéressants, et il a soulevé, en passant, des questions importantes de doctrine chirurgicale. Nous ne pouvons, à raison des limites qui nous sont imposées, donner le résumé de cette séance d'une manière aussi complète que nous les ussions désiré.

— M. Jobert traite les fistules lacrymales par les injections de nitrate d'argent dans les voies excrétrices des larmes, à travers le point lacrymal inférieur, et, quand il y a fistule, à travers celle-ci. Il a montré un malade qu'il a guéri en suivant cette méthode. On a quelque peine à s'expliquer la vogue dont a joui et dont jouit encore le traitement par la canule; car rien ne semble plus contraire à la saine thérapeutique que de vouloir guérir une inflammation en plaçant un corps étranger au milieu des parties enflammées.

La méthode substitutive, véritable méthode antiphlogistique indirecte, offre ici une précieuse ressource et l'emporte beaucoup sur la méthode antiphlogistique directe appliquée seule. On se décide difficilement à recourir aux pertes de sang réitérées, nécessaires au succès du traitement par les antiphlogistiques proprement dits. Ce n'est pas à dire que ceux-ci, employés exclusivement, n'aient donné de bons résultats. Loin de là, nous les avons vus réussir assez souvent. Mais, nous le répétons, la guérison est chèrement achetée, puisqu'il faut affaiblir le sujet pour une lésion tout à fait locale et sans danger pour la vie.

Le nitrate d'argent n'exclut pas, d'ailleurs, les antiphlogistiques directs. Si l'inflammation est intense, avant de penser à modifier la muqueuse par le caustique, il faut attaquer cette inflammation par la saignée, les sangsues, les purgatifs, les pédiluves et les émollients locaux.

— Un homme robuste ayant eu le bras pris sous une

voiture pesamment chargée, a été atteint d'une fracture de l'humérus, et d'une attrition des parties molles, telle qu'une incision ayant dû être pratiquée pour dégorger le bras, on a pu enlever en totalité le biceps brachial gangrené. Il est probable, suivant l'explication donnée par M. Jobert, que ce muscle, fortement contracté au moment de l'accident, a garanti l'humérus, lequel a échappé ainsi à un broiement complet. Le bras a été maintenu par l'appareil à fractures de M. Jobert, et la consolidation est parfaite aujourd'hui.

— Un malade atteint d'érysipèle a fourni à M. Jobert l'occasion d'exposer ses idées sur cette affection. Il n'y a point, pour lui, d'érysipèle traumatique : tous les érysipèles proviennent de cause interne, comme le prouvent les accidents généraux qui précèdent toujours l'invasion de la cutite. (Céphalalgie, nausées, fièvre, etc.)

Il y a un érythème traumatique dépendant, par exemple, de l'irritation produite par les bandelettes agglutinatives ; mais il faut distinguer cette inflammation superficielle de l'érysipèle.

Nous ne serions pas éloigné d'admettre cette doctrine ; mais, qu'on y prenne garde : bien différente de l'érysipèle, l'angéioleucite est, au contraire, essentiellement traumatique, ainsi que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le faire observer. Or, elle est souvent confondue avec l'érysipèle, malgré la vive clarté jetée sur cette question par M. le professeur Velpeau.

Suivant M. Jobert, l'engorgement douloureux des ganglions, au lieu de précéder l'érysipèle, est consécutif.

— Une femme, à la suite d'un rupia qui a couvert son front de cicatrices dures, a été affectée d'un renversement des deux paupières supérieures. Ces voiles musculo-membraneux étaient roulés en cornets d'oubli. Au premier abord, M. Jobert songea à pratiquer une double blépharoplastie. Mais il se ravisa, et eut l'heureuse pensée de tenter la guérison de l'effet de l'inodule par l'inodule lui-même. Il cautérisa donc à plusieurs reprises la surface conjonctivale des paupières renversées, et sous l'influence de la rétraction, celles-ci sont en grande parties revenues à la disposition normale. On a tout lieu de supposer que dans un court espace de temps la guérison sera complète.

— Nous avons déjà parlé du traitement des abcès froids par l'injection iodée. M. Jobert nous a montré un nouveau cas de réussite de cette méthode. Il s'agissait, cette fois, d'une collection étendue à une grande partie d'un côté du tronc.

— M. Jobert partage l'opinion que nous avons émise sur les inconvénients possibles de la section du sphincter dans le traitement de la fissure anale, et il a imaginé un procédé qui consiste dans l'excision, ou plutôt l'*ébarbement* du petit ulcère. Un malade qu'il a traité de cette manière, et que nous avons vu, a été soulagé immédiatement. Voilà, désormais, bien des moyens de guérir la fissure anale : les lavements de ratanhia, la cautérisation au nitrate d'argent, l'*ébarbement* de la fissure, la section sous-cutanée du sphincter.....

Un chirurgien distingué, M. Pinel-Grandchamp, l'une des personnes présentes à la visite de M. Jobert, n'a pas les mêmes craintes relativement à l'affaiblissement possible du sphincter anal, et il nous a cité un cas dans lequel, pour une double fissure, il a pratiqué une double section de ce muscle, sans que, après la cicatrisation et la guérison, l'opéré ait eu lieu de s'apercevoir que la résistance avait été diminuée de ce côté.

Dans un autre cas qui nous a été cité par le même chirurgien, les douches ascendantes ont fait cesser une violente et opiniâtre constriction spasmodique du sphincter. Le malade, qui avait quelques connaissances médicales, et qui s'effrayait fort de la possibilité de la phlébite, n'avait pas voulu se laisser opérer par l'incision.

— Une salivation mercurielle a été enrayée par la cautérisation des petits ulcères bucaux à l'aide du nitrate d'argent.

— Un homme, jeune et robuste, à la suite d'une large brûlure, avait le bras gauche presque lié au tronc, et il lui était absolument impossible de s'en servir. M. Jobert lui a refait l'aisselle au moyen d'un lambeau emprunté la paroi antérieure de la poitrine, et, aujourd'hui, plusieurs années après l'opération, cet homme, qu'il nous a montré, se sert aussi facilement du bras gauche que du droit. La section du pédicule, qui bridait le membre, a permis au lambeau de cheminer d'environ 5 centimètres, et dès lors l'entière liberté des mouvements a été recouvrée. M. Vaussin, dans une des propositions de sa thèse, dit que c'est en affrontant non par des bords, mais des surfaces, que M. Jobert obtient de si beaux résultats de ses opérations autoplastiques. Nous croyons, en effet, que c'est là un des moyens d'assurer le succès de l'autoplastie.

X.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies nerveuses. De l'hystérie. Diagnostic différentiel. Traitement.

(Suite du numéro du 26 février.)

Nous avons dans un précédent article établi les principaux points qui différencient l'hystérie et l'épilepsie. Nous avons dit que dans la première, la perte de connaissance n'est pas complète comme dans la seconde, qu'il n'y avait pas d'écume à la bouche ; qu'enfin l'hystérique ne perd pas la faculté de percevoir les sensations causées par les agents extérieurs. Qu'on la pique, qu'on la pince, qu'on la brûle, elle manifestera par des mouvements convulsifs qu'elle éprouve une sensation douloureuse. Chez l'épileptique il n'en est pas de même ; il ne perçoit point ces impressions extérieures, et nous avons dit que l'on avait cité des exemples d'épileptiques qui sont tombés dans le feu et qui ont été couverts de brûlures graves, sans reprendre connaissance.

L'hystérique qui revient à elle-même se souvient de ce qui s'est passé autour d'elle, de ce que l'on a dit, et à ce propos nous vous ferons observer qu'il est bien important de ne point parler inconsidérément à voix haute près d'une femme qui éprouve un accès d'hystérie. Chez l'épileptique, au contraire, la mémoire est complétement perdue ; nous avons connu un homme qui était sujet à de très fréquentes attaques d'épilepsie, et qui toute sa vie a ignoré qu'il fût atteint de cette terrible maladie. De plus, dans l'hystérie, l'accès ne se termine pas par le sommeil stertoreux, tandis que l'attaque d'épilepsie est toujours suivie d'un état soporeux qui se prolonge pendant un temps plus ou moins long. Ainsi, pour nous résumer, perte complète de connaissance, écume de la bouche, sommeil stertoreux ; voilà trois caractères qui, réunis ensemble, peuvent toujours faire établir un diagnostic non douteux de l'attaque d'épilepsie.

Les femmes hystériques au moment où elles reviennent à la connaissance, ou se mettent à pleurer, ou rient d'une manière immodérée, ou chantent même quelquefois. L'épileptique reste dans une apathie complète. Les sujets hystériques conservent ordinairement leurs facultés intellectuelles assez normales, et l'on ne s'aperçoit pas, même après plusieurs attaques, qu'elles aient diminué. Souvent il arrive que les épileptiques perdent peu à peu leurs facultés, et lorsque la maladie a duré assez longtemps, ils finissent par devenir de véritables crétins. En général, les hystériques ont une intelligence très fine, brillante même ; elles ont de l'esprit, et surtout au début de l'affection, il semble qu'elles soient plus spirituelles que dans les temps qui ont précédé. Si nous pouvons nous exprimer de cette manière, l'une des deux maladies paraît aiguiser l'intelligence, tandis que l'autre s'use et tend à l'idiotie. Jamais une hystérique ne devient démente. Cependant il est vrai de dire que lorsque l'affection dont nous vous entretenons a duré fort longtemps, les hystériques finissent par devenir inaptes aux travaux de tête ; mais ce n'est plus par la même raison que les épileptiques, c'est simplement parce qu'elles ne sont plus susceptibles d'application.

Après l'attaque d'hystérie, il y a fatigue assez grande ; mais elle n'est nullement comparable au sentiment de courbature générale et intense qui succède à l'attaque d'épilepsie. On voit, et nous ne saurions trop le répéter, que le sentiment de lassitude qui dure longtemps après l'attaque, que la durée de l'accès beaucoup plus court dans l'épilepsie que dans l'hystérie, sont, avec ceux que nous avons déjà mentionnés plus haut, des signes diagnostiques de la plus haute valeur.

Nous venons de parler de la durée des attaques. L'attaque d'hystérie dure une demi-heure, une heure entière même, quelquefois plus encore, et l'on en a vu durer plusieurs heures, non pas il est vrai d'une manière absolument continue, mais sans que la malade fût complètement débarrassée. L'attaque d'épilepsie dure quelques minutes seulement. Il est impossible qu'en ayant égard à tous ces signes, en tenant compte des circonstances si diverses des cas, on n'arrive point à une connaissance toujours exacte et certaine de l'affection à laquelle on a affaire. On peut encore trouver dans les différents modes de terminaison des distinctions assez notables. Depuis dix ou quinze ans, à peine avons-nous eu quelques cas, extrêmement peu nombreux, de guérison d'épilepsie. Presque toujours la maladie résiste à tous les moyens de traitement ; souvent elle se termine par la mort des sujets. L'hystérie guérit souvent, mais après un temps plus ou moins long ; ordinairement la guérison complète est très lente à obtenir.

Nous avons dit que, sous le rapport de l'étiologie, l'hystérie offrait ceci de particulier, que très fréquemment on observait l'hérédité comme cause ; le plus souvent, la cause de l'épilepsie est la frayeur. Il résulte des recherches statistiques que l'on a faites à ce sujet, que la frayeur agit comme cause dans la production de l'épilepsie environ neuf fois sur dix. On aurait de la peine à croire, si l'on n'en voyait tous les jours des exemples sous ses yeux, combien il y a d'épileptiques qui sont tombés dans cet état à la suite de frayeurs violentes. Nous en avons un exemple frappant dans le seul sujet épileptique que nous ayons en ce moment dans nos salles, au n° 7, et dont nous avons rapporté l'histoire en commençant ces leçons cliniques sur les maladies nerveuses.

Les phénomènes précurseurs nous offrent encore d'autres éléments de diagnostic. On constate dans l'hystérie des symptômes précurseurs extrêmement variés ; principalement dans le caractère des phénomènes, qui sont beaucoup plus prononcés quelques jours avant l'attaque. Les phénomènes précurseurs s'observent très rarement dans l'épilepsie. Les caractères parfaitement nets et tranchés de ces phénomènes peuvent les faire aisément distinguer. Quant à l'*aura epileptica*, nous avons eu déjà plusieurs fois occasion de vous dire qu'elle était très rare, et que sur ce point l'observation contredisait de point en point les explications de la théorie. On a décrit l'*ama epileptica* avec beaucoup trop de complaisance, et comme un signe beaucoup trop commun, tandis qu'en réalité elle s'observe rarement. Sur plus de cinq cents malades épileptiques que nous avons eu occasion d'examiner et de suivre, non-seulement à la Salpêtrière, mais dans les autres hôpitaux et dans la pratique civile, nous n'avons guère rencontré l'aura epileptica que quatre fois sur cent, ou dans un vingt-cinquième des cas.

Le symptôme précurseur le plus constant de l'hystérie, c'est la boule hystérique dont nous avons parlé assez au long en traitant de la symptomatologie pour que nous n'ayons point à y revenir. Nous avons également parlé des phénomènes et des signes tirés de l'état intellectuel des malades : nous n'y reviendrons point. L'état des fonctions de nutrition peut fournir quelques indications assez précieuses pour la détermination du diagnostic. Les hystériques non-seulement restent maigres, mais semblent encore maigrir de jour en jour. Tout au contraire, les épileptiques prennent de l'embonpoint. S'il vous arrive de perdre un épileptique de vue pendant quelques mois, vous le trouvez toujours notablement engraissé. Il faut prendre garde, nous dira-t-on, aux circonstances individuelles et aux conditions de régime dans lesquelles se trouvaient les malades avant d'être reçus à l'hôpital. Un sujet arrive maigre à l'hôpital ; il trouve là une nourriture qui, sans être de premier choix, est plus abondante, plus substantielle que celle à laquelle il était habitué chez lui. De plus, il a ce repos, cette tranquillité d'esprit qui lui manquaient lorsqu'il devait par son travail subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille ; il se trouve donc dans les conditions les plus favorables pour engraisser. Cela est vrai ; mais on observe la même chose chez les malades de la ville qui restent dans les mêmes conditions et soumis au même genre de vie après qu'avant le développement de leur maladie ; ceux-là engraissent de même ; il y a donc autre chose que le changement de vie et de régime. Puis, les hystériques qui entrent à l'hôpital se trouvent dans le même cas que les épileptiques, quant au changement de nourriture, et cependant elles ne prennent pas plus d'embonpoint qu'avant l'apparition de leurs accès.

Pour le pronostic, inutile de dire, vous le comprenez tout d'abord, qu'il est bien moins grave dans l'une que dans l'autre affection.

Traitement. — Georget, que nous avons cité souvent comme l'un des auteurs qui ont le mieux étudié les maladies nerveuses, prétendait que l'hystérie offre aussi peu de ressources sous le rapport de la thérapeutique que peu de renseignements quant à l'anatomie pathologique. Il proscrit, en conséquence, toute espèce de traitement par les médicaments pour tout accorder au traitement hygiénique. Nous croyons avec lui que l'hygiène est chose fort importante dans le traitement de l'hystérie, que sans elle on ne saurait arriver à aucun résultat ; mais nous pensons néanmoins, et contrairement à son opinion, qu'il est certains traitements thérapeutiques qui ne sont pas sans une influence réelle sur la guérison de l'hystérie, et que l'on peut même par leur secours obtenir quelquefois une cure complète.

D'abord, il est évident que, si vous avez une hystérique à traiter, vous vous conformez à toutes les indications fournies par la thérapeutique générale. Ceci est de rigueur. Ainsi, avez-vous affaire à un sujet pléthorique, robuste, vous devez saigner. Si vous apprenez qu'une femme hystérique a des accès plus fréquents, plus intenses après la suppression des menstrues, vous devez chercher à rétablir le flux cataménial. Vous sentez que, si chez ces sujets il y a eu d'autres affections qui ont disparu trop rapidement, c'est contre ces maladies et contre leurs suites que la thérapeutique générale vous indique de diriger vos soins.

Le traitement de l'hystérie doit se diviser en deux paragraphes, l'un comprenant le traitement de la maladie elle-même, l'autre celui des accidents.

Dans le traitement de la maladie elle-même, il y a deux choses à considérer : l'hygiène et la thérapeutique. Le traitement hygiénique, le seul que conseille Georget, consiste en un régime doux et modéré ; il proscrit complétement, et de la manière la plus franche, les aliments excitants, les condiments fortement épicés et stimulants, les substances d'une digestion difficile ; il conseille l'usage habituel et longtemps prolongé d'eau pure, l'abstinence de boissons excitantes, de café, de thé, de liqueurs alcooliques surtout, du vin pur ; il défend aux malades de s'exposer à l'insolation, prétendant que l'action du soleil sur la tête peut produire des accès d'hystérie, et faisant remarquer, avec quelque justesse du reste, que dans les pays chauds les accidents nerveux sont plus fréquents et aussi plus intenses que dans les climats froids et tempérés.

Relativement aux autres circonstances, il recommande le repos d'esprit le plus absolu dans tout ce qui peut contribuer à exalter l'imagination, exciter les passions, remplir la tête d'illusions et de chimères ; il recommande que l'on choisisse avec un soin tout particulier les livres à laisser lire aux malades, et que l'on éloigne les ouvrages érotiques principalement. Des exercices corporels et musculaires journaliers, souvent portés jusqu'à la fatigue, un travail manuel, l'étude des sciences naturelles ; ne permettre le coucher que lorsque le sommeil est imminent, ordonner le lever aussitôt le réveil pour empêcher les rêves dangereux de l'imagination et prévenir l'habitude de la masturbation ; des bains légèrement tièdes en hiver, froids en été, souvent répétés et durant plusieurs heures ; les pédiluves, les lavements froids.

Enfin, il recommande la continence ; tout ce que l'on a écrit sur le mariage, sur le coït considéré et conseillé comme remède à l'hystérie, est profondément erroné suivant Georget, et, sous ce rapport, nous partageons complétement son opinion. Les médecins qui ont vu dans l'hystérie une affection de l'utérus ont conseillé le mariage, la masturbation même, pour guérir cette maladie ; sans parler du dernier de ces moyens, que la morale et le sens commun se réunissent également pour condamner, on a observé que souvent le mariage n'avait d'autre effet que de rendre les accès encore plus fréquents et plus intenses.

« Une erreur grave commise presque généralement, disait à ce propos Georget, c'est de croire que le coït exerce une influence très heureuse sur la production des attaques, et que ce moyen est le meilleur remède de la maladie elle-même. Cette erreur est la conséquence de l'opinion qui considère l'hystérie comme le résultat de la continence neuf fois sur dix, opinion dont nous n'avons pas besoin de démontrer la fausseté. Non-seulement le coït ne guérit pas l'hystérie, mais souvent il l'aggrave. Ce n'est que dans quelques cas d'inclination contrariée, et lorsque la maladie était encore récente, que le mariage a pu être utile, et alors, comme l'a dit Pomme, c'est plutôt le besoin du cœur que celui des sens

qui est satisfait. Le médecin ne doit jamais conseiller ce moyen qu'avec la plus grande réserve, et ne jamais perdre de vue, en pareille circonstance, les suites ordinaires de l'affection qui nous occupe, et les inconvénients graves qui en résultent pour les malades, pour ceux qui vivent avec eux, et pour leurs enfants. »

Le traitement pharmaceutique est, dans la plupart des cas, moins puissant que le traitement hygiénique. Parmi les substances réputées les plus efficaces, les antispasmodiques ont été de tout temps placés en première ligne. Nous citerons, parmi eux, l'éther, le musc, le castoréum, l'asa-fœtida, le succin, la gomme ammoniaque, la valériane, l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, la térébenthine, etc. Ces médicaments sont loin d'être actuellement aussi fréquemment employés qu'autrefois. Pour notre part, nous devons déclarer qu'ils n'ont jamais rien produit entre nos mains, et la plupart des praticiens sont d'accord sur ce point, qu'ils sont loin d'exercer toujours une action salutaire sur le système nerveux.

Nous n'en dirons pas autant des narcotiques, l'opium, la jusquiame, la belladone, cette dernière surtout, dont nous employons très souvent la racine pulvérisée. La poudre de racine de belladone a souvent produit de fort heureux résultats. Voici comment nous l'administrons. Le premier jour, nous en donnons cinq centigrammes; au bout de trois à quatre jours, nous portons la dose à dix centigrammes, en deux fois, moitié le matin, moitié le soir; au bout de dix jours, nous donnons quinze centigrammes, et en augmentant ainsi de cinq centigrammes tous les cinq jours, nous finissons par arriver à soixante centigrammes, limite que nous dépassons rarement. Cependant, dans certains cas exceptionnels et plus rebelles que les cas ordinaires, nous avons porté la dose beaucoup plus haut. Nous avons eu dans nos salles une jeune fille qui prenait jusqu'à un gramme vingt centigrammes de poudre de belladone par jour. Lorsque les sujets peuvent supporter sans inconvénient des doses aussi fortes, on obtient ordinairement des résultats satisfaisants. On ne doit point administrer ce médicament sans précautions, et l'on doit prendre garde aux accidents d'empoisonnement. Lorsqu'on observe des accidents de ce genre, on suspend momentanément l'emploi de la belladone, à laquelle on ne revient que graduellement et lorsque les phénomènes toxiques se sont complétement dissipés.

Nous devons dire que les cas de succès sont plus fréquents dans le monde que dans les hôpitaux, mais la raison en est bien simple; c'est qu'il est rare que, dans les hôpitaux, nous puissions garder nos malades pendant un temps assez long pour que la médication produise un effet satisfaisant.

Nous citerons en passant, comme pouvant quelquefois être utiles, surtout chez les femmes anémiques, les toniques, les ferrugineux, le quinquina; les amers, le houblon, la bière. Les bains extrêmement prolongés ont été mis en vogue vers la fin du règne de Louis XV par un charlatan, nommé Pomme, qui fit un traité sur les affections vaporeuses des deux sexes. On a quelquefois aussi retiré de bons effets de ces bains prolongés pendant plusieurs heures; mais ce moyen est toujours assez incommode et difficile à employer.

Le traitement de l'attaque est bien simple. Il consiste d'abord à garantir la malade des chocs et des contusions qu'elle pourrait se donner contre les objets qui l'environnent. On la couchera sur un matelas jeté par terre, afin d'éviter qu'elle ne tombe d'un lit où on l'aurait placée. Souvent, lorsqu'il n'y a pas autour des malades un assez grand nombre de personnes pour les contenir, on est obligé de recourir à la camisole de force. Enfin, on appliquera sur la tête de la glace pilée, on fera des aspersions froides sur la face, en cherchant en même temps à rappeler la chaleur aux extrémités par des frictions et à l'aide de linges fortement chauffés.

Dans quelques circonstances, heureusement assez rares, il faut recourir à des moyens plus énergiques; lorsque les accès sont très intenses, de longue durée, que la dyspnée est extrême, que la respiration s'embarrasse, il ne faut pas craindre de pratiquer une petite saignée.

Parmi les accidents de l'hystérie, il en est qui peuvent inspirer au médecin des inquiétudes quelquefois assez graves; l'aphonie, par exemple, la dyspnée, la contracture d'un membre, la paralysie du sentiment ou du mouvement, etc. La plupart de ces désordres cèdent ordinairement aux révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires, affusions froides; pour l'aphonie, qui constitue l'un des plus fréquents, elle cède presque toujours aux narcotiques, à la belladone, aux révulsifs puissants, aux frictions irritantes, au régime tonique et fortifiant. Les paralysies du sentiment et du mouvement, les contractures ne doivent jamais être négligées; cependant il est arrivé quelquefois qu'elles ont disparu tout à coup et sans aucun traitement, au moment où l'on devait le moins s'y attendre, et c'est ce qui a pu inspirer des doutes légitimes et bien fondés sur l'efficacité réelle des diverses médications employées pour les combattre.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Quatre observations d'orchite. Considérations sur l'orchite parenchymateuse et sur le traitement par débridement prématuré de la tunique albuginée; par M. BOUTEILLER, interne du service.

(Suite du numéro du 26 février.)

Troisième observation. — *Orchite parenchymateuse. Débridement de la tunique albuginée. Guérison prompte.*

Le 19 janvier dernier, a été couché salle 10, n° 25, dans le service de M. Vidal, une jeune homme nommé Etienne F., âgé de vingt-trois ans, garçon boucher, d'un tempérament lymphatique, et d'une bonne constitution. Il disait être atteint pour la première fois d'une affection vénérienne.

Tels ont été ses antécédents: Dans les derniers jours de décembre 1845, quatre jours après un coït suspect, il vit sortir de l'urètre une humeur purulente. L'irritation de l'urètre paraît cependant remonter à une époque plus reculée. En effet, il y a trois mois que ce malade entretient des relations avec la femme qui lui a communiqué l'écoulement dont nous parlons; et depuis qu'il la connaît, il a toujours, dit-il, ressenti en urinant des picotements dans le canal, et surtout vers l'extrémité de la verge. Il avoue, du reste, avoir exercé le coït pendant la menstruation, mais non pas dans les jours qui ont précédé sa maladie. Ajoutons que depuis le début de l'écoulement, il n'y a pas eu de nouveau coït.

Nous avons et on comprendra bientôt pourquoi, recherché les moindres circonstances. Ainsi, nous avons tenu à noter que dans la nuit supposée de l'inoculation, notre malade n'a point fait d'excès vénériens, que la matière de l'écoulement n'a jamais été sanguinolente, que des souffrances vives en urinant n'ont été éprouvées que dans les quinze premiers jours de l'urétrite; enfin, qu'il n'a été entrepris aucun traitement.

Etienne a une profession qui l'oblige à marcher beaucoup. Le 14 janvier, il sentit, le matin, de la douleur dans le testicule gauche; il ne s'arrêta pas, et le soir il y avait un peu de gonflement des bourses et une sensation d'élancement. Le malade prit un bain et ne se leva pas le lendemain. Il n'eut pas de fièvre, mais son testicule grossit, devint lourd, et fut le siége de douleurs atroces. Cet état dura jusqu'au jour de son admission à l'hôpital. Alors on constata une orchite des plus intenses et un écoulement blennorrhagique assez abondant. Des douleurs étaient accusées jusque dans l'aine, les reins et dans la cuisse correspondante. — On prescrivit des cataplasmes, de la tisane rafraîchissante et le repos.

Remarquons en passant que l'apparition de l'orchite n'a pas fait diminuer l'écoulement blennorrhagique.

Le 21, l'interne de garde, appelé dans la journée, fit au périnée une application de 20 sangsues; le mieux qui en résulta dura deux ou trois jours seulement, pour faire place à de nouvelles tortures. — On eut recours à une deuxième application de sangsues.

Le 24, ponction, avec la lancette, de la tunique vaginale; sortie de quelques gouttes de liquide.

Tous ces moyens furent inefficaces; le malade eut pendant quatre ou cinq jours une fièvre intense, et il fut réduit à l'insomnie et à une grande anxiété, par suite des douleurs atroces siégeant à la fois dans le testicule, les reins, l'hypogastre et les cuisses.

Le testicule, c'est-à-dire la glande elle-même, sembla prendre la place du liquide de la vaginalite, et se développa de manière à donner lieu à une tumeur de forme arrondie. L'épididyme était pris, mais à un faible degré.

Le 29, M. Vidal se décida à opérer le débridement de la tunique albuginée dans l'étendue d'un centimètre et demi; un peu de sérosité sortit de la tunique vaginale pendant cette opération.

Un quart d'heure après le débridement, le malade s'endormit; la fièvre était moindre; les souffrances beaucoup plus tolérables, et surtout beaucoup plus locales. — Cataplasmes laudanisés.

Le 30, la tumeur a diminué; la douleur est pour ainsi dire nulle; encore un peu de fièvre. Le malade demande des aliments. — 2 bouillons.

Le 31 janvier, le malade a dormi toute la nuit qui vient de s'écouler. Pour se servir de son expression, *il est au paradis.* Apyrexie. — 1 portion.

Les jours suivants, la diminution du testicule s'est faite progressivement.

Le 5 février, il est presque du volume du testicule sain; l'épididyme est indolent et presque du volume normal. Ce malade sortira bientôt; car il n'est plus retenu que par son écoulement. La peau est, par un point, adhérente au testicule. Ceci seul prouve que la fibreuse a été débridée, puisque l'adhérence a lieu par le point correspondant à la cicatrice cutanée extérieure.

La tumeur générale des bourses, chez ce malade, était moindre que dans la majorité des cas d'épididymite. Il en est toujours ainsi dans l'orchite parenchymateuse, et on sait fort bien maintenant que Dupuytren avait tort de dire que la tumeur est volumineuse quand le testicule est pris, tandis qu'elle l'est moins quand c'est l'épididyme qui est malade; c'est le contraire qu'il faudrait dire, et cela se conçoit, puisque le testicule est bridé par une fibreuse très résistante.

Quatrième observation. — *Orchite parenchymateuse. Absence de vaginite. Débridement de la tunique albuginée. Guérison prompte.*

René M..., âgé de vingt et un ans, ouvrier serrurier, entra dans le service de M. Vidal, salle 10, lit 14, le 12 janvier dernier.

Son histoire peut se résumer ainsi: Dans les premiers jours de décembre, huit jours après le coït, commença un écoulement très abondant, qui n'a jamais été sanguinolent, et qui enfin a toujours causé très peu de souffrance pour uriner. René, qui attribue sa maladie à un excès de coït, toutefois entre deux époques menstruelles, a pris, quelques jours après le début de la blennorrhagie, des capsules et autres médicaments. Dans les premiers jours de janvier il allait mieux, quand un excès alcoolique amena une exacerbation. Du cubèbe, pris alors à haute dose, arrêta l'écoulement; mais le 4 janvier se déclara une orchite à droite sans qu'il eût revu de femmes depuis le commencement de décembre. Une application de 15 sangsues sur le trajet du cordon n'a amené qu'une amélioration passagère. René entra donc à l'hôpital.

A cette époque, il avait la fièvre jour et nuit; il ne pouvait dormir, à cause des souffrances excessivement vives qu'il éprouvait dans le testicule, les reins, l'aine et la partie antérieure de la cuisse correspondante; inappétence, nausées, etc. Aussi M. Vidal pratiqua-t-il, dès le lendemain de l'entrée, le débridement de la tunique albuginée. Lors de l'opération, il ne sortit pas une goutte de sérosité; il n'y avait donc pas de vaginalite. C'est un fait à noter.

Le 14 janvier, faciès excellent, tandis que la veille il était très altéré. Pas de fièvre. Il n'y a plus qu'un peu de douleur dans le trajet du cordon. Le malade a dormi la nuit, et demande des aliments qu'on lui refuse. — Cataplasmes laudanisés et tisanes rafraîchissantes. Soutenir le testicule par un drap roulé.

Le 17, le testicule n'est plus gonflé; on ne sent plus que l'épididyme un peu gros.

Le 29, l'orchite a disparu, ainsi que l'épididymite. Le testicule n'est nullement vide et très normal. Cependant le malade ne peut sortir, parce que son écoulement a reparu depuis quelques jours: il a été bientôt fortement sanguinolent. M. Vidal pense qu'il y a ici une affection du col de la vessie qui nécessite le traitement particulier à cette maladie.

— En rapprochant ces deux observations d'orchite parenchymateuse guéries par débridement, des cas analogues observés et publiés dans le même service, et d'un fait rapporté par M. Cullerier, nous sommes conduit aux considérations suivantes:

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Du traitement de la sciatique et de la névralgie rhumatismale par le colchique d'automne. — Les Archives du Midi ont publié récemment un travail du docteur Roux, de Brignoles, sur l'emploi du colchique dans le traitement des névralgies, travail duquel nous croyons utile d'extraire les considérations suivantes:

La névralgie fémoro-poplitée ou sciatique tient du rhumatisme ou de la névralgie, dit M. Roux; on n'y fait pas assez attention, et son traitement doit convenir à l'une comme à l'autre affection. On a considéré mal à propos comme empirique le traitement par le colchique d'automne. Ce médicament, pris à l'intérieur, agit sur les centres nerveux, sur la moelle épinière, et c'est ainsi que la maladie des rameaux nerveux est amendée ou guérie. La guérison est obtenue alors en agissant du centre à la circonférence; elle est ordinairement durable; au lieu que les frictions, les douches d'eaux thermales, les étincelles électriques, les courants électro-galvaniques agissent au contraire de la périphérie vers le centre, et ne donnent, dans la plupart des cas, qu'une trêve plus ou moins longue à des maux bien cruels. M. Roux pense que l'activité purgative du colchique ne saurait avoir, dans aucun cas, les honneurs de la guérison. Cette substance imprime au système nerveux spinal une modification qui est due à la colchicine. Il rapporte deux observations de névralgies sciatiques rebelles aux saignées générales et locales, aux vésicatoires volants, aux sels de morphine, à l'huile de térébenthine, qui ont cédé à l'usage du vin de colchique, administré à la dose de 15 à 30 grammes matin et soir. L'un des malades a été guéri en douze jours et le second en quinze. Il y a eu chez les deux une action purgative énergique, mais sans trouble des fonctions digestives et sans inflammation.

Voici la préparation du vin de colchiquo telle que l'a employée M. Roux:

On fait macérer pendant quatre jours uno partie des graines choisies de colchique dans dix parties de vin de Malaga ou de tout autre bon vin blanc, et on filtre ensuite la liqueur. La dose est de 15 à 30 grammes, deux fois par jour. Il faut que le vin de colchique soit récemment préparé.

Voici les conclusions que donne M. Roux, de Brignoles:

1° Le rhumatisme prolongé aux troncs nerveux doit, malgré l'analogie, être distingué de la névralgie. Le rhumatisme aigu diffère du rhumatisme chronique: le premier présente de l'inflammation, le second semble dû à une perturbation spéciale dans la partie affectée;

2° Le rhumatisme nerveux a pour caractères propres l'accompagnement de douleurs très violentes, qui ne cessent ni par les déprimants ni par les calmants, et que les purgatifs ne font pas plus céder que les évacuations sanguines;

3° Le rhumatisme nerveux peut, comme les autres affections nerveuses, prendre la forme périodique sans que les antipériodiques puissent en triompher: ils ne peuvent détruire la condition spécifique qui lui a donné naissance;

4° Le rhumatisme nerveux n'est jamais primitif: il survient à la suite de l'action prolongée des causes qui déterminent le rhumatisme.

Gastralgie rhumatismale et névralgie intercostale. — Le *Journal de médecine* extrait du *Journal de médecine de Lyon* l'observation suivante des plus curieuses et des plus importantes, rapportée par le docteur Olivier, de Montluel, qui en a été le sujet.

Agé de trente cinq ans, d'une constitution vigoureuse, doué de beaucoup d'embonpoint, n'ayant jamais été malade, et sujet seulement à quelques maux de tête qu'il croit de nature rhumatismale, M. Olivier, huit jours après un bain trop frais pris en état de moiteur, éprouva une sciatique aiguë fort douloureuse, qui céda à des frictions calmantes, des douches de vapeur et des purgatifs. La migraine qui revenait tous les mois avait disparu, et l'auteur se trouvait dans un état de santé parfaite, lorsque, près de quatre mois après cet accident, il éprouva, dans la région épigastrique, des tiraillements affreux, une douleur horrible dans la partie moyenne des vertèbres dorsales, qui, s'irradiant insensiblement à toute la cavité thoracique, finit bientôt par l'envahir en entier. Une antre douleur bien distincte des deux autres, resta fixée dans l'espace intercostal des sixième et septième côtes de droite. Bientôt, à ces douleurs intolérables, succèdent des vomissements abondants d'une matière d'un noir grisâtre réduite en bouillie, d'une odeur acide, et que l'auteur compare à un chyle mal élaboré. Ces vomissements n'arrêteut pas les contractions spasmodiques de l'estomac. Le corps est glacé, les ongles bleus; le pouls petit, imperceptible; le visage pâle, exprimant les angoisses de la souffrance; respiration facile; pas de fièvre. Croyant à une indigestion, le malade prend du thé et se fait couvrir de linges chauds. Au bout d'une heure, les douleurs de l'estomac, du dos et du côté cessent tout à coup, et le malade se trouve bien.

Mais, sous l'influence d'une cause morale, cette crise reparut huit jours après, et souvent depuis, en tout vingt-sept fois depuis cinq mois, et toujours accompagnée d'une série de phénomènes morbides d'une conformité parfaite. Douleur épigastrique et rachidienne, augmentant insensiblement et finissant par s'étendre à toute la poitrine; mal de cœur au début, mais sans perte de connaissance, s'accompagnant d'un écoulement involontaire par la bouche d'une eau blanchâ-

tre très limpide, de consistance sirupeuse. Bientôt froid général, tiraillements, crampes d'estomac; puis vomissements de cette matière grisâtre, de cette bouillie acide. C'est alors que les douleurs sont atroces, qu'elles se font sentir dans toute la poitrine. Pendant toute la durée des crises, qui est d'une à deux heures, le malade n'a pas une minute de soulagement, et n'en trouve dans aucune position. Après des frictions chaudes sur la colonne, une potion calmante avec l'eau de laurier-cerise, et quelques autres moyens, les douleurs cessent tout à coup, la crise s'arrête, une abondante sécrétion d'urine s'effectue, et tout aussitôt le malade peut se lever et vaquer à ses occupations.

Mais cet état, qui durait depuis cinq mois, avait fortement ébranlé la constitution du malade; il était d'une pâleur et d'une maigreur effrayantes : il avait l'aspect d'un phthisique arrivé à la dernière période. Alors son inquiétude devient extrême ; il se croit en proie aux maladies les plus graves, et il s'arrête surtout à l'idée d'un anévrisme de l'aorte Il consulte les plus célèbres médecins de Lyon, qui diagnostiquent une gastralgie, contre laquelle ils mettent en usage, mais sans succès, toute la série des antispasmodiques.

Profondément abattu et découragé, le malade se croit alors atteint d'une carie vertébrale; mais un médecin de ses amis, le docteur Perouze, parvient à le réconforter, à dissiper ses alarmes, à lui persuader l'existence d'une simple maladie nerveuse, contre laquelle l'expectation seule et la patience doivent former le traitement.

Cependant l'auteur, réfléchissant enfin que ces crises ont coïncidé avec la disparition de ces migraines, les attribue à une métastase rhumatismale fixée aujourd'hui sur la moelle. Par de fortes frictions à l'aide d'une brosse et d'un peigne dur pratiquées sur la partie de la tête, siége ordinaire des migraines, il parvint à les ramener même plus fréquentes qu'auparavant; mais les atroces crises disparurent, et M. Olivier reprit tout son appétit, toute sa vigueur et tout son embonpoint.

Cette observation est curieuse au point de vue surtout de l'influence de la métastase rhnmatitmale, niée, bien à tort selon nous, par quelques praticiens.

Fièvre intermittente terminée par gangrène des doigts. — Le docteur Manunta (de Sassari) a observé le fait suivant, que nous croyonsrare :

Un homme de quarante-deux ans avait une fièvre tierce avec des symptômes de pléthore sanguine et de phlogose gastro-hépatique. Ce médecin voulut couper sur-le-champ cette fièvre avec le sulfate de quinine, sans tenir compte de ces complications. Il y parvint sans difficulté; néanmoins, le malade continua d éprouver de l'insomnie, de la soif, de l'inquiétude, des ardeurs à l'épigastre. Bientôt il survint de la gangrène aux extrémités des doigts; celle-ci fit des progrès, malgré l'emploi des moyens usités en pareil cas. Le malade fut enfin soumis à une médication antiphlogistique énergique qui eut pour effet immédiat d'arrêter les progrès de la gangrène. La guérison ne se fit pas longtemps attendre.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement de la blennorrhagie chronique (goutte militaire). — Nous avons reçu tout dernièrement une lettre de M. le docteur Lafond, chirurgien à l'hôpital militaire de Charonne, dont nous donnerons une rapide analyse, et qui nous paraît d'autant plus importante qu'elle a trait à une maladie excessivement fréquente, et le plus souvent rebelle à tous les traitements les plus rationnels et les plus énergiques.

M. Lafond commence par rappeler les résultats heureux qu'il a obtenus dans le traitement de la blennorrhagie aiguë par les injections à haute dose combinées avec l'emploi des astringents à l'intérieur, cubèbe, copahu, etc., résultats qui ont été consignés dans le Journal de chirurgie, de M. Malgaigne (janvier 1845). Laissant de côté ce point déjà si controversé, et pour nous résolu de l'histoire de la blennorrhagie, passons, dit l'auteur, à l'examen du traitement de la blennorrhagie chronique si opiniâtre, si souvent rebelle aux divers moyens thérapeutiques les mieux combinés. Quoique j'en aie quelquefois triomphé avec la solution de nitrate d'argent à la dose d'un gramme pour trente grammes d'eau distillée (une seule injection), suivie ou accompagnée de l'administration du cubèbe, il m'est aussi quelquefois arrivé d'échouer complétement, même en dirigeant le traitement avec les plus attentives précautions, et je ne pouvais parvenir à débarrasser mes malades de ce léger suintement appelé vulgairement *goutte militaire*, et qui apparaît tous les matins au méat urinaire, ou lorsque le sujet a fait des excès de quelque genre qu'ils soient. Ce léger suintement est quelquefois suivi d'un prurit assez incommode; lorsque cette affection a duré pendant quelque temps, on voit souvent apparaître les symptômes d'un rétrécissement vers le tiers antérieur du canal de l'urètre, rétrécissement qui fait des progrès et gêne plus tard l'émission de l'urine.

J'ai donc pour but, dans cette lettre, de vous faire connaître le moyen nouveau, je pense, et que je n'ai vu mentionné dans aucun ouvrage de médecine ou de chirurgie, que j'ai souvent employé et qui m'a réussi pour faire disparaître cette *goutte militaire*, ces picotements incommodes et cette hypertrophie de la membrane muqueuse urétrale, et du tissu cellulaire sous-muqueux, cause de tant de rétrécissements. Lorsque les moyens ordinaires, les simples astringents, puis les injections caustiques de solution de nitrate d'argent à haute dose ont échoué, voici le procédé que je mets en pratique :

Je retire le prépuce en arrière du gland et assez fortement pour tendre la muqueuse sans cependant causer de douleurs aux malades ; puis, de chaque côté du frein du prépuce, j'applique, pendant un espace de temps suffisant pour déterminer une eschare d'une demi-ligne de profondeur, le crayon de nitrate d'argent fondu, taillé légèrement en pointe, mais présentant encore une surface de cône tronqué, de telle sorte que l'eschare ait environ une ligne et demie ou deux lignes de diamètre. Aussitôt que l'eschare est tombée, et elle se détache promptement, je pratique en arrière des deux cautères précédents, et de la même manière, deux nouveaux cautères. Les deux premiers guéris, je les renouvelle au même endroit, et successivement jusqu'à parfaite guérison, qui arrive ordinairement au bout de quinze jours.

J'ai lieu de me féliciter de ce moyen, qui m'a réussi plusieurs fois et que l'on peut avantageusement combiner avec l'emploi du cubèbe ou du copahu.

Ce moyen peut encore être avantageusement mis en usage dans les urétrites commençantes, c'est-à-dire dès le premier ou le second jour de l'apparition de l'écoulement. J'espère que dans les mains de tous les chirurgiens cette méthode de traitement de la blennorrhagie chronique par les cautères ne donnera pas des résultats moins satisfaisants que dans les miennes, Mais, je vous prie, dans tous les cas de vouloir bien lui donner, dans les colonnes de votre excellent journal, une publicité qui ne pourra que lui être utile, quel que soit le résultat des expériences qui seront ultérieurement tentées par ceux de nos confrères qui rencontreront dans leur pratique des cas de blennorrhée semblables à ceux dont je viens de vous entretenir.

Correspondance.

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous avez inséré dans votre excellent journal d'hier, 4 mars, une note de M. Robin, relative à la conservation des matières animales. Il m'importe beaucoup, Monsieur, de faire une courte réponse à cette communication, et votre impartialité bien connue me fait espérer que vous voudrez bien lui donner une place dans votre prochain numéro.

La note dont il est question est en retard de dix ans (dit-on), et encore a-t-elle le grand tort de ne pas venir en temps utile. Il est constant aujourd'hui qu'avant mon travail sur l'assainissement des amphithéâtres d'anatomie, M. Robin n'avait rien écrit à ce sujet, rien publié dans aucun journal, rien communiqué à aucune société savante, et qu'il n'avait jamais fait une seule expérience pour la désinfection des études anatomiques. Il ne saurait prouver authentiquement aucune de ses prétentions ; car il n'existe rien, dit-il, qui puisse contrôler ses affirmations ou celles de quelques élèves. Je ne puis admettre gratuitement sa réclamation. Il serait alors possible tous les jours de donner à des idées plus ou moins vagues, un corps et des proportions qu'elles étaient loin d'avoir primitivement, et que leur longue stérilité ne peut même faire soupçonner ici.

M. Robin reconnaissant aujourd'hui que le sulfite de soude et aucun des sels qu'il avait indiqués dans sa lettre ne suffiraient à l'assainissement des amphithéâtres sans l'hydrochlorate de zinc, indiquait l'autre jour l'hyposulfite de fer et aujourd'hui l'hyposulfite de zinc comme pouvant donner les mêmes résultats que les procédés employés par nous pour la première fois. Je n'ai point à m'occuper de cette nouvelle phase des idées de M. Robin; mais je dirai cependant que s'il avait pris la peine de faire encore ici une première expérience, il aurait aperçu que ces deux sels décolorent ces tissus et rendent l'étude difficile ou impossible en donnant une fausse idée de l'apparence des organes.

L'expérience a le malheur de contrarier souvent les ingénieuses combinaisons de la théorie.

Agréez, etc.

V. SUQUET,
préparateur du musée d'anatomie de l'Ecole de médecine.

5 mars 1846.

Le concours pour la chaire d'anatomie s'est terminé, hier, par la nomination de M. Denonvilliers, qui, au troisième tour de scrutin, a réuni 9 voix sur 12.

Ce concours a été généralement brillant et solide. M. Géraldès s'y est distingué par une science anatomique profonde et philosophique. M. Gosselin a fait preuve de notions précises, étendues, et d'un talent réel d'exposition. M. Chassaignac, salué à chaque épreuve par des applaudissements unanimes, a répondu avec éclat à l'attente que son talent bien connu de professeur et son savoir d'anatomiste avaient fait naître. M. Béclard a montré l'élégante facilité qu'avait révélée son concours pour l'agrégation Les qualités de M. Bourgery, observateur sérieux, ont pu se produire dans ce concours. M. Duméril a trouvé plusieurs occasions de faire remarquer ses connaissances étendues en anatomie comparée.

M. Denonvilliers a fait ses preuves avant ce jour, et nous n'avons pas besoin de dire que sa nomination sera généralement bien accueillie.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Certains succès de l'emploi du Colchique contre toutes les douleurs arthritiques aiguës sont connus de toute antiquité, et il n'est aucun cahier de recettes trouvé dans les plus anciens monastères, comme il n'est aucun vieux formulaire qui ne renferment une recette spéciale contre les douleurs de la Goutte, et toujours le Colchique fait la base de ces préparations, soit sous forme de teinture ou d'élixir, soit sous forme de pilules préparées avec l'extrait alcoolique de Colchique.

Cependant, malgré certains succès obtenus par l'usage de cette bulbe, les vieux praticiens ont depuis longtemps abandonné son emploi. Certains succès contre la Goutte ne les avaient pas aveuglés, et, à côté de certains avantages, ils avaient vu les propriétés ataxiques de cette plante dangereuse, et l'ont depuis longtemps bannie de l'usage de leur pratique.

Les Anglais les premiers reprirent l'usage de cette plante, et, sans craindre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui résulte toujours de l'emploi des préparations de Colchique, ils calment certains accès avec la teinture vicieuse de Colchique dite Gouttes de Wilson.

Le Colchique donc employé autrefois, rejeté de la pratique médicale et repris de nos jours, reste toujours avec ses vices, et cependant des médecins prescrivent encore sous forme de pilules l'extrait alcoolique de Colchique dont cette plante délétère fait seule la base; et cependant nous voyons encore des médecins rejeter de leur pratique un médicament qu'ils considèrent comme secret, bien que la formule partout publiée soit connue de tout le monde, et reconnue par quatorze années de succès, comme étant le seul remède contre la Goutte qui puisse être employé sans danger.

Nous voulons parler du Sirop antigoutteux de Boubée, dont la formule et les succès sont connus aujourd'hui du monde entier.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 29. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal parait les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 6 MARS 1846.

DE L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DANS LES FACULTÉS DE PROVINCE, ET NOTAMMENT DANS LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

Si nos lecteurs veulent bien se le rappeler, dans notre n° du 22 janvier dernier, examinant l'institution actuelle des Facultés sous le rapport de l'enseignement pratique, nous avons fait remarquer les nombreuses et graves lacunes que présentait cet enseignement, et nous avons demandé, pour lui, une large et libérale extension. Nous disions, appuyé sur l'expérience actuelle et passée, que c'était en dehors de l'enseignement officiel que l'élève pouvait compléter ses études pratiques, et, énumérant les ressources et les richesses de l'enseignement clinique libre, nous constations que là seulement se trouvait le complément indispensable de l'éducation médicale.

Nous avions eu le soin de dire que nos réflexions s'appliquaient surtout à Paris, où l'enseignement clinique libre est florissant et riche, où les hôpitaux spéciaux et les cliniques officieuses sont largement ouverts aux élèves. Mais nous ajoutions : « Ces circonstances favorables sont loin de se présenter pour les Facultés de province, où les élèves sont encore plus mal partagés à l'égard de l'enseignement pratique, et où, par conséquent, les réformes que nous proposons deviennent encore plus urgentes. »

Nous ne pensions pas assurément, que cette dernière opinion pût trouver des contradicteurs, qu'il vînt à l'esprit de personne de contester, à Paris, la supériorité de son enseignement clinique, et qu'on pût établir aucune comparaison entre les ressources nosocomiales de la capitale et celles, même des plus abondantes, des villes des départements. En présence de nos trente-sept hôpitaux et hospices généraux ou spéciaux, quotidiennement ouverts à l'élève, et où passent étudiées, examinées, analysées, les innombrables infirmités humaines, nous avions eu la hardiesse de penser, et la témérité plus grande encore de dire que la province ne nous semblait rien offrir de comparable, et que si, malgré toutes ces richesses, l'enseignement pratique était néanmoins encore incomplet à Paris, à plus forte raison devait-il l'être en province.

Ces réflexions toutes générales, et qui ne s'appliquaient à aucune Faculté de province plus en particulier qu'à telle autre, nous ont été assez vivement reprochées par un des journaux les plus honorables des départements, par un organe d'une des Facultés de province, par la *Gazette médicale de Strasbourg*. Contre une opposition loyale, sincère et décente nous serons toujours prêt à mesurer nos armes, à examiner la légitimité des récriminations, à en tenir compte quand elles nous paraîtront fondées, à les repousser avec la même loyauté, la même sincérité et la même décence quand nous ne pourrons pas leur reconnaître un caractère suffisant d'exactitude.

Pour preuve de l'estime toute particulière que nous inspirent nos contradicteurs, nous citerons textuellement l'article de la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« La *Gazette des Hôpitaux* plaide avec ardeur la cause de l'enseignement libre; elle reproche à l'enseignement officiel de ne point être pratique. Cette fâcheuse tendance, si évidente à Paris, se fait sentir en province d'une manière plus regrettable encore; à Strasbourg surtout, s'il fallait en croire notre chère sœur parisienne, l'enseignement pratique serait à peu près inconnu. Nous ne savons trop où la *Gazette des Hôpitaux* a puisé ses renseignements, ou plutôt, nous ne feindrons pas une ignorance naïve, nous savons très bien que la *Gazette* n'a pris aucune information. C'est par induction logique qu'elle forme son opinion sur ces départements inconnus que la France conserve, on ne sait pourquoi, si loin de sa capitale. Les choses vont mal à Paris, nécessairement elles vont plus mal en province. L'enseignement pratique est insuffisant à Paris, comment voulez-vous qu'il existe à Strasbourg? A quoi bon des renseignements? — Mais ma chère sœur, n'admettez-vous pas que, si deux ou trois mille élèves ne peuvent être exercés au diagnostic médical dans les cliniques parisiennes, la chose ne soit très praticable pour une centaine d'élèves à Strasbourg? Un vaste hôpital leur est ouvert, chacun d'eux est tour à tour appelé à y faire du service, ils peuvent eux-mêmes examiner les malades, ils suivent avec le professeur tous les details des observations; ils puisent dans ces conférences une instruction pratique qu'ils auraient difficilement acquise dans une clinique encombrée. A la clinique obstétricale de Paris, il est absolument impossible d'exercer les élèves à l'art des accouchements, et de donner à la foule qui s'y presse autre chose que des connaissances purement théoriques; à Strasbourg, une riche clinique est ouverte à des élèves peu nombreux, qui sont initiés par le professeur même à la pratique obstétricale. Des enseignements qui n'existent pas aux Facultés de Montpellier et de Paris, les cliniques des maladies de la peau, des affections vénériennes, des maladies des enfants, figurent depuis plusieurs années dans le programme officiel des cours de la Faculté de Strasbourg. Les autopsies dans la plupart des cas de morts violentes ou accidentelles faites sous les yeux des élèves, les forment à la pratique de la médecine légale. Nous ne rappellerons pas les facilités que présente à Strasbourg l'étude de l'anatomie, la richesse de nos musées, la direction plus facile d'un personnel moins nombreux. Nous pourrions sans peine multiplier les preuves qui attestent que l'enseignement à Strasbourg est essentiellement pratique. C'est là, sans contredit, son caractère dominant. Que la *Gazette des Hôpitaux* veuille bien prendre le contre-pied de ses assertions sur Strasbourg, et elle sera dans le vrai. Nous le lui disons sans amertume, car nous n'avons aucun doute sur sa bonne foi; nous ne croyons même pas à sa malveillance; nous sommes convaincus que si elle veut bien examiner les faits, elle comprendra la justesse de cette rectification. Le dira-t elle à ses lecteurs? Effacera t-elle une assertion mal fondée? L'*enseignement pratique* de la vie permet certes d'en douter; mais, jusqu'à preuve du contraire, nous croyons au bien, et nous espérons qu'un des prochains numéros de la *Gazette* reconnattra les louables efforts de l'enseignement de Strasbourg. »

Nous répondrons d'abord que rien, dans notre article, n'autorisait nos contradicteurs à prendre *surtout* pour Strasbourg ce que nous avions dit des Facultés de province. Ce *surtout* ni rien d'analogue ne se trouve dans cet article; et c'est une susceptibilité honorable, mais nullement légitime, qui a porté notre confrère du Bas Rhin à se formaliser de notre opinion. Pourquoi supposer gratuitement que nous n'avons pris aucune information? Et que dirait notre confrère si, lui renvoyant cette sorte d'accusation, nous lui disions qu'il a parlé de ce qui se passe à Paris comme si Paris était en Chine, tant ses renseignements paraissent avoir grossi par l'éloignement? Ne parle-t-il pas de *deux ou trois mille élèves* qui encombreraient, selon lui, nos salles de clinique? La Faculté de Paris, qu'il se rassure, n'est pas aussi riche en disciples; le chiffre doit en être diminué de mille ou deux mille seulement; car la vérité est, qu'à l'heure actuelle, huit cents et quelques étudiants sont en cours d'inscriptions à la Faculté de Paris.

L'énumération des avantages que l'élève trouve à Strasbourg sous le rapport pratique est séduisant sans doute, mais que notre contradicteur nous pardonne de le dire; elle a le tort de ressembler à s'y méprendre à un programme officiel. Rien de plus facile que de donner une certaine couleur aux objets les plus pâles. Allons au fond des choses.

Nous regrettions qu'à Paris, c'est à-dire dans les cours officiels de la Faculté, l'enseignement élémentaire et pratique de l'anatomie fût incomplet, difficile et dispendieux; Strasbourg offre-t-il plus d'avantages à cet égard? Le professeur démonstrateur est-il plus rapproché des élèves? Des répétiteurs officiels leur servent-ils de guide dans leurs dissections? L'élève, à Strasbourg, peut-il, par exemple, apprendre l'ostéologie avec moins de peine et d'ennui?

Nous disions qu'à Paris, l'enseignement officiel faisait peu ou point pour apprendre aux élèves la manœuvre des opérations et la pratique des bandages. Y a-t-il, à Strasbourg, des répétiteurs de cette sorte? Vos élèves, en vous quittant, s'ils se sont bornés à votre programme officiel, savent-ils faire une opération d'urgence, lier une artère, débrider une hernie, appliquer un appareil tant soit peu compliqué?

Nous nous plaignious qu'à Paris l'élève ne trouvât pas dans les cliniques les moyens d'apprendre les choses indispensables au praticien. A Strasbourg, vos élèves sont-ils plus favorisés? Les exerce-t-on à l'auscultation, à la percussion, à la connaissance de tous les moyens de diagnostic, des altérations pathologiques? Les cliniques, à Strasbourg comme à Paris, sont-elles autre chose que des cours qui, au lieu d'être professés à la Faculté, le sont dans un amphithéâtre d'hôpital? Y dirige-t-on l'élève mieux qu'ici dans l'examen du malade? L'in-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Motifs du rapport sur la peste. — M. Cunin-Gridaine et la Commission du budget — Rapport de M. Prus. — Nécessité d'une discussion sérieuse. — Ce que l'Académie pourrait être. — Le concours d'anatomie. — L'enseignement savant. — Une nouvelle chaire imprévue. — Un nouveau miracle. — La litholysie.

La peste a éclaté d'une manière imprévue à l'Académie de médecine. Je ne l'avais annoncée que pour la séance de ce jour; elle a trompé mon pronostic d'une huitaine. C'est M. le ministre de l'agriculture et du commerce qui en a été la cause déterminante Une lettre fort pressante de M. Cunin-Gridaine a déterminé le Conseil à donner la parole à M. Prus, qui, du reste, était prêt depuis quelques jours. Pourquoi M. le ministre se montre-t-il si pressant? La Commission du budget de la Chambre des députés pourrait donner quelques motifs de cet empressement. L'an passé, la Commission voyant que le ministère du commerce, malgré les incitations qu'il recevait de toutes parts, ne proposait pas même l'ombre d'une modification au régime des quarantaines, la Commission demanda et obtint, à titre de blâme, une réduction de 500 francs sur le budget de ce ministère, chapitre des quarantaines. Ce ministre investit alors les académies de cette question. Cette année, même réserve de M. Cunin-Gridaine, à l'endroit des modifications; mais aussi blâme plus grand infligé par la Commission, qui ne demande pas moins qu'une réduction de dix mille francs. M. Cunin-Gridaine a été un tant soit peu effrayé, il a bien vu qu'en gardant le même mutisme la réduction de son budget allait suivre une progression croissante, et rien ne rend un ministre alerte et actif comme une menace de réduction. Aussi M. Cunin-Gridaine ne pouvant pas trop à lui tout seul et sans le secours de la science résoudre les difficiles et délicats problèmes que soulève la question des quarantaines, a-t-il vivement pressé les académiciens de répondre à son appel de l'an dernier, afin qu'il puisse se présenter à la discussion du budget dans une position moins équivoque et moins compromettante pour le budget de l'an prochain.

Des deux corps savants que M. le ministre a consultés, l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, cette dernière seule s'est occupée de son mandat avec zèle et empressement. L'Académie des sciences n'a encore rien fait, je ne crois pas que la commission se soit même réunie; ce n'est donc pas de ce côté, et cela est fort regrettable, que les législateurs pourront recevoir quelques lumières.

La commission de l'Académie de médecine, au contraire, a pris sa tâche fort au sérieux; elle s'est réunie pendant cinquante séances; elle a examiné avec le plus grand soin les innombrables documents qui ont été mis à sa disposition, elle a appelé dans son sein tous les médecins qui ont vu la peste; elle s'est entourée, en un mot, de toutes les précautions possibles pour bien apprécier, pour bien juger, pour donner une solution scientifique et pratique à une question qui touche aux intérêts les plus graves de la vie des peuples et de leurs relations commerciales.

Cette honorable sollicitude de l'Académie de médecine se réfléchit admirablement sur le rapport qui lui est en ce moment présenté par M. Prus, organe de la Commission, et dont nous avons pu entendre la première partie mardi dernier. D'après ce qui est connu de ce rapport, on peut prévoir et annoncer un travail sérieux et mûrement réfléchi, un travail qui honorera non-seulement l'habile rapporteur, mais encore l'Académie tout entière; car il n'est pas douteux que les opinions et les conclusions de ce corps savant ne soient prises en très grande considération par les Chambres. Ceci doit engager les honorables membres qui se proposent de prendre part à la discussion qui suivra inévitablement la lecture de ce rapport, à se bien préparer, à ne pas donner le triste spectacle de ces parleries sans valeur et sans portée, de ces mesquines et stériles disquisitions que trop souvent la plus indulgente critique est obligée de reprendre et de blâmer. On m'a quelquefois reproché de prendre trop souvent l'Académie de médecine pour point de mire de mes légères armes. C'est ma manière à moi de prouver mon affection et mon estime, en cherchant à corriger les défauts de mes amis. Rien ne m'est plus pénible que de voir quelquefois l'Académie prêter le flanc à la satire, comme aussi personne ne se réjouit plus sincèrement des bonnes et honorables choses qu'elle produit de temps à autre. J'ai de cette compagnie une opinion plus élevée qu'elle ne le croit, sans doute; je désire et je rêve pour elle des destinées auxquelles elle ne prétend peut-être pas elle-même, et c'est pour cela que je la voudrais sans défaut. Il dépendrait de l'Académie de médecine, qui a pour cela tous les éléments nécessaires d'intelligence et de talent, d'être en réalité la tête du corps médical français, de lui donner l'impulsion dans le sens d'une sage et prudente réforme. Mais, que de crainte, que de timidité dans la plupart de ses membres! quel respect d'esclave pour la lettre morte de son institution! quelle répugnance pour toute initiative, et quelle appréhension de tout ce qui est nouveau, spontané, non prévu! Ce n'est pas avec des sentiments si léporins que l'on peut agir efficacement sur les esprits, acquérir de l'influence, diriger l'opinion publique, devenir, en un mot, une compagnie prépondérante telle que pourrait être l'Académie de médecine.

Voici une belle occasion pour elle de se populariser dans le monde politique; le rapport de sa Commission des quarantaines sera lu et médité par les législateurs; au nom de sa gloire et de sa dignité, je l'adjure de ne pas compromettre le travail de sa Commission par une discussion qui ne serait pas à la hauteur de ce travail.

— Toujours est-il que voilà l'Académie engagée pour longtemps dans cette grave question, laissant les candidats à la place vacante soupirer à la porte, à moins qu'ils ne préfèrent employer mieux leur temps, ce qui me paraît plus probable, à recruter des voix indécises, raffermir des promesses, chauffer les tièdes, entretenir le feu des ardents, se livrer, pour tout dire, à cette pénible et périlleuse gymnastique à l'usage des candidats à la banquette académique. J'en connais un qui y a crevé son cheval. (Historique) Il est vrai que la bête n'était pas un pur-sang, au contraire. L'Académie se montrera-t-elle assez ingrate pour ne pas nommer un candidat si empressé de partager sa gloire? On m'assure que l'argument du cheval a produit une grande impression sur l'honorable académicien de la rue des Poules.

— Le concours pour la chaire d'anatomie s'est terminé par la nomination infiniment trop prévue de M. Denonvilliers. Je dis trop prévue, car rien ne diminue l'intérêt qui s'attache à ces luttes comme la certitude de leur dénoûment. En présence de tout ce qui se disait à cet égard avant et pendant le concours, j'ai admiré le courage et la persévérance des candidats qui, certains à peu près du résultat, n'en ont pas moins continué le combat avec une valeur digne d'une autre fin. Et remarquez, en effet, qu'un concours d'anatomie ne donne pas, même en succombant honorablement, les avantages que procurent d'autres luttes : le bruit, l'éclat, le retentissement n'ajoute rien à votre position, n'augmente pas vos chances d'avenir, vous laisse enfin tel que vos antécédents vous avaient fait, ce qui n'arrive pas, par exemple, pour les concours de clinique ou de pathologie. Ce concours dernier il faut le dire avec franchise, n'a pas répondu à la prétention annoncée par l'Ecole de Paris de devenir une institution de haut enseignement scientifique. Les hommes qui y ont figuré sont tous des *disserteurs* d'une dextérité rare, des *descripteurs* d'une admirable exactitude; ils connaissent le cadavre dans ses fibrilles les plus déliées; mais est-ce bien là être *anatomiste* dans l'acception savante que la Faculté ambitionne? Je doute fort que Carus manie le scalpel avec la même habileté que nos jeunes prosecteurs, mais ne le croyez-vous pas un anatomiste d'une autre trempe? Du reste, voilà un résultat de la confusion qui règne aujourd'hui à l'égard des questions d'enseignement, surtout dans la Faculté de Paris. Les uns le veulent exclusivement pratique, les autres essentiellement savant; il en est enfin qui voudraient le voir participer des deux natures. Ici, comme en toutes choses, des distinctions sont nécessaires. Je conçois, par exemple, une anatomie pratique et une anatomie savante, mais je ne reconnais plus cette division possible dans la médecine proprement

erroge-t-on plus qu'ici?

Nous déplorions qu'à Paris l'étude des accouchements se fît seulement par la vue et par l'ouïe. A Strasbourg, exerce-t-on chez l'élève un sens bien plus précieux en pareille matière? Y fait-on plus qu'ici des répétitions de manœuvres obstétricales?

Nous aurions bien d'autres questions encore à adresser à notre confrère du Bas-Rhin; mais nous nous bornerons à ces deux dernières:

La main sur la conscience, sans préjugé local, sans prétention de clocher, croit-il que l'élève, en quittant la Faculté de Strasbourg, soit plus initié aux difficultés de la pratique que celui qui quitte la Faculté de Paris?

Et s'il ne le croit pas, doit-il nous blâmer de demander pour toutes les Facultés indistinctement une large modification dans l'enseignement pratique?

Nous en appelons aussi à la bonne foi, à la loyauté de notre contradicteur. Ce que nous réclamons ne peut porter aucune atteinte aux Facultés de province, dont l'institution a été déclarée utile et nécessaire. Nous craignons que notre confrère alsacien ne se soit mépris en cela; il a cru voir dans nos réflexions une opposition mesquine et locale alors qu'elles n'étaient inspirées que par des motifs d'intérêt général, qui, en définitive, devient l'intérêt particulier des Facultés de province.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur de nature douteuse dans la région iliaque gauche chez une femme accouchée depuis quatorze mois.

Au n° 32 est couchée une malade qui porte une tumeur de la grosseur de la tête dans la région iliaque gauche. Cette femme fait remonter l'origine de sa maladie à treize ou quatorze mois. Elle dit l'avoir vue survenir après sa dernière couche, qui remonte à cette époque. Après son accouchement, elle aurait été prise de douleurs et de fièvre, et ne se serait jamais rétablie complétement; cette tumeur a présenté, à ce que dit la malade, des variations nombreuses de volume: elle a été accompagnée de malaises, de nausées, de douleurs assez vives dans le membre pelvien gauche; il y aurait eu du gonflement dans les deux extrémités inférieures.

Tous ces renseignements sont, comme on le voit, très vagues et peu susceptibles d'éclairer la question du diagnostic.

Aujourd'hui, la malade se présente à l'observation dans un état de pâleur et d'anémie considérable; elle paraît avoir beaucoup souffert; le membre inférieur gauche est surtout tuméfié; il y a de la diarrhée, des coliques alternant avec de la constipation.

Quant à la tumeur elle-même, elle a atteint, comme nous l'avons dit, la grosseur d'une tête d'adulte; elle fait par conséquent une saillie considérable dans la région iliaque gauche; ses limites sont assez nettement définies: en bas, elle va jusqu'au pubis, elle ne dépasse pas l'ombilic; en haut, elle reste en dedans de la colonne vertébrale et s'étend en dehors jusqu'à la crête iliaque, qu'elle contourne sans cependant passer au delà.

Cette tumeur semble avoir des bords assez précis; sa forme, en général, peut être rapprochée de celle d'un prisme dont le sommet serait arrondi.

Si on essaie de lui imprimer quelques mouvements, on y parvient; mais on s'aperçoit qu'elle adhère fortement aux tissus normaux de la région; on distingue aussi qu'elle ne fait pas corps avec les os.

Quand on la presse pour en apprécier la densité, la résistance, on la trouve dure comme un corps fibreux; il est évident que, si un liquide existe dans son intérieur, il faut que les parois soient considérablement épaisses et que la quantité de ce liquide soit elle-même très petite.

Cette tumeur n'est en somme que peu douloureuse par elle-même; un seul point est surtout sensible à la pression; c'est principalement en dedans qu'est le siége de cette plus vive sensibilité; du reste, on n'observe ni rougeur, ni empâtement; les téguments ont conservé leur coloration naturelle. On voit manifestement qu'elle n'occupe pas les parois abdominales et qu'elle a soulevé le péritoine, ou qu'elle est peut-être contenue dans la cavité même de la séreuse.

Tout ce que nous venons de dire démontre déjà qu'il s'agit-là d'une tumeur dont le siége précis est aussi difficile à déterminer que sa nature elle-même; et, d'abord, il serait nécessaire d'établir s'il est plus probable que ce soit un kyste, ou si, au contraire, il y a plus de raisons pour penser que cette tumeur est concrète.

Les kystes sont, on le sait, fréquents dans la région qu'elle occupe, et ils peuvent prendre leur origine dans des organes si différents qu'on se trouve encore dans un grand embarras, même quand on a résolu cette première partie de la question. Ils prennent naissance, en effet, soit de l'utérus, soit de l'ovaire, soit de la vessie; ils peuvent être la conséquence d'inflammations dans les organes voisins, dans les ligaments larges, à la suite de psoïtis, etc., etc. Bien qu'on observe dans ces lieux mêmes des kystes à parois fort épaisses, il est rare néanmoins qu'ils se présentent avec une dureté aussi grande que celle qu'on rencontre dans la tumeur qui nous occupe; ici la résistance, dont on a la sensation en pressant la masse, donne l'idée de celle qu'offre un cartilage: il n'est donc pas probable que ce soit un kyste.

Forcé alors de rejeter la maladie dans les tumeurs concrètes, il s'en faut que l'on soit pour cela hors de tout embarras; les tumeurs concrètes dans cette région sont ordinairement des tumeurs fibreuses; mais ces sortes de productions pathologiques ne marchent pas dans leur développement avec une rapidité pareille à celle qu'on a observée ici. Cette tumeur avait, au dire de la malade, il y a dix mois déjà, presque le volume qu'elle atteint aujourd'hui; or, les corps fibreux n'acquièrent pas une semblable dimension en aussi peu de temps.

D'ailleurs, une autre considération tirée de la forme même de la tumeur, peut encore éloigner cette idée. Généralement les corps fibreux se présentent avec des formes globuleuses, arrondies, et nous trouvons ici une configuration en quelque sorte prismatique qui n'est point ordinaire aux tumeurs fibreuses; de plus, quand on saisit un corps fibreux et qu'on l'ébranle, on comprend aussitôt que la tumeur est comme isolée, extrêmement mobile en général au moins: celle-ci peut bien être un peu déplacée; mais on sent aussi qu'elle n'est pas mobile, qu'elle tient largement aux organes sous-jacents.

Il est vrai que certains corps fibreux ne sont pas susceptibles de déplacement; qu'ils sont presque immobiles, comme l'est cette tumeur; mais ce sont ceux qui occupent l'excavation pelvienne, qu'ils remplissent. Or la tumeur de cette femme est placée dans la fosse iliaque et non dans le petit bassin; les circonstances qu'on comprend, sans qu'il soit besoin d'y insister, et qui s'opposent à la mobilité des corps fibreux logés dans l'excavation, ne se reucontrent donc pas ici.

Si cette tumeur avait sa racine dans l'excavation, et que de là elle se fût élevée au-dessus du détroit supérieur jusqu'au lieu qu'elle occupe, elle serait encore mobile; c'est ce qu'on observe pour les tumeurs fibreuses, qui, nées de l'utérus, se sont élevées dans le grand bassin. D'ailleurs, quand on a réellement affaire à un corps fibreux, en portant les doigts dans le vagin on sent que la tumeur se continue avec la matrice; mais ici ce mode d'exploration fait constater que l'utérus est libre en avant et en arrière; il semble seulement que la masse fasse corps avec le ligament large; mais elle paraît évidemment indépendante de la matrice.

Dès lors les difficultés du diagnostic s'accroissent de plus en plus; il ne reste plus qu'à supposer une dégénérescence sarcomateuse, qui, elle-même, peut appartenir à l'intestin: à l'S iliaque du colon, par exemple. Une tumeur de la nature de celle que nous indiquons pourrait en effet revêtir quelques-uns des caractères que nous observons dans celle-ci. Le tissu cellulaire abondant qui se trouve répandu dans ce lieu pourrait permettre qu'une tumeur énorme s'y développât sans effacer complétement le calibre de l'intestin. Sans doute la malade accuse sans cesse des coliques, des alternatives répétées de constipation et de diarrhée qui viennent en aide à cette dernière supposition; mais d'un autre côté, des tumeurs pareilles, des tumeurs cancéreuses de l'intestin sont si rares, et dans ces conditions, que nous n'osons pas insister sur cette hypothèse; d'ailleurs, les masses cancéreuses ne présentent pas cette densité, on y rencontre des différences de dureté; et arrivées à ce volume, elles présentent toujours des bosselures que nous n'y rencontrons pas.

La seule espèce sur laquelle il serait permis de s'arrêter, serait celle appelée colloïde, débutant par le périoste, partant d'un point du bassin et venant s'étaler dans la fosse iliaque; mais cette nature de tumeur comprend presque toujours les os voisins, leur immobilité est complète, et nous trouvons un peu de mobilité dans celle-ci, ce qui nous permet de supposer que, puisqu'on peut l'ébranler, en accordant qu'elle tienne aux os, elle n'y est attachée que par un pédicule.

On voit par ce qui précède, combien le diagnostic de cette maladie est entouré d'obscurité; on trouvera à chaque instant des symptômes qui donnent l'idée d'une altération de telle ou telle nature, et aussitôt la pensée en est éloignée par tel ou tel autre symptôme: en un mot, il y a des symptômes de tout; et par cela même, il n'y a de symptôme de rien.

Est-ce une tumeur dépendante ou indépendante de l'intestin, ou venant de l'ovaire? est ce le résultat d'une phlegmasie? est-ce une tumeur de mauvaise nature?

Nous avouons que cela nous paraît fort difficile à décider, quant à présent du moins. Sans doute, et nous l'avons dit souvent, plus le problème est difficile, et plus nous devons nous y attacher et faire d'efforts pour le résoudre. Néanmoins, il est des cas où il est impossible de ne pas rester dans le doute; nous pensons que celui-ci en est un.

Ainsi, nous trouvons quelques caractères des corps fibreux; mais son siége, son isolement de l'utérus et les autres signes indiqués nous en éloignent. Il peut se faire que ce soit un kyste; mais la densité nous en détourne. Il est possible aussi que ce soit un cancer; mais le siége nous empêche de l'affirmer. En définitive, il nous est impossible de nous prononcer aujourd'hui sur la nature de cette tumeur. Il faudra pénétrer dans cette masse avec une aiguille exploratrice, nous saurons ainsi si elle est creuse ou concrète; peut-être alors aussi pourrons-nous établir un diagnostic précis.

On comprend que si le diagnostic est incertain, comme nous venons de chercher à le démontrer, le pronostic ne peut que rester vague; et cet état de vague fâcheux dans lequel nous nous trouvons, vient prouver de quelle importance est

---

dite; je ne sais ce qu'on veut dire par une médecine pratique qui n'est pas savante, et une médecine savante qui n'est pas pratique. C'est sous l'influence d'idées de cette nature que fut créée cette institution déplorable des deux ordres de médecins qui depuis un demi-siècle afflige la médecine française. Pour en revenir à l'anatomie, je dis que, toutes précautions prises pour faciliter à l'élève l'étude de l'anatomie pratique, de cette étude sans laquelle il n'est pas possible d'être medecin, de cette anatomie qui se fait le scalpel à la main et pas d'autre façon, je dis qu'il n'y a rien de déraisonnable à demander que dans le grand amphithéâtre le cours soit plus élevé, plus généralisateur, plus savant, car la démonstration y est à peu près impossible. Eh bien! sous ce point de vue, la direction donnée aux études anatomiques par la Faculté de Paris ne la rend pas très riche en sujets capables de remplir le programme qu'elle se propose d'instituer. Le dernier concours doit le lui avoir prouvé. Des talents graphiques du premier ordre s'y sont produits, des vulgarisateurs d'un rare mérite ont été entendus, mais la science élevée, profonde, comparative, généralisatrice a été rare, très rare, et ce concours, pour une chaire de la première Faculté du royaume, n'est pas sortie des proportions des concours pour le prosectorat.

Voici, du reste, un stimulant nouveau donné aux anatomistes! voici une nouvelle qui pourra adoucir pour quelques candidats au dernier concours, l'amertume de leurs insuccès. On se souvient que M. le ministre de l'instruction, en présentant le budget de son département, avait demandé aux chambres une allocation suffisante pour la création d'une chaire d'anatomie comparée à la Faculté de Paris. La commission du budget ne voyant pas bien clair dans cette question, se montra d'abord peu empressée. Puis, à la suite de quelques renseignements, elle se montra hostile à cette création. Sur ces entrefaites, la Faculté convoquée spécialement pour donner son avis sur l'utilité de cette chaire, s'est décidée, *presque unanimement*, pour la négative.

Mais une autre proposition a été faite et adoptée. La Faculté a trouvé l'enseignement de l'anatomie insuffisant et incomplet; elle a vu qu'un seul professeur ne pouvait pas suffire aux exigences de l'enseignement pratique et de l'enseignement savant, et presque unanimement aussi, la Faculté a demandé l'institution d'une seconde chaire d'anatomie destinée non pas spécialement à l'anatomie comparée, mais à ce vaste ensemble de connaissances autres que l'anatomie descriptive qu'il m'est impossible de désigner par un nom suffisamment distinct, et que je ne crois pas d'ailleurs avoir été plus clairement formulé par la Faculté.

Quoi qu'il en soit, ce vœu transmis à M. le ministre de l'Instruction publique a été favorablement accueilli. Avec l'empressement dont il a fait preuve dans toutes nos affaires médicales, M. de Salvandy est allé appuyer la demande de la Faculté auprès de la commission du budget, qui, cette fois, s'est montrée fort avenante, et a accepté la métamorphose de cette pauvre chaire d'anatomie comparée dont les infortunes sont vraiment fort à plaindre.

Dans tout ceci je ne suis qu'historien ou plutôt que narrateur; car le rôle d'historien, c'est-à-dire d'appréciateur, pourra bien venir un peu plus tard. La chaire d'anatomie va donc être doublée. Considérera-t-on cette doublure comme une institution nouvelle? et alors M. le ministre se réservera-t-il le droit de première nomination, ou bien verra-t-on des motifs assez légitimes pour la mettre au concours? Tout cela est dans les limbes de l'avenir.

Ce doublement de chaire a porté, sur la Commission du budget, un coup funeste à l'institution des chaires d'histoire de la médecine. La Commission les a toutes impitoyablement rejetées, comme aussi la chaire d'anatomie pathologique pour Montpellier, dont il n'a pas été même fait mention. Des démarches, dont il y a lieu d'espérer quelque succès, sont au moment d'être faites auprès de la Commission du budget; il est probable que mieux renseignée sur les besoins réels de l'enseignement, cette Commission modifiera ses propositions, qu'elle tiendra plus de compte des vœux du Congrès, qui, en vérité et après mûres réflexions, me semblent mieux satisfaire tous les intérêts que les propositions fort peu claires dont il est question.

— Je croyais en avoir fini avec les miracles, mais il n'en était rien. J'ai à en annoncer un nouveau qui, du moins celui-ci, se présente sous la garantie d'une longue étude et d'une longue réflexion; je veux parler de la *lytholysie*, ou art de dissoudre les calculs dans la vessie. Il y a trois ou quatre ans qu'un de mes amis, M. le docteur Douillet, me parla de quelques tentatives qui lui faisaient espérer d'arriver à la solution d'un grand problème, celui de la dissolution des calculs. M. Douillet est un médecin instruit, sérieux, qui ne me paraît pas se passionner pour des chimères; et cependant alors, comme bien souvent depuis, je ne pus m'empêcher de lui parler de mes doutes, des obstacles que l'idée d'une pareille opération fait se présenter à l'esprit, des tentatives infructueuses déjà faites, enfin tout ce qu'en pareil cas peut susciter un affectueux intérêt. M. Douillet ne s'est pas le moins du monde impressionné de mes discours; de temps à autre, il me racontait bien les progrès qu'il faisait dans son idée; mais pas plus tard qu'hier, il est arrivé chez moi triomphant et joyeux, en s'écriant: Je la tiens! Ce qu'il tenait à la main c'était un instrument d'une merveilleuse simplicité, au moyen duquel il prétend saisir le calcul dans la vessie, le renfermer dans une poche imperméable et indestructible, le soumettre à des réactifs d'une incomparable puissance, et dissoudre la pierre, quelle que soit sa nature chimique, dans un espace de temps qui varie de dix minutes à une demi-heure. Il est bien entendu que je n'ai vu que l'instrument, et que cet instrument n'a fonctionné devant moi que dans l'espace et à vide.. M. Douillet ne l'a jamais appliqué sur le vivant, je ne crois pas même qu'il ait encore fait des essais sur le cadavre. Mais, ce que je peux dire, c'est qu'en théorie, et d'après les seules et incomplètes idées que l'on peut se faire du mécanisme d'un instrument qui n'a pas été expérimentalement éprouvé, les procédés de M. Douillet semblent réunir les conditions du succès, et que cette découverte mérite un examen sérieux. C'est charmant de simplicité, de facilité d'exécution dans le vide; dans la vessie, sera-ce la même chose? Cette poche membraneuse, souvent si capricieuse et si rebelle, ne s'insurgera-t-elle pas plus souvent que ne le croit M. Douillet contre cette sorte de doublure qu'on voudra lui appliquer? Cette doublure elle-même, est-il bien sûr de son imperméabilité? Et ses réactifs, en est-il bien certain? M. Douillet affirme tout cela avec une conviction très persuasive, cependant je suis très loin de me porter garant de son succès; et quelque bon témoignage que je puisse rendre de l'ingéniosité de son esprit et de sa probité médicale, j'en appelle à l'expérience et au temps.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

— Le *Boletin de medicina, cirugia y farmacia* (n° 4, 3e série) contient une observation de *nymphomanie* qui mérite d'être signalée, bien que les descriptions poétiques y abondent plus que les détails médicaux. Il s'agit d'une jeune fille appartenant à une famille des plus recommandables, élevée avec le plus grand soin sous le toit paternel, remarquable elle-même par les grâces du corps et des sentiments. Tout à coup son humeur, ses allures éprouvent un changement inexplicable et chaque jour plus marqué. Après bien des incertitudes, le médecin découvre la cause du mal, auquel rien n'a pu porter remède. A mesure que l'affaiblissement de la malheureuse jeune fille fait des progrès, son moral éprouve de telles révolutions qu'elle devient un sujet de honte et de scandale pour ceux qui l'entourent. Deux mois de cette affreuse et insurmontable passion suffirent pour l'entraîner au tombeau. Elle succomba à une *congestion cérébrale*, « qui fut précédée, ajoute l'auteur, d'une des scènes les plus déshonnêtes qu'aient jamais pu inspirer le crime et la dépravation. »

— Dans le n° 5 (1er février 1846) du même journal, on lit que, d'après une lettre écrite de Lisbonne au *Boletin*, le gouvernement portugais vient d'établir un cordon sanitaire et la quarantaine contre toutes les provenances des îles du cap Vert, San Miguel et Buena Vista, où la fièvre jaune s'était déclarée et faisait de grands ravages. Cette maladie s'était étendue jusqu'à l'île de Brava.

le diagnostic dans l'histoire tout entière des maladies.

Ainsi : la tumeur est-elle encéphaloïde, le pronostic est des plus graves ; la malade doit périr, et dans un temps assez court : si, au contraire, ce n'est qu'une tumeur fibreuse, elle peut vivre très longtemps. Est-ce un kyste ; après la ponction qu'on en fera, cette femme peut espérer vivre encore plus ou moins de temps.

Mais il y a plus, non-seulement le pronostic reste dans l'obscurité quand le diagnostic n'est pas nettement établi; mais la thérapeutique elle-même, en quoi consistera-t-elle ? Avouons que nous ne le savons pas. Tout ce qu'il sera permis de faire, ce sera de mettre en usage une série de moyens qui peuvent être fort utiles sans avoir aucun inconvénient; il faut, en un mot, faire la thérapeutique des indications. Dans le cas actuel, l'indication évidente, ce serait de chercher à fondre cette tumeur ; mais il faut prendre garde, d'autre part, à ménager les entrailles, qui ne sont pas complétement saines, et le sang, dont la composition est déjà altérée. Il faut penser également à l'enflure de la cuisse, et y remédier si cela est possible.

La médication se composera donc de larges vésicatoires volants pour diminuer le gonflement; on fera usage de frictions iodurées et mercurielles ; à l'intérieur, nous donnerons les ferrugineux, les iodurés, les narcotiques ; on prescrira des bains.

Mais, disons-le, l'ensemble de tous ces moyens fondants et calmants, cette médication tout entière, en un mot, n'est que de l'empirisme, et malheureusement nous serons réduit à ne pas faire davantage si la tumeur est fibreuse ou sarcomateuse ; dans le cas seulement où il y aurait quelque chose de phlegmasique ou bien un kyste, nous prendrions un parti.

Tumeurs diverses chez un homme, une femme et un enfant. Ablation.

M. Velpeau a successivement pratiqué, depuis quelques jours, l'ablation de trois tumeurs de nature diverse. Cette question des tumeurs est si compliquée et si intéressante à la fois, que nous avons cru curieux et utile de rapprocher ces trois faits les uns des autres ; nous insisterons plus ici sur la nature des tumeurs que sur les opérations en elles-mêmes.

La première est celle de l'homme couché au n° 10. Elle avait son siége dans la région sous-maxillaire latérale gauche, qu'elle remplissait en entier ; elle était du volume du poing. Sa mobilité, son siége, son développement, la fluctuation perçue dans quelques-unes des bosselures nombreuses qu'elle présentait, firent diagnostiquer une tumeur ganglionnaire avec ramollissement et suppuration dans quelques points. La dissection de la masse prouva que telle était sa nature. Le malade fut pris d'un érysipèle des plus intenses, auquel il a heureusement résisté ; il peut être considéré comme guéri aujourd'hui.

La seconde tumeur siégeait dans la région cervico-claviculaire, chez un jeune enfant de dix-huit mois ; elle avait un volume considérable, sans changement de couleur à la peau, très arrondie, d'une densité extrême. M. Velpeau diagnostiqua une tumeur fibro-graisseuse. Une circonstance singulière et que rien ne pouvait faire prévoir, fut reconnue seulement pendant l'opération ; c'est que cette tumeur, qui était en effet de la nature indiquée, envoyait un pédicule jusque du côté de la colonne vertébrale, où il ne put être suivi. Du reste, l'ablation fut faite rapidement, et l'enfant ne perdit que peu de sang, ce à quoi M. Velpeau attachait une grande importance en raison de l'âge du petit malade.

Enfin, la dernière tumeur enlevée siégeait dans l'aisselle chez une forte femme de vingt-huit ans, qui nourrissait son enfant avant d'entrer à l'hôpital. Cette tumeur envoyait des traînées jusqu'à la clavicule et fort loin dans l'aisselle. Son diagnostic précis était assez embarrassant ; son siége empêchait M. Velpeau de croire à un cancer, et sa dureté et sa densité empêchaient d'assurer qu'elle était simplement ganglionnaire. La dissection de la tumeur montra, dans son intérieur, une matière ressemblant beaucoup à celle des tubercules des ganglions.

C'est qu'en effet, quand les tubercules se gonflent, il peut arriver, ou qu'ils se raréfient, qu'ils conservent une texture homogène, et alors ils s'hypertrophient mais restent eux-mêmes, ce n'est pas là ce qui arrive le plus fréquemment ; d'autres fois ils se forment des foyers qui contiennent du pus, tantôt crémeux, tantôt séreux ou en grumeaux, c'est la terminaison la plus commune ; ou bien enfin, ils finissent par être criblés de petits grains blanc-jaunâtre, c'est la forme tuberculeuse, quelquefois c'est un simple pointillé blanchâtre, parfois ce sont des grumeaux, des bosselures, c'est ce qui avait lieu dans la tumeur de cette femme, de telle sorte que le ganglion, lui, disparaît, que son tissu s'efface sous cette sorte d'exsudation. Dans la tumeur de cette dernière malade, les choses se sont passées ainsi ; seulement la matière de dépôt est dure comme du tissu fibreux.

Selon M. Velpeau, tout ce travail est le résultat d'une phlegmasie sourde ; c'est tout simplement une sorte de pus concret d'une consistance variable, du pus dont la partie liquide a été plus ou moins complétement résorbée.

Cette matière ressemble tellement aux tubercules, que partout on la décrit sous ce nom. Il serait important de savoir au juste si c'est là véritablement de la matière tuberculeuse ; car l'on sait qu'on a cherché à formuler une loi, qui heureusement n'est pas exacte, tendant à établir la coïncidence des tubercules dans le poumon avec tout tubercule développé dans une autre partie, soit testicule, soit ganglion lymphatique.

Dès 1823, M. Velpeau, dans sa thèse d'agrégation, avait soulevé la question de savoir s'il n'y avait pas deux formes différentes de tubercules ; ceux venant à la suite de la phlegmasie d'un ganglion, et les autres nés d'une cause inconnue jusqu'à présent.

Encore ici, faisons remarquer, en terminant, qu'il y a là un problème grave pour le pronostic de ces maladies ; problème que l'anatomie pathologique est appelée à résoudre.

PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Affection organique de l'utérus. Cautérisation.

Au numéro 6 de la salle Saint-Paul est couchée une femme affectée d'une maladie de l'utérus, pour laquelle nous lui avons pratiqué à plusieurs reprises des cautérisations avec le fer rouge. Cette femme est encore jeune ; elle a déjà eu plusieurs enfants, trois, autant que nous pouvons nous le rappeler. Elle nous dit, de plus, avoir fait une fausse-couche. L'accouchement s'est fait assez facilement dans les deux premières grossesses ; mais la dernière fois, le travail a duré près de trois jours. Il n'est pas survenu d'accidents ; seulement l'accouchement a été laborieux et pénible. Cette circonstance d'un travail long et difficile, d'une couche laborieuse, est loin d'être indifférente lorsque l'on cherche à remonter à l'étiologie, et à donner une explication de ce développement d'une inflammation chronique de la matrice.

Depuis un temps assez long avant le moment où elle est tombée malade, elle nous a dit qu'elle était sujette à un écoulement leucorrhéique abondant. Les écoulements utérins sont très fréquents, sans même que les femmes se soient livrées à des excès vénériens ou de quelque espèce que ce soit ; mais, quelle qu'en soit la cause immédiate et prochaine, ils sont toujours l'indice d'une mauvaise organisation de la matrice, d'une susceptibilité très grande de l'organe à devenir le siége d'une inflammation. Ces écoulements sont constamment le produit d'une subinflammation de l'utérus. Le plus grand nombre des femmes ne s'inquiètent nullement de l'apparition de ces écoulements, auxquels elles sont presque habituées, et qu'elles finissent par regarder comme une chose normale. Inutile de dire, et vous l'avez déjà compris, qu'on a le plus grand tort de négliger ces écoulements, et qu'ils réclament des soins rapides et assidus. D'après ce qu'elle nous a dit, il paraîtrait qu'elle était bien réglée avant sa maladie. Ce qui nous semblerait le prouver, ce sont les grossesses qu'elle a eues à plusieurs reprises ; ce sont les femmes qui sont bien réglées qui deviennent le plus facilement et le plus fréquemment enceintes. Ceci étant posé, et une fois apprises ces circonstances, qui nous ont été racontées par la malade, passons à l'exposition de ce que nous avons vu, de ce que nous a fait connaître l'examen direct de cette femme.

Au moment de son admission dans les salles de l'Hôtel-Dieu, la malade se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, dans le périnée, douleurs qui, du reste, paraissaient être plutôt gravatives que lancinantes et aiguës. Elle accusait comme une sensation de poids sur le fondement, incommode et pénible. Elle éprouvait aussi des douleurs dans les aines, les cuisses et dans la région lombaire. C'était même à cette dernière région plutôt qu'à l'hypogastre qu'elle rapportait les sensations douloureuses dont elle se plaignait. La raison de ces phénomènes est bien simple. C'est qu'il existe des relations très intimes au moyen du système nerveux entre ces différentes régions ; quant à la pesanteur de la région périnéale, il n'est pas besoin de vous faire remarquer, l'anatomie chirurgicale vous l'a appris, que l'utérus est plus encore dans la région périnéale que dans la région de l'hypogastre. L'appareil utérin a des relations vasculaires et nerveuses avec le périnée, et l'organe lui-même pèse sur le plancher inférieur du bassin.

Chez cette malade, nous avons constaté l'existence d'un écoulement assez abondant. Nous avons dit qu'elle avait déclaré avoir toujours été assez bien réglée ; au moment de son entrée, les menstrues étaient plus abondantes qu'aux époques antérieures. Il paraît même que fréquemment, entre les deux époques normales d'éruption menstruelle, l'écoulement sanguin reparaissait vers le milieu du mois. Cette abondance insolite du flux hémorrhagique prouvait évidemment qu'il y avait des troubles profonds dans les fonctions de l'appareil générateur. Conséquemment, il était impossible de se refuser à croire à l'existence d'une altération physique, matérielle, probablement appréciable de l'utérus lui-même, et c'est sur cet organe que notre attention s'est immédiatement portée.

Nous avons pratiqué le toucher avec le plus grand soin, et voici ce que nous avons trouvé : le col était gros, mou, n'offrant point cette dureté qu'il présente ordinairement. Le doigt semblait se promener sur une surface comme veloutée, et percevait une sensation analogue à celle que l'on éprouve lorsqu'il y a une excoriation des bords du museau de tanche. En même temps, nous avons senti le corps de la matrice dans la région hypogastrique, et nous avons pu le soulever avec le doigt ; cette circonstance de la présence du corps de la matrice dans l'hypogastre et de la possibilité de le soulever avec le doigt n'est point une chose ordinaire, et constitue un état anormal. Chez cette femme, le toucher pratiqué sur le col avec l'extrémité du doigt était douloureux, et la malade disait que les douleurs répondaient dans les reins. En outre, le col était fortement abaissé, sans qu'il fût possible de constater de renversement. On arrivait promptement sur lui, et le doigt à peine introduit dans le vagin le rencontrait presque aussitôt. Ainsi de l'ensemble de ces signes résultait ce diagnostic : abaissement considérable de l'utérus, sans renversement ; gonflement du col et du corps ; probablement quelques excoriations sur le col, dont la consistance était notablement diminuée.

Pour avoir une certitude complète sur l'existence de ces excoriations, que nous ne faisions encore que soupçonner, il était nécessaire d'examiner la malade au spéculum. C'est ce que nous fîmes. Le col était rougeâtre ; la membrane qui tapisse l'intérieur du col faisait en quelque sorte hernie au-dehors, ou du moins le col était un peu entr'ouvert, et l'on voyait très facilement la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de cette partie. Cette membrane est rousse ; c'était elle que l'on sentait fongueuse et comme veloutée, et qui donnait au doigt cette sensation particulière dont nous avons parlé. Il y avait en outre quelques rougeurs sur le col de l'utérus.

On a souvent pris pour des ulcérations de la partie vaginale du col de l'utérus des altérations des parties de l'organe qui n'appartenaient pas au col. C'est le propre de l'inflammation de déterminer l'état béant du col de l'utérus, et de refouler en bas et en dehors, en quelque sorte, la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du col. Il est assez souvent arrivé, qu'en apercevant cette surface rouge déterminée par la hernie de la membrane muqueuse du col, et ne pouvant définir d'une manière satisfaisante ce qui s'était passé, il est arrivé, disons-nous, que l'on a attribué à l'ulcération une rougeur qui appartenait à la partie intérieure du col; cette erreur peut avoir de graves inconvénients pour la pratique. Il importe de savoir que si l'on fait la cautérisation alors, ce n'est pas sur la partie externe du col, comme on est tenté de le croire d'abord, mais sur la face interne ou du moins sur la membrane qui tapisse cette face interne que l'on agit.

Voilà ce que nous avons constaté chez cette femme. Mais ce n'était pas là tout. Indépendamment de cette disposition, il y avait de la rougeur sur la face externe du col utérin. D'après l'ensemble de ces phénomènes tant physiques que fonctionnels quel devait être le diagnostic ? quel devait être le traitement ? Chez cette femme, les symptômes inflammatoires qui existaient évidemment indiquaient l'emploi des antiphlogistiques, et faisaient une loi de les appliquer avec énergie. Nous avons commencé le traitement d'après ces indications en faisant pratiquer quelques petites saignées du bras, et des applications locales émollientes sur la région hypogastrique. Nous avons ordonné la position complétement horizontale, avec défense expresse à la malade de quitter le lit. L'importance de cette position horizontale et du décubitus dorsal est admise par tous les praticiens et n'a pas besoin d'être plus longuement discutée. Elle est fondée sur la disposition anatomique des parties. La matrice occupe une position déclive pendant la station. Si l'on permet à la malade non pas seulement de prendre une position verticale en restant debout, mais même de se tenir assise soit sur une chaise, soit dans son lit, l'utérus, en vertu des lois de la pesanteur, se gonflera de sang, et deviendra le siége d'une congestion qui entretiendra le travail inflammatoire.

On a dit avec raison que, dans les maladies utérines, employer le traitement le plus rationnel sans faire observer la position horizontale, c'était agir inutilement, et qu'il ne fallait compter sur aucun résultat. On a ajouté, avec non moins de justesse, qu'il vaudrait certainement beaucoup mieux négliger tous les autres moyens et se borner à cette position horizontale, que l'on obtiendrait ainsi des succès bien plus complets. Il en est des maladies de la matrice comme des affections des membres inférieurs. Il y a souvent des plaies, des ulcères des extrémités inférieures. Eh bien ! quoi qu'on fasse et quelque logiques et rationnelles que soient les méthodes que l'on met en usage, on n'obtient point de cicatrisation de ces ulcères si les malades marchent. De même faut-il faire pour les maladies de la matrice. Nous le répétons, la position horizontale est indispensable, et il faut la faire conserver aux femmes malades de la manière la plus sévère sous peine de ne point les voir guérir. Nous attachons à cette prescription une importance telle que si une de nos malades affectées de métrite et soumise au traitement enfreint nos ordres et se lève, nous la punissons en la mettant à la diète. Si elle recommence, nous la renvoyons immédiatement.

Les émissions sanguines, que nous prescrivons pour les femmes atteintes de maladies de l'utérus, chez celle-ci entre autres, sont presque toujours des saignées du bras. Elles ont le double avantage, et de désemplir le système sanguin, et de détourner le sang des extrémités inférieures. La saignée du bras semble attirer le sang des autres parties du corps. C'est un véritable effet dérivatif. De même qu'en mettant des sangsues sur les lèvres de la vulve, on attire le sang du côté de l'appareil générateur et principalement vers l'utérus lui-même, de même on parvient à le détourner en les appliquant loin des mêmes parties, ou en pratiquant une saignée peu abondante dans un point éloigné de l'économie. Il est quelquefois arrivé que l'on a mis des sangsues à la vulve dans un but coupable ; le plus souvent, nous devons le dire, on ne réussit pas, et c'est fort heureux autant au point de vue de la morale qu'au point de vue de la santé des femmes que l'on soumet à ces épreuves dangereuses. Cependant, cette pratique n'est pas sans une certaine influence sur les congestions utérines, et l'on a, par l'application des sangsues, quelques chances de plus d'attirer le sang vers l'organe gestateur et de provoquer l'avortement.

Lorsque l'on pratique une saignée du bras, c'est un effet diamétralement opposé que l'on cherche à produire, et très souvent on réussit à diminuer le mouvement congestionnaire et la stase du sang dans le système vasculaire de l'utérus. Dans les affections un peu anciennes et invétérées, tendant à passer à l'état chronique, il arrive fréquemment que l'on ne réussit pas à l'aide de ces seuls moyens, surtout lorsqu'il y a des excoriations. Dans ces cas de cette dernière espèce, il est souvent utile d'exciser la surface ulcérée, et cela au moyen de la cautérisation, en vertu des mêmes principes qui font pratiquer la cautérisation aux membres inférieurs qui présentent des ulcérations, dans le but de provoquer une cicatrisation plus rapide. C'est en raison des mêmes raisonnements que l'on cautérise quelquefois la surface de la conjonctive. Dans un but absolument semblable, on applique la cautérisation aux ulcérations du col de la matrice, lorsqu'elles sont rebelles et opiniâtres, et que les moyens ordinaires et plus doux n'ont pas suffi ou semblent avoir une action trop lente.

C'est avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure, que nous faisons ces cautérisations le plus ordinairement. Dans le cas actuel, nous avons été, vu l'insuffisance de la médication exclusivement antiphlogistique, forcés de recourir à l'emploi de ces cautérisations, et sous leur influence nous avons vu diminuer et l'inflammation, et le volume anormal du col de la matrice. Cependant, même après cet énergique traitement, il restait encore de la rougeur et de la bouffissure du col utérin ; il nous a semblé qu'il y avait encore quelque chose de plus à faire ; il nous a semblé qu'il était absolument nécessaire d'en venir à une cautérisation plus énergique et plus profonde, nous voulons parler de celle avec le fer rouge, qui certainement a été, par quelques auteurs, trop vantée comme efficace dans tous les cas, mais qui n'en présente pas moins, dans un grand nombre de circonstances, un moyen de la plus haute valeur, et dont on peut retirer d'immenses avantages.

La cautérisation avec le fer rouge est plus profonde, plus vive, plus perturbatrice que celle que l'on fait avec les acides ou avec les sels caustiques dont nous venons de parler il n'y a qu'un instant. Nous l'avons donc mis en usage chez notre malade, et cela à trois reprises différentes. Après la seconde, il était évident que nous avions obtenu un changement, une amélioration notables. A la troisième, il n'y avait presque plus de rougeur au col utérin. Nous sommes fondé à penser, d'après cela, que nous n'aurons pas besoin de faire de nouvelles cautérisations. Et ici, deux mots sur quelques autres avantages que présentent encore sur les cautérisations ordinaires l'emploi du fer rouge ; d'abord, il a ceci de précieux qu'il n'y a point de substances salines portées sur le corps de l'utérus. Les substances avec lesquelles on cautérise sont toujours un peu absorbées, si peu que ce soit. C'est à tort, suivant nous, que l'on a prétendu que cette absorption n'avait pas lieu. Nous avons eu des preuves certaines du contraire. Nous avons vu, entr'autres faits remarquables et irrécusables, la salivation survenir chez une femme à la suite d'une cautérisation sur le col utérin avec le nitrate acide de mercure ; lorsque l'on emploie le nitrate d'argent, on a vu quelquefois, beaucoup plus rarement il est vrai, survenir des changements dans la coloration générale de la peau des malades ; coloration analogue à celle que l'on a vu souvent survenir chez les individus auxquels on administrait le nitrate d'argent à l'intérieur, chez les épileptiques, par exemple. On sait que pendant un temps on s'est livré à des expérimentations sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'épilepsie. Jamais, il est vrai, l'on n'a vu la peau devenir complétement noir ; mais les téguments de la surface du corps ont été affectés d'un léger changement de coloration.

Les cautérisations par le fer rouge ne sont pas irritantes, et cependant paraissent exciter d'une manière un peu plus favorable les parties malades que ne le font les cautérisations salines. Dans le cas actuel, était-il bien urgent de faire des cautérisations ? Nous devons prévoir cette objection, et y répondre. Oui, à notre avis, il était important de mettre en pratique cette énergique médication, car les moyens ordinaires n'avaient pas fait raison de la maladie. Si on l'avait abandonnée à elle-même, sans lui opposer un traitement énergique, nul doute qu'il ne fût survenu par la suite une dégénérescence organique de l'utérus. Il serait arrivé un état fongueux, auquel aurait succédé une ulcération rongeante. Ces altérations rongeantes, ces inflammations avec développement énorme et augmentation du volume du col n'ont peut-être pas le caractère cancéreux ; ce sont des altérations qui ressemblent beaucoup au cancer, mais qui n'en sont pas essentiellement l'analogie, et qui n'offrent pas, à beaucoup près, la gravité des affections cancéreuses, bien qu'elles soient loin elles-mêmes d'être innocentes. La preuve de leur différence de nature en est dans la ligature, qui a quelquefois réussi ; on ne comprendrait pas que, si c'était un cancer, il n'y eût pas repullulation, et cependant, quelquefois, on obtient un bon résultat, quoique les fils de la ligature soient bien rapprochés de la plaie.

Z.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 février 1846. — Présidence de M. Fouquier.

Lecture est faite du procès-verbal de la séance précédente, lequel est mis aux voix et adopté.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire *Sur la Blennorrhagie urétrale*, et un *Essai sur les eaux minérales;* par M Mayer (de Besançon). L'auteur sollicite le titre de membre correspondant.

2° Une brochure intitulée : *De la peste orientale*, et *de la nécessité d'une reforme dans les quarantaines;* par M. le docteur Mouton (de Trieste). — Rapporteur, M. Pédelaborde.

La Société décide, après discussion, que désormais le titre de membre correspondant pourra être accordé sur une demande, accompagnée d'un travail imprimé. Mention de cette modification au règlement sera faite au procès-verbal.

— *M. Serrurier* lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Coursserant, et un mémoire de ce médecin, intitulé : *De la transposition générale des viscères en hétérotaxie.*

Le mémoire de M. Coursserant a été fait à l'occasion d'un cas remarquable d'hétérotaxie récemment observé par l'auteur, et diagnostiqué pendant la vie. Après avoir donné les détails de ce fait, l'auteur présente quelques considérations générales sur les hétérotaxies, et sur les ectopies partielles, sur celles du cœur en particulier. L'auteur cite un assez grand nombre de cas authentiques, desquels il résulte que, contrairement à l'opinion de M. Bouillaud, des ectopies du cœur ont été constatées, sans déplacement des autres viscères. M. le rapporteur, après une analyse rapide des faits indiqués par M. Coursserant, conclut avec lui en disant que l'assertion de M. Bouillaud, à savoir : que la transposition du cœur n'est qu'un élément d'un renversement général des viscères du thorax et de l'abdomen, est manifestement trop exclusive et contraire à l'observation,

Le rapporteur termine en proposant l'admission de M. Coursserant comme membre résident.

M. Fouquier a rencontré un fait à peu près semblable à celui dont il vient d'être fait mention, et en a publié l'histoire, il y a vingt-cinq ans environ, dans un journal de médecine. Il se rappelle à ce propos plusieurs faits du même genre cités par Portal dans son Anatomie générale.

Portal, tout en convenant que les transpositions générales sont beaocoop plus fréquentes que les transpositions partielles, avait cependant observé deux ou trois exemples de ces dernières, et ce nombre, si petit qu'il soit, suffit pour en prouver d'une manière irrécusable la possibilité.

M. Fouquier convient qu'avant la découverte de l'auscultation et de la percussion, il a dû quelquefois arriver que l'on ait cru à une transposition du cœur là où elle n'existait véritablement pas. Des épanchements pleurétiques auront pu en imposer, et causer des erreurs désormais impossibles avec les moyens actuels d'investigation. M. Fouquier se résume en disant que de ceci, que les transpositions partielles sont beaucoup plus rares que les transpositions générales, il est impossible de conclure, en présence de faits authentiques, et quoi qu'on en ait pu dire, que les transpositions partielles n'existent pas.

L'admission de M Coursserant est mise aux voix et prononcée.

M. Léger. Les fissures à l'anus, traitées encore par bon nombre de praticiens, exclusivement par l'incision, peuvent pourtant guérir souvent sans cette opération. C'est ce qu'il est bon de répéter, surtoot dans une Société qui s'occupe principalement de pratique. Depuis que Boyer, notre consciencieux et vénéré maître, enseigna le moyen de guérir sûrement la fissure anale par l'incision, quelques modifications ont été apportées dans le traitement de cette maladie ; et s'il est des praticiens qui s'arment trop volontiers du bistouri, il est juste de dire que beaucoup ont essayé avec succès d'autres moyens.

Pour mon compte, j'ai vu un assez bon nombre de fissures bien constituées ; et presque toujours, avant de proposer l'incision, j'ai essayé des divers moyens préconisés. Celui qui m'a le mieux et le plus souvent réussi, c'est le nitrate d'argent fondu. Ce caustique, d'une efficacité si grande dans beaucoup d'autres cas, et qui agit plutot en modifiant la vitalité des tissus qu'en les détruisant, réussit à merveille chez les sujets qui ont la raison de supporter avec courage la douleur très cuisante que cause quelquefois cette application.

Voici un cas dans lequel il n'était pas convenable d'adopter le traitement par l'incision, et pourtant il y avait urgence de tenter la guérison de la malade.

Madame M..., âgée de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, primipare, enceinte de huit mois, avait souvent de la constipation, mais sans douleurs notables lors de la défécation. Elle avait aussi été sujette à des hémorrhoïdes, mais sans qu'elles présentassent rien d'extraordinaire. Au 28 novembre, cette dame, que je devais accoucher, me consulta pour des douleurs excessives qu'elle ressentait à l'anus et dans le rectum depuis deux mois. Sa présence à la garderobe était un supplice qu'elle retardait le plus possible ; plusieurs fois il lui arriva d'être cinq ou six jours sans s'y présenter. Les douleurs qu'elle ressentait lors de la sortie des *fèces* étaient, selon son expression, atroces ; leur retentissement durait quatre, cinq et six heures, pendant lesquelles elle était incapable de quoi que ce soit. L'émission d'un vent lui causait une douleur aiguë.

Un sentiment exagéré de pudeur l'avait fait endurer longtemps ce martyre, sans vouloir permettre qu'on m'en parlât ; mais les choses vinrent à un tel point que son mari me fit venir, et l'obligea à se soumettre à l'examen qu'elle redoutait tant Il existait d'ailleurs, depuis quinze jours, un sentiment de cuisson très vif et continuel à la marge de l'anus, avec un suintement assez abondant.

L'examen des parties me fit voir une affection de la peau des fesses autour de l'anus, d'un rayonnement de 4 à 6 centimètres. La peau était rouge, comme excoriée, et sécrétant assez abondamment pour souiller promptement le linge dont on la recouvrait. Il fut impossible, cette première fois, d'explorer l'intérieur de l'anus, tant la sensibilité était grande. Je prescrivis de fréquentes lotions avec la décoction de guimauve et de capsules de pavot, trois fois dans les vingt-quatre heures une injection tiède avec 60 grammes d'eau de guimauve et 1e centigr. d'extrait aqueux de belladone, le repos au lit, et, après chaque lotion, de saupoudrer l'anus et son pourtour avec de la fécule de pomme de terre.

Deux jours après, il y avait un mieux notable, et je pus développer assez l'anus pour y constater l'existence de deux fissures : l'une, très profonde, aux bords élargis et blanchâtres, au fond saignant, située sur le côté droit de l'intestin, et s'étendant assez loin pour ne pas me permettre d'en apprécier la longueur ; l'autre, située à la partie postérieure, mais plus superficielle. Du reste, toute la muqueuse était fortement irritée, et chacun des plis de l'anus semblait être une petite fissure.

Sans prévenir la malade, et m'y étant préparé à l'avance, j'introduisis dans l'anus, en appuyant principalement sur le côté droit, un assez fort cylindre de nitrate d'argent ; je l'y laissai le plus longtemps possible, deux ou trois secondes au plus. Je supprimai les injections, et prescrivis de nourrir la malade avec des potages et des légumes herbacés. Je recommandai que, le deuxième jour au matin, on fit une injection avec 20 centigr. de belladone, pour rendre mon examen plus facile. A mon retour, j'appris que la douleur causée par le caustique n'avait duré que deux heures environ, c'est-à-dire, avait été beaucoup moindre, sous tous les rapports, que celle causée ordinairement par les garde-robes.

Les choses allèrent toute la journée s'amendant. Trois autres considérations, mais plus superficielles, furent pratiquées à trois et quatre jours d'intervalles. Le 20 décembre, la malade se portait parfaitement, et n'avait plus, par réminiscence, que la peur du mal en se présentant à la garderobe.

Elle accoucha heureusement le 25 décembre, et aujourd'hui, 7 février, elle se porte parfaitement.

Cette femme, tout près d'accoucher, avait une maladie qui la rendait extrêmement malheureuse. En tenter la cure par une incision à l'anus n'était pas chose prodente, à la veille surtout d'un travail qu'on pouvait craindre long et pénible chez une primipare de vingt-huit ans. La cicatrisation dans l'opération de la fissure se fait souvent en peu de temps ; mais quelquefois aussi elle se fait attendre. J'ai opéré il y a cinq ans une demoiselle de trente ans, chez qui la cicatrice n'a été parfaite qu'après deux mois. Or, ici, l'emploi d'un moyen qui ne compliquât pas sa position, était le seul à tenter, et le nitrate d'argent a merveilleusement rempli mon attente.

Le secrétaire annuel, Dr A. Foucart.

---

* Par suite de démarches faites auprès de lui, par plusieurs membres du Conseil général des hôpitaux, M. Orfila aurait, dit-on, retiré sa démission de membre de ce Conseil.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 30. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. JOBERT (de Lamballe.)

Brûlure du bras et de la poitrine. Adhérences vicieuses. Perte des mouvements du bras. Destruction des adhérences. Autoplastie. Guérison.

Le 3 mars 1846, M. Jobert présente à sa visite un ouvrier des ports qui fut, il y a plusieurs années, affecté d'une vaste brûlure occupant tout le côté gauche de la poitrine, ainsi que le bras du même côté.

Cet homme fut reçu à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Boyer, qui lui donna ses soins et parvint à le guérir de cette brûlure. Mais, malgré toute l'attention que l'on prit pour prévenir des cicatrices vicieuses, les tissus se rétractèrent tellement, que le bras resta appliqué sur le thorax et maintenu ainsi par des adhérences intimes. On constatait alors que le creux de l'aisselle était complètement disparu, que le bras gauche, dans la moitié de sa longueur, était en contact immédiat avec la poitrine ; et enfin, que cet homme ne pouvait plus se livrer à ses occupations habituelles.

Quelque temps après, ce malade entra dans le service de M. Jobert, qui conçut le projet de pratiquer une opération pour rendre au membre ses fonctions.

Ce chirurgien commença par inciser une bride résistante qui s'étendait du thorax à la partie interne du bras, ce qui permit de suite d'écarter le membre du tronc ; mais on avait alors une vaste plaie, dont la cicatrisation eût inévitablement rapproché le membre du thorax, déterminé de nouvelles adhérences, et rendu par cela même l'opération inutile.

Cette considération engagea M. Jobert à combler la perte de substance avec un lambeau taillé aux dépens de la partie antérieure de la poitrine. Il opéra ensuite la torsion du pédicule du lambeau, porta celui-ci dans le creux de l'aisselle, où il le fixa à l'aide de plusieurs points de suture.

Le lambeau conserva sa vitalité, et la réunion fut complète. C'est alors que M. Jobert opéra la section du pédicule pour détruire le tiraillement produit par les nouvelles adhérences que le lambeau avait contractées dans la région axillaire. La plaie de la partie antérieure de la poitrine ne tarda pas à se cicatriser ; on constata alors que le bras formait un angle droit avec le thorax, et qu'il jouissait de mouvements assez étendus pour permettre au malade de reprendre ses occupations.

Aujourd'hui même on voit encore sur la poitrine une cicatrice, indice de la place qu'occupait primitivement le lambeau, et le pédicule, qui, une fois incisé, s'est rétracté vers ce lambeau. On aperçoit enfin le lambeau lui même, qui occupe maintenant la partie antérieure de la région axillaire.

Pour terminer ce que nous avons à dire de ce malade notons que le bras peut exécuter librement tous les mouvements dont jouit ordinairement l'articulation scapulo-humérale, et que le lambeau, dont la coloration n'a subi aucune modification, possède une sensibilité et une vitalité très développées.

Que s'est-il donc passé là du côté des vaisseaux et des nerfs? Déjà l'esprit investigateur de l'homme a pu deviner quelques secrets de la nature ; déjà son œil scrutateur, armé d'instruments convenables, a pu la surprendre en partie dans ses travaux. Personne, en effet, n'ignore les moyens qu'elle emploie pour le rétablissement de la circulation dans le lambeau. On sait aujourd'hui que les vaisseaux et les nerfs du pédicule suffisent pour entretenir la chaleur, la sensibilité, en un mot la vitalité dans tout le lambeau, et qu'il existe, après son adhérence aux nouvelles parties et l'excision complète de son pédicule, des vaisseaux de nouvelle formation, lesquels rattachent la circulation du lambeau à la circulation générale.

Mais en est-il ainsi des nerfs, s'est-il produit des nerfs de nouvelle formation, ou bien les filets nerveux du lambeau se sont-ils anastomosés avec ceux des parties voisines; c'est là un problème de haute physiologie dont la solution se fera sans doute encore attendre longtemps. Quoi qu'il en soit, quand on pique le lambeau avec une épingle ou quand on le pince, le malade en perçoit la sensation, qu'il rapporte, non plus à la région où ce lambeau a été pris, mais à la région qu'il occupe actuellement.

Cette observation nous montre quels sont les avantages que présente l'autoplastie dans certains cas. Si, lorsqu'il s'agit de compléter ou de former de toutes pièces un organe délicat, complexe ou apparent, comme un nez, une oreille, etc., l'autoplastie ne peut qu'imiter imparfaitement et grossièrement la nature, il faut avouer aussi qu'elle offre de grandes ressources au chirurgien pour corriger des vices de conformation, soit naturels, soit accidentels, ou pour rendre à certains organes leurs fonctions. Ainsi, le malade dont nous venons de rapporter l'histoire se voyait forcé de quitter sa profession, et l'autoplastie seule, en rendant au membre ses mouvements, lui permit de reprendre ses occupations habituelles.

Bec-de-lièvre congénital et compliqué. Opération pratiquée au vingt-sixième jour après la naissance. Guérison.

Au n° 12 de la salle Saint-Augustin se trouve une femme d'une bonne constitution, qui est accouchée, il y a deux ans environ, d'un premier enfant bien conformé. Dans les premiers jours de février 1846, elle accoucha de nouveau d'un enfant assez fort, mais affecté d'un vice de conformation congénital. Il présente du coté gauche un bec-de-lièvre unique et compliqué de division de la voûte palatine. C'est pour faire pratiquer une opération à son enfant que cette femme entra à l'hôpital Saint-Louis, le 25 février 1846. L'enfant était alors âgé de vingt-trois jours, et présentait l'état suivant : On voyait à la lèvre supérieure, et un peu à gauche de la ligne médiane, une division qui s'étendait jusqu'à la narine correspondante, et dont les bords étaient arrondis, couverts d'une membrane vermeille et notablement écartés dans toute leur hauteur. Le maxillaire gauche et l'os intermaxillaire ne forment point de saillie notable. Outre cette division anormale de la lèvre supérieure, la voûte palatine est également divisée, et ses parties latérales écartées l'une de l'autre.

Quant aux troubles fonctionnels, l'enfant ne peut prendre le sein du côté du bec-de-lièvre ; tandis que du côté droit la succion s'opère facilement, en prenant soin de présenter à l'enfant le sein du côté droit de la cavité buccale. La mère n'a remarqué jusqu'à ce jour aucune diminution dans l'embonpoint de son enfant.

Nous avons oublié de faire remarquer que cette femme ne connaît, ni dans sa famille, ni dans celle de son mari, des personnes affectées de ce vice de conformation ; elle affirme aussi que, pendant sa grossesse, elle n'a point vu de bec-de-lièvre ni éprouvé quelques troubles de l'imagination qui aient pu exercer une influence fâcheuse sur le produit de la conception. On ne peut donc point invoquer ici, comme cause du vice de conformation, des vices de famille ou des troubles de l'imagination. Ce bec-de-lièvre résulterait-il d'un arrêt de développement dont la cause nous échappe?

Le 28 février, M. Jobert opéra avec des ciseaux l'avivement simple des bords de la solution de continuité, et leur rapprochement à l'aide de deux épingles et de la suture entortillée. Le petit opéré ne perdit que très peu de sang, et il ne survint, pendant ou après l'opération, ni syncopes, ni accidents graves. Le lendemain, l'enfant éprouva seulement quelques coliques, sans vomissements ni selles sanguinolentes.

Le 4 mars, c'est-à-dire le quatrième jour à dater de l'opération, on enleva les épingles, qui n'avaient déterminé aucune déchirure des tissus, et la réunion était parfaite. Ce jour même la mère demanda sa sortie.

Notons, pour terminer: 1° que les points de suture restèrent pendant quatre jours, et que, pendant tout ce temps, l'enfant ne cessa de prendre le sein et de se nourrir comme avant l'opération ; 2° que les cris poussés par l'enfant et les mouvements de la lèvre nécessaires pour la succion n'ont point déterminé la déchirure des tissus, ni empêché la réunion de s'opérer.

Cette observation ne manque point d'intérêt, surtout à une époque où les auteurs sont loin de s'accorder sur cette question : A quel âge peut-on et doit-on opérer le bec-de-lièvre congénital ?

Des autorités puissantes, parmi lesquelles on peut compter Dionis, Garengeot, Bertrandi, Lassus, Boyer, etc..., se sont prononcées en faveur de l'opération tardive. D'autres autorités non moins imposantes ont préféré l'opération prompte : tels sont Ledran, Heister, Louis, Sabatier, Dupuytren, MM. Blandin, Dubois, Velpeau, etc.

Les partisans de la première opinion ont fait valoir les raisons suivantes : A une époque rapprochée de la naissance, les enfants n'ont point assez conscience de la difformité dont ils sont affectés, pour en souhaiter la guérison et pour se prêter à une opération ; ils crient presque continuellement, et leurs lèvres, par instinct, exécutent sans cesse des mouvements propres à la succion. De plus, dans un si bas âge, les lèvres sont si peu épaisses, les tissus si peu solides, que l'on risque avec les épingles de les déchirer et, par cela même, de ne point atteindre le but qu'on s'était proposé, celui d'obtenir une réunion exacte et régulière pour remédier à une difformité très apparente.

Boyer, tout en se prononçant en faveur de l'opération tardive, en excepte cependant les cas où la fente labiale s'oppose à la succion, et ceux où le lait passe en totalité de la bouche dans les narines et ressort par ces ouvertures ; alors, dit-il, il faut opérer de suite.

Parmi les chirurgiens qui donnent le précepte de retarder l'opération, il s'en faut beaucoup qu'ils soient d'accord sur l'époque à laquelle il convient d'opérer ; ainsi, Dionis préfère l'âge de cinq à six ans, Garengeot celui de quatre à cinq, et Lassus celui de deux à trois ans.

« Un conseil plus utile, dit ce dernier chirurgien, est de n'opérer les enfants que vers l'âge de deux à trois ans, lorsqu'ils sont susceptibles de raison et de docilité. » (Path. chir., t. II, p. 453.)

On a de la peine à comprendre comment cet auteur a pu donner sérieusement ce conseil en alléguant que l'enfant serait plus raisonnable et plus docile, qu'il sentirait alors la nécessité d'une opération et supporterait la douleur avec plus de courage.

Les cris, les mouvements nécessaires à la succion, le peu d'épaisseur des lèvres, la délicatesse et la mollesse des tissus ne constituent point des contre-indications sérieuses pour les auteurs qui recommandent de pratiquer l'opération de bonne heure.

Ainsi, M. Jobert prétend que l'on a beaucoup trop exagéré l'influence que peuvent avoir sur le résultat de l'opération les cris, la succion et la mollesse des tissus. Il pense que peu de temps après la naissance la déchirure des tissus n'est point à craindre, lorsqu'on prend le soin de comprendre dans la suture une assez grande quantité de tissus, et qu'alors le rapprochement des bords avivés est plus facile, la coaptation plus exacte et la réunion plus fréquente.

En résumé, on doit opérer immédiatement après la naissance, ou le plus tôt possible, le bec-de-lièvre qui ne permet point la succion du mamelon, et par suite la nutrition de l'enfant. Le même précepte sera encore suivi lorsque le bec-de-lièvre sera, comme chez le petit malade dont nous venons de parler, compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais ; car on sait parfaitement qu'après la réunion de la lèvre l'écartement des os de la voûte palatine diminue, et que cette diminution peut être portée au point qu'il en résulte une véritable oblitération, ainsi qu'on l'a déjà observé plusieurs fois.

Dupuytren, bien qu'admettant l'opération prompte, préférait cependant l'âge de trois mois, parce qu'alors, disait-il, la vie était plus assurée, et les chances de mortalité moindres qu'à la naissance.

Vu l'importance de la question et la dissidence des praticiens sur ce point, nous avons cru devoir exposer les arguments en faveur de chacune des deux opinions ; ajoutons maintenant que la plupart des chirurgiens modernes sont aujourd'hui d'avis d'opérer de bonne heure, et que pour le bec-de-lièvre double et compliqué de division de la voûte palatine avec saillie de l'os intermaxillaire, les uns pratiquent l'opération en deux séances, et les autres en une seule.

— Dans un prochain numéro, nous publierons l'observation d'un malade affecté d'une tumeur blanche du genou droit, pour laquelle M. Jobert a pratiqué l'amputation de la cuisse, et qui a fourni à M. Lugol l'occasion de se livrer à des considérations pratiques sur cette affection.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Méningite chronique.

Au n° 16 de la salle Sainte-Madeleine est couché le nommé Kollmann, âgé de cinquante-six ans, batteur d'or, marié depuis vingt-quatre ans, veuf depuis dix-huit mois, père de trois enfants. Il est d'un tempérament sanguin, d'une constitution moyenne, d'un embonpoint médiocre.

Cet homme, d'une santé habituellement bonne, fut pris, en 1842, de fièvres intermittentes, qui durèrent trois semaines, et furent guéries par l'emploi du sulfate de quinine. Cependant, à de nouvelles questions qu'on lui adresse, il répond se souvenir que peu de temps après son mariage il fut sujet à des attaques épileptiformes, se manifestant principalement pendant la nuit, attaques qui ne se renouvelaient guère qu'une ou deux fois chaque mois, et qui, plus tard, ne se répétèrent plus que très rarement. Elles avaient même complètement cessé deux ans avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie actuelle.

Le 1er novembre 1845, le malade s'aperçut tout à coup que sa langue était embarrassée, qu'il éprouvait une gêne totale de la parole, et que les sons n'étaient articulés qu'avec peine. Cette circonstance lui rappela alors que quelques jours auparavant sa jambe gauche était devenue plus faible que la jambe droite, et qu'elle buttait continuellement contre le pavé, sans qu'il pût se rendre compte de ce phénomène, ni en découvrir la cause. Rentré chez lui, il fit appeler un médecin, qui ordonna des sinapismes aux jambes, et fit faire le lendemain une application de sangsues à l'anus. Ce traitement ne fut suivi d'aucun résultat; les accidents, loin de s'amen-

der, augmentèrent d'intensité; le malade se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, ville où il demeurait alors. De nouvelles applications de sinapismes aux membres inférieurs; des frictions sur les jambes et les cuisses avec le liniment volatil camphré; des pédiluves; des purgatifs pour combattre une constipation assez opiniâtre : tel fut le traitement qui fut alors employé, et qui amena une légère diminution dans l'embarras de la langue et dans la faiblesse de la jambe gauche. La parole devint un peu plus libre, la marche plus facile. Forcé par des motifs d'intérêt de quitter Lyon, il sortit de l'hôpital, où il avait séjourné pendant vingt-quatre jours, et revint à Paris.

Le 11 décembre, jour de son arrivée à Paris ; il fut admis à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Honoré; à cette époque il éprouvait une faiblesse notable dans tout le côté gauche avec diminution de la sensibilité, et un peu d'embarras de la parole. Il nous dit qu'on ne lui fit pas suivre de traitement actif, et qu'on se borna à lui prescrire une tisane de tilleul avec du sirop d'écorces d'oranges, et quelques frictions avec le liniment volatil camphré. N'éprouvant aucun soulagement, ce malade demanda à changer de service, et il entra à la salle Sainte-Madeleine le 1er janvier dernier.

Interrogé par le chef de service sur les causes probables auxquelles il croyait pouvoir rapporter la production de sa maladie, il déclara avoir éprouvé de vives contrariétés dans sa famille, qui le forcèrent de quitter Paris pendant quelque temps. Cet homme n'a jamais habité, nous dit-il, de lieu humide; il n'a jamais reçu de coup à la tête; depuis son mariage, il nous assure avoir mené une vie très régulière, laborieuse; le travail absorbait presque tous ses moments. Etant garçon, il s'adonnait avec excès aux plaisirs de l'amour ; il aimait aussi les liqueurs alcooliques et le vin, dont il faisait une assez grande consommation, mais il n'allait que très rarement jusqu'à l'ivresse.

Des renseignements pris sur l'état de santé de ses parents et sur la question d'hérédité, il résulte que son père mourut à l'âge de trente-huit ans, d'un accident; sa mère succomba à la suite de couches; un des frères du malade, d'une très forte et robuste constitution, adonné à la boisson, mourut il y a quelques années après une maladie qui dura onze jours : un des phénomènes qui furent observés pendant cette affection, fut la paralysie de la moitié gauche du corps; et douze heures environ avant la mort il y eut perte complète de connaissance, de laquelle le malade ne sortit point. Un autre frère, curé en province, est atteint depuis quelque temps d'épilepsie. Les attaques, extrêmement violentes, se répètent quatre à cinq fois par jour; et au moment où le malade nous donne ces renseignements, ce frère est dans un état des plus alarmants. Deux de ses sœurs sont mortes. L'une fut emportée par une fièvre cérébrale au bout de quelques jours de maladie; ses enfants sont d'une bonne santé. Enfin la seconde a succombé à une affection semblable à celle que présente le malade couché dans nos salles, et dont nous rapportons l'histoire. Les enfants de ce dernier sont vigoureux et jouissent d'une excellente santé. Voici l'état que l'on constate au moment de la première visite.

Le 8 janvier, le malade est dans un état de prostration assez marquée. Sa mémoire est sensiblement diminuée. Il n'existe pas de céphalalgie. La vue se trouble et paraît s'affaiblir chaque jour. L'ouïe est bonne. Cependant de temps en temps il existe des bourdonnements dans l'oreille gauche. Les sens du goût, de l'odorat et du tact, sont dans un état parfaitement normal.

La température est plus basse dans toute la moitié gauche du corps; et si le malade se lève pour faire quelques pas, aussitôt le froid augmente dans cette région : les téguments de cette moitié du corps semblent aussi prendre une teinte violette, comme ecchymosée. Le sujet ne peut lever que très difficilement son bras gauche jusqu'à sa tête, il lui est impossible de le lever plus haut. L'avant-bras se plie également sur le bras; la main peut se fermer et s'étendre, mais les doigts ne serrent pas les objets qu'ils embrassent. La sensibilité du membre supérieur gauche est singulièrement diminuée.

Si le malade descend de son lit en posant la jambe gauche la première sur le sol, il tombe aussitôt. Pour y remonter, il faut qu'il prenne un point d'appui sur la jambe droite. Lorsqu'on le fait marcher, la jambe droite se lève très bien; mais la gauche traîne sans quitter le sol. La station est assez ferme lorsque les deux jambes ont une large base de sustentation; mais si la jambe gauche appuie seule sur le sol, alors la chute du corps a lieu sur-le-champ.

Les mouvements de flexion du membre abdominal gauche sont libres, mais se font avec lenteur, comme ceux du bras du même côté. La sensibilité du bras est aussi diminuée, mais à un moindre degré cependant que celle du membre thoracique correspondant. Pendant quelque temps ces parties ont été le siége de crampes très douloureuses, qui duraient de sept à huit minutes; ces crampes ont presque totalement cessé aujourd'hui. Presque continuellement il y a des bâillements répétés; et il arrive assez souvent que par suite d'une contraction spasmodique des muscles de la mâchoire, la bouche reste quelque temps ouverte sans qu'il soit possible au malade de la fermer. La langue sort normalement de la bouche, et n'est déviée ni à droite, ni à gauche. Mais il y a deux mois, au dire du malade, elle obliquait fortement de côté. Le sujet ne peut nous dire si c'était à droite ou à gauche.

La parole est embarrassée. Le malade, légèrement bègue de naissance, prononce aujourd'hui très difficilement certains mots, surtout ceux qui commencent par un P, un B ou un D. Peu d'appétit. Le malade a un grand dégoût pour le vin, qu'il aimait jadis beaucoup; il affectionne principalement le lait. La mastication, la déglutition et la digestion sont faciles. Depuis deux mois, il existe une constipation qui dure de trois à quatre ou cinq jours, et que l'on a jusqu'à présent combattue par des purgatifs. L'excrétion des urines se fait en plusieurs reprises et à de courts intervalles; il semble que la vessie ait perdu de sa force contractile. Quant à la puissance génitale, le malade a quelquefois encore des érections, mais elles deviennent de jour en jour moins fréquentes.

La respiration et la circulation sont normales.

Diagnostic. — Méningite chronique. — Séton au cou. Infusion de tilleul avec sirop d'écorce d'oranges. Calomel 0,20 centigrammes. Deux portions.

Le 20, depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au moment actuel, son état a peu changé. Cependant, il dit être un peu plus fort du bras et de la jambe paralysés. Une constipation assez opiniâtre a été combattue par le calomel. On entretient le séton.

A la fin du mois de janvier, le malade quitte les salles pour être transféré, sur sa demande, au dépôt de Villers-Cotrets.

— La méningite chronique à laquelle on crut devoir, dans le cas dont nous venons de donner les détails, rapporter les troubles fonctionnels que présentait ce malade, est beaucoup plus fréquente chez les aliénés que chez les sujets qui jouissent de leur intelligence. Cependant, quel que soit du reste l'état moral du sujet, il est rare qu'il n'y ait pas de trouble de l'intelligence ou du moins d'affaiblissement des facultés sensoriales. Chez le sujet de cette observation, on put se convaincre qu'il y avait évidemment affaiblissement de la mémoire, embarras de la parole, difficulté de la prononciation de certains mots, trouble et affaiblissement de la vue, bourdonnement d'oreille, etc. Il n'existait pas de céphalalgie, mais l'absence de ce phénomène n'a rien d'étonnant. Comme le fait souvent remarquer M. Chomel dans ses savantes leçons cliniques, la céphalalgie n'est le plus souvent qu'un phénomène sympathique, et c'est presque toujours autre part que dans la tête qu'il faut en rechercher la cause.

Examinons le fait actuel sous quelques rapports qui nous paraissent offrir de l'intérêt.

Et, d'abord, la question d'hérédité. Il est remarquable que presque tous les membres soit ascendants, soit collatéraux de la famille de cet homme furent atteints de maladies cérébrales, ou d'affections d'une partie quelconque de l'appareil encéphalique, soit du cerveau lui-même, soit de ses enveloppes. On ne put avoir de renseignements sur l'accident qui causa la mort du père. Mais nous avons dit qu'un des frères succomba, après onze jours de maladie, à une affection qui se termina quelques heures avant la mort par une paralysie de la moitié du corps. Un autre est épileptique. Deux de ses sœurs ont succombé également, l'une à une affection cérébrale aiguë, l'autre à une maladie qui offrit, à ce qu'il paraît, les plus grands rapports avec celle dont est atteint le sujet dont nous parlons. Ainsi, l'influence de l'hérédité ne nous paraît pas contestable dans le cas actuel : non pas que nous prétendions dire qu'il existe des méningites, des encéphalites, des apoplexies héréditaires; mais peut-on, en face de faits semblables à celui-ci, se refuser à admettre une sorte de prédisposition organique de famille à telle ou telle maladie? De cinq enfants, trois garçons et deux filles, il n'en est pas un qui n'ait offert des symptômes de cette nature; sur les cinq, trois sont morts; un quatrième, épileptique, est, nous dit-on, dans l'état le plus alarmant; le cinquième, celui dont il s'agit ici, est en proie à une maladie chronique dont on ne peut espérer la guérison.

Dès son enfance il paraissait que l'organe cérébral présentât quelque altération, car Kolmann était bègue. Vers l'âge de vingt cinq à vingt six ans, il fut sujet à des convulsions épileptiformes, qui nous semblent avoir marqué le début de la maladie. On observe assez souvent dans la méningite chronique des attaques convulsives, caractérisées par les phénomènes suivants : Les malades éprouvent tout à coup une perte plus ou moins complète de connaissance, et sont pris de tremblements qui se font sentir dans tout le corps, ou seulement dans un membre et dans la tête. Au bout d'un temps, qui varie depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, tous les symptômes cessent. D'autres fois, les malades tombent tout à coup, perdent connaissance et sont pris de secousses convulsives du tronc, de la tête et des membres. Ces secousses consistent en une alternative de flexions et d'extensions convulsives de tout le corps, courtes, fortes et saccadées. La durée des attaques varie depuis une jusqu'à dix minutes environ. Quelquefois, le sentiment revient aussitôt que les attaques ont passé. D'autres fois, les malades restent plongés dans un état comateux pendant plusieurs heures; ordinairement, aucuns symptômes précurseurs ne viennent annoncer l'invasion des attaques; quelquefois cependant les malades éprouvent, quelques heures ou même un jour auparavant, de l'embarras dans la parole, dans la marche. Ces phénomènes ont l'analogie la plus grande avec l'épilepsie.

Chez notre sujet on observe cette paralysie partielle ou plutôt commençante, cette gêne de la parole si fréquente au début de la paralysie générale des aliénés. Tantôt il n'existe qu'une espèce de gêne qui oblige les malades à faire quelques efforts en parlant; la voix n'est pas articulée aussi nettement, les paroles se font attendre. On observe de la lenteur, de la difficulté dans la prononciation de certains mots, de certaines lettres; de l'hésitation, un bégaiement comparable à celui de l'ivresse. Quant à l'hémiplégie qui fut observée chez le sujet dont nous parlons, nous ne sommes pas fondé à croire qu'elle fût le résultat d'une hémorrhagie cérébrale, mais bien plutôt d'un travail inflammatoire lent et chronique. Le malade et ceux qui l'amenèrent à l'hôpital déclarèrent que jamais il n'avait été atteint de *coup de sang*, qu'il n'avait jamais eu d'attaque d'apoplexie.

Nous n'avons rien à dire du traitement. L'affection était déjà trop ancienne pour que l'on pût espérer non pas une guérison, mais même une amélioration sensible et persistante. On dut se borner à combattre quelques-uns des symptômes qui se manifestaient, la constipation par les purgatifs, etc. Cependant, on fit placer un séton à la nuque; et, quoique le plus habituellement cet exutoire n'ait pas grand succès, il parut que, pendant le peu de temps qu'il était resté à l'hôpital, les membres paralysés avaient repris un peu plus de force qu'ils n'en avaient à l'entrée.

Nous terminerons en appelant un moment l'attention sur un phénomène curieux qui s'est présenté chez cet individu, nous voulons dire la contraction spasmodique des muscles de la mâchoire qui, à la suite de bâillements répétés, l'empêche quelquefois pendant un certain temps de fermer la bouche. Et, à ce propos, nous rappellerons que nous avons entendu dire à M. Malgaigne, au sujet des luxations de la mâchoire inférieure, accidents beaucoup plus rares qu'on ne l'a pensé jusqu'à ces derniers temps, que peut-être ne serait-il pas impossible que, parmi les faits qui existent dans la science de luxations de la mâchoire, quelques-uns n'appartinssent pas simplement à une contracture spasmodique des muscles, contracture qui cesserait au bout d'un certain temps, soit spontanément, soit en vertu des efforts tentés par le chirurgien pour remettre les parties dans leur état primitif. Cette opinion, qui aurait besoin d'être approfondie, mériterait d'être discutée et nécessiterait, ce nous semble, une critique sérieuse des faits de luxation de la mâchoire inférieure publiés jusqu'à présent.

Z.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 10 mars 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le président annonce la nouvelle perte que vient de faire l'Académie par la mort de M. Virey.

— *M. Durand* (de Lunel) obtient de pouvoir lire, par tour de faveur, un mémoire intitulé : Théorie nouvelle de l'intermittence dans les fièvres de marais.

Cette théorie, dit M. Durand, rend compte d'un grand nombre de phénomènes observés dans le développement et dans les phases diverses de la fièvre intermittente. Elle rend compte :

1° De la périodicité des succès qu'elle subordonne, en général, à la périodicité des influences expansives diverses soit atmosphériques, soit fonctionnelles;

2° Des irrégularités de l'intermittence qu'elle subordonne aux accidents des influences expansives atmosphériques ou fonctionnelles, et au degré de saturation miasmatique de la rate;

3° Du mécanisme de l'accès qui, comme l'a déjà avancé M. Roche, serait le résultat d'une impression délétère miasmatique, puis de la réaction de l'organisme de celle-ci, enfin de l'effort d'élimination;

4° Des phénomènes d'irritation gastro-hépatique si communs pendant les accès, phénomènes qui seraient le résultat d'une sécrétion biliaire altérée par le sang provenant d'une déjection splénique miasmatique;

5° De l'apyrexie qui serait l'effet du ton obtenu par la réaction et par l'élimination partielle du miasme;

6° Des types qui seraient subordonnés au degré de ténacité de l'organisme, au degré de quantité et de maturité du miasme s'élaborant dans la rate, enfin au degré de vivacité des influences expansives qui attirent ce miasme dans le reste de l'économie;

7° Des rechutes subordonnées aux mêmes causes;

8° De l'efficacité du traitement essentiel, par le quinquina, agissant et comme tonique et comme antiseptique, et en ce dernier cas allant attaquer la matière putride au sein même de la rate;

9° De l'efficacité du traitement adjuvant par les évacuants biliaires, vomitifs, purgatifs, laxatifs, qui déterminent une élimination par les voies biliaires de la matière putride contenue dans la rate et qu'il ne faut jamais administrer sans l'antiseptique le quinquina.

— *M. Prus* est appelé à continuer la lecture de son rapport sur la peste et les quarantaines.

Deuxième partie. — *Chapitre premier.* — La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe?

Les maladies épidémiques présentent des caractères qui les distinguent des maladies non épidémiques. La peste présente-t-elle tous ces caractères? Il résulte de l'analyse des faits à laquelle se livre M. le rapporteur, que la peste présente tous ces caractères. Comme toutes les maladies épidémiques, la peste attaque un grand nombre d'individus à la fois; elle a, sous les diverses latitudes où elle se montre, une marche spéciale, une période de début, une période d'état, et une période de déclin ou de terminaison. Ces trois périodes ne présentent souvent ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions, ni la même gravité; elle influence toutes les affections intercurrentes qui se manifestent pendant son règne; les autres maladies, beaucoup plus rares que de coutume, sont presque toujours marquées de son cachet, et en temps de peste l'influence épidémique se fait sentir aux personnes qui ont eu autrefois la maladie, et même à celles qui ne l'ont pas eue et qui jouissent d'une bonne santé; elle a toujours à peu près la même durée dans les différents pays qu'elle parcourt, et même, dans certaines contrées, elle commence et finit à des époques qu'on peut déterminer d'avance.

En Egypte, en Syrie, à Constantinople, on a pu déterminer les époques d'invasion des épidémies de peste, celles de leur accroissement et de leur terminaison. La peste épidémique a été très souvent précédée, annoncée par d'autres affections épidémiques plus ou moins graves, plus ou moins répandues, et qui lui servent en quelque sorte d'avant-coureurs. Enfin l'étude de l'influence du sol, de l'atmosphère, des prédispositions individuelles innées ou acquises, sur le développement, la marche et la terminaison de la peste, établit de la manière la plus évidente que cette maladie doit être placée au premier rang des maladies épidémiques.

L'épidémicité de la peste est donc mise hors de doute. C'est là le fait fondamental de son histoire. En effet, si l'existence des foyers épidémiques de peste est bien démontrée, les choses ne se passeront pas de la même manière pour ceux qui resteront ou viendront dans ces foyers, et pour ceux qui seront placés ou transportés en dehors de leur influence.

Tout individu restant dans un foyer épidémique de peste, est exposé à contracter cette maladie. Des faits nombreux et authentiques ont prouvé que l'isolement le plus complet ne préservait pas toujours ceux qui s'y soumettent, tandis que les personnes en santé ou déjà atteintes de la peste, qui s'éloignent ou sont transportées hors du foyer épidémique, échappent souvent au danger en s'éloignant de ce foyer.

Conclusion. — Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

Chapitre deuxième. — Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique?

On a montré dans le chapitre précédent que toutes les fois que la peste épidémique a sévi avec quelque intensité sur un point du globe, elle a offert des caractères spéciaux communs à toutes les épidémies. Rien de semblable n'a lieu pour la peste sporadique.

Ainsi, la peste sporadique ne présente pas, dans sa marche, ces trois périodes si remarquables de début, d'état et de déclin. Quand elle se manifeste, les autres maladies ne sont pas moins nombreuses, et ne reçoivent en aucune façon le cachet pestilentiel. Les personnes en santé ne ressentent pas les effets d'une influence atmosphérique agissant spécialement sur le système lymphatique. La peste sporadique n'est pas précédée de maladies épidémiques, dont elle ne paraît être en quelque sorte que la suite, comme cela arrive pour les épidémies pestilentielles.

La peste épidémique et la peste sporadique diffèrent encore en Egypte sous un dernier rapport. Tandis que la peste épidémique commence de novembre en février pour finir vers la fin de juin, la peste sporadique existe pendant tous les mois de l'année.

Conclusion. — La peste sporadique diffère de la peste épidémique non-seulement par le petit nombre des individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux affections épidémiques.

Chapitre troisième. — La peste se propage-t-elle à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques, et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés?

Quand on embrasse d'un coup d'œil la marche et les progrès d'un grand nombre de pestes épidémiques, on ne tarde pas à reconnaître que par la seule action des causes épidémiques existant dans l'air, un grand nombre de points souvent très éloignés les uns des autres ont été frappés, sans qu'il ait été possible d'accuser aucune communication suspecte, soit par les personnes, soit par les choses. Toujours née dans les localités insalubres, sous l'influence des causes que nous avons déterminées, la peste épidémique peut ou être renfermée dans l'enceinte d'une seule ville, quoique celle-ci soit restée en libre communication avec le dehors, ou se répandre dans un très grand nombre de contrées. Souvent des localités voisines de celle où la peste épidémique a pris naissance, restent épargnées. Quelquefois, au contraire, la peste épidémique envahit successivement et de proche en proche les villes et les villages. Fréquemment elle frappe des villes éloignées les unes des autres en respectant les points intermédiaires.

La peste épidémique peut-elle, à l'aide de l'atmosphère seulement, traverser les mers et passer d'un continent dans un autre? Peut-elle, par exemple, franchir la Méditerranée, pour sauter d'Alexandrie à Marseille? Clot-Bey et M. Aubert-Roche sont de cet avis. La peste épidémique peut rencontrer, non loin du lieu où elle a pris naissance, des barrières pour ainsi dire infranchissables. C'est ainsi que la peste née dans la Basse-Egypte ne passe jamais la première cataracte.

Il est cependant des épidémies pestilentielles dont la force d'expansion est beaucoup plus grande, beaucoup plus puissante. Dans ces cas, la peste épidémique peut s'introduire dans des provinces généralement respectées par elle.

Rien ne serait plus important, quand une épidémie pestilentielle a régné dans une ville, que de savoir combien de malades ont dû leur affection à la constitution épidémique, et combien l'ont due, soit à l'absorption des miasmes échappés des pestiférés, soit au contact direct ou indirect de ceux-ci.

Cette étude a été faite pour la première fois en Egypte, en 1835. M. le docteur Lachèse a reconnu qu'à Alexandrie et au Caire, l'influence épidémique avait frappé les personnes bien isolées, de manière à faire périr un individu sur 400; tandis que la peste avait enlevé 1 individu sur 3 parmi la population restée en libre pratique. Sans contester la réalité des chiffres donnés par M. Lachèze, beaucoup d'observateurs pensent qu'on doit les interpréter différemment. Ils disent qu'il suffit que les personnes qui ont fait quarantaine et celles qui sont restées en libre pratique, fussent dans des conditions hygiéniques opposées pour que l'épidémie les ait frappées dans une proportion très différente, et conséquemment pour que les miasmes pestilentiels ou le contact des pestiférés n'aient pas joué le rôle qu'on leur prête.

Pour obtenir des termes de comparaison moins reprochables, nous avons cherché quel était, soit au Caire, soit à Alexandrie, le grand établissement mis en quarantaine et contenant une population dans des conditions aussi analogues que possible à celles dans lesquelles vivait la population restée en libre pratique. L'arsenal d'Alexandrie, qui, pendant l'épidémie de 1835, a toujours renfermé 6,000 ouvriers au moins, nous a paru devoir arrêter notre attention. Là, aucune atteinte ne peut être attribuée à une accumulation qui n'a jamais existé; attendu que, chaque fois qu'un malade était reconnu pestiféré, il était à l'instant transporté dans un hôpital situé en dehors de l'arsenal. On ne peut pas non plus accuser le contact des pestiférés, attendu que, soit parce que les malades étaient enlevés dès le début de l'affection, soit pour toute autre cause, les voisins des individus frappés de peste et ceux qui avaient touché ces derniers n'ont jamais été atteints de la maladie. Le chiffre des ouvriers de l'arsenal transportés à l'hôpital pour cause de peste nous donne donc celui des cas dus à l'épidémicité seule dans la classe peu aisée. Trois cents ouvriers ayant été atteints de la peste sur un total de 6,000 environ, on peut croire que l'influence épidémique seule a frappé un individu sur vingt; proportion qui diffère considérablement de celle fournie par la population restée en libre pratique.

Faut-il croire avec Clot-Bey que la différence des conditions hygiéniques rend complétement compte de ces faits, et que, si les ouvriers de l'arsenal n'ont pas perdu un individu sur trois, ils le doivent uniquement à ce qu'ils étaient tenus plus proprement et mieux nourris que le reste de la population ouvrière du Caire et d'Alexandrie?

Tout en reconnaissant la très grande puissance de l'hygiène pour prévenir et modérer les ravages de la peste, nous devons dire que la conséquence déduite par Clot-Bey nous paraît aller au delà des faits. Nous repoussons sa conclusion : d'une part, parce qu'elle ne nous paraît pas appuyée sur des preuves positives et suffisantes; d'autre part, parce que, si elle était admise légèrement, elle aurait le très grave inconvénient de s'opposer à ce qu'on étudiât les causes qui, secondairement, propagent la peste et en augmentent les désastres.

Des faits et des considérations contenus dans ce chapitre, M. le rapporteur déduit la proposition suivante :

La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

— *M. L. Boyer.* Dans une précédente communication, j'ai eu l'honneur de proposer à l'Académie, pour le traitement des polypes de l'utérus, un nouveau procédé opératoire, qui consiste à placer un fil sur leur pédicule comme pour en faire la ligature, et à se servir de ce fil comme d'une scie à chaîne pour en achever immédiatement la section. J'aurais désiré donner lecture à l'Académie d'un mémoire relatif aux deux premières applications que j'ai faites de ce procédé; mais ne pouvant espérer de longtemps cet honneur, je vais avoir celui de lui présenter les pièces relatives à ce travail.

1° Un polype d'un tissu dense, résistant, du volume d'une poire d'Angleterre, dont le pédicule, de consistance fibreuse, offre le volume du petit doigt. Pour ce premier polype, nous avons, M. Vidal (de Poitiers) et moi, appliqué d'abord une ligature, et quarante-huit heures après, le fil de la ligature nous a servi à achever la section. L'opération a été simple, facile et indolore; elle n'a été suivie d'aucune hémorrhagie. Malheureusement, le soir même, la malade a commis plusieurs imprudences graves; le lendemain, elle a refusé de se laisser pratiquer une saignée; le second jour seulement, elle a consenti à une application de sangsues, dont elle a arrêté l'écoulement, contre notre prescription, aussitôt après leur chute, et elle a succombé à une péritonite pelvienne le cinquième jour. Ce fait malheureux peut, au premier abord, paraître contraire à l'adoption du procédé que je propose; mais, en considérant que l'opération avait été facile et indolore, que la malade a été imprudente et indocile, il me semble juste de ne pas condamner le procédé opératoire sur le résultat de cette première application.

2° Ce malheur nous a permis de compléter l'observation par l'examen anatomique.

L'utérus offre une tumeur fibreuse interstitielle, du volume d'une noix, située près du col dans l'épaisseur de la paroi antérieure. On remarque le tronçon du pédicule, nettement coupé, inséré dans l'angle supérieur gauche. Le col, très évasé en bas, se rétrécit en haut au point de laisser à peine passer le petit doigt, ce qui n'a pas empêché mon procédé de sercision d'être appliqué bien au-dessus de ce point rétréci, sur le véritable pédicule du polype. Le corps et le col ne présentent aucune trace de l'action produite par l'opération.

3° Un second polype, du volume d'une pomme d'apis, de texture fibreuse, à pédicule plus grêle, extrait sur une autre malade par le même procédé, avec cette seule différence que dans ce cas la section par le fil a suivi immédiatement son application. L'opération a été facile et indolore comme la première fois; il n'y a point eu non plus d'hémorrhagie; la guérison a été rapide et complète.

Ces deux faits, qui se complètent mutuellement et que je me propose de publier dans tous leurs détails, me paraissent établir que le procédé est facile et indolore. Il n'a été suivi d'hémorrhagie ni dans l'un ni dans l'autre cas. Il a sur l'excision l'avantage de ne nécessiter aucun abaissement et de n'introduire aucun instrument vulnérant; et, sur la ligature, celui d'extraire immédiatement le polype et de ne point laisser séjourner un serrenœud pendant plusieurs jours.

Quant aux accidents inflammatoires qui ont fait succomber la première malade, leur invasion et leur gravité sont, dans le cas particulier, expliquées par les circonstances que j'ai rappelées. Les autres procédés d'ailleurs n'en sont pas à l'abri : ils ne peuvent donc pas justifier l'exclusion de mon procédé. Le temps et l'expérience indiqueront quelle extension il est possible de donner à son application, ou dans quelles limites il est convenable de la restreindre.

J'ajouterai seulement qu'elle me paraît dès à présent applicable à quelques polypes du pharynx, et à certaines tumeurs de la prostate actuellement justiciables de la ligature.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mars. — Présidence de M. MATHIEU.

La jeune fille électrique. — Voici le dernier mot qu'a prétendu dire l'Académie à propos des étranges propriétés que présentait la jeune fille électrique dont toute la France a été occupée. Nous copions textuellement le rapport présenté par la commission, composée de MM. Arago, Becquerel, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Babinet, Roger et Pariset. Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier ce nouveau document :

« Dans sa séance du 16 février dernier, l'Académie reçut de M. Cholet et de M. le docteur Tanchou, deux notes relatives à des facultés extraordinaires qui, disait-on, s'étaient développées depuis environ un mois, chez une jeune fille du département de l'Orne, Angélique Cottin, âgée de quatorze ans. L'Académie, conformément à ses usages, chargea une commission d'examiner les faits annoncés et de lui rendre compte du résultat de ses recherches. Nous allons, en très peu de mots, nous acquitter de ce devoir.

» On avait assuré que mademoiselle Cottin exerçait une action répulsive très intense sur les corps de toute nature, au moment où une partie quelconque de ses vêtements venait à les toucher. On parlait même de guéridons renversés à l'aide du simple contact d'un fil de soie.

» Aucun effet appréciable de ce genre ne s'est manifesté devant la commission.

» Dans les relations communiquées à l'Académie, il est question d'une aiguille aimantée qui, sous l'influence du bras de la jeune fille, fit d'abord de rapides oscillations et se fixa ensuite assez loin du méridien magnétique.

» Sous les yeux de la commission, une aiguille délicatement suspendue, n'a éprouvé, dans les mêmes circonstances, ni déplacement permanent, ni déplacement momentané.

» M. Tanchou croyait que mademoiselle Cottin avait la faculté de distinguer le pôle nord d'un aimant du pôle sud, en touchant simplement ces deux pôles avec les doigts.

» La commission s'est assurée, par des expériences variées et nombreuses, que la jeune fille ne possède pas la prétendue faculté qu'on lui avait attribuée de distinguer par le tact les pôles des aimants.

» La commission ne poussera pas plus loin l'énumération de ses tentatives avortées. Elle se contentera de déclarer, en terminant, que le seul fait annoncé qui se soit réalisé devant elle, est celui de mouvements brusques et violents éprouvés par les chaises sur lesquelles la jeune fille s'asseyait. Des soupçons sérieux s'étant élevés sur la manière dont ces mouvements s'opéraient, la commission décida qu'elle les soumettrait à un examen attentif. Elle annonça, sans détour, que ces recherches tendraient à découvrir la part que certaines manœuvres habiles et cachées des pieds ou des mains pouvait avoir eues dans le fait observé. A partir de ce moment, il nous fut déclaré que la jeune fille avait perdu ses facultés attractives et répulsives, et que nous serions prévenus aussitôt qu'elles se représenteraient. Bien des jours se sont écoulés depuis, et la commission n'a point reçu d'avertissement. Nous avons appris, cependant, que mademoiselle Angélique Cottin est journellement conduite dans des salons où elle répète ses expériences.

» Dans ces circonstances, la commission est d'avis que les communications transmises à l'Académie au sujet de mademoiselle Angélique Cottin doivent être considérées comme non avenues. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 12 et 26 janvier 1845.—Présidence de M. H. LABARRAQUE.

M. Richelot communique à la Société l'observation d'une orchite qu'il a vue diminuer rapidement sous l'influence d'onctions mercurielles abondantes.

Un homme de cinquante ans avait déjà éprouvé un engorgement léger du testicule gauche, qui était devenu douloureux; mais le repos suffit pour l'en débarrasser.

Quelque temps après, sans aucune raison, sans blennorrhagie, sans coups, ce même testicule s'engorgea de nouveau, l'épididyme se tuméfia et devint fort douloureux. Pendant deux jours on le soumit à un traitement antiphlogistique énergique, sangsues sur le scrotum, bains, etc.; mais, malgré l'activité de ce traitement, on n'obtint que fort peu d'amendement. Après ces deux jours, on lui fit des frictions napolitaines pendant huit jours, à la dose de 32 grammes en vingt-quatre heures.

Cette médication, combinée aux bains entiers, fut suivie d'un plein succès; la diminution de l'engorgement était sensible tous les jours, et maintenant, quoiqu'il reste encore un peu d'engorgement épididymique, on doit considérer le malade comme entièrement guéri.

— *M. Tessereau* communique deux observations de maladies vermineuses recueillies par M. Vanderwort, membre correspondant de la Société, établissant la supériorité de l'écorce de racine de grenadier sur la fougère mâle, comme vermifuge. Une de ces observations semblerait préjuger l'influence du décours de la lune sur les effets des vermifuges.

M. Dreyfus fait observer qu'en Russie et dans tout le nord de l'Allemagne, les médecins pensent que ce n'est qu'au décours de la lune que les vermifuges possèdent la plénitude de leurs propriétés. Il est vrai que c'est la fougère mâle exclusivement que l'on administre dans ces pays contre le tænia.

M. Dobigny, d'après l'opinion de tous les charpentiers sur l'importance d'abattre les bois pendant le décours de la lune, a vu une coupe, faite pendant l'ascension de cet astre, devenir au bout de deux ans la proie des vers. Ces faits lui feraient attacher quelque importance à l'influence du décours de la lune.

M. Richelot rappelle l'opinion si générale de l'influence opérée par les diverses phases de la lune sur l'aliénation mentale et sur les époques menstruelles; mais cette influence est loin d'être démontrée. Il est, d'autre part, hors de doute que les animaux naissants sont très sensibles à l'influence du clair de lune, qui les ferait périr rapidement, selon les observations recueillies en Amérique.

M. Bauche fait observer que la question ici est complexe, et qu'il faut distinguer entre l'influence du clair de lune et celle exercée par l'ascension ou le décours de cet astre. Du reste, l'action de l'écorce de racine de grenadier est incontestablement supérieure à celle de la lune; et sur la prière de M. Michel, qui attribue une supériorité très grande à l'écorce fraîche sur la sèche, un pépiniériste élève et tient à la disposition des médecins des grenadiers dans ce but unique.

M. Benet ajoute que l'opinion, en France, paraît fixée sur la supériorité du grenadier sur tous les autres anthelmintiques.

M. Homolle croit devoir élever la voix en faveur de l'écorce sèche du grenadier, qui, administrée convenablement, manque rarement son effet.

— *M. Tessereau* communique une deuxième observation du même correspondant. Il s'agit d'un hoquet survenu à la suite d'une chute grave, et qui, après s'être constamment aggravé pendant cinq mois d'un traitement varié, s'améliora sous l'influence de l'oxyde de zinc associé à la valériane et administré à doses progressivement croissantes, puis changea de caractère, s'accompagna de fièvre à forme intermittente, et céda définitivement à l'administration du sulfate de quinine.

— *M. Cerise* rapporte l'observation suivante de grossesse abdominale.

Une dame âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, veuve après huit années de mariage, sans avoir eu d'enfants, est remariée depuis trois ans à un homme de quarante-huit ans. En mars 1845, les règles manquent, et cette suppression s'accompagne de douleurs dans les reins et dans les flancs. M. Cerise appelé prescrit quelques sangsues. A l'époque suivante, les douleurs reviennent plus vives pendant deux jours sans qu'il y ait apparition des règles. A la troisième époque les règles manquent encore; de violentes douleurs, simulant une péritonite partielle à droite, surviennent, sans toutefois s'accompagner de frisson; le flanc droit présente une sensibilité très vive; puis l'époque passée, il y a rémittence dans les accidents.

A la quatrième époque les douleurs acquièrent une telle intensité, que la malade inspire les inquiétudes les plus vives. Les seins sont douloureux, le ventre est d'une sensibilité extrême; il survient de la fièvre, des vomissements bilieux, et la peau prend une teinte ictérique. Le toucher fait reconnaître le col porté un peu à gauche, en avant et en haut, mais ne présentant pas les conditions de l'état de grossesse. M. Cerise craint une grossesse extra-utérine. M. P. Dubois voit la malade, pratique le toucher vaginal et rectal, croit à une grossesse normale. M. Récamier touche également cette dame, et conclut à une conception possible mais encore douteuse. M. Moreau déclare que la dame est probablement grosse, et que la grossesse est normale mais compliquée d'ovarite. En effet, on a constaté depuis quelque temps la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de canard dans le flanc droit.

Cette tumeur augmente de volume, et l'état de la malade s'aggrave; le ventre devient très gros; les extrémités inférieures s'infiltrent; des lipothymies surviennent fréquemment. Bientôt M. Cerise entend les battements du cœur d'un fœtus, puis des mouvements actifs sont perçus par la malade, et cependant le col utérin n'est pas modifié. Le moral est affecté. De nombreuses consultations ont lieu; des saignées, des bains sont prescrits vers la fin du septième mois : une péritonite assez aiguë survient accompagnée de tympanite considérable. Il y a impossibilité absolue de prendre des aliments. L'application de vésicatoires saupoudrés de morphine et fréquemment renouvelés, est pendant trois mois le seul moyen d'obtenir quelque calme. Au huitième mois une dernière consultation a lieu, et M. Cerise soumet aux confrères réunis les propositions suivantes :

1° Croyez-vous à une grossesse normale de huit mois? Oui;

2° Croyez-vous, dans l'état de souffrance de la malade, à la nécessité de provoquer l'accouchement prématuré artificiel? Cette proposition fut repoussée après discussion sans qu'aucun des consultés s'arrêtât à l'idée d'une grossesse extra-utérine.

3° M'autorisez-vous à extraire l'enfant aussitôt la mort de la mère si quelques signes laissent espérer qu'il soit encore vivant? Oui.

Deux jours après, à six heures du matin, après une nuit passée debout au milieu des douleurs les plus atroces, M. Cerise voit cette malheureuse dame en même temps que son accoucheur, qu'elle avait fait prévenir. Celui-ci touche et ne constate aucune trace de dilatation, rien qui annonçât un commencement de travail, quoique les douleurs présentassent le caractère intermittent des douleurs de l'enfantement. L'idée d'une grossesse extra-utérine ne vient pas à l'esprit de l'accoucheur, qui déclare que la journée se passera sans que l'accouchement ait lieu.

A neuf heures notre confrère M. Cerise revient voir la malade et arrive au moment où la mère rend le dernier soupir en se posant sur un fauteuil. Il pratique immédiatement l'incision de la paroi abdominale vers le flanc gauche, et le fœtus se présente immédiatement présentant le volume et la force d'un enfant de huit mois viable : il pèse trois livres et présente un chevauchement des pariétaux et un double pied-bot. Notre confrère convoque immédiatement MM. Moreau, P. Dubois, Récamier, l'accoucheur et M. Brossard, qui plusieurs fois avait vu la malade en son lieu et place. Pour procéder à l'autopsie, M. Brossard, l'accoucheur et un médecin du voisinage répondent seuls à son invitation. Voici le résultat de l'autopsie :

On trouve dans le flanc droit un corps sphérique, spongieux, vasculaire, du poids de 700 grammes environ, qui paraît être constitué par l'ovaire dégénéré. La trompe est oblitérée de ce côté. A gauche et sous l'hypocondre se trouve un placenta volumineux pesant 800 grammes; au dessous est un espace libre constitué par les adhérences établies entre les divers points du péritoine, sans membrane propre, ne formant pas par conséquent de poche ou de kyste. La matrice a presque son volume normal, et est un peu élevée au-dessus du pubis. Elle ne contient dans sa cavité rien qui rappelle la formation de la caduque. L'ovaire gauche est libre, petit, et la cavité de la trompe est libre de ce côté.

Sur la question posée par M. Richelot, *M. Cerise* répond que les vaisseaux ovariques présentent les dimensions normales à droite aussi bien qu'à gauche.

M. Dreyfus demande si la forme irrégulière du ventre n'aurait pu éclairer le diagnostic.

M. Cerise répond que c'est vers le troisième mois que son attention se porta sur le volume et la résistance du flanc droit.

M. Schokalski demande s'il y avait absence complète des membranes de l'œuf.

M. Cerise répond qu'il n'y en avait pas trace; les vaisseaux intermédiaires à l'ovaire et au placenta étaient nombreux, très ténus, parallèles, et se réunissaient après un trajet de 3 à 4 centimètres.

M. Chereau pense que l'absence des règles, dans ce cas remarquable, vient à l'appui de la théorie qui attribue aux ovaires le travail menstruel.

M. Cerise. Il ne faut pas, toutefois, admettre complétement les idées de M. Pouchet, de Rouen, qui nie la possibilité des grossesses extra-utérines.

M. Janin, à l'occasion du fait rapporté par M. Cerise, raconte avoir vu, il y a deux ans, à Villefranche, une femme de quarante-neuf ans, qui, 15 ans auparavant, avait vu ses règles cesser, le ventre se développer, et les signes d'une grossesse se montrer; puis, au terme présumé de la grossesse, après un simulacre de travail, la santé s'altérer profondément, l'amaigrissement survenir accompagné de syncopes et de diarrhée; quinze ans se passent dans ces conditions, puis une douleur vive est ressentie entre l'ombilic et l'os des iles; à droite, la peau rougit, un abcès se forme et la poche se vide, laissant échapper, avec du pus fétide, des cheveux et des os de fœtus pendant l'espace de six semaines; puis la santé se rétablit, et la malade conserva seulement un petit trajet fistuleux.

Le secrétaire annuel, Vinchon.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Sixième liste.

MM. Duclos, pharmacien, à Breteuil,	3 fr.
Quercy, pharmacien, maire à La Neuve-Lyre,	3
le docteur Reboul, à La Neuve-Lyre,	3
le docteur Postel (octogénaire), à Ivry-la-Bataille,	5
Cauny, ex-médecin de marine, à Ivry-la-Bataille,	5
le docteur Liquet, membre du Conseil gén. et maire, à Bourg-Achard,	10
Mainbourg, médecin, à Lieurey,	5
le docteur Picard, médecin de l'hospice, à Louviers,	5
le docteur Picard (Benjamin), à Louviers,	5
le docteur Postel, à Louviers,	5
le docteur Petel, à Louviers,	5
Lecomte de Fontenay, pharmacien, à Louviers,	5
Moutier, pharmacien, à Louviers,	5
Lion, pharmacien, à Louviers,	5
Labiche, pharmacien, à Louviers,	5
le docteur Chambellan, membre du Conseil général au Neubourg,	5
le docteur Guilbert, au Neubourg,	5
Refuveille, pharmacien, au Neubourg,	5
Neveu, pharmacien, au Grostheil,	3
Diard, médecin, à Amfreville,	5
Goujon, médecin, au Vaudreuil,	5
Legrand, pharmacien, au Vaudreuil,	5
Lallemand, docteur-médecin, à Pont-de-l'Arche,	5
Neuville, docteur-médecin, médecin de l'hospice, à Bernay,	5
Lamperière, pharmacien, à Thiberville,	5
Jouas, médecin, à Thiberville,	5
Gatine, médecin, à Labarre,	5
Leverdier, pharmacien, à Montreuil,	5
le docteur Motte, médecin de l'hospice, aux Andelys,	10
le docteur Anquetin, médecin-adjoint de l'hospice, aux Andelys,	5
Julien, pharmacien, aux Andelys,	5
Josseaume, pharmacien, à Etrepagny,	5
Colombe, pharmacien, à Gisors,	5
Pourcelot, médecin, à Gisors,	5
Amaury, médecin, à Tourny,	3
Badin, pharmacien, à Tourny,	3
le docteur Lechaptois, à Bolbec,	5
Plusieurs membres du Cercle médical de Lille : Bailly, médecin; Dourlen, Pucelle, Plouviez, Godefroy, Chrestien, Pilat, Trachez, Brequin, Testelin, Capelle, Six, Dujardin, Hévin, Gosselet, Verrier, Daubresse, Brisscz; Loiset, médecin-vétérinaire; Constenoble-Mutins, pharmacien, Dhéré, Carton, Menrain, Despinoy,	47
le docteur Maurin père, à Viviers, arrondissement de Privas (Ardèche).	2 50
MM. le docteur Maurin fils, id., id.,	2 50
le docteur Ruelle, membre du jury médical, à Aubenas,	5
le docteur Louis Tailhand, à Aubenas,	5
le docteur Champanhet, à Villeneuve,	5
le docteur Masclary, à Viviers,	5
le docteur Guiramond, à Viviers,	1
le docteur Lintard, à Viviers,	2
le docteur Nier, à Privas,	5
le docteur Cade, au bourg Saint-Andéol,	5
le docteur Comte, à Privas,	3
le docteur Vialette, à Chomerac,	3
le docteur Vernet, à Saint-Pierreville,	3
Dianoux, chirurgien, à Chomerac,	5
le docteur Pouzet, à Privas,	5
le docteur Garnier, au Pouzin,	5
le docteur Ferrand, à Privas,	5
le docteur Bobe-Moreau, à Saintes,	5
le docteur Menudier, à Saintes,	2
Aubert, médecin, à Saint-Sauvant (Charente-Inférieure),	2
le docteur Dusourd, à Saintes,	2
Mailhetard, pharmacien, à Saintes,	2
Barbot, pharmacien, à Saintes,	2
le docteur Blanc, à Rioux,	2
Hublin, officier de santé, à Rioux,	2
le docteur Guillou, à Cozes,	3
le docteur Mari, à Berneuil,	2
le docteur Briault, à Saintes,	2
Thouin, médecin à Mortagne,	2
Gaudichaud, médecin à Corme,	2
Chaparre, pharmacien à Saintes,	2
Gontier, pharmacien à Saintes,	1
Saucou, pharmacien à Saintes,	2
Bargignac, D.-M. à Saintes,	2
le docteur Follet, 2ᵉ chirurgien en chef de l'hôpital de la marine, à Rochefort,	5
Bourdon, pharmacien à Rochefort,	5
Roche, pharmacien à Rochefort,	3
Latour, pharmacien à Rochefort,	3
Proust, pharmacien à Rochefort,	3
Mullon, méd.-vétérinaire à Surgère,	3
le docteur Fleury, à Rochefort,	3
Croiset, médecin à Surgère,	3
Brou-Duelaud, pharmacien à Rochefort,	3
Bollon, pharmacien à Rochefort,	3
Hérier, pharmacien à Rochefort,	3
le docteur St-Hillaire, à Rochefort,	5
Ardouin, méd.-vétérinaire à Rochefort,	3
L'Association médicale de Vendôme,	21
L'Association médicale de Saintes,	37
L'Association médicale de Riom,	29
L'Association médicale de l'Yonne,	100
Total à ce jour,	3,353 50

NOUVELLES

Le nombre des sociétés savantes et littéraires s'élève au chiffre de 295 pour toute la France; sur ce nombre on compte 39 sociétés royales. On sait que les membres des sociétés royales sont, comme les membres de l'Institut, inscrits sur les listes du jury.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles vient de perdre l'un de ses membres correspondants les plus distingués, le docteur J.-J Sachs, de Berlin, conseiller médical et rédacteur de la Allgemeine Medicinische Central-Zeitung. Il a succombé le 11 janvier dernier, après d'intolérables souffrances, à une affection chronique du cerveau, dont les premiers symptômes se sont manifestés dès le mois de décembre 1844. (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

— Un de nos plus honorables collaborateurs, M. le docteur Auban, professeur de chirurgie à Toulon, vient d'être promu au grade de premier chirurgien en chef de la marine royale; c'est une justice tardive rendue aux talents remarquables et aux longs services de ce médecin.

M. le docteur Blache, professeur de thérapeutique à Toulon, a été nommé deuxième médecin en chef à Rochefort.

(*Archives médicales du Midi*).

La DOUZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVᵉ volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 31. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 13 MARS 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La raison invente ; l'expérience consacre ou rejette. Ce qui innove est dans l'homme ; ce qui donne la preuve de la vanité ou de la virtualité de l'innovation est hors de lui. Cela seul, soit dit en passant, assurerait le triomphe de la méthode expérimentale. Les sciences naturelles ne peuvent être que sensualistes.

Tout à l'heure nous parlerons d'une innovation d'il y a quelques années, que l'expérience vient de condamner une fois de plus.

En ce moment, nous voulons dire un mot d'une méthode thérapeutique, sinon nouvelle, du moins rajeunie et perfectionnée, qui, à l'encontre de la précédente innovation, trouve dans les faits, à mesure qu'elle est plus appliquée, une légitime consécration.

Il s'agit du traitement des varices par le caustique de Vienne, suivant la méthode de M. le professeur Bérard.

Ce chirurgien a montré à ses élèves un homme opéré par cette méthode, et chez lequel la guérison semble radicale.

Nous avons dans notre pratique un fait semblable. Le caustique a été appliqué en fer à cheval autour de la malléole.

Dans les cas d'opération pour des varices, ou mieux, en général, pour des affections sujettes à récidive, on n'est en droit d'affirmer la guérison qu'un long temps après l'opération.

Si la récidive est très tardive, et qu'il se soit agi d'une maladie menaçante pour l'économie, telle que le cancer, l'opération, quoique la cure n'ait pas été radicale, doit être déclarée bonne et avantageuse, en proportion du temps qu'elle a fait gagner au malade.

M. le professeur A. Bérard a appelé l'attention des élèves sur une apparence des parties naguère variqueuses qui pourrait en imposer, pour la persistance ou la reproduction des varices. La peau revient sur elle-même très lentement, si même elle revient jamais complétement, dans les points où elle a été soulevée par les veines distendues, et conserve l'aspect de la distension ; mais si l'on touche, on s'assure que les veines sont oblitérées.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment l'un des modes de cicatrisation de la surface escharifiée indiqué par M. A. Bérard. Lente quelquefois à se détacher, l'eschare tombe laissant derrière elle une surface rouge, un peu grenue, déjà recouverte d'un épiderme fin, c'est-à-dire cicatrisée. Ce résultat ne peut avoir lieu si la partie sur laquelle on applique la pâte de Vienne est engorgée.

Comment expliquer que le caustique éloigne presque absolument les chances de phlébite, si redoutables au contraire quand on touche aux veines dilatées avec l'instrument tranchant? Il faut peut-être supposer qu'il a pour effet de resserrer les veinules aux confins de l'eschare, de les oblitérer, et d'y rendre par là l'inflammation impossible. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait est certain, et il suffit pour assurer à la cautérisation le suffrage des chirurgiens prudents.

Le dernier malade de M. Bérard avait une masse variqueuse énorme à la partie moyenne et externe de la jambe gauche. Le caustique fut appliqué sur cette masse.

Quel que soit le succès qui a couronné jusqu'ici la méthode de M. Bérard, c'est encore là une opération que l'on ne doit pratiquer que d'après le désir formel du malade, ou dans un cas de nécessité évidente, comme serait celui d'un ulcère variqueux sans cesse renaissant.

— M. A. Bérard a fait sortir, il y a peu de jours, un de ses malades qui avait été atteint de fracture transversale de l'olécrane avec plaie aux téguments. La bourse muqueuse olécranienne était intéressée, et il y avait communication directe entre l'air extérieur et la cavité articulaire huméro-cubitale. Deux abcès se sont développés autour de l'articulation ; ils ont été ouverts. Le membre a été placé, demi-fléchi, dans une gouttière en fil de fer de M. Mayor (de Lausanne), la main étant dans une position moyenne entre la pronation et la supination. La guérison a eu lieu dans l'espace de deux mois, mais avec ankylose. Grâce à la bonne position donnée au membre, le sujet peut exécuter des mouvements étendus, et s'aperçoit à peine de son ankylose.

M. Bérard fait très grand cas des gouttières en fil de fer de M. Mayor, dans le traitement des fractures avec plaie ; il leur reconnaît deux avantages, celui de s'accommoder par leur flexibilité aux différents contours du membre, et celui de présenter des fenêtres à travers lesquelles on pratique avec facilité le pansement des plaies qui suppurent.

— Le malade affecté de morve, qui se trouvait dans le service de M. Grisolle, a succombé le cinquième jour après son entrée à l'hôpital, et au dix-septième jour du début des accidents aigus.

Le jour de sa mort, quelques pustules ont apparu sur le tronc, sur les membres et en debors de la commissure droite des lèvres. Elles étaient petites, lenticulaires ; quelques-unes s'accompagnaient d'une ecchymose dans le derme. Une petite pustule caractéristique existait sur le cornet inférieur de l'une des narines. On trouva d'autres petites pustules vis-à-vis les premiers anneaux de la trachée. Les poumons n'étaient qu'engoués. De nombreux abcès, remplis d'un pus sanieux, existaient dans les muscles des membres, dont les fibres étaient ramollies et détruites en plusieurs points.

Les lésions des fosses nasales et des voies laryngo-trachéales eussent été sans contredit plus étendues si la mort avait seulement tardé de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Le sujet avait commencé par présenter plusieurs abcès externes. En d'autres termes, la maladie a offert d'abord la forme farcineuse.

Cet individu était employé dans une infirmerie de chevaux morveux... A quoi bon une infirmerie pour les chevaux morveux, quand il est avéré que la morve des chevaux est incurable comme celle de l'homme? Nous appelons sur ce point l'attention du conseil de salubrité.

— Un enfant âgé de trois mois environ, bien développé, présentant les apparences de la santé, sauf peut-être la teinte un peu blafarde du visage, était placé dernièrement, avec sa nourrice, dans le service de M. le professeur Roux, à l'Hôtel-Dieu. Une tumeur ayant approximativement le volume d'une moyenne pomme, oblongue transversalement, transparente, fluctuante, résistante néanmoins à cause de la tension des enveloppes, irréductible, existait, chez cet enfant, vis-à-vis la dernière vertèbre lombaire. Cette tumeur était un *spina-bifida.* L'enveloppe cutanée était saine, amincie au sommet du kyste.

Nous avons parlé ici, il y a longtemps, du procédé de M. le docteur Dubourg. Ce procédé s'est présenté à l'esprit de M. Roux ; mais l'habile professeur ne voulut pas s'engager dans cette tentative opératoire sans avoir demandé des renseignements à M. Dubourg, son élève. Ces renseignements lui étant parvenus, il se décida à pratiquer l'opération précitée, et il la fit de la manière suivante :

Une ellipse verticale fut tracée au crayon, et une incision en V, n'intéressant que la peau, fut pratiquée en haut et en bas de cette ellipse, après quoi la tumeur fut ouverte rapidement du côté droit. Une quantité considérable (200 grammes environ) d'un liquide transparent s'échappa aussitôt, et M. Roux plaça au même instant le bout du doigt sur l'ouverture osseuse pour s'opposer à la pénétration de l'air dans le canal vertébral. Cette ouverture était étroite. Un aide ayant suppléé M. Roux dans cet office, l'opérateur saisit l'enveloppe de la tumeur, et en excisa, avec des ciseaux, la portion comprise dans la figure ellipsoïde qui avait été tracée. Les bords de la perte de substance furent ensuite rapprochés et maintenus au moyen de la suture entortillée ; six épingles furent passées.

L'enfant, qui avait crié pendant toute l'opération, succomba dans l'espace de quarante heures.

Le devoir de la presse médicale est de porter de tels faits à la connaissance des chirurgiens. Il faut le dire, la pratique parisienne a été entièrement défavorable au procédé de M. Dubourg, qui, dans notre opinion, désormais trop fondée, doit être rejeté, absolument rejeté. Il a réussi, nous le croyons, entre les mains de son auteur. Mais il a contre lui l'insuccès, plus que l'insuccès, la mort, la mort prompte, de plusieurs opérés. Et ce n'est pas, comme on voit, entre des mains vulgaires, c'est entre les mains les plus habiles, les plus expérimentées que l'opération a eu de telles conséquences. Dès ce jour, une opération qui, en France, avait été accueillie avec une certaine faveur, doit être rayée du cadre de la médecine opératoire. Non pas, assurément, que l'on doive proscrire toute opération suivie de mort dans un cas ou même dans plusieurs cas. Il faudrait proscrire la saignée. Mais le raisonnement, comme l'expérience, proteste contre l'opération dont il s'agit. La ténacité de la vie est moindre à une époque si voisine de la naissance, et, n'y eût-il que cette déperdition instantanée, plus ou moins considérable, du liquide céphalo-rachidien, c'en serait assez, à part la chance de l'inflammation consécutive, pour que le jeune opéré ne pût se relever de l'atteinte violente portée à sa vitalité.

La ponction sous-cutanée suivie de la compression a réussi, pleinement réussi, à M. Robert. Si un mode *opératoire* devait être choisi, c'est celui-là que nous préférerions. Mais, pour ce qui nous concerne, la compression pure et simple, rendue permanente, est le seul moyen que nous voudrions employer, sans nous dissimuler ses difficultés. *Primo non nocere.*

— M. Lisfranc a, dans son service, un jeune homme qu'il a opéré, mardi dernier, d'une tumeur qui avait son siége sur le dos du nez.

Cette tumeur présentait le volume d'une noix ; elle avait paru à tous ceux qui l'avaient examinée, d'une transparence parfaite ; mais jamais apparence ne fût plus trompeuse. En effet, M. Lisfranc l'ayant incisée, il en sortit une matière verdâtre, dense, bien liée, pouvant être comparée à de la purée de pois très épaisse. La cavité du kyste a été remplie de charpie ; dans quelques jours, sa surface sera cautérisée avec le nitrate d'argent.

M. Lisfranc a fait remarquer que, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, des kystes, même très volumineux, peuvent se développer dans des régions pourvues d'un tissu cellulaire dense et serré, étalé en une couche mince. Il a déjà eu l'occasion d'opérer plusieurs tumeurs cystiques ayant leur siége sur le dos du nez. Il en a vu un assez grand nombre sur l'éminence thénar.

M. Lisfranc a aussi appelé l'attention des élèves sur un point intéressant, l'enfoncement qui succède à l'ablation des tumeurs dorso-nasales, quand elles existent à la réunion de la portion cartilagineuse avec les os nasaux, enfoncement résultant de la pression lente effectuée par le kyste, et qui doit engager à faire l'opération le plus tôt possible.

— Il y a aussi, dans les salles de M. Lisfranc, plusieurs malades atteints d'affections qui ont nécessité un repos prolongé de l'articulation scapulo-humérale. Ce repos, comme chacun sait, peut être suivi de l'ankylose fausse ou même vraie : résultat que le chirurgien doit mettre tous ses soins à prévenir. Il ne peut y parvenir qu'à l'aide des mouvements de l'article ; mais il ne faut pas que, pour l'exécution de ces mouvements, il s'en rapporte au malade, qui généralement se laisse arrêter par la douleur, et d'ailleurs croit remuer le bras quand il ne remue que l'épaule. Voici, dit M. Lisfranc, le mouvement que le chirurgien doit faire exécuter sous ses yeux. Le tronc et la tête du malade étant fixés, celui-ci porte sa main droite (nous supposons que c'est l'articulation scapulo-humérale droite qui est menacée) à l'oreille gauche, pardessus la tête, et lui fait parcourir successivement la région cervicale postérieure, le côté droit du cou, le haut de la poitrine en travers, jusqu'à l'épaule du côté opposé.

Dans cette manœuvre, l'articulation exécute un mouvement de circonduction, qui, répété avec la persévérance et les ménagements nécessaires, s'oppose à la formation de l'ankylose.

— En rendant compte du service de M. Jobert (de Lamballe), nous avons omis un cas qui soulève une question importante de pratique chirurgicale. C'est celui d'une jeune fille qui, le premier jour de son admission dans une filature de coton, eut le bras gauche saisi par une machine. Ce bras fut tordu violemment en corde à sa partie supérieure ; l'humérus était broyé, l'articulation largement ouverte : le membre ne tenait plus que par un lambeau axillaire. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

La jeune malade, au moment où elle fut transportée à l'hôpital Saint-Louis, se trouvait dans un état complet d'anéantissement. C'est ce qui décida M. Jobert à remettre au lendemain l'opération qui devait achever la séparation du membre et régulariser l'état des parties. En agissant sur-le-champ, pendant la durée de la commotion, il aurait craint d'épuiser le peu de vitalité qui restait à la malheureuse jeune fille.

D'autres chirurgiens penseraient, dans les mêmes circonstances, qu'il serait préférable, au contraire, de profiter du temps pendant lequel la sensibilité est déprimée pour opérer. On éviterait ainsi au blessé le sentiment de la douleur ; celle-ci, du moins, serait très atténuée ; or, c'est la douleur qui épuise. Cette opinion a quelque apparence de fondement. Mais nous tenons grand compte de celle de M. Jobert, qui n'a eu que trop d'occasions de s'éclairer sur ce point à l'hôpital Saint-Louis.

— On a vu, dans le dernier numéro de ce journal, une observation de bec-de-lièvre compliqué, opéré avec succès par le même chirurgien, chez un enfant âgé de moins d'un mois. Les épingles furent retirées le quatrième jour, et nous avons pu nous convaincre que la réunion était parfaite.

Nous avons fait connaître, dans une autre occasion, la doctrine et la pratique de M. le professeur Dubois relativement à l'époque à laquelle il convient de pratiquer l'opération du bec-de-lièvre congénital. Deux avantages sont assurés à l'opération précoce : une grande promptitude dans le travail de l'adhésion et une cicatrice beaucoup moins apparente que lorsque l'opération a été retardée.

— Nous avons cité dernièrement une observation de plaie

pénétrante du genou guérie, sans inflammation, par la réfrigération au moyen de la glace, dans les salles de M. Baudens au Val de-Grâce. Le service de ce chirurgien vient de nous offrir une lésion semblable, aussi heureusement traitée par le même moyen. Un garde municipal tomba dans un escalier, et le genou droit porta sur un gros clou qui s'enfonça, sans doute par un des côtés de sa tête, dans le côté interne de l'articulation tibio-fémorale. La douleur fut vive, et il s'écoula un liquide visqueux, mêlé de sang, que l'on reconnaît très bien pour la synovie à la description qu'en donne le malade. Le genou a été entouré de charpie, et des morceaux de glace ont été apposés sur la charpie. C'est ce que, dans les salles de M. Baudens, on appelle plaisamment le *cataplasme de glace*. Les accidents inflammatoires ont été prévenus, et la plaie sera bientôt entièrement cicatrisée.

— Dans le cas dont nous avons parlé il y a quelque temps, et dans lequel on avait appliqué un mélange de sel et de glace, chez un homme atteint de luxation de la première phalange du pouce avec plaie de l'articulation, M. Baudens est revenu à la réfrigération simple à l'aide de compresses trempées dans une décoction de fleurs de sureau (à la température de la chambre); l'action sédative de ce dernier topique a été complète.

— M. le docteur Serrier, chirurgien aide-major au 54e de ligne, fut appelé, le 1er mars, auprès de M. L..., qui, en ébranchant un arbre avec une scie à lame étroite, pointue, et montée sur un manche en guise de couteau, s'enfonça cet instrument dans la main gauche. La pointe de la scie pénétra à la partie moyenne de la face palmaire de l'éminence thénar, glissa le long de la face palmaire du deuxième métacarpien, s'engagea dans le deuxième espace interosseux, et ressortit à la face dorsale de la main, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Le blessé retira lui-même brusquement la scie du milieu des parties. Une douleur très vive se fit sentir, et un gonflement considérable survint immédiatement. M. Serrier entoura la main d'un mouchoir plié en huit ou dix doubles, et trempé dans de l'eau très fraîche tirée du puits en sa présence, assujettit ce mouchoir avec une bande, et prescrivit au malade de tenir pendant deux heures sa main plongée dans l'eau fraîche. La douleur se calma au bout d'une heure, et dès le soir il n'y avait presque plus de gonflement. Pendant la nuit et le jour suivant, M. L... trempa tous les quarts d'heure sa main dans l'eau froide. La guérison était complète le 6 mars.

Pour qui connaît la structure anatomique des parties traversées par la scie, et pour qui sait combien peuvent être graves les accidents à la suite de ces sortes de plaies, cette observation aura valeur.

— Nous avons vu depuis quelque temps plusieurs malades opérés de l'ongle incarné par M. Baudens, suivant son procédé, aussi facile à décrire que simple et expéditif dans l'exécution Il consiste à couper, comme s'il s'agissait de tailler une plume, un *copeau* de l'orteil comprenant à la fois la partie de l'ongle qui est incarnée et les parties molles tuméfiées et ulcérées.

On se fait facilement une idée de la promptitude extrême avec laquelle l'opération est pratiquée.

La plupart des autres procédés peuvent être distingués en deux catégories: les uns s'attaquant à l'ongle, les autres aux parties molles dans lesquelles l'ongle s'est incarné. Le procédé que nous venons de rappeler fait disparaître à la fois le mal et la cause du mal. Il a été décrit, il y a plusieurs années, dans un journal dont peu de personnes se rappellent le nom, *l'Epidaure*, par un élève de M. Baudens, M. le docteur Bonafond, aujourd'hui chirurgien-major.

— Plusieurs chirurgiens sont tombés dernièrement dans une illusion singulière, qu'il est bon de faire connaître, afin qu'à l'avenir la méprise soit évitée. En portant la main sur la cuisse d'un homme guéri depuis longtemps d'une fracture du fémur, on fut frappé de sentir une crépitation superficielle très manifeste, analogue à celle de la neige verglacée, et l'on fut plus étonné encore lorsqu'on reconnut que la même crépitation existait sur les autres membres. Il s'agissait donc d'une crépitation générale du tissu cellulaire sous-cutané chez un individu ayant eu une fracture d'un seul os. Le hasard voulut que le même fait put être constaté chez un autre fracturé, également guéri depuis longtemps. Déjà les esprits prenaient leur volée pour expliquer le phénomène; on disait qu'il était tout simple qu'il y eut dans la circulation une plus grande proportion de sels calcaires lorsque le squelette avait besoin de réparations; on rapprochait ce fait de celui qui a été découvert par M. Ducrest chez les puerpérales, dont le crâne et les os creux à leur face interne offrent une mince lame calcaire de formation récente, résidu des éléments solides qui ont servi à charpenter le nouvel être; on était tout près de croire à une infiltration de sels calcaires dans le tissu cellulaire; lorsqu'un survenant ayant été appelé à constater le phénomène, s'aperçut que le miracle était un fait de la plus prosaïque, de la plus vulgaire simplicité. Les deux hommes qui avaient été examinés étaient, par une malice du sort, remarquablement velus, et ce fut un rasoir qui trancha le nouveau nœud gordien.

— Décidément l'emploi topique du coton dans l'orchite n'a pas les résultats qui avaient été annoncés. Il calme la douleur en un assez court espace de temps; mais il n'a pas d'effet sur l'engorgement. Une orchite traumatique peu intense, traitée de cette manière par M. Marchal (de Calvi), a mis vingt jours à se résoudre, et dans deux cas d'orchite blennorrhagique, il a fallu, après huit jours de l'emploi de ce moyen, en venir aux antiphlogistiques, pour éviter que la phlogose aiguë ne passât à l'induration, ce qui aurait été à craindre en l'absence d'une thérapeutique active et convenable.

— M. Marchal (de Calvi) a eu l'occasion d'appeler encore une fois l'attention des élèves attachés à son service sur l'inflammation oblitérante de la veine dorsale de la verge. Cette phlébite est plus commune qu'on ne serait porté à le supposer d'après le peu d'exemples qui en sont publiés dans les recueils de médecine.

Le sujet, atteint d'une blennorrhagie à la période de déclin, traitée par des injections de nitrate d'argent à haute dose et par les résineux, n'accusa d'autre symptôme que l'œdème du fourreau, surtout du prépuce. Il n'y avait pas de douleur, et aucune apparence de phlegmon dans le tissu cellulaire. Le chirurgien annonça aussitôt une phlébite oblitérante, qui fut reconnue effectivement à la corde dure, droite, très nette, existant le long de la partie moyenne du dos de la verge, et allant s'enfoncer au-devant du pubis. Il n'a pas été fait de traitement, et insensiblement l'œdème a diminué. Dans le cas que nous avons précédemment rapporté il avait fallu recourir à un traitement antiphlogistique, à raison de l'inflammation phlegmoneuse développée alentour de la veine. Il y aurait donc, comme l'a dit M. Marchal, deux formes de cette phlébite: une phlébite oblitérante simple que l'on peut abandonner à elle-même, et une phlébite avec phlegmon du tissu cellulaire environnant, qui doit être traitée par les moyens requis contre l'inflammation. C'est une question de savoir si le calibre de la veine malade se rouvre, ou si la circulation se rétablit par les anastomoses. X...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

De la dyspepsie et de son traitement.

(Suite du numéro du 3 mars.)

Nous avons examiné les formes diverses sous lesquelles se montre la dyspepsie. Nous avons dit que très fréquemment elle s'accompagne de diarrhée, de vomissements, etc. Ces phénomènes se montrent le plus souvent d'une manière intermittente. Lorsqu'ils ont duré pendant un certain temps, il deviennent quelquefois permanents; mais encore, dans ce cas, ils offrent des exacerbations correspondant aux heures des repas. C'est après les repas, soit immédiatement, soit seulement quelques heures après, que ces phénomènes se prolongent pendant un temps considérable. Quelquefois ils n'influent pas sur la santé générale. Mais fréquemment, ils déterminent des accidents, tels que la diminution de l'embonpoint et des forces. Ce n'est, du reste, et nous devons le faire observer, que lorsqu'ils ont duré pendant un temps assez long, qu'ils influent notamment sur la santé générale. Ces phénomènes se terminent quelquefois spontanément, sous l'influence de simples circonstances hygiéniques, et parce que, quelle qu'en soit la cause, les conditions dans lesquelles se trouvent les malades ont changé.

Un homme menait une vie sédentaire, passait ses journées assis et sans prendre d'exercice. Des motifs de position le forcèrent à changer de genre de vie, à prendre un exercice continuel, à se livrer à des occupations actives, etc.; la maladie cesse comme par enchantement, et au bout de quelques semaines, de quelques jours même, la dyspepsie disparaît.

Lorsque l'affection dont nous vous entretenons dure depuis longtemps, elle détermine ordinairement de la tristesse: de la dyspepsie à l'hypocondrie il n'y a qu'un pas. Alors le soin de leur santé devient l'occupation principale des malades, l'objet de leurs pensées constantes. Il est extrêmement fréquent de voir des sujets dyspepsiques devenir hypocondriaques. Les causes qui amènent les troubles de la digestion conduisent assez fréquemment à cette affection morale.

Toutes les fois qu'un sujet digère mal, on peut se demander s'il y a simplement dyspepsie, ou s'il existe chez lui une affection organique de l'estomac, une inflammation de la muqueuse du ventricule ou des intestins; s'il n'y a pas d'étranglement de l'épiploon. On doit également porter son attention sur les appareils d'organes éloignés, et rechercher avec le plus grand soin si par hasard ce trouble des fonctions digestives ne serait point sympathique d'une maladie de l'utérus, soit aiguë et inflammatoire, soit organique, d'un écoulement leucorrhéique abondant. C'est donc, le plus souvent, en quelque sorte par voie d'exclusion, et en éliminant une à une toutes les maladies avec lesquelles elle peut présenter quelques rapports, que l'on arrive au diagnostic de la dyspepsie, que j'appellerai *essentielle*. Le malade ne présente, dans cette dernière affection, aucune altération organique de l'estomac, mais seulement il digère mal. Ainsi, le diagnostic de la dyspepsie consiste d'abord dans l'examen des organes viscéraux, soit digestifs, soit autres, et dans la détermination exacte et précise de ce fait, qu'il n'y a dans aucun appareil de l'économie aucune altération matérielle dont la dyspepsie pourrait être le symptôme. D'après cela, vous comprenez que nous ne pouvons ici vous tracer le diagnostic différentiel de la dyspepsie; il faudrait passer en revue toutes les maladies qui sont comprises dans le cadre nosologique, et les connaissances théoriques et pratiques que vous avez puisées dans les cours de pathologie et aux leçons de clinique, vous suffiront pour vous permettre d'établir vous-mêmes ce diagnostic négatif.

Il y a cependant encore une espèce de dyspepsie que nous devons vous signaler, c'est celle qui survient chez les rhumatisants. Il y a des dyspepsies qui semblent être le résultat d'une métastase, d'un principe herpétique, et qui ne céderont qu'à l'emploi des moyens propres à combattre le vice rhumatismal ou les affections chroniques de la peau, dont elles sont le symptôme.

Quand il y a dyspepsie essentielle, il faut chercher quelles sont les causes qui ont pu donner lieu à cette maladie. On peut généralement la rapporter à six causes principales:

1° L'absence d'exercice. L'exercice est indispensable à l'homme; il est nécessaire pour fortifier les organes du mouvement et pour l'entretien libre des fonctions des autres organes. Il est un grand nombre de personnes qui ont besoin de leurs jambes pour digérer, qu'on nous passe cette expression. Ici, comme partout, la mesure est indispensable. Il ne faut pas donner une courbature aux malades pour les faire digérer. Généralement une vie sédentaire est surtout nuisible aux hommes beaucoup plus qu'aux femmes; plus dangereuse pour les forts que pour les faibles; elle est nuisible à ceux qui ont commencé à mener une vie active, qui ont l'habitude de l'exercice. Prenons un exemple. Un homme est employé dans une administration, et pour remplir les fonctions qui lui sont attribuées il est forcé chaque jour de faire de longues courses; cet homme obtient de l'avancement, ses occupations changent. D'actives qu'elles étaient, elles sont sédentaires; il passe désormais toutes ses journées assis à une table, à écrire. Cet homme tombe malade.

Les mêmes phénomènes s'observent journellement chez les hommes de la classe riche de la société qui passent l'été à la campagne, chassent pendant une partie de la saison, se lèvent de grand matin, se fatiguent. Rentrés en ville pendant l'hiver, ils passent une grande partie de leurs journées renfermés, ne prennent pas d'exercice. Il survient de la dyspepsie, conséquence naturelle de leur inaction. Lorsqu'un sujet présente cette dyspepsie, qui est le résultat de l'absence de l'exercice, surtout s'il avait avant la manifestation des symptômes l'habitude de ne pas rester dans l'inaction, ce qui rendrait alors l'activité plus nécessaire encore, l'indication thérapeutique est formelle; il faut prescrire le retour aux anciennes occupations. Ce n'est pas toujours chose facile que de faire prendre de l'exercice aux malades. Conseillez le mouvement à un ouvrier que sa profession oblige de rester assis une grande partie du jour, à un tailleur, par exemple, à un lapidaire, il vous répondra qu'il ne peut point en faire, que son travail l'en empêche. Lorsque l'on tombe à des individus qui n'ont commencé que depuis peu de temps à exercer ces professions sédentaires, il arrive quelquefois que l'on peut leur conseiller de changer d'état; et quand on l'obtient, la santé générale se modifie d'une manière favorable. Généralement, les ouvriers qui se livrent aux occupations de la nature de celles que nous venons de signaler, sont des hommes d'une constitution faible et délicate, peu robustes. Dans ces circonstances, il faut obliger le malade à habiter loin de l'endroit où il travaille; de cette manière chaque matin en se rendant à son atelier, il se trouve forcé de marcher pendant un temps plus ou moins long; et cette course qu'il répète le soir, lui fournit un moyen de remédier aux inconvénients qu'offrirait une vie complétement sédentaire, sans nuire cependant au travail qui le fait vivre.

Les hommes de la classe aisée manquent souvent d'un exercice suffisant. Ce n'est pas tout de marcher dans sa chambre ou dans les rues de Paris pour se trouver dans des conditions telles que la digestion finisse par s'effectuer facilement; il est nécessaire aussi que le sujet ne soit pas constamment préoccupé des soins de sa santé. Il sera bon que l'homme qui a besoin d'exercice, et qui cependant ne peut souvent sortir, trouve chez lui, quand il est obligé de rester à la maison, un travail mécanique qui exerce son corps, et, fixant son attention, parvienne à le distraire des soins incessants que réclameraient sa maladie. Parmi ces travaux, l'un des plus répandus sans contredit dans la classe aisée, chez les hommes de cabinet, c'est l'exercice du tour. Pour ne vous citer qu'un seul des hommes marquants qui se sont adonnés à ce travail manuel, nous vous dirons que Laënnec, qui l'avait adopté par raison de santé, y était devenu très habile, et qu'il avait à côté de son cabinet d'étude une pièce dans laquelle il passait quelques moments à tourner lorsqu'il se sentait fatigué par ses travaux intellectuels. Nous connaissons un grand nombre de personnes qui ont retiré beaucoup d'avantages de l'habitude de ce genre de travail. Quelques travaux de menuiserie se trouvent encore dans le même cas; mais cette dernière profession trouve des applications beaucoup moins fréquentes.

La cause de la dyspepsie que nous venons de signaler devient bien plus puissante encore lorsque le sujet malade a une vie, qu'on nous passe cette expression, tout intellectuelle, et occupe constamment ses organes cérébraux. Ordinairement dans ces conditions, et sous l'influence de ces effets continuels, il y a quelques précautions à prendre. Presque toujours en effet lorsqu'ils sont affectés de la dyspepsie, les malades de cette catégorie présentent des troubles plus ou moins grands dans les fonctions intellectuelles. Les précautions hygiéniques à prendre, et qui constituent à elles seules presque toute la thérapeutique, consistent: à manger excessivement peu avant le moment de la journée auquel ils doivent se mettre au travail; au déjeuner, par exemple, s'ils ont l'habitude d'écrire ou de composer dans la journée: le soir, il leur sera permis de dîner à leur appétit; mais le matin, on défendra expressément toute alimentation substantielle ou copieuse. Pour nous résumer en deux mots, on devra donner aux individus dyspepsiques, ce conseil: de ne se livrer aux travaux de l'esprit qu'une heure ou deux après le repas, et encore la nourriture devra-t-elle être légère et peu abondante; et ici nous n'entendons pas parler seulement de ces auteurs éminents qui occupent un des premiers rangs dans les hautes classes de la société, nous entendons parler aussi d'hommes qui se livrent à des travaux plus humbles, un négociant, par exemple, qui s'occupe de la tenue de ses livres ou de sa correspondance.

2° Les affections morales tristes exercent, sur les organes de la digestion et sur l'accomplissement normal des fonctions qui leur sont dévolues, une influence manifeste et souvent très grande. Un chagrin profond ôte l'appétit et paralyse la faculté digestive. L'homme qui se trouve momentanément en proie à des préoccupations tristes, doit en conséquence, et comme première condition du maintien de sa santé, s'abstenir d'aliments, ou du moins en prendre une quantité très minime. Si ces préoccupations durent longtemps, les diges-

tions se font d'une manière de plus en plus pénible ; et pendant tout le temps que l'individu se trouve en proie à leur action, le premier principe est de le nourrir peu et avec des aliments légers et facilement assimilables.

3° Un mauvais régime, une alimentation mal choisie, mal appropriée, est une des causes les plus fréquentes des mauvaises digestions ; et ici, il est nécessaire d'établir quelques distinctions suivant les circonstances qui peuvent se présenter.

Les aliments peuvent être de mauvaise qualité relativement. Par exemple, un ouvrier qui se livre depuis le matin jusqu'au soir à un travail corporel violent et fatigant, pourra, sans nul doute, prendre des aliments très indigestes sans qu'il en résulte pour lui le moindre inconvénient ; celui, au contraire, qui, hors sa profession même, se trouve obligé de mener une vie tranquille, est placé dans des conditions diamétralement opposées, et ne devra prendre que des aliments légers et facilement digestibles. Il y a telle nourriture lourde et indigeste que le médecin devra formellement défendre à tout individu qui n'aura pas d'occupations actives ; les pâtisseries les plus grasses, par exemple, les croûtes de pâtés sont très bien digérées par certains estomacs, qui ne peuvent être supportées par d'autres. Toutes ces circonstances individuelles, résultant des idiosyncrasies, vous seront apprises beaucoup plus nettement par quelques mois de pratique, qu'elles ne peuvent l'être dans des leçons théoriques et hors de l'observation des faits particuliers. Ce sont, du reste, des choses que les malades apprendront souvent au médecin, et qu'ils connaissent mieux que les hommes de l'art les plus instruits, car elles dépendent de l'organisation.

Relativement au choix des aliments, il y a des considérations extrêmement importantes.

Certains individus digèrent mieux avec de l'eau qu'avec du vin. D'autres, au contraire, ne peuvent point digérer lorsqu'ils ne boivent que de l'eau à leurs repas. Il ne faut pas croire que le régime consiste toujours à retrancher telle ou telle substance. A une époque où régnait l'école physiologique, nous avons vu souvent des malades qui, par crainte de la gastrite, avaient supprimé le vin, et qui ont été obligés de s'y remettre pour pouvoir digérer. On devra donc tenir compte des habitudes, qui ont une influence extrême sur la santé des malades. On a dit avec raison qu'un homme à l'âge de trente ans, lorsqu'il était doué d'intelligence, devait être son propre médecin, plutôt qu'un médecin qui le voyait pour la première fois. Cela est encore beaucoup plus vrai pour l'homme en santé que pour l'homme malade. L'individu bien portant doit avoir observé ce qui lui convient, les aliments qui lui réussissent, ceux que son estomac ne supporte pas. Il doit être capable de se formuler une hygiène convenable, et de se passer, sous ce rapport, des conseils des autres.

Si les aliments peuvent être indigestes par leur nature, ils peuvent l'être aussi par leur quantité. La variété excite l'appétit. L'abondance des aliments et leur variété deviennent des causes de mauvaise digestion. Leur préparation est encore beaucoup plus influente, les aliments mal préparés sont indigestes. Les viandes mal hachées, entre autres, constituent une alimentation des plus malsaines ; les substances mal cuites ou cuites incomplétement deviennent des causes de perturbation plus ou moins grandes dans la digestion. Il n'est pas rare de voir des personnes éprouver des digestions très pénibles après avoir mangé de la venaison trop faisandée, et s'en trouver très mal.

De plus, dans les aliments considérés comme cause de dyspepsie, il faut encore faire attention à une circonstance importante, c'est que souvent ce n'est ni la qualité, ni la quantité des aliments qui sont nuisibles ; la cause de la maladie tient à l'homme lui-même, et à la manière dont il mange. On trouve fréquemment, en effet, des hommes qui avalent des morceaux tout entiers, qui ne savent pas manger ou ne prennent pas le temps de mâcher. La mastication incomplète et l'insalivation incomplète sont deux causes puissantes de perturbation dans les fonctions des organes digestifs.

On a dit avec la plus grande justesse que la digestion se fait à moitié dans la bouche ; ceci est vrai, en ce sens que des aliments parfaitement insalivés, mêlés intimement avec les liquides sécrétés par les glandes salivaires, sont beaucoup mieux préparés pour la digestion. Il n'est pas non plus indifférent de tenir compte du nombre des repas, nombre qui varie en raison de l'âge des individus.

Peu de temps après sa naissance, l'enfant peut faire un repas presque à toutes les heures. Le plus souvent, néanmoins, il lui suffit de prendre le sein toutes les deux ou trois heures. Les nourrices donnent trop souvent le sein aux enfants pour les calmer. Il ne faut pas que du lait nouveau arrive dans l'estomac pendant la digestion et se mêle à du lait à moitié digéré. Lorsque l'enfant crie, ce n'est pas toujours parce qu'il a besoin de manger. Dès les premières semaines de la vie, il faut éloigner un peu les repas. Au bout de deux ou trois ans, quatre ou cinq repas suffisent. Dans l'adolescence, deux ou trois seulement. Enfin, il arrive un âge auquel on ne fait plus guère qu'un seul repas solide par jour.

Il y a des personnes chez lesquelles la multiplicité des repas est évidemment la seule cause de la dyspepsie.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX. MORT DU FOETUS. INERTIE DE L'UTÉRUS ET INTERRUPTION DU TRAVAIL. EMPLOI DU CROCHET.

Par le docteur A. FOUCART.

Je fus appelé, le 28 février dernier, près d'une femme de vingt-trois ans, primipare, demeurant rue de l'Hôtel-de-Ville, et qui depuis la veille au soir éprouvait les douleurs de l'enfantement.

Cette femme, faible, d'une mauvaise constitution, souvent malade, était venue deux mois auparavant me consulter pour une affection cutanée dont elle était atteinte, et pour des symptômes singuliers survenus depuis le commencement de sa grossesse, une soif ardente et insatiable, et une sécrétion urinaire extrêmement abondante. La malade me dit à cette époque qu'elle buvait jusqu'à dix litres d'eau ou de tisane pendant la nuit. Outre cet état maladif, je dois rappeler aussi que, pendant les six ou sept premiers mois de sa grossesse, cette jeune femme, ouvrière, et voulant aussi longtemps que possible continuer en ville ses occupations, se serrait assez fortement dans son corset, et cherchait à cacher sa grossesse aux personnes qui l'employaient. Nous avons cru devoir insister sur toutes ces circonstances, qui n'ont pas été sans une grande influence sur ce qui survint plus tard, nous voulons dire la mort du fœtus et l'accouchement prématuré. Du reste, et malgré la faiblesse de sa constitution, la malade paraissait assez bien conformée, et rien ne semblait devoir faire obstacle à la sortie de l'enfant.

Au moment où je fus appelé, les douleurs se faisaient sentir depuis quatorze à seize heures. La malade, qui depuis deux jours ne sentait plus remuer l'enfant, nous dit qu'elle pensait être en avance de quinze jours ou trois semaines environ. Les douleurs étaient assez intenses, mais peu fréquentes. Le col, entièrement effacé, présentait une dilatation de la largeur d'une pièce de deux francs. L'examen le plus minutieux ne nous permit pas de constater les battements du cœur du fœtus. Le lendemain matin, les choses en étaient au même point ; les douleurs avaient faiblement continué toute la nuit ; mais le travail n'avançait pas. La dilatation était aussi peu considérable. Dans la journée, la poche des eaux se rompit, et les douleurs cessèrent presque complétement. Je fis prendre à trois reprises deux grammes de seigle ergoté ; puis, ne pouvant rester plus longtemps à demeure chez la malade, je plaçai près d'elle madame Barré, élève distinguée de la maternité, à laquelle je ne saurais me dispenser d'adresser des remercîments pour l'habileté et le zèle avec lesquels elle m'a secondé dans cette circonstance.

Le soir du 1er mars, je revis la malade à onze heures. Même état ; faiblesse extrême. Dans la nuit, syncopes fréquentes durant chacune plusieurs minutes, et qui causèrent aux parents des inquiétudes assez vives pour que l'on me fît avertir. — Le 2 mars, au matin, bain d'une demi-heure. Aucun changement ne survint pendant la journée ; faiblesse excessive ; pas de dilatation du col malgré l'emploi de la pommade belladonée ; ce qui s'explique facilement du reste par l'absence complète des contractions utérines, que ne put même provoquer l'administration de quelques grammes de seigle ergoté. Enfin le 3 mars, dans la journée, nous nous décidâmes à agir.

Voici quel était l'état des choses :

La tête, se présentant en position occipito-iliaque droite antérieure, était engagée dans le détroit supérieur, appuyant fortement sur le rectum, comme nous pûmes nous en convaincre par le toucher anal. L'enfant était manifestement mort depuis plusieurs jours. L'absence de tout mouvement depuis plus de six jours, la cessation des douleurs et la suspension du travail et, plus que tout cela, la mollesse des téguments de la tête, que l'on pouvait serrer avec les doigts au niveau de la fontanelle antérieure, et dont l'épiderme se détachait, en étaient autant de signes irrécusables. — Pour le dire en passant, trois causes nous paraissent susceptibles d'avoir, dans le cas actuel, occasionné la mort du fœtus : d'abord et en première ligne, la mauvaise constitution et l'état de maladie de la mère ; puis l'habitude de cette compression exagérée que pendant les premiers mois de la grossesse le corset exerçait sur l'abdomen ; enfin une chute que la malade nous avoua avoir faite quelque temps avant l'époque à laquelle se manifestèrent les premiers phénomènes.

Dans ces circonstances, il était évident qu'il fallait, sous peine de compromettre la vie de la mère, pratiquer artificiellement l'extraction du fœtus. La tête était trop fortement engagée au détroit supérieur pour qu'il fût possible de tenter la version. D'ailleurs, l'enfant était évidemment mort depuis longtemps. La matrice était complétement inerte ; l'indication était précise : déterminer l'accouchement, de quelque manière que ce fût, sans léser les organes maternels. Nous crûmes devoir nous servir du levier pour faire descendre la tête ; mais, après avoir échoué à trois reprises, nous nous décidâmes à appliquer le crochet aigu, qui, en nous donnant prise sur le fœtus, nous permettait d'ouvrir la tête et de diminuer d'autant la résistance à vaincre. Nous nous y décidâmes sur-le-champ, tant à cause de la faiblesse extrême de la femme, que du défaut de contractions de l'utérus, que n'avaient pu réveiller plusieurs doses de seigle ergoté administrées successivement. Quant au forceps, la crainte de ne pouvoir placer la branche antérieure nous empêcha d'y avoir recours. Du reste, l'opération fut si facile que je ne m'arrêtai pas davantage à l'idée d'employer un autre instrument que celui dont nous avons parlé.

Quelques manœuvres faites lentement et avec précaution, à plusieurs reprises, avec les doigts, dilatèrent le col suffisamment pour permettre l'introduction d'un fort crochet aigu, aplati, triangulaire, qui, guidé par le doigt, fut appliqué sur l'occiput. La substance cérébrale, ramollie et presque réduite en bouillie, s'échappa par l'ouverture faite par le crochet ; et après quelques tractions exercées avec les plus grands ménagements pour donner aux parties le temps de se dilater et pour éviter toute échappée de l'instrument, nous amenâmes un fœtus paraissant au terme de huit mois et demi environ, bien conformé et, comme nous l'avions reconnu, mort depuis plusieurs jours, car l'épiderme se détachait sous la plus légère pression du doigt. La malade n'avait accusé aucune douleur pendant l'opération. Le ventre fut couvert de serviettes chaudes et doucement frictionné. Au bout de dix à douze minutes nous exerçâmes quelques tractions sur le cordon, qui, évidemment ramolli, se déchira à son insertion placentaire ; j'introduisis la main dans l'organe, et je ramenai facilement le placenta tout entier, sans aucune déchirure. L'opération, jusques et y compris la délivrance, n'avait pas duré plus d'un quart d'heure. La malade fut replacée dans son lit, et je prescrivis des cataplasmes sur le ventre, des boissons chaudes, diète absolue.

Le lendemain, 4 mars, la malade se trouve très bien, ne souffre pas. Pouls à 76, petit ; un peu de sommeil pendant la nuit.

Le 5 et le 6, bien. Dans la soirée du 6, les seins se gonflèrent ; pouls à 92-96, développé ; légère douleur de gorge ; du reste, pas de céphalalgie. Ventre non douloureux à la pression. L'écoulement lochial, peu abondant, se fait bien.— Mêmes boissons ; diète : deux ou trois cuillerées de confiture de groseilles.

Le 7, lavement laxatif ; cataplasmes sur les seins, qui sont un peu tuméfiés ; diète.

Le 8, même état ; les lochies sont toujours peu abondantes.

Le 9, je fais prendre à la malade 40 grammes de phosphate de soude, qui déterminent dans la journée et dans la nuit six selles.

Le 10, elle se trouve très bien. Le pouls, à 84 au moment où j'arrive près de la malade, tombe à 72 au bout de quelques minutes. Les seins sont moins durs, non douloureux. Les lochies coulent un peu plus abondamment. — Je permets un peu de bouillon coupé. Cataplasmes.

Le 12, même état de calme. Pouls à 72. Ventre complétement insensible. Les seins sont revenus à leur volume et à leur consistance normaux. La malade s'est levée hier pendant une heure. — Bouillons ; un potage.

Au moment où nous écrivons ces lignes, la convalescence est parfaite.

— Il nous semble que chez cette malade, la longueur du travail, la constitution détériorée de la femme, l'état de mort évidente et datant de plusieurs jours du fœtus prescrivaient de la manière la plus formelle une délivrance prompte, afin de mettre la mère à l'abri des dangers auxquels une temporisation imprudente n'aurait pas manqué de la faire succomber. Quant à la question de savoir s'il convenait mieux de se servir d'un instrument plutôt que d'un autre, il nous semble avoir établi des raisons suffisantes pour motiver l'emploi de celui dont nous avons fait choix. Nous ne nions pas qu'en supposant possible et facile, ce que nous ne croyons pas dans le cas actuel, l'introduction successive des branches du forceps. en position oblique, l'action de cet instrument n'eût été également suivie d'un résultat avantageux pour la mère ; mais la difficulté que nous sembla devoir présenter l'application de la branche antérieure nous détourna de cette idée, que nous eûmes un instant. Du reste, les tentatives faites avec le levier nous ayant démontré la possibilité d'atteindre une partie du crâne sur laquelle le crochet aigu pût se fixer d'une manière solide, cette possibilité nous détermina complétement à agir comme nous le fîmes, et l'événement prouva que notre conduite pouvait être suivie sans aucun danger pour la mère.

Avant de terminer cette observation, nous croyons devoir signaler un fait qui nous paraît grave, et qu'il est bon de ne point passer sous silence : c'est la tendance qu'ont depuis quelques années certains médecins vérificateurs des décès de blâmer toujours et partout la conduite de leurs confrères de la ville, avec une légèreté tout au moins impardonnable, pour ne pas nous servir d'une expression plus sévère.

Dans le cas actuel, le médecin chargé de cette fonction et dont nous tairons le nom par respect pour la dignité du corps médical, après s'être fait représenter le corps de l'enfant, et s'être fait rendre compte de la manière dont les choses s'étaient passées, blâma dans les termes les plus inconvenants la conduite de l'accoucheur, disant : que peut-être l'enfant n'était-il pas mort au moment où l'on procéda à son extraction, que rien ne lui prouvait qu'il n'eût pas succombé à une hémorrhagie du cordon ombilical (n'est-ce pas être étranger aux premières notions de l'art que de parler d'hémorrhagie quand l'épiderme se détache sur la tête du fœtus ?) ; affirmant, qu'avec la moindre habitude, le forceps aurait suffi ; que d'ailleurs on aurait dû faire la version et aller chercher les pieds ; enfin que la manœuvre que nous avions mise en usage ne devait jamais être employée, et qu'il fallait attendre. A cette objection qui lui fut faite par madame Barré, présente à sa visite, qu'attendre en pareil cas c'était exposer les jours de la mère, il fut répondu par cette monstrueuse assertion, que, quels que fussent les risques que dût courir la mère, *il fallait attendre!* Notons, outre la.... singularité des raisonnements, que ces obligeantes réflexions étaient faites en présence de la malade elle-même et de ses parents.

Nous le disons hautement : ici, le vérificateur des décès a oublié son mandat et outrepassé ses instructions ; de plus, il a manqué aux lois les plus rigoureuses de la confraternité. Il serait à désirer que l'autorité, instruite des faits de ce genre qui se renouvellent trop fréquemment, traçât d'une manière formelle à ceux qu'elle honore de sa confiance, une ligne de laquelle il ne leur fût pas permis de s'écarter.

Nous sommes heureux de pouvoir ajouter en terminant, que notre savant et estimable confrère M. Deslandes, médecin-inspecteur, qui sur ce premier procès-verbal crut devoir vérifier les faits par lui-même, après avoir pris tous les renseignements nécessaires approuva pleinement notre opération, et que sa conduite, pleine de convenance et de dignité, offrit un contraste frappant avec celle du médecin-vérificateur.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Fistule de la cornée.

A la suite d'ulcérations de la cornée ou de plaies obliques faites avec des instruments piquants, cette membrane présente quelquefois une

perforation très petite qui tarde longtemps à se cicatriser. L'humeur aqueuse traverse cette ouverture en quantité excessivement petite au fur et à mesure de sa production. L'œil est mou dans son ensemble ; les quatre muscles droits forment de larges sillons sur la sclérotique ; la cornée est plissée, comme légèrement chagrinée, et l'iris exactement appliqué contre sa face postérieure. De temps en temps, et surtout lorsqu'une pression a vidé la chambre antérieure, il arrive que les bords de l'ulcération se trouvent en contact et adhèrent momentanément entr'eux. Alors la chambre antérieure reparaît en partie, et la cornée présente une convexité presque normale. Mais si la cicatrice n'est point assez résistante, ce qui arrive très souvent, la fistule se reproduit et laisse de nouveau échapper l'humeur aqueuse. Je soupçonne fortement que les malades de M. Rosas (Stœber, pag. 267), et celui de M. Mirault, chez lesquels l'œil était si mou, que la forme en était changée à chaque instant par les contractions musculaires, n'étaient atteints d'autre chose que d'une fistule de la cornée méconnue.

Cette supposition présente d'autant plus de probabilités que cette membrane était plus ou moins conique, opaque en grande partie, transparente au centre, et que les malades avaient été primitivement atteints d'ophthalmie purulente, qu'ils avaient fait abus de cataplasmes sur les yeux, et que la maladie s'était présentée après des efforts musculaires violents. La fistule peut durer plusieurs jours, plusieurs mois et même davantage. L'observation suivante en est une preuve.

Le jeune X..., âgé aujourd'hui de treize ans, se blesse l'œil droit d'un coup de canif, il y a dix-huit mois, et vient me trouver quelques semaines après l'accident. L'œil est partout dans l'état normal, la vision est aussi bonne que de l'autre côté; il n'y a nulle part aucune rougeur morbide. A la partie inférieure et un peu externe, je reconnus une petite ouverture placée au centre d'une plaie de quatre millimètres d'étendue, mal réunie, et qui repose par moitié sur la sclérotique et sur la cornée. Une petite partie de l'iris s'est engagée dans l'extrémité scléroticale de la plaie et y a contracté des adhérences, qu'on n'aperçoit qu'en recommandant au petit malade de diriger l'œil en bas et en dehors. La chambre antérieure existe ; mais elle est moins grande que de l'autre côté. Si l'on tient l'œil quelque temps en observation, il s'injecte, et l'on voit alors manifestement suinter de l'ouverture capillaire un liquide incolore qui vient se joindre aux larmes, et qui n'est autre que l'humeur aqueuse. A ce moment la chambre antérieure diminue progressivement, l'iris se rapproche de la cornée; l'œil alors devient mou, et la cornée se plisse bientôt dans tous les sens sous la seule influence de la contraction de l'un des muscles droits. Si l'on fait coucher le petit malade pendant un quart d'heure environ, la chambre antérieure se rétablit, et la vision reprend la netteté qu'elle avait perdue après la sortie de ce liquide.

L'examen de la plaie fait reconnaître un phénomène assez singulier que j'ai eu l'occasion de constater quelquefois dans des cas analogues. Autour des bords de la solution de continuité, mais seulement dans sa portion scléroticale, on voit une exsudation fibro-albumineuse placée sous la muqueuse bulbaire ayant une forme aplatie et dont la longueur dans tous les sens peut être évaluée à quatre millimètres et l'épaisseur à deux. Très évidemment, ce dépôt, sécrété par les lèvres de la plaie pour leur réunion, a été entraîné en bas par l'humeur aqueuse sortant incessamment de l'ouverture cornéenne, et s'est ainsi organisé sous la conjonctive, où il forme la tumeur dont je viens de parler. J'ai excisé plusieurs fois cette tumeur au moyen d'une pince et d'un couteau à cataracte, mais elle s'est toujours reproduite, du moins tant que la fistule est demeurée ouverte. Pour m'assurer qu'elle n'était constituée que par de l'albumine, je l'ai remise, en juin 1845, à M. le docteur Pappenheim, qui a bien voulu l'examiner sous le microscope et qui n'y a vu aucun autre caractère particulier.

Dès que je vis le petit malade et que j'eus reconnu la fistule de la cornée, je songeai à le débarrasser de cette maladie en cautérisant la petite ouverture avec le nitrate d'argent; mais, ainsi que je l'avais prévu, j'éprouvai la plus grande difficulté à obtenir la réunion. Je ne m'occupai point alors de la collection fibro-albumineuse qui existait déjà bien que le malade n'eût suivi aucun traitement. La cautérisation fut répétée de temps en temps; les lèvres de la plaie semblaient être quelquefois réunies; pourtant il n'en était rien, car le petit malade venait après quelques jours me dire de lui-même que *son œil s'était encore crevé*, et l'examen me faisait reconnaître en effet que la fistule s'était rétablie. Il y avait ici quelque chose de comparable à ce qu'on observe dans une variété de kératocèle, affection dans laquelle la partie amincie de la cornée s'ouvre, donne issue à l'humeur aqueuse et se transforme quelquefois en fistule cornéenne. Après avoir répété les cautérisations sans résultat pendant un temps fort long, j'enlevai le dépôt fibro-albumineux, placé loin de la plaie sous la conjonctive bulbaire, chaque fois qu'il se reproduisit, et cela sans jamais rien pouvoir obtenir. Depuis longtemps je me proposais d'agrandir l'ouverture fistuleuse, mais le petit malade cessa de venir à ma clinique, et d'ailleurs j'avais à craindre non-seulement que cette opération fût inutile, mais encore qu'elle fût nuisible en ce sens qu'il y avait grand danger de léser la capsule du cristallin et la lentille elle-même. J'avais perdu de vue cet enfant depuis trois mois environ, époque à laquelle j'avais pratiqué une dernière excision du tissu fibro albumineux et quelques scarifications dans le voisinage de la plaie fistuleuse, lorsqu'il y a quelques jours il est revenu me voir en apparence guéri. La plaie semble cicatrisée et la collection albumineuse n'est point plus élevée qu'au moment où je l'ai enlevée pour la dernière fois. Cette guérison est-elle définitive, c'est ce que le temps seul pourra nous dire. Il paraîtrait au reste, si l'on peut en croire le petit malade, qui est fort intelligent, que depuis ces trois derniers mois l'œil ne a'est plus ouvert.

Le traitement de la fistule de la cornée n'est point toujours facile, ainsi que le prouve l'observation qui précède ; en général, il est le même que celui du kératocèle produit par la procidence de la membrane de l'humeur aqueuse. Le repos dans la position horizontale, les collyres astringents, l'occlusion des paupières par des bandelettes de taffetas d'Angleterre pendant plusieurs jours et plusieurs nuits lorsque les premiers moyens échouent, suffisent d'ordinaire pour guérir complétement la maladie ; cependant tout cela a été inutile chez le petit malade dont l'histoire précède. Si les lèvres de la fistule ne sécrètent point et n'adhèrent pas bientôt entr'elles, la cautérisation superficielle de la perforation au moyen d'un crayon de nitrate d'argent, peut être utile si l'on prend soin de ne point faire pénétrer la moindre parcelle de caustique dans la chambre antérieure. Lorsque la fistule est rapprochée du centre de la cornée, il n'y a aucun danger de léser la capsule et le cristallin; on peut alors transformer le trajet fistuleux en une plaie simple, en l'ouvrant à droite et à gauche au moyen d'un couteau à cataracte ou du couteau lancéolaire de Beer. J'ai guéri de cette manière quelques kératocèles. On fomente ensuite l'œil blessé avec de l'eau froide, et on le maintient fermé sous des bandelettes de taffetas d'Angleterre pendant tout le temps nécessaire à la réunion.

Traitement de l'hydropisie; par M. le docteur KENNER (de Weinsberg).

A Weinsberg, où l'hydropisie se montre très fréquemment par suite des abus du vin, M. le docteur Kenner a obtenu de beaux succès contre cette affection de l'emploi de la mixture suivante :

Digitale pourprée,	2 grammes;
Arrête-bœuf,	4 id.;
Polygala de Virginie,	6 id.;
Eau commune,	250 id.

Faire bouillir pendant dix à quinze minutes, et passer; ajouter à la colature refroidie

Citrate de potasse,	4 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour une mixture à prendre par cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures.

La diurèse est toujours fortement activée par l'administration de cette mixture, l'œdème des pieds et l'ascite disparaissent promptement; et dans les cas où la maladie n'est pas symptomatique d'une lésion organique, la guérison se montre toujours durable.

Statistique des aliénés en Angleterre.

Dans les premiers mois de l'année 1845, un rapport a été présenté au parlement sur la statistique des aliénés en Angleterre, avec de très grands détails sur leur distribution dans le royaume, les dépenses qu'exige leur entretien, etc. D'après ce rapport, le nombre des aliénés d'Angleterre, à la fin de 1844, s'élevait à 14,153, sur lesquels 7,271 indigents (3,181 hommes et 4,090 femmes), et 6,882 idiots (3,271 hommes et 3,611 femmes). Sur ce nombre de 14,153, 3,574 étaient renfermés dans les asiles de comté, 2,559 dans les établissements autorisés, 4,080 dans les maisons de travail, 3,940 étaient placés isolément.

Sous le rapport de l'âge, il y en avait :

Au-dessous de 5 ans,	6
De 5 à 10,	40
De 10 à 20,	818
De 20 à 30,	2,828
De 30 à 40,	3,117
De 40 à 50,	3,047
De 50 à 60,	2,272
De 60 à 70,	1,430
Au-dessus de 70,	596

L'entretien de chacun de ces malades a coûté, terme moyen, 7 s. 3 1/2 d. par semaine dans les asiles de comté; 8 s. 8 3/4 d. dans les établissements autorisés, et 2 s. 7 d. en dehors de ces établissements.

Dans le pays de Galles, il y avait 379 aliénés et 820 idiots, en tout 1199, dont 37 dans des asiles de comté, 55 dans les établissements autorisés, 91 dans les maisons de travail, et les autres dans leurs familles ou ailleurs. — Leur entretien a coûté, terme moyen, 7 s. 9 1/2 d. dans les asiles de comté ; 8 s. 4 3/4 d. dans les établissements autorisés, et 2 s. 2 3/4 d. partout ailleurs.

Ainsi, au 1er janvier 1845, il y avait donc en Angleterre et dans le pays de Galles réunis, 7,650 aliénés et 7,072 idiots, en tout 15,352, sur lesquels 3,611 étaient renfermés dans les asiles de comté, 3,614 dans les établissements autorisés, 4,171 dans les maisons de travail; enfin 4,956 étaient dans leurs familles. (*Ann. méd.-psychol.*)

Dans la séance de l'Académie des sciences du 2 mars dernier, le docteur Ducros a présenté un mémoire intitulé :

Innocuité intoxicatrice et rapidité d'action thérapeutique presque instantanée du sulfate de quinine dans l'éther à faible dose, avec guérison, d'après la méthode buccale et pharyngienne dans les fièvres intermittentes pernicieuses, dans les fièvres intermittentes simples et dans les tics douloureux de la tête.

Conclusions. — 1° Le sulfate de quinine, employé dans l'éther sulfurique en frictions sur la langue, sur le voile du palais, aur le dedans des joues, au plancher vertébral du gosier, produit une salivation abondante, avec une amertume très prononcée, à la dose de cinq centigrammes, et cinq centigrammes amènent une réaction sur la moelle épinière plus forte que si l'on poussait la dose à deux grammes par l'intromission stomacale ou intestinale;

2° Ce qui caractérise l'action du sulfate de quinine, d'après la méthode buccale, c'est la presque instantanéité d'action soit dans les fièvres intermittentes simples, soit dans les fièvres intermittentes pernicieuses, soit dans les tics douloureux temporo faciaux;

3° Cette instantanéité d'action thérapeutique est surtout importante dans les fièvres intermittentes pernicieuses. Dans une fièvre intermittente pernicieuse, le troisième accès tue le plus souvent : est-on appelé deux heures avant le troisième accès, on administre à haute dose le sulfate de quinine d'après l'intromission stomacale et intestinale, mais inutilement. Le sulfate de quinine, administré en lavement ou en pilules, n'agit qu'au bout de cinq ou six heures, et le malade meurt. Mais, d'après la méthode buccale, est-on appelé une demi-heure avant la manifestation du troisième accès, la réaction du sulfate de quinine a le temps de s'opérer, et la mort est prévenue;

4° L'avantage le plus grand du sulfate de quinine employé à faible dose d'après la méthode buccale, gît surtout dans la non-intoxication qui accompagne quelquefois l'emploi du sulfate de quinine d'après l'intromission par l'estomac et par les intestins; cette intoxication amène la débilité générale, la surdité et l'amaurose;

5° L'instantanéité d'action du sulfate de quinine dans les névralgies temporo-faciales offre encore un avantage thérapeutique bien précieux.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 32. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique de M. Piorry (mois de février 1846), rédigé par M. Henri DUCLOS (de Rouen).

Erysipèle de la face. Blépharo-ophthalmite. Perte d'un œil.

Le 22 janvier, est entré, au n° 4 de la salle Saint-Raphaël, un homme de quarante-cinq ans, présentant *une petite plaie* du cuir chevelu, autour de laquelle s'est déclaré un érysipèle; état fébrile; point de délire. On applique un vésicatoire sur le front dans l'espoir de limiter le mal. L'intestin contenant des matières, on prescrit en même temps le sulfate de soude. L'érysipèle, suivant sa marche envahissante, gagne la face et particulièrement les paupières; rêves pénibles, assoupissement, léger délire dans la nuit; tuméfaction des paupières; aggravation de l'état cérébral. — Saignée abondante.

Deux jours après, par le toucher on trouve de l'empâtement et de la rénitence. Cette circonstance faisant soupçonner qu'il s'est formé là des abcès, on pratique avec prudence et lenteur des incisions profondes sur les paupières; évacuation abondante de pus non réuni en un seul foyer, mais infiltré. — Application d'un vésicatoire sur la face; tartre stibié à l'intérieur, dans le but de provoquer des évacuations séreuses abondantes.

Nouveaux abcès aux deux paupières; impossibilité d'examiner les globes oculaires, qui sont recouverts par les paupières. — Injections répétées entre les paupières; écoulement du pus au-dessous de celles-ci. Une vingtaine d'incisions successives sont faites; un abcès se manifeste sur la pommette droite, point sur lequel la tête a reposé longtemps.

Persistance de l'état fébrile. Chaque jour on ouvre les plaies des paupières pour en faire sortir le pus. Les accidents cérébraux se dissipent peu à peu; le malade finit par écarter les paupières. L'œil gauche est sain, mais l'œil droit est le siége d'une kératite avec épaississement et teinte grisâtre de la cornée; une conjonctivite intense existe en même temps; toute la surface de l'œil suppure.

Le 17 février, l'œil droit semble être le siége d'un abcès; il y a exophthalmie. L'œil gauche est sauvé; l'abcès au niveau de la pommette droite est guéri. Un anthrax s'est déclaré sur l'épaule droite, suite probable de la pyémie (altération du sang par le pus).

Le 28 février, le malade sort complétement rétabli.

— Ce fait est remarquable par le délire et l'assoupissement qui ont été en rapport avec l'inflammation des paupières et du tissu cellulaire de l'orbite, par les abcès des paupières et les suites heureuses des injections multiples, par la suppuration et la perte de l'œil droit consécutivement à une dermite de la face, fait, heureusement rare, que les injections multiples sous les paupières et la cautérisation par le nitrate d'argent n'ont pu empêcher.

Association de la saignée à l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'hypertrophie de la rate.

Nous avons encore à parler de la malade couchée au n° 4 de la salle Sainte-Geneviève, cette jeune fille qui a déjà fixé notre attention pour une pneumorrhagie.

Quelques jours après que les crachats eurent cessé d'être sanguinolents, cette malade a été prise d'accès de fièvre intermittente bien caractérisés, revenant tous les soirs à six heures; en même temps elle accusa des douleurs névralgiques du côté gauche, s'étendant depuis le cinquième espace intercostal jusqu'à la crête iliaque. La pression exercée sur les apophyses épineuses du rachis depuis la cinquième vertèbre dorsale jusqu'au sacrum, déterminait des douleurs qui suivaient la direction des côtes et allaient aboutir en avant sur la ligne médiane. La plessimétrie détermina le volume de la rate; cet organe présentait une hauteur de 18 centimètres, il s'avançait vers la ligne médiane à 6 centimètres de l'appendice xiphoïde. Cette fille a eu plusieurs fois, dans son enfance, des accès de fièvre intermittente. A son entrée à l'hôpital, on avait négligé d'examiner la rate. N'y a-t-il pas lieu de penser qu'elle portait depuis longtemps l'hypersplénatrophie, et que celle-ci a été la cause de la pneumorrhagie?

Quoi qu'il en soit, en se fondant sur tous les faits connus, on devait combattre l'hypertrophie splénique par le sulfate de quinine. Mais il y avait ici un écueil bien grave à éviter; ce traitement allait faire rentrer dans la circulation une quantité énorme de sang, et il pouvait survenir des hémorrhagies soit par le poumon, soit par l'estomac. Un fait semblable s'était montré l'année dernière. Un malade étant mort de gastrorrhagie, l'autopsie avait démontré l'état d'intégrité de l'estomac, l'énorme volume de la rate, nonobstant la diminution déjà obtenue par le sulfate de quinine. M. Piorry avait observé plusieurs faits de ce genre; il les a consignés dans son dernier volume de Médecine pratique.

Guidé par ces précédents, M. Piorry a associé les saignées à l'administration du sulfate de quinine; on a prescrit un gramme de sulfate de quinine, et le lendemain on a pratiqué une saignée de 300 grammes; le jour suivant, on a fait prendre à la malade, à la visite du matin, 1 gramme 25 de sulfate de quinine. M. Piorry nous a montré ce qu'il a déjà fait voir tant de fois, la diminution de la rate sous l'influence de ce médicament. En moins de cinq minutes la matité avait disparu dans l'espace de 2 centimètres sur toute la circonférence de l'organe. Après les cinq premières minutes la diminution du volume de la rate se fait plus lentement; vingt-quatre heures après elle était de 4 centimètres en haut, 3 centimètres en avant, 2 en bas.

Les deux jours suivants on n'a pas donné le sulfate de quinine. Le second jour la malade a eu le soir, à six heures, un accès de fièvre plus intense que les précédents; la nuit, pendant son sommeil, elle a eu une épistaxis (rhinorrhagie) très abondante; la sœur de ronde s'en est aperçue, et quelques instants après le réveil de la malade l'hémorrhagie a cessé.

On est resté encore deux jours sans donner le sulfate de quinine; pendant tout ce temps on a pu voir que l'hypersplénatrophie ne diminuait pas. Alors on a fait une nouvelle saignée de 300 grammes; le lendemain on a donné 1 gramme de sulfate de quinine; sous l'influence de cette dernière dose la fièvre d'accès n'a pas reparu à la même heure; mais seulement la nuit, vers le matin, et avec beaucoup moins d'intensité; la rate avait 11 ou 12 centimètres de hauteur.

Le 1er mars, on a donné 1 gramme de sulfate de quinine; le lendemain la rate était à son état normal, et la fièvre d'accès a complétement disparu. La malade devait avoir ses règles le 25 février; elle ne les a pas eu cette fois.

— De cette observation il résulte que l'association des saignées à l'emploi du sulfate de quinine, fait lui-même avec une prudence extrême, devient une règle de thérapeutique dans l'hypersplénatrophie arrivée à un très haut degré. Toutefois, il faut tenir compte de l'état du sang. M. Piorry a fait remarquer dans sa clinique que dans le cas où la saignée serait contre-indiquée, les purgatifs drastiques seraient employés avec avantage pour diminuer la masse du sang, parce que ce n'est pas la partie cruorique qui fait le principal volume du sang, mais bien la partie séreuse.

Hémorrhagie suppléant l'absence des règles.

Au n° 51 de la salle Sainte-Geneviève est couchée une fille âgée de vingt-huit ans, couturière.

Cette malade a toujours jusqu'alors joui d'une santé parfaite.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le rapport de l'Académie des sciences sur la jeune fille électrique. — Murmures des incrédules. — Récriminations des croyants. — Rectification de deux erreurs. — Mes visites à Angélique Cottin. — Mon opinion sur le phénomène. — Nouvelle métamorphose de la chaire d'anatomie. — Boite aux lettres.

Le rapport de l'Académie des sciences sur la jeune fille électrique a été assez généralement mal accueilli par l'opinion publique. Il n'a satisfait personne; les incrédules, et ce sont les plus nombreux, ne l'ont trouvé ni assez explicite, ni assez énergique. Si la Commission est convaincue, disent-ils, qu'il y a supercherie, pourquoi ne pas le dire nettement? Pourquoi s'envelopper dans ces formes cauteleuses qui, au lieu de confusionner la fraude, lui donnent au contraire plus de hardiesse par ces ménagements imprudents? Nous avions bien raison de prédire, ajoutent-ils, que l'Académie allait faire une fausse démarche, qu'elle courait vers la déconsidération, et qu'après avoir fait grand bruit des premières expériences, elle ne pourrait plus se tirer des expériences suivantes que par des faux-fuyants indignes de sa haute position. Cela n'est-il pas arrivé? Et qu'est-ce autre chose qu'un faux-fuyant, cette déclaration qui consiste à regarder comme *non avenues* des communications qui ont ému le monde savant tout entier, qui ont été répétées par les mille voix de la presse, qui ont eu pour organe un des plus illustres savants du siècle? Non avenues!... Ce serait commode, si c'était possible: malheureusement on n'effacera pas de l'histoire contemporaine cet empressement imprudent à engager l'Académie dans une démarche si compromettante; ce tort, on pouvait l'atténuer par une déclaration franche et nette de supercherie, et l'on n'a osé proposer qu'une fin de non-recevoir puérile et impossible.

Eh! messieurs, qu'est-ce à dire? s'exclament les rares croyants. Vous êtes venus deux fois, une douzaine de savants, de noir tout habillés, avec vos mines sévères et votre œil méfiant, l'ironie sur les lèvres et vos sens érigés pour dépister la fraude, et vous vous étonnez que cette pauvre fille des campagnes ait eu peur de vous voir, que cette perturbation morale ait annihilé chez elle des facultés nerveuses de leur nature si fugitives et si capricieuses? Est-ce que vos instruments fonctionnent toujours avec la même justesse et la même précision? Le chaud, le froid, le sec, l'humide, et souvent des circonstances que vous ne connaissez pas, ne les rendent-ils pas muets ou infidèles? Vous n'avez rien vu, rien constaté, soit; mais pour un phénomène d'un si haut intérêt, est-ce donc assez que deux séances? Et pourquoi les savants, de leur nature si patients et si persévérants, l'ont-ils été si peu pour un fait d'une si haute importance? La jeune fille a perdu quelques-unes de ses facultés électriques; mais la torpille ne les perd-elle pas aussi après des décharges multipliées! et pourquoi lancer une insinuation de fraude là où tout peut s'expliquer par des phénomènes naturels?

De part et d'autre on ajoute bien d'autres choses encore, que le feuilleton, quelque mauvais coucheur qu'on le suppose, ne veut pas répéter, mais qui prouvent que la Commission académique a parfaitement réussi à mécontenter ensemble la foi et l'incrédulité. C'est avoir du malheur. Malgré cette sorte d'émotion qui se traduisait dans tous les discours à l'endroit de la fille électrique, ou peut-être à cause de cette émotion, j'ai cédé aussi à la curiosité, et je me suis bravement présenté, deux fois cette semaine, à ses audiences. Car il faut que je répare ici une grave erreur dans mon histoire. Angélique, que j'avais fait partir de Paris repentante et confuse, est encore, à cette heure, dans la moderne Athènes; le peuple le plus spirituel de la terre fait encore antichambre dans son lieu de réception, et rien qui ressemble au repentir ou à la confusion ne se traduit sur le visage de la jeune paysanne du département de l'Orne. Autre grave erreur: j'avais parlé de M. Cholet en le qualifiant de confrère; c'est un honneur que ne mérite pas notre compagnie. M. Cholet est tout bravement un honnête chapelier de Mortagne, qui, témoin des phénomènes passés sous ses yeux, s'est coiffé d'Angélique, l'a conduite à Paris avec ses père et mère, qu'il héberge à ses frais, et, dès son arrivée, a écrit à l'Institut, pour faire les choses dans les formes.

La conscience tranquille sur ces points, j'arrive au récit de mes visites. Ce récit sera fort simple, je n'ai rien ou presque rien vu, mais en revanche j'ai beaucoup entendu. Par une fatalité étrange, après avoir attentivement examiné pendant une heure et demie — vous voyez que j'y mets de la patience, moi qui ne suis pas un savant — je me lève pour parler à mon voisin, et c'est précisément pendant ce mouvement, qui avait changé la direction de mon axe visuel, que le phénomène s'est produit. Une première fois j'en accusai le sort, une seconde fois ma maladresse; une troisième fois je vis la moitié du phénomène. Voici en quoi il consistait: le premier jour Angélique debout, en face d'un guéridon en bois qu'elle recouvrait en partie de son tablier, restait à peu près immobile. Après une heure et demie d'attente, un grand bruit se fit entendre, le guéridon était renversé. Un quart d'heure après le même phénomène se reproduisit, et toujours au moment ou aucun des assistants ne regardait et n'observait. Le second jour, la table était beaucoup plus lourde, elle ne fut pas renversée, mais soulevée, et je vis bien distinctement la table enlevée à quelques centimètres du sol; mais par quelle puissance, par l'attraction électrique ou par le moyen plus naturel des mains ou des pieds d'Angélique? Voilà le difficile à dire. Ce qui est certain, c'est que, si Angélique trompe, elle trompe avec un art infini; c'est que si l'expression de son étonnement, quelquefois de sa douleur, est feinte, il n'y a pas sur la scène une comédienne plus habile. Du reste, c'est à tort que l'on a déshérité cette jeune fille d'intelligence; sa tête est bien développée, son front proéminent, ses yeux noirs ont une vivacité singulière, et tout annonce au contraire, soit dans ses réponses, soit dans sa mimique, des facultés intellectuelles suffisamment développées. Les phrénologistes remarqueraient surtout le développement des parties où siége, dit-on, la ruse.

Je crois être sur la voie d'une explication fort naturelle des phénomènes présentés par Angélique; elle fera disparaître, il est vrai, le merveilleux de la chose, mais au moins elle lavera cette enfant de l'accusation de fraude et de supercherie.

Tous ceux qui ont vu Angélique ont pu remarquer une agitation permanente de la main gauche, qui consiste en mouvements continus mais plus ou moins développés. En l'examinant avec attention, on voit que ces mouvements ne sont pas bornés à la main, comme on serait porté à le croire d'abord, mais qu'ils se font sentir également, mais plus faibles, dans le bras, dans les muscles de la poitrine et de l'abdomen. Ces mouvements, à mon sens, ne sont autre chose que des mouvements choréiques: Angélique est affectée de chorée. Or, il arrive que de temps à autre les convulsions choréiques prennent tout à coup une intensité extrême et se produisent avec une rapidité, une instantanéité telles que l'œil ne peut les percevoir. Alors les objets avec lesquels Angélique est en contact sont projetés au loin. Mais ces objets, dit-on, ont quelquefois un poids considérable et tout à fait en disproportion avec les forces de cette jeune fille; mais plusieurs hommes vigoureux n'ont pu quelquefois résister à l'impulsion communiquée par Angélique. Je répondrai que cette objection n'est pas médicale. Qui n'a vu ou qui n'a lu la description de faits de chorée dans lesquels de malheureuses petites filles liées, garrottées dans leur lit, emprisonnées dans des camisoles de force soulevaient, rompaient tous les obstacles opposés à leurs mouvements, qui usaient, ulcéraient leur peau et finissaient leur cruelle existence dans les horreurs d'une plaie générale de leur corps? M. le professeur Trousseau, entre autres, a tracé de main de maître le tableau de ces chorées terribles. Qui n'a vu ces frêles et délicates hystériques faire voler leur lit en éclats, épuiser les forces de plusieurs hommes vigoureux, renverser et briser les meubles les plus lourds? La puissance de la force développée par la contraction spasmodique est immense et sa limite est inconnue.

Pour moi donc, et je crois avoir bien vu, et j'invite les médecins

A l'âge de vingt-cinq ans elle est sortie d'un couvent où elle vivait depuis son enfance, soumise à une alimentation peu substantielle.

Jamais elle n'a été réglée, et avant vingt-six ans elle n'avait jamais rien senti qui lui pût faire soupçonner les règles ; à cette époque, pour la première fois, elle a ressenti à l'hypogastre et dans les reins, de la pesanteur et une sensation de fourmillement; à ces symptômes locaux se joignaient ceux de la pléthore (vertiges au point de tomber; envie continuelle de dormir, éblouissements, tintements d'oreilles); alors la malade a vomi une quantité de sang évaluée à un demi-litre. Ce liquide était expulsé par des efforts de vomissement et non de toux. Depuis ce temps elle rejette la même quantité de sang régulièrement tous les mois, mais jamais à d'autres époques; quelquefois l'effort de vomissement est si peu violent, que pendant son sommeil le sang s'écoule de sa bouche, et un sentiment d'oppression très forte à l'épigastre la réveille tout à coup. Jamais une goutte de sang n'a paru venir de l'utérus; il n'y a jamais eu d'écoulement blanc notable.

Cette fille est entrée dans nos salles le 11 février pour une fièvre intermittente tierce qu'elle avait depuis deux mois. La rate avait 14 centimètres de hauteur. 1 gramme de sulfate de quinine a été donné pendant huit jours consécutifs, et la rate est revenue progressivement à son état normal; les accès de fièvre ont complétement disparu.

Le 16, la malade a vomi du sang; comme elle l'avait annoncé, la pesanteur dans le bas-ventre, la sensation de fourmillement à l'hypogastre, dans les aines et dans les reins ont reparu.

Le toucher a montré que le col de la matrice est extrêmement petit; le spéculum, conduit sur le doigt vers le col utérin, a fait voir son ouverture très étroite, d'où sortait, gros comme un grain de chènevis, du mucus utérin bien reconnaissable à son aspect semi-transparent et glutineux; point d'écoulement dans le vagin.

La percussion et le toucher ont fait constater l'atrophie du corps de la matrice.

La femme, dit M. Piorry, est ainsi constituée qu'il se forme chez elle normalement, à un certain âge, une quantité de sang surabondante destinée à la nutrition du fœtus. Hors le temps de la grossesse, la matrice est l'organe qui sert à l'élimination de ce sang en excès; si cet organe reste atrophié ou qu'il soit malade de tout autre manière, le sang prenant une autre voie se porte vers l'organe le plus faible ou vers un organe malade.

La quantité de sang rejetée chaque jour est d'à peu près un demi-verre. Quand la malade trouve à sa portée de l'eau froide, elle en boit, et aussitôt l'hémorrhagie s'arrête. Cette femme n'éprouve aucun trouble de la digestion ni de la respiration; dès qu'elle a vomi, elle est prise d'une faim très vive qu'elle satisfait avec plaisir. Les poumons sont parfaitement sains.

Quel est le siége de l'hémorrhagie? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. Cependant, c'est probablement l'estomac, car on a trouvé au milieu du sang vomi de la bile verdâtre.

Quant au traitement, jusques alors on a pratiqué chaque mois d'abondantes saignées, qui ont empêché la gastrorrhagie de durer plus de quatre ou cinq jours, de sorte qu'on ne peut savoir combien de temps elle aurait pu durer sans cette précaution. Cette fois, une saignée a été pratiquée le 24 février, une seconde le 28 février; l'hémorrhagie n'a pas reparu depuis le 1er jusqu'au 5 mars.

Nous voyons là un exemple remarquable d'une gastrorrhagie suppléant la menstruation, avec cette particularité qu'elle a paru à un âge déjà avancé. La malade a une sœur qui, à l'âge de vingt et un ans, s'est mariée sans avoir encore été réglée; elle l'a été pour la première fois seulement après son mariage : elle a maintenant des enfants. Notre malade n'en a pas eu quoiqu'elle s'y soit exposée. Un médecin avait proposé de ramener l'hémorrhagie à son siége normal en appliquant des sangsues au col de la matrice. On ne conçoit pas comment on a pu proposer un pareil moyen, dangereux d'ailleurs, et certainement inefficace, alors qu'il y a, ainsi qu'on s'en est assuré, atrophie du col et du corps de l'utérus.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Gosselin.

Hernie crurale étranglée. Opération. Considérations pratiques.

Au numéro 2 de la salle des femmes, est couchée la nommée Sabatier (Marie), âgée de trente-six ans, journalière. Depuis dix-huit mois environ, cette femme, qui, du reste, jouissait d'une bonne santé, présentait dans l'aine gauche une tumeur dont elle n'a pu nous dire la cause, mais qui probablement était le résultat de quelques efforts violents.

Cette tumeur était indolente, et ne causait ni coliques, ni nausées, ni vomissements. Lorsque la malade était couchée sur le dos, elle pouvait, en pressant dessus, la faire rentrer en partie dans l'abdomen ; mais le jour, lorsqu'elle avait repris ses occupations habituelles, la tumeur reparaissait. Cette femme ne portait aucun bandage pour soutenir cette tumeur ou pour l'empêcher de sortir.

Le 22 février 1846, cette malade, après avoir toussé toute la nuit, sentit que la tumeur était sortie, qu'elle était un peu plus volumineuse, et surtout plus douloureuse.

Dans la journée du 22, la toux ayant augmenté de fréquence et d'intensité, la tumeur devint plus dure, plus douloureuse, et la malade éprouva, le soir, des coliques et quelques vomissements.

La nuit fut très mauvaise; et malgré tous les efforts qu'elle fit, elle ne put faire rentrer cette tumeur dans la cavité abdominale, ainsi qu'elle le faisait autrefois.

Le 23 février, les coliques, le hoquet, les nausées, les vomissements continuent; c'est alors que cette femme entra à l'hôpital des Cliniques. Notons que depuis trois jours elle n'avait pas eu de garde-robes.

A six heures du soir, lorsque nous vîmes la malade, la tumeur était arrondie, de la grosseur d'une pomme d'api, dure, sans rénitence, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression, et donnant un son très mat à la percussion; elle était située dans l'aine gauche, sous le ligament de Fallope, en dehors et au-dessous de l'épine du pubis, et ne semblait pas se continuer dans l'abdomen.

Le ventre était douloureux, la face était grippée et la malade dans un état d'anxiété très prononcé; le pouls était faible et petit, et présentait 80 à 84 pulsations. Il existait toujours des coliques, du hoquet, des vomissements de matières bilieuses et non stercorales.

D'après les symptômes que nous venons de rapporter, il était évident :

1° Que cette malade était affectée d'une hernie, puisque la tumeur qu'elle présentait avait pu, jusqu'ici, rentrer dans l'abdomen par le décubitus horizontal et une légère pression;

2° Que cette hernie était étranglée, puisqu'elle était devenue irréductible, qu'elle apportait un obstacle au cours des matières intestinales, et occasionnait ainsi un mouvement antipéristaltique de ces matières. A la suite de cet étranglement il était survenu une péritonite qui, elle-même, avait pu contribuer à entretenir les coliques, les nausées et les vomissements. Cette tumeur était donc une hernie étranglée.

Mais était-ce une hernie crurale ou inguinale? Sa position au-dessous du ligament de Fallope, que l'on ne peut pas toujours voir ni sentir aussi facilement que l'ont prétendu certains auteurs, mais que l'on peut toujours se représenter en tirant par la pensée une ligne de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis ; cette position, disons-nous, au-dessous du ligament de Fallope, en dehors et en dessous de l'épine du pubis; et de plus, cette circonstance, qu'elle finissait brusquement et ne semblait point se continuer dans l'abdomen, tous ces symptômes réunis nous permettent d'affirmer que la tumeur que portait cette femme était une hernie crurale étranglée.

Le diagnostic de l'affection une fois établi, quelles sont, dans ce cas, les indications thérapeutiques? Nous savons que l'étranglement, dans les hernies, amène toujours des accidents très graves ; en effet, si l'on ne fait cesser l'étranglement, comme celui-ci arrête non-seulement la circulation intestinale, mais encore la circulation artérielle et veineuse, il détermine bientôt une mortification complète ou partielle des parties étranglées ; la gangrène gagnant alors le sac herniaire, il y a issue au dehors de l'intestin et des matières fécales, et de là formation d'un anus contre nature. Cette terminaison n'est cependant pas la plus fâcheuse ; car le plus souvent c'est la mort du malade qui survient.

En présence de deux terminaisons aussi graves, le chirurgien doit agir promptement et efficacement pour obtenir la réduction de la hernie. Pour atteindre ce but, deux moyens se présentent, le taxis ou le débridement.

Le taxis avait déjà été essayé, d'abord par la malade elle-même, puis par le médecin qu'elle avait fait appeler, et enfin par l'interne de garde, quand elle fut apportée à l'hôpital; nous l'avons nous-même essayé pendant huit à dix minutes.

C'est aux hernies étranglées que se rapportent les deux espèces de taxis : le taxis ordinaire et le taxis forcé et prolongé. Le premier est peu douloureux, le second l'est toujours. Celui-ci offre en outre ce grave inconvénient : il expose le chirurgien à faire rentrer dans l'abdomen des portions d'intestin malades; des eschares qui doivent être éliminées produisent des perforations, des épanchements de matières stercorales dans le péritoine, et par suite une péritonite inévitablement mortelle.

Le taxis modéré n'offre aucun de ces inconvénients ; car, par son moyen, le chirurgien ne pourra faire rentrer la hernie que si l'étranglement est peu intense, et alors il n'y a aucun danger pour le malade. Si, au contraire, l'étranglement était très peu prononcé, on ne devrait recourir au taxis forcé que dans certaines conditions. Ainsi, lorsque la hernie sera très récente, lorsque l'étranglement ne datera que de six, huit, dix ou même quinze heures, et qu'enfin les accidents dont nous avons parlé ne seront pas à redouter, on pourra alors essayer le taxis, l'expérience ayant appris que l'intestin n'a pas encore éprouvé de lésion grave.

Nous devons avouer néanmoins qu'il n'existe aucune règle précise pour déterminer le chirurgien à employer le taxis forcé pendant l'espace des quinze premières heures qui suivront l'accident. On conçoit, en effet, que cette limite doit varier suivant les individus, et surtout suivant le degré de constriction de l'étranglement.

Quant à nous, sachant que dans les hernies crurales l'étranglement est, en général, très serré, que les désordres sont, par conséquent, très rapides ; considérant en outre que l'étranglement de notre malade durait depuis trente-six heures

---

éclairés à vérifier mon observation, Angélique n'est ni une fille électrique ni une malicieuse enfant qui se joue de la science, c'est une pauvre choréique dont l'affection se présente sous une forme rare et singulière, c'est une malade qu'il serait honteux de voir exposer en public et qui ne réclame autre chose que l'observation et la thérapeutique médicales dans un bon lit d'hôpital.

Voilà mon dernier mot sur la jeune fille électrique, ou plutôt choréique.

— Du reste, rien autre chose que je sache du monde médical, si ce n'est un nouveau revirement dans la question de la chaire d'anatomie comparée à la Faculté de Paris. Aujourd'hui, la Commission du budget de la Chambre des députés ne veut plus accorder aucune allocation à cet égard. Elle craint d'engager la Chambre dans des antécédents qui pourraient n'être pas en harmonie avec ce qu'elle aura à examiner dans le nouveau projet de loi général, et elle a voulu attendre la présentation de ce projet de loi afin de voter des fonds nouveaux. Je trouve, pour mon compte, cette décision fort censée et fort prudente. Les allocations demandées pour la transformation des écoles préparatoires ont subi le même sort. La Commission du budget n'a pas voulu lier la Chambre sur une question de cette nature ; elle a voulu, encore sur ce point, attendre le projet de loi.

La présentation de ce projet de loi est annoncée pour cette semaine. En attendant, M. de Salvandy, sympathique à tout ce qui touche aux intérêts ou à la gloire du corps médical, vient de souscrire pour deux cents francs au monument que le Congrès a voulu élever sur la tombe de Bichat.

Jean Raimonn.

Boîte aux Lettres.

Monsieur,

Je lis dans un des derniers numéros de votre excellent journal, qu'il est question de placer, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu, le buste d'Adrien Helvétius, *célèbre médecin*; or Helvétius était tout bonnement ce que nous nommons maintenant un *charlatan*, ainsi qu'il appert du mémoire du duc de Saint-Simon, qui s'exprime ainsi à son égard (notez que Saint-Simon était un de ses plus chauds partisans; on en a la preuve à l'occasion même de la notice biographique qu'il en donne) : « C'étoit un gros Hollandois qui, *pour n'avoir pas* » *pris les degrés en médecine*, étoit l'aversion des médecins, et en » particulier l'horreur de Fagon, dont le crédit étoit extrême auprès » du roi, et la tyrannie pareille sur la médecine et sur ceux qui » avoient le malheur d'en avoir besoin. Cela s'appeloit donc *un em-* » *pirique* dans leur langage, qui ne méritoit que mépris et persécu- » tion, et qui attiroit la colère, la disgrâce et les mauvais offices de » Fagon sur qui s'en servoit. Il y avoit longtemps qu'Helvétius étoit à » Paris, guérissant beaucoup de gens rebutés et abandonnés des mé- » decins, et surtout les pauvres, qu'il traitoit avec une grande charité. » Il en recevoit tous les jours chez lui à heure fixée tant qu'il en vou- » loit venir, à qui il fournissoit les remèdes (il aurait été un peu abi- » mé par le Congrès) et souvent la nourriture. Il excelloit particulière- » ment aux dévoiements invétérés et aux dysenteries. C'est à lui qu'on » est redevable de l'usage et de la préparation diverse de l'ipécacuanha » pour les divers genres de ces maladies, et le discernement encore » de celles ou ce spécifique n'est pas à temps où même n'est point » propre. C'est ce qui donna la vogue à Helvétius, qui d'ailleurs étoit » un bon et honnête homme, homme de bien, droit et de bonne foi. » Il étoit excellent encore pour les petites véroles et les autres mala- » dies de vaccin; pour le reste, médiocre médecin. »

Vous êtes trop lettré, Monsieur, pour ne pas savoir de quel cachet de véracité sont empreints tous les récits de Saint-Simon. On ne peut donc révoquer en doute ce fait qu'Adrien Helvétius était un charlatan de haut ou bas étage, peu importe. Ainsi, dans le premier hôpital de Paris, on va élever un buste à un empirique. Je vous laisse le soin d'apprécier ce fait et d'en tirer les conséquences qui en découlent naturellement. Mais je ne puis m'empêcher de vous faire observer que cette nouvelle coïncide avec la suppression des cliniques libres, et que probablement c'est une mesure qu'un des membres du Conseil d'administration veut enlever à ses collègues pour ensuite en tirer parti contre les médecins en faveur des charlatans; car à quoi bon Helvétius plutôt que beaucoup d'autres médecins qui se sont illustrés dans ce même hôpital?

Agréez, etc. ***

Je connais et respecte la véracité de Saint-Simon; cependant je crains qu'il n'ait un peu exagéré quelque méchant propos qui avait cours de son temps contre Helvétius. Cela arrive encore bien souvent de nos jours. Le premier protecteur d'Helvétius fut Colbert. Il n'est pas rare, même de nos jours, que de grands ministres protégent des médecins qui ne le méritent guère. Le dauphin, fils de Louis XIV, étant malade, Daquin, premier médecin du roi, fit appeler Helvétius en consultation. Il ne faut pas remonter au grand siècle pour voir des choses analogues. Helvétius faisait secret de son remède (l'ipécacuanha), qui guérit parfaitement la dysenterie de M. le dauphin. Nous avons vu récemment un empirique guérir parfaitement une affection fort auguste par un remède secret. Le père La Chaise fit acheter par le roi son secret à Helvétius, qui le lui vendit la bagatelle de mille louis d'or. Par exemple, voilà ce qu'on ne voit plus de nos jours.

Quant à la galanterie que le Conseil des hôpitaux vient de faire à la mémoire d'Helvétius, je n'en sais pas plus la cause que mon honorable correspondant. Peut-être aura-t-il fait quelque legs charitable ; peut-être est-ce à cause de ces consultations gratuites qu'il donnait aux pauvres et dont parle Saint-Simon. La charité doit faire pardonner bien des fautes; et si Helvétius était en effet aussi charitable que le rapporte Saint-Simon, il possédait au moins une des principales vertus du médecin.

Appareil instrumental pour l'extraction des corps étrangers introduits ou formés dans la vessie, par le docteur Deleau jeune.

Le corps étranger est introduit dans une vessie artificielle garnie de son canal et faite en peau d'anguille. Si c'est un calcul qu'on veut extraire, il est pulvérisé dans cette vessie ou poche à l'aide du lithotriteur d'Hurteloup; les fragments sont extraits à l'aide d'une sonde métallique, qui en s'ouvrant renferme ces fragments. Le plus souvent ils sont poussés dans une appendice membraneuse, qui, remplie, n'a que 4 lignes de diamètre, et qui par conséquent passe facilement à travers le canal de l'urètre.

Le porte-poche n'est autre chose, dans sa forme et ses dimensions, que le lithotriteur ordinaire, seulement il est creux dans toute sa longueur pour loger la vessie artificielle. La pierre étant saisie, celle-ci vient s'ouvrir sous les branches de l'instrument tenant cette pierre, qui, lorsqu'elle est échappée, tombe dans la poche. Tout l'appareil en métal est extrait, et l'appareil membraneux reste seul dans la vessie ; il garnit tout le canal de l'urètre.

C'est alors qu'on procède au brisement de la pierre sans toucher ni au canal de l'urètre, ni à la membrane muqueuse vésicale. Dans sa partie la plus large, dans le lieu même où l'on introduit le calcul, il y a une double paroi qui forme soupape, de manière que le lithotriteur et les fragments de pierre ne peuvent communiquer avec la vessie naturelle.

Sur les cadavres, une pierre de 12 lignes est enlevée de la vessie en 10 ou 15 minutes.

Il faut observer que tout le travail se fait par le mouvement d'une simple tige d'acier qui pousse la poche, l'ouvre et la referme de la manière la plus simple.

— Sont nommés médecins-adjoints : (Maubeuge) M. Lacroix, chirurgien aide-major de 2e classe au 1er dragons. — (Saint Jean-Pied-de-Port) M. Larivière, id. au 69e de ligne. — (Briançon) M. Mouchet, id. au 22e de ligne. (Décision du 7 février).

(Choix). M. Rieumes, chirurgien-major de 1re classe au 12e léger, nommé au 12e d'artillerie. (Décision du 5 février).

environ, nous n'avons voulu exercer qu'un taxis ordinaire, dans la crainte de faire rentrer des parties mortifiées.

Restait alors le second moyen dont nous avons parlé, c'est-à-dire le débridement. Nous y avons procédé de la manière suivante :

Premier temps de l'opération. Incision de la peau et du tissu cellulaire. Pour la pratiquer, on s'est servi du bistouri, après avoir fait préalablement un pli à la peau.

Deuxième temps. Incision des parties molles et du sac herniaire. On soulève légèrement les aponévroses à l'aide de pinces, et l'on incise en portant le bistouri parallèlement à l'horizon. Le sac étant mis à découvert et soulevé à l'aide d'un ténaculum, on l'incise avec des ciseaux, et aussitôt un flot de liquide s'en échappe.

Cette première incision étant pratiquée, on opère la tension du sac avec deux pinces à torsion ; on l'ouvre dans toute sa longueur et jusqu'à son collet, à l'aide d'un bistouri dirigé sur la rainure d'une sonde cannelée.

On voit alors une anse d'intestin étranglée, rouge-noirâtre, un peu dépolie, sans aucune portion de l'épiploon.

Troisième temps. Débridement. N'ayant pu parvenir à glisser entre les intestins et le collet du sac ni le bistouri falciforme, ni même une sonde cannelée, l'opérateur saisit le sac avec une pince et le coupe peu à peu avec des ciseaux, en ayant soin de faire abaisser l'intestin afin d'éviter de le blesser. Arrivé au point où le collet du sac se continuait avec l'anneau aponévrotique, il en pratique le débridement en portant le bistouri d'Astley Cooper directement en haut.

Il fut facile de constater alors l'étranglement d'une anse d'intestin de six à huit centimètres de longueur; elle était chaude, rouge, assez volumineuse, et ne présentait point l'odeur caractéristique de la gangrène. Après avoir attiré, par l'ouverture que l'on avait pratiquée, une partie des intestins et reconnu leur état d'intégrité parfaite, on opéra enfin la réduction.

L'opération terminée, on recouvrit la plaie d'un pansement simple, et l'on prescrivit une potion purgative qui fut administrée immédiatement et détermina trois garderobes. Cette dernière circonstance fut une preuve que l'on avait au moins réussi à rétablir le cours des matières intestinales.

Dans le cours de l'opération, on a vu qu'aussitôt l'ouverture du sac herniaire il s'est écoulé un flot de liquide. Cette exhalation anormale de sérosité s'opère non-seulement dans le sac, mais encore dans l'abdomen : c'est le cas le plus fréquent. Quelquefois, cependant, il n'existe aucun liquide dans le sac herniaire; on conçoit alors facilement que l'opération du débridement est plus délicate, plus difficile, car on risque davantage de léser la portion d'intestin qui fait hernie, et c'est là précisément le point le plus important de l'opération, le point que le chirurgien ne doit pas perdre de vue pendant toute la durée de celle-ci.

Les jours qui suivirent l'opération, il ne survint aucun accident. Le ventre ne fut plus douloureux à la pression, ni tendu, ni météorisé; les coliques, le hoquet, les nausées, les vomissements disparurent, et le cours des matières intestinales fut complétement rétabli. On n'observa enfin aucun symptôme qui pût faire croire à l'existence d'une péritonite, et l'on sait que c'est l'affection qui tue le plus souvent les malades à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

Aujourd'hui l'état général de la malade est satisfaisant ; il ne reste plus qu'un peu de diarrhée et la bronchite dont elle était affectée avant l'opération. Quant à la plaie, elle présente un bon aspect, et tout fait espérer une guérison prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 25 février et 4 mars 1846. — Présidence de M. MONOD.

M. Monod informe la Société qu'une femme qui a servi à M. le professeur Cruveilhier pour son mémoire sur les tumeurs fibreuses du sein, est venue mourir à la Maison de santé, et que l'autopsie a pu être faite.

Cette malade avait été opérée, d'un côté, par M. Jobert. L'autre sein s'étant pris quelque temps après, elle consulta M. Cruveilhier, qui s'opposa à l'opération, déclarant que la tumeur était fibreuse. A l'examen cadavérique, on vit que le sein de ce côté était presque atrophié, et l'on constata des tumeurs à globules cancéreux dans presque tous les organes internes et dans les séreuses. Le péricarde et le péritoine en contenaient une grande quantité.

— *M. Lenoir* a, dans ce moment, à l'hôpital Necker, un homme qui présente une blessure très curieuse ; c'est une morsure de cheval. Malgré la blouse et le pantalon, la verge a été saisie par les dents de l'animal, et la peau a été coupée circulairement, comme aurait pu lo faire un instrument tranchant. Elle était entièrement détachée de la racine de la verge, et formait sur le gland une espèce d'étui. M. Lenoir eut d'abord l'idée de la réséquer, puis il pensa qu'on pouvait la conserver en la remettant en place et en faisant quelques points de suture, ce qui fut exécuté. Mais il est survenu de la gangrène, et aujourd'hui les corps caverneux sont à découvert. Il y a aussi un point gangréneux aux bourses, qui probablement ont éprouvé un grand tiraillement. Une sonde avait été mise et maintenue dans le canal pour diriger les urines; il n'y a pas d'infiltration.

— *M. Guersant* a eu à examiner, ce matin même, un enfant de six mois inscrit comme fille à l'état civil. On voit, sur cet enfant, une espèce de clitoris très long descendant au-devant de deux replis cutanés latéraux qui simulent parfaitement les grandes lèvres; au-dessous, il existe une gouttière qui s'étend jusqu'à la partie moyenne du périnée. M. Guersant a introduit une sonde dans ce conduit, et la sortie d'une certaine quantité d'urine lui a donné la preuve qu'il avait pénétré dans la vessie, et que ce conduit était le canal de l'urètre. Il n'a pas hésité alors à déclarer que l'enfant était un garçon affecté d'un hypospadias de la racine de la verge. Il pense que les testicules, qu'il a vainement cherchés dans les replis qui ont été pris pour les grandes lèvres, sont encore dans l'abdomen.

M. Huguier regrette que M. Guersant ait décidé aussi vite que cet enfant était un garçon. S'il avait senti les testicules, il n'y aurait rien à dire ; mais la présence de ces organes n'ayant pas été constatée, il y a encore du doute, malgré la pénétration de la sonde dans la vessie par le conduit qui simulait la vulve. Il rappelle qu'il a présenté à l'Académie royale de médecine un cas tout à fait semblable, clitoris de même apparence, gouttière de même forme s'étendant jusqu'à un centimètre de l'anus, replis cutanés latéraux : aussi, au premier coup-d'œil, avait-il dit que c'était un garçon mal conformé ; mais, à l'autopsie, on trouva un utérus et deux ovaires. Il pense que, dans des cas pareils, les praticiens doivent attendre l'âge de la puberté pour se prononcer. La pénétration de la sonde dans la vessie n'est pas une preuve en faveur du sexe masculin ; car, dans le fait qu'il a observé, il n'y avait qu'une seule ouverture pour le vagin et l'urètre.

M. Guersant fait remarquer que chez l'enfant qu'il a eu à examiner il n'y avait pas la moindre trace de vagin; et qu'il a très bien senti de chaque côté les corps caverneux dont la pression a même déterminé une érection.

— *M. Huguier* fait voir une jeune femme chez laquelle il se produit une luxation de la rotule en dehors dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, luxation qui se réduit pendant l'extension. Il est facile de constater que le condyle externe du fémur est plus court que l'interne, que la poulie articulaire est plus étroite, que la face interne du tibia regarde un peu en avant, et que toute la jambe est un peu tournée en dehors. Cette infirmité ne gêne aucunement la marche, et cette femme peut monter, descendre, courir comme si elle n'avait rien d'anormal.

M. Monod donne des soins à un enfant de quinze à seize ans chez lequel il se produit de temps en temps une luxation semblable de la rotule, mais il tombe chaque fois qu'elle a lieu.

M. Huguier fait voir la malade, qui lui a été adressée par M. Souberbielle, et qui est affectée d'une ulcération du nez. Quand elle fut amenée une première fois à la Société, la plupart des membres présents pensèrent que l'ulcération était de nature syphilitique; diagnostic établi sur l'aspect même de l'ulcération et sur cette circonstance que la malade avait en même temps des végétations dans la gorge.

Il avait été convenu que M. Huguier la prendrait dans son service et lui ferait subir un traitement mercuriel. Elle prend depuis trois semaines le proto-iodure de mercure et les sudorifiques, et il n'y a pas la moindre amélioration. Elle continuera le même traitement, et M. Huguier la représentera plus tard à la Société.

M. Nélaton demande si chez cette malade il n'y avait pas de végétations ailleurs; et il a dit, à propos des végétations du col de l'utérus ou du vagin, qu'à l'époque où il faisait le service dans la salle des femmes en couches, à l'hôpital de Lourcine, il fut appelé auprès d'une malade en travail depuis quelque temps déjà. L'interne de garde lui dit qu'une main se présentait. Il toucha et reconnut que ce qu'on avait pris pour la main était une masse de végétations implantée sur le col.

M. Cullerier a vu dans le même hôpital et dans la même salle un fait entièrement opposé. L'interne du service, qui assistait la malade en travail, avait cru reconnaître des végétations ; le toucher fit voir que ces prétendues végétations n'étaient autre chose que les orteils d'un des pieds de l'enfant qui se présentait par les extrémités inférieures.

— *M. Robert* appelle l'attention de la Société sur les tumeurs sanguines. Il a dans ce moment à l'hôpital un enfant de trois mois qui porte douze tumeurs de cette espèce. Elles ne sont pas congénitales comme on pourrait le croire, et l'on suit très bien leur développement. On voit d'abord une tache comme celle d'une piqûre de puce, et, si l'on examine à la loupe, on distingue une petite tumeur bosselée sur laquelle se dessinent des vaisseaux sinueux en grande quantité. Il existe sur la fesse gauche une de ces tumeurs, qui s'est enflammée et dont le centre a suppuré. Il est résulté de là que cette partie a guéri, tandis que la maladie a continué à marcher à la périphérie. M. Robert a essayé la vaccination, et il l'a fait pratiquer sur une tumeur siégeant à l'oreille par l'interne de son service. La piqûre de la lancette fut suivie d'une grande perte de sang. Malgré cela, il s'est développé une belle pustule vaccinale sur toute la tumeur. L'abondance de l'écoulement sanguin qui avait suivi l'insertion du vaccin, la place où cette insertion avait eu lieu lui ayant donné quelques doutes sur l'action préservatrice de la vaccine dans ces circonstances, il fit faire à quelques jours de là trois nouvelles piqûres à chaque bras, et il ne se développa qu'un faux vaccin.

M. Nélaton ayant traité par le caustique de Vienne des tumeurs sanguines siégeant sur le front d'un enfant, il en résulta de petites cicatrices blanches qui, au lieu de rester à découvert, finirent peu à peu par être cachées par les cheveux. Il a déjà eu deux fois occasion d'observer ce phénomène, qu'il explique en disant que chez les nouveau-nés le front a une étendue proportionnelle plus grande que chez les adultes ; mais à mesure que l'enfant grandit, les cheveux tendent à envahir la partie supérieure du front, de sorte que les cicatrices qui avaient pu avoir lieu avant l'implantation des cheveux sur les parties où elle devait se faire, finissent par en être complétement recouvertes.

M. Guersant fait remarquer qu'on redoute généralement l'application du caustique sur la face, et cela par la crainte des cicatrices vicieuses et des érysipèles. Il n'a jamais eu à déplorer ces accidents, et il a toujours obtenu des cicatrices blanches, plates et régulières. Il pense qu'il est bon de faire connaître ces résultats pour rendre les praticiens plus confiants dans l'emploi du caustique.

M. Robert dit que ce que vient d'avancer M. Guersant est vrai et important : que la régularité des cicatrices tient à ce que l'on ne détermine qu'une brûlure au troisième degré qui n'intéresse pas toute l'épaisseur du derme. Mais il peut arriver que la tumeur se rompe sous l'influence des cris de l'enfant ; aussi il faut avoir la précaution de se munir d'un bouton de feu en cas d'hémorrhagie. Il ajoute qu'il s'est très bien trouvé, dans quelques circonstances, de l'emploi du caustique de Vienne solidifié ; par exemple, lorsque la maladie siége sur les paupières. Il a traité avec succès, par ce moyen, une jeune fille qui avait une tumeur sanguine qui s'avançait jusqu'à un millimètre du bord de la paupière. L'application est assez facile. On fait avec du diachylon une fenêtre qui a la forme et l'étendue de la tumeur et l'on applique sur cette ouverture le caustique, dont l'action est ainsi limitée à volonté.

M. Guersant a eu quelquefois à combattre des hémorrhagies à la suite d'applications du caustique ; il s'est toujours contenté de l'agaric, et cela a suffi.

A propos de l'influence de l'inflammation sur les tumeurs sanguines, il parle d'une tumeur qui occupait toute l'épaisseur de la lèvre, et qui, étant devenue le siége de plusieurs petits abcès, éprouva une modification semblable à celle qu'amènent les sétons ou les aiguilles.

Il a vu, avec M. Vidal, une tumeur sanguine de la région parotidienne, pour laquelle on avait conseillé la ligature de la carotide. Il pensa qu'il valait mieux employer les sétons, et dans l'espace de trois mois il en a passé soixante. Il en est résulté une diminution très grande dans la tumeur et la cessation des battements.

M. Monod a vu, avec M. Velpeau, une tumeur érectile qui s'étendait de la conque de l'oreille à l'angle de la mâchoire. Il y appliqua un certain nombre d'aiguilles qui devinrent mobiles par suite de la suppuration de leur trajet. On passa alors des sétons qui déterminèrent la guérison. M. Monod a guéri aussi quelques tumeurs sanguines en les frottant avec la potasse caustique. Il faut revenir à cette application dix ou douze fois, et l'on détermine ainsi l'inflammation des vaisseaux sans scarification profonde.

— *M. Chassaignac* fait hommage à la Société de sa thèse de concours, ayant pour titre : Des membranes muqueuses.

M. Bassow, de Moscou, membre correspondant, adresse l'observation d'une fracture de l'olécrane traitée et guérie au moyen d'un appareil en plâtre. Un dessin représentant la position du bras dans l'appareil est joint à l'observation.

— *M. le docteur Serres*, d'Alais, obtient la parole pour une communication verbale.

Il fait part des résultats avantageux qu'il a obtenus de l'huile de cade, espèce de goudron retiré de la distillation du bois du *juniperus oxycedrus*. Cette préparation est fréquemment employée par les vétérinaires de son pays dans les cas de maladies cutanées des animaux. Il a voulu voir si, chez l'homme, elle serait aussi efficace dans les mêmes affections et elle lui a très bien réussi dans plusieurs cas d'eczéma chronique avec écoulement séreux abondant, dans l'impétigo des enfants et dans les ophthalmies scrofuleuses. Il a été conduit à l'employer contre les maladies des yeux, par l'analogie qui existe entre les affections de ces organes et celles de la peau. L'application de cette huile est fort simple; on l'étend avec les barbes d'une plume sur toute la partie malade, et l'on y revient à plusieurs reprises. Un fait remarquable, c'est que, dans l'ophthalmie scrofuleuse, il n'est pas nécessaire de toucher l'œil, il suffit de faire des onctions sur toute l'étendue de la figure.

Des essais de ce médicament seront faits sur une malade affectée d'eczéma dans le service de M. Huguier.

Le même praticien entretient la Société des avantages qu'il a retirés de l'emploi de la teinture d'iode pur en frictions dans les cas de tumeurs souscutanées à la suite d'amputations de seins cancéreux. Il dit avoir vu disparaître, par ce moyen, dans l'espace d'un mois, de petites tumeurs de la grosseur d'un noyau d'olive développées dans les environs de la cicatrice et dans l'aisselle, quelque temps après l'ablation d'un cancer du sein. Il croit avoir guéri de cette façon une récidive de cancer.

M. Robert demande pourquoi M. Serres, d'Alais, n'a pas employé ce moyen d'emblée contre le cancer. Il voudrait aussi savoir s'il pense que dans les cas où, la tumeur principale étant enlevée, il existe des ganglions engorgés, ceux-ci guériront sous l'influence de l'iode.

M. Serres répond que les tentatives qu'il a faites ne sont pas encore assez nombreuses pour le mettre en mesure de se prononcer à cet égard ; seulement il croit que quand la récidive d'un cancer a lieu dans la cicatrice même, l'application de l'iode est insuffisante.

REVUE GÉNÉRALE.

Empoisonnement produit par le thon. — Le Journal des Connaissances médico-chirurgicales publie quelques observations de ce genre dues au docteur Galiay, de Tarbes (Hautes-Pyrénées). Les faits observés par l'auteur, divers autres qui lui ont été rapportés par ses confrères, tendraient à prouver que le thon peut avoir des propriétés vénéneuses, soit qu'il les doive à ce qu'il se nourrit de mollusques malfaisants, comme le prétend Lacépède, soit que cette qualité toxique soit inhérente à son organisation.

Plusieurs ménages d'une même famille, dit l'auteur, s'étaient réunis à l'occasion d'un mariage célébré depuis peu; ils étaient huit à table, tous en parfaite santé. Le thon qu'ils mangèrent parut à plusieurs d'entre eux avoir quelque chose d'insolite au goût; ils en éprouvèrent tous les mêmes accidents, quoique à des degrés divers, à l'exception de deux personnes qui avaient pris du café aussitôt après le repas.

Le premier de tous les symptômes, celui qui ne manqua jamais, fut une irritation instantanée de la bouche, accompagnée de petites phlyctènes chez les uns, du gonflement des gencives et des lèvres chez d'autres, et souvent d'une rougeur très foncée de ces parties, et quelquefois aussi de la langue. Les phlyctènes étaient passagères. Venait ensuite la rougeur de toute la figure, des yeux et des oreilles, rougeur allant quelquefois jusqu'à la teinte de pourpre. Presque aussitôt venait une céphalalgie, toujours forte, occasionnant parfois des vertiges, des tintements d'oreilles. Cette céphalalgie, qui était ordinairement très longue. avait cependant des alternatives de décroissement et de recrudescence. Il apparaissait ensuite des éruptions urticaires, se montrant d'abord au cou et sur la poitrine, plus tard sur les diverses parties du corps, et excitant une inquiétante démangeaison.

Tous ces malades se disaient parfaitement exempts d'indigestion.

Un chien et un chat qui avaient mangé de ce thon en furent gravement incommodés : ils eurent des vomissements et de nombreuses évacuations alvines.

Avant l'arrivée du médecin, ces malades avaient fait usage de plusieurs boissons de fantaisie; mais aucune ne s'était montrée aussi favorable que l'eau fraiche ou sucrée. Ils s'étaient très bien trouvés de la respiration d'un air frais et libre, surtout de l'application de l'eau froide sur la figure et dans la bouche. Deux malades, seulement les plus indisposés, consentirent à prendre un vomitif, et s'en trouvèrent bien. L'eau vinaigrée à petites doses produisit un très bon effet. On l'a aussi recommandée dans l'empoisonnement par les moules. Une seule personne consentit à prendre un lavement froid à l'uxycrat : elle n'eut qu'à s'en louer.

Dans la même soirée, chez le docteur D..., sur cinq personnes qui mangèrent du thon, trois furent incommodées, dont l'une grièvement. Les deux personnes épargnées avaient pris du café. Les symptômes furent les mêmes que ceux précédemment indiqués. Un chat, d'une espèce assez forte, ayant mangé des restes de ce poisson, en fut très malade.

Les mêmes accidents eurent lieu dans un pensionnat de petits garçons.

Ce ne fut pas là les seuls accidents. Peu de personnes, parmi celles qui firent usage de cet envoi de thon, échappèrent à son influence toxique. Le même jour, des accidents de même nature furent observés à Bayunne. Il n'y a pas jusqu'au thon le plus frais qui n'ait causé des accidents.

L'auteur a remarqué que le café pris le lendemain de ces accidents a beaucoup contribué au rétablissement de la santé.

Mort subite dans un cas d'anomalie du cœur. — Les *Archives* ont cité, d'après les journaux anglais, l'exemple suivant d'un des vices de conformation les plus curieux et les plus rares, publié par le docteur Taylor.

Une femme de quarante-cinq ans, qui depuis sa naissance était sujette à de la dyspnée, et dont la peau prenait une coloration violacée toutes les fois qu'elle prenait beaucoup d'exercice, tomba à la renverse dans la rue, le 12 juillet ; elle était pâle, et la respiration paraissait extrêmement gênée : dix minutes après elle était morte. Comme elle avait dans sa poche un paquet de noix vomique, on supposa d'abord qu'elle s'était empoisonnée ; mais les détails de l'autopsie et les symptômes observés au moment de l'accident ne confirmèrent nullement cette opinion. Dix-huit heures après, on pratiqua l'ouverture du cadavre. Les lèvres et les extrémités des doigts offraient une coloration violacée très prononcée; la poitrine était considérablement déformée par suite de l'usage d'un corset trop serré, et les côtes inférieures étaient fortement comprimées latéralement. Beaucoup de sérosité transparente dans le péricarde; cœur très volumineux, son augmentation de volume paraissait dépendre surtout de l'état des cavités droites. L'artère pulmonaire était très apparente; elle présentait à gauche quelques plaques blanches semblables à des cicatrices, et, en arrière, elle adhérait à l'aorte par des bandes pseudomembraneuses très fortes. Les cavités droites du cœur étaient distendues par des caillots noirs presque diffluents. L'oreillette droite, très large, communiquait avec l'oreillette gauche par une ouverture oblique, dans laquelle on aurait pu facilement passer trois doigts. Immédiatement au-dessous de cette ouverture et dans ce qui restait de la cloison, se trouvait un canal oblique fermé du côté de l'oreillette gauche : trace évidente du trou ovale. Il était donc prouvé qu'il y avait eu précédemment deux communications, dont l'une était fermée et dont l'autre était restée per-

méable. Les quatre veines pulmonaires s'ouvraient dans l'oreillette. Les veines coronaires se terminaient comme à l'ordinaire, et étaient pourvues d'une valvule complète. La valvule tricuspide était à l'état normal; le ventricule était très dilaté et ses parois épaissies. L'artère pulmonaire était d'une largeur extraordinaire, ses parois hypertrophiées quoique extensibles; ses valvules également épaissies et couvertes de végétations à bord libre. Il n'y avait cependant pas d'insuffisance bien notable. L'oreillette gauche, plus petite que l'oreillette droite, communiquait librement avec le ventricule gauche, qui était aussi fort petit, et dont les parois n'avaient pas augmenté d'épaisseur. L'aorte et ses valvules étaient saines; mais ce vaisseau, considérablement rétréci, n'avait pas plus d'un demi-pouce de circonférence à son origine. Près de la sous-clavière gauche il était notablement plus étroit que partout ailleurs. Les poumons emphysémateux étaient gorgés de sang, le foie congestionné; la membrane interne de l'estomac était plissée et ecchymosée dans plusieurs points de son étendue.

Nous avons dit que ce vice de conformation était curieux et rare. En effet, tandis que le plus souvent l'artère pulmonaire est rétrécie et l'artère aorte dilatée, ici c'était l'inverse : l'artère pulmonaire avait pris de très grandes proportions ; mais l'altération qui nous paraît la plus remarquable, c'est l'ouverture des veines pulmonaires dans l'oreillette droite. On comprend que si l'auteur n'eût pas examiné avec grand soin, il fût arrivé à cette conclusion, que la cyanose dépendait seulement de l'oblitération du trou ovale. Combien de faits de ce genre dans la science, qu'un examen plus attentif eût rattachés à des troubles mécaniques de la circulation ! De cette manière, s'explique comment la persistance du trou de Botal peut ou non donner naissance à la cyanose.

Cure radicale de la hernie inguinale par le séton. — D'après les journaux allemands, le docteur Mœsner a déjà obtenu quatre cas de guérison bien confirmée au moyen du procédé suivant : Il soulève le scrotum et le sac herniaire à l'aide d'un fil conduit sur une espèce de sonde à dard de son invention, laquelle consiste en une canule courbe montée sur un manche creux et terminée par un bouton olivaire, de la grosseur d'un pois, également creux ; dans l'intérieur de cette canule, il fait remonter, à l'aide d'un mandrin adapté à la courbure de l'instrument, la peau du scrotum invaginé, le canal inguinal et la peau du ventre. Ce fil une fois introduit avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas léser les viscères ; il l'abandonne dans la plaie pour y faire l'office d'un séton, et non dans le but de retenir le scrotum invaginé, comme dans les méthodes dites par invagination. Le canal inguinal est ensuite comprimé, et le malade, retenu au lit pendant dix-huit à vingt jours, terme ordinairement suffisant pour produire une inflammation adhésive de tout le trajet ; le fil en est ensuite retiré. La compression est encore continuée par précaution, pendant quelques semaines, avec un brayer.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur les propriétés thérapeutiques et sur l'emploi de l'aconit napel, par M. le docteur Bertini, de Turin.

Conformément aux préceptes tracés par d'habiles praticiens, M. Bertini a souvent donné avec succès l'extrait d'aconit napel dans un grand nombre d'inflammations chroniques de l'appareil respiratoire, qui s'accompagnaient d'expectoration puriforme; dans diverses maladies rhumatismales et arthritiques invétérées, dont quelques unes pouvaient faire soupçonner l'existence du virus syphilitique. Parfois il a retiré un avantage marqué de l'association de cet extrait aux préparations antimoniales. En commençant son administration à la dose de dix à quinze centigrammes dans les vingt quatre heures, il en a souvent augmenté progressivement la quantité jusqu'à deux et même quatre grammes dans le même laps de temps, sans remarquer la manifestation du moindre trouble dans l'économie.

Si l'action de cet agent médicamenteux a été l'objet de longues et nombreuses controverses parmi les hommes de l'art; si la plupart des médecins l'ont considéré comme très efficace dans les affections qui viennent d'être indiquées, tandis que d'autres l'ont regardé comme dépourvu de toute activité, et que quelques-uns, au contraire, l'ont signalé comme pouvant donner lieu à des accidents d'intoxication, il est possible, dit M. Bertini, de concilier toutes ces opinions si opposées les unes aux autres, en procédant à la détermination exacte des différentes conditions pathologiques dans lesquelles ce médicament vraiment héroïque est donné, et en s'assurant avec soin de son mode convenable de préparation. En effet, on sait que l'aconit, récolté dans les localités montueuses, possède un degré d'activité beaucoup plus considérable que celui qui a été cultivé dans les jardins. En outre, l'extrait doit toujours être retiré des feuilles récentes exclusivement, et renouvelé chaque année, car au bout d'un an il a perdu toutes ses propriétés et est devenu complétement inerte. Du reste, M. Bertini donne la préférence à l'extrait alcoolique, et son expérience lui a démontré qu'il est bien plus efficace que l'extrait aqueux.

Nouvelle pâte dépilatoire contre la teigne; par MM. Boettgers et Martens (de Francfort).

MM. Boettger et Martens recommandent la préparation suivante comme le meilleur dépilatoire à employer dans le traitement de la teigne. On obtient cette préparation en faisant absorber, jusqu'à saturation, du gaz acide hydrosulfurique par une pâte formé de deux parties de chaux sèche éteinte et de trois parties d'eau. Il se produit une masse pultacée de couleur bleue-verdâtre, dont on applique sur le cuir chevelu une couche de l'épaisseur de 2 millimètres environ, et qui doit être laissée en place pendant trois minutes. Si, après ce temps, on enlève cette couche avec un peigne d'ivoire, un morceau de linge ou une brosse, on trouve la peau entièrement privée de cheveux, sans que l'épiderme soit lésé et sans qu'il ait été éprouvé de douleurs. On nétoie la place avec de l'eau.

M. Martens fait observer que, dans le traitement de la teigne, cette pâte doit être appliquée deux ou trois fois par jour.

NOUVELLES.

L'*Echo d'Oran*, du 21 février, nous apprend la mort du docteur Loir, jeune, que son mérite et son dévouement avaient placé au nombre des officiers de santé les plus distingués de l'armée d'Afrique.

Ses premiers pas dans la carrière de la chirurgie militaire avaient été dirigés, à Paris, par le baron Larrey père, qui lui portait un digne intérêt.

François-Eugène Loir (de Versailles) avait reçu une éducation distinguée. Nommé successivement chirurgien sous-aide, chirurgien aide-major et médecin-adjoint par le concours, il avait été envoyé aux ambulances de l'Algérie, où il remplissait depuis quatre ans les fonctions de ce dernier grade avec le zèle et l'abnégation qui font le premier mérite de l'officier de santé militaire. C'est ce mérite-là qui a causé sa mort comme celle de tant d'autres.

Le jeune Loir avait supporté pendant près de deux ans le séjour si malsain de Lalla-Maghrinia, où il faisait les fonctions de médecin en chef de l'ambulance, et il y avait contracté une fièvre grave suivie de la dysenterie, qui le fit transférer enfin à l'hôpital de Tlemcen, où il a succombé le 10 février à peine âgé de trente-quatre ans.

Il est mort avec la résignation de sa trop courte existence, et sa dernière pensée a été pour sa mère.

La perte d'Eugène Loir a été vivement sentie par les officiers de santé de l'armée d'Afrique. Ses amis, ses camarades et tous les officiers présents dans la place de Tlemcen, ainsi que les fonctionnaires de l'administration, se sont réunis autour de son cercueil pour lui rendre les honneurs militaires et l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure.

Nous qui n'étions pas là gardons son souvenir! H. L.

Nota. — M. Loir avait été reçu docteur, à la Faculté de Paris, le 19 mars 1839. Sa thèse, pleine d'intérêt, traite des différences générales des sexes et des organes de la reproduction dans la série animale; on y remarque surtout un tableau fort ingénieux des facultés intellectuelles comparées dans l'un et l'autre sexe. Comme son frère aîné, M. Loir s'était beaucoup occupé d'anatomie.

— *La clientèle d'un médecin peut-elle faire l'objet d'un contrat de vente?* (Non). — M. Anquetin, désirant quitter Veyrières, où il exerçait depuis plusieurs années la profession de docteur en médecine, trouva l'occasion de céder sa clientèle à un jeune médecin, M. Argentier. Après quelques renseignements pris par M. Argentier, 2,000 fr. furent le prix convenu de la cession.

Comme conséquence de cette acquisition, le cessionnaire s'obligea à occuper le logement du médecin cédant moyennant 400 fr. par an. Celui-ci, à son tour, pour assurer le succès du nouveau docteur, s'engageait à le présenter à ses clients. Tout cela fut rédigé en un contrat de vente, à la date du 9 octobre 1845, avec stipulation de payer les 2,000 fr. à des époques déterminées.

Mais qu'arriva-t-il quand M. Argentier se présenta au domicile des clients de M. Anquetin? Les uns lui répondaient qu'ils avaient fait choix d'un médecin; les autres, que M. Anquetin n'était plus le leur.

En présence de ces réponses, grand fut le désappointement du nouveau docteur; et dès lors il se refusa, premièrement, à payer aux échéances le prix convenu, et, en second lieu, il ne voulut pas prendre possession des lieux.

A l'audience du 26 février du tribunal civil de la Seine (3e chambre), Me Trinité a plaidé pour M. Anquetin, et Me Bussière pour M. Argentier.

Le tribunal, après en avoir délibéré :

« Attendu que la clientèle des médecins dépend de la confiance qu'ils inspirent et du choix que font d'eux les malades;

» Attendu qu'aux termes des articles 1126 et 1598 du Code civil, tout contrat doit avoir pour objet une chose qu'une partie s'oblige à donner, et, en outre, attendu qu'il faut que cet objet soit dans le commerce;

» Attendu que la confiance ne peut se donner et n'est pas dans le commerce;

» Attendu, en ce qui touche le bail, que les deux conventions sont simultanées; que l'une n'est que l'accessoire de l'autre, et que l'une n'existant plus, l'autre ne saurait exister davantage;

» Par ces motifs,

» Déclare nulle la vente susdite, et annule toutes les autres conventions. »

— On lit dans les journaux politiques :

« On fait actuellement, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, des expériences sur les moyens de prévenir la communication de l'hydrophobie et de guérir cette terrible maladie. Les premiers essais du moyen proposé par une personne étrangère à l'Ecole ont donné les résultats suivants : on a fait mordre cinq chiens par un autre chien, chez lequel la rage était bien constatée; puis, au choix de MM. les professeurs, on a soumis trois des animaux mordus au traitement proposé. Ces trois animaux ont été préservés de la rage, tandis que le mal s'est déclaré avec violence chez les deux autres, le premier et le cinquième, qu'on avait livrés à leur état, et qui sont morts dans les convulsions de l'hydrophobie. Il serait bien à désirer que des expériences réitérées et parfaitement concluantes pussent faire reconnaître l'efficacité du traitement indiqué».

— Voici le tableau des réceptions des pharmaciens qui ont été faites, en 1845, par les jurys médicaux de la circonscription de Montpellier.

1re division. M. Duhrueil, président :

Haute-Garonne, 7; Hautes-Pyrénées, 1; Basses Pyrénées, 4; Gironde, 5; Deux-Sèvres, 2.

2e division. M. Bouisson, président :

Puy-de-Dôme, 2; Drôme, 1; Bouches-du-Rhône, 1; Gard, 3.

En tout, 26 pharmaciens.

Le nombre des réceptions a été aussi de 26 dans la circonscription de Paris, et de 6 seulement dans celle de Strasbourg.

— M. le docteur Blanchet ouvrira, le 18 courant à onze heures, à son Dispensaire, 8, rue du Paon, un cours clinique sur les maladies des yeux et des oreilles.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 33. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De la grenouillette et de son traitement.

Le malade qui fait le sujet de cette observation porte sa tumeur depuis plusieurs mois; elle proémine entre la langue et la partie interne de la mâchoire inférieure, et présente deux lobes, de la grosseur d'une noix, séparés par le frein. Cette tumeur soulève les replis muqueux de cette région; elle est molle, indolente et ne fait pas saillie sous la mâchoire, ainsi qu'on l'observe quelquefois; elle a enfin tous les caractère ordinaires de la grenouillette, ou ranule, ainsi nommée à cause de l'aspect qu'elle présente, suivant les uns; à cause du son de voix particulier propre aux malades qui en sont affectés, selon les autres.

La grenouillette est une maladie qui, sans être très commune, ne peut pas cependant passer pour rare; il n'y a, du reste, guère qu'un siècle à peu près qu'elle a été étudiée avec quelque soin. Généralement, elle est regardée comme une affection des organes sécréteurs ou des conduits des organes sécréteurs de la salive. Louis a surtout démontré qu'elle appartient aux glandes salivaires; et l'opinion actuelle est qu'elle est constituée aux dépens des canaux des glandes sublinguales.

Selon M. Velpeau, ceci demanderait à être examiné de nouveau. Sans doute, la maladie peut avoir pour siége le lieu qu'on lui assigne ordinairement; mais il est très probable que la grenouillette ne reconnaît pas toujours pour cause la dilatation du canal de Warthon. On voit quelquefois à la face interne des joues des tumeurs semblables pour leurs caractères physiques; mais surtout, ce qui est plus important, contenant une matière tout à fait identique, et évidemment étrangère au conduit salivaire que nous venons de nommer. D'ailleurs, le liquide que contiennent ces dernières, comme celui que contiennent aussi très certainement celle-ci et toutes les tumeurs de cette espèce, ne peut pas être comparé à la salive; en sorte qu'il se pourrait que ce fût là une maladie appartenant, à la vérité, aux organes salivaires, mais non pas aux conduits de ces organes. Peut-être le véritable siége serait-il dans quelque glandule même.

Dans le cas qui nous occupe, la tumeur semble véritablement venir du canal de Warthon; elle est d'ailleurs d'un volume médiocre. Il ne faut pas ignorer qu'elles peuvent varier considérablement quant au volume, et aussi quant à la forme. Celle-ci est d'une grosseur ordinaire; mais il en est qui parviennent à des dimensions énormes.

Ainsi, nous avons vu à la consultation, il y a sept à huit ans, une tumeur de ce genre tellement volumineuse, qu'elle avait déprimé le plancher de la bouche et faisait saillie à la partie antérieure du col, présentant ainsi l'aspect d'un goître énorme. Il y a deux ans, un jeune homme du Havre se présenta aussi à l'hôpital avec un tumeur qui formait une masse énorme au-dessous du menton.

On comprend combien la tumeur, quand elle est aussi grosse, peut amener d'accidents du côté des organes voisins par la compression qu'elle exerce nécessairement sur eux; on conçoit aussi que ces accidents seront de nature différente, selon le point vers lequel proéminera la tumeur. On en a vu qui comprimaient la carotide chez un sujet, et chez un autre il y eut un accès de suffocation pendant que le malade attendait son tour dans le cabinet du chirurgien. Il est facile d'ailleurs de se rendre compte du genre d'accidents qui se produiront selon que la grenouillette fera saillie dans la bouche ou au-dessous du maxillaire inférieur. Dans le premier cas, l'embarras de la parole, la suffocation pourront survenir; il y aura une difficulté plus ou moins grande d'avaler les aliments; par en bas, se montreront des accidents de compression, de suffocation aussi, et il y aura plus ou moins de difformité.

Si l'on abandonne ces tumeurs à elle-mêmes, elles peuvent persister extrêmement longtemps; ou bien encore elles s'enflamment quelquefois, se rompent et se vident. Ainsi, celle que porte le malade dont il s'agit est extrêmement mince, et il serait fort possible que les choses se passassent de la sorte. L'inflammation qui s'empare de ces sortes de kystes est probablement due à l'irritation produite par le tiraillement continuel des tissus au-dessous desquels ils s'accroissent.

La guérison de la grenouillette est beaucoup plus difficile qu'on ne le supposerait tout d'abord. Sans doute il est aisé de la percer et d'évacuer la matière contenue; mais comme l'exhalation de ce liquide continue à se faire, la tumeur se reconstitue et la maladie revient opiniâtrément. On avait pensé que la tumeur ouverte, la salive reprendrait son cours, et que le kyste, attaqué dans sa cause, disparaîtrait complétement; mais, l'expérience a prononcé sur ce fait, il est constant que par la simple ouverture la maladie ne guérit point, et que la cure n'est que palliative.

Après la simple incision, on a proposé l'excision d'un lambeau assez large du kyste; c'est une méthode qui, pour valoir mieux, ne réussit pas cependant non plus constamment. Desault, Boyer et M. Velpeau l'ont employé avec des succès divers. Que, du reste, cette excision soit faite avec les ciseaux ou le fer rouge, comme le pratiquaient A. Paré, Fabrice d'Aquapendente et Larrey, le résultat est le même et le mal revient quelquefois. L'observation de ce jeune homme du Havre, dont nous parlions tout à l'heure, l'a prouvé suffisamment. Un vaste lambeau de la tumeur avait été enlevé, la maladie ne s'en reproduisit pas moins, et il fallut faire une ouverture à la partie inférieure; le malade alors finit par guérir, mais il fut un temps assez long.

Frappés de ces insuccès par ces méthodes, quelques chirurgiens en ont imaginé d'autres. Physick et M. Laugier ont employé le séton. Dupuytren transformait la tumeur en fistule avec une sorte de bouton de chemise, et la salive s'écoulait par là. Lecat en avait déjà fait autant. Même par ces moyens, on ne réussit pas toujours. C'est qu'en effet la matière qui est sécrétée dans ces tumeurs ne ressemble pas à de la salive, c'est une sorte de mucilage glaireux ressemblant parfaitement à du blanc d'œuf un peu jaunâtre, et alors on comprend que cette espèce de liquide ait de la peine à passer par l'ouverture.

On a tenté aussi d'appliquer à ces tumeurs le traitement de l'hydrocèle, c'est-à-dire l'injection d'un liquide irritant dans la cavité. M. Bouchacourt et Heime ont réussi, disent-ils, par ce procédé; mais les conditions qui assurent la guérison dans l'hydrocèle, c'est-à-dire la présence d'une membrane séreuse, manquant ici, il y a lieu de craindre d'échouer encore de cette manière. Enfin, quelques autres encore ont essayé de guérir la grenouillette en renversant la membrane du kyste avec la membrane muqueuse. C'est un moyen à conserver. Nous avons quelquefois aussi associé la cautérisation à l'excision.

Aujourd'hui, voici ce que nous avons imaginé. Nous nous proposons de traverser la tumeur avec un fil, puis de l'inciser au-dessus; nous attacherons ensuite le fil à une dent, afin de tenir les deux lèvres de la plaie parfaitement isolées. Ici, comme il y a deux lobules, nous en ferons autant de l'autre côté.

L'opération a été pratiquée par cette nouvelle méthode; nous suivrons ce malade, et nous ferons connaître le résultat.

Kyste thyroïdien. Ponction. Injection iodée; de son efficacité dans ces sortes de tumeurs.

Une jeune femme est entrée à la Charité la semaine dernière pour s'y faire traiter d'une tumeur qu'elle porte dans la région thyroïdienne du côté droit. Elle se présente sous l'aspect d'une bosselure de la grosseur d'un œuf, parfaitement libre, d'une résistance assez considérable pour faire hésiter sur la question de savoir si cette dureté doit être attribuée à l'épaisseur des parois; ou si, au contraire, la tumeur est tout entière concrète, et ne renferme pas de liquide.

M. Velpeau pense que cette tumeur est un kyste à parois épaisses, renfermant un liquide qu'il a déjà rencontré un assez grand nombre de fois, et qui ressemble assez bien au mélange d'eau et de teinture d'iode qu'il emploie pour l'opération des hydrocèles et même de ces sortes de tumeurs.

Une ponction avec l'aiguille trois-quarts est pratiquée, et il en sort en effet un liquide de cette nature, qui est remplacé par une injection iodée, dont la plus grande partie reste dans le kyste. La malade demeure quatre jours à l'hôpital et demande sa sortie.

Nous avons, dit M. Velpeau, l'habitude de laisser toujours une certaine quantité d'injection, et nous croyons cette précaution importante dans les kystes thyroïdiens; leurs parois sont si épaisses, qu'il est utile d'agir ainsi pour développer dans la tumeur une irritation suffisamment vive pour amener la guérison. Ajoutons qu'il est heureux que cela soit utile; car il faut avouer que ce n'est pas chose facile que de faire ressortir la totalité de l'injection; l'eau iodée précipitant l'albumine du kyste, il se forme sur le champ une matière grumeleuse; et comme il est nécessaire d'employer une canule très fine, il est presque impossible de ne pas laisser une certaine partie de l'injection; mais, nous le répétons, selon nous c'est une condition fâcheuse, et même nécessaire. Sur cette malade, nous en avons abandonné une portion; nous aurions tout laissé dans le kyste, que les choses ne se seraient pas passées autrement qu'elles ne l'ont fait.

La malade s'est plainte d'abord assez vivement dans la soirée même du jour de l'opération; le lendemain, la douleur était déjà beaucoup calmée; hier, elle la sentait à peine; aujourd'hui, elle n'y pense plus du tout et demande à s'en aller.

Telle est, d'ordinaire, la marche que nous avons observée après la ponction et l'injection de ces tumeurs. C'est la troisième ou quatorzième fois que nous opérons de la sorte des goîtres kystiques, et nous n'avons pas vu encore d'autres accidents que ceux-là. Nous croyons devoir insister sur ces faits parce qu'on n'ignore pas que cette méthode de traitement est encore controversée aujourd'hui, et une discussion toute récente en a donné la preuve. On l'a controversée non-seulement pour ces kystes, mais encore pour l'hydrocèle; ce qui nous paraît, pour cette dernière maladie au moins, une question définitivement jugée. Ajoutons que les appréhensions à l'occasion de l'emploi de l'iode dans les tumeurs kystiques thyroïdiennes se comprendraient mieux; car il y a fort longtemps déjà qu'on avait essayé le traitement de certains goîtres par une injection irritante, et un chirurgien assez distingué, M. Maunoir, avait, au commencement de ce siècle, tenté une injection vineuse dont les effets l'avaient fort effrayé. Il paraîtrait qu'elle avait été suivie d'une inflammation des plus violentes, de suppuration, d'accidents de suffocation, etc., au point que M. Maunoir lui-même n'en parle dans son mémoire que pour engager les chirurgiens à ne pas imiter son exemple, si jamais ils avaient l'idée de le faire.

Sa recommandation avait été entendue en France, car personne que nous sachions n'y avait essayé depuis lui. En Belgique, cependant, on avait tenté de faire arriver dans ces tumeurs de la vapeur de chlore, ce qui est même assez singulier.

Pour nous, nous voulûmes cependant examiner les effets de l'injection iodée, ayant bien constaté sa parfaite innocuité dans d'autres circonstances. Il y a sept ans donc, une jeune fille de Beauvais vint à Paris; elle avait une tumeur à peu près pareille à celle de cette jeune femme que nous avons opérée et qui sort aujourd'hui. La ponction et l'injection furent faites; elle ne souffrit pas plus que celle-ci, et guérit.

Il nous vint ensuite une jeune dame de Roubaix, que nous vîmes avec M. Marjolin; elle fut opérée par la même méthode, souffrit quelque temps et guérit. Une autre dame, venant du Mans, portait une tumeur à gauche; elle ne ressentit presque aucune douleur, et guérit.

Nous eûmes encore l'occasion d'opérer par la ponction et l'injection iodée, un dentiste distingué de Paris, il y a trois ans: ce fut avec M. Pelletan que nous le vîmes. Ce malade n'éprouva pas non plus de douleurs vives; seulement il offrit un phénomène assez bizarre: il fut pris de céphalalgie pendant quinze jours, et offrit une teinte ictérique qui nécessita l'emploi d'un purgatif. Doit-on attribuer ce résultat à l'injection? C'est ce qu'il est assez difficile de décider. Seulement, sans prétendre que cela ne soit pas, il faut remarquer que déjà, environ quinze ans auparavant, il avait éprouvé des symptômes tout à fait semblables, c'est-à-dire, une céphalalgie intense et l'apparition d'un ictère. Le kyste a d'ailleurs complétement guéri sans autre accident.

Il y a quelques années aussi, une femme et deux hommes ont été traités de la même manière, et ont également guéri dans l'hôpital.

Voici donc une série de cas dans lesquels cette médication a été suivie des plus heureux résultats; mais il en est deux autres où l'injection iodée, sans produire d'accidents toutefois, n'a pu parvenir à amener la guérison. Une dame vint nous consulter, il y a dix-huit mois environ, pour un goître médiocrement volumineux, mais s'étendant des deux côtés; en l'examinant, on ne lui trouvait que des caractères vagues et insuffisants pour affirmer que la tumeur était liquide ou concrète. Une ponction fut pratiquée avec l'aiguille exploratrice; il sortit environ une grande cuillerée de liquide qui n'avait pas la coloration ordinaire de celui qu'on rencontre dans ces kystes, il ressemblait à du sang fluide. L'injection fut néanmoins tentée, il en pénétra une ou deux cuillerées; mais on sentit manifestement que l'eau iodée ne pénétrait pas dans une poche, qu'elle n'entrait au contraire qu'en s'infiltrant dans les tissus. La malade n'éprouva d'ailleurs aucun accident, circonstance tout à fait digne de remarque à cause même de cette infiltration; seulement elle ne guérit pas.

Une autre dame encore nous vint d'Epernay pour une maladie semblable; la tumeur siégeait à droite; c'est là un fait singulier que, sur treize à quatorze goîtres kystiques qui se sont présentés à notre observation et que nous avons traités par l'iode, il y en a eu au moins dix qui avaient leur siége à droite; cette dernière malade était un peu grasse, et, dans l'injection, nous ne fûmes pas parfaitement sûr de faire réellement pénétrer le liquide dans le kyste même, parce qu'il glissa un peu au moment de pousser la teinture d'iode. Quoi qu'il en soit, il paraît que la tumeur a persisté. Du reste, nous n'avons pas revu la malade; le mari nous a écrit deux fois: la première, pour nous apprendre que la tumeur diminuait; la seconde, pour nous faire des reproches peu gracieux de n'avoir point guéri sa femme; et comme cet homme a pour dissimuler la guérison, si elle existe, les mêmes raisons que ces gens qui disent toujours que la marchandise qu'on leur vend est mauvaise; sans affirmer que cette dame

a guéri, et nous avons exposé les raisons qui nous font présumer que cette guérison n'a point eu lieu, nous croyons qu'il peut rester ici un doute légitime.

De tout ceci, il résulte clairement : d'abord que l'injection iodée dans les kystes thyroïdiens n'est pas plus dangereuse que dans l'hydrocèle; puis, que c'est un bon moyen de guérir une maladie dont les mouvements sont graves par la gêne qu'elle apporte dans la respiration, la déglutition et la circulation ; enfin, qu'il n'est guère facile de guérir ces kystes autrement et d'une manière plus sûre et plus innocente à la fois, bien que l'injection iodée puisse quelquefois échouer peut-être, comme tous les remèdes quels qu'ils soient d'ailleurs.

Quant à l'opération, et c'est encore là un avantage, elle est des plus simples : une piqûre et l'injection ; il n'y a point de pansement; quand les douleurs deviennent vives, on applique des compresses imbibées d'extrait de saturne. Ajoutons, enfin, que ce traitement n'empêche en aucune manière l'emploi des fondants de toute nature, surtout si après l'opération la résolution tardait à se faire. Ordinairement, le kyste finit par se réduire en un petit noyau qui se perd dans les chairs. L'injection iodée est donc en définitive un moyen de plus contre les kystes de la thyroïde, et nous ajouterons que c'est un bon moyen.

— La femme qui portait une tumeur si volumineuse dans la fosse iliaque gauche, et dont nous avons rapporté l'observation dans notre dernier compte-rendu, est sortie le 9 de ce mois. La ponction exploratrice avait été pratiquée, et M. Velpeau s'était arrêté à l'idée d'un corps fibreux, l'aiguille avait indiqué en effet une masse concrète; il est cependant sorti environ une cuillerée de sérosité qui provenait sans doute d'une de ces locules qu'on rencontre quelquefois dans ces masses quand elles ont atteint un volume considérable surtout. Il n'est pas rare de trouver dans les corps fibreux de grosses vacuoles capables de contenir un œuf remplies de sérum ou d'autre liquide; il est probable que l'aiguille est tombée dans une de ces cavités. La tumeur que porte cette femme n'étant pas de celles que la chirurgie peut guérir, la malade est sortie après l'emploi d'un large vésicatoire volant qui n'a amené aucun changement dans la maladie.

— La malade du n° 30, dont nous avons parlé aussi la dernière fois, et qui portait dans l'aisselle ces ganglions dégénérés, a succombé à des accidents tout à fait insolites.

Après l'opération la plaie est restée sans réaction aucune, et sans amener d'inflammation dans les parties voisines. La mamelle du même côté est devenue empâtée, et bientôt une plaque gangréneuse s'est montrée, le pouls est devenu fréquent, très petit; il y a eu du délire ; le tube digestif a d'abord paru étranger à ces accidents; mais il s'est bientôt montré de la diarrhée; la malade a succombé; l'autopsie n'a rien appris sur les causes de cette terminaison aussi rapidement funeste que peu probable. Peut-être faut-il en accuser l'état des fluides chez cette femme, qui venait de sevrer peu de temps avant d'entrer à l'hôpital un enfant qu'elle nourrissait.

La gangrène était d'ailleurs très limitée, et ne gagnait point la profondeur de la mamelle. PAJOT.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Des brûlures, de leur gravité et de leur traitement.

Depuis le commencement de l'année scolaire, un assez grand nombre de brûlures se sont présentées dans les salles de chirurgie de l'hôpital des Enfants. M. Guersant, tout en signalant à mesure qu'ils se présentaient les divers cas à ses auditeurs, n'en avait point encore fait cette année le sujet d'une leçon spéciale. Il a profité, jeudi dernier, de l'entrée dans son service d'un garçon affecté de brûlure partielle de la main, pour présenter d'une manière brève et rapide quelques considérations résumant les principaux points qui ont trait à ce genre de lésions.

Les brûlures, dit M. Guersant, celles du moins que nous observons chez les enfants, car bien que les choses se passent exactement de même chez les adultes, cependant suivant les âges le pronostic varie, et aussi la gravité des accidents, les brûlures, disons-nous, nous paraissent devoir se ranger sous trois chefs principaux, et former trois catégories distinctes, suivant leur gravité, suivant leur étendue.

Première catégorie. — En première ligne, et comme offrant le plus haut degré de gravité, puisqu'elles sont toujours mortelles, nous rangeons celles qui occupent plus de la moitié du corps, ou au moins la moitié du corps. Ces brûlures se présentent très fréquemment à nous pendant les hivers, principalement pendant ceux qui sont longs et rigoureux ; cette année, en raison de la température, elles ont été peu communes; nous n'en avons observé que trois cas, deux chez des filles, un à la salle des garçons. Voici comment arrivent le plus souvent ces brûlures générales.

Presque toutes les femmes de la classe pauvre, les femmes d'ouvrier, ont la malheureuse habitude, et du reste ne peuvent guère s'en dispenser, de descendre le matin pour faire leurs achats de provisions pour la journée. Pendant ce temps elles abandonnent leurs enfants seuls dans leur chambre, où sont allumés, ou du feu dans la cheminée, ou des fourneaux de charbon. Pendant ce temps, et c'est presque toujours ainsi que les choses se passent, les enfants jouent avec le feu, et enflamment leurs vêtements, ou tombent dans le brasier. Les cris de ces infortunés sont étouffés par la fumée, et lorsque les parents remontent après un quart d'heure, une demi-heure, ils trouvent leurs enfants brûlés dans une grande étendue du corps.

Les brûlures ne sont pas partout au même degré, et n'occupent pas toujours une surface égale. Quelquefois c'est la face, le tronc, d'autrefois les membres. On trouve souvent, après des accidents de ce genre, des points où il existe une véritable carbonisation, et non pas superficielle, mais profonde, et intéressant l'épaisseur des téguments tout entiers, et souvent les tissus sous-jacents. Lorsque l'on nous apporte des enfants dans cet état, nous constatons une faiblesse extrême, un état de prostration complète; les sujets ne poussent pas de plaintes; ils respirent avec difficulté, sont quelquefois pris de convulsions, de vomissements; puis ils succombent le plus ordinairement dans les vingt-quatre heures qui suivent leur admission à l'hôpital. Voilà pour la première catégorie des brûlures; elles constituent certainement les cas les plus affreux que nous ayons à traiter parmi les maladies chirurgicales de l'enfance.

On conçoit, d'après ce que nous venons de dire, que le traitement doit être peu de chose ; cependant on ne doit jamais abandonner les malades, et le médecin doit toujours avoir cette pensée présente à l'esprit que des soins peuvent être très utiles, quelque désespérée que paraisse la position des malades. On entoure le corps des brûlés de cardes de coton. Ici, et dans des brûlures aussi étendues, on ne peut songer à employer l'eau froide. Les sujets, quand on nous les apporte, sont déjà froids; et s'il y avait une indication dans ces circonstances, ce serait de chercher à les réchauffer. Puis, en supposant que la réaction pût se faire plus tard, elle serait trop forte et plutôt nuisible qu'utile. On prescrira les potions calmantes ; le plus ordinairement on n'a dans ces cas qu'un pansement à faire, la mort survenant dans l'intervalle d'une visite à l'autre.

Deuxième catégorie. — Le deuxième genre de brûlures comprend celles qui sont moins étendues, mais qui le sont encore assez pour être extrêmement graves et le plus souvent mortelles dans un espace de temps qui peut varier. Nous en avons presque toujours un certain nombre dans nos salles ; actuellement nous avons, au n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, une fille de cinq à six ans qui a été brûlée de la même manière que les enfants dont nous avons parlé plus haut. Sans être générale, la brûlure est assez étendue ; elle occupe le côté droit de la poitrine, le bras droit presque tout entier et un côté du menton. Il y a quelques légères traces de brûlures au bras gauche, et à la main du même côté, mais peu profondes. L'état de cette enfant est excessivement grave ; mais ce n'est pas dans ces cas-là que les enfants succombent rapidement et dans l'espace des vingt-quatre heures qui suivent leur admission à l'hôpital.

Au n° 9 de la salle Saint-Côme, il y a encore un autre exemple. C'est un garçon à peu près du même âge qui est tombé dans le feu, et qui a eu le côté droit du tronc et de la poitrine ainsi qu'une grande partie du bras correspondant brûlés. Ces deux enfants présentent des cas de brûlures qui ne sont pas celles qui déterminent rapidement la mort. Qu'arrive-t-il chez eux, et que faisons-nous en pareil circonstance? Dès qu'ils arrivent, nous les pansons avec du coton cardé; mais nous recommandons expressément de mettre sur la plaie, avant le coton, un linge fenêtré enduit de cérat calmant. Nous trouvons un grand avantage à l'emploi de cette ouate dont nous nous servons pour panser les brûlures, et qui forme comme de grands plumasseaux s'appliquant et s'enlevant d'une seule pièce. Le coton en carde présente encore un énorme avantage, c'est que pour recouvrir de charpie des surfaces aussi étendues tous les jours, il en faudrait une très grande quantité, et la raison d'économie n'est pas à négliger en pareille circonstance, principalement dans les hôpitaux.

En général, nous ne renouvelons ces grands pansements que tous les deux jours, et en voici la raison : Il n'y a peut-être pas de pansements plus douloureux que ceux des brûlures; les enfants poussent des cris déchirants. La douleur qu'on occasionne leur cause une agitation qui n'est jamais sans danger, et qui aggrave d'autant leur état général. Lorsque les plaies ne suppurent pas trop abondamment, nous sommes d'avis qu'il n'y a pas d'inconvénient à laisser le coton séjourner pendant deux fois vingt-quatre heures sur les endroits brûlés. Lorsque nous le renouvelons, c'est toujours de la même manière et suivant les mêmes principes.

Pour le traitement général, nous nous guidons sur l'état des sujets, et sur l'intensité des phénomènes réactionnels qu'éprouvent les petits malades. Ceux qui ont des brûlures fort étendues de cette espèce, ont de la fièvre pendant plusieurs jours; le plus ordinairement, ils sont pris de diarrhée plus ou moins abondante, Aussi, pour les aliments, sommes-nous obligé de nous tenir sur la réserve : lorsque la fièvre n'est pas très forte, nous leur donnons des aliments le plus tôt que nous pouvons, et ceci parce que la suppuration tendant à les affaiblir, nous devons chercher à réparer d'un côté les pertes que l'économie va subir d'un autre côté. Nous leur donnons des aliments qui ne les relâchent pas davantage : de l'eau de riz, de la décoction blanche, des œufs, etc. S'il y a constipation, nous faisons prendre quelques lavements, ou un purgatif très doux, l'huile de ricin, à la dose de huit ou dix grammes seulement, dans une tasse de bouillon dégraissé. Lorsque le malade, sans avoir de diarrhée, va facilement à la selle, nous permettons un peu de viande blanche.

Sur le moment, il n'y a pas de dangers très graves à redouter. Ce sont les suites qui sont le plus à craindre. Quelques uns de ces enfants, et ce sont les cas les plus rares, finissent par prendre le dessus. La diarrhée ne se déclare pas; ils n'ont que peu de fièvre; l'agitation causée par les premiers pansements cesse; les plaies prennent un bel aspect, et la cicatrice finit par se faire convenablement. Les sujets guérissent. D'autres fois, malheureusement trop souvent, les malades restent pendant deux mois, deux mois et demi, dans nos salles, et, malgré le peu d'espoir que nous conservons de les sauver, ils finissent par succomber au bout de plusieurs mois, débilités par l'abondante suppuration qui s'est déclarée. Les deux enfants que nous avons dans notre service au moment où nous vous parlons, vous prouvent que des brûlures fort étendues peuvent guérir avec des soins convenables.

Lorsque la maladie marche vers la guérison, on doit toujours faire la plus grande attention aux soins à prendre et aux précautions nécessaires pour prévenir la formation des brides celluleuses et cellulo-fibreuses qui sont si souvent la suite des brûlures étendues et qui nécessitent d'autres opérations douloureuses et non toujours suivies de succès. Dans ce but, nous employons le traitement conseillé par les auteurs dans les cas où les brûlures des adultes sont suivies de la formation de ces brides, ou paraissent pouvoir en être suivies. Les règles sur lesquelles sont fondés ces procédés sont les mêmes pour toutes les parties du corps. Elles consistent dans l'éloignement, dans la séparation mécanique des parties entre lesquelles on craint que des adhérences ne se forment. Un bras est-il le siége de brûlures étendues et profondes, nous l'écartons du tronc; nous tenons l'avant-bras étendu. De cette manière encore nous évitons, outre les adhérences, les résultats des rétractions déterminées par les tissus de cicatrices. Ces bandages, ces pansements sont indiqués dans tous les ouvrages de chirurgie, et, comme ils sont chez les enfants les mêmes que chez les adultes, nous n'y insisterons pas plus longuement.

Nous devons cependant consacrer quelques lignes à une indication particulière à l'enfance, et relative aux brûlures de la face et du siége. Lorsque les fesses, le pourtour de l'anus, ou les téguments qui recouvrent les parties génitales externes sont le siége de brûlures graves, on ne peut employer le même mode de pansement que pour les autres parties du corps, ou le même que chez les adultes. L'emploi du coton aurait de graves inconvénients; il serait continuellement mouillé par l'urine, et l'on comprend quelles graves conséquences pourrait entraîner un contact prolongé de liquides irritants sur ces plaies.

Dans ces circonstances, nous avons dû adopter un autre mode de pansement, et voici celui que nous mettons journellement en pratique.

Il est des plus simples : il consiste à saupoudrer de fécule de pommes de terre ou d'amidon les parties brûlées. Dans le milieu de la journée et le soir, on lave avec une éponge fine imbibée de décoction de racine de guimauve les points ainsi saupoudrés; une fois enlevée la fécule imprégnée de pus et d'urine, on essuie doucement la plaie, et on la couvre d'une nouvelle couche de fécule sèche. On empêche ainsi que la fécule ne forme des croûtes et que le pus ne reste en contact avec les plaies, ce qui pourrait déterminer des ulcérations profondes. Nous ne saurions trop vous recommander cette méthode pour le traitement des brûlures dans le voisinage de la vulve; si vous employez les appareils ordinaires, vous verrez presque toujours les plaies prendre un mauvais aspect; il est indispensable que les pièces de pansement ne soient jamais imprégnées d'urine.

Lorsque nous avons affaire à des brûlures de la face, nous employons encore la fécule ; d'autres fois, nous nous sommes assez bien trouvé du liniment oléo-calcaire. Vous comprenez que, quand il s'agit de ces brûlures qui siégent aux ouvertures naturelles, tous les efforts du chirurgien doivent tendre d'abord à ce but d'empêcher l'occlusion de ces ouvertures, ou du moins leur resserrement. Pour le nez, la bouche, le conduit auditif, l'anus, la vulve, nous plaçons entre les surfaces formant les bords de la plaie de petits plumasseaux de charpie enduits de cérat. Il est facile de comprendre que, pour éviter les brides, on doit toujours tenir les surfaces tendues; pour une brûlure à la face antérieure du cou, on maintiendra la tête élevée; si elle occupe une des faces latérales, la tête sera inclinée sur l'épaule du côté opposé, etc.

Troisième catégorie. — Nous arrivons au troisième genre de brûlures; ce sont les brûlures circonscrites, bornées à des régions peu étendues. Là, nous n'avons presque jamais à redouter d'accidents funestes. Mais il n'est pas moins nécessaire de prendre des précautions très minutieuses pour éviter les difformités qui peuvent en être la conséquence. Si elles ne compromettent pas la vie, elles laissent souvent des traces irrémédiables, en causant la perte de parties importantes, de phalanges, de doigts même, etc. Vous en avez sous les yeux un exemple bien frappant dans un enfant qui nous a été apporté il y a quelques jours, avec une brûlure de l'extrémité des doigts de toute une main. Voici, suivant les parents, comment la chose serait arrivée. On nous a dit que l'enfant étant sujet à des engelures aux mains, on lui avait plongé une main dans un bain, dont l'eau se serait trouvée tellement chaude qu'une brûlure en serait résultée. Ce récit nous paraît inadmissible. Si l'on avait plongé la main dans l'eau bouillante, de cette manière, l'enfant aurait certainement poussé des cris, fait des mouvements, retiré ses doigts, et l'accident ne serait point arrivé. Mais une autre circonstance bien plus péremptoire, c'est que l'extrémité des doigts était carbonisée. Nous sommes donc certain, malgré les dénégations des parents, que l'enfant est tombé dans le feu. La brûlure a, du reste, été si profonde, que les dernières phalanges de quatre doigts sont tombées, et que, comme elles ne tenaient que par un très petit lambeau de peau, nous avons facilité leur chute en coupant cette sorte de pédicule qui les supportait. Dès le premier moment où nous avions vu l'enfant, nous avions prévenu de ce qui nous semblait devoir infailliblement arriver, les parents bien éloignés de penser que telle fût la gravité du cas. Aujourd'hui, l'état général est fort bon ; les plaies offrent un bon aspect, les bourgeons charnus pullulent de toutes parts. On panse maintenant simplement avec des linges fenêtrés enduits de cérat, et l'on prend toutes les précautions, dans le détail desquelles nous sommes entré, pour éviter la formation de brides. Ainsi, nous avons placé la main sur une large palette, les doigts étendus, et ne pouvant être rétractés par les cicatrices vicieuses. Le pansement le plus commun est celui qui se fait avec la charpie ou le

coton sous lequel on applique un linge cératé.

Lorsque les brûlures sont assez limitées, on a souvent avantage à mettre les réfrigérants en usage. Il n'en est point ici comme dans les brûlures de tout le corps, ou qui occupent une grande partie de la surface du corps. Nous avons dit que, dans ces derniers cas, l'eau froide pouvait avoir de graves inconvénients, soit en faisant disparaître le peu de chaleur que présentent les sujets quelques heures après l'accident, et causant ainsi la mort, soit en provoquant une réaction trop vive. Lorsqu'il nous est possible d'employer l'eau froide, nous plaçons, pendant les premiers jours, sur la plaie des plumasseaux de charpie arrosés d'eau froide; au bout d'un temps qui varie de vingt-quatre à trente-six ou quarante-huit heures, et lorsque nous ne redoutons plus les accidents inflammatoires, nous nous trouvons bien, soit de l'usage de l'eau chlorurée, surtout lorsque nous avons quelque sujet de craindre la gangrène ou que les plaies ne prennent un mauvais aspect, soit du jus de citron, lorsqu'il est nécessaire de redonner de la vigueur aux parties malades, et d'activer le développement des bourgeons charnus.

Ces quelques considérations, courtes et rapides, dans lesquelles nous nous sommes efforcé de vous faire passer en revue seulement les points les plus importants et les plus pratiques de l'histoire des brûlures, nous ont paru suffisantes pour vous mettre à même de suivre avec intérêt les quatre ou cinq malades que nous avons actuellement dans nos salles.

Nous pourrions trouver le sujet d'un quatrième paragraphe dans la description ou tout au moins dans l'énumération des difformités qui sont fréquemment la suite et le résultat des brûlures. Mais ce ne sont plus là que des circonstances accessoires, et dont quelques mots nous suffiront pour vous faire apprécier toute la valeur. Ces difformités sont, non pas toujours, mais le plus souvent, la conséquence des mauvais modes de traitement, soit que les parents n'aient point consulté les hommes de l'art et se soient contentés d'abandonner les plaies à la nature, soit quo le chirurgien ait négligé les précautions essentielles dont nous vous avons parlé. Nous disons, non pas toujours, car il est des cas où, malgré tous les efforts, et les mieux dirigés, l'on ne peut venir à bout d'empêcher les rétractions pathologiques du tissu de cicatrice.

Une fois ces difformités produites, la médecine opératoire fournit très souvent les moyens d'y remédier. Ici, nous n'avons rien à vous dire que vous ne connaissiez déjà et que ne vous aient appris les livres de chirurgie que vous avez entre les mains, et vos visites dans les hôpitaux où l'on soigne les maladies des adultes. On fait, suivant les circonstances, ou la simple section transversale des brides, ou l'excision complète de la cicatrice. Il est des cas, peu nombreux à la vérité, où l'on est obligé de faire de l'autoplastie. Nous aurons d'ailleurs, à propos de malades qui se présenteront dans nos salles, l'occasion de vous parler de ces opérations dans les plus grands détails.

Z.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 17 mars 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le secrétaire perpétuel donne communication d'une lettre de M. Amédée Forget, secrétaire de la commission de la souscription pour le monument à ériger sur la tombe de Bichat, ayant pour but d'inviter l'Académie à participer à cette souscription.

L'Académie décide, par acclamation, que chacun de ses membres fait abandon à la souscription d'un jeton de présence (1).

— *M. Soubeiran* lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Virey.

— *M. le président* annonce que vu l'étendue et l'importance du rapport de la commission de la peste et des quarantaines, une séance extraordinaire aura lieu samedi prochain à l'heure accoutumée.

— *M. Prus* est appelé à continuer la lecture de son rapport sur la peste et les quarantaines.

Troisième partie. — Il s'agit ici de l'importante et difficile question de la transmissibilité de la peste, soit dans les foyers épidémiques, soit hors de ces foyers.

Chapitre premier. — La peste est-elle transmissible par l'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré, du pus provenant d'un bubon pestilentiel ou de la sérosité extraite de la phlyctène d'un charbon pestilentiel?

Le rapporteur passe ici en revue tous les faits, toutes les recherches, toutes les expériences sur ce sujet dont la Commission a pu avoir connaissance. Avant de les soumettre à l'appréciation de l'Académie, M. Prus constate, comme un fait important, que si la variole, la rage, la morve, la syphilis, en un mot les maladies certainement virulentes, nous offrent toutes un liquide qu'il est facile de determiner et qui contient le principe virulent, il n'en est pas de même pour la peste. Cela est si vrai, que les expérimentateurs se sont adressés tour à tour et presque indifféremment au pus d'un bubon, à la sérosité d'un charbon, ou encore au sang d'un pestiféré.

On rapporte que Willis s'inocula la peste à Londres en 1665, et qu'il en mourut. Ce fait paraît apocryphe; car Willis ne mourut qu'en 1675.

White, medecin de l'armée anglaise en Egypte, s'inocula le pus d'un bubon, contracta la maladie, et mourut le neuvième jour de l'inoculation après avoir présenté une pustule charbonneuse au pli de l'aine, lieu où il avait pratiqué l'inoculation. Mais en temps d'épidémie, un individu peut facilement contracter la peste dans l'espace de neuf jours, et la maladie peut n'être qu'une coïncidence avec l'inoculation.

Le fait célèbre de Desgenettes est un fait négatif, car le pus inoculé avait été pris sur le bubon d'un convalescent, et la piqûre avait été lavée avec de l'eau savonneuse.

Valli, médecin italien, avait cru remarquer que les varioleux ne contractaient pas la peste. Il s'imagina alors d'inoculer le pus de la peste mêlé au pus de la variole; il essaya d'abord sur lui-même, et puis sur vingt-quatre autres personnes, qui toutes furent exemptes de la peste pendant l'épidémie de 1803 à Constantinople. L'expérience ayant appris que la variole ne préservait pas de la peste; ce qu'il faut conclure des expériences de Valli, c'est que l'inoculation du pus des bubons pestilentiels n'a produit aucun accident.

Les expériences du docteur espagnol Sala sur les propriétés de l'huile comme pouvant neutraliser le principe contagieux de la peste transmis par inoculation, ne sont rien moins que concluantes.

(1) La souscription de l'Académie s'élèvera ainsi à la somme d'environ 450 fr.

Il résulte des expériences pratiquées par M. le docteur Lachèze, sur des condamnés à mort au Caire, que sur quatre individus qui ont été inoculés avec du sang de pestiféré, un seul a eu une peste bénigne, tandis que deux sujets inoculés avec la sérosité prise sur un charbon pestilentiel et un troisième inoculé avec le pus d'un bubon qu'on venait d'ouvrir n'ont rien éprouvé.

Plus tard, Clot-Bey pratiqua sur lui-même l'inoculation par le sang d'un pestiféré. A l'aide d'une lancette chargée de ce sang, il se fit six piqûres assez profondes, dont trois à la partie antérieure de l'avant-bras gauche et trois au pli de l'aine droite. Il n'éprouva aucun symptôme de peste.

Quelques jours après cette inoculation restée sans résultat, Clot-Bey s'inocula du pus provenant d'un bubon pestilentiel, au moyen de trois piqûres faites à la partie interne du bras gauche. Cette dernière épreuve fut suivie de légers malaises que l'expérimentateur attribua à l'absorption du pus, mais qui n'offrirent aucune analogie avec les symptômes de la peste.

Quelles conclusions tirer de ces faits et de quelques autres analogues? Voici celle adoptée par la commission : L'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques; l'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par l'inoculation, même sous l'influence d'une constitution pestilentielle.

Chapitre deuxième. — Voit-on dans les foyers épidémiques la peste être transmissible par le contact des malades?

Le rapporteur dit d'abord ce qu'il entend par le mot contagion. C'est la transmission de la maladie par le contact. Il ne peut donc y avoir contagion dans le sens que nous attachons à ce mot et que les règlements sanitaires en vigueur lui attribuent, que quand il y a de la part d'une personne saine contact d'un pestiféré, ou d'un objet qui a touché ce dernier ou qui a été touché par lui, le tout sans aucune entremise de l'air.

L'infection, au contraire, est l'action des miasmes pestilentiels auxquels l'air sert de véhicule sur des organismes sains ou du moins non encore atteints de la peste. Dans l'infection l'air, chargé des miasmes qui s'échappent des individus pestiférés, pourrait donner la peste à des personnes saines, quoiqu'elles eussent évité avec soin le contact des malades et de tout objet suspect.

M. le rapporteur commence par un exposé historique de la doctrine de la contagion. Les médecins de l'antiquité paraissent n'avoir envisagé la peste que comme une maladie épidémique sans s'occuper de son mode de transmission. Il en est de même des médecins arabes. C'est à Fracastor qu'est due la doctrine de la transmissibilité de la peste par un virus qui peut être communiqué d'un individu à un autre. Cette doctrine régna à peu près sans contestation jusqu'en 1720. Alors, les médecins de Montpellier qui avaient vu la peste de Marseille firent de grands efforts pour rassurer les populations sur sa non-contagion. Stoll provoqua les observateurs à un examen sérieux de la question, son appel ne fut pas entendu. Les médecins de l'expédition d'Egypte adoptèrent la doctrine de la contagion, qui fut à peu près unanimement partagée en France jusqu'en 1835.

A cette époque, un grand nombre de médecins européens eurent occasion d'observer la terrible épidémie qui ravagea alors l'Egypte. Sortis des Facultés de France, d'Allemagne et d'Italie avec une ferme croyance à la transmissibilité de la peste par le contact des malades, tous ou presque tous, il faut le reconnaître, ont complétement changé de conviction.

Quels sont donc les faits qui ont produit de tels changements? Ils sont consignés dans les ouvrages de MM. Brayer, Cholet, Aubert-Roche et Clot-Bey.

M. Prus passe les principaux de ces faits en revue, ainsi que ceux relatifs aux épidémies de 1837 et de 1841, et dont l'étendue et le nombre ne nous permettent pas de donner l'analyse. Il termine ce chapitre par la conclusion suivante qui en est le résumé :

Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés, et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

Chapitre troisième. — La peste est-elle transmissible par le contact des vêtements ou hardes ayant servi à des pestiférés, dans les lieux qui sont encore ou ont été récemment soumis à l'influence de foyers épidémiques?

M. le rapporteur cherche à éclairer ce point de la question par l'examen de faits authentiques analogues à celui-ci : Après la peste du Caire, en 1835, toutes les hardes, tous les meubles des morts ont été vendus dans les bazars et mis en usage sans désinfection préalable. Les effets de plus de 50,000 pestiférés, morts dans cette capitale, n'ont communiqué la maladie à personne.

Il se livre ensuite à l'examen des faits qui sembleraient prouver la transmissibilité de la peste par cette cause, et il termine ainsi ce chapitre :

Nous n'hésitons pas à déclarer que c'est tantôt parce qu'on a méconnu l'existence de la peste spontanée, tantôt parce qu'on ne s'est pas rendu compte de la puissante influence des causes générales épidémiques et de l'infection miasmatique, qu'on a été porté à regarder comme dus au contact des hardes ou vêtements infectés, des cas ayant une autre origine. Cette remarque est vraie même pour un grand nombre d'auteurs recommandables qui ont sacrifié aux croyances dominantes de leur époque.

Nous nous dispenserons donc de discuter devant vous les faits très nombreux, nous le savons, sur lesquels s'appuie la doctrine de la transmission de la peste par les vêtements infectés. Tous ont à nos yeux le même défaut, celui d'avoir été recueillis à un point de vue exclusif et sous l'empire de l'opinion régnante.

Nous terminerons ce chapitre par la conclusion générale suivante.

Des faits, en très grand nombre, prouvent que les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

Chapitre quatrième. — La peste est elle transmissible par des marchandises qu'on suppose contenir des matières pestilentielles?

Voici la conclusion de la Commission sur ce chapitre : La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la maladie est endémique ou épidémique, n'est nullement une chose prouvée.

Chapitre cinquième. — A-t-on vu, dans les foyers épidémiques, la peste se transmettre par infection?

Après avoir longuement exposé toutes les conditions connues dans lesquelles la peste s'est développée jusqu'ici, celles qui ont semblé influer sur son intensité, sur le nombre des victimes, les précautions qui ont paru avantageuses ou inutiles pour s'en préserver, M. le rapporteur ajoute : Il nous paraît incontestable, et c'est la conséquence que nous déduisons de ce qui précède, que les miasmes pestilentiels qui, en temps d'épidémie, s'accumulent dans un hôpital de pestiférés, dans une chambre, dans une maison et, peut-être, dans une rue, dans une ville, sont un puissant moyen de la propagation de ce fléau.

La Société académique de Marseille, dans le rapport qui lui a été présenté par M. le docteur Grand-Boulogne, et qui a été adopté par elle à l'unanimité le 12 août 1845, a admis les deux propositions suivantes :

1° Les auteurs les moins d'accord en ce qui concerne l'histoire générale de la peste, sont à peu près unanimes pour assurer que le simple contact d'individu à individu est un des modes de transmission les moins favorables à la propagation du fléau.

2° Le séjour prolongé dans l'atmosphère des malades, et surtout l'exposition aux miasmes pestilentiels qu'exhalent les objets contaminés, sont eminemment dangereux.

La seule différence qui sur ce point vraiment important de doctrine existe entre la Société académique de Marseille et votre Commission, peut se résumer ainsi :

La Société académique assure que le simple contact d'individu à individu est un des modes de transmission les moins favorables à la propagation de la peste.

Votre Commission pense qu'aucun fait bien observé n'établit la réalité de cette transmission.

Elle ne connaît pas de faits qui l'autorisent à croire, avec la Société académique, aux dangers des miasmes que laisseraient dégager ces objets contaminés.

La Société académique et votre Commission reconnaissent également que le séjour prolongé dans l'atmosphère des pestiférés, ou, en d'autres termes, l'infection par les miasmes pestilentiels, est ce qu'il y a de plus à redouter.

En présence d'opinions qui sont semblables ou qui sont très peu divergentes, n'est-il pas permis d'espérer que le moment n'est pas éloigné où deux camps qui semblaient séparés par une barrière infranchissable pourront se réunir sur un terrain commun, celui de l'infection miasmatique, dont la puissance n'a pas encore été assez généralement reconnue? La réalisation de cette espérance serait un honneur pour la science et un bienfait pour l'humanité.

Il est facile de prévoir combien sont importantes pour les mesures sanitaires à prescrires, les conséquences qui découlent de l'étude de l'infection pestilentielle; infection dont notre code sanitaire n'a encore tenu aucun compte.

La conclusion de ce chapitre est la suivante :

La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés et par les foyers d'infection qui peuvent en résulter.

Quoique cette conclusion nous paraisse en parfaite harmonie avec les faits que nous avons rapportés, nous ne pouvons cependant nous dissimuler qu'on peut lui adresser cette objection, que les observations ayant été faites dans des pays où la peste, toujours ou presque toujours endémique, revêt, à certains intervalles, les caractères épidémiques, il peut rester du doute sur la cause qui a été mise en jeu. On a pu, dira-t-on, attribuer à l'infection pestilentielle des cas dus à l'endémicité ou à l'épidémicité. Nous ne nous étonnons pas que cette objection, qui ne nous paraît pas fondée pour les faits cités par nous, laisse en suspens le jugement de beaucoup de médecins. Pour résoudre complétement et définitivement la question de la transmissibilité de la peste par les individus, les vêtements ou autres objets infectés, c'est loin des contrées où la peste est endémique, c'est loin des foyers épidémiques que les observateurs doivent s'appliquer à trouver les éléments de solution. Trop longtemps on a cru que c'était en Egypte, en Syrie, en Turquie qu'on pouvait arriver à des résultats utiles ou durables. Cela n'est vrai que pour les questions relatives à l'endémicité et à l'épidémicité de la peste. Il en est tout autrement pour la question de la transmissibilité. C'est en mer, c'est sur les côtes où la peste n'est pas endémique, c'est dans les lazarets d'Europe qu'on peut trouver des faits concluants et arriver enfin à la vérité.

La continuation de cette lecture est renvoyée à samedi prochain.

— *Urétroplastie.* — *M. Jobert* (de Lamballe) présente à l'Académie le nommé Perregaux, âgé de trente-six ans, qu'il a guéri d'une fistule sus-scrotale de l'urètre par autoplastie.

Cet homme, exerçant la profession de tailleur de pierre, fut atteint en 1826 et 1842, de blennorrhagie compliquée la première fois de chancre du gland. Il subit un traitement mercuriel méthodique à l'hôpital de Caen.

Au mois d'octobre 1843, un ou deux jours après avoir fait un effort violent, Perregaux fut atteint d'une paraplégie incomplète accompagnée d'une paralysie de la vessie et d'un œdème des extrémités inférieures. Entré à l'hôpital de Bernay (Eure) pour s'y faire traiter, on lui plaça une sonde de gomme élastique à demeure dans la vessie; on la laissa une première fois cinq jours sans la changer, puis huit ou neuf jours. Tandis qu'on soulevait le malade pour le porter dans un fauteuil, il éprouva une vive douleur dans l'urètre, au point où plus tard s'établit une fistule, et quelques jours après il s'aperçut que l'urine s'échappait par la face inférieure de l'urètre, à son point de jonction avec le scrotum; la sonde fut alors retirée, et l'urine s'écoulait goutte à goutte et d'une manière continue par la fistule. Le malade demeura dans cet état pendant huit ou neuf mois. Au bout de ce temps il quitta Bernay, et l'état des membres inférieurs s'étant amélioré, il put se rendre à Paris, partie à pied, partie en voiture.

Il entra à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1845.

Une sonde fut introduite dans la vessie sans trop de difficulté, le canal étant parfaitement libre. Quelques jours après il sortit par le méat urinaire un gravier de la grosseur d'un pois; l'orifice fistuleux contenait également quelques graviers, mais d'un moindre volume.

Le malade prit quelques bains; un vésicatoire volant fut appliqué à l'hypogastre pour rendre son ressort à la vessie. Le trajet fistuleux fut touché un grand nombre de fois avec le nitrate d'argent; dans le courant du mois d'août il a été touché à deux reprises avec le cautère actuel. Aucun changement ne s'en est suivi dans la fistule; ses bords restent durs et calleux.

Le 6 septembre, l'urétroplastie fut pratiquée de la manière suivante : les bords de la fistule furent ébarbés avec soin, de manière à enlever toutes les parties indurées du trajet fistuleux, et afin d'avoir dans toute l'étendue de la circonférence de l'ulcération une surface saignante. Un large lambeau quadrangulaire, à base inférieure, fut taillé sur la face antérieure du scrotum et transporté par glissement au-devant du trajet fistuleux avivé; il fut fixé par six points de suture entrecoupée. Le lambeau se réunit par première intention dans les trois quarts de son étendue, à droite et en haut; à gauche du lambeau il s'établit un point de suppuration; il fallut y appliquer un nouveau point de suture; la réunion n'eut pas encore lieu, et après plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent on revint à la suture, cette fois avec un succès presque complet; il continua encore à suinter quelques gouttes d'urine, mais il suffit de toucher la petite plaie avec le nitrate d'argent pour en déterminer la cicatrisation. Dans le courant du mois de novembre, la fistule était complétement oblitérée.

Maintenant, la cicatrice est solide, linéaire dans les trois quarts de son étendue; à gauche, là où la réunion n'a eu lieu que par seconde intention, la cicatrice est moins régulière; le tissu inodulaire est plus dur et légèrement saillant au-dessus de la peau. La peau du scrotum, à laquelle a été emprunté le lambeau, ne présente aucune bride, aucun pli anomal. Pendant le cours du traitement consécutif à l'opération, une sonde à demeure a été laissée dans l'urètre; une seule fois on a été obligé de la retirer à cause de la fièvre que sa présence avait déterminée.

— *M. Mercier* présente une modification du brise-pierre à deux branches. Cette petite modification, dit-il, ne mériterait pas d'occuper les instants de l'Académie s'il ne s'y rattachait une indication thérapeutique fort importante. Lorsqu'on a un calcul ou un fragment volumineux à broyer, on se sert ordinairement du brise-pierre fenêtré

modifié par M. Charrière ; lorsqu'il ne reste plus que des fragments d'un moindre volume, on se sert du brise-pierre dit *à cuillers*. Mais ce dernier a un grand défaut ; c'est que quand deux ou trois petits fragments ont été écrasés, il s'engorge, les débris s'y tassent, et on est obligé de l'extraire, sans quoi on courrait risque de ne pouvoir y parvenir sans causer de vives souffrances au malade. Souvent même, on ne peut éviter les douleurs malgré toutes les précautions possibles, et, d'ailleurs, les manœuvres se trouvent par là singulièrement prolongées. On a cherché déjà à débarrasser les cuillers au moyen d'une troisième pièce placée entre les deux autres ; mais l'instrument se trouve alors très compliqué, outre que l'avantage qu'on obtient se trouve plus que compensé par d'autres inconvénients.

Mon brise-pierre n'est pas susceptible de s'engorger, et voici comment. Dans les trois quarts de leur longueur, ses mors sont tout à fait aplatis, et ne présentent que quelques légères aspérités pour empêcher les fragments saisis de glisser ; dans l'autre quart, près de l'angle de courbure, leur aplatissement cesse, et ils ressemblent complétement au brise-pierre fenêtré, ce qui leur donne une très grande force. Mais le principal avantage, c'est que les débris ne peuvent se tasser près de la courbure, parce qu'ils sont repoussés par la branche mâle à travers la large fenêtre de la branche femelle, et qu'ils ne peuvent non plus se tasser au delà, parce que les deux mors ne présentent aucune trace d'excavation.

Quelques praticiens pensent que par l'extraction du détritus au moyen du brise-pierre à cuillers, on accélère la délivrance du malade, et on a même donné le précepte de préparer d'avance cinq ou six brise-pierres de ce genre pour les introduire successivement et coup sur coup. C'est une erreur pernicieuse. Si le malade urine bien, ce n'est pas la poudre impalpable qu'on retire par ce moyen, qui éprouverait le moindre obstacle à sortir ; et s'il urine mal, on pourra toujours extraire ce détritus à volonté, à l'aide de la sonde évacuatrice à double courant que j'ai présentée à l'Académie dans sa séance du 21 mars 1843.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 mars. — Présidence de M. MATHIEU.

La section de médecine et de chirurgie présente la liste suivante de candidats pour la place de correspondant vacante par la nomination de M. Lallemand à une place de membre titulaire.

La section fait remarquer qu'elle a cru devoir, dans cette circonstance, ne présenter que des candidats français, et même, parmi ceux-ci, que des chirurgiens.

1° M. Sédillot, à Strasbourg ;
2° M. Serre, à Montpellier ;
3° M. Erhmann, à Strasbourg ; M. Bonnet, à Lyon ;
4° M. Lesauvage, à Caen ; M. Guyon, en Algérie.

L'Académie procède au vote pour cette nomination.

M. Sédillot a obtenu	31 voix.
M. Serre,	8
M. Lesauvage,	2
M. Guyon,	2
M. Bonnet et M. Ehrmann,	1

En conséquence, M. Sédillot est proclamé membre correspondant.

— *M. Ducros* présente un mémoire intitulé : Etude physiologique de l'éther sulfurique d'après la méthode buccale et pharyngienne chez l'homme et chez les animaux.

En voici les conclusions principales :

1° L'éther sulfurique, employé en friction d'après la méthode buccale et pharyngienne, amène, dans le genre gallinacé et dans le genre oiseau, un sommeil instantané caractérisé par la fermeture des yeux, par le bissement des plumes ;

2° Au milieu de ce sommeil donne-t-on de la morphine, de l'acétate de morphine, de l'extrait gommeux d'opium, au lieu d'augmenter le sommeil on le détruit instantanément. Les préparations opiacées sont dès lors des antidotes de l'éther sulfurique chez le genre gallinacé et chez le genre oiseau ;

3° Mais dans les empoisonnements opiacés donne-t-on de l'éther sulfurique, on augmente l'empoisonnement.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Voulez-vous être assez bon pour insérer, dans votre plus prochain numéro, la lettre ci-jointe, que j'adresse à M. le président de l'Académie des sciences, et que je remettrai au secrétariat de l'Institut vendredi 20 mars ?

Agréez, etc., Baron HEURTELOUP.

Paris, 20 mars 1846.

A Monsieur le président de l'Académie des Sciences.

Monsieur le président,

Lorsque je suis venu, il y a treize ans, de Londres à Paris, apporter l'instrument que j'ai appelé *percuteur courbe à marteau*, et que je destinais à briser les pierres vésicales, instrument pour lequel l'Académie des sciences m'a donné le prix de chirurgie en 1833, j'avais apporté également un *percuteur* dont les branches, au lieu d'avoir des *dents* propres à briser les pierres, présentaient des *cuillers* qui, rapprochées l'une de l'autre par la percussion, enfermaient les fragments et permettaient de les extraire de la vessie. J'appelais cet instrument *percuteur à cuillers*.

J'ai opéré pour la première fois avec cet instrument dans le mois de décembre 1832, et j'ai consigné ce fait à la page 73 de mes Mémoires sur la lithotripsie par percussion, imprimés en 1833, dans lesquels on lit ces passages :

« ... Mais, prévenant cette difficulté, M. Heurteloup s'était pourvu d'un instrument analogue au *percuteur courbe à marteau*, mais en différant principalement en cela que l'intérieur des branches étaient *excavées* de manière que les petits fragments saisis étaient aussitôt retirés avec la plus grande facilité. » (C'est M. Williams Forbes, le chirurgien devant lequel j'opérai, qui parle.)

Et dans une note, à la même page 73, on lit ces mots :

« ... Je fis donc usage d'un *percuteur à cuillers*, avec lequel je guéris le malade. »

J'aurais présenté le percuteur à cuillers à l'Académie des sciences dès l'année 1833, si des faits assez nombreux fussent déjà venus prouver son importance ; mais je n'avais que celui consigné dans mon ouvrage, et c'était trop peu pour donner une idée de l'utilité de cette invention nouvelle. Or, comme dans ma pensée il importait de savoir s'il était mieux d'opérer par le *brisement simple* avec le *percuteur à dents*, que d'opérer par le *brisement avec extraction*, avec le *percuteur à cuillers*, je dus rester dans le doute jusqu'à ce que des opérations comparatives des deux méthodes fussent venues m'éclairer, et me donner le pouvoir d'en entretenir utilement l'Académie.

J'ai été treize années, Monsieur le président, à recueillir ces faits comparatifs, et c'est pour les communiquer à l'Académie que je me suis inscrit pour lire un mémoire.

J'attendais avec patience, depuis quatre mois, que je fusse appelé pour lire mon Mémoire, lorsque j'appris qu'un chirurgien, réveillé par mon retour, et juste au moment de mon retour, se proposait d'entretenir, avant moi, l'Académie de ce même *percuteur courbe à cuillers*, sous le prétexte de quelques modifications dans la manière de *percuter*.

J'avoue, Monsieur le président, qu'il me paraîtrait pénible de perdre en grande partie les fruits d'un si long travail. Or, si une lecture est faite devant l'Académie sur mon *percuteur à cuillers* avant que, moi, inventeur, je le lui aie présenté, une telle infraction aux règles, aidée de la publicité, ne peut que faire dévier à mon détriment, et d'une manière irrémédiable, l'opinion publique de sa ligne naturelle.

Maintenant, Monsieur le président, que vous savez que je suis l'auteur de l'instrument percuteur à cuillers, que vous savez aussi que je désire le présenter à l'Académie, je demande s'il n'est pas possible d'éviter qu'une autre personne se mette à ma place pour présenter cet instrument.

Peut être qu'une simple demande faite par vous, Monsieur le président, ou par l'un de messieurs les secrétaires perpétuels à messieurs les chirurgiens inscrits avant moi, suffira pour vous faire connaître si ma crainte est fondée ; et si effectivement cette crainte est fondée, je suis sûr que, dans sa justice éclairée, l'Académie décidera que l'inventeur du percuteur à cuillers doit être admis le premier à l'en entretenir.

J'ai l'honneur d'être, etc., Baron HEURTELOUP.

Paris, ce 18 mars 1846.

Paris, le 17 mars 1846.

Monsieur le rédacteur,

Votre numéro de ce jour, 17 (*Gazette des Hôpitaux*), renferme la décision rendue par la 3e chambre du tribunal civil de la Seine, qui a annulé l'acte de cession d'une clientèle médicale consenti par M. Anquetin en faveur de M. Argentier.

Cette même clientèle de Verrières, cédée primitivement à M. Anquetin par M. Gauran, fit l'objet d'une question tout à fait identique devant le tribunal de Versailles, laquelle fut plaidée en novembre dernier à la 2e chambre de ce tribunal, et donna lieu au jugement rapporté par le journal le *Droit*.

Nous aimons à croire et vous prions au besoin de vouloir bien faire insérer dans votre prochain numéro la décision du tribunal civil de Versailles, non par aucun motif d'intérêt personnel que pourrait faire naître notre position et encore moins pour vouloir établir une polémique judiciaire, mais seulement pour mettre à la connaissance du corps médical qu'en présence de ces deux décisions contraires, émanant de tribunaux égaux en supériorité, ce point de jurisprudence ne sera précisément fixé que lorsqu'il aura été soumis à l'examen et jugé par une cour royale.

Agréez, etc. A. CRENET.

Directeur-gérant de la Caisse centrale des médecins.

— *Médecins. — Cession de clientèles. — Nullité.* — Le tribunal de Versailles (2e Chambre) vient de juger une question qui intéresse le corps des médecins. Il s'agissait de savoir si la cession d'une clientèle de médecin est un contrat licite.

M. Gauran, médecin à Verrières (Seine-et-Oise), a cédé, le 16 juin 1843, à M. le docteur Anquetin, une clientèle importante, moyennant la somme de 3,500 fr.

A l'échéance du premier terme de paiement, M. Anquetin refusa d'exécuter le contrat, et prétendit que la convention du 16 juin 1843 était nulle, comme contraire aux lois, et comme portant sur une chose qui n'est pas dans le commerce (Code civil, art. 1128).

Mais le Tribunal, après avoir entendu Me Garnier pour M. Anquetin, et Me Hector Leconte, avocat du Bareau de Paris, pour M. Gauran, a rejeté la demande en nullité, attendu que la cession d'une clientèle de médecin n'a rien de contraire aux lois et aux bonnes mœurs.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 34. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 20 MARS 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La doctrine de M. Hope sur le siége du bruit à double courant ou continu, *dans les artères*, a été d'abord mal accueillie en France. On y est revenu ensuite, et nous croyons pouvoir affirmer que l'autorité de M. le professeur Andral lui est acquise. Elle consiste, comme chacun sait, à placer le siége du souffle continu et des bruits musicaux dans les veines. Si l'on pose, dit M. Hope, le sthétoscope sur le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, la face du sujet étant tournée de l'autre côté, et que l'on entende, étant donné le cas pathologique voulu, un bruit continu, aussi fort que possible, la pression de la jugulaire interne au moyen du doigt fait cesser ce fort bruit à l'instant, et on n'entend plus qu'un bruit sourd et obscur provenant des veines plus petites et profondes.

Nous ne nions pas que ce cas ait été observé; mais ce n'est pas celui qui s'est présenté à nous. Voici ce qu'il nous a été donné de constater sur une jeune personne chlorotique placée dans l'une des salles de M. Andral.

Le sthétoscope posé dans l'intervalle des deux chefs inférieurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, nous avons perçu un bruit continu manifeste. Une pression effectuée avec le bout du doigt, par une autre personne, sur la partie supérieure de la veine jugulaire externe, fit cesser entièrement ce bruit, et nous n'entendîmes plus que les bruits normaux de l'artère carotide. La pression ayant cessé, le bruit continu, pareil à un bourdonnement, se fit entendre de nouveau.

Cette expérience, dans laquelle on voit une action dirigée sur une veine faire cesser instantanément un phénomène, prouve bien, en effet, que ce phénomène a son siége dans le système veineux.

Voici la théorie émise relativement à ce fait, par M. Marchal (de Calvi), dans une leçon de physiologie pathologique sur la circulation artérielle, au Val-de-Grâce.

Etant admis que le souffle continu se passe dans la veine jugulaire interne, il est facile de comprendre qu'il cesse par la compression de la veine jugulaire externe. Cette compression ayant pour effet d'arrêter la circulation dans ce dernier vaisseau, le sang qui l'aurait parcouru reflue dans le premier, où par conséquent la colonne de liquide est plus pressée, et où la *collision entre les globules* est moindre, ce qui sera expliqué plus loin.

C'est par le même mécanisme que l'effort fait cesser le bruit de souffle continu, ou le modifie extrêmement, comme l'a constaté M. le professeur Bouillaud, avec cette différence que, dans l'effort, la réplétion du système veineux est générale, au lieu d'être partielle, comme lorsque le sang reflue de la veine jugulaire externe dans l'interne.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la production du souffle continu ou plutôt des bruits *dits* artériels.

Laënnec les attribua à un *état vital particulier*, à un *spasme* des artères, opinion reprise de nos jours par M. le docteur Andry.

Un médecin distingué, M. Vernois, a imaginé deux hypothèses, l'une appropriée à l'anémie, l'autre à la polyhémie. Dans l'anémie, les artères revenues sur elles-mêmes seraient *plissées* à l'intérieur, d'où un excès de frottement, d'où le souffle. Dans la polyhémie, les bruits seraient dus au frottement plus intense d'une colonne serrée contre des parois très tendues. Mais qui a jamais vu ce *plissement* des artères, et, quand on réfléchit à la texture des parois artérielles, peut-on seulement le supposer? Il y a plus : qui est juge de l'anémie et de la polyhémie? On ne peut savoir si la quantité du sang est moindre que dans l'état normal, hors le cas de pertes par hémorrhagie ou par les saignées. Dans la chlorose, très certainement, un principe a diminué plus ou moins dans le sang, mais ce liquide lui-même peut être plus abondant, moins abondant ou aussi abondant que dans l'état normal. Les femmes enceintes ont moins de globules que dans l'état ordinaire, et pourtant elles éprouvent des accidents de pléthore. C'est qu'il y a une pléthore séreuse, comme il y a une pléthore cruorique, comme il y a, dans l'inflammation, une pléthore fibrineuse. Mais, encore une fois, la quantité du sang n'est pas appréciable exactement, et tout ce que l'on fonde sur cette donnée est incertain, vague, inadmissible.

M. Beau, dont les travaux sur la pathologie de l'appareil circulatoire jouissent d'une estime méritée, explique par la surabondance ou la pléthore, tous les bruits anormaux dits artériels. Il admet que dans la chlorose et l'anémie, le sang est séreux, mais en quantité surabondante. Comment le sait-il?

M. Beau fait d'ailleurs exécuter au sang, dans les artères, des évolutions qu'il n'est pas facile de comprendre. Ainsi, le sang poussé dans l'aorte ascendante, est bientôt refoulé par la réaction des parois artérielles (qu'il faut bien désormais, surtout depuis la découverte de Henle, appeler une contraction); mais les valvules ventriculo-aortiques sont abaissées, et le sang *remonte* dans les *troncs voisins*; de là un double passage dans ces vaisseaux; de là un *double pouls*, qu'il est facile d'entendre chez les chlorotiques un peu maigres.

Tout cela tombe dès qu'il est prouvé que ce n'est pas dans les artères que se passent le bruit continu et les bruits musicaux. Mais, supposé même qu'ils eussent lieu dans ces vaisseaux, nous demanderions qu'elle peut être la force qui fait *remonter* le sang dans les *troncs voisins* après le choc en retour. Cette force peut-elle être autre que celle du ventricule gauche, et alors que devient le double pouls noté par M. Beau?

Nous ne nions pas, certes, qu'on entende le *double pouls*. Bien loin de là, nous affirmons à M. Beau, qu'il l'entendra non-seulement chez les chlorotiques un peu maigres, mais n'importe chez quelle personne il auscultera. Nous nions seulement que ce soit par ce mécanisme qu'ait lieu le *double pouls*, qui n'est pas un double pouls, qui est un double bruit, constituant le pouls artériel, comme un double bruit constitue le pouls cardiaque.

Ç'a été l'erreur commune de supposer qu'il y a un seul bruit dans les artères. Elles ont un double bruit, comme elles ont un double mouvement : un bruit diastolique et un bruit systolique. Le doigt *sent* la dilatation et le retrait de l'artère; l'oreille les *entend*.

M. le professeur Bouillaud, dont les travaux ont eu une si grande part à l'élucidation des maladies du système circulatoire, s'est abstenu, dans cette question spéciale, de formuler une explication qui ne lui semblait pas encore possible.

Un autre éminent professeur s'est demandé s'il ne se pourrait pas que, par suite de certains troubles du système nerveux, des gaz se développassent dans les vaisseaux, comme il s'en forme dans d'autres organes, si fréquemment, sous la même influence.

Enfin, M. Hope et M. Gendrin pensent que le bruit continu est le résultat de vibrations qui se passent dans le sang lui-même.

Voilà le vrai, selon nous. C'est dans le sang qu'ont lieu les vibrations; mais pourquoi ont-elles lieu? Quelle est la condition matérielle à laquelle elles sont dues? Toutes les précédentes explications sont fondées sur une donnée hypothétique. Or, il y a dans le sang de la chlorose, de l'anémie, de la chloro-anémie, une condition fondamentale, caractéristique, révélée par l'analyse, un fait qui peut nous être d'un grand secours, et qui a été négligé pour l'explication du phénomène dont il s'agit; la diminution des globules. N'est-il pas vrai qu'il est impossible d'admettre que les globules sont plus rares, sans admettre en même temps qu'ils sont plus éloignés l'un de l'autre que dans l'état normal? Etant plus éloignés, ils doivent, sous l'influence de la force qui meut le sang, se choquer avec plus d'intensité que lorsqu'ils sont plus nombreux et plus rapprochés. Prenez un nombre de pièces de 25 centimes, suffisant pour remplir le poing, et agitez ce dernier, vous n'aurez aucun son, ou vous obtiendrez un son très obscur. Diminuez de moitié le nombre de ces pièces, en laissant au poing le même degré de capacité, et les pièces, donneront, par l'agitation du poing, le son qui leur est propre. Ainsi, ce serait la collision plus forte des particules solides en suspension dans le sang entre elles, qui produirait les souffles ou bruits divers qui appartiennent aux états morbides dans lesquels les globules sont diminués.

Tout le monde sait qu'en pressant avec le sthétoscope sur une artère, on produit un bruit de souffle accidentel. Ce fait ne contredit pas la théorie que nous venons d'exposer. La pression sur l'artère diminue le calibre du vaisseau, et le sang frotte contre la paroi artérielle; il y a collision du sang contre cette paroi, comme dans le cas précédent il y a collision moléculaire dans le sang lui-même.

Maintenant, pourquoi le bruit se passe-t-il dans les veines et non dans les artères? La cause en paraît assez simple. Dans les artères, les globules, quoique aussi rares *absolument* que dans les veines, doivent être moins éloignés que dans celles-ci, par cela seul que le sang, y circulant très rapidement, les rapproche inévitablement les uns des autres. Le même rapprochement a lieu lorsque les veines sont plus pleines que dans l'état ordinaire, comme dans l'effort, ou lorsque le sang reflue, par l'effet de la compression, de la jugulaire externe dans l'interne. Alors, momentanément, les veines ou une veine se trouvent dans la même condition que les artères; les globules y sont *relativement* plus nombreux, partant plus rapprochés, quoique *absolument* aussi rares. Cette doctrine est donc cohérente dans toutes ses parties, et semble répondre à toutes les difficultés.

D'après ce que nous venons de dire, il est infiniment probable que le souffle doux et moelleux du premier temps cardiaque, qui se fait entendre dans la chlorose et l'anémie, est produit par le passage du sang veineux à travers l'orifice ventriculo-pulmonaire, et non pas à l'orifice ventriculo-aortique.

La circulation artérielle est surtout sous l'influence du cœur: c'est ce qui fait sa force. La circulation veineuse a lieu sous cette influence, mais beaucoup moins immédiatement; aussi elle est lente, accélérée seulement seize à vingt fois à la minute, chez l'adulte, par l'inspiration. Ici, point de saccades, à moins d'une inspiration forte tendant plus que d'habitude à faire le vide dans le système veineux. Le cours du sang veineux n'est point coupé ou intermittent, il est continu, et l'on conçoit aisément qu'un bruit auquel il donne lieu soit continu également, à l'instar, par exemple, d'un bourdonnement de mouches.

Pourtant, il y a des cas dans lesquels il n'est pas continu. C'est alors un bruit de va-et-vient, véritable souffle à courant double, que représenteraient assez bien les deux syllabes *fonfon*, articulées de telle sorte que la première fût plus longue et plus forte. Qu'est-ce qui coupe ici le bruit veineux? Ce ne peut être que le battement de l'artère voisine, composé de deux temps, la diastole, à laquelle correspond le premier souffle long et fort, la systole, à laquelle correspond le second souffle. Il pourrait donc y avoir deux bruits veineux (car désormais il n'y a plus de bruits artériels autres que les bruits *dits* organiques) : un bruit veineux continu, et un bruit veineux coupé par le battement artériel.

Telle est la théorie exposée par M. le docteur Marchal (de Calvi). Nous la livrons, sans plus de commentaires, au jugement du public.

— Une malade du service de M. le professeur Andral, âgée de plus de cinquante ans, affectée d'un cancer annulaire du rectum, très affaiblie, a été prise d'un œdème douloureux du membre inférieur gauche. La douleur s'est fait sentir le long des vaisseaux cruraux, où l'on a cru reconnaître un cordon noueux que l'on a supposé être la veine crurale, occupée par un caillot.

Il est certain qu'il a dû y avoir arrêt de la circulation veineuse dans le membre. Il n'y a pas d'autre explication possible de cet œdème.

Les symptômes, comme on voit, ont été ceux de la *phlegmasia alba dolens*, affection observée dans des conditions générales très analogues à celles dans lesquelles se trouvent les cachectiques, quelle que soit la cachexie.

On voudra bien nous permettre de développer cette idée.

Une observation patiente a prouvé à M. le professeur Andral que, dans toutes les cachexies, dans le cancer de l'estomac, dans la tuberculisation pulmonaire, etc., les globules diminuent plus ou moins sensiblement. Le cas dans lequel ils ont été trouvés le plus diminués, était celui d'une femme affectée de cancer de l'utérus : ils étaient descendus à 21. Dans le cas de chlorose où ils étaient le plus bas, ils n'étaient descendus qu'à 28. On voit que ce terme vague de *cachexie* répond à une altération bien évidente du sang.

Il est un état particulier dans lequel on a trouvé les globules diminués : c'est celui des individus qui ont eu des attaques réitérées de fièvre intermittente. Cette circonstance serait facile à expliquer s'il était vrai, comme est porté à le croire M. le docteur Donné, que la rate est spécialement affectée à la formation des globules. Les expériences de cet observateur sont, il faut le reconnaître, très favorables à son hypothèse. La diminution des globules, dans un cas où la rate a été souvent malade (car nous admettons les résultats, irrécusables ce nous semble, des recherches de M. le professeur Piorry), serait dès lors un effet très naturel.

Dans tous ces cas, il y a diminution des globules du sang, augmentation de l'eau et excès *relatif* de fibrine.

Or, dans la grossesse, il y a également élévation de la proportion d'eau, diminution assez sensible des globules, et excès non plus seulement *relatif*, mais, dans les trois derniers mois, *absolu* de fibrine.

Nous avions donc raison de dire que les conditions générales des *cachectiques* sont très analogues à celles dans lesquelles se trouvent les femmes grosses.

Mais pour expliquer la *phlegmasia alba dolens*, chez les puerpérales, nous avons un fait physique, qui manque chez les cachectiques. Ce fait physique consiste dans la pression qu'exerce le fœtus, dans l'acte de l'accouchement, sur les veines du bassin. Cette cause efficiente étant donnée, le sang, d'autre part, étant plus coagulable à raison de l'excès

absolu de fibrine, on s'explique facilement la phlébite, et que cette phlébite soit oblitérante.

Chez les cachectiques, il n'y a pas de cause efficiente, du moins elle n'a pas été reconnue encore. Ils ne nous offrent que l'appauvrissement des globules et l'excès relatif de fibrine. Cela suffit pour nous expliquer la coagulation du sang dans les veines; cela ne paraît pas suffisant pour rendre compte de l'inflammation de ces vaisseaux. Or, la douleur, et ce symptôme a été noté chez la malade qui fait le sujet de cet article, prouverait qu'il y a inflammation.

— Chez une autre malade du même service, nous avons constaté un bruit de souffle au premier temps se propageant le long de l'aorte, et coïncidant avec la petitesse du pouls, sans frémissement vibratoire. C'est là, grâce aux progrès de la médecine, un des problèmes diagnostiques les plus faciles à résoudre. Un bruit de souffle systolique (organique) peut tenir à l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, ou au rétrécissement de l'orifice ventriculo-artériel. Quand il se prolonge dans l'aorte, et l'on sait qu'il peut s'étendre jusqu'à la sous-clavière et à la carotide, il dépend d'un rétrécissement de l'orifice artériel, et non d'une insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire. Dans ce dernier cas, la direction du bruit est opposée à l'artère. S'il pouvait se propager, il se propagerait dans l'oreillette et dans les veines caves ou pulmonaires, suivant le côté affecté, et non dans les artères.

— Une femme d'une trentaine d'années est entrée, il y a quelques jours, dans la même salle, pour un érythème noueux, dont les plaques, très douloureuses, et assez étendues, avaient leur siége sur la jambe droite. Elle était apyrétique. On l'a saignée; le sang contenait 5,9 de fibrine. C'est un fait qui mérite de nous arrêter, que l'excès de fibrine sans fièvre, c'est-à-dire sans élévation de température. On aurait pu, avec quelque vraisemblance, supposer que l'augmentation de la fibrine dans l'inflammation était le résultat de l'élévation de la température. L'extrême difficulté avec laquelle les animaux à sang froid suppurent, si même il est suffisamment prouvé qu'ils suppurent, aurait pu être invoquée en faveur de cette supposition. On ne doit pas y renoncer absolument, toutefois, et il ne faut pas admettre l'apyrexie dans un cas comme celui dont nous parlons, sans la preuve mathématique. Un interne distingué de nos hôpitaux, M. Routier, qui se livre, sous les auspices de M. le professeur Andral, à des études approfondies sur la constitution du sang dans les maladies, a fait déjà plusieurs fois l'analyse de ce liquide sur des individus atteints d'érythème noueux, et il a trouvé constamment un excès de fibrine, à peu près dans la proportion indiquée.

Ainsi se vérifie la grande loi de l'augmentation de la fibrine dans l'inflammation, qui, aujourd'hui, grâce à cette belle conquête de l'observation moderne, peut être caractérisée dans les termes où elle l'avait été par Meckel, et distinguée de la simple hypérémie, avec laquelle, jusqu'alors, elle était inséparablement confondue.

Il est à remarquer que, chez la malade dont il est question, les glandes lymphatiques de l'aine n'ont été ni engorgées, ni douloureuses; il n'y avait pas non plus d'adénite dans les autres cas d'érythème noueux observés par M. Routier.

— Un jeune homme, convalescent d'une fièvre typhoïde très grave, couché dans l'une des salles de M. Rayer, présente plusieurs abcès multiples. Quelques-uns de ces abcès se sont développés sur des points du ventre où l'on avait appliqué des sangsues; mais d'autres se sont formés dans des points éloignés de ceux où ces applications avaient été faites.

Nous avons déjà appelé l'attention sur ces abcès multiples consécutifs à la fièvre typhoïde, et qui donnent à cette pyrexie une ressemblance de plus avec la variole. Un varioleux, que nous avons eu l'occasion d'observer précédemment dans le même service, a eu jusqu'à 273 de ces abcès.

L'otite interne suppurée est aussi un épiphénomène fréquent de la fièvre typhoïde, sensiblement plus fréquent que la parotide et l'érysipèle. Ce dernier accident nous a été offert par un jeune convalescent du service de M. le professeur Cruveilhier. Quand l'érysipèle est très étendu, il épuise la vitalité déjà si affaiblie, et emporte le malade. Il est bien digne de remarque que dans la scarlatine et la rougeole, il n'y a pas d'abcès multiples.

— Une jeune fille, également placée dans le service de M. Rayer, est affectée d'une hypertrophie considérable du cœur. A l'auscultation, la tête de l'observateur est fortement soulevée à chaque battement. Chez cette jeune fille, le corps thyroïde s'est développé d'une manière assez notable consécutivement à l'affection du cœur. M. Marchal (de Calvi) a fait observer à M. le docteur Rayer qu'il a déjà eu l'occasion de noter cette circonstance, qu'il attribue à l'afflux d'une plus grande quantité de sang dans le corps thyroïde, et qui vient à l'appui de l'opinion suivant laquelle cet organe est considéré comme un *diverticulum* de la circulation cérébrale. Le développement de cette tumeur est un bienfait; le sang qui va se briser dans le corps thyroïde et déterminer son accroissement, est en moins dans l'encéphale, où les effets de l'abord plus impétueux de ce liquide seraient graves et plus ou moins prochainement funestes.

— M. le docteur Ricord vient de pratiquer une opération de grenouillette d'après la méthode de M. le docteur Jobert (de Lamballe), modifiée.

Trois longs fils ont été passés d'un côté à l'autre de la tumeur au moyen d'une aiguille. La tumeur a été incisée et vidée; puis une portion du kyste a été excisée à droite et à gauche. Cela fait, le plein de l'anse représentée par chacun des fils a été attiré avec une pince et coupé. Alors, au lieu de trois fils, il y en avait six, trois d'un côté, trois de l'autre. Les bouts de chaque fils ont été noués, et de cette manière les lèvres de la plaie résultant de l'excision ont été distinctement réunies. Le résultat, comme on voit, est le même que dans la méthode de M. Jobert, méthode excellente, et qui désormais compte deux procédés.

— M. le docteur Piédagnel a, dans son service à la Pitié, un hydrophobe auquel il a administré le sulfate de quinine à très haute dose. L'effet de ce médicament a été d'empêcher momentanément le retour des accès spontanés. Quand, par exemple, on parlait de boissons au malade, il s'agitait encore; mais si on le laissait livré à lui-même, il n'éprouvait pas de symptômes. Nous reviendrons avec détail sur ce cas important.

— M. le professeur Laveran a fait, dans son service de fiévreux, au Val-de-Grâce, deux opérations d'empyème sur des malades affectés d'épanchement pleurétique séreux (hydrothorax). Il a employé le procédé de M. Reybard (de Lyon).

Les suites immédiates, dans les deux cas, ont été satisfaisantes. Chez l'un des malades surtout le succès paraît assuré. Nous attendrons que la cure soit terminée pour entrer dans plus de développements sur ces deux opérations. Nous avons voulu seulement, quant à présent, montrer que M. le professeur Trousseau trouve des imitateurs; l'adhésion que nous venons de signaler ne saurait lui être indifférente.

X...

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Traitement des accidents tertiaires de la syphilis constitutionnelle. Iodure de potassium.

Nous avons précédemment examiné l'action de l'iodure de potassium sur l'appareil digestif et sur celui de la sécrétion urinaire, à l'état physiologique.

Nous allons essayer aujourd'hui de vous faire passer sous les yeux l'histoire des principaux phénomènes que détermine cette préparation sur les autres appareils organiques.

L'action de l'iodure de potassium sur la peau est extrêmement prononcée. Il y a encore là exagération de sécrétion cutanée. Le médicament, comme on dit, pousse du centre à la périphérie; il a une action excentrique très marquée, qu'il faut connaître pour ne point s'en laisser imposer par les symptômes qui en sont la conséquence. Il agit sur la peau selon les idiosyncrasies, selon les aptitudes maladives; il faudrait se garder de croire qu'il y eût dans tous les cas une *iodurie*. Il n'y a pas d'*iodurie* particulière, pas plus qu'il n'y a d'*hydrargyrie*. Mais il peut arriver que cette préparation produise depuis l'érythème jusqu'aux éruptions les plus fortes dont la peau soit susceptible de devenir le siége. Chez les malades soumis au traitement des accidents tertiaires, les éruptions érythémateuses sont très fréquentes, très communes. Cependant, l'éruption la plus générale, celle qui aurait pu véritablement faire croire à une *iodurie*, c'est une éruption vésiculo-pustuleuse, acnoïde, qui présente cette particularité relativement à l'acné vulgaire, qu'elle dépasse les limites où sévit l'acné le plus ordinairement. Ainsi, l'on trouve les éruptions produites par l'iodure en même temps sur la face et sur les épaules; elle est beaucoup moins fréquente et moins abondante sur les membres pelviens et sur la moitié inférieure du corps. Elle est plus brusque, plus vive que l'acné ordinaire; puis, l'influence de l'iodure de potassium sur l'éruption est la preuve la plus certaine de l'action qu'exerce ce médicament sur la peau.

Souvent l'iodure détermine une éruption d'eczéma, d'herpès. On voit assez fréquemment des malades, à l'apparition de ces phénomènes, frappés de la plus vive inquiétude, rapporter à la vérole ce qui n'est que le résultat du traitement. Nous pouvons dire que depuis le temps que nous étudions avec un soin tout particulier les maladies syphilitiques, il n'y a pas de formes d'éruption que nous n'ayons eu occasion d'observer plus ou moins rarement, et qui ne constituent autant de conditions d'études sans lesquelles il est impossible de comprendre et de traiter la vérole. Vous devez, par exemple, savoir qu'il est des cas où l'on trouve des éruptions pemphygoïdes, des éruptions de pourpre, hémorrhagique, etc.

Indépendamment de toutes ces variétés d'éruption que détermine sur la paroi l'iodure de potassium, il a une grande tendance à produire les suffusions sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Cet œdème, ces suffusions séreuses, ont lieu principalement là où le tissu cellulaire est le plus lâche. Un de leurs siéges d'élection, pathognomonique, c'est le tissu cellulaire des paupières. L'œdème des paupières peut devenir très considérable; mais là aussi il est d'une extrême fugacité, et se dissipe avec la plus grande rapidité.

Action sur les muqueuses. — C'est sur la membrane muqueuse oculaire que se passent les phénomènes les plus remarquables. Pendant l'emploi de l'iodure de potassium, il survient une sorte d'ophthalmie catarrho-œdémateuse, dont la production est assez fréquente. Quelquefois, on est porté à rattacher cet accident à l'affection syphilitique; on augmente la dose d'iodure, et avec elle on voit augmenter l'intensité de la maladie. Ce n'est que lorsqu'on en suspend complétement l'usage que cesse la maladie. L'affection conjonctivale dont nous parlons, consiste dans une injection très prononcée des vaisseaux sanguins, un état inflammatoire intermédiaire à la simple injection vasculaire et à la sécrétion catarrhale. Chez quelques malades, l'apparition de ces accidents est précédée d'une abondante sécrétion de larmes, avec épiphora. Le plus ordinairement, il n'y a pas de lésion de la vision; il n'y a pas de photophobie; tout ce qui se passe est extérieur; c'est à peine aussi s'il y a de la fièvre. Il y a plutôt là congestion de la conjonctive, qu'état inflammatoire véritable et franchement déclaré. Bientôt après, survient un chémosis, œdème de la paupière. Un fait capital et de la plus haute importance, relativement au pronostic de la maladie, c'est que, en règle générale, l'ophthalmie catarrho-œdémateuse déterminée par l'iodure de potassium, n'arrive presque jamais à la purulence; ce n'est que dans des cas rares et tout à fait exceptionnels. C'est au contraire un caractère particulier des autres ophthalmies que de passer à la purulence très facilement et dans un bref délai. Dans le cas actuel, ce sont les conditions de suffusion séreuse qui l'emportent; et puis vous avez toujours l'agent spécial auquel vous pouvez rapporter tous les phénomènes produits, et avec lequel, une fois qu'on le supprime, disparaît la maladie. Mais nous ne saurions trop attirer votre attention sur ce fait, que l'on peut aller depuis la vascularisation la plus faible jusqu'à l'injection la plus vive de la conjonctive et jusqu'à l'œdème de la paupière, sans qu'il y ait même apparence de production de pus.

Dès les premiers moments de l'administration de l'iodure de potassium, lorsque vous voyez la conjonctive rouge, suspendez l'emploi du médicament; immédiatement vous verrez survenir un amendement notable, suivi bientôt de la disparition complète de la maladie. Nous ne saurions trop vous le redire, il ne se passera pas quarante-huit heures que vous ne soyez convaincus de la manière la plus positive que c'est l'iodure de potassium qui était la cause de la maladie; cependant, il peut se rencontrer aussi des cas où la vérole ait quelque part dans la production de la maladie, et il faut prendre garde de tout attribuer toujours à l'action du médicament.

Action sur les voies respiratoires. — L'iodure de potassium augmente souvent la sécrétion muqueuse nasale à un haut degré. Il y a, si l'on nous passe cette expression, un rhume, un coryza d'iodure de potassium, et ceci offre une grande importance. En effet, il arrive souvent à la période tertiaire de la vérole, que l'on donne l'iodure de potassium pour guérir les accidents qui se manifestent du côté du nez, accidents qui s'accompagnent très fréquemment de coryza chronique. Un grand nombre de rhumes de cerveau ne sont autre chose que des produits de la vérole.

Les mêmes phénomènes s'observent souvent du côté des bronches. Les malades commencent à tousser un peu, présentent quelques phénomènes plus ou moins tranchés et complets de catarrhe bronchique, avec sécrétion muqueuse. Mais, dans tout cela, il n'y a que des phénomènes locaux, sans réaction sympathique, et avec apyrexie complète; et de plus, on observe toujours, entre l'effet et la cause, la corrélation obligée que nous avons signalée.

Action de l'iodure de potassium sur le système nerveux. — Cette action sur le système nerveux est une des premières qui aient été signalées, lorsque l'on a commencé à étudier les effets produits par l'iodure de potassium sur les divers appareils de l'économie. Elle a été désignée sous le nom d'ivresse iodique. Chez quelques malades, on constate un peu d'exaltation des facultés intellectuelles; de plus, pesanteur de tête, quelques soubresauts dans les membres, mouvements spasmodiques. Nous devons dire que, pour notre part, nous n'avons rien observé de pareil. Nous avons donné l'iodure de potassium à des doses énormes, 60 grammes en un seul jour, et nous n'avons jamais rien vu du côté du cerveau, soit accidents épileptiformes, soit autres. On a cité une femme qui, sans précédent aucun, avait été prise, pendant un traitement par l'iodure, d'une amaurose qui avait persisté. En admettant ce fait comme vrai, rien ne nous prouve que ce fût le médicament qui ait déterminé l'amaurose, et puis encore, un fait isolé ne peut faire loi.

Nous avons observé, cette année, dans nos salles, un cas de mort subite chez un homme qui prenait de l'iodure de potassium, et qui présentait des accidents tertiaires; mais rien ne prouve non plus, dans ce fait, que ce soit à l'iodure que l'on doive attribuer la mort du sujet.

Nous nous résumerons en disant: que s'il est possible que l'iodure de potassium produise des accidents dont le siége soit dans le système nerveux, nous n'en avons jamais observé pour notre part, et que nous sommes en droit de conclure qu'ils ne sont pas fréquents.

Dose de l'iodure de potassium.

La dose la plus commune à laquelle nous donnions aux malades l'iodure de potassium, celle aussi qui nous donne le plus constamment des résultats favorables, c'est la dose de 3 grammes par jour. Avec 3 grammes, il est excessivement rare que l'on ait des accidents de la nature de ceux dont nous avons parlé précédemment, et presque toujours on a des succès. Lorsqu'on emploie ce médicament dans des cas bien déterminés, les insuccès constituent l'exception excessivement rare; les succès forment la règle. Est-ce à dire que tous les malades doivent sans aucune exception être mis à la même dose de 3 grammes d'iodure? Certainement non. Il y a des individus pour lesquels cette quantité est deux fois trop forte. Pour d'autres elle est trop faible, et n'amène aucun résultat. Ou bien encore, il arrive souvent que les malades, au bout de quelques jours, s'accoutument à cette dose, et qu'il faut l'augmenter, la porter jusqu'à 4, 6, et même 8 grammes dans les vingt-quatre heures; cependant les cas sont rares où l'on est obligé de porter aussi haut la quantité du sel ioduré.

Chez quelques malades, tout au contraire, on est obligé de descendre à des doses infiniment plus faibles; nous avons rarement éprouvé des résultats favorables pour le traitement des accidents tertiaires en donnant l'iodure à une dose inférieure à 1 gramme, quelque impressionnables que fussent les sujets. En général, lorsqu'on est obligé de recourir à des doses aussi faibles, c'est que l'on a affaire à des sujets réfractaires ou qui présentent des complications. Le malheureux confrère qui a succombé il y a quelques années à une affection tertiaire, s'est trouvé dans cette malheureuse situation. Toutes les fois que nous dépassions la dose de 1 gramme d'iodure de potassium, il était pris aussitôt d'un *eczema rubrum* de la face, qui devenait la maladie principale et forçait

à suspendre l'usage du médicament. Mais, nous le repétons, ces cas sont heureusement fort rares.

De tout cela, il résulte qu'il faut chercher à doser le médicament d'après les idiosyncrasies. C'est ordinairement par 3 grammes que l'on commence, sauf à augmenter ou à diminuer plus tard, suivant les indications.

Quant au mode d'administration, il faut tâcher que ce ne soit point un supplice. Nous donnons cette quantité en trois fois, le matin, à midi, et le soir, à deux ou trois heures de distance des repas, soit avant, soit après. Il faut autant que possible que les aliments acides soient bannis des repas; ils auraient l'inconvénient de décomposer le médicament, qui ne produirait plus alors les effets qu'on attend de lui; car l'iode ne jouit pas des mêmes propriétés que l'iodure de potassium, et puis une dose d'iode assez forte pour agir comme antisyphilitique serait déjà toxique.

Quant à la forme pharmaceutique que l'on doit préférer, l'iodure de potassium est un sel déliquescent; il est donc très difficile de le donner en pilules.

La forme la plus commode est sans contredit la forme liquide. On fait dissoudre l'iodure dans l'eau distillée; de telle sorte que chaque cuillerée de solution représente une quantité donnée de sel. En général, et pour éviter au malade l'embarras que cause toujours un grand nombre de bouteilles, nous conseillons au malade de faire fondre l'iodure de potassium dans du sirop de salsepareille; 30 grammes de sel pour 500 grammes de sirop. On mélange le sirop chaque jour dans un demi-verre de décoction amère, que nous prescrivons habituellement comme véhicule. On prend environ une cuillerée de sirop chaque fois, et à trois reprises chaque jour.

Chez les sujets qui ont des douleurs gastralgiques, des douleurs du grand cul-de-sac de l'estomac, on fait quelquefois cesser ces douleurs en additionnant le sirop ioduré avec de l'extrait thébaïque. D'autres fois on trouve des sujets qui ne peuvent supporter l'iodure de potassium que dissous dans du sirop de gomme; on conçoit encore ici que le mode d'administration variera suivant les sujets, et qu'il faudra pour ainsi dire tâter les susceptibilités.

Quant à la durée du traitement par l'iodure de potassium, elle doit être proportionnée à la manière décroissante des accidents que l'on combat, et l'on ne doit cesser son usage qu'après leur entière disparition.

Peut-il y avoir des récidives après l'emploi de l'iodure de potassium? Sans nul doute; souvent la maladie se reproduit avec une intensité pareille à celle qu'elle avait pendant qu'on faisait suivre un traitement mercuriel. On peut toujours effacer la manifestation, détruire le symptôme, mais on ne parvient pas toujours à détruire la diathèse. Ici l'on est encore dans cette horrible incertitude où l'on reste après l'emploi le plus méthodique et le mieux raisonné du mercure. Nous avons la dose journalière du médicament, nous n'avons jamais la dose neutralisante destructive de la diathèse. Il nous est arrivé de voir des sujets qui ont pris de l'iodure de potassium pendant cinq et six mois, qui au bout de ce traitement se portaient à merveille. Une fois la médication suspendue, ils pouvaient rester un an, plus encore sans éprouver aucun phénomène morbide, puis voilà qu'un beau jour des symptômes nouveaux se reproduisent. Nous avons vu des récidives survenir après deux ou trois ans chez les sujets qui avaient pris de l'iodure pendant plusieurs mois. Après le traitement des accidents tertiaires, les malades restent donc comme après le traitement mercuriel exposés aux chances des récidives, ce qui n'empêche pas après tout l'iodure de potassium d'être un des médicaments les plus précieux et les plus héroïques. D'ailleurs, aussi, la loi reste pour l'iodure la même que pour les mercuriaux; plus la médication a été continuée avec la persistance et d'une manière convenable, plus on a de chances que la maladie ne récidivera pas.

Il y a des conditions dans lesquelles il faut des adjuvants à l'iodure de potassium : c'est de la médication mercurielle concomitante que nous voulons parler. En prenant la vérole type pour exemple, on trouve l'indication du mercure et celle de l'iodure de potassium franchement dessinées, accidents secondaires, accidents tertiaires. Mais ce n'est pas là tout. Il y a un point de jonction, une époque de transition marquée par des accidents particuliers, les syphilides tuberculeuses, par exemple; c'est la peau, c'est une muqueuse qui se prend dans son épaisseur. Dans les cas de cette espèce, vous guérissez par le mercure seul, tout comme par l'iodure de potassium seul. Mais il n'en est pas moins vrai que vous guérirez encore plus vite, si vous employez les deux méthodes combinées, que par l'une des deux seulement.

Voulez-vous un exemple frappant de la vérité de ce que j'avance?

Un malade, actuellement couché dans la troisième salle, est entré pour un chancre induré : nous avons attendu la manifestation des accidents secondaires. Nous avons vu pousser des syphilides : le traitement mercuriel les a fait disparaître avec la plus grande rapidité. Bientôt, une exostose de la clavicule menaçant et des douleurs ostéocopes se faisant sentir, l'iodure de potassium a été prescrit, et le malade est en voie de guérison. Les faits de ce genre, et ils sont des plus communs, font voir l'utilité des divisions que nous avons établis. Ces divisions sont nécessaires pour que l'on puisse remplir les indications thérapeutiques.

Lorsque nous nous trouvons ainsi forcé de faire un traitement mixte, c'est à l'iodure de mercure que nous donnons la préférence. Pour que le traitement soit efficace, il faut que la dose d'iodure de potassium reste telle qu'elle serait dans le traitement des accidents secondaires purs et simples, et celle du mercure proportionnellement la même. Chaque médication doit marcher avec ses doses comme si elle avait été employée seule.

On a proposé pour ces accidents de transition différents composés, tels que l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium, qui n'agit absolument que comme sel mercuriel, la dose d'iodure étant tout à fait insignifiante. Pour nous, les résultats obtenus par ce médicament sont des résultats mercuriels.

Dans les accidents de transition, nous avons eu déjà l'occasion de vous dire que nous mettions en usage un sirop que l'on pourrait appeler *iodhydrargyrique*, et qui produit d'excellents effets. En voici la formule :

Sirop de salsepareille,	500 grammes.
Biiodure de mercure,	0,10 ou 0,15 centigr.
Iodure de potassium,	20 à 30 grammes.

On prend une cuillerée de ce sirop matin et soir. Nous employons cette préparation avec le plus grand succès contre ces aphthes qui se manifestent sur le bord de la langue chez des gens qui sont depuis longtemps affectés de vérole constitutionnelle.

REVUE GÉNÉRALE.

Nécrose des os maxillaires causée par des vapeurs phosphoriques. — M. Heyfelder, professeur de clinique chirurgicale à Erlangen (Bavière), a publié dans un travail inséré dans les *Archives de médecine* quelques considérations sur la nécrose des os maxillaires causée par des vapeurs phosphoriques. Il paraîtrait, d'après lui, que le travail dans une atmosphère remplie de vapeurs phosphoriques détermine souvent cette affection. La maladie se déclarait ordinairement par une odontalgie plus ou moins intense, puis survenait une douleur générale avec gonflement de la mâchoire. Les joues, les gencives et le cou participaient à cette tuméfaction; puis fièvre ardente, soif, salivation; coloration jaune de la peau; ébranlement des dents, décollement des gencives, dénudation des os. C'est principalement chez les femmes employées à la fabrication des allumettes phosphoriques, et à la dessiccation de ces allumettes, que ces accidents ont été observés. Celles de ces femmes qui étaient jeunes et fortes, chez lesquelles la maladie n'avait fait que peu de progrès, guérissaient après l'exfoliation des os affectés, tandis que celles qui étaient chétives et scrofuleuses périssaient de phthisie pulmonaire. Chez quelques-unes de ces femmes on trouvait sur les os malades une couche osseuse nouvelle, dans laquelle l'analyse chimique démontra une proportion plus grande qu'à l'état normal de substance adipeuse et organique. On ne rencontra point de phosphore dans les os affectés.

Nous ne croyons mieux faire, pour donner une idée de cette singulière maladie, que de rapporter une des observations de M. Heyfelder. M. le docteur Lorinser (de Vienne) a eu également occasion d'observer des cas absolument identiques chez des ouvrières employées aux mêmes travaux.

Le 17 juin 1843, Margarèthe Rumple, âgée de vingt et un ans, se rendit à la clinique chirurgicale d'Erlangen pour se faire traiter d'une maladie de la mâchoire inférieure. Pendant plusieurs années, elle avait exercé dans une fabrique d'allumettes la surveillance sur des ouvrières occupées à imbiber les allumettes de phosphore et à les sécher. Attaquée d'abord aux dents d'une douleur atroce, qui se communiqua plus tard à la mâchoire inférieure, elle s'était fait ôter plusieurs dents devenues vacillantes.

A son entrée à la clinique, elle se présente avec le côté gauche de la face gonflé et miné par un pus sanieux et fétide; il y existait plusieurs clapiers par lesquels on touchait l'os maxillaire inférieur entièrement dénudé des parties molles. Les dents n'existaient plus, et les alvéoles n'étaient plus recouvertes des gencives. Le pus qui sortait des clapiers était sanieux et fétide, la salivation fort augmentée, l'appétit faible, la digestion génée, le pouls accéléré, le teint d'un jaune paille.

A l'âge de dix-huit ans, elle avait souffert d'affections rhumatismales; mais jamais elle n'avait eu de maladies scrofuleuses ou syphilitiques; elle avait toujours été bien réglée.

Le 9 janvier, je fis l'ablation de la moitié malade de l'os maxillaire dans l'article. La guérison marcha si vite que l'opérée sortit le 22 juin de l'hôpital. Immédiatement après, elle retourna à son ancienne occupation, c'est-à-dire à la surveillance des ouvrières de fabrique chargées de sécher les allumettes imbibées de phosphore; mais elle n'y resta que peu de temps; car au mois de mars, 1844 elle nous revint dans un état vraiment déplorable. Non-seulement l'autre moitié de la mâchoire, mais aussi l'os maxillaire supérieur du côté droit étaient atteints du mal pour lequel cette fille avait demandé du secours neuf mois auparavant.

C'est au mois de janvier qu'elle s'aperçut des premiers symptômes de sa nouvelle maladie; malgré cela, elle continua à vaquer à ses occupations jusqu'au 13 mars. A cette époque, elle se trouva tellement affectée, qu'elle ne put plus se tenir debout ni travailler. Nous la gardâmes à l'hôpital pendant deux mois, et nous lui administrâmes des bains et des cataplasmes; elle prit aussi de l'iodure de potassium, et plus tard de l'huile de foie de morue (*oleum jecinoris aselli*), mais tout cela sans le moindre succès. Ne voulant pas se soumettre à une nouvelle opération pour l'ablation de l'autre moitié de la mandibule de l'os maxillaire supérieur, elle préféra retourner chez elle, où elle mourut.

A l'ouverture du cadavre, on trouva des excavations tuberculeuses dans les deux poumons, les os maxillaires, et l'os frontal dans un état de nécrose.

La portion enlevée de l'os maxillaire supérieur présentait quelques particularités remarquables que nous devons indiquer. La partie alvéolaire de cet os est nécrosée jusqu'à la dernière dent molaire, qui n'est pas encore entièrement sortie de son alvéole; les autres dents manquaient. Excepté les deux apophyses, les deux faces de cet os sont couvertes d'une couche osseuse nouvelle; sur la face antérieure, cette couche osseuse présente un aspect grisâtre, poreux, et plusieurs ouvertures plus ou moins grandes par lesquelles la sonde peut passer jusqu'à l'os malade.

Plus tard, j'ai eu l'occasion d'examiner également l'autre moitié de la mâchoire de cette fille, qui présenta les mêmes altérations.

Monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur à la région correspondant à l'omoplate du côté droit. — La Gazette médicale de Milan publie un fait fort remarquable dû au docteur Giuseppe Ferramosca.

Un homme de trente-trois ans, qui avait déjà souffert de la gravelle pendant les années 33 et 34 et qui plus tard, depuis 1836 jusqu'à la fin de 1841, avait eu une hypertrophie de la rate, devint monomaniaque en janvier 1842 : sa monomanie portait principalement sur des idées religieuses. Des hémorrhoïdes ayant paru au mois de mars, l'aliénation mentale se calma, mais ce calme ne dura que peu de jours. Dans ce même mois, le malade se plaignait d'une douleur à la nuque et à la région qui correspond au cervelet. Les bains froids et les aspersions sur la tête ne procuraient qu'un soulagement léger et non durable, la chaleur et la douleur de la région occipitale sévissaient toujours de plus en plus : il survint alors du priapisme, des pollutions nombreuses. Le malade désirait ardemment des bains; une vive excitation se développait dans les organes génitaux, et des pollutions en étaient la suite. Pendant les quelques jours qui succédaient à ces pertes séminales, l'état morbide empirait beaucoup; et, quand venait le calme, les sens de la vue et de l'ouïe étaient fortement affaiblis. Si le malade devenait pendant quelque temps susceptible d'attention et de réflexion, des extravagances furieuses succédaient tout à coup à ces instants de lucidité.

Dans les premiers jours de mai, le malade se plaignit d'éprouver, à la région qui correspond au-dessous de l'omoplate droit, une chaleur et une douleur qui, disait-il, irradiaient d'une sensation semblable dont il était tourmenté depuis quelques jours à la région occipitale intérieurement et extérieurement.

Quelques jours après, une tumeur se manifestait à l'endroit indiqué de l'omoplate : elle avait un demi-pouce environ de diamètre; sa surface, d'un rouge brun, était douloureuse dans une étendue de près de deux pouces; son sommet était chaud. Le malade reconnut alors son état et eut conscience de son *moi*. Quand on lui adressait des questions sur ce qui était arrivé pendant sa maladie, on voyait qu'il ne se rappelait nullement certaines circonstances, tandis qu'il parlait de quelques autres comme si elles lui étaient arrivées en songe. Les facultés intellectuelles revenaient graduellement à leur type normal, et, à mesure que la tumeur marchait vers la suppuration, l'état général s'améliorait. A la fin, ladite tumeur ayant été ouverte avec l'instrument tranchant, elle s'affaissa et n'offrit plus que le volume d'une fève. Notre traitement consista à faire traîner la cicatrisation en longueur, ayant observé que l'amélioration était d'autant plus sensible que l'écoulement purulent était plus abondant. La plaie guérit que déjà les facultés intellectuelles de notre malade semblaient parfaitement recouvrées.

Ce monomaniaque fut guéri de son mal par l'apparition d'une petite tumeur à l'épaule droite. Mais combien d'autres monomaniaques, maniaques et mélancoliques ont été atteints de furoncles, de phlegmons, d'érysipèles, d'inflammations graves d'organes importants sans guérir pour cela de leur folie! Pour employer avec avantage l'usage des révulsifs dans le traitement de cette maladie, il faudrait chercher quelles sont les causes qui opèrent d'une manière telle que la même forme de folie étant donnée, et l'action d'un révulsif étant essayée chez plusieurs individus, la cessation du mal arrive chez l'un, tandis que la maladie persiste chez d'autres sans subir la plus légère modification. Mais pour faire cette recherche, et pour trouver les causes de cette différence dans les résultats, il faut des observations décrites minutieusement, et dans lesquelles aucune des particularités nécessaires à connaître ne soit omise. Quand on aura des histoires ainsi faites, on pourra peut-être alors savoir pourquoi la révulsion a quelquefois de l'utilité, tandis que dans d'autres cas elle ne procure aucun bien. L'observation du docteur Ferramosca ne nous fournit aucune lumière à cet égard.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyens divers pour arrêter l'hémorrhagie due aux piqûres de sangsues.

1° M. le docteur Berthold, professeur à l'Universitée de Goettingue, se sert du moyen suivant pour arrêter l'écoulement du sang par suite des morsures de sangsues. Il prend un morceau de caoutchouc épais de 2 millimètres environ et long de 8 millimètres; il le fait fondre à la surface, en l'exposant à la flamme d'une bougie, et après l'avoir laissé refroidir, il le frotte avec du papier fin, puis l'applique sur la petite plaie préalablement bien nettoyée, et l'y fixe à l'aide d'une plaque de diachylon. Il la laisse en place pendant douze à vingt-quatre heures sans y toucher.

2° M. le docteur W. Eccles (de Londres) emploie, dans le même but, le *Matico*, plante astringente nouvellement importée en Europe, et dont l'extrait a déjà pris place dans la matière médicale de nos voisins d'outre-mer.

3° M. le docteur W. Saxton (de Londres) recommande de traverser la peau avec une aiguille fine que l'on fait passer directement pardessous la morsure, puis d'entourer cette aiguille avec un fil de soie, comme on le fait pour pratiquer la suture désignée par l'épithète de *circumvoluta*.

4° M. le docteur W. Gösset (de Londres) coupe un petit morceau d'une carte à jouer ou d'une carte de visite, et le taille circulairement de manière à lui donner le diamètre d'une pièce de 50 centimes environ. Il nettoie alors la plaie avec le plus grand soin, et, avant que le sang ait recommencé à couler, il applique promptement dessus le petit morceau de carte, en prenant la précaution de poser le côté le plus lisse de celui-ci sur la surface de la plaie, et le maintient en place à l'aide du doigt pendant une minute environ, et il prend garde de le détacher en retirant le doigt. Au moyen de cette manœuvre si simple, le morceau de carte se fixe fortement à la surface et aux bords de la plaie, et parvient à empêcher la continuation de l'hémorrhagie.

Emploi de l'Agnus castus dans le traitement du tabes dorsalis *commençant*, par M. le professeur Lippich, de Padoue.

Dans un cas de *tabes dorsalis* commençant, compliqué de mouvements épileptiformes et accompagné de pollutions, qui se répétaient jusqu'à six fois par jour, de vertiges, de tremblements des membres, de douleurs dans les testicules, etc., M. le professeur Lippich, après avoir administré une foule de médicaments divers sans en avoir retiré le moindre avantage, a prescrit avec succès le *Vitex agnus castus*.

La formule à laquelle il s'arrêta pour l'emploi de cette substance fut la suivante :

Tiges et feuilles d'*Agnus castus*,	12 grammes.
Eau commune,	250

Faire macérer pendant un quart d'heure, puis chauffer jusqu'à ébullition, et faire bouillir pendant cinq minutes; passer et ajouter à la colature :

Sirop simple,	30 grammes.

Méler.

Pour une mixture à prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

M. Lippich porla graduellement jusqu'à trente grammes la dose de l'*Agnus castus*.

Correspondance.

Montargis (Loiret), 27 février 1846.

Monsieur et très honoré confrère,

Au moment où je lisais, ce matin, votre numéro dernier, dans lequel vous nous annoncez que la loi sur l'enseignement de la médecine doit être présentée récemment aux Chambres, j'appris que la Cour royale d'Orléans venait de rendre un jugement concernant un individu se livrant depuis longtemps à l'exercice illégal de la médecine. Comme ce fait, outre qu'il est assez curieux par lui-même, offre aujourd'hui un puissant intérêt d'actualité, je m'empresse de le signaler à votre connaissance, afin que vous le livriez à la publicité si vous pensez qu'il puisse être utile à notre cause, d'examiner de près cette juridiction.

Vous allez en juger vous-même.

Un sieur Garnier, ancien berger, actuellement herboriste, demeurant à Montcresson, près Montargis (Loiret);

1° A été condamné par le tribunal de première instance, le 7 décembre 1842, à 16 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la chirurgie (art. 35 de la loi du 19 ventose an XI.);

2° Le 15 novembre 1843, à un mois d'emprisonnement et à 100 fr.

d'amende pour le même fait (art. 35 et 36 de la loi du 19 ventose an XI), en récidive ;

3° Le 15 janvier 1845, à trois mois d'emprisonnement et 30 fr. d'amende pour le même fait en récidive.

Après avoir subi cette dernière peine, le sieur Garnier s'est associé au sieur Noblet père, officier de santé à Montcresson, le ministère public, informé que, sous le manteau de Noblet, Garnier continuait à se livrer à l'exercice illégal de la médecine, l'a poursuivi une quatrième fois pour ce délit, et a poursuivi Noblet comme complice.

4° Par jugement du 19 novembre 1845, Garnier a été condamné à six mois d'emprisonnement et 300 fr. d'amende, et Noblet à 15 fr. d'amende.

Sur l'appel de Garnier, la Cour royale d'Orléans a rendu, le 23 février 1846, un arrêt ainsi conçu :

« Considérant que la loi du 19 ventôse an XI, en voulant interdire l'exercice de l'art de guérir aux individus dépourvus de diplôme, de certificat, ou lettre de réception, n'offrant pas au public de garanties suffisantes, a prévu deux cas distincts auxquels elle a appliqué des peines spéciales ;

» Que par l'article 35, le législateur a puni d'une amende pécuniaire au profit des hospices, celui qui a exercé sans titre soit la médecine, soit la chirurgie ;

» Que par l'article 36, il a voulu infliger une peine plus grave au fait d'exercice illégal de l'une des branches de l'art de guérir, lorsque viendrait s'y joindre la circonstance aggravante de l'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé ;

» Qu'il suit, de là, que le simple exercice de la médecine sans diplôme ou lettre de réception, mais sans usurpation de titre, n'est passible que de la peine prononcée par l'article 35 ;

» Que si cet article n'a pas déterminé la quotité de l'amende qu'il prononce, il n'en résulte pas que sa disposition reste dénuée de sanction pénale, et encore moins que les juges puissent la fixer arbitrairement ; que c'est le cas seulement d'infliger une amende qui n'excède pas celle de simple police : d'où il résulte que c'est l'article 482 du Code pénal qui doit seul être appliqué ;

» Considérant en fait, etc.,

» Condamne Garnier à 15 fr. d'amende et à cinq jours d'emprisonnement par application des articles 35 de la loi du 19 ventôse an XI, 382 et 483 du Code pénal. »

Ainsi, la Cour royale d'Orléans n'a vu, dans le fait du sieur Garnier, qu'une simple contravention de police ; elle n'a tenu aucun compte des récidives. Or, qu'on se pénètre bien de l'esprit et de la lettre des articles 35 et 36 : en effet, dans le premier, il est dit que tout individu qui aura exercé sans diplôme sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire ; et dans le second, on voit que l'amende sera doublée en cas de récidive, et que les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois, et ce, sans spécifier si ce paragraphe ne devra s'appliquer qu'aux individus ayant pris le titre de docteur ou d'officier de santé, ce qui n'est point probable. Car, s'il en était ainsi, on serait obligé de juger comme la Cour royale d'Orléans, et il n'y aura pas de pénalité pour les récidives d'exercice illégal de la médecine sans prise de titre : ce qui n'a point été assurément la pensée du législateur ; nous le pensons du moins.

Cet arrêt est venu infirmer les jugements rendus par notre tribunal, et va rendre Garnier plus disposé que jamais à continuer ; car il va se trouver étayé par ce dernier jugement, autorisé presque à se livrer à la médecine, et cela sans crainte, puisqu'on le punit d'autant moins que ses récidives sont plus fréquentes.

Ce fait est assurément fort curieux. Ne nous en prenons qu'à la loi qui nous régit actuellement, et appelons de tous nos vœux une législation nouvelle, assez complète, étendue pour réprimer de tels abus, et pour donner au ministère public la possibilité de demander aux tribunaux une répression suffisante et proportionnée au délit, à la récidive, et aussi une pénalité contre le docteur ou l'officier de santé qui se rendrait complice d'un acte semblable à celui que je vous signale.

Agréez, etc. H. de GISLAIN, D.-M.-P.

Paris, 19 mars 1846.

Monsieur le rédacteur,

Est-ce bien le fier et brillant baron Heurteloup qui vous a écrit la lettre insérée dans votre numéro de ce jour ? Est ce bien lui, jadis si confiant dans la supériorité de ses œuvres, qui pousse de tels cris d'alarme, et se plaint d'avance des coups qu'il s'attend à recevoir ? *Quantum mutatus ab illo*...

Vos lecteurs n'auront sans doute pas compris la cause de la singulière anxiété manifestée dans cette lettre ; je vais la leur exposer.

Désirant, à ce qu'il paraît, redevenir médecin, M. le baron Heurteloup a voulu signaler son retour dans le giron de la science par une lecture académique, et il a choisi, comme il vient de nous le dire, pour morceau de rentrée, l'évacuation artificielle des débris des calculs urinaires et l'emploi des brise-pierres à cuillers. Depuis quatre mois il attend son tour de lecture ; mais par malheur je suis inscrit le premier sur la liste, et à moins d'une interversion dans l'ordre naturel des choses, il est probable que j'aurai la parole avant lui. Donc, M. le baron Heurteloup s'est demandé quel sujet je me proposais de traiter dans mon mémoire, et il a fini par se répondre que ce ne pouvait être autre chose que l'évacuation artificielle et le brise-pierre à cuillers ; semblable à l'avare qui après avoir enfoui son trésor s'imagine que tous les regards sont tournés vers la place où il l'a caché. Une fois cette idée entrée dans sa tête, elle y a pris des proportions fantastiques, et il s'est mis à crier au voleur sans savoir au juste si c'était à lui qu'on en voulait.

« J'ai appris, dit M. Heurteloup dans sa lettre, qu'un chirurgien, » *réveillé* par mon retour et juste au moment de mon retour, se pro- » posait d'entretenir avant moi l'Académie du percuteur, sous prétexte » de quelques modifications dans la manière de percuter. »

Reprenons cette phrase : « *Réveillé* par mon retour. » Je ne passe pas, que je sache, pour un dormeur ; quelques personnes de mes amis prétendent même que je serais arrivé à beaucoup de choses, si j'avais voulu consentir à dormir davantage et à faire un peu le mort. Dans la circonstance actuelle, dans l'espèce, comme l'on dirait au palais, cette phrase ne me convient pas davantage ; car M. le baron Heurteloup ajoute que « je prendrais sans doute, pour prétexte de ma lec- »ture, un *changement* apporté par moi à la manière de percuter qu'il » a proposée il y a quatorze ans, et dont il vient présenter les résul- » tats » L'on voit que si l'un de nous est resté stationnaire sur cette question, c'est lui et non pas moi.

Supposons, pour un instant, que M. le baron Heurteloup eût deviné juste, que mon intention fût de venir dire à l'Académie que la majorité des chirurgiens n'a pas suffisamment senti l'importance de l'évacuation artificielle des débris de la pierre ; que la guérison par ce moyen est plus rapide que par l'expulsion spontanée des fragments ; qu'un brise-pierre à cuillers ou à gouttières larges et profondes peut ramener à chaque introduction près de deux centimètres cubes de détritus, de telle sorte qu'une pierre de 35 millimètres de diamètre pourrait être extraite *en une seule séance* de la vessie *non contractée* d'un malade *peu irritable* ; que l'évacuation artificielle *nécessite* l'emploi de la *percussion* pour tasser les débris dans les cuillers, et rapprocher complètement les branches ; que la percussion peut être faite au moyen de mon percuteur à détente, *sans lits spéciaux*, sans étaux fixes ; mais que pour saisir promptement et facilement de grandes masses de débris, il est *préférable* de se servir de lits ou sièges montés sur pivot, pouvant incliner le malade dans *tous les sens*. Il n'y aurait rien là, je pense, dont M. le baron Heurteloup aurait personnellement à se plaindre ; ce sont des faits pratiques qui sont dans le domaine commun ; et s'il est vrai, comme il le dit, qu'il ait eu le premier l'idée du brise-pierre évacuateur à cuillers, il devrait au contraire voir d'un bon œil les applications que j'en ai faites, et les développements que je lui ai donnés. S'il a d'autres idées à joindre à celles-là, nous en écouterons avec intérêt l'exposition, et nous promettons d'en profiter. Si, malgré les bonnes raisons que je viens de donner, M. Heurteloup persiste à entendre d'une mauvaise oreille une communication sur ce sujet ; s'il craint que cela ne lui fasse *manquer son effet* ; qu'il se rassure, ce n'est pas de cela que je veux parler dans mon mémoire, attendu que les idées qui précèdent, présentées à diverses reprises aux deux Académies, publiées dans divers journaux, sont devenues de la monnaie courante avec laquelle il ne me semble plus convenable, en 1846, de payer tribut à un corps placé aussi haut que l'Institut.

Agréez, etc. LE ROY-D'ETIOLLES.

NOUVELLES.

En Angleterre comme en France, on s'est beaucoup préoccupé de la maladie des pommes de terre. On pensait avoir épuisé la question, lorsque le docteur Playfair, dans une leçon à l'Académie royale d'agriculture, a conclu que la maladie des pommes de terre n'était rien moins qu'une hydropisie !

— M. le docteur Robert continue avec un succès croissant à traiter les arbres indisposés. Tout le monde a pu remarquer aux Champs-Elysées et sur les boulevards extérieurs des *individus* chétifs, rabougris, à l'air souffrant et portant sur leur personne des espèces de cataplasmes assez semblables à des couches de fumier. Ce système de traitement, dont nous n'avons qu'une idée fort imparfaite, a, dit-on, sauvé la vie à bon nombre de malades désespérés. Aussi une ordonnance récente autorise-t-elle notre confrère à étendre sa clientèle sur toute la ligne des boulevards du centre. Une de nos illustrations médicales, qui connaît aussi bien les traditions de M. de Bièvre que les aphorismes d'Hippocrate, disait, en parlant de l'invention de M. Robert : C'est une spécialité bien modeste en apparence, mais qui est destinée à porter *ombrage* à beaucoup de monde.

PAINS MÉDICINAUX de H. PELLERIN, pharmacien, rue de la Vieille-Boucierie, 15. — De toutes les améliorations apportées à la préparation pharmaceutique des médicaments, celle qui coosiste à les mélanger au pain de table sans en modifier ni la saveur, ni la blancheur naturelles, est incontestablement la plus heureuse. Tout semble militer en faveur de cette idée. De tout temps on a reconnu l'importance de l'action acquise par les agents thérapeutique pris pendant le repas ; leur assimilation s'en trouve plus certaine, et les doses, plus fractionnées, agissent avec autant d'énergie que des doses plus considérables prises à toute autre époque de la journée. Depuis sept ans M. Pellerin s'est appliqué au perfectionnement de cette préparation médicinale si importante ; depuis sept ans la plupart des notabilités médicales ont pu se convaincre de sa supériorité, par son emploi en ville ou dans les hôpitaux. Ces médecins ont même réclamé de l'administration l'introduction de ce nouveau moyen pour leurs malades des hôpitaux. Les préparations ferrugineuses et celles d'iodes, si vantées aujourd'hui dans un grand nombre d'affections chroniques, obtiennent un plein succès. Les pains ferrugineux, pour les cas de chlorose, anémie, dyspepsie et gastralgie ; les pains d'iodure de potassium pour les scrofules, les tubercules pulmonaires, le rhumatisme chronique et la syphilis constitutionnelle, sont devenus d'un usage journalier et comptent de nombreuses guérisons. M. H. Pellerin prépare ainsi des pains frais et des pains secs ou biscotes capables de se garder indéfiniment, tout en conservant le médicament dans son intégrité parfaite.

DE L'EMPLOI DU COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Certains succès de l'emploi du Colchique contre toutes les douleurs arthritiques aiguës sont connus de toute antiquité, et il n'est aucun cahier de recettes trouvé dans les plus anciens monastères, comme il n'est aucun vieux formulaire qui ne renferment une recette spéciale contre les douleurs de la Goutte, et toujours le Colchique fait la base de ces préparations, soit sous forme de teinture ou d'élixir, soit sous forme de pilules préparées avec l'extrait alcoolique de Colchique.

Cependant, malgré certains succès obtenus par l'usage de cette bulbe, les vieux praticiens ont depuis longtemps abandonné son emploi. Certains succès contre la Goutte ne les avaient pas aveuglés, et, à côté de certains avantages, ils avaient vu les propriétés ataxiques de cette plante dangereuse, et l'ont depuis longtemps bannie de l'usage de leur pratique.

Les Anglais les premiers reprirent l'usage de cette plante, et, sans craindre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui résulte toujours de l'emploi des préparations de Colchique, ils calment certains accès avec la teinture vicieuse de Colchique dite Gouttes de Wilson.

Le Colchique donc employé autrefois, rejeté de la pratique médicale et repris de nos jours, reste toujours avec ses vices, et cependant des médecins prescrivent encore sous forme de pilules l'extrait alcoolique de Colchique dont cette plante délétère fait seule la base ; et cependant nous voyons encore des médecins rejeter de leur pratique un médicament qu'ils considèrent comme secret, bien que la formule partout publiée soit connue de tout le monde, et reconnue par quatorze années de succès, comme étant le seul remède contre la Goutte qui puisse être employé sans danger.

Nous voulons parler du Sirop antigoutteux de Boubée, dont la formule et les succès sont connus aujourd'hui du monde entier.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 35. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 23 MARS 1846.

DE LA PESTE ET DES QUARANTAINES. — HISTORIQUE ET ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION.

Pendant que l'Académie de médecine écoute avec attention le remarquable et consciencieux rapport de M. Prus, essayons, avant la discussion, de rappeler à nos lecteurs quelques points de cette question d'hygiène publique qui touche non-seulement aux intérêts de la santé générale de la France, mais encore à ses intérêts commerciaux dans la Méditerranée et à ses relations politiques avec l'Orient.

Félicitons d'abord l'Académie d'avoir à s'occuper d'un sujet aussi grave ; elle ne peut qu'y gagner en considération si, comme nous l'espérons, elle maintient la discussion à la hauteur du rapport et à la hauteur de la question. Le ministre du commerce et les chambres attendent avec impatience les décisions de cette Compagnie ; l'administration sanitaire et ses protecteurs ne sont pas sans inquiétude sur les conclusions qui pourront être adoptées; nous voudrions pouvoir ajouter que personne, en pareille matière, n'a des motifs de redouter la vérité.

Comment l'Académie de médecine se trouve-t-elle arbitre dans une telle question? Comment le gouvernement en est-il venu à demander cet arbitrage? Il faut le reconnaître, Académie et gouvernement y ont été un peu forcés par l'opinion publique.

Depuis la peste d'Egypte et de Turquie, en 1835 et en 1837, un grand nombre de travaux, de mémoires, de notes sur la peste avaient été envoyés soit aux ministères, soit aux Académies. Pour récompense à toutes ces recherches faites sur les lieux, au milieu des pestiférés et au péril de la vie, les auteurs voyaient leurs travaux ensevelis dans les cartons des bureaux ou des commissions académiques nommées pour faire des rapports. Divers observateurs, au lieu d'attendre le bon vouloir de quelques hommes, préférèrent recourir à la presse et publièrent leurs travaux, dont le résumé était la négation de la peste par le contact.

Le résultat de ces publications fut de produire une modification peu apparente d'abord, mais réelle, continue, et de plus en plus efficace sur l'opinion publique. Les administrations sanitaires, celles de la France surtout, se gardèrent bien de combattre les nouvelles doctrines ; elles craignaient, elles fuyaient le débat, et, dans la suite de ces articles, nous verrons qu'elles avaient bien raison. Mais ces doctrines n'avaient pas des propagateurs seulement qu'en France ; l'Angleterre était là, attentive à tout ce qui pouvait servir ses intérêts commerciaux ; le gouvernement de ce pays recueillit tous les documents publiés, chargea une commission de médecins qui avaient vu la peste et qu'il trouva seuls aptes à ce travail, de faire une enquête, et, prenant leur réponse en considération, il bouleversa d'un trait de plume, en 1841, tout le vieil édifice sanitaire ; il déclara qu'à l'avenir la quarantaine compterait à dater du départ, et fixa le temps de la quarantaine à une durée qui ne dépassait pas la durée du voyage. Ainsi, sans nier ostensiblement la doctrine de la transmissibilité de la peste par le contact, principe fondamental du pacte sanitaire européen et qui règne encore aujourd'hui en France, l'Angleterre eut la témérité ou l'audace de s'en affranchir ; car, en regardant de près les conséquences de cet acte de l'Angleterre, que trouve-t-on au bout, si ce n'est la négation du principe suranné qui régit encore nos institutions sanitaires?

Un médecin français dont les convictions, le zèle et la persévérance ont beaucoup agi sur l'opinion publique, M. le docteur Aubert-Roche, un des premiers informé de ce qui se passait en Angleterre, s'empressa de signaler de suite aux Académies des sciences et de médecine la révolution sanitaire qui s'opérait chez nos voisins, demandant pour la France une réforme semblable afin que nos intérêts commerciaux n'en fussent pas lésés. Il démontrait quels résultats fâcheux allaient en découler pour notre pays, soit dans notre commerce, soit dans nos relations, résultats qui ne se sont malheureusement que trop réalisés. Bientôt l'Autriche suivit l'exemple de l'Angleterre. Peut-être aurait-on gardé le silence sur les actes de la Grande-Bretagne ; mais Trieste entrait en ligne, Trieste déjà rivale de Marseille, et dont la réforme des quarantaines allait encore rehausser la puissance ; alors la presse s'émut ; la presse médicale d'abord, qui donna l'éveil à la presse politique, et qui lui fit bien voir et comprendre que la position de la France devenait ridicule.

L'administration sanitaire comprit cependant alors qu'elle ne pouvait plus rester dans une sorte de contemplation béate. En face d'un fait aussi grave que celui de la rupture du pacte européen, elle comprit enfin qu'il y avait quelque chose à faire, selon la formule consacrée. Oui; mais que faire? Voilà l'embarrassant. S'élever contre l'Autriche et l'Angleterre? Demander à ces puissances de rentrer dans l'ornière? Pourquoi? Quelles raisons donner? Il fallait donc engager le débat? L'administration s'en sortit par le moyen qu'elle crut le plus long, le plus temporisateur, le plus propre à endormir l'attention publique, elle fit demander à l'Académie des sciences par le ministre du commerce un rapport sur la peste et les quarantaines. Il faut reconnaître que l'administration sanitaire a été merveilleusement servie par l'Académie des sciences. L'Académie de médecine, spécialement instituée pour répondre à ces sortes de questions, ne reçut pas l'honneur d'une pareille demande.

L'annihilation des quarantaines chez nos voisins devait nécessairement soulever une vive polémique et produire de nouveaux faits, de nouvelles recherches. Nous avons, en effet, souvent rendu compte dans ce journal des débats suscités par la question, et des travaux de M. Aubert-Roche, de MM. Cigala et de La Porte., des médecins d'Egypte et de Clot-Bey en particulier, de la commission des médecins envoyés par le gouvernement russe, de M. Hamont, etc., etc.

Mais tous ces débats n'avançaient guère la solution de la question; on discutait en France, on agissait en Angleterre et en Autriche. Les choses auraient pu rester longtemps en cet état, si diverses pétitions imprimées et distribuées à la Chambre des députés, n'eussent averti les représentants du pays de la position de la France et du rôle de dupe qu'elle jouait vis à vis de l'Autriche et de l'Angleterre. Le déficit de nos paquebots vint à l'appui de ces pétitions. L'opinion s'émut, le ministre du commerce fut interpellé à la tribune, et forcé de reconnaître la vérité des faits; il fut sommé d'aviser à reformer nos lois sanitaires. Du sein des académies, la question passait dans le public; la presse s'en saisit; et bientôt le ministre, paraissant céder à la raison publique, rendit diverses ordonnances qui semblaient modifier les quarantaines, mais qui en vérité ne modifiaient rien.

Tandis que M. le ministre rendait des ordonnances, l'Académie de médecine, harcelée par des communications incessantes sur la peste, et le mouvement qui avait lieu au dehors réagissant nécessairement sur elle, se décida, de son propre mouvement et pour en finir, à nommer une commission de quinze membres chargée de lui faire un rapport sur toutes les questions qui se rattachaient à la peste et aux quarantaines. Dans le principe, quelques-uns pensèrent que cette commission suivrait les errements de celle de l'Académie des sciences, qu'elle pourrait bien aussi perdre les pièces (historique), qu'elle enterrerait la question, comme on dit au palais Bourbon; l'administration elle-même espérait s'en servir pour gagner du temps. On fit annoncer la nomination de la Commission dans le *Moniteur*, et cependant le ministre ne l'avait pas provoquée. Toutes ces espérances ont été trompées.

En juin 1845, lors de la discussion du budget, le ministre du commerce fut interpellé de nouveau sur les quarantaines et sur l'inutilité de ses ordonnances. Une réduction de 500 francs sur le chiffre alloué aux établissements sanitaires fut proposée et adoptée à titre de blâme. Le ministre, pour échapper au *coup de fouet* (c'est son expression) qui lui était appliqué par la chambre, se servit des Académies des sciences et de médecine comme d'un plastron, déclarant qu'il était prêt à promulguer la réforme qui lui serait présentée par ces corps savants et que, dans une question aussi grave, il ne pourrait rien décider sans leur avis.

Ces paroles du ministre constituaient officiellement la Commission de l'Académie de médecine; elle les prit au sérieux et se mit immédiatement à l'œuvre. La Commission a compris qu'il ne s'agissait pas seulement d'une question scientifique, mais d'un devoir à remplir envers le pays. L'Académie tout entière, nous l'espérons, comprendra sa mission de la même manière. Tous les documents possibles ont été fournis à la Commission, qui s'est entourée de toutes les précautions nécessaires pour dire la vérité quelle qu'elle soit. L'Académie de médecine aura donc seule le mérite de résoudre la question, l'Académie des sciences ne faisant pas de rapport.

Dans un prochain article, nous exposerons l'état des doctrines qui dirigent l'administration sanitaire, et nous les opposerons aux doctrines émises par la Commission de l'Académie.

On nous apprend que M. le rapporteur de la Commission de la peste doit interrompre la lecture de son rapport. Il paraîtrait que l'administration sanitaire, effrayée des conséquences de ce rapport, aurait agi près d'un des membres de la Commission; que celui-ci en aurait entraîné d'autres qui, sans se douter du résultat, auraient émis quelques doutes sur les conclusions pratiques, et prié la majorité de suspendre la

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'ambition et l'envie. — Parallèle. — Les Jupiters de Scarron. — Baromètre de la librairie médicale. — Publications nouvelles. — Notre pays et l'étranger. — Notre époque et le passé. — Le rapport sur la myotomie. — Conseils à tous.

C'est une curieuse chose d'entendre certaines gens crier sans cesse contre l'ambition et contre les ambitieux, de les voir se donner une peine infinie pour prouver l'illégitimité de tout succès qui arrive à leurs confrères, s'acharner contre ceux qui cherchent, comme on le dit vulgairement, à faire leur chemin, et s'irriter avec une égale amertume d'une faveur évidente ou d'une récompense réelle. Et ne croyez pas que pour cela leurs entrailles s'émeuvent en faveur du mérite modeste et ignoré; non; si tout homme qui arrive est incontestablement pour eux un ambitieux, c'est-à-dire un intrigant, tout homme qui n'arrive pas est sans contredit un niais, un imbécile. Il n'y a pas de terme moyen pour ces gens-là, les plus éminentes et les plus légitimes positions n'échappent pas à leur critique, les plus humbles et les moins méritées ne sont pas à l'abri de leurs sarcasmes. Natures mauvaises, mal faites que tout éclat importune et irrite, auxquelles le malheur n'inspire que la moquerie! Natures sans justice, sans bienveillance, sans charité, au fond desquelles on ne trouve qu'un sentiment vif, âpre, profond et toujours allumé, l'envie; l'envie, la pire à mon sens des passions mauvaises, qui décolore les facultés de l'intelligence et flétrit les sentiments du cœur; l'envie, horrible poison moral de la famille des strychnées, qui engourdit les fonctions essentielles après avoir surexcité et perverti les fonctions accessoires.

Cette plaie morale de notre profession, qui a été de tout temps signalée, qui a même donné lieu à un dicton célèbre, doit être cependant de nos jours plus vive et plus douloureuse en proportion de la position que nous a faite une concurrence illimitée, en proportion des difficultés qu'il faut vaincre et des obstacles qu'il faut surmonter. Plus la voie est âpre et rude, plus on est porté à s'irriter contre ceux qui la parcourent plus ou moins facilement, contre ceux aussi qui font tous leurs efforts pour y entrer. Mais ces obstacles, ces difficultés ont pour effet aussi de développer une plus grande somme d'ambition, car en même temps que la carrière s'est encombrée, elle s'est agrandie et élargie, et plusieurs portes se sont ouvertes pour y pénétrer.

Ces ambitions sont vraies, légitimes, sincères, j'ajouterai qu'elles sont nécessaires, qu'il y a folie à les combattre, folie à s'en irriter. Aspirer à ce que l'on a droit de prétendre est un sentiment moral que notre éducation, nos mœurs, notre milieu social tendent à développer, qui est le mobile de toutes nos actions et qui a pour résultat toutes les grandes choses qui honorent ou qui servent l'humanité. Ambition intellectuelle qui porte l'homme à étudier, à découvrir, à inventer, à perfectionner; ambition du cœur, qui pousse l'homme à secourir son semblable, à soulager ses peines, à le rendre moins malheureux et meilleur, tout cela dans tous les temps s'est appelé vertu, dans tous les temps les hommes ont bien fait d'y aspirer, les hommes ont bien fait d'y attacher des récompenses.

Mais, ce qu'il faut blâmer et combattre, c'est une autre ambition, celle-ci déplorable, funeste, ignoble; une ambition qui ne prend sa source ni dans l'encéphale, ni dans le cœur, mais dans un organe bien plus bas placé dans la dignité physiologique; une ambition que j'appellerais volontiers *hépatique*, qui colore d'amertume et de bile le talent, le succès, le travail, la probité, le malheur; qui dans tout triomphe ne voit qu'une intrigue, dans tout hommage qu'une servilité, dans l'indépendance qu'une comédie, dans l'infortune qu'un ridicule; ambition qui n'a pour mobile que la haine, pour armes que la calomnie; ambition illégitime et qui n'aspire qu'à la substitution; ambition eunuque qui, ne pouvant produire, s'indigne contre la fécondité; ambition de cet oiseau ridicule qui souille son nid même de ses immondes déjections; ambition, en un mot, qui ne prend pas sa source dans le noble sentiment de l'émulation, mais dans la triste passion de l'envie; ambition qui ne fait pas de vous un loyal émule, mais un méchant jaloux.

De ces réflexions je n'ai besoin, Dieu merci, de faire aucune application, quoique peut-être, en cherchant bien, j'en trouvasse l'occasion. Mais la thèse générale est malheureusement assez vraie et toujours assez actuelle pour que toute indication soit superflue. Chaque homme qui surgit, chaque institution qui s'élève, sont aussi fatalement condamnés aux injustices de l'envie que les enfants aux douleurs de la dentition. Heureux les hommes, heureuses les institutions qui ne rencontrent sur leur chemin que de ces zoïles ridicules dont la fureur s'exhale en impuissantes menaces, et qui ressemblent à ravir, dans leur burlesque colère, au Jupiter de Scarron, s'écriant d'un ton olympiennement comique :

> Vite, allons, donnez-moi mon foudre,
> Mes pétards, et ma boite à poudre,

et qui s'imaginent qu'ils vont ainsi tout réduire en cendres. Hélas! hélas! il y a longtemps que vos carreaux ont *raté*, messieurs les Jupiters en vers et en prose.

— Le baromètre de la librairie médicale annonce une grande averse de productions nouvelles. En première ligne je vous prédis l'apparition prochaine d'un grand ouvrage depuis longtemps annoncé, très impatiemment attendu, la *Nosologie* de M. le professeur Bouillaud; ouvrage qui n'aura pas moins de cinq volumes, qui renfermeront les résultats de cette vie médicale si laborieuse, si ardente et déjà si pleine; de cet enseignement éloquent et fécond qui a placé M. Bouillaud aux premiers rangs des professeurs; de cette observation rigoureuse qui ne lui reconnaît pas de maître comme clinicien. On peut ne pas partager toutes les convictions médicales de M. Bouillaud, — et quel est le grand maître qui n'a pas trouvé des dissidents? — mais qui ne rendrait hommage à son zèle inépuisable, à son amour de l'étude et de la vérité, à la chaleur même de ses convictions? — Je vous prédis encore la deuxième édition du *Traité de pathologie externe*, de M. Vidal (de Cassis), aussi en cinq volumes, illustrés de magnifi-

lecture du rapport jusqu'à nouvel examen.

Nous espérons que ces bruits ne sont pas fondés, et que M. le rapporteur continuera demain son rapport.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

De la chorée et de son traitement.

Nous avons au n° 75 de la salle Sainte-Jeanne, un homme de trente et un ans, qui est entré dans notre service il y a plus de dix-huit mois; cet homme est Italien; il est né à Turin. Dans sa jeunesse il a été atteint à plusieurs reprises de maladies syphilitiques; il a eu des chancres, des bubons, et il a pris une grande quantité de mercure, sous diverses formes, pendant les traitements répétés qu'on lui a fait suivre. Ce n'est point sans intention que nous insistons sur cette circonstance. Nous aurons occasion de vous faire remarquer plus loin que les traitements trop prolongés et mal dirigés par les préparations mercurielles, comme aussi l'inspiration des vapeurs mercurielles pendant l'exercice habituel de certaines professions, la dorure sur métaux, par exemple, sont fréquemment suivis d'accidents nerveux, de troubles fonctionnels du côté du mouvement, de tremblements, qui ne sont pas sans quelque analogie avec ceux que l'on observe dans la maladie dont nous voulons vous entretenir.

Peu après son arrivée à Paris, ce sujet s'aperçut pour la première fois d'un léger tremblement dans la main droite. Nous ferons en passant cette remarque, que le plus ordinairement c'est par le côté gauche que commence la maladie, et dans les membres de ce côté que se manifestent les premiers phénomènes de mouvements involontaires, et qu'une fois la maladie bien développée, ils sont les plus violents.

Il y avait deux mois que cet homme était malade, lorsqu'il est entré chez nous. A cette époque, les mouvements convulsifs étaient tellement forts, qu'il lui était de toute impossibilité de se servir de son membre supérieur droit. Cependant il n'avait encore là qu'une demi-chorée, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Le côté gauche était parfaitement sain, et les membres de ce côté ne présentaient pas le moindre tremblement. Dès les premiers temps de sa maladie il fut obligé de renoncer à son travail; nous l'avons pendant plusieurs mois traité par la poudre de belladone, par les bains prolongés, et malheureusement ce traitement n'a pas été suivi de changements bien notables. Les mouvements convulsifs et le tremblement augmentaient surtout lorsque le malade voulait saisir quelque chose avec sa main ou l'appuyer sur les objets environnants. Ces mouvements involontaires ont duré pendant cinq à six mois, sans devenir plus prononcés, sans diminuer non plus, malgré les doses considérables de poudre de belladone que nous lui avons administrées, puisqu'il en prenait jusqu'à 35 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Au bout de cinq à six mois la dose était de 60 centigrammes. A cette époque, une légère amélioration a commencé à se manifester; aujourd'hui, après plus d'un an de traitement, la maladie a complétement disparu. Faudrait-il de cela conclure que la belladone guérit toujours la chorée? Nullement. Ce n'est qu'un fait, et un fait ne suffit pas pour conclure. Mais d'après plusieurs autres faits que nous avons par devers nous, nous sommes fondé à croire à l'heureuse influence qu'a souvent sur la chorée la médication que nous avons mise en usage.

Présentons maintenant quelques courtes considérations sur la maladie considérée en général, sur ses symptômes, sa marche et son traitement.

On a donné le nom de chorée à une affection apyrétique, caractérisée par des mouvements irréguliers, involontaires, partiels ou généraux du système musculaire, et principalement des membres. La maladie est ordinairement continue; et ici, elle sort de la définition que nous avons donnée des névroses en commençant ces leçons cliniques.

Nous ne croyons pas que la chorée ait été connue des anciens, bien que quelques auteurs, Sauvages entre autres, prétendent l'avoir trouvée décrite dans Galien. Ce n'est guère que dans les auteurs du quinzième siècle que l'on en trouve une indication quelque peu positive. Sennert, Hortius l'ont clairement signalée. La première histoire complète ne remonte pas plus haut que Cullen, dans les ouvrages duquel on rencontre un chapitre où les diverses circonstances de la maladie sont appréciées avec justesse. Mais le travail le plus complet, en même temps que le plus exact qui ait été publié sur la chorée, c'est le traité, la Monographie publiée en 1810 par Bouteille. Les recherches plus récentes de Georget ont également contribué à élucider l'histoire de la maladie qui nous occupe, ce sont les travaux de ces deux auteurs et les faits qui nous sont propres que nous mettrons à contribution pour vous tracer l'histoire de la chorée.

Les altérations anatomiques qui caractérisent la chorée sont peu prononcées quand elles existent. Le plus souvent on ne rencontre rien. Georget a constaté chez des enfants choréiques des tubercules dans le cerveau. Sœmmering et Frank ont trouvé de fausses membranes; M. Monod a noté deux fois une véritable hypertrophie de la substance corticale avec injection des méninges; M. Gendron a trouvé un ramollissement de la moelle épinière dans la région cervicale, etc. Le nombre de ces diverses altérations trouvées dans quelques cas seulement, prouve tout simplement que la chorée ne dépendait d'aucune des lésions auxquelles on l'a rattachée. Les différences de ces altérations sont des objections puissantes contre l'opinion qui ferait dépendre la chorée de l'existence de ces lésions pathologiques. D'ailleurs les cas sont nombreux dans lesquels on n'a rien pu découvrir,

Nous croyons, pour notre part, que la chorée peut être symptomatique, c'est-à-dire, qu'une altération pathologique bien connue peut avoir déterminé dans le cerveau la modification qui produit la chorée. Ainsi, lorsque l'on trouve chez des choréiques des altérations anatomiques, ce ne sont pas ces altérations qui produisent directement la chorée; elles ne déterminent ces troubles fonctionnels que d'une manière tout à fait secondaire; nous vous avons dit que la chorée consistait en mouvements désordonnés; ces mouvements peuvent se produire sous l'influence d'une cause matérielle, appréciable ou non, mais qui n'est pas toujours la même.

L'invasion de la chorée est, ou soudaine, ou lente et progressive. Nous en avons vu quelques-unes apparaître subitement. Nous vous avons déjà parlé d'une jeune fille épileptique que nous avons vue à la Salpêtrière; un jour qu'elle était appuyée à une fenêtre, elle vit passer rapidement devant elle quelque chose qui tomba sur le pavé; c'était une de ses compagnes qui s'était jetée d'un troisième étage; la malade eut une fayeur telle, qu'elle fut prise immédiatement d'un tremblement choréique général.

Ces mouvements, qui consistent dans des alternatives de progression, de reculement, de sauts de côté, sans que la volonté puisse les modifier, les maîtriser, produisent des phénomènes différents suivant les régions du corps dans lesquelles ils se montrent.

La chorée occupe-t-elle le visage, l'expression de la physionomie n'est qu'une suite continuelle de grimaces. Les muscles des yeux agissent sans cesse. Les globes oculaires sont convulsés en haut ou décrivent des mouvements rapides et continuels de rotation. Les sourcils, la peau du front, les ailes du nez se contractent et se relâchent successivement. La langue sort de la bouche par des mouvements saccadés, brusques et involontaires; la prononciation des mots devient difficile, comme aussi la déglutition.

Lorsque la maladie siége principalement dans les membres, ou qu'elle est générale, les bras, les jambes sont agités en même temps. Lorsque les bras seuls sont pris, les malades, lorsqu'ils veulent saisir un objet, ne peuvent y parvenir qu'avec les plus grandes difficultés. Souvent, il arrive qu'une fois l'objet saisi, ils le laissent tomber. Si ce sont des aliments, ce n'est que très difficilement qu'ils parviennent à les porter à la bouche. Une fois qu'ils y sont arrivés, ils s'empressent de les saisir avec la plus grande rapidité, et ils les avalent gloutonnement comme s'ils craignaient de les voir leur échapper. Quand les malades veulent porter à leur bouche un verre plein de liquide ou une cuiller, souvent le liquide s'épanche au dehors avant même que le vase soit parvenu à la bouche.

Lorsque la chorée affecte principalement les membres inférieurs, les malades ou marchent en sautillant, si la maladie n'est pas très intense, ou avancent de la manière suivante. La malade, pour faire un pas, tire un peu à lui le membre affecté, puis il fait effort pour lancer en avant le pied, dont le pointe se lève la première, ou ne se détache du sol, et en rase la surface que lorsque le talon a été porté en dehors et en haut. Dans ce mouvement, la jambe décrit un demi-cercle en fauchant comme si elle était plus longue que l'autre : quelquefois le sujet finit par tomber. Lorsque la chorée des membres a atteint son maximum d'intensité, toute progression est impossible; et dans certains cas même, l'agitation est si forte que l'on ne peut maintenir les malades dans leur lit qu'à l'aide de la camisole de force.

Nous avons vu la chorée bornée aux muscles du cou; nous l'avons vue bornée à une paupière.

Sous le rapport des autres fonctions, quels sont les phénomènes que l'on observe?

Georget pensait que l'intelligence était quelquefois troublée dans la chorée, et il mettait la diminution de la mémoire et un certain degré d'imbécillité au nombre des symptômes de l'affection choréique. Cet affaiblissement des facultés intellectuelles paraît en effet positif dans quelques cas, et c'est à tort que quelques médecins ont cru devoir le nier.

La sensibilité matérielle n'est pas ordinairement troublée. La sensibilité morale peut l'être. Rien n'est si variable que l'humeur des choréiques, et, sous ce rapport comme sous quelques autres, la chorée a des rapports intimes avec l'hystérie. Du côté des sens, on ne voit le plus souvent survenir aucun trouble appréciable.

Durée. — La durée de la maladie est des plus variables; elle peut être de huit à dix jours, comme de plusieurs semaines, de plusieurs mois, de plusieurs années même. Nous dirons que les cas où elle ne dure que quelques jours sont évidemment les plus rares. La marche qu'elle peut affecter est ou aiguë ou chronique. S'il est rare de la voir durer moins de quinze jours à trois semaines, il est rare aussi de la voir passer à l'état complétement chronique et durer plus de quatre à cinq mois.

La terminaison la plus ordinaire est le retour à l'état de santé; mais il se fait le plus souvent longtemps attendre.

Le diagnostic de la chorée est facile. Cette affection ne peut être confondue avec aucune autre maladie. Nous avons dit plus haut, en parlant des altérations pathologiques, que l'on avait cherché dans le cerveau la cause des mouvements. On n'a pu la rencontrer. Lorsque la maladie se prolonge pendant un certain temps, il est impossible de la confondre avec des paralysies, comme on a cru pouvoir le faire pendant un certain temps. Quant au tremblement mercuriel et au tremblement alcoolique, ils finissent toujours par se différencier, et l'erreur, s'il y en a eu, ne peut jamais être de longue durée.

Pronostic. — La chorée guérit plus vite lorsqu'elle est générale que lorsqu'elle est partielle. Vous comprenez que lorsqu'elle est accompagnée d'une lésion matérielle comme la chorée symptomatique que nous avons indiquée tout à l'heure; déterminée par des tubercules, un cancer des centres nerveux, etc., le pronostic est des plus graves. Mais, alors, ce n'est pas le pronostic de la chorée qui est grave, c'est celui de l'affection organique dont elle n'est que le symptôme.

Sous le rapport de l'étiologie, il est évidemment des circonstances qui favorisent le développement de la chorée; l'âge, par exemple, depuis cinq jusqu'à quinze ans, paraît être le plus favorable à la production de cette maladie. On a dit que les jeunes filles étaient plus souvent choréiques que les garçons. Nous n'avons pas, pour notre part, vu de différences sensibles. On a cru remarquer aussi que c'était principalement pendant l'été que l'invasion de la chorée avait lieu. Sans avoir assez de faits pour établir une loi sous ce rapport, nous sommes assez disposé à partager cette opinion. On croit avoir également observé qu'elle est plus fréquente dans les pays chauds que dans les pays froids. Quant aux espèces, on prétend avoir observé et l'on a décrit des chorées épidémiques, assertion sur la valeur de laquelle nous ne nous pro-

---

ques gravures, ouvrage qui a pris le rang le plus distingué dans la littérature médicale contemporaine, et qui a fait à son auteur une réputation solide et sérieuse de praticien et d'écrivain. — Je vous prédis encore une seconde et tout à fait nouvelle édition de la *Chimie* de Berzélius, ouvrage que la traduction française a rendu européen, et qui va recevoir de l'interprétation du savant M. Hœfer un lustre nouveau, une impulsion nouvelle. — En même temps, M. Littré prépare le 6e volume de son édition d'*Hippocrate*, ouvrage monumental où l'on ne sait quoi le plus admirer ou de cette érudition si riche et si profonde, ou de cette critique si sagace et si sûre, ou de ce style si élevé et si sobre, ou de cette instruction médicale si variée et si féconde — Je vous prédis encore un travail gigantesque, une traduction complète de Galien; travail qui n'a pas effrayé le courage du jeune et savant bibliothécaire de l'Académie de médecine, M le docteur Daremberg, et qui promet pour récompense à ses efforts une abondante moisson de choses neuves, curieuses et utiles. — Enfin, et dans un autre ordre d'idées, je vous annonce la réimpression d'un livre avec lequel je vous engage à faire connaissance, si ce n'est déjà fait; un livre qui vous procurera plaisir et instruction de plus d'un genre, je veux parler des *Lettres* de Guy Patin, dont notre savant, aimable et spirituel confrère M. Réveillé-Parise va très prochainement publier une nouvelle édition avec notices, notes et commentaires de sa plume, que vous connaissez si habile et si charmante.

Certes, devant cette simple énumération de productions nouvelles — et encore j'en oublie et des meilleures — qui oserait dire que notre époque, que notre pays soient indifférents aux grands travaux, aux grandes études, et que nous devions céder la prééminence à d'autres siècles et à d'autres peuples? C'est une triste et dangereuse politique d'abaisser les hommes et les choses de son temps et de son pays, de n'avoir d'estime que pour le passé, d'enthousiasme que pour l'étranger, et de s'humilier sans cesse devant ce qui est loin ou qui n'est plus. Ne voyez-vous pas qu'au lieu de stimuler la jeunesse et le travail, vous les jetez par vos admirations injustes dans l'impuissance du découragement? Soyons de notre temps, restons de notre pays, soyons justes pour nos contemporains, et notre beau pays de France produira toujours des savants comme Cuvier, des praticiens comme Dupuytren.

— Puisque je suis en train de prédire, j'annonce l'apparition prochaine du rapport de la commission instituée par le Conseil des hôpitaux pour apprécier les résultats de la myotomie. Si j'en crois certains signes, ce rapport sera favorable à la myotomie. J'en serai, ma foi, fort satisfait; car je plaindrais de toute mon âme les malheureux difformes d'être condamnés à perpétuité au supplice de la mécanique. Je suis même bien aise de dire ici que, pour mon compte particulier, je n'ai jamais été un adversaire féroce de la myotomie. De plus savants que moi l'ont combattue; ils avaient leurs raisons, que je crois fort respectables, mais qui ne m'ont pas absolument convaincu qu'il fallût faire table rase de tous les travaux auxquels elle avait donné lieu. Ce que je blâme, ce que je blâmerai encore avec la même énergie, ce sont les actes étrangers, extrascientifiques auxquels la myotomie a donné lieu; c'est ce déplacement de la discussion de la presse dans l'enceinte du tribunal de police correctionnelle, ce sont ces singulières doctrines sur la liberté d'examen et d'écrire, qui ne tendaient rien moins qu'à bâillonner la presse et qu'à briser la plume du critique. En face d'un principe si imprudemment mis en péril, je dus unir mes faibles efforts à ceux de toute la presse libre, et soutenir, quoi qu'il advînt, la plus précieuse de nos garanties scientifiques. Ma participation à cette grande affaire m'a valu force horions; on a été, pour moi, injuste, méchant, injurieux, et voire même quelque chose de plus. Je m'y attendais; je n'en ai été ni surpris, ni affligé, ni meurtri, et quoiqu'il y ait huit jours à peine, on ait pris de pareilles distractions à mon endroit, je profite de ce saint temps de carême pour leur envoyer mon pardon le plus sincère.

Ce que je veux dire fort sérieusement, c'est qu'il faut que la science réfléchie, la science dégagée de toute prévention, de toute passion hostile, profite de l'occasion que va fournir la publicité du rapport de la Commission — car il n'est pas possible de supposer que la Commission veuille enterrer ce rapport dans les cartons de l'administration. — Profite, dis-je, de cette occasion pour examiner avec calme le grand problème thérapeutique que la myotomie soulève; il ne s'agit plus ici d'un homme, il s'agit de l'humanité; si la myotomie n'est qu'une déception, il faut le prouver; si c'est une belle acquisition thérapeutique, il faut avoir le courage de le reconnaître; l'honneur, la probité scientifiques sont à ce prix, et rien ne peut faire croire que personne pense, sur ce sujet, différemment que moi.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Le lundi 30 mars courant, à midi précis, il y aura à la Faculté de médecine une séance particulière à l'effet de désigner les amphithéâtres qui seront affectés à tel ou tel enseignement pendant les cours du semestre d'été de l'année 1846.

Messieurs les professeurs particuliers sont invités à se rendre à cette séance.

— On écrit du Vernet :

« Le 25 février dernier, M. Mercader, qui depuis longtemps faisait opérer dans son établissement des fouilles pour trouver une nouvelle source d'eau thermale dont il avait besoin, a eu la satisfaction de voir jaillir sur son propre fonds, au moyen d'un dernier pétard, la source qui, par la vapeur, chauffait les appartements d'hiver, dans l'établissement des *Commandants*. MM. Couderc et Laiviviers ont ainsi perdu le miraculeux avantage dont on avait fait tant de bruit dans les journaux, et qui, sous le patronage du professeur Lallemand, venait d'être vanté à l'Institut. »

Le même correspondant ajoute :

« C'est un vilain pays que le Vernet. Nous sommes entourés de neige, que l'on voit presque au bout de son nez, sur les Pyrénées. Les matinées et les soirées y sont très fraîches. »

D'après ces renseignements fournis par un malade, qui est en ce moment au Vernet, voyez, pauvres phthisiques, si vous avez le courage d'y aller en hiver. (*Echo du Midi.*)

nonçons pas.

Traitement. — Nous devons vous indiquer les traitements qui ont été préconisés ou conseillés par les divers auteurs. Et d'abord, Sydenham avait l'habitude de faire commencer le traitement par tirer quelques onces de sang. Il faisait cependant pratiquer jusqu'à trois ou quatre saignées. On est beaucoup revenu de cette méthode. Cependant, quelques médecins saignent encore, mais d'une manière locale, et ne tirent que peu de sang. On a conseillé, par exemple, les sangsues derrière les oreilles; il faut faire attention que la chorée se manifestant presque toujours chez des sujets jeunes, faibles, délicats, nerveux, on ne peut prescrire les saignées en règle générale. Nous croyons, pour notre part, que les saignées sont souvent prédominer les symptômes nerveux; il ne faut donc saigner les choréiques que lorsqu'il y aura véritable indication, si le sujet est pléthorique, par exemple; mais alors, ce n'est pas parce qu'il a une chorée, mais parce qu'il se trouve dans des circonstances particulières, qu'on lui fait subir des émissions sanguines.

On a appliqué des vésicatoires et des cautères le long du rachis et à la partie supérieure de la région cervicale. Nous ne disons pas que vers la fin de la maladie, et lorsqu'elle est assez ancienne déjà, ces révulsifs sont contre-indiqués; mais au début, nous ne les croyons pas susceptibles d'heureux résultats.

Les médecins anglais ont fait grand bruit des purgatifs. Comme les saignées, nous ne les prescrivons, nous, que lorsqu'il y a des indications précises. Un traitement qui se rapproche de celui-là, qui a été conseillé par Laënnec et répété depuis par Breschet, c'est l'emploi de l'émétique à haute dose, suivant la formule rasorienne. Les succès ne paraissent pas avoir couronné leurs tentatives.

Un moyen bien plus efficace, et auquel on ne pourra refuser une grande valeur, c'est l'emploi des bains tièdes, à 26 ou 28° R. Ces bains doivent être prolongés pendant six ou huit heures chaque jour. On commence par un temps beaucoup moins long, et, au bout de quelques jours, les malades s'y accoutument si facilement qu'on peut sans inconvénient les prolonger fort longtemps. Si les malades ont des symptômes de congestion vers la tête, on leur fait des affusions froides pendant la durée du bain, ou plutôt des affusions fraîches, à la température de 12 à 15 degrés, de manière à entretenir à la tête une fraîcheur constante qui ne provoque cependant pas de réaction. Ce moyen est un des plus héroïques que nous connaissions.

Pour passer rapidement en revue ceux que l'on a encore conseillés, nous citerons en première ligne l'opium, que l'on a employé à une dose assez forte, puisque M. Trousseau l'administre jusqu'à la dose de 0,40 par jour. On conçoit que, de cette façon, il plonge le malade dans un état comateux. Lorsque le choréique se réveille, il arrive quelquefois que les mouvements convulsifs ont disparu.

On a conseillé le fer, le quinquina, les toniques en général, dont on a prétendu retirer quelques avantages. On a dû obtenir des succès, parce que très souvent les choréiques sont chlorotiques; mais ici encore, on n'a soigné qu'une partie de la maladie.

On a essayé le nitrate d'argent, médicament dangereux, avec lequel, suivant nous, on empoisonne les malades, et voilà tout; on n'obtient pas plus de succès dans la chorée que dans l'épilepsie; le nitrate d'argent corrode et cautérise la muqueuse de l'estomac. Et ici, permettez-nous de faire une remarque qui pourra peut-être vous servir dans quelques cas de médecine légale, quand il s'agira de savoir si le nitrate d'argent a été introduit dans l'estomac solide ou en dissolution; solide, il ne cautérisera que la portion saillante des plis de la muqueuse de l'estomac; liquide, il cautérisera toute la surface de la muqueuse et s'insinuera dans les replis.

On a tour à tour employé dans le traitement de la chorée les préparations arsenicales, l'électricité. Ce moyen a été conseillé par Debaën; et M. Magendie, qui a répété les expériences de cet auteur, dit avoir obtenu des succès.

Les trois narcotiques qui réussissent le mieux sont la jusquiame, le stramonium, et surtout la belladone. Ce sont ces trois substances que nous administrons le plus souvent et le plus volontiers, parce que nous les croyons les plus efficaces.

On conçoit facilement, sans que nous ayons besoin de le dire, que les moyens hygiéniques doivent concourir avec les moyens thérapeutiques. Ainsi, l'on fera suivre aux malades un régime doux; on évitera les excitants du système nerveux, les viandes salées, fumées, les mets fortement épicés, les boissons alcooliques. On ne permettra point aux malades de se promener au soleil. On évitera les émotions morales vives. On prescrira cependant l'exercice, la natation; l'impression de l'eau froide est souvent salutaire dans le traitement de la chorée. Dupuytren l'employait souvent, et avait dans cet agent thérapeutique une telle confiance, qu'il prétendait n'avoir jamais vu une chorée résister aux bains froids; opinion que nous regardons comme par trop exclusive, bien que nous approuvions souvent l'usage des bains et des affusions. F.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Remarques pratiques sur les fractures du péroné, à propos de quelques cas de ces fractures existant dans le service.

Depuis le commencement de l'année, dit M. Robert, nous avons eu plusieurs cas de fracture du péroné. C'est encore un genre de fractures, comme celles du radius, dont je vous ai entretenu dernièrement, qui mérite toute l'attention et une connaissance approfondie, car elles sont très fréquentes dans la pratique; aussi je vous engage à les étudier d'une manière suivie. Le mécanisme de ces fractures peut s'expliquer de deux manières; ou, pour mieux dire, on distingue tout d'abord deux grandes classes de ces fractures. La première est celle qui comprend les fractures dites directes, qui sont le résultat d'un coup ou violence extérieure, et qui se passent dans le lieu même où le coup a porté. Ces fractures sont assez rares; nous n'en avons pas observé encore cette année dans notre service; elles ont de particulier qu'elles ne présentent souvent pas de déplacement, ayant lieu ordinairement dans l'étendue de l'os là où des masses musculaires plus ou moins volumineuses couvrent cette partie; et pour cette raison aussi elles peuvent quelquefois échapper à l'examen du chirurgien. Elles n'exigent pour tout traitement qu'un bandage simple roulé, et le repos pendant le temps nécessaire à la consolidation. Nous ne nous y arrêterons pas davantage pour le moment.

La seconde classe de fractures comprend celles qui ont lieu vis-à-vis de la malléole, ou à une certaine distance de sa base, et sont toujours le produit d'un contre-coup. Dupuytren s'en est occupé d'une manière spéciale, et a traité en maître cette belle question pratique. Leur mécanisme est d'ailleurs très facile à comprendre. Elles ont lieu ordinairement à la suite d'un faux pas. Dans cette circonstance, l'effort qui se passe dans la mortaise tibio-tarsienne est transmis à la malléole externe, qui, ne pouvant résister, se brise tantôt à sa base, tantôt dans un point plus ou moins éloigné de celle-ci. D'après ce mécanisme même, on a admis une autre division des fractures indirectes du péroné, en distinguant celles qui ont lieu à deux travers de doigt environ de la malléole, de celles qui se passent tout près d'elle ou à sa base même.

C'est de la première espèce surtout que s'est occupé Dupuytren, comme on peut le voir dans ses belles Leçons cliniques. Pourtant, la seconde espèce n'est pas moins fréquente, et est par conséquent très utile à connaître, d'autant plus qu'elle se confond souvent avec l'entorse, comme nous allons le dire.

Les fractures de cette espèce ne s'accompagnent pas ordinairement de déplacement, et peuvent être confondues avec l'entorse du pied, surtout lorsqu'il y a dans les deux cas un gonflement considérable, et qu'on ne procède pas dans leur examen d'une manière convenable. Vous me demanderez s'il est indifférent de distinguer l'une de l'autre ces deux affections quant aux suites du traitement? Vous comprendrez facilement l'importance pratique de cette distinction, si vous réfléchissez que le malade, dans le cas où on suppose avoir affaire à une simple entorse, marchant trop tôt, il pourrait en résulter des ébranlements fâcheux dans les os de la mortaise, qui ne seraient pas assez solidement soutenus, et les faux-pas se renouvelant à cause de la fracture non consolidée, de nouveaux dangers se présenteraient pour le pauvre malade.

Le diagnostic différentiel de ces deux affections présente une certaine difficulté au commencement, quand les parties sont envahies par un gonflement plus ou moins considérable; il faut attendre que ce gonflement soit dissipé en partie, ce qui arrive, du reste, au bout de deux ou trois jours. Alors, en appliquant le pouce d'une main sur le sommet de la malléole externe, et l'autre pouce sur le lieu qu'on présume être le siége de la fracture, et en transformant le péroné en un levier du premier genre, ayant son point d'appui à l'articulation péronéo-tibiale inférieure, on presse avec une certaine force sur la malléole externe à l'aide d'un pouce. Si le péroné est intact, on sent la tige osseuse se courber sous la pression d'une manière uniforme et peu marquée dans toute son étendue; si, au contraire, il y a fracture, on sent le fragment inférieur basculer plus ou moins, et faire saillie sous le doigt; on distingue même de cette manière aussi la forme du fragment. La fracture, dans ces cas, est presque toujours oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et siége à très peu de distance de l'articulation fémoro-tibiale inférieure.

Par la manœuvre si simple que nous venons de décrire, nous n'avons jamais été embarrassé à reconnaître la fracture du péroné quand elle existait, même lorsqu'il y avait encore un certain gonflement dans les parties, et l'on pourrait presque s'étonner qu'elle ne se soit jamais présentée à l'esprit des praticiens; dans aucun des ouvrages connus sur la matière il n'en est fait mention. Nous l'avons pratiquée sous vos yeux sur les malades reçus dans le service depuis le commencement de l'année au nombre de cinq, et vous avez pu le répéter facilement avec succès. Dupuytren ne la connaissait pas non plus; car pour reconnaître l'existence de ces fractures, il saisissait d'une main la jambe, et de l'autre le pied, et cherchait à exercer des manœuvres de bascule sur le pied lui-même; cette manœuvre pouvait suffire pour découvrir l'existence de fractures qui siégeaient à une certaine distance de la malléole, mais elle était évidemment impuissante pour arriver au diagnostic sûr et net des autres.

Le traitement de ces fractures est fort simple. Pour beaucoup de chirurgiens, il consiste dans l'application d'un bandage roulé autour du pied et de la jambe, et dans le repos pendant tout le temps nécessaire à la consolidation de l'os fracturé. Nous avions aussi l'habitude de procéder ainsi; mais depuis quelque temps nous avons adopté l'usage du bandage amidonné de préférence à l'autre. Nous avions remarqué que le bandage simple ne maintenait pas suffisamment en place les deux fragments, et que la consolidation se faisait quelquefois attendre plus longtemps. Tout récemment encore, un des malades qui étaient dans notre service, et auquel nous avions appliqué un bandage simple non amidonné, nous disait qu'il sentait les os remuer en marchant, et nous fûmes obligé d'y substituer un bandage inamovible. Ainsi donc, après avoir laissé dissiper le gonflement qui peut exister dans les parties, nous appliquons un bandage roulé modérément serré autour du pied et de la cheville, précédemment trempé dans une solution de dextrine, et nous le laissons en place le temps nécessaire pour que l'os soit consolidé, ce qui arrive assez vite. Ce bandage a aussi l'avantage sur l'autre de permettre aux malades de faire un peu d'exercice dans la salle, ce qui est d'une grande importance chez certains individus chétifs et qui souffriraient d'un séjour au lit permanent un peu prolongé.

Kyste ou tumeur ganglionnaire à la région dorsale du poignet droit, opéré heureusement par la ponction sous-cutanée. Remarques sur le traitement de cette affection.

A l'occasion d'un cas de ganglion situé à la région dorsale du poignet, M. Robert appelle l'attention sur le traitement de cette affection, en faisant en peu de mots un examen comparatif des différentes méthodes mises en usage, et faisant voir la supériorité de la méthode sous-cutanée sur les autres.

Anciennement, ces kystes étaient traités d'ordinaire par l'ouverture large du sac kysteux; il en résultait une inflammation suppurative qui finissait par oblitérer le sac lui-même. Cette méthode réussissait quelquefois; le kyste, après avoir suppuré pendant quelque temps, arrivait à s'oblitérer sans autres accidents. D'autres fois l'inflammation se propageait aux parties environnantes; il se formait des abcès qui fusaient plus ou moins loin le long des nombreux tendons qui se trouvent dans cette région, et donnaient lieu à des accidents plus ou moins graves, quelquefois même mortels.

En même temps que l'ouverture du sac, on employait aussi l'écrasement de la tumeur; ce qui pourrait être considéré, il faut le dire, comme une des méthodes sous-cutanées qu'on a introduites plus tard. Ce moyen consiste à pétrire, pour ainsi dire, à rompre le kyste, en répandant ainsi la matière demi-liquide qu'il contient dans le tissu cellulaire ambiant, pour qu'il soit absorbé, et en développant dans les parois du kyste même un degré d'inflammation suffisant pour les faire adhérer, et oblitérer la cavité. Cette méthode aussi peut avoir tout succès, et nous l'avons appliquée, pour notre compte, plus d'une fois très heureusement; mais on rencontre souvent une grande difficulté à rompre la membrane du kyste; d'autres fois on ne peut parvenir à l'écraser, parce qu'il esquive par sa grande mobilité, les efforts d'écrasement; de sorte que c'est encore là une méthode de traitement sur laquelle on ne peut pas toujours compter.

Dans ces derniers temps, surtout depuis les travaux de M. Guérin, on a fait beaucoup d'applications au traitement de plusieurs maladies chirurgicales de la méthode sous-cutanée. M. le docteur Barthélemy, de Saumur, eut le premier l'heureuse idée d'appliquer cette méthode au traitement de la petite affection dont il s'agit. Elle consiste à faire glisser sous la peau un ténotome, à le faire arriver jusqu'à l'intérieur du kyste, qui se fend dans plusieurs sens en produisant une certaine irritation dans ses parois; les succès de cette méthode sont désormais si multipliés qu'il n'est pas permis de douter de sa supériorité sur les autres. C'est à elle que M. Robert a eu recours dans le cas actuel dont voici l'histoire abrégée.

C'était un homme âgé de trente-deux ans, cordonnier. Il y a deux ans, sans cause connue appréciable, il vit se développer, sur le dos du poignet, une petite tumeur qui allait en augmentant et atteignait le volume d'une noix environ lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Elle lui occasionnait quelque difficulté dans les mouvements du poignet, et des douleurs assez vives qui s'étendaient jusqu'au coude et même à l'aisselle droite, surtout lorsque le malade s'était occupé à un travail un peu long selon son état.

Cette tumeur occupait la face dorsale du carpe droit immédiatement au-dessous de l'articulation radio-carpienne, logée entre les deux tendons extenseurs du médius et de l'indicateur, qui étaient pour cela un peu plus écartés l'un de l'autre qu'à l'état normal; elle était arrondie, élastique, indolente, sans changement de couleur à la peau, incompressible, mobile surtout dans le sens longitudinal. Les mouvements qu'on imprimait au poignet ne lui faisait éprouver aucun changement. M. Robert essaya plusieurs fois de l'écraser sans pouvoir y réussir, et se décida alors à la traiter par la méthode susdite de M. Barthélemy. Voici comment il y procéda.

Après avoir fait un pli transversal à la peau au-dessous de la tumeur, il traverse la base de ce pli cutané avec un ténotome à lame étroite, ressemblant assez bien au kystotome adopté par Boyer dans l'opération de la cataracte. Il a ainsi transpercé le kyste; puis par des mouvements de va-et-vient exercés d'abord de droite à gauche, puis de gauche à droite, il a fendu le kyste en deux moitiés, moitiés semblables aux coquilles d'une noix. La matière contenu dans son intérieur s'est aussitôt répandue dans le tissu cellulaire ambiant, et lorsque le ténotome a été retiré, il s'en est répandu au dehors une certaine quantité sous forme de gelée rougeâtre; par des pressions douces, il l'a disséminée aussi loin que possible dans le tissu cellulaire environnant. La tumeur s'était complétement affaissée. On boucha le petit trou fait à la peau par un morceau de diachylon, et on termina le pansement par un bandage roulé, modérément serré autour du poignet.

Le lendemain de l'opération, le poignet était à peine douloureux; la peau, au niveau de la tumeur, conservait sa couleur normale. On applique alors une compresse graduée sur la place qu'occupait la tumeur, en l'y fixant par plusieurs tours de bande serrés. Il ne se développa aucun symptôme inflammatoire.

Au bout de deux jours, l'appareil étant enlevé, on ne voit plus de traces de la tumeur; on trouve seulement une ecchymose étendue à la place que celle-ci occupait; la main pouvait exercer tous les mouvements sans gêne ni douleur. Enfin, dix jours après l'opération, le malade demande sa sortie, qu'on lui accorde, en lui recommandant seulement de tenir le poignet bandé encore quelques jours, et de ne pas l'exercer pendant ce temps, d'autant plus qu'en faisant des mouvements il accusait un peu de douleur le long de la face dorsale de l'avant-bras s'étendant jusqu'au coude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du samedi 21 mars. — Présidence de M. ROCHE.

M. Prus continue la lecture de son rapport.

Chapitre sixième. — La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? C'est là, dit M. le rapporteur, la plus capitale des

questions que l'Académie doit résoudre. La solution est-elle affirmative, c'est le maintien du système sanitaire. Est-elle négative, c'est la condamnation des lazarets et des quarantaines.

Les médecins qui ont observé, en Egypte, les épidémies de 1835 et de 1841 nient la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques.

Voici les raisons sur lesquelles ils se fondent :

Lorsque la constitution épidémique cesse, tous ou presque tous les malades guérissent, et l'on ne voit plus d'atteintes nouvelles.

De nombreux pestiférés ont été et sont encore accumulés dans les hôpitaux et dans les maisons; toutes les conditions favorables à la transmission de la peste par le contact immédiat ou médiat, ou à sa propagation par l'infection miasmatique, sont réunies; et cependant, à une époque à peu près fixe, l'épidémicité s'éteint et avec elle s'éteint la peste. Un pestiféré, sorti d'un foyer épidémique, n'est pas plus à redouter qu'un pestiféré sporadique, lequel, de l'avis de tous les médecins d'Egypte, n'offre aucun danger.

S'il est douteux que les vêtements et les hardes des pestiférés puissent transmettre la peste en temps d'épidémie, il est certain qu'une fois que celle-ci a disparu ces vêtements et ces hardes peuvent être mis en usage impunément.

Une épidémie n'apparaît dans une contrée qu'à la suite d'influences locales et atmosphériques dont l'action a été plus ou moins prolongée; des privations, des fatigues, des peines physiques ou morales ont été éprouvées à des degrés divers par les populations: de ces causes réunies résultent des prédispositions plus ou moins générales à contracter la maladie régnante.

Or, quand un navire transporterait hors du foyer un ou plusieurs pestiférés, ils ne pourraient transporter avec eux toutes les causes passées et présentes qui sont nécessaires au développement d'une épidémie.

Il faut le dire, Messieurs, parce que cela est la vérité, les observations faites en Egypte en 1835 et en 1841 semblent justifier ces propositions et les conséquences qui en découlent.

Mais en est-il de même des faits observés en mer et dans les lazarets d'Europe? Ces faits conduisent-ils aux mêmes conclusions? C'est là ce qu'il importe à l'Europe de savoir, c'est là ce que nous devons rechercher avec le soin le plus minutieux.

Vingt-quatre navires, arrivés depuis 1720 dans les lazarets de France ou d'Italie avec la peste à bord, fourniront les éléments de la solution.

Parmi ces navires, quatorze ont été reçus dans les ports d'Italie, savoir : cinq à Venise, huit à Livourne et un à Gênes; dix sont arrivés à Marseille.

C'est par ces derniers que M. le rapporteur commence l'examen, parce que c'est sur eux que la Commission a pu réunir les documents les plus complets. Nous ne suivrons pas M. le rapporteur dans les détails des faits, nous en présenterons seulement un court résumé.

Le nombre des cas de peste traités au lazaret de Marseille depuis 1720, en ne comptant pas les faits douteux, s'élève à 33, dont 18 se sont terminés par la mort et 14 par la guérison. Trois chirurgiens quarantenaires ont contracté une peste bien caractérisée en saignant des pestiférés au lazaret: tous trois ont guéri. Un quatrième chirurgien, arrivé à Marseille à bord d'un navire pestiféré, a très probablement contracté la peste au lazaret, où il était renfermé en qualité de chirurgien quarantenaire depuis dix-neuf jours, lors de l'invasion de sa maladie; il a succombé. — Quatre gardes de santé de Marseille ont contracté la peste au lazaret; deux ont guéri, deux sont morts. Ces derniers avaient été placés à bord du navire du capitaine Millich; mais ils ne sont tombés malades que quinze et dix-huit jours après le départ de ce capitaine pour Tanger. Nous devons croire qu'ils ont pris la peste au lazaret où ils purgeaient leur quarantaine avec les deux autres gardes qui avaient été placés sur le même navire, et qui sont morts au lazaret, l'un le 26 mai, et l'autre le 30. — Un matelot faisant les fonctions d'infirmier au lazaret, a contracté la peste; il a guéri. — Deux matelots appartenant à un bâtiment pestiféré, mais paraissant avoir contracté la peste au lazaret où ils étaient enfermés depuis plus de douze jours, sont morts.

Donc, sur 11 pestes qui auraient été contractées au lazaret de Marseille, 6 auraient guéri, 5 auraient été mortelles. Ces cas funestes ont eu lieu chez des sujets qui tous avaient séjourné sur des bâtiments pestiférés. Trois gardes de santé ont contracté la peste à bord d'un bâtiment pestiféré, un seul a guéri.

Ces faits résolvent, comme on le voit, affirmativement la question posée.

Mais la peste ne se transmet pas seulement à bord entre individus quittant les mêmes parages, respirant le même air, ayant les mêmes exercices, les mêmes habitudes, la même nourriture. Le pestiféré déposé dans un lazaret européen devient la cause qui développera chez d'autres l'affection dont il est atteint.

Les faits recueillis depuis un peu plus d'un demi-siècle à Venise, à Livourne et à Gênes, et dont M. le rapporteur donne une succincte analyse, tendent également à prouver la vérité de la conclusion que la Commission a cru devoir tirer des faits recueillis à Marseille.

Cette conclusion est la suivante :

Il est incontestable que la peste est transmissible, hors des foyers épidémiques, soit sur les navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

Chapitre septième. — La peste est-elle transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés?

Nous avons cherché avec le plus grand soin des faits probants, dit M. le rapporteur, et jusqu'ici nous ne les avons pas trouvés. Notre réponse à la question posée sera donc négative, et nous l'exprimerons en ces termes :

Rien ne prouve que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés.

Chapitre huitième. — La peste est-elle transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés?

Depuis 1720, la peste n'a été transmise dans aucun des lazarets d'Europe, ni en dehors de ces lazarets, par des hardes ou des vêtements suspects ou contaminés. Et cependant, ces hardes et ces vêtements ont dû être touchés souvent par des gardes de santé, etc. Les cas de transmission de la peste par les hardes et par les vêtements, signalés depuis l'époque indiquée, auraient été observés, soit sur des navires en quarantaine dans des ports européens, soit en Grèce, au lazaret de Syra. Or, après examen de ces faits en petit nombre, on peut se demander si l'interprétation qui leur a été donnée est incontestable; si, dans les cas où l'on a attribué la propagation de la peste au contact des vêtements, celle-ci n'était pas due plutôt à l'infection miasmatique qui existait à bord du bâtiment où ces faits se sont passés... Ne croyez pas, ajoute M. le rapporteur, que les doutes que nous émettons soient le résultat d'une conviction complétement arrêtée. Nous doutons, il est vrai, mais nous ne nions pas. Nous pensons que les incertitudes qui règnent encore sur la transmissibilité de la peste par les hardes et par les vêtements, peuvent et doivent être dissipées par de nouvelles recherches, et surtout par des expériences faites avec toutes les précautions convenables par des hommes compétents, loin de tout foyer d'infection, et dans une localité où il soit certain que la peste n'est pas endémique.

Conclusion. — Il n'est pas prouvé que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés.

Chapitre neuvième. — § 1er. Les marchandises peuvent-elles transporter la peste hors des foyers épidémiques? — Ici, il y a deux opinions opposées; l'une, s'appuyant sur un très grand nombre de faits négatifs, l'autre s'étayant sur quelques faits qui ne seraient pas sans valeur s'il était certain qu'on les a bien vus et bien interprétés. Ces derniers laissent quelques doutes, parce que lorsqu'une épidémie pestilentielle a sévi dans une ville pendant un temps plus ou moins long, elle peut frapper une ville voisine sans que les individus pestiférés ni les objets contaminés soient pour quelque chose dans cette migration de la maladie; et quand il en est ainsi, on est ordinairement porté à attribuer à des communications suspectes l'origine de l'affection due aux causes générales épidémiques existant dans l'atmosphère. Quant aux faits négatifs, M. le rapporteur cite entre autres le suivant, qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'authenticité et de la précision : En 1835, la peste épidémique sévissait à Alexandrie sur les employés de tout grade habitant dans les magasins du gouvernement égyptien. Cependant, une très grande quantité de balles de coton, journellement maniées par les hommes de peine, furent expédiées de janvier à juin, c'est-à-dire pendant toute la durée de l'épidémie, dans tous les grands ports de l'Europe, sans qu'il en résultât aucun accident de peste. Sur 16 navires anglais chargés de coton qui quittèrent Alexandrie du commencement de janvier à la fin de juin, 8 eurent la peste à bord; et cependant le coton chargé sur ces navires ne fut pas plus dangereux que celui des navires non infectés.

Enfin, d'un autre côté, depuis 1720, aucun des portefaix employés dans le lazaret de Marseille au déchargement et au maniement des marchandises, n'a contracté la peste.

Conclusion. — Rien ne prouve que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

§ 2. La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles, repose-t-elle sur des faits ou des expériences dignes de confiance?

Nous ne suivrons pas M. le rapporteur dans l'énumération des objets compris dans cette classification et dans l'examen des faits et des principes sur lesquels elle repose; il suffira de cette conclusion par laquelle il termine ce paragraphe; cette conclusion, la voici : La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience digne de confiance.

§ 3. A-t-on fait une étude suffisante des moyens à l'aide desquels on pourrait détruire le principe pestilentiel qui existerait soit dans les hardes et vêtements, soit dans des marchandises, soit dans tout autre objet.

M. le rapporteur, après avoir examiné les divers moyens employés jusqu'ici dans le but de détruire le principe pestilentiel, termine ce chapitre en disant que de plus amples considérations sur ce sujet seraient certainement insuffisantes, s'il était démontré que ce principe peut rester inhérent aux hardes, aux vêtements, aux marchandises, et devenir la cause de la transmission de la maladie, et qu'elles sont et seront complétement sans objet aussi longtemps qu'on n'aura pas prouvé que le virus ou le miasme pestilentiel peut être conservé dans ces divers réceptacles.

Conclusion — On ne devra rechercher les moyens de détruire le principe pestilentiel renfermé dans les hardes, les vêtements ou les marchandises, que quand on aura acquis la certitude que ce principe peut y exister.

Chapitre dixième. — La peste peut-elle se transmettre par infection, hors des foyers épidémiques? Quand on considère les faits de communication de la peste d'un individu malade à un individu sain, dans un navire ou un lazaret, il semble très difficile au premier abord de dire si la communication est due au contact direct du pestiféré ou aux miasmes échappés de son corps et répandus dans l'air; mais si l'on réfléchit, d'une part, que des observations, en très grand nombre, ont prouvé que le contact immédiat des pestiférés, quand il a eu lieu à l'air libre, n'a pas donné la peste, et, d'une autre part, que le séjour dans un foyer d'infection pestilentiel, sans aucun contact suspect, a souvent donné la peste, on est forcément conduit à cette double conséquence; savoir : La transmission de la peste par les miasmes pestilentiels est un fait prouvé. — La transmission de la peste par le contact immédiat des pestiférés n'est pas un fait prouvé. — Les faits observés à Marseille, ainsi qu'un grand nombre de ceux qui ont été cités, en parlant de l'action de l'infection pestilentielle dans les foyers épidémiques, autorisent effectivement à penser que la peste se transmet par infection hors des foyers épidémiques, comme nous l'avons vue se transmettre de la même manière dans les foyers épidémiques et dans les pays où la peste est endémique.

En conséquence, M. le rapporteur termine ce chapitre par la conclusion suivante :

La peste se transmet par infection hors des foyers épidémiques.

Chapitre onzième — La peste importée d'Orient dans les ports de l'Europe peut-elle se transmettre à un assez grand nombre d'invidus pour créer une épidémie pestilentielle?

Ce chapitre, dans lequel M. Prus se livre à un examen et à une discussion approfondis des diverses opinions émises à cet égard par les principaux auteurs qui ont traité de ce sujet, et des faits sur lesquels ils s'appuient, est terminé par la conclusion suivante :

Conclusion. — S'il n'est pas prouvé que l'existence d'une constitution pestilentielle, dans un pays où la peste est importée, soit nécessaire pour que celle-ci se transmette et se propage, il paraît certain, toutefois, que cette peste importée ne pourra exercer de grands ravages si elle ne rencontre pas dans le climat, dans l'atmosphère et les habitants des conditions favorables à son développement.

AVIS A MM. LES MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Les principales opérations de la *Caisse centrale* des Médecins et Pharmaciens consistent :

1° Dans le recouvrement des notes et mémoires qui leur sont dus à Paris et dans les départements;

2° Dans la cession, permutation, vente et achat des Clientèles médicales, Maisons de santé, Pharmacies, Cabinets de dentistes et autres établissements médicaux.

S'adresser *franco* à M. Auguste Crenet, directeur-gérant, 25, rue Neuve-Saint-Denis.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N° 36. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 25 MARS 1846.

DE LA PESTE ET DES QUARANTAINES. — ETAT DE LA QUESTION.

Avant de passer outre, disons quelques mots d'un incident qui s'est présenté hier à l'Académie de médecine, incident que nous avions annoncé d'après des renseignements dont l'exactitude ne pouvait nous paraître suspecte. M. le rapporteur de la Commission sur la peste, appelé à la tribune pour continuer la lecture de son travail, a exposé que deux membres ayant témoigné le désir de réfléchir encore, de bien examiner les faits sur lesquels s'appuient certaines conclusions, la Commission avait décidé d'ajourner la continuation de la lecture du rapport jusqu'à ce que ces deux membres annonçassent que leur religion et leur conscience étaient suffisamment éclairées. La Commission déclarait, du reste, et tous ceux de ses membres qui ont soutenu l'ajournement ont beaucoup insisté sur ce point, que c'était là le seul motif réel et véritable de l'hésitation de deux honorables commissaires à signer le rapport. Le nom de ces commissaires, qui a été cité, est pour nous une garantie suffisante de l'exactitude de l'assertion de M. le rapporteur. Il nous est impossible de penser que ces deux honorables membres aient cédé à des incitations étrangères à la science, au devoir, à la grave responsabilité dont ils ont leur part. En rapportant le fait qui s'est réalisé dans la séance d'hier, nous annoncions un fait vrai; l'interprétation était-elle erronée? Oui, quant aux honorables membres dont le nom a été cité. Nous nous empressons de le reconnaître; mais, par des motifs à nous connus et que nous voulons taire, nous adjurons ces deux membres, nous adjurons l'Académie de se tenir en garde contre toute comédie dont les principaux acteurs pourraient bien se tenir dans la coulisse.

Dirons-nous, maintenant, qu'en cédant à ces honorables scrupules, la Commission, et même l'Académie, ont montré un déférence excessive? Ce sont là de ces questions de convenance et de goût qu'il est impossible de résoudre par des principes absolus. Le sujet qui s'agite est important et grave; nous comprenons l'impatience des uns d'arriver à la solution; nous comprenons l'hésitation des autres à se prononcer définitivement; et nous estimons, en somme, que ce qui a été fait a été bien fait.

Poursuivons notre examen.

Dans un précédent article, nous avons mis en lumière le principe qui régit la législation sanitaire de la France. Le temps de la quarantaine ne date que de l'arrivée. Ce principe a pour base la doctrine de la contagion de la peste par contact médiat ou immédiat. Les contagionistes de nos administrations sanitaires admettent qu'il existe un *virus* produit par le pestiféré et pouvant se communiquer, soit directement par le pestiféré, soit indirectement par les effets que celui-ci aura touchés. — L'air ne peut servir de véhicule à ce virus, dont l'existence est le premier article du *credo* contagioniste; au contraire, l'air est employé comme moyen de purification. — La période d'incubation, l'endémicité ou l'épidémicité de la maladie, circonstances capitales dont nous verrons combien il est important de tenir compte, ne sont prises en considération que pour fixer le temps de la quarantaine. — L'Egypte, la Syrie et la Turquie sont surtout les pays sujets à la peste dont les provenances peuvent contenir cet affreux virus pestilentiel; c'est surtout contre ces pays que sont dirigées les mesures sanitaires. — La Russie méridionale, Tunis et Tripoli, sont regardés seulement comme pays suspects, à cause de leurs communications avec les pays ci-dessus désignés. Les mesures prises contre eux sont moins sévères; c'est une affaire de surveillance. — Quant aux causes locales, hygiéniques ou atmosphériques de la peste, l'administration sanitaire ne s'en occupe pas le moins du monde; elle a l'air de ne rien comprendre à tout ce qui a été publié à cet égard; et, simplifiant beaucoup les choses, elle admet uniquement un virus contagieux de la peste pouvant se communiquer par tous les moyens et sous toutes les formes, pouvant surtout exister à l'état latent, soit dans les individus, soit dans les effets ou marchandises.

Partant de cette idée, lorsqu'un bâtiment arrive d'un pays sujet à la peste, on sépare les hommes des effets et marchandises. Les hommes sont retenus dans une grande prison qu'on appelle lazaret, où l'on surveille leur santé; les effets et marchandises sont déposés dans de vastes magasins où ils sont exposés à l'air et ventilés. La crainte qu'inspire le virus est telle que la loi sanitaire de 1822 va jusqu'à permettre de refuser l'entrée à un bâtiment qui arriverait avec la peste à bord (art. 4); et que celui qui oserait enfreindre le règlement pourrait, s'il n'était immédiatement tué par les canons du lazaret, se voir condamner à mort ou aux travaux forcés (art. 7 et suivants).

L'existence d'un virus contagieux, telle est donc la base de notre législation sanitaire. Voulez-vous savoir la crainte qu'il inspire, ce terrible virus, les précautions prises pour qu'il ne puisse pénétrer? Quelques articles du règlement à l'usage de l'intendance de Marseille et ayant rapport aux médecins, vont vous édifier à cet égard.

L'article 111 dit: « Les médecins et les chirurgiens n'entrent pour aucun cas dans la chambre d'un malade ordinaire en quarantaine; ils tâchent de connaître son état par ses réponses, son aspect, etc., etc. » L'article 115 ajoute: « Les médecins et les chirurgiens n'entrent point dans l'enclos où est logé un malade atteint de maladie contagieuse; ils s'arrêtent toujours à plus de six mètres de distance de la première porte, de manière qu'ils sont dans un *éloignement de douze mètres* au moins du malade qu'ils visitent, lequel se montre à eux *si son état le permet.* » Si les malades ne peuvent marcher, les médecins traitent sur rapport (articles 112 et 116). Dans ces visites, le capitaine du lazaret accompagne les médecins. « Il a soin de rechercher et d'enlever soigneusement les objets susceptibles les plus minutieux qui peuvent se rencontrer accidentellement dans les environs et dans les avenues de l'enclos. »

Le virus pestilentiel inspire un tel effroi que les soins donnés aux malades atteints de peste présentent quelque chose de barbare. Nous citons textuellement les articles qui s'y rapportent:

« Article 613. On procure à l'individu qui soigne le malade des sabots de bois, une camisole, des pantalons et des gants de toile cirée, dont il se revêt lorsqu'il entre dans la chambre du malade pour lui approcher quelque remède au *bout d'une planche*: il quitte ce vêtement aussitôt qu'il est sorti de la chambre et l'expose au grand air. »

« Art. 614. Lorsqu'on a besoin du secours manuel de quelque chirurgien, on invite un élève en chirurgie à s'enfermer avec le malade; *mais ce n'est jamais qu'à la dernière extrémité.* »

« Art. 615. Lorsqu'il s'agit de l'ouverture d'un bubon et que ce bubon a son siége sur une partie du corps, telle que le malade puisse opérer lui-même; on fait usage des caustiques, *ou on emploie tous les moyens possibles* pour engager et déterminer le malade à se faire l'opération; et on saisit le moment où *ses sens encore libres* le lui permettent, quoique le bubon ne soit point encore parvenu au degré de *maturité indiqué par les règles de l'art.* »

« Art. 616. On procure au chirurgien (élève) des vêtements en toile cirée semblables à ceux dont il a été parlé (article 613); on lui remet des instruments à longue queue pour qu'il en puisse faire usage sans toucher le malade. On lui fournit du vinaigre le plus fort, soit pour respirer fréquemment, soit pour s'en laver chaque fois qu'il approche le malade. En entrant dans la chambre d'un pestiféré, il porte avec lui un réchaud, sur lequel il a fait brûler des parfums en assez grande quantité pour que la fumée qu'ils produisent puissent affaiblir l'action morbifique des miasmes pestilentiels. »

Ces règlements, ayant force de loi, sont d'une date ancienne, il est vrai, ce qui ne les rend pas plus respectables; mais, nous éprouvons quelque vergogne à le dire, ils ont été revus, corrigés, approuvés et imprimés en 1835, par ordre du ministre du commerce, M. Duchâtel!!

Telles sont les précautions que l'on prend contre les malades. Les personnes saines en sont quittes pour des visites de médecins de temps à autre, pendant leur séquestration. Quant aux marchandises, elles sont purifiées par l'exposition à l'air; les balles sont ouvertes, tournées plusieurs fois et maniées à l'intérieur par les portefaix des lazarets; il en est de même des hardes et des effets des voyageurs.

Une ordonnance divise les provenances du Levant relativement au virus, en objets *susceptibles* de le conserver, en *douteux* et en *non susceptibles.* Cette division est curieuse, quelquefois cocasse, toujours parfaitement arbitraire. C'est une des plus singulières rêveries sanitaires qu'ait pu engendrer le génie de la peur. N'en cherchez les appuis ni dans les faits, ni dans l'expérience, ni dans la théorie; voyez plutôt:

La batterie de cuisine, les faïences, les métaux vieux ou ayant servi, la quincaillerie, les chandelles, les bougies, les cuirs, les débris de substances animales, etc., sont susceptibles de donner la peste;

Mais la batterie de cuisine, les faïences et les métaux neufs, le suif, la cire, les cuirs mouillés, salés, les viandes desséchées et fumées, etc., sont incapables de conserver le moindre petit virus pestilentiel.

Le corail brut, les dents d'éléphant, les drogueries et épiceries, le sucre et le café sont déclarés douteux et traités comme tels;

Mais les bois, les résines, les soudes, les sels, les grains, les fruits secs, le miel, sont tous objets les plus innocents du monde à l'endroit du virus.

Ne prenez pas ceci pour une plaisanterie; vous trouverez ce sujet fort sérieusement traité à la page 291 des règlements de l'Intendance, ainsi que dans l'ordonnance du 7 août 1822. La conséquence de cette division, on la comprend, c'est une quarantaine plus ou moins longue et un luxe de précautions des plus variées, ce qui ne les rend pas plus amusantes pour le commerce.

De cette croyance au virus pestilentiel se communiquant soit par les individus, soit par les marchandises, résulte le régime sanitaire suivant appliqué aux provenances du Levant:

	PATENTE BRUTE.	SUSPECTE.	NETTE.
Paquebots français après débarquement des passagers et de leurs effets,	19 jours.	15 jours.	12 jours.
Passagers de ces navires après débarquement leurs effets étant plombés,	14 »	12 »	9 »
Idem, sans plombage,	17 »	14 »	9 »
Bâtiments à voile après débarquem. des effets et des passagers.	21 »	15 »	12 »
Passagers et effets après débarquement sans spoglio (bain),	17 »	14 »	9 »
Idem, avec spoglio,	14 »	12 »	9 »
Marchandises susceptibles après débarquement au lazaret,	21 »	15 »	12 »

Tel est l'état actuel des quarantaines en France.

Croyons un moment, avec les contagionistes, que le principe qu'ils ont admis soit vrai, que ce redoutable virus ne soit pas un vain fantôme, un mythe inventé par la peur; ce régime si sévère, ce luxe inouï de précautions seraient-ils cependant capables de préserver la France de l'importation de la peste? Non, mille fois non. Si, comme le déclare la loi, les ordonnances, les règlements sanitaires, si, comme l'affirment les contagionistes des lazarets, si, comme voudraient le prouver les mesures sanitaires, le virus pestilentiel est tellement actif, tellement pénétrant, tellement subtil, tellement viable, qu'il puisse se loger et se conserver dans une lettre, dans une boîte, dans un fil de laine ou de coton; si, en touchant un de ces objets on peut s'infecter et infecter ensuite les autres, ne devons-nous pas trembler sans cesse? Chaque jour et à chaque heure la peste ne peut-elle pas se déclarer aussi bien à Paris qu'à Marseille? Car parmi toutes les personnes qui ont subi des quarantaines, en est-il une seule qui, sans le vouloir, n'ait commis quelque peccadille de lèse-lazaret capable de répandre la peste dans l'Europe entière? Assurément, si le virus existe, les lois existantes ne garantissent en rien l'introduction de la peste.

Heureusement, l'observation, l'expérience, les recherches scientifiques les plus sévères rendent plus que problématique l'existence de ce prétendu virus. La Commission de l'Académie de médecine vient de nouveau d'en faire une éclatante justice. Cette doctrine règne encore en souveraine dans nos lazarets. Nous venons d'exposer le régime sanitaire étrange qu'elle a enfanté, et qui régit encore la France; voyons maintenant, et comme point de comparaison, les doctrines de la Commission académique, qui la conduiront sans doute à des résultats nouveaux et à des applications nouvelles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. GUÉRARD.

Rhumatisme articulaire aigu. Traitement par le sulfate de quinine. Guérison.

Première observation. — La nommée Gr.... (Jeanne), âgée de vingt et un ans, forte fille bien constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, le 23 janvier 1846.

Cette femme est domestique chez un marchand de vins; elle se trouve très souvent obligée de descendre à la cave, de mettre ses mains dans l'eau froide; en un mot, elle se trouve souvent exposée au froid et à l'humidité. Elle habite une chambre du rez-de-chaussée, chambre qu'elle dit être également humide et malsaine. Ordinairement elle est bien portante; elle est toujours bien réglée; parmi les maladies fort peu nombreuses du reste qu'elle a éprouvées à des époques antérieures à celle-ci, elle se rappelle avoir éprouvé des douleurs articulaires, il y a un an environ, dans les jointures des membres; le repos pendant une huitaine de jours, quelques poignets et des cous-de-pieds; elle ne suivit alors aucun traite-

bains, suffirent pour dissiper ces douleurs; mais depuis cette indisposition, ses règles ont paru être moins abondantes, bien que toujours régulières.

Il y a dix jours aujourd'hui, elle fut prise tout à coup de douleurs dans le poignet droit, qui devint le siége d'une légère tuméfaction; peu après et successivement toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs furent atteintes, et présentèrent des phénomènes semblables. Au moment de son entrée, toutes les articulations sont douloureuses, peu tuméfiées et sans rougeur; le plus léger mouvement augmente la douleur, et la malade, couchée sur le dos, garde la plus complète immobilité. Le pouls est accéléré. Augmentation bien manifeste de la chaleur générale. — Saignées de quatre palettes.

Le 24 janvier, peau chaude et moite; pouls large et développé; langue rouge à la pointe et sur ses bords, blanche et saburrale au milieu; bouche pâteuse, soif vive, anorexie; quelques douleurs dans la région épigastrique. Même état des articulations, qui sont douloureuses, surtout celles des pieds, à tel point que le poids seul des couvertures cause des souffrances intolérables. Respiration normale. Le cœur présente un léger bruit de souffle au premier temps, à la base de l'organe.

Le caillot de la saignée est recouvert d'une couenne inflammatoire. — Chiendent; sirop de gomme; julep gommeux avec sulfate de quinine, 2 grammes, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le 25. Dans la journée d'hier, la malade a éprouvé quelques étourdissements. Un peu de somnolence; pas de surdité ni de bourdonnements d'oreilles.

Les douleurs articulaires du bras gauche ont presque entièrement disparu; l'épaule droite et les pieds sont dans le même état que la veille; fièvre moins forte; peau moins chaude. Même souffle au cœur. — Même prescription; sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 26. Dans la journée d'hier, pesanteur de tête, somnolence, éblouissement et tintements d'oreilles; en raison de ces phénomènes, on supprime le soir le reste de la potion.

Les douleurs du bras droit ont disparu ce matin, mais ont repassé avec plus de violence au bras gauche, dont toutes les articulations sont un peu tuméfiées. La douleur du pied droit est diminuée; celle du pied gauche reste la même. La fièvre a presque tout à fait disparu. — Solution de sirop de groseilles; sulfate de quinine, 2 grammes; deux bouillons.

Le 27, le mieux est très marqué; encore un peu de fièvre. Il n'y a plus de douleurs articulaires; seulement, un peu de gêne au bras gauche. — Même traitement.

Le 29, ni douleurs, ni fièvre; sentiment évident de mieux. La malade se lève dans la journée pendant près d'une heure.

Le 1er février, douleurs dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, sans rougeur ni tuméfaction; un peu de gêne à l'épaule droite. Même traitement. Une portion.

Le 3, disparition complète de tout phénomène morbide. Pouls à 64. On ne donne plus que 1 gramme et demi de sulfate de quinine.

Le 5, on ne donne plus à la malade que 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 6, elle se trouve tout à fait bien, ne souffre plus, n'a plus de fièvre, mange deux portions; on constate au moment de la sortie, comme on l'avait fait à l'entrée, un léger souffle au cœur, moelleux, évidemment chlorotique; la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Deuxième observation. — La nommée Richard (Mélanie), âgée de dix-huit ans, d'une bonne constitution, forte, d'un tempérament lymphatique sanguin, à Paris depuis trois mois entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 12, le 6 février dernier.

Elle est d'une bonne santé habituelle. La seule maladie dont elle se rappelle avoir été atteinte est la rougeole qu'elle dit avoir eue vers l'âge de sept ans. Ses parents sont comme elle ordinairement bien portants. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans; depuis lors, elle l'a toujours été bien régulièrement jusqu'au 15 octobre dernier, époque de la dernière perte menstruelle. Cependant, cette cessation des règles ne l'empêcha pas de se bien porter : elle eut un peu de diarrhée pendant tout le mois de novembre.

Il y a huit jours, en frottant un appartement, elle fut prise d'un point de côté; elle fut obligée de cesser ses occupations sans cependant s'aliter. Les jours suivants, augmentation intermittente de la douleur avec frisson. Saignement de nez, il y a trois jours, de la valeur de 100 grammes environ. Hier et avant-hier quelques crachats sanguinolents; céphalalgie intense; toux.

Aujourd'hui, la malade se plaint surtout de la douleur qui siége dans le côté droit, au niveau de l'espace qui sépare la neuvième de la dixième côte vers leur tiers antérieur. Cette douleur est augmentée par la pression, mais dans un point seulement : elle est aussi rendue plus intense par une forte inspiration. Céphalalgie frontale avec sentiment de pesanteur sur les yeux. Douleurs assez vives, sans gonflement, dans les articulations des coudes, des poignets et des genoux.

Battements du cœur assez forts : l'impulsion se fait sentir à la main qui l'explore; bruit de souffle au premier temps, facilement perceptible par toute la région précordiale, mais principalement à la base du cœur. Pas de douleur dans la région du cœur, mais un peu de picotement dans les grandes inspirations à la pointe du sternum. Un peu de toux; quelques crachats; résonnance bonne en avant et en arrière; respiration bonne également partout sans râles ni sifflements. Un peu de diarrhée. Ventre indolent, sensible seulement à une forte pression, qui détermine un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Pouls fréquent, assez développé; chaleur de la peau plus que normale. Moiteur. Langue blanche au milieu, rouge aux bords et à la pointe. — Chiendent, sirop de gomme. Saignée de trois palettes.

Le 8, douleur de côté toujours vive. Les douleurs des membres n'existent plus. Le pouls est fréquent comme la veille, à peu près aussi développé. Chaleur fébrile. Céphalalgie moins forte. Impulsion du cœur encore forte. Bruit de souffle au premier temps plus fort qu'hier. — 15 sangues. Chiendent. Diète.

Le 9, la malade se trouve un peu abattue. La fièvre est moins forte. Langue blanche; céphalalgie; même souffle au cœur.

La malade se plaint beaucoup de douleurs dans les articulations des bras et des jambes, qui ne sont cependant pas tuméfiées. Pouls à 84-88.

Le 10, épistaxis de 100 à 150 grammes environ; persistance des douleurs. Pouls à 80-84. Céphalalgie, surtout le soir; le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche. Pas de taches sur l'abdomen. Douleurs un peu diminuées. Même état de la langue.

Pupilles dilatées; visage rouge et animé, surtout aux pommettes. Température de la peau assez élevée. Pouls à 72-76, développé.

Le 11, même état qu'hier. Peau chaude, couverte de sueur; pouls à 72-76. — Julep gommeux avec sulfate de quinine, 1 gramme.

Le soir, le pouls est à 76; la face rouge; la chaleur générale à peu près la même. Les douleurs des membres n'existent plus; mais la malade se plaint de violentes douleurs de tête, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, et surtout d'une douleur siégeant un peu au-dessous de la pointe du cœur.

Le 12, l'état est le même, sauf les accidents cérébraux, qui ont disparu. Les douleurs des membres n'existent plus. — Même traitement.

Les accidents cérébraux qui se montrent le soir sont beaucoup moins intenses qu'hier. La malade ne se plaint plus d'aucune douleur. Pouls à 100-104, petit.

Le 13, il existe encore un peu de fièvre. Pouls à 88-92; pas de douleurs articulaires. Même état du cœur; la tête encore lourde; langue blanche, rouge sur ses bords et à sa pointe. — Julep avec sulfate de quinine, 1 gramme et demi.

Le 15, le pouls est tombé à 60. Un peu d'abattement; pas de douleurs.

Le 18, on supprime le sulfate de quinine. Les douleurs n'existent plus; mais les mêmes phénomènes persistent du côté du cœur. La tête est toujours lourde; langue blanche; ventre un peu tendu. Epistaxis hier et avant-hier.

A partir de ce jour, la malade se trouve dans un état de plus en plus satisfaisant. Les forces reviennent peu à peu. Il reste toujours dans le côté droit une douleur rebelle que deux vésicatoires n'ont pu enlever. Souffle au cœur; léger souffle dans les carotides. Guérison.

— Avant de présenter quelques réflexions sur les deux faits précédents, et de résumer en quelques lignes les résultats obtenus par les auteurs qui ont, dans ces derniers temps, conseillé le sulfate de quinine contre le rhumatisme articulaire aigu, qu'il nous soit permis de citer ici un extrait détaillé d'une importante observation recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Briquet. Ce savant et consciencieux observateur est, comme on le sait, le premier qui ait mis en usage le sulfate de quinine contre cette maladie. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire, à l'appui de la nouvelle méthode, un fait pris avec le soin extrême qui distingue les observations de M. Briquet.

Troisième observation. — Une fille de trente-six ans, couturière, grande, forte, entre à la salle St-Philippe, n° 17, le 24 février dernier.

Cette femme, dont les membres sont assez développés, la peau fine, la face modérément colorée, est bien menstruée; elle a eue, il y a dix-neuf ans, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu qui fut traité par les bains émollients, les bains de vapeur et les adoucissants; elle dura trois mois et demi.

Il y a dix ans, une deuxième attaque fut combattue par le même traitement; il eut la même durée. Depuis lors, elle est sujette à des douleurs dans la continuité des membres; pas de palpitations, pas de gonflement. Actuellement elle est malade depuis sept jours, sans cause appréciable; elle mène une vie sédentaire, et dit ne pas s'être exposée au froid. Les douleurs ont commencé par les articulations tibio-tarsiennes. Les jours suivants, douleur et gonflement du poignet droit; douleur dans la hanche gauche; la malade s'est alitée depuis le début de la maladie. — Pas de traitement.

Le 24 février, la malade est apportée à l'hôpital avec de la fièvre, douleur et gonflement des articulations indiquées.

Voici l'état qu'elle présente le 25, à la première visite :

Teinte un peu jaune-paille de la face; coloration rosée aux pommettes; pas de céphalalgie; insomnie; langue grise et humide; bouche amère; anorexie; soif vive. Bruits du cœur normaux; un léger souffle après le premier temps, occupant le petit silence, facile à entendre dans toute la région précordiale, beaucoup moins fort à gauche que dans la région de l'orifice aortique; battements du cœur normaux; impulsion modérée; pas de douleur dans la région précordiale, dont la matité est normale. Le souffle du premier temps se prolonge le long de l'aorte. Bruits carotidiens normaux; résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière. Un peu de toux. Douleurs légères dans la région épigastrique; douleurs continuelles dans les deux épaules, même pendant le repos le plus absolu de la malade; douleurs semblables dans les deux coudes, dans le poignet gauche, sans tuméfaction; douleurs avec gonflement et un peu de rougeur de la peau dans le poignet droit, les articulations métacarpo-phalangiennes du même côté. Depuis huit jours, la région lombaire est le siége de douleurs assez vives; les articulations des hanches, des genoux sont également prises. Un peu d'hydarthrose, et douleur moins vive de l'articulation fémoro-tibiale gauche. Douleurs et gonflement des articulations tibio-tarsiennes, surtout à droite. Pouls à 100, médiocrement développé, un peu mou; peau chaude, sudorale. Constipation depuis quatre jours. — Julep gommeux; sulfate de quinine, 2 grammes; pectorale gommée; cataplasmes laudanisés; diète.

Le 26 février, quelques nausées et un ou deux vomissements après les premières cuillerées de potion. Un peu de céphalalgie le matin; bourdonnements d'oreilles, ayant commencé après la troisième cuillerée; figure un peu fatiguée; langue légèrement grise, humide; ni nausées, ni vomissements. Pouls à 96, un peu plus fort que la veille; peau chaude et sudorale; diminution notable du gonflement et à peine un peu de tuméfaction à la main droite, qui peut se mouvoir assez facilement; un peu de gonflement douloureux dans le poignet gauche; diminution de la douleur lombaire et de la douleur des articulations coxo-fémorales; nulle douleur au genou gauche; à peine de la douleur et du gonflement à l'articulation tibio-tarsienne gauche. — Julep gom.; sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 27, beaucoup de vertiges, de titubations et de bourdonnements; oscillation des objets; céphalalgie gravative; point de sommeil; langue à peine grise; peu de douleurs dans les épaules; à peine de la douleur dans les coudes; disparition du gonflement de la main droite, qui est presque sans douleurs; nul gonflement à la main gauche et peu de douleurs; peu de douleurs aux lombes, comme aux articulations coxo-fémorales. Nulles douleurs, nul gonflement aux genoux; plus aux articulations tibio-tarsiennes. Pouls à 84, petit; peau de chaleur modérée; apparition des menstrues. — On suspend le sulfate de quinine.

Le 28, sommeil cette nuit; à peine de la douleur de tête; cessation depuis la veille des bourdonnements d'oreilles; rétablissement de la vue depuis le même moment; soif; nulles douleurs dans les épaules, les coudes et la main gauche; beaucoup de sensibilité, sans gonflement au poignet droit; nulles douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs. Même bruit de souffle à la région précordiale. — Julep gom.; sulfate de quinine, 1 gramme; 2 bouillons.

Le 1er mars, retour de légères douleurs dans les jointures des membres inférieurs; pouls à 64. — Sulfate de quinino, 2 grammes.

Le 2 mars, sommeil; pas de céphalalgie, pas de troubles sensoriaux; un peu de douleur à l'épaule droite; nulles douleurs ailleurs; pas de gonflement; pouls à 66; un peu d'appétit; peau de chaleur normale. — Julep gom.; sulfate de quinine, 1 gram. 50 centigr.; 4 bouillons.

Le 3 mars, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles; pas de céphalalgie; plus de douleurs nulle part; pouls à 68; premier bruit du cœur un peu sourd et à peine soufflant; un peu d'appétit; peau fraîche. — Julep gom.; sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 4 mars, sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Le 5 mars, sulfate de quinine, 50 centigr.

Le 6 mars, facies normal; pas de céphalalgie; tube digestif normal; pouls à 74. Bruits du cœur normaux; mais léger souffle, après le premier temps, à la pointe du cœur et à l'origine de l'aorte. Bruits carotidiens normaux. Nulles douleurs dans les membres. Se lève depuis trois jours.

Le 7 mars, la malade, parfaitement guérie, demande sa sortie.

A. F.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 24 mars 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Denonvilliers annonce sa candidature pour la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— *M. Prus* est appelé à la tribune pour continuer la lecture de son rapport sur la peste et les quarantaines.

L'honorable rapporteur annonce que la Commission a décidé que la lecture du rapport serait suspendue. Il croit nécessaire de donner quelques explications à l'Académie sur ce sujet.

Dans la dernière réunion de la Commission, dit-il, deux membres nous ont demandé à examiner de nouveau les faits, les documents sur lesquels s'appuient certaines conclusions fort graves du rapport, nous ont demandé quelques jours de réflexion. Le président de la Commission, son rapporteur ont été les premiers à accorder ce que demandaient leurs honorables collègues. Ils n'ont pas voulu qu'on put leur reprocher d'avoir précipité les choses, d'avoir voulu violenter les convictions de qui que ce soit; ils ont donc accordé et la Commission avec eux le délai demandé par deux de ses membres. Il espère que l'Académie ratifiera la décision de la Commission.

M. Dubois (d'Amiens), membre de la Commission, s'étonne de cette décision; il n'assistait pas à la séance où elle a été prise; il l'aurait combattue, car elle lui paraît contraire à tous les antécédents, à toutes les habitudes. Dans toute commission il y a une majorité, une minorité; les conclusions ont été adoptées par la majorité; il faut que la minorité se soumette. D'ailleurs, si M. le rapporteur ne veut pas lire aujourd'hui les conclusions d'application, il peut sans inconvénient terminer ce qui a rapport à la partie scientifique, et je le demande formellement.

M. Prus. Les choses ne se sont pas passées comme le croit M. Dubois (d'Amiens). Le travail de la Commission se compose de deux parties: une partie scientifique, dont toutes les conclusions ont été adoptées; une partie d'application et d'administration, sur laquelle toutes les conclusions n'ont pas encore été adoptées. Eh bien! c'est sur cette dernière partie que deux de nos membres ont demandé le temps de réfléchir; pouvions-nous, devions-nous le leur refuser? Nous ne l'avons pas pensé. La question est fort grave, elle assume sur chaque signataire du rapport une responsabilité considérable; il est tout naturel que chacun de nous veuille bien peser, examiner, réfléchir avant d'engager sa signature.

M. Rochoux. Ce que vient de dire M. Prus condamne la décision de la Commission. Quoi! deux de ses membres sur quinze déclarent n'être pas suffisamment éclairés, et arrêtent par là le travail de la

Commission? Mais c'est le renversement de toutes les habitudes des Sociétés délibérantes. Le premier principe, c'est que les décisions de la majorité soient respectées par la minorité. Où en serait-on à la Chambre des députés, si un ou deux opposants étaient maîtres d'enrayer le cours des rapports?

M. Londe. M. Dubois (d'Amiens) est venu vous faire des histoires en parlant de majorité et de minorité; rien de semblable ne s'est présenté. Je suis un des membres qui ont demandé communication nouvelle du rapport; je ne l'ai pas encore signé, et avant d'engager ma signature, je veux bien voir, bien examiner; c'est mon droit, et je ne vois rien là qui blesse les convenances et les usages.

M. Dubois (d'Amiens) s'étonne de la vivacité de l'allocution de M. Londe; il persiste dans sa proposition.

M. Prus insiste sur les devoirs de convenance dont la Commission devait faire preuve à l'égard de deux de ses membres.

M. Cloquet. Ce qu'a fait la Commission est convenable et rempli de courtoisie; l'Académie doit l'en remercier, mais elle doit passer outre.

M. Ferrus, membre et président de la Commission, ajoute qu'il n'y a rien de sérieux au fond de cette affaire, et que, de la part des honorables membres qui ont demandé du temps, c'est moins un dissentiment qu'un scrupule.

M. Mélier expose que la Commission, qui a été presque toujours unanime dans le vote de ses conclusions scientifiques, a voulu l'être aussi dans les conclusions d'application, que ce serait pour l'Académie et pour le gouvernement une garantie considérable, et qu'en cédant aux désirs de deux de ses membres la Commission n'a voulu faire qu'un acte de déférence. Parmi ces membres qui hésitent se trouve M. Adelon, et, s'il le cite, c'est pour donner une garantie de plus que l'hésitation de cet honorable membre ne peut être basée que sur des scrupules de conscience dont il était du devoir de la Commission de tenir compte.

M. Adelon. Si la suspension est accordée par l'Académie, je n'ai rien à dire; si, au contraire, l'Académie décide qu'il faut passer outre, j'exposerai les motifs de mon hésitation.

On passe au vote sur la proposition de la Commission, qui consiste à suspendre la lecture du rapport.

Une première épreuve est déclarée douteuse.

A la seconde épreuve, 28 voix contre 27 décident que la lecture sera continuée d'après la proposition de M. Dubois (d'Amiens), c'est-à-dire sur la partie scientifique seulement.

M. Londe demande que l'on lise les signatures apposées sur le rapport.

Des récriminations s'élèvent contre cette proposition, qui n'a pas de suite.

M. Caventou fait une motion d'ordre tendant à donner la priorité à la nomination d'un membre du conseil.

Cette proposition est rejetée.

M. Prus continue la lecture de son rapport.

QUATRIÈME PARTIE. — Quelle est la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste?

Ou, en d'autres termes, combien de temps la peste peut-elle rester cachée dans un individu infecté, avant de se manifester par des symptômes plus ou moins évidents?

L'incubation de la peste est très variable, suivant la période de l'épidémie et suivant d'autres influences moins puissantes. Toutefois, ces variations sont restreintes dans certaines limites. Ce sont ces limites qu'il nous importe de connaître; car ce sont elles qui règlent logiquement la durée des quarantaines.

Tous les observateurs reconnaissent que, quand une épidémie pestilentielle commence dans une ville, l'incubation de la peste est souvent extrêmement courte. De là ces pestes comme foudroyantes, dont l'attention des auteurs a été frappée; de là ces pestes mortelles en quelques heures, en quelques minutes.

Dans la seconde période de l'épidémie, la durée ordinaire de l'incubation est de trois à cinq jours.

Cette durée est la même dans la troisième période.

Sur tous ces points, il n'y a pas de désaccord. Les dissidences n'ont lieu que quand il s'agit de déterminer la plus longue durée que l'on puisse admettre pour certaines incubations que nous appellerons exceptionnelles.

Les uns, et ceux-ci sont en très grande majorité, assurent que le terme de l'incubation ne dépasse jamais huit jours; les autres pensent qu'il peut se prolonger jusqu'à dix jours et même au delà, mais dans des circonstances très rares.

Cherchons à établir la vérité, ou du moins la très grande probabilité dans cette question.

Si un certain nombre d'individus, après s'être exposés, soit à l'action d'un foyer épidémique, soit à l'infection miasmatique, sont bien isolés, dans un local convenable, et si aucun d'eux ne manifeste la maladie au delà d'un laps de temps déterminé, on sera en droit de tirer la conséquence que l'incubation de la peste n'a duré, chez aucun des compromis, au delà de ce terme.

M. le docteur Grassi, médecin du lazaret d'Alexandrie depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 1831, a consigné, dans un mémoire qui vous a été adressé, les précieux résultats de son expérience à cet égard.

« Dans le courant de plusieurs années, dit-il, quelques milliers de personnes de tout âge, de tout sexe et de toute condition, furent condamnés à subir une quarantaine d'observation de six jours, pour avoir été compromis avec des pestiférés. La maladie, chez beaucoup d'entre elles, s'est déclarée pendant leur isolement, mais jamais au delà de six jours. C'est une observation, ajoute M. Grassi, que j'ai faite avec beaucoup de vigilance. »

Pour se faire une idée du nombre de faits sur lesquels repose la conclusion de M. Grassi, il suffira de savoir que, d'après un état que nous avons en ce moment sous les yeux, 5240 compromis ont été admis dans le lazaret d'Alexandrie depuis le 1er janvier 1840 jusqu'au 1er janvier 1843.

D'autres observations recueillies dans des circonstances différentes, confirment pleinement le résultat indiqué.

M. Grassi s'est assuré que, parmi la multitude d'habitants du Caire qui ont quitté cette ville pendant l'épidémie de 1835, pour se rendre dans la Haute-Egypte, où la peste ne régnait pas, un certain nombre a eu la peste, mais jamais plus de huit jours après le départ du Caire.

Nous avons déjà eu occasion de dire que, dans cette même épidémie de 1835, Alexandrie, d'abord, et le Caire ensuite, furent assez longtemps soumis à la constitution pestilentielle, alors qu'Abouzabel, situé à quatre lieues du Caire, n'éprouvait en aucune manière les effets auxquels étaient soumis ceux qui résidaient au milieu du foyer épidémique. MM. Duvigneau, Perron, Fischer et Seisson, alors professeurs de l'Ecole de médecine d'Abouzabel, ont mis cette circonstance à profit pour étudier la durée de l'incubation de la peste.

Plusieurs individus qui étaient allés passer un jour ou même quelques heures au Caire, sont revenus à Abouzabel, rapportant en eux la peste à l'état d'incubation. Jamais celle-ci n'a duré plus de six jours.

Que si, maintenant, nous jetons les yeux sur ce qui a lieu à bord des bâtiments venant de quitter les lieux ravagés par une épidémie pestilentielle, nous verrons que c'est toujours dans un délai de huit jours que se manifestent les pestes qui ont été importées à l'état d'incubation.

N'y a-t-il pas, Messieurs, dans tous ces faits, une concordance vraiment remarquable et pouvant servir de guide aux administrateurs chargés de décider la durée des quarantaines?

Nous savons que l'on a cité quelques faits où l'incubation aurait dépassé la limite de huit et même de dix jours. Nous avons étudié ces faits avec soin, et nous ne croyons pas qu'ils puissent être acceptés comme vrais dans le sens où on les a produits. On n'a pas tenu compte de l'action épidémique; on n'a pas tenu compte de l'infection miasmatique qui, dans tous les endroits où l'air ne circule pas librement, dans un navire, par exemple, joue un rôle qu'il faut apprécier. Quand, après avoir eu un plus ou moins grand nombre de pestiférés à bord, un bâtiment devient foyer d'infection, ceux qui résident dans ce foyer, ceux qui respirent cet air vicié, peuvent contracter et contractent souvent la peste à des intervalles plus ou moins rapprochés, plus ou moins éloignés. Il est bien clair que, dans ces cas, des matelots et des passagers peuvent être frappés à quinze, à vingt, à trente jours et plus les uns des autres, sans qu'on puisse inférer de là que l'incubation a eu une durée supérieure à six ou huit jours. On ignore, en effet, quand les miasmes pestilentiels ont agi sur ceux qui les ont absorbés, de manière à déterminer le développement de la maladie.

En résumé, s'il est vrai de dire qu'on ne pourrait sans témérité assigner une limite fixe et absolue à la durée de l'incubation de la peste, on peut cependant assurer, d'après l'étude des faits connus, et en les interprétant à l'aide de toutes les données de la sciences, que rien n'autorise à penser que cette incubation dépasse huit jours. Telle est notre conclusion.

Conclusions. — 1° On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe.

2° Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des causes déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces causes sont surtout: l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud et humide; l'action de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale.

3° Toutes ces conditions se trouvant réunies, chaque année, dans la Basse-Egypte, la peste est endémique dans cette contrée, où on la voit, presque tous les ans, sous la forme sporadique et, tous les dix ans environ, sous la forme épidémique.

4° L'absence dans l'ancienne Egypte de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps qu'une administration éclairée et vigilante et une bonne police sanitaire ont lutté victorieusement contre les causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

5° L'état de la Syrie, de la Turquie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et de l'empire de Maroc, étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

6° La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant, les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie; et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs parties marécageuses, et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes, semblent une garantie suffisante contre le développement spontanée de la peste.

7° Les progrès de la civilisation et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

8° Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

9° La peste sporadique diffère de la peste épidémique non-seulement par le petit nombre d'individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux maladies épidémiques.

10° La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air, et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

11° L'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré ou du pus d'un bubon pestilentiel n'a fourni que des résultats équivoques; l'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par inoculation.

12° Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit d'une part que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés; et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

13° Des faits, en très grand nombre, prouvent que les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle.

Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

14° La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la peste est endémique ou épidémique, n'est nullement prouvée.

15° La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés.

16° Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

17° Rien ne prouve que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés.

18° Il n'est pas constaté que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés.

19° Il n'est nullement établi que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

20° La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

21° L'étude des moyens à l'aide desquels on cherche à détruire le principe pestilentiel qu'on suppose contenu dans des hardes, des vêtements ou des marchandises, est et sera complétement sans objet tant qu'on n'y aura pas démontré la présence de ce principe.

22° La peste peut se transmettre, hors des foyers épidémiques, par infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels.

23° La peste est plus ou moins transmissible suivant l'intensité de l'épidémie, suivant que celle-ci est dans sa première, sa seconde ou sa troisième période, suivant, enfin, les dispositions organiques des individus soumis à l'action des miasmes pestilentiels.

24° Les pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle qui transmettent la maladie.

25° Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir déterminer des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie.

26° Les foyers d'infection pestilentielle peuvent persister après l'enlèvement des pestiférés.

27° Les foyers d'infection, une fois formés à bord d'un navire par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés, peuvent être transportés, même à de grandes distances. On les a vus trop souvent acquérir une intensité redoutable sur des bâtiments encombrés de troupes ou de pèlerins.

28° Les foyers mobiles ne peuvent devenir la cause de foyers secondaires, et par suite d'une grande propagation de la maladie, que s'ils rencontrent dans les pays où ils sont transportés les conditions nécessaires au développement de la peste.

29° Le temps ordinaire de l'incubation de la peste est de trois à cinq jours; la durée de cette incubation ne paraît pas avoir jamais dépassé huit jours.

30° Quand une contrée est en proie à une peste épidémique, les habitants sont exposés à subir d'abord l'influence de la constitution pestilentielle, et ensuite l'influence des malades.

L'isolement, qui ne préserve pas de la première, préserve de la seconde.

En dehors des foyers épidémiques, dont les limites sont ordinairement faciles à déterminer, l'influence de la constitution pestilentielle est nulle.

L'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule.

L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout danger.

La suite du rapport est ajournée jusqu'à mardi prochain.

— *M. le docteur Bernard* lit un mémoire sur les phénomènes de la digestion dans les animaux carnivores et herbivores.

Nous analyserons ce travail dans le compte-rendu de l'Académie des sciences.

— L'Académie procède à la nomination d'un membre du Conseil, fonction que le décès de M. Delens a rendu vacante.

Un premier tour de scrutin n'a pas de résultat.

Au deuxième tour, sur 45 votants, M. Jobert (de Lamballe) obtient 26 voix, et M. Velpeau 16.

En conséquence, M. Jobert est nommé membre du Conseil.

— L'Académie procède ensuite à la nomination des commissions des prix.

Le scrutin donne les résultats suivants:

Prix de l'Académie. — MM. Martin-Solon, Bricheteau, Caventou, Ferrus, Louis.

Prix Portal. — MM. Cruveilbier, Cornac, Velpeau, Rayer, Longet.

Prix Civrieux. — MM. Prus, Jolly, Rochoux, Guéneau de Mussy, Gerdy.

Prix Itard. — MM. Bousquet, Jourdan, Laugier, Honoré, Roche.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* écrit à l'Académie pour motiver l'interpellation adressée par lui à M. Mercier, à la fin de la dernière séance. Sachant que ce médecin avait mis, il y a peu de jours, sous les yeux de la Société anatomique, un instrument largement fenêtré dans une moitié au moins de sa longueur, et le voyant présenter à l'Académie un autre instrument s'éloignant de la forme du précédent pour se rapprocher de celui que M. Le Roy faisait exécuter en même temps dans les ateliers de M. Charrière, il en a témoigné son étonnement. Le but des deux auteurs ne paraît pas, au surplus, être le même: M. Mercier s'est préoccupé de prévenir l'empâtement des mors du brise-pierre, en élargissant la fenêtre placée près du talon des branches; tandis que l'instrument de M. Le Roy-d'Etiolles, formé de deux mâchoires pleines cannelées suivant leur longueur, est un pulvérisateur devant agir par percussion.

Une lettre de M. Charrière, écrite sur la demande de M. Le Roy, précise les époques auxquelles les trois instruments lui ont été demandés: deux de ces instruments, le premier modèle de M. Mercier et celui de M. Le Roy-d'Etiolles, sont déposés sur le bureau comme terme de comparaison.

La séance est levée avant cinq heures.

Traitement spécifique de la petite vérole, par M. le docteur FRITZ, de Muchlau.

Depuis douze ans déjà, M. Fritz emploie avec le plus grand succès le lait contre la petite vérole. Son traitement spécifique commence avec l'apparition de l'éruption.

1° Il donne pour boisson du lait non bouilli, fraîchement trait, à la dose d'un verre deux ou trois fois par jour: dans le reste de la journée, surtout s'il y a beaucoup de soif, il l'administre à l'état de mélange avec un tiers ou même la moitié de son volume d'eau. Il continue l'usage de cette boisson jusqu'à ce que la dessiccation soit bien avancée. Toutefois, si la malade réclame une gorgée d'eau pure, on ne doit pas la lui refuser. Pour nourriture, il faut donner des potages mucilagineux et tièdes, mais toujours en petite quantité.

Lorsque la maladie offre peu d'intensité, on n'a pas besoin de recourir à un autre traitement, jusqu'au moment de la dessiccation. L'usage intérieur du lait suffit, et tout au plus pourrait-on faire quelques applications de compresses imbibées de lait sur la face pendant la période de suppuration, pour prévenir les cicatrices.

2° Mais lorsque par suite de la grande confluence de l'éruption, ou à cause de l'intensité plus considérable du virus, la maladie offre une gravité plus marquée; lorsqu'il existe des signes de congestion soit vers la tête, soit vers la poitrine, une forte fièvre, du délire, une grande anxiété, de la somnolence, et que tous ces symptômes persistent après le développement complet de l'éruption; lorsque l'éruption ne se fait qu'imparfaitement dans certaines parties; qui sont alors rouges et chaudes, ou bleuâtres et froides; lorsque les pustules s'affaissent en quelques points ou par tout le corps, deviennent livides, se dessèchent promptement avant le temps, et en donnant naissance à des croûtes noirâtres, et qu'il y a par conséquent menace de gangrène ou même qu'une gangrène superficielle existe déjà; lorsque les yeux, les oreilles et le cou sont fortement attaqués; lorsqu'il y a danger ou menace de suffocation; dans tous ces cas, l'emploi extérieur du lait apporte un adoucissement notable, à tel point que, même dans les cas les plus désespérés, on ne peut encore compter sur la guérison.

Cet emploi extérieur du lait se fait, soit en bain, soit en application à l'aide de compresses. On applique ces compresses sur les paupières lorsqu'il y existe des boutons, autour du cou dans les cas d'angine grave, enfin sur toute la face s'il s'y trouve des pustules confluentes, pour éviter les cicatrices qui pourraient en résulter. Voici la manière de procéder à ces applications: on prend un linge blanc, assez grand pour pouvoir être replié en quatre et recouvrir en entier la surface malade; on l'imbibe de lait chaud, puis on l'applique à une température telle qu'elle puisse être agréable au patient, et on recouvre ensuite le tout d'un linge sec également replié en quatre et assez étendu pour dépasser un peu celui de dessous. On change ces compresses avec beaucoup de précautions, toutes les vingt minutes, et plus souvent même encore, toutes les dix à cinq minutes par exemple, s'il y a commencement de gangrène; on continue ainsi jusqu'à ce que la partie reprenne un aspect plus vif et que l'état général s'améliore. Lorsqu'il s'agit de changer la compresse, on trempe un nouveau linge dans le lait chaud, et on opère le changement sous la couverture du malade. Il va sans dire qu'il est nécessaire d'avoir plusieurs linges pour cet objet, car le linge mouillé doit être débarrassé du vi-

rus dont il est contaminé par une immersion prolongée dans de l'eau fraîche qu'il est besoin de renouveler souvent ; quant au linge sec, la dessiccation doit en être opérée avec soin, mais non dans la chambre du malade.

Pour faire chauffer le lait, on doit se servir d'un vase de petite dimension, et qu'il faut nettoyer souvent, pour que le lait puisse être employé à l'état le plus frais possible.

Comme souvent on a besoin d'envelopper des parties très étendues, par exemple le tronc, des membres entiers, on peut, si l'on n'a pas de lait en assez grande quantité, le couper par moitié avec un décocté de graine de lin (une cuillerée de graine de lin pour un litre d'eau).

Dans les cas où il existe des symptômes d'une haute gravité, ou lorsque les pustules sont extrêmement nombreuses, qu'elles offrent de la dégénérescence dans une grande étendue, ou même sur tout le corps, lorsque les compresses n'amènent pas un changement favorable dans l'espace de douze à dix-huit heures; dans ces cas, on doit passer sans tarder à l'usage des bains de lait tiède. Le malade doit y rester un quart d'heure, et même une demi-heure s'il s'y trouve bien, et si la faiblesse n'est pas trop considérable. On réitère ces bains toutes les six ou douze heures, suivant la gravité du cas. Il est rare qu'on soit en mesure de pouvoir donner des bains de lait pur, mais on doit tâcher d'en mettre le plus possible, et on y ajoute ensuite la quantité nécessaire d'eau, ou mieux de décocté de graine de lin : du reste, on ne doit jamais se servir deux fois du même bain. Immédiatement après le bain, on se hâte d'envelopper le malade dans un drap double convenablement chauffé ; on le couvre soigneusement, mais en évitant d'étendre un édredon ou un duvet sur lui ; on le laisse transpirer doucement jusqu'au moment de lui faire reprendre un autre bain, ou si, en raison de l'amélioration obtenue, un autre bain n'est pas nécessaire pour le moment, on le change de linge de corps, et on lui en donne de nouveau à une douce chaleur au bout d'une, deux ou trois heures. On peut alors revenir aux applications locales de compresses, comme il a été dit plus haut.

On continue ce traitement lacté externe, plus ou moins activement selon la gravité des cas, jusqu'au commencement de la période de dessiccation.

3° Pendant la période de suppuration, on ne doit pas s'inquiéter trop de l'existence de la constipation, qui est presque inévitable en raison de la trop grande activité vitale de la peau. Mais s'il y a de la chaleur, si la tête est fortement prise, ou encore s'il y a d'autres symptômes fébriles, etc., on fera administrer quelques lavements de lait tiède, jusqu'à ce qu'on ait obtenu des évacuations.

4° Lorsque la dessiccation des pustules commence, ce qui a lieu par parties, à la figure d'abord, puis progressivement en descendant, on remplace l'application du lait par celle du beurre qui doit être récent, peu lavé et non salé. Si le malade peut le supporter, on illine tout doucement les surfaces qui se dessèchent, avec un morceau de beurre qu'on ramollit entre les doigts. Cependant, la plupart du temps, surtout chez les malades doués d'une excessive délicatesse ou qui ont été couverts d'un très grand nombre de boutons, cette légère irritation suffit déjà pour exciter une douleur assez notable ; on doit alors faire liquéfier le beurre dans un vase approprié, puis l'appliquer au moyen d'une barbe de plume. Pour chaque nouvelle application, il est indispensable de faire liquéfier de nouveau beurre, et on doit, chaque fois, avoir bien soin de nettoyer le vase et la barbe de plume. On doit réitérer ces onctions toutes les deux à quatre heures, suivant que la chaleur du corps fait dessécher plus ou moins promptement les surfaces, jusqu'à ce que les croûtes se détachent et que la peau du malade redevienne lisse.

Lorsqu'on veut faire blanchir rapidement les taches rouges que les boutons varioliques laissent à leur suite, on envoie les convalescents à la campagne, on leur fait prendre trois ou quatre bains de lait tiède par semaine, on lave la figure et le cou plusieurs fois par jour avec du lait tiède, et, tous les matins en sortant du lit, on leur fait lotionner tout le corps à l'eau froide au moyen d'une grosse éponge : cette médication a de plus l'avantage de hâter le rétablissement des forces et de dissiper la sensibilité exagérée de la peau.

5° Une précaution qui ne doit être omise sous aucun prétexte, c'est de renouveler l'air de la chambre du malade pendant toute la durée du traitement : si le temps le permet, on laissera une fenêtre éloignée du lit de la malade ouverte pendant des heures entières; si la maladie a un grand degré de gravité, il convient de changer souvent le lit de place, car l'atmosphère est souvent tellement viciée par des émanations presque insupportables, que l'action nerveuse paraît tout à fait paralysée par le virus, ce qui seul peut déjà suffire pour devenir une cause de mort. Toutefois, le lit ne doit jamais être placé dans un courant d'air, par exemple entre une porte et une fenêtre, ou encore assez près de la porte pour que cette dernière, chaque fois qu'on l'ouvre ou qu'on la ferme, détermine un courant d'air sur le malade.

A partir du commencement de l'éruption, jusqu'à la fin de la période de suppuration, le linge de corps et de lit ne doit être renouvelé que lorsqu'il est tout à fait sali; mais, plus tard, on doit le renouveler plus souvent avec la précaution de le chauffer modérément.

Cette médication antivariolique, dont l'efficacité est démontrée aujourd'hui par de nombreuses applications, agit d'une manière véritablement spécifique, et ne peut être remplacée par aucune autre.

Bibliographie.

Quatrième Mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie; par M. le docteur Belhomme.

Sous ce titre, l'auteur a rassemblé plusieurs travaux entrepris par lui dans ces dernières années, dans le but de prouver, comme il s'était efforcé de le faire dans les trois mémoires publiés en 1829, 1836 et 1839, qu'il existe un rapport intime entre le moral et le physique de l'homme, qu'il n'y a point d'effet sans cause; enfin qu'il ne peut exister de trouble intellectuel, d'aliénation mentale, sans lésion plus ou moins profonde, sans altération plus ou moins évidente du système nerveux encéphalique.

Le livre actuel est divisé en plusieurs sections. Dans la première, M. Belhomme a réuni trois leçons professées par lui à l'Athénée; leçons dans lesquelles il cherche à démontrer l'alliance nécessaire de la philosophie, de la psychologie et de la physiologie; suivant lui, ces trois parties d'une même science marchent ensemble, et toutes les fois que l'on voudra faire des applications exclusives de chacune d'elles, on s'exposera véritablement à l'erreur. S'appuyant sur l'observation des faits physiologiques et pathologiques, comparant les résultats de l'action de l'organe à l'état sain et à l'état de maladie, il s'efforce en les mettant en regard, de déterminer, comme l'indique le titre de son ouvrage, la localisation la plus exacte possible des fonctions cérébrales.

Partisan de la doctrine de Gall, en tant qu'elle lui paraît rendre compte plus exactement qu'on ne l'avait fait avant cet homme célèbre, des phénomènes instinctifs intellectuels et affectifs de l'homme et des animaux par des signes et des formes extérieurs, il consacre quelques chapitres à la réfutation des principales objections que l'on a faites dans ces derniers temps à la philosophie phrénologique.

Une troisième section comprend l'intéressant mémoire présenté à l'Académie de médecine sur les recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale. Nous ne nous étendrons pas longuement sur ce travail, qui a été l'objet d'un rapport fort étendu de M. le docteur Jolly, et de discussions orageuses au sein de l'Académie. Nous nous bornerons à reproduire en peu de mots les conclusions les plus importantes du mémoire de M. Belhomme.

1° La paralysie générale des aliénés est le résultat d'une encéphalite chronique;

2° L'encéphalité, d'abord superficielle et ne produisant que de légers symptômes, envahit peu à peu toutes les couches cérébrales jusqu'à ce que l'affection étant parvenue au centre la vie se trouve anéantie;

3° Lorsque la paralysie marche rapidement, on doit penser que l'inflammation s'empare d'emblée de tout l'encéphale;

4° Les lésions les plus fréquentes sont l'épaississement des membranes, leur adhérence à la substance du cerveau, le ramollissement des différentes couches corticales;

5° Enfin, les parties centrales de l'organe subissent divers degrés d'altération de ramollissement, de destruction complète ou partielle, ou d'endurcissement.

Dans un dernier chapitre, M. Belhomme examine d'une manière générale les moyens de traitement employés contre l'aliénation mentale, et conséquent avec ses doctrines, après avoir établi en principe que l'on ne peut concevoir l'aliénation mentale sans une lésion cérébrale, il pose en fait que le traitement de la folie consiste à détruire la cause organique qui produit les effets psychiques, et que le traitement moral est secondaire, à moins qu'il ne soit appliqué en même temps que le traitement physique.

On voit, par ce rapide exposé des opinions de M. Belhomme, qu'il appartient à cette *école physiologique* qui avait pris pour devise la phrase célèbre de Bichat : Qu'est l'observation si l'on ignore là où est le siége du mal ? C'est assez dire que l'on trouvera dans le recueil intéressant dont nous parlons des faits bien observés, des interprétations logiques et rationnelles; en un mot, un esprit judicieux, sévère, dégagé de toute idée préconçue ou systématique, et ne se proposant qu'un seul but, la recherche de la vérité.

Formule d'une mixture diurético-sudorifique, par M. le professeur Lippich, de Padoue.

Racine de chiendent,	60 grammes.
Eau commune,	500

Faire bouillir pendant dix à quinze minutes, passer et ajouter à la colature refroidie :

Acétate d'ammoniaque,	4 grammes.
Acétate de potasse liquide,	8
Sirop simple,	30

M. S. A.

Pour une mixture à prendre par quarts de tasse au plus dans le courant des vingt-quatre heures.

M. Lippich s'est servi avec beaucoup d'avantage de cette mixture pour provoquer les crises par les urines et par les sueurs dans les cas de fièvre catarrho-gastrique, de pleurésie avec épanchement séreux, etc.

NOUVELLES.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants. — M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater du 1er avril :

Les visites tous les jours, à sept heures et demie; les consultations tous les jours, à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche; les leçons et les opérations tous les jeudis, de sept heures et demie à dix heures.

— Le docteur Lambert Jouet, maire de Saint-Pierre-de-Bailleul (Eure), vient de succomber à une maladie longue et douloureuse. C'était un praticien modeste et éclairé. Son ami, M. le docteur Vallée, médecin de l'hôpital de Vernon, a prononcé sur sa tombe quelques paroles dignes et simples que nous regrettons de ne pouvoir reproduire.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 37. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 27 MARS 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

On ne doit pas s'étonner de nous voir revenir sur les questions d'hématologie pathologique. Une grande partie de la médecine est là. Qu'on y prenne bien garde. Nous disons seulement une grande partie de la médecine, et notre insistance légitime à nous occuper des altérations du sang, ne saurait nous valoir justement la qualification d'*humoriste*.

Il y a plus, l'humorisme, l'humorisme absolu, est désormais impossible.

Ce sera précisément la gloire de notre temps d'avoir rendu impossible le retour d'une doctrine absolue. Chose bien remarquable, les deux grandes doctrines rivales, l'humorisme et le solidisme, la doctrine du *tonos* et de l'*atonia*, celle de l'alcalescence et de l'acidité, Thémison de Laodicée et Sylvius de Le Boë, ont trouvé respectivement des preuves dans les recherches contemporaines.

On a vu le sang modifié dans la plupart des maladies. Ici la fibrine augmentée (inflammations); là cet élément diminué (pyrexies); ailleurs les globules atteints (chlorose, cachexies, anémie). D'un autre côté, le microscope appliqué à l'étude de l'inflammation, a révélé des faits essentiels dont la conséquence n'a peut-être pas été formulée encore. On a vu les capillaires, sous un agent irritant, offrir pour *premier* phénomène le resserrement et la pâleur, la pâleur à cause de l'expulsion du sang de leur intérieur par suite du resserrement (*tonos*); le sang affluer de toutes parts vers le point irrité, et les globules qui suivaient un par un la filière du vaisseau observé, s'y précipiter tumultueusement, à raison du relâchement des parois; ces parois se contracter de nouveau et chasser encore le liquide; et celui-ci osciller ainsi jusqu'à ce que, dans cette lutte inégale, la tonicité du vaisseau ayant été vaincue (atonia), le sang s'y fût accumulé et immobilisé (hypérémie).

Voilà ce qui a été vu par les micrographes dans les solides, en même temps que l'analyse chimique déterminait *mathématiquement* l'état des liquides. Voilà ce qu'a bien constaté un homme qui s'est placé, jeune encore, au premier rang des observateurs, par la publication d'un de ces ouvrages qui respirent, pour ainsi parler, l'application et la veille, et dans lesquels on voit clairement le résultat de dix ans de travail et de sacrifices. Nous avons nommé M. le docteur Lebert, et nous avons cité ses recherches de physiologie pathologique.

Ainsi, le retour à une doctrine absolue est impossible; car si, d'une part, la diminution de la fibrine, par exemple, exprime l'état des liquides et permet de soupçonner, avec M. le docteur Denis (mais seulement de soupçonner), un fait antérieur à la diminution de la fibrine, qui serait l'augmentation des alcalis du sang (alcalescence); d'autre part, les phénomènes observés dans la localité enflammée expriment la modification des solides.

Nous pouvons donc, sans crainte de donner le change, insister et revenir, au gré des faits, sur l'étude clinique des altérations du sang. C'est d'ailleurs une étude qui a, comme on va le voir, beaucoup d'applications pratiques.

— La chlorose n'exclut pas l'inflammation; et, loin de là, en y réfléchissant, on voit qu'*à priori* la diminution des globules, au lieu de restreindre les chances de phlogose, devrait les augmenter. En effet, il n'y a pas de diminution des globules sans excès relatif de fibrine. Or, si l'excès relatif de fibrine a, hors du corps, les mêmes effets que l'excès absolu, de telle sorte que le caillot d'une chlorotique offre les apparences d'un caillot inflammatoire, il y a aussi des raisons de supposer qu'à l'intérieur du corps il répond également à une diathèse inflammatoire. Mais ce n'est là qu'une hypothèse à laquelle nous ne devons pas nous arrêter plus longtemps. Voici les faits.

Assez souvent, dans la chlorose, on observe un mouvement fébrile intense, sans lésion locale. Borsieri, cité par M. le professeur Andral, s'est beaucoup occupé de cette fièvre des chlorotiques. Faut-il admettre l'idée d'une subartérite, suivant une opinion récemment proposée, ou bien ne suffit-il pas, pour expliquer la réaction du cœur, de l'excès de stimulation des centres nerveux qui pourrait être le résultat de l'augmentation relative de fibrine? Quelle que soit l'explication, et elle n'est pas facile, le fait est certain et mérite considération.

Une jeune fille du service de M. Andral, chlorotique à un degré avancé, dont les jugulaires font entendre le souffle caractéristique, a été prise, sans affection organique appréciable, d'un mouvement fébrile continu, caractérisé par l'élévation de la température. Le pouls donne 108 pulsations par minute. M. Andral s'est bien trouvé, dans les cas de ce genre, de faire pratiquer une petite saignée du bras. La jeune malade dont il s'agit a été soumise à ce moyen; mais les veines, très petites, ouvertes aux deux bras, n'ont donné qu'une minime quantité de sang. La fièvre persiste; mais l'économie y est pour ainsi dire indifférente. La malade est gaie, et demande à manger.

Il s'en faut que l'économie soit toujours indifférente. M. Andral se rappelle un cas dans lequel une chlorotique succomba à une fièvre ayant duré longtemps. A l'autopsie, on ne trouva aucun désordre organique.

S'il était vrai que l'excès relatif de fibrine eût la plus grande part à la fièvre des chlorotiques, on pourrait essayer de rétablir l'équilibre à l'aide des alcalins.

— Une autre chlorotique du même service a été affectée de gastrite. La langue était rouge à la pointe; il y avait de la soif, et l'épigastre était le siége d'une douleur qui augmentait à la pression. Le fer n'était pas supporté. Des sangsues furent appliquées sur la région épigastrique; on prescrivit la diète et les adoucissants. La gastrite céda, et l'on put reprendre l'usage des martiaux. Aujourd'hui le sang est en voie de réparation.

On voit, par cet exemple et par le précédent, qu'il ne faut pas se laisser dominer aveuglément, dans la pratique, par l'idée que l'on a dû se faire de la nature d'un cas pathologique. Si un trouble nouveau se produit, il faut savoir le reconnaître dans ce qu'il a ou paraît avoir de contradictoire avec l'essence de l'affection principale, et quand on l'a reconnu, le combattre sans hésitation par les moyens appropriés, quitte à rentrer, après la cessation du trouble incident, dans le traitement rationnel de l'affection première.

— Les principales pyrexies exanthématiques sont bien connues; mais le cadre de ces affections n'est certainement pas complet, et l'on remarque de temps à autre des éruptions fébriles qui se rapprochent soit de la rougeole, soit de la scarlatine, soit même de la variole.

Ainsi, une femme d'une trentaine d'années, douée d'une constitution robuste, jouissant ordinairement d'une bonne santé, entre dans le service de M. Andral, avec un mouvement fébrile assez intense et de la céphalalgie. Elle offre sur les membres inférieurs et supérieurs, notamment sur les avant-bras, une éruption confluente à grains papilliformes, ayant approximativement l'aspect du lichen aigu. On la saigne, et on trouve 2,45 de fibrine, c'est-à-dire une proportion normale de cet élément. Le caillot était consistant, mais sans couenne. Les gencives étaient gonflées, douloureuses, et saignaient quand la malade les touchait. Il n'y avait pas eu d'épistaxis.

Le lendemain de la saignée, le mouvement fébrile avait diminué; l'aspect papuleux avait disparu, et chaque papulle était marquée par une véritable pétéchie. Il y avait sur les parties qui étaient le siége de l'éruption, une foule de petits points hémorrhagiques d'une nuance foncée.

Voilà donc un cas à rapprocher des pyrexies caractérisées par un molimen hémorrhagique.

On doit comprendre que ce n'est pas la forme de l'éruption qui importe. Le phénomène hémorrhagique est le fait essentiel. Si dans la rougeole et la scarlatine, surtout dans la fièvre typhoïde, la diminution de la fibrine et de la plasticité du sang peut expliquer les phénomènes hémorrhagiques, il n'en est pas de même dans ce cas, où la proportion de fibrine était normale. Mais l'hématologie n'a pas la prétention de rattacher toutes les hémorrhagies spontanées à l'état de la fibrine. Chez les pléthoriques qui saignent du nez, le molimen hémorrhagique trouve son explication dans l'état de turgescence du système capillaire et dans l'énergie de l'impulsion du cœur. Notons, toutefois, que la pléthore cruorique, c'est-à-dire l'augmentation des globules, constitue la fibrine en état de diminution *relative*.

— Chez un jeune homme du même service, une rougeole s'est terminée aussi par des pétéchies nombreuses. Ce fait peut être rapproché avec intérêt du précédent.

— Le sulfate de quinine, administré contre le rhumatisme articulaire aigu, requiert une double tolérance: celle de l'estomac, celle du système nerveux.

Il y a eu intolérance de la part de l'estomac, comme de la part du système nerveux, chez une rhumatisante que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service auquel les faits précédents sont empruntés. Des saignées avaient été pratiquées dans les premiers temps de l'affection. La malade étant sensiblement affaiblie, il avait fallu cesser le traitement déplétif. C'est alors que le sulfate de quinine, à la dose d'un gramme, fut prescrit. Il donna lieu: du côté du système nerveux, à un trouble extrême de la vue et à une surdité presque complète; du côté de l'estomac, dès le second jour, à des vomissements.

Bien entendu, l'affection rhumatismale (localisée dans l'articulation coxo-fémorale droite) n'a éprouvé, de cette tentative, aucun résultat avantageux. Le pouls, qui était fréquent, est resté le même.

— Une femme de cinquante-quatre ans est tombée dans l'anémie à la suite d'hémorrhagies par l'anus et par le nez, que l'on ne peut rattacher à aucune cause appréciable. Le souffle veineux est très prononcé chez elle, et disparaît aussitôt par la compression de la partie supérieure de la jugulaire externe. Il est peut-être préférable que cette compression soit faite par celui qui ausculte, que par une personne étrangère. Chez la femme dont il s'agit, aussi bien que chez les autres chlorotiques, les jambes sont exemptes d'infiltration. Il n'y a pas d'œdème dans la chlorose. La seule altération du sang qui donne lieu à l'infiltration séreuse et à l'ascite, est la diminution de l'albumine.

— Un interne des hôpitaux de Paris a présenté un cas pathologique intéressant, et heureusement peu grave. A la suite d'un travail d'esprit de deux mois, sans autre cause, et manifestement par celle-là, il a été pris d'accès de fièvre intermittente tierce. Nous disons que c'est manifestement par cette cause que l'affection a été produite, parce que c'est la quatrième fois qu'elle survient chez M. R., dans les mêmes circonstances. C'est toujours après une grande application au travail et un défaut d'exercice corporel, que la fièvre s'est manifestée. Les accès sont caractérisés par les trois stades, et ils cèdent à l'administration du sulfate de quinine. On ne s'est pas assuré de l'état de la rate. Ajoutons que M. R. est sujet à des attaques de névralgie trifaciale et de gastralgie.

Ce fait concourt avec quelques autres à prouver que la fièvre intermittente ne reconnaît pas exclusivement pour cause le miasme paludéen. Mais n'abusons pas des cas de ce genre au point de prétendre infirmer l'importance étiologique de ce miasme. Si l'on réunissait dans une catégorie toutes les fièvres intermittentes produites par les émanations des marais, et, de l'autre, toutes celles qui en sont indépendantes, on verrait quelle disproportion existe entre ces deux catégories, et combien il est vrai que ceux de la seconde sont exceptionnels.

— Un officier se plaignait d'une gêne indéfinissable dans le cou. Le passage des aliments et des boissons dans l'œsophage était aussi facile que dans l'état normal. Il en était de même de la respiration et de la phonation. M. Marchal (de Calvi) soupçonna un allongement de la luette, qui était procidente, en effet, sans que, toutefois, le sujet éprouvât ce besoin réitéré de déglutir qui est caractéristique quand la luette est assez longue pour titiller la base de la langue. La luette fut excisée en entier.

Le malade se trouva soulagé; mais, au bout de quelques jours, la gêne se reproduisit. M. Marchal, portant le doigt sur le voile palatin, reconnut un épaississement notable de sa partie moyenne et inférieure. La tuméfaction n'était pas sensible à la vue; mais, évidemment, il y avait une tumeur comprise entre les deux muqueuses. Il fallait l'extirper sans diviser le voile dans toute son épaisseur. Pour cela, une incision fut pratiquée de haut en bas sur le milieu de la tumeur, et l'on disséqua les lèvres de la division à droite et à gauche. La tumeur fut ainsi mise à découvert par sa face antérieure, et il n'y eut plus qu'à l'exciser, en ayant soin de ménager la muqueuse postérieure, prolongement de celle des fosses nasales.

La tumeur était formé par un follicule agminé très hypertrophié.

La plaie s'est cicatrisée promptement, et le voile, sauf l'absence de luette, présente la configuration normale. Mais la gêne n'a pas complètement disparu, ce qui fait supposer qu'il existe peut-être, plus profondément, une tumeur du même genre. Les amygdales sont saines.

Le sujet, qui ronflait bruyamment avant la double opération, a cessé de ronfler. C'est la seconde fois que nous avons l'occasion de constater ce résultat à la suite de l'excision de la luette.

— Il y a eu dernièrement, dans le service de M. Baudens, au Val-de-Grâce, un garde municipal atteint d'une grenouillette volumineuse présentant une circonstance particulière: la persistance de l'orifice du conduit de Warthon. On pouvait, en pressant la tumeur, faire sortir un liquide limpide, non aéré, par l'ouverture normale de ce canal. Il y a donc deux variétés de grenouillette. Dans l'une, le conduit de la glande sous-maxillaire est oblitéré; la tumeur, c'est-à-dire la rétention, est le résultat de cette oblitération. Dans l'autre, la tumeur ne peut dépendre que du défaut de ressort des parois du conduit, dont la tunique externe, comme on sait, est dartoïde.

Puisque nous avons l'occasion de reparler de la grenouillette, nous en profiterons pour rappeler un procédé de M. le docteur Amédée Forget, qui rentre dans la méthode de M. Jobert (de Lamballe), et qui a procuré un succès complet à son auteur dans le seul cas où il ait été employé. Ce procédé a consisté à diviser crucialement la tumeur, de manière à ob-

tenir quatre lambeaux qui ont été renversés et fixés aux parties voisines par des points de suture. Dans les premiers jours les lambeaux se rapprochèrent par leur base, mais la cautérisation des parties saignantes à l'aide du nitrate d'argent, et l'introduction réitérée d'une sonde entre les lambeaux, s'opposa à l'adhésion qui aurait pu résulter de ce boursouflement. Il y a longtemps que l'opération a été faite, et le succès ne s'est pas démenti.

— Il règne en ce moment, à Paris, une épidémie de rougeole qui n'a rien de très grave ; mais, à l'hôpital des Enfants-Malades, et surtout dans le service des enfants à la mamelle de M. Trousseau, à l'hôpital Necker, la rougeole importée au commencement de l'année, par un petit malade amené du dehors, s'est propagée dans les deux salles Sainte-Julie et Sainte-Thérèse.

Par une fatalité singulière, quoique la température des salles soit très favorable, tous les petits malades (*sans exception*) ont été frappés de pneumonie.

Chez le plus petit nombre, la pneumonie a débuté pendant la période d'ébullition (première période ou d'invasion), et l'éruption ou a avorté complétement, ou s'est manifestée par des rougeurs à peine visibles. Chez ces enfants, la pneumonie a marché avec une vivacité extrême, et la mort est arrivée rapidement. Il a semblé que l'espèce de crise qui se fait ordinairement du côté de la peau, s'était faite sur le poumon, dont la congestion et l'état phlegmasique avaient été aggravés d'autant. Tous ces petits malades sont morts *sans exception.*

Les autres ont été atteints pendant la période d'éruption. Chez eux, la maladie a été également grave, soit que l'éruption ait paru avec ses caractères normaux et ses formes naturelles, soit que les boutons aient pris de bonne heure une coloration trop vive ou une lividité remarquable.

La pneumonie, chez les enfants compris dans cette dernière catégorie, a eu, en général, un peu moins de gravité que chez les enfants de la première. Toutefois, cette gravité a été bien grande, car deux enfants seulement ont survécu, et leur vie a été assez longtemps en danger.

Le traitement a été d'une énergie extrême. Les antiphlogistiques, les antimoniaux, les révulsifs ont été employés sans succès.

La maladie, chez quelques-uns des petits malades, s'est développée avec une rapidité extraordinaire. Matin et soir on auscultait la poitrine avec un grand soin, et il est arrivé plusieurs fois à M. Trousseau de trouver du souffle dans tout un poumon où quelques heures auparavant on n'entendait rien d'anormal.

L'autopsie a permis de constater des pneumonies lobulaires fort étendues ; des pneumonies pseudo-lobaires, et quelquefois un engorgement assez considérable des ganglions lymphatiques des bronches.

En cherchant les causes qui ont rendu cette épidémie si désastreuse, M. Trousseau n'en trouve aucune qui soit satisfaisante. Le long séjour dans les hôpitaux ne peut être invoqué ici ; car plusieurs des enfants n'étaient arrivés dans les salles que depuis quelques jours.

On se demande si la maladie du premier malade, accidentellement fort grave, s'est transmise aux autres avec sa gravité originelle ; si, en un mot, la semence morbifique (pour nous servir d'une expression ancienne), a conservé ses qualités, quelle que fût l'organisation dans laquelle elle avait été introduite ? X...

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De la dyspepsie et de son traitement.

(Suite du numéro du 14 mars.)

Nous avons dit que suivant les âges le nombre des repas devait être varié ; que l'enfant nouveau-né pouvait prendre le sein toutes les deux ou trois heures ; que plus tard, trois ou quatre repas étaient encore nécessaires ; qu'enfin, dans un âge plus avancé, chez l'homme de quarante à quarante-cinq ans, deux repas, dont l'un seulement était copieux et substantiel, suffisaient amplement, surtout lorsqu'il s'adonnait à des travaux de cabinet. De plus, nous avons insisté sur ce fait, que souvent la multiplicité des repas était la seule cause de la dyspepsie. C'est principalement chez les personnes qui, outre leurs repas réglés, mangent continuellement pendant la journée, soit des gâteaux chez les patissiers, soit des bonbons, etc., que cette maladie s'observe. Il est d'observation aussi que les enfants ont le plus souvent l'estomac dérangé à la suite des moments du jour de l'an, où ils mangent une grande quantité de sucreries.

Non-seulement il faut que les repas s'éloignent à mesure que l'on avance en âge, mais encore il faut qu'ils deviennent moins copieux. Une fois arrivé à sa quarantième année, l'homme ne doit plus faire qu'un seul repas avec de la viande; le repas du matin doit être léger.

A l'aide de ces précautions, nous avons vu des personnes qui étaient sujettes à la dyspepsie, revenir à la santé, du moment qu'aux aliments solides, et dont la digestion est difficile, elles avaient substitué le laitage, les légumes, les œufs. Cette alimentation plus légère faisait disparaître la céphalalgie, les rougeurs de la figure, les palpitations, les borborygmes intestinaux, l'agitation des nuits, etc.

Il est nécessaire, du reste, au milieu de tout cela, de tenir compte des habitudes des sujets. Lorsque vous observez des phénomènes qui se rattachent à la dyspepsie sur des sujets chez lesquels aucune autre cause ne peut vous rendre compte de cet état pathologique, vous arrivez naturellement à cette cause, et presque toujours vous la trouvez comme point de départ de l'affection névralgique que vous avez à combattre.

On conçoit que dans certaines professions actives et très fatigantes, les individus qui s'y livrent peuvent prendre deux fois par jour de la viande à leurs repas, même dans un âge avancé.

4° Le trouble des fonctions digestives est quelquefois aussi le résultat de l'emploi des médicaments. Certaines substances irritantes, les mercuriaux, quand on les donne à trop haute dose ou trop longtemps, l'abus du baume de copahu, du poivre cubèbe, du quinquina, du sulfate de quinine, produisent souvent les mêmes résultats. Tous les médicaments excitants, irritants, laissent l'estomac dans des conditions telles, que les digestions sont des plus laborieuses. Les saignées, les débilitants, ont le même effet sur les organes de la nutrition.

5° Nous rangerons encore parmi les causes de la dyspepsie l'habitude de la constriction par les vêtements. La pression du corset, chez les femmes, est une cause déterminante très commune de la névralgie de l'estomac. Chez les hommes, il est rare qu'une circonstance semblable se rencontre, parce que les vêtements ne sont pas ordinairement assez fortement serrés pour que les intestins soient gênés dans leur action.

Nous avons omis de dire, en parlant des aliments, que souvent la digestion des liquides est extrêmement difficile. Quelquefois certains individus, après avoir bu, éprouvent dans le ventre des gargouillements très incommodes. Parmi ces sujets, il y en a qui doivent ne prendre que fort peu de boissons. Le régime sec est préférable pour eux. Toutes les fois que vous pouvez acquérir la certitude par la succussion que les liquides ne sont pas absorbés dans l'estomac, il faut recommander aux malades de boire très peu ; presque toujours dans ces cas là la salive suffira pour mouiller les aliments, et aider à la digestion.

D'après toutes les considérations que nous venons de vous présenter, et l'énumération que nous avons faite des principales causes sous l'influence desquelles se produit la dyspepsie, il vous est facile de comprendre quel doit être, dans les divers cas, le traitement de la maladie qui nous occupe. Ici, comme dans toutes les maladies, l'on devra d'abord chercher à remonter à la cause qui a produit la dyspepsie. C'est là la première indication. Une fois cette cause trouvée, on tentera de la détruire, *sublatâ causâ, tollitur effectus.* Vous avez donc à considérer la dyspepsie sous le rapport de ses causes, par la cessation desquelles, bien plutôt que par l'emploi des médicaments, vous parviendrez à la guérir. Il arrive souvent que l'on puisse donner quelques remèdes, quelques substances thérapeutiques comme adjuvants du traitement hygiénique ; mais c'est plus souvent pour agir sur l'imagination du malade que sur l'organe affecté. Ainsi, par exemple, on combinera l'emploi des remèdes avec l'exercice. Dans la plupart des maladies l'exercice n'est considéré que comme un moyen ordinaire ; dans la dyspepsie, il constitue une des médications les plus énergiques et les plus efficaces.

En première ligne parmi les moyens thérapeutiques, nous plaçons les tisanes et les préparations amères, que l'on décore vulgairement du nom de stomachiques. Inutile de vous dire qu'il n'y a pas de stomachique absolu. Les vrais stomachiques sont les substances qui combattent l'état pathologique dont on veut se rendre maître. Si le malade est d'un tempérament lymphatique, s'il a les chairs flasques, la fibre molle, on se trouvera bien d'employer les toniques. Il y a des cas où l'on prescrira seulement les excitants, le vin, les liqueurs alcooliques, le café à l'eau. D'autres fois on réunira dans la même préparation les excitants et les toniques, le vin de quinquina, par exemple, le vin de gentiane. Quelques individus se trouveront bien de l'emploi des eaux gazeuses ; l'eau de Seltz est la plus communément employée. Chez quelques sujets qui ont une légère disposition à l'acidité de l'estomac, aux renvois acides, on prescrira de préférence les eaux gazeuses alcalines, l'eau de Vichy, l'eau de Bussang. Les bains froids, les affusions froides, qui ont la propriété d'ajouter à l'action de l'estomac, réussissent aussi très souvent et produisent quelquefois des effets merveilleux.

Il y a des cas où la dyspepsie persiste, par cette seule mais très importante raison que les malades sont dans l'impossibilité absolue de suivre un traitement convenable, soit par leur profession même, dont ils ne peuvent changer, soit par la modicité de leurs ressources.

Lorsqu'il y a à la fois dyspepsie et hypochondrie, les digestions se trouvent suspendues, et le moral du malade s'affecte gravement. Dans ces circonstances, et lorsque cela est possible, il faut conseiller les voyages. Si le malade a quelque énergie, on l'engage à voyager à pied, à se mettre en route le sac sur le dos, à faire des voyages de cinq à six mois de suite. S'il est possible aussi, on l'engagera à voyager avec un ami, les voyages à deux procurent toujours plus de distraction et de meilleurs résultats. A leur retour, il est nécessaire que les malades ne reprennent pas une profession sédentaire, et ne retombent pas dans le vie inactive.

Confondre la dyspepsie, comme on l'a fait pendant longtemps, avec la phlegmasie, de l'estomac, c'est, on le voit, se tromper grandement, et l'on voit aussi combien le traitement de la première affection, éminemment nerveuse, diffère du traitement de l'inflammation.

Pour nous résumer en deux mots, nous dirons que la dyspepsie est un genre de maladie qui ne rentre pas dans le cadre nosologique; il n'y a pas le moindre rapport entre elle et la phlegmasie de l'estomac, c'est une maladie toute particulière qui se rencontre à chaque instant dans la pratique et qui trouve sa guérison dans la connaissance des causes qui la déterminent.

Péritonite. Tumeur dans la fosse iliaque.

Nous avons dans nos salles une malade qui éprouve une douleur vive dans la région iliaque droite, la pression est extrêmement douloureuse dans cette région. Lorsque l'on a surmonté la résistance musculaire des parois abdominales, on sent une rénitence bien manifeste dans une étendue de sept à huit centimètres verticalement. Cette rénitence paraît être produite par une espèce de tumeur mal circonscrite. Cette femme est malade depuis une douzaine de jours, d'une manière plus intense depuis quatre jours.

La présence d'une douleur accompagnée de tuméfaction aussi étendue, est un fait pathologique qui appelle l'attention du médecin d'une manière toute spéciale; toutes les fois qu'une circonstance pareille vient à se manifester, il faut s'attacher à rechercher quelle est la cause à laquelle on peut attribuer la production de cette douleur, de cette tuméfaction.

La première pensée qui se présente à l'esprit est celle-ci : Ce peut être un phlegmon iliaque. Le tissu cellulaire peut être le siége d'une inflammation primitive, qui se terminerait quelquefois par suppuration, et qui peut se vider par le rectum, par la vessie ou par le vagin dans un grand nombre de cas. Ce phlegmon est plus commun dans les affections puerpérales que dans toute autre maladie. Bien d'autres causes peuvent donner lieu à des phlegmons de cette région : quelquefois c'est un phlegmon primitif; mais il y a aussi, et fréquemment, des phlegmons consécutifs et secondaires.

Il n'est pas très rare qu'il se forme dans cette région des occlusions intestinales; le passage d'une portion de l'intestin dans une autre ne constitue une maladie sérieuse que lorsqu'il y a des accidents d'étranglement, ces accidents sont communs lorsque l'intestin grêle entre dans le gros intestin. Une invagination d'une portion de l'intestin grêle dans une autre portion du même intestin n'amène pas ordinairement de graves inconvénients. On a supposé qu'ils se faisaient souvent peu de temps avant la mort, et qu'ils étaient en quelque sorte un résultat de l'état de faiblesse des sujets à ce moment.

Il en est autrement lorsque l'intestin grêle s'invagine dans le gros intestin. Il faut dire, pour pouvoir se rendre compte de toutes les circonstances qui favorisent cette invagination ou s'y opposent, que si d'une part elle est rendue plus difficile par la présence de la valvule de Bauhin, d'autre part elle est plus facile par ceci que le gros intestin est immobile ou du moins peu mobile, tandis que l'intestin grêle est au contraire très mobile. Cette double condition de mobilité extrême de l'un et d'immobilité de l'autre intestin peut rendre la maladie plus facile. La présence de la valvule la rend moins aisée, mais aussi la chose est plus grave une fois que l'accident a eu lieu.

L'invagination a donné lieu quelquefois à une gangrène de la portion invaginée ; l'eschare, formée par la portion étranglée, se détache ; la portion supérieure et l'inférieure contractent des adhérences ensemble, et la continuité du tube digestif se conserve ; la partie qui s'est mortifiée est rendue par les selles.

Dans d'autres cas, le phlegmon est secondaire ; mais il est produit par d'autres lésions que celles que nous venons d'indiquer. On a vu, dans quelques circonstances, un phlegmon de la fosse iliaque déterminé par une perforation survenue dans l'appendice iléo-cœcal. Il peut s'arrêter dans cet appendice des portions d'aliment qui ne soient pas susceptibles d'être digérées ; des corps aigus, de petites portions d'os, des arêtes de poisson se sont introduits dans cet appendice, et, avec le temps, il s'est déterminé une sorte d'usure qui a produit la perforation. De là une inflammation souvent mortelle. Quelquefois il se forme des adhérences qui limitent la tumeur, et la rendent moins grave. Mais, il faut le dire, cette perforation de l'appendice entraîne le plus souvent, non pas la formation d'un phlegmon du tissu cellulaire de la fosse iliaque, mais une péritonite qui fréquemment devient générale, et entraîne la mort du sujet.

D'autres fois, la perforation a lieu par un mécanisme tout autre, et dans un autre point de la dernière portion de l'intestin grêle, ou dans le cœcum. C'est dans la dernière période de la fièvre typhoïde que cette affection spéciale a son siége dans les plaques de Peyer. C'est ainsi qu'ont lieu les perforations intestinales observées fréquemment dans le cours des affections typhoïdes, et qui ont donné lieu à des tumeurs phlegmoneuses analogues à celles que nous étudions maintenant.

Ainsi, comme vous le voyez, ces tumeurs, de l'existence desquelles nous avons le sentiment dans la fosse iliaque droite, tumeurs sur lesquelles du reste il n'est pas impossible de se tromper, peuvent reconnaître plusieurs causes éminemment différentes. Nous disons qu'il n'est pas impossible de se tromper sur l'existence de ces tumeurs ; en effet, quelquefois, par suite des contractions partielles des muscles de l'abdomen, il arrive que l'on croit trouver une tumeur là où il n'y en a réellement pas. Il y a une sorte d'instinct qui conduit les malades à se soustraire à la pression. Mais cette erreur est plus fréquente dans la région épigastrique que dans la fosse iliaque. Dans cette dernière région, les muscles ne présentent pas cette disposition résultant des interstices, qui simule souvent les tumeurs phlegmoneuses. Quelquefois, c'est la distension de l'intestin par des gaz qui en impose. Il est souvent difficile de distinguer la rénitence résultant de l'accumulation des gaz, de celle qui serait produite par l'accumulation de liquides réunis en collection. Ici, la percussion est d'un grand secours. Dans les cas où il y a des gaz seulement, la percussion donne un son clair. Lorsqu'il y a de l'inflammation, du liquide, du pus, le son est obscur.

Cette matité, preuve incontestable de la présence d'un liquide, s'observe chez la malade dont nous vous entretenons en ce moment. Lorsque l'on percute dans la région de la fosse iliaque droite, on constate facilement un son plus obscur que dans les autres parties de l'abdomen. Nous savons

que souvent la contraction musculaire rend le son moins clair qu'il ne le serait ailleurs ; mais ici, la malade n'a pas d'embonpoint, elle est même maigre. Il y a tout lieu de croire que la rénitence et l'absence de sonoréité sont dues à une autre cause qu'à une collection gazeuse. Il n'est pas rare que le passage du liquide soit possible dans un point quelconque de l'intestin.

Tel est l'ensemble de phénomènes que présentent cette malade, et parmi les affections qui paraissent pouvoir les produire il y a, en première ligne, l'invagination. Disons tout d'abord, que nous sommes peu disposé à admettre cette cause dans le cas actuel. Lorsqu'il y a invagination de cette nature, on observe tous les phénomènes qui se rattachent à l'existence de la hernie étranglée ; c'est la présence de ces symptômes sans hernie appréciable qui fait porter le diagnostic d'un étranglement interne.

L'HÉPATISATION DE LA PNEUMONIE AIGUE ÉTUDIÉE AU MICROSCOPE,

Par J.-A. Rochoux, médecin de l'infirmerie de Bicêtre, etc.

L'état caractéristique de la pneumonie aiguë, désignée sous le nom d'hépatisation, était déjà connu de l'auteur du livre *De prisca medicina*, qui de plus a donné de son mode de formation une explication fort peu satisfaisante (1). Le même auteur, à en croire Morgagni, aurait observé les concrétions des bronches (2), dont Galien parle très expressément (3). Quoi qu'il en soit, l'hépatisation et les concrétions bronchiques ont, jusque dans ces derniers temps, presque toujours été étudiées comme des affections habituellement séparées l'une de l'autre. Lobstein est un des premiers, et peut-être le premier, qui ait parlé de la coexistence des concrétions bronchiques avec l'hépatisation dite granuleuse (4), qui doit principalement nous occuper ici. Cependant, l'éveil donné par le professeur de Strasbourg n'a pas empêché M. Nonat de voir dans les concrétions bronchiques un phénomène en quelque sorte propre à la grippe de 1837, ne s'étant montré, à cette époque, qu'accidentellement, et tout au plus une fois sur trois, dans les pneumonies soumises à son observation (5). Au lieu de cela, il est certain, comme l'assure Lobstein, que les concrétions bronchiques accompagnent toujours les pneumonies aiguës caractérisées, à l'autopsie, par l'hépatisation. Mon but étant d'établir ici la coexistence de ces deux états morbides, il me semble indispensable à l'intelligence du sujet, d'indiquer avec quelques détails en quoi consiste la structure du poumon.

Ainsi que Malpighi l'a démontré le premier (6), c'est un organe essentiellement membraneux, dont le tissu, véritablement exsangue, quoique livrant passage à tout le sang en circulation, se trouve disposé de manière à former un très grand nombre de petites cellules ou vésicules communiquant entre elles par des ouvertures proportionnellement très larges, et au milieu desquelles se terminent les divisions beaucoup moins nombreuses des bronches. Des nerfs, de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques, se ramifient sur les parois, et surtout dans les angles que forment entre eux les petits plans, ou plutôt les petites surfaces courbes dont se composent les cellules, qu'il est important de bien connaître, puisqu'il règne à leur égard un très grand dissentiment entre les anatomistes.

Mesurés et pesés avec une exactitude qui ne laisse place qu'à de très légères rectifications, les poumons m'ont donné, en volume, 4 453,000 millimètres cubes, et en poids, 1 kilogramme, représentant, en volume, 952,300 millimètres cubes. Cette quantité, plus 199 800 millimètres cubes, pour le volume des bronches, ôtée de la première, restent 3.400,900 millimètres cubes, qui, pour les deux poumons, donnent 583,000,000 de vésicules, en portant le diamètre de chacune d'elles à mm. 0,18. A présent, comme les bronches ne sont pas soumises à plus de 15 divisions dichotomiques, après la dernière desquelles elles ont environ mm. 0,26 de diamètre, leur nombre s'élève seulement à 32,768, nombre qui, dans l'hypothèse de Reissessen, serait celui des cellules. Mais, comme il y en a, au lieu de cela, près de 600,000,000, il en résulte que 17,790 de ces cellules se trouvent groupées autour de chaque bronche terminale, occupant dans cette répartition un cube de 5.102 millimètres de côté. Dans le dernier millimètre environ de son trajet, chacune des divisions bronchiques reçoit tout autour les ouvertures de plusieurs cellules, puis se termine en s'abouchant dans trois ou quatre à la fois.

On voit par cet exposé avec quelle admirable égalité de répartition l'air arrive dans tous les points du poumon. Pour achever de s'en faire une idée exacte, il faut se rappeler que les vésicules communiquent toutes entre elles par de larges ouvertures. Hales leur suppose, en étendue, le tiers de la surface des cloisons dont sont formées les cellules : elles m'ont paru en avoir près de la moitié. D'après cela, la surface de 583,000,000 de vésicules, déduction faire de la moitié, à cause de leurs ouvertures, étant de 56,660,000 millimètres carrés, cette quantité, augmentée de 1,298,000 millimètres carrés, étendue de la surface des bronches, donne 57,949,000 millimètres carrés pour la surface des voies aériennes en contact avec l'air, ou plus de trente-trois fois l'étendue de la peau.

Tel se présente le poumon examiné sec, et après avoir été insufflé, comme le faisait Malpighi, sans autre préparation, sans injection aucune, et seulement en examinant au microscope ceux des vaisseaux capillaires dont la cavité ne s'est pas vidée de sang, comme on en trouve toujours, soit dans un point, soit dans un autre, on s'assure que ces vaisseaux forment autour de chaque paroi de cellule, des espèces d'anneau, d'où résulte un vaste réseau à plusieurs centaines de millions de mailles, où se rendent les dernières ramifications artérielles, et d'où partent les premiers ramuscules veineux.

A l'état frais, et sous un grossissement de 400 à 500 diamètres, le tissu des vésicules semble entièrement formé, comme celui des membranes séreuses, par ces filaments déliés dont le tissu dit cellulaire est essentiellement composé. Ils y semblent seulement plus serrés, plus rapprochés, que dans les membranes séreuses ordinaires. Aux orifices de communication des vésicules entre elles, ce tissu forme une sorte de bourrelet à filaments à peu près parallèles dans leur contour, tandis que sur le reste de la surface des cloisons il offre cet entrecroisement tortueux, vermicellé, qui le caractérise. Les cloisons elles-mêmes ont une épaisseur de 0,0168 mm. ; ce qui est en parfait accord avec les résultats établis ci-dessus, d'après le poids et le volume du poumon.

Il n'est aucune de ces nombreuses particularité de fracture (7) qui ne puisse, comme on va voir, servir à nous éclairer sur l'hépatisation pulmonaire, et sur les nombreux phénomènes qui s'y rattachent ou en dépendent.

Lorsqu'on examine un poumon hépatisé au second ou au troisième degré, et même aussi dès le passage du premier au second degré, on trouve son tissu compacte, dépourvu d'air, présentant à la coupe et mieux encore à la déchirure, l'aspect granulé de la substance du foie. Une incision faite à travers le tissu ainsi transformé, fait ruisseler le pus de tous les points où la couleur de l'organe commence à passer du rouge au gris. En même temps on voit toute la surface de la coupe remplie ou occupée par une foule de petites granulations d'un gris légèrement rosé, d'un volume assez uniforme. Si l'on passe ensuite, en appuyant un peu, le tranchant du scalpel sur la même surface, on enlève à pleine lame un liquide purulent plus ou moins mêlé de sang, qui, placé sur le porte-objet, offre tous les caractère du pus, et de plus laisse voir un certain nombre de granulations enlevées avec lui. Examiné de nouveau après avoir été ratissé, la coupe du poumon montre, aux lieux ou avant on n'aurait observé que les saillies des granulations, de petits enfoncements demi-sphériques, reste des cavités ou vésicules dans lesquelles les granulations se sont montrées, et d'où elles sont sorties par une véritable énucléation.

La chose se voit plus manifestement encore en enlevant avec un bistouri bien affilé un petit morceau, un copeau de poumon hépatisé, d'un ou deux millimètres au plus d'épaisseur au centre, et taillé de manière à avoir ses bords aussi minces que possible. Un fragment dans ces conditions placé sous le microscope, laisse voir très distinctement, même dans le milieu de la surface, les granulations contenues dans les vésicules, et en outre les orifices et les parois de ces petites cavités, tels qu'ils ont été décrits. Tout cela se distingue bien mieux sur les bords du fragment rendus transparents par leur minceur ; là on voit toujours un plus ou moins grand nombre de cellules vides de leurs granulations. Souvent cinq ou six de ces concrétions se tiennent entre elles de manière à former comme des grappes. Que si par son action le bistouri n'a pas détaché de ces grappes, il est très facile d'en avoir, en tirant ou en déchirant un peu le bord de la petite pièce avec la pointe d'une aiguille bien acérée.

L'aspect extérieur des granulations est tout à fait en harmonie avec le mode de formation qui vient de leur être attribué (8). En effet, leur contour offre un trait nettement arrêté, tandis qu'un tubercule de même volume, qui, pour le dire en passant, n'est jamais énucléable (9), a toujours sa surface enveloppée d'un tomentum filamenteux abondant, résultat du bris des vaisseaux et des nerfs du tissu pulmonaire dont on l'a retiré (10). La substance de la granulation diffère aussi beaucoup de celle du tubercule ; elle est d'un bleu-grisâtre mat une fois bien lavée (11), et composée de filaments entortillés semblables à ceux des tissus tendineux de la vie organique, ou plutôt identiques à ceux qui constituent la couenne inflammatoire du sang. Il est donc certain que la portion fibrineuse de ce liquide, en se moulant dans les cellules qu'elle a remplies, forme les granulations de la pneumonie (12).

Les concrétions bronchiques qu'on rencontre toujours avec les granulations, quand on veut bien se donner la peine de les chercher (13), n'ont pas une autre origine ; c'est aussi de la fibrine moulée dans les dernières ramifications des bronches. Quelquefois ces concrétions ont une assez grande longueur, et commencent dès la quatrième ou cinquième avant dernière division des canaux aériens. D'autres fois elles ne sont bien apparentes que vers l'avant-dernière, ou l'antépénultième division bronchique. Si alors on n'y apporte pas une certaine attention, il est facile de ne pas les apercevoir. Les a-t-on trouvées, il devient plus facile encore que dans les injections de M. Giraldès (14), de les suivre à travers les bronches terminales jusque dans les vésicules, où elles se perdent en fournissant des pédicules aux grappes des granulations. Dans tous les cas, la surface, et même une certaine épaisseur de ces concrétions, est pénétrée ou entourée par une couche de pus à globules très manifestes qui les préserve de toute adhérence avec la membrane des tuyaux bronchiques. On peut, à cause de cela, les en extraire aussi aisément, qu'on sort des cellules où elles sont contenues, les granulations, dont elles offrent la texture entièrement fibrineuse.

Cette facilité d'extraction, dans les deux cas, explique un fait important récemment observé par Remak. Ce médecin, comme on sait, a constaté que dans la pneumonie arrivée au second degré les crachats des malades contiennent des débris de concrétions bronchiques, dont il a parfaitement reconnue l'origine, mais sur la composition desquelles il cherche à se tromper en se refusant à les croire uniquement formées de fibrine (15). Quoi qu'il en soit, l'expectoration abondante et facile des concrétions bronchiques et des granulations contenues dans les vésicules vient à son tour nous éclairer sur le mode de guérison en nous faisant connaître la voie d'expulsion des corps étrangers, par la formation desquels le poumon se trouve dans des conditions qui sembleraient devoir rendre impossible son retour à l'état primitif, comme l'assure M. Bourgery, ajoutant ensuite qu'après la guérison la portion de poumon humain précédemment enflammée acquiert la texture d'un poumon de poisson (16). Mais comment le croire quand on compare la fréquence très grande de la pneumonie avec l'extrême rareté des altérations du tissu pulmonaire qu'on pourrait, à l'ouverture des cadavres, considérer comme ayant succédé à la guérison de cette maladie ? Nous ajouterons, pour montrer qu'elle est presque toujours radicale et complète, un autre fait, c'est que sur une portion de poumon en pleine suppuration et dont le tissu organique semble, au premier coup d'œil, complétement dénaturé, il présente cependant, examiné au microscope, tous les caractères que nous lui avons reconnus dans l'état normal et, chose remarquable, conserve encore une ténacité, une force de cohésion bien supérieure à ce qu'on devait s'attendre à la trouver.

Les granulations et les concrétions, dont l'existence est constante dans la pneumonie aiguë, se trouvent-elles également dans la pneumonie chronique ? Ici, je ne sais que répondre. D'abord, il peut se faire que dans le cours de la maladie les concrétions développées au début du mal soient expectorées à une époque quelconque de sa durée de manière à disparaître entièrement avant la mort des sujets. Il se pourrait aussi que, dans une inflammation lente et peu intense du tissu pulmonaire, le sang nécessaire à former ces diverses productions ne fût pas versé en quantité suffisante soit dans les vésicules pulmonaires, soit dans les dernières ramifications des bronches. Toujours est-il que ceux qui se sont le plus attachés à faire connaître anatomiquement la pneumonie chronique, Bayle, MM. Chomel, Andral, Raymond, Charleton, Corbin, etc., ne parlent pas, dans leurs descriptions, de l'état granuleux des poumons ou le regardent comme exceptionnel (17). Laënnec seul dit l'avoir constamment rencontré (18). Les cas peu nombreux de pneumonie chronique qu'il m'a été possible d'observer, sont loin, si ma mémoire est fidèle (19), de venir à l'appui de son opinion. Il y a plus, Hourmann et plus récemment M. Legendre ont observé des cas pathologiques qu'ils rapportent soit à la pneumonie aiguë, soit à un état subaiguë, et dans lesquels il y a eu absence de granulations. Le premier de ces médecins décrit l'affection sous le nom de pneumonie à *forme plane* (20), le second l'appelle *état fétal*, facile à reconnaître par la promptitude avec laquelle l'insufflation de la partie malade du poumon y rétablit la crépitation, ce qui n'a pas lieu dans la véritable hépatisation (21).

Concluons de tout ceci qu'il nous reste encore beaucoup à apprendre sur diverses affections du poumon autres que son inflammation aiguë, par exemple la pneumonie hypostatique de M. Piorry (22), et les noyaux d'infiltration sanguine que, depuis Laënnec, on appelle apoplexie pulmonaire (23). Dans ce dernier cas, et sans doute aussi dans le premier, le sang est infiltré dans tout le tissu pulmonaire, dans les vésicules, comme dans l'épaisseur des cloisons. En lotionnant à grande eau, sur le porte-objet, une parcelle de poumon ainsi affectée, on enlève peu à peu le sang qui l'infiltre ; et le tissu pulmonaire reparaît décoloré comme à l'état sain. Les vésicules, la texture filamenteuse de leurs parois, leurs orifices de communication se représentent alors à peu près comme à l'état normal. Mais, chose remarquable, la substance pulmonaire a perdu presque toute sa consistance, qui, comme il a été dit, se conserve encore d'une manière notable dans l'hépatisation aiguë. Ces données très imparfaites sont loin, il faut en convenir, de pouvoir compléter l'étude anatomique des lésions auxquelles elles se rapportent. En attendant elles démontrent, ce me semble, la possibilité de parvenir à reconnaître un jour, à l'aide du microscope, ce que des états pathologiques, déjà plus ou moins bien différenciés à l'œil nu, ont de radicalement distincts.

(1) Hippocratis opera edente Foësio, p. 18.

(2) De sed. et caus. morb., epist. XXI, art. 20.

(3) De loc. affect., lib. I, cap. 7.

(4) Arch. médic. de Strasbourg, t. Ier, p. 10 et 12.

(5) Recherches sur la grippe, etc. ; Archiv. gén. de méd., 2e série, t. XIV, p. 424. — Si M. Nonat avait fait un relevé plus attentif des lésions trouvées sur les cadavres de dix de ses malades morts de pneumonie, il aurait vu que, chez tous, il existait des concrétions bronchiques qui, en outre, se sont montrées quatre fois avec les granulations pulmonaires expressément mentionnées. (Op. cit., p. 216 à 233.)

(6) Opera omnia. De pulmonibus epist.

(7) Moleschot, dans une très bonne dissertation inaugurale, intitulée *De Malpighianis pulmonum vesiculis*, soutenue à Heidelberg en 1845, a non-seulement très bien démontré la justesse des opinions de Malpighi par rapport à la structure du poumon, il a encore fait preuve de beaucoup de jugement et d'une grande érudition en réfutant avec détails tout ce qui a été écrit de contraire à l'importante découverte de l'illustre Italien, depuis Helvétius jusqu'à nos jours. Espérons qu'enfin nous voilà pour toujours débarrassés des conceptions ineptes de Reissessen (De fabrica pulmonum) et de tout ce qui s'en rapproche plus ou moins.

(8) Hourman (Recherch. cliniques, etc. ; Arch. gén. de méd., 2e série, t. X, p. 284 et 285) explique à peu près comme Lobstein (Arch. méd. de Strasb., t. Ier, p. 10 et 12) la formation des granulations, dont il place le siége dans les vésicules pulmonaires. Mais, comme effrayé d'avoir énoncé à ce dernier égard une vérité capable de le compromettre, il se hâte d'ajouter, au sujet de sa seconde espèce de pneumonie : « Qu'elle soit ou non granulée, nous l'appelons *vésiculaire*, tout en faisant nos réserves sur cette expression, l'existence des *vésicules* ne nous étant pas parfaitement démontrée. » (Op. cit., p. 291.) — Ainsi, voilà une affection préalablement caractérisée de vésiculaire, et cela, dans la supposition prononcée possible de la non-existence des vésicules. Oh ! éclectisme, voilà de tes coups.

(9) Faute de ne pas savoir quel parti tirer d'une expérience aussi facile à faire que l'énucléation, Adisson a pu prendre pour de la matière tuberculeuse développée sous l'influence de la pneumonie, les granulations caractéristiques de l'hépatisation (*v.* Arch. gén. de méd., juin 1845, p. 223), et Rainey a été conduit à dire que les tubercules siégent aussi bien dans les vésicules pulmonaires que dans la propre substance du poumon (*v.* Arch. gén., février 1846, p. 209). — Partisan déclaré d'idées naguère fort en vogue parmi nous, le premier de ces médecins attribue à la pneumonie une grande influence dans la production des tubercules ; il paraît ignorer que, selon Bayle, tout en admettant des cas dans lesquels on est incertain si la pneumonie a précédé les tubercules, ou les tubercules la pneumonie (Recherches sur la phthisie, etc., p. 377), on peut, pour presque tous les autres, s'assurer que le mal a commencé par les tubercules. Eh bien ! Bayle était encore trop réservé dans sa manière de voir ; car il est démontré que les tubercules commençants se trouvent toujours dans des portions de poumon saines à tout autre égard (Journ. hebd. de méd., 1835, t. II, p. 200 ; et Bull. de l'Acad. royale de méd, t. X, p. 523), et qu'ainsi leur développement ne dépend d'aucun état pathologique appréciable aux sens, phlegmasique ou autre.

(10) Des Tubercules et principalement de ceux, etc. (Journ. heb. de méd., 1835, t. II, p. 132.)

(11) Comme feu Laënnec (Traité de l'auscult. médiate, 3e édit., t. Ier, p. 395), MM. Andral (Clinique méd., 2e édit. ; t. Ier, p. 498) et Chomel (Dict. de Méd., etc., t. XXV, p. 148) parlent des granulations de la pneumonie comme offrant un rouge plus ou moins foncé. Si ces deux excellents observateurs veulent bien examiner de nouveau ces productions, ils verront que, étant encore dans les vésicules, leur couleur grisâtre est seulement nuancée d'une légère teinte rosée, qui disparait bien vite quand on les plonge dans l'eau après les avoir retirées de ces cavités.

(12) Après avoir rêvé chez le vieillard trois types de poumon (Arch. gén. de méd., 2e série, t. VIII, p. 420 à 421), dont le troisième, malgré l'incorrection du dessin (fig. 5), montre manifestement des bulles d'emphysème prises pour des vésicules pulmonaires, Hourmann assure que, dans ce troisième type, on n'observe jamais de concrétions granuleuses (Op. cit., t. X, p. 280). En cela, il s'écarte autant de la vérité, qu'en supposant sur deux de ses types de vieilles femmes, les poumons baignés dans l'abondante sérosité qui se trouve habituellement dans les plèvres (Op. cit., t. XIII, p. 417 et 418), ou en avançant, pour se faire réfuter par un élève (Charleton : De la Pneumonie aiguë, etc., p. 18 et 19), que le sang des vieillards pneumoniques se recouvre rarement de couenne inflammatoire (Arch. gén., t. XII, p. 173). — Pour en revenir aux poumons de vieillards, ils diffèrent seulement, dirons-nous, des poumons d'adultes par le diamètre un tiers plus grand de leurs vésicules ; par l'abondance de la matière charbonneuse, et quelquefois par une rareté de tissu très remarquable. C'est assez dire qu'aucune des conséquences tirées de l'existence des trois types de poumon admis par Hourmann n'a de valeur.

(13) Appuyé sur un article de la Gazette médicale (1837, n° 4, p. 49), M. Nonat dit que les médecins anglais n'ont pas vu de concrétions bronchiques dans la grippe (Arch. gén. de méd., t. XIV, p. 241), et qu'elles n'ont pas davantage été observées par les auteurs qui, depuis 1510, nous ont donné l'histoire des épidémies catarrhales (Op. cit., p. 243). — Mais d'abord, dans ces épidémies, la mort des malades n'était pas toujours due à des pneumonies venant compliquer la maladie régnante ; ensuite il aurait été vraiment étonnant que, même dans les cas où elle dépendrait d'une pareille complication, on eût su découvrir des lésions pathologiques qui, de nos jours encore, passent presque toujours inaperçues.

(14) Bull. de la Soc. anatomique.

(15) Arch. gén. de méd., janvier 1846 : Recherches sur l'expectoration, etc., p. 82.

(16) Traité complet de l'anat. de l'homme, t. IV, p. 3.

(17) Recherches sur la phthisie pulmon., p. 373. — Dict. de médecine, etc., t. XXV, p. 224. — Clinique méd., 2e édit., t. Ier, p. 500. — De la Pneum. chroniq. simple, etc., 1842, n° 24, p. 39 et suiv. — De la Pneum. aiguë et chronique chez les vieillards, p. 38 à 40. — Gazette méd., décemb. 1844 : De la Pneum. chroniq., p. 830.

(18) Traité de l'auscult. médiate, 3e édit., t. Ier, p. 473.

(19) J.-A. Rochoux : Des Tubercules, etc. (Journ. hebd. de méd., 1835, t. II, p. 144).

(20) Arch. gén. de méd., 2e série, t. X : Recherch. cliniques pour servir, etc., p. 286.

(21) Arch. gén., 4e série, t. IV : Nouvelles recherch. sur quelques malad. du poumon, etc., p. 311.

(22) Mémoire sur la pneum. hypostatique ou engouement, etc.

(23) Traité de l'auscultation médiate, 3e édit., t. Ier, p. 362. — Deux pages plus loin, Laënnec assure que le tissu pulmonaire frappé d'apoplexie est granuleux à la coupe, comme le tissu hépatisé.

Correspondance.

Paris, ce 23 mars 1846.

Monsieur le rédacteur,

M. le docteur Le Roy n'ayant pas, à ce qu'il dit, l'intention d'entretenir avant moi l'Académie des sciences de mon *instrument à cuillers*, ma lettre ne devait pas le regarder. Je ne puis donc m'expliquer pourquoi, n'y étant pas nommé, il s'est chargé d'y répondre.

Cependant la chaleur et le développement que M. Le Roy a donnés

à sa lettre me porteraient à croire qu'il y avait, à son endroit, quelque chose de fondé dans la crainte que j'ai manifestée à M. le président de l'Académie des sciences. Dans ce cas M. Le Roy, pour être d'accord avec les assurances qu'il me donne, en sera quitte, s'il lit un mémoire, pour choisir un autre sujet. Ainsi, mon *percuteur à cuillers* n'entrera pas *dans la publicité, sous les auspices de l'Académie des sciences*, accolé à un nom fort honorable sans doute, mais qui ne ressemble en rien à celui de son inventeur.

Mais, que dis-je ! M. Le Roy renoncer à lire son mémoire, à ne pas entretenir l'Académie des sciences de ma découverte, à faire croire au public que c'est lui qui a inventé le moyen d'*extraire* les pierres vésicales par les voies naturelles, renoncer, enfin, à un moyen de publicité ! Non, non, de tels sacrifices seraient au-dessus de ses forces; il persistera, et, s'il persiste, que fera-t-il de cette phrase : « Que M. Heur» teloup se rassure, ce n'est pas de cela que je veux entretenir l'Académie. »

Que M. Le Roy veuille bien prendre en considération que l'Académie des sciences n'est pas le public, qui laisse faire et dire; c'est un corps éminent et scientifique, qui doit conserver, du moins je le crois, à ceux qui font des découvertes, l'avantage de les lui présenter et, *avant toute autre personne*, celui d'en développer les conséquences. C'est sous ce point de vue que j'ai cru devoir m'adresser à M. le président. En effet, que viendra dire M. Le Roy à l'Académie des sciences sinon qu'il a guéri des malades en *employant mon percuteur à cuillers?* Mais c'est ce que pourrait dire tout autre chirurgien, puisque, par l'application de mon instrument, j'ai donné l'exemple à tous. Les opérations que pratique la chirurgie, en général, relèvent-elles de ce corps éminent ? Non, sans doute; mais ce qui en relève, c'est l'invention, c'est la découverte, qui seule a droit à son intérêt et à son attention. Que M. Leroy sache donc que l'Académie des sciences n'a que faire de communications sans but, qui ne la regardent pas, et à l'occasion desquelles elle a déjà exprimé une fatigue marquée.

Je ne veux pas savoir ce que M. Le Roy entend par les mots «*faire de l'effet* » et « *manquer son effet.* » Silencieux pendant 14 ans au milieu des bruits de l'annonce et de la réclame, il est au moins singulier que mon confrère vienne me tenir ce langage. Le seul *effet* que je veux produire, et que je ne veux *pas manquer*, car il sera très légitime et très honorable, c'est de prouver que je suis parvenu, au moyen de mon *percuteur à cuillers* employé *comme je l'emploie* à extraire *par les voies naturelles* des pierres d'un volume déjà considérable, dans un temps souvent *plus court* que *par la taille*.

Je vois, quoi qu'en dise M. Le Roy, *d'un très bon œil* les exemples d'application qu'il a publiés de mon *percuteur à cuillers* quoiqu'il ait *toujours oublié* de nommer son auteur. Bien que sans grands résultats, et pour cause, ces observations me seront utiles. Ayant l'intention de présenter au concours cet instrument, et la *nouvelle manière* d'en tirer parti, je compte faire valoir la haute approbation de M. Le Roy et celle de mes autres confrères, tout en démontrant ce que leurs modifications peuvent avoir de rétrograde, et aussi qu'il est un moyen nouveau découvert par M. Le Roy de ne *pas rester stationnaire*, c'est de marcher..... en arrière. N'est-ce pas en effet rétrograder que de venir dire, à l'imitation d'un chirurgien anglais, qu'il faut exécuter au moyen d'un *ressort* l'action mécanique d'opérer une percussion, quand il a été prouvé que cette percussion pouvait être facilement opérée avec un *marteau ?* Emettre une semblable idée est-ce être sérieux ? Que l'on fasse cette proposition au plus simple ouvrier, il rira au nez du plaisant. La faire au chirurgien, c'est lui manquer, car c'est douter trop ouvertement de son intelligence. Le chirurgien sait bien que l'acte de percuter une pierre pour la briser dans la vessie doit être accompagné d'une force *surabondante* pour être *toujours* sûr de se débarrasser de la pierre en la brisant, et de ne pas s'exposer à laisser son instrument dans l'organe. Le chirurgien sait bien aussi que l'action de percuter n'est pas un acte exécuté sans motifs variables, car cette action doit être souvent puissante pour amener l'instrument à une fermeture *complète;* d'autres fois, elle doit être faite à petits coups pour disjoindre les couches de la pierre, et ces coups, suivant le besoin, doivent être pressés, lents, légers, pesants, variables enfin. M. Le Roy croit-il donc qu'une pierre molle et spongieuse de phosphates se percute *scientifiquement* comme une pierre sèche d'acide urique, et, celle-ci, comme une pierre dure d'oxalate de chaux ? Un *ressort* permet-il de développer dans la percussion le *sentiment* que toutes ces différences exigent ? D'une action toujours la même, ce ressort frappera-t-il assez fortement pour *fermer complétement* l'instrument d'un fort calibre, et ne frappera-t-il pas trop fort sur le petit instrument, qui alors se brisera, se déformera et restera dans la vessie ? M. Le Roy connaît pourtant quelque chose de ces malheurs. Pourquoi alors vient-il mettre tant de légèreté dans une chose grave et sérieuse, et proposer à l'Académie des sciences de faire reculer l'art chirurgical ? Mais je m'abandonne à faire de la science quand ce n'est pas mon intention.

Je ne puis *redevenir médecin* parce que je n'ai jamais cessé de l'être : des travaux importants et nouveaux en fourniront la preuve. Peut-être l'erreur de M. Le Roy provient-elle du silence dans lequel je suis resté; mais que mon remuant confrère me permette de lui dire que ce n'est pas le tapage qui fait le médecin, et que l'homme le plus utile est souvent le moins bruyant.

Je ne ferai plus qu'une observation à mon confrère; c'est que lorsqu'un médecin dit avoir inventé un instrument et surtout en fournit la preuve *imprimée*, il est de mauvais goût de jeter sur cette affirmation, et cette preuve, une phrase insidieuse qui ne prouve pas un bon sentiment. Je lui conseille donc d'effacer les mots suivants : . . . « et » s'il est vrai, comme il le dit, qu'il ait eu la première idée du *brise-» pierre évacuateur à cuillers*, il devrait...., etc. » Non, mon cher confrère, je n'ai pas eu seulement l'idée, mais j'ai fait l'instrument, et j'ai opéré avec devant témoins.

En définitive, M. le rédacteur, je présenterai à l'Académie des sciences, en 1846, un instrument que j'ai inventé en 1832, parce qu'il m'a fallu tout ce temps pour le faire arriver à sa perfection, de même que les *combinaisons accessoires* pour le mettre convenablement en usage. Je voulais ensuite, connaître si le procédé d'*extraire* par le *percuteur à cuillers* valait mieux que celui de *briser simplement* les pierres avec le *percuteur à dents :* or il a fallu beaucoup opérer pour arriver à la solution de ce point de chirurgie pratique. Je présenterai donc mon *percuteur à cuillers* à l'Académie des sciences, 1° parce que je ne le lui ai pas encore présenté; 2° parce que je crois devoir le présenter à présent; 3° parce que, ce qui a été publié sur cet instrument comme *monnaie courante*, n'a pas mon approbation. En agissant ainsi, j'use d'un droit que M. Le Roy semble priser à une haute valeur, car sa lettre prouve qu'il lui paraît assez doux d'en user à ma place. Mais je défendrai ce qu'il appelle *mon trésor*, de la possession duquel je ne suis d'ailleurs nullement inquiet, car la publication imprimée me le garde.

J'ignore quelles sont les *beaucoup de choses* auxquelles mon confrère *serait arrivé*, si, d'*après les conseils de quelques personnes de ses amis, il eût consenti à faire un peu le mort;* mais, ce que je sais bien, c'est que suivre ce sage conseil l'aurait forcé à garder un silence dont il se serait bien trouvé.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, insérer cette lettre, que je me trouve obligé malgré moi de vous envoyer à l'occasion de celle que vous a adressée M. Le Roy. Je l'ai fait de manière qu'elle ne donnât pas lieu à une réplique, car je serais vraiment fâché de concourir à surcharger votre utile *Gazette* de discussions qui ne mènent à rien.

Je vois que la lettre de mon confrère, dont je connais le caractère jovial, est parsemée de quelques plaisanteries qui pourraient être plus légères, mais je ne m'en fâche pas; et bien que M. Le Roy me paraisse un peu par trop oublieux, je m'empresserai, comme je l'ai toujours fait d'ailleurs, de saisir l'occasion de lui être agréable et utile.

Baron HEURTELOUP.

Monsieur le Rédacteur,

Le hasard m'ayant fait rencontrer chez vous M. le baron Heurteloup au moment où il vous apportait la lettre ci-dessus, je profite de cette circonstance pour faire suivre immédiatement ma réponse.

J'ai pris pour moi ce que disait M. Heurteloup dans sa première lettre, parce qu'étant seul inscrit avant lui à l'Académie des sciences pour une lecture, cela ne pouvait s'appliquer qu'à moi; l'on voit, de reste, que je ne m'étais pas trompé.

J'ai plaisanté M. Heurteloup de ce que sans connaître le contenu de mon mémoire, il réclame d'avance la priorité des idées que j'y ai consignées; loin de sentir ce qu'il y a de ridicule dans une telle prétention, il le rend encore plus apparent dans sa seconde lettre : c'est son affaire.

J'ai dit que M. le baron Heurteloup désirant, à ce qu'il paraît, redevenir médecin, voulait signaler sa rentrée dans la science par une lecture académique, et que son but avant tout était de produire de l'éclat et du tapage; ses deux lettres si agressives pour le chirurgien qui jusqu'alors avait le plus sympathisé avec sa personne et ses idées, en sont la preuve. Si j'ai donné à entendre que M. Heurteloup avait cessé d'être médecin, c'est que depuis dix ans il ne prenait plus ce titre, il le repoussait même; c'est que dans tous les ministères des puissances européennes il est moins connu comme médecin que comme armurier.

Si, dans les diverses communications et publications que j'ai faites relativement à l'extraction artificielle des débris de pierre et au lithotribe à cuillers, je n'ai point nommé M. Heurteloup, c'est qu'en conscience je pensais avoir le premier fait exécuter et appliqué cette forme d'instrument, dont il n'est question ni dans le Mémoire de 1832, ni dans le Rapport des prix de cette année. S'il m'est démontré que la priorité appartient à un autre, je suis d'autant plus disposé à l'abandonner que je n'avais pas songé à faire valoir les droits que je pensais avoir. Quant à la marche rétrograde que j'aurais suivie dans les applications du procédé de l'extraction artificielle, j'attendrai, pour me confesser et m'amender, que j'aie pu juger de la valeur des magnifiques perfectionnements qu'on nous annonce. M. le baron Heurteloup est un homme d'imagination et de persévérance; je ne serais donc point étonné qu'il eût fait encore d'excellentes découvertes. Toutefois, une chose m'étonne, dont je lui demanderai l'explication : Comment se fait-il qu'en France, où nous marchons, les uns terre à terre, les autres à reculons, la lithotritie soit devenue d'une application générale et vulgaire, tandis qu'en Angleterre, où elle recevait l'impulsion de la main de M. Heurteloup, elle soit tombée dans un tel discrédit qu'elle a peine à se soutenir en présence de la taille ?

J'ai l'honneur d'être, etc.

LE ROY-D'ETIOLLES.

NOUVELLES.

La nomination de M. le professeur Sédillot au titre de membre correspondant de l'Institut, a été accueillie avec joie par le corps des officiers de santé militaires. M. Marchal (de Calvi) l'a annoncée aux élèves du Val-de-Grâce à la fin d'une de ses leçons. « C'est pour nous tous, a-t-il dit, un grand lustre, que l'Institut ait appelé l'un de nos maîtres à une position qui fut celle des hommes les plus considérables de la chirurgie française. Je dis l'un de nos maîtres, car il a été le mien comme il est le vôtre, et je m'honore d'avoir été son élève comme d'être devenu son ami. Vous dire les titres de M. Sédillot, ce serait long et superflu en ce moment; notre enseignement vous les a fait connaître. Quand de pareils événements arrivent dans une corporation, elle a le droit de s'enorgueillir et de se réjouir. » Nous n'avons pas besoin de dire comment ces paroles ont été reçues.

— Nous recevons une lettre de M. le docteur Aran, dans laquelle il discute la théorie de M. Marchal (de Calvi) sur les bruits artériels; nous sommes obligé d'en différer l'insertion, à cause de l'abondance des matières.





PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 31 MARS 1846. (19e ANNÉE.) N°. 38. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 30 MARS 1846.

DE LA PESTE ET DES QUARANTAINES. — DOCTRINES SCIENTIFIQUES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous connaissons, et nous avons reproduit dans notre avant-dernier numéro les conclusions scientifiques proposées par la Commission de l'Académie de médecine. Elles nous suggèrent quelques réflexions préliminaires que nous demandons la permission de présenter avec déférence, mais en toute liberté.

Si le rapport de l'Académie de médecine était un rapport purement scientifique, si la discussion devait naître et s'éteindre dans son sein, si rien dans le monde administratif et politique n'en devait transpirer, si ce rapport enfin n'était pas destiné à être lu et médité par le législateur, nous n'aurions que des félicitations à faire à la Commission, que des éloges à donner à son travail. Nous ne croyons pas, en effet, que jamais ce sujet obscur et difficile ait été traité avec cette richesse de matériaux, cette sagacité de critique, cette ampleur d'étoffe que l'on a justement louées dans le rapport de M. Prus. Jamais aussi préoccupation plus grande de sincérité, de bonne-foi, de recherche scrupuleuse de la vérité. Ce rapport restera assurément comme un modèle scientifique à suivre, et figurera avec honneur dans les actes de l'Académie de médecine.

Mais, qu'on s'en souvienne, ce rapport n'est pas seulement destiné à élucider la question scientifique, mais encore et surtout la question pratique; il ne sera pas lu seulement par des savants, mais encore et surtout par des administrateurs, des législateurs, le plus grand nombre étrangers aux études médicales, et qui, d'un si beau travail, ne se préoccuperont guère que des conclusions. Or, et c'est là où nous en voulons venir, nous avons trouvé ces conclusions bien étendues, bien nombreuses, quelques-unes peu précises. Nous craignons que les législateurs ne s'égarent dans ces propositions diverses qui ne reposeront pas pour eux sur des bases qu'ils puissent suffisamment apprécier, sur des recherches dont la nature et la portée leur échapperont peut-être. Nous pensons qu'un résumé net, court et précis de toute cette partie scientifique du rapport eût produit plus d'effet sur l'esprit des hommes étrangers à la médecine, que cette profusion de conclusions dont on n'aperçoit pas toujours avec assez de netteté l'enchaînement logique. Le médecin sera sans doute complétement satisfait, le législateur peut-être sera fort embarrassé; le savant admirera la richesse du fond, l'administrateur se perdra peut-être dans des distinctions si nombreuses.

Une autre crainte tout aussi sérieuse nous domine, et celle-ci concerne l'Académie elle-même. Quel vaste et immense champ de discussion que ces conclusions nombreuses! Quelle magnifique occasion pour ces discoureurs de l'Académie qui parlent sur tout et à propos de tout! Aussi faut-il les voir attentifs, préoccupés, griffonnant de notes des rames de papier, préparant leur éloquence, aiguisant leurs arguments et attendant avec une visible impatience le grand jour de la discussion! La discussion, voilà l'écueil grave et sérieux de l'Académie; la Commission aurait dû tout faire pour l'amoindrir, ne pouvant l'éviter; elle l'a rendu, au contraire, plus dangereux et plus perfide en multipliant, sans nécessité absolue, des conclusions dont la moindre fera surgir des orateurs par douzaine. Il faut, dans cette grave occurrence, que l'Académie fasse appel à tout son bon sens, à toute sa fermeté, au sentiment surtout de sa considération pour faire bonne et prompte justice de ces chicanes de mots et de phrases dont le moindre inconvénient est la stérilité. En présence des grands intérêts qui sont en cause, la santé publique, le commerce de la France, nos relations et notre influence en Orient, les bienfaits de la civilisation à répandre plus sûrement et plus vite dans des contrées qui les ignorent, n'y a-t-il pas là pour l'Académie de médecine des motifs impérieux d'exiger une discussion calme, sérieuse, réfléchie, digne d'elle-même et du corps médical français dont elle est la tête!

Que l'Académie surtout prenne garde de se laisser innocemment entraîner à la dérive des questions purement théoriques ou de sentimentalité puérile qui ne mènent à rien. Une fois les grands principes scientifiques posés, reconnus et acceptés, qu'elle aborde franchement et avec hardiesse les propositions d'application; elle abrégera ainsi énormément sa besogne et celle du législateur. L'Académie n'oubliera pas la position qu'on lui a faite, pourquoi et comment elle est officiellement et forcément chargée de faire un rapport. Si M. le ministre du commerce ne l'a convoquée que pour se tirer d'embarras, elle s'empressera aussi, ne serait-ce que par reconnaissance, de faire cesser la position désobligeante où il se trouve, car la Commission du budget vient encore de voter une réduction de 10,000 francs sur les fonds alloués aux établissements sanitaires.

Après ces réflexions préliminaires, dans lesquelles l'Académie, nous l'espérons, ne verra qu'un but et qu'une intention louables, abordons l'examen des doctrines scientifiques de la Commission, mises en regard des doctrines de l'administration sanitaire.

La transmission de la peste par *contact* médiat ou immédiat, au moyen d'un *virus* très actif, tel est, avons-nous dit, le principe qui sert de base à notre législation sanitaire actuelle.

La Commission renverse cette doctrine de fond en comble. Voici son opinion à cet égard :

« La peste se propage à la manière des maladies épidémi-
» ques, c'est-à-dire par l'air (conclusion 11). »

« Aucune observation rigoureuse ne démontre la transmis-
» sibilité de la peste par le seul contact des pestiférés (concl.
» 13). »

« Des faits en très grand nombre prouvent que les hardes
» et vêtements ayant servi à des pestiférés, n'ont pas commu-
» niqué la peste aux personnes qui en ont fait usage sans au-
» cune purification (concl. 14). »

« La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans
» les pays où la maladie est endémique ou épidémique, n'est
» nullement prouvée (concl. 15). »

« La peste est transmissible dans les foyers épidémiques
» par les miasmes qu'exhalent les pestiférés et par les foyers
» d'infection qui peuvent en résulter (concl. 16). »

Hors de ces foyers où la peste est endémique et épidémique, et qui sont la Turquie, l'Egypte et la Syrie, la Commission déclare que :

« La peste peut se transmettre soit sur des navires, soit
» dans les lazarets (concl. 17); »

« Que la maladie n'est pas transmissible par le contact im-
» médiat des pestiférés (concl. 18); »

« Qu'il n'est pas prouvé que la peste, soit transmissible
» par les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés
» (concl. 19); »

« Que rien ne prouve que les marchandises puissent trans-
» porter la peste (concl. 20); »

« Que la peste peut se transmettre par infection miasmati-
» que, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels
» (concl. 23); »

« Que les pestiférés, en viciant l'air des localités dans les-
» quelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'in-
» fection pestilentielle qui transmettent la maladie (concl.
» 25). »

Ainsi, pour résumer en quelques mots la doctrine de la Commission sur ce point capital et fondamental, la peste, soit dans les pays où elle est endémique, soit dans ceux où elle ne se montre qu'épidémiquement, ne se communique pas par le contact immédiat ou médiat; elle se développe sous l'influence de causes locales et atmosphériques; elle se propage par voie d'infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels émanés des malades; la Commission n'admet pas que les marchandises, les hardes, les vêtements puissent transmettre la peste et former des foyers d'infection.

Voilà donc la Commission qui oppose, au grand principe

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'ASSOCIATION MÉDICALE.

Réponse à M. le docteur X...., à V..... (Isère) (1).

Vous voulez bien me demander quelques renseignements sur le but, la nature, les moyens d'action de l'*association médicale*, sur les résultats que nous en espérons, sur les améliorations actuelles ou futures que nous en attendons dans l'intérêt scientifique et professionnel de notre grande famille. Mon désir le plus vif est de vous satisfaire, et je vais le tenter. Je connais la noblesse et la générosité de vos intentions; je sais que vos vœux les plus sincères sont pour le perfectionnement de notre belle science, pour le mieux-être de notre digne profession; mais je sais aussi — et votre lettre me l'eût prouvé si je l'eusse ignoré — que vous ne donnez pas à la légère dans des projets de réforme, que votre adhésion ne s'accorde qu'après mûre réflexion, et que votre enthousiasme n'est pas si pressé de s'épandre qu'il ait absolument besoin d'être contenu. Eh bien! ces dispositions me plaisent; elles sont pour moi un avertissement de m'adresser plus à votre raison un peu exigeante, qu'à votre cœur en garde contre tout entraînement; dispositions légitimes, après tout, qui indiquent une grande expérience de la vie, des hommes et des choses, et qui ne vous font accorder votre concours qu'à des entreprises évidemment utiles et possibles. C'est à moi de vous prouver que l'association médicale est utile et possible, heureux que je serais de gagner à notre cause un esprit et un caractère de votre distinction.

Une réflexion préliminaire m'est suggérée par ce passage de votre lettre, où vous dites : « Je ne comprendrais pas que des médecins
» voulussent exhumer, cinquante ans après une révolution qui nous
» a coûté tant de sang et de larmes, des principes contre lesquels
» cette révolution fut faite; qu'aux idées larges et libérales de liberté
» professionnelle, on voulût, en le faisant revivre, substituer cet es-
» prit étroit, égoïste et antiprogressif des anciennes corporations. Je
» ne donnerai jamais mon concours à de pareilles tendances. » Vous avez admirablement raison, cher confrère, et votre répugnance trouve de l'écho chez moi. Mais j'ai vainement cherché ce à quoi d'actuel et de présent vous faisiez allusion dans ces lignes. Qu'est-ce, des communications que vous avez reçues, qui a pu vous les inspirer? Où avez-vous aperçu ces tendances, et qui les a manifestées? Confondriez-vous l'association volontaire, l'association libre, telle que l'a voulue le Congrès, telle que sa Commission permanente a déjà eu le bonheur de l'organiser dans plus de cent cinquante arrondissements de la France, avec l'institution des anciennes *Facultés* et des anciens *colléges*? Mais, qui serait assez insensé pour regretter leurs coutumes? qui serait assez puissant pour leur rendre leurs priviléges, assez peu de son temps pour s'y soumettre? Rien, absolument rien de semblable ne fait mine de se montrer dans les instructions et le règlement que vous avez reçus, et vos réflexions, permettez-moi de le dire, frappent complétement à vide. Du reste, j'aurais beaucoup à dire sur cette liberté professionnelle qui paraît avoir toutes vos sympathies et qui a produit les beaux résultats que vous voyez; mais il faudrait aborder des considérations générales trop élevées pour être traitées incidemment, et je n'ai pas à faire une dissertation d'économie politique. Je me bornerai à cette simple considération, qui rentre tout à fait dans mon sujet.

Il n'est que trop vrai, vous le reconnaissez vous-même, et vous l'avez dit éloquemment, le corps médical, en France, est profondément atteint d'un mal intérieur. J'emprunte votre énergique langage : « Oui,
» dites-vous, tout médecin sensé, tout homme moral doit vivement
» s'affliger de notre état des choses. La déconsidération coule à pleins
» bords, et le plus fâcheux c'est qu'elle est méritée; méritée par l'i-
» gnorance des uns, l'impudeur des autres, l'égoïsme de tous; méri-
» tée à cause de cette cohue de médicastres diplômés qui sans con-
» seils, sans réflexions, sans vocation aucune se sont faits médecins
» comme on se fait tailleur; de ces gens qui n'ont vu que le métier
» et non le sacerdoce; de ces hommes âpres au gain et froids à la
» charité; de ces pipeurs patentés à mensongères annonces... Le mé-
» decin probe, modeste et charitable n'a aucun signe auquel la So-
» ciété puisse le reconnaître.... Quand un vaisseau fait naufrage, tout
» périt, braves gens et voleurs; le nôtre fait eau de toutes parts, la
» probité et le savoir sont aux pompes, mais l'indifférence laisse faire
» et surcharge le pont au lieu de jeter vite à la mer le lest fatal et
» perfide du charlatanisme. » Ce tableau me paraît un peu sombre, et permettez-moi de le dire, trop mer en courroux. Non, je ne crois pas à l'égoïsme de tous et à leur coupable indifférence. Ce qui s'est passé il y a quelques mois à peine, donne un démenti formel et positif à cette accusation injuste. Plus de cinq mille adhésions données au Congrès médical, plus de quinze cents personnes quittant leurs foyers ou leurs affaires pour prendre part à sa session, ce ne sont pas là des symptômes d'égoïsme général. Ce qui se passe à cette heure et sous nos yeux, l'association s'organisant à la fois sur la surface de la France, la souscription Bichat s'élevant déjà à la somme de 5,000 francs, ce ne sont pas là des signes d'indifférence. Et si, comme moi, vous pouviez connaître l'importante et immense correspondance de la Commission permanente, si vous pouviez lire ces six cents lettres et plus qui lui sont adressées, vous verriez, cher et trop indigné confrère, que partout le corps médical est plein de zèle, de courage et d'ardeur, que partout il a pris au sérieux des promesses solennellement faites, que partout enfin il est résolu à tenter les plus énergiques efforts pour obtenir leur réalisation.

Mais ce que vous y verriez aussi, c'est que partout le corps médical est en souffrance; oui, cela est malheureusement patent et notoire. Le mal, vous l'attribuez aux hommes, uniquement aux hommes; nous l'attribuons, nous, plus encore aux institutions; vous vous préoccupez du symptôme, nous plus encore de la cause, de sa nature, de son mode d'action. Seulement, comme nous ne sommes ni ministres, ni législateurs; que nous ne pouvons ni changer ni détruire les institutions; comme nous savons qu'un travail de cette nature est long, difficile; qu'il peut rencontrer sur son chemin des obstacles imprévus qui l'empêchent d'aboutir; nous nous sommes demandé, c'est-à-dire le Congrès dont nous ne sommes que les interprètes et les ministres, s'est demandé si, à côté de ces institutions officielles déplorables, il n'en pourrait pas surgir d'officieuses, de libres, de spontanées qui mettant en commun les éléments généreux et moralisateurs du corps médical disséminés et isolés, et par cela seul sans force et sans action; si ces institutions, généralement et fortement organisées, n'auraient pas pour résultat d'amoindrir sans doute, d'annihiler peut-être le mal qui nous opprime; et alors, d'un commun accord, se présenta à tous l'idée de l'association !.... L'association, le cri, l'espérance du siècle, sous laquelle tant d'autres intérêts en souffrance cherchent à s'abriter; l'association dont nous n'apercevons encore qu'instinctivement, pour ainsi dire, la puissance et la fécondité, et dont le développement régulier, harmonique et moral doit changer assurément la face de ce monde.

Voilà, cher confrère, le principe, le point de départ de l'association médicale. Le Congrès s'est dit : Le corps médical souffre, il souffre parce qu'il est isolé; il est isolé parce que aucun effort général n'a été tenté vers l'association, essayons de le diriger dans cette voie.

L'essai a merveilleusement réussi, et ceci va répondre à votre première question : L'association médicale est-elle possible? Vous n'avez qu'à ouvrir les yeux, cher confrère, et vous la verrez partout, non plus en germe, en idée, en espérance, mais en action réelle et sérieuse, fonctionnant à l'aide du mécanisme le plus simple, agissant partout dans la plénitude de sa liberté individuelle, de son indépendance locale, néanmoins reliées l'une à l'autre par l'intermédiaire de la Commission permanente, qui porte sur tous les points et simulta-

(1) Je demande indulgence, en faveur de l'intention, pour cette lettre, qui n'était pas destinée à l'impression, et que les instances d'un ami trop bienveillant m'ont seule déterminé à publier.

de la *contagion* sur lequel repose tout l'édifice de nos institutions sanitaires, cet autre grand principe de l'*infection* ayant l'air pour véhicule, dont les conséquences nécessaires doivent être une réforme profonde de ces institutions.

En effet, et d'un autre côté, sur la question non moins importante de la durée de la période d'incubation de la peste, la Commission déclare que :

« Le temps ordinaire de l'incubation de la peste est de trois » à cinq jours, et que la durée de cette incubation ne paraît » pas avoir dépassé huit jours (concl. 29). »

Or, s'il est certain que, hors de foyers de peste, c'est-à-dire hors de Turquie, d'Egypte et de Syrie, la peste n'est pas transmissible par le contact immédiat des pestiférés ;

S'il est vrai que les effets et les marchandises ne puissent pas transmettre la maladie ;

S'il est démontré que la peste se transmet par infection ;

S'il est enfin prouvé que la période d'incubation de la peste est de huit jours au plus ;

Il en résulte cette conséquence rigoureuse et inévitable que les mesures sanitaires sont inutiles contre les vêtements, les hardes, les marchandises et les passagers provenant d'un bâtiment qui, depuis huit jours, n'aura pas eu d'attaque de peste à bord.

Il faudra donc admettre en libre pratique tout navire qui arrivera après huit jours de traversée et qui n'aura pas eu de cas de peste à son bord.

La Commission est donc arrivée scientifiquement au principe déjà mis en pratique par l'Angleterre et par l'Autriche de compter la quarantaine à dater du départ.

Innocuité des effets et marchandises, infection par les pestiférés seuls, incubation de huit jours au plus, voilà donc les doctrines scientifiques capitales de la Commission académique ; tels sont aussi les points principaux sur lesquels doit rouler la discussion sous peine de s'égarer dans l'inutile et dans le vide.

Ces trois points sont-ils bien établis ? L'innocuité des marchandises et des effets en dehors des foyers épidémiques et endémiques, est-elle prouvée ? Interrogez les archives des lazarets ; nulle part vous ne rencontrerez un individu préposé au maniement des hardes ou marchandises, même pestiférées, qui ait contracté la peste. Tout individu qui, dans nos lazarets, a été atteint de cette maladie, ou était à bord d'un bâtiment, sur lequel se trouvait un ou plusieurs pestiférés, ou bien soignait ces pestiférés au lazaret ; M. Ségur-Duperron, M. Aubert-Roche, qui se sont occupés spécialement de ces recherches, ont constaté ce fait, que jamais, dans les lazarets, les marchandises et les effets n'avaient donné la peste.

La période d'incubation de huit jours au plus est-elle aussi certaine ? Oui, mais d'une manière négative ; c'est-à-dire qu'il n'existe pas un fait en dehors des foyers épidémiques et endémiques qui donne une incubation de huit jours au plus, et c'est le maximum même dans les pays sujets à la peste. En Egypte, pays de peste, ce fait est tellement avéré, constant, que les médecins de la santé, tous très contagionistes, ne soumettent qu'à une quarantaine de huit jours les personnes qui ont été en contact immédiat avec les pestiférés. Cette expérience dure depuis dix années dans un foyer épidémique et endémique, et plusieurs milliers d'individus y ont été soumis.

En présence de faits et d'expériences aussi nombreuses, aussi répétées, soit dans les lazarets d'Europe, pour les marchandises et les effets, soit dans le pays de peste et même dans nos lazarets, pour la période d'incubation, nous ne concevons pas comment la Commission n'a pas pris un langage plus affirmatif, et comment elle a pu émettre dans son rapport et ses conclusions le désir de voir faire sur des foyer épidémiques de nouvelles expériences. Que faut-il donc de plus qu'une expérience séculaire sur les marchandises et les effets, et que le résultat donné en Egypte par dix années et plusieurs milliers d'individus ! Nous engageons vivement l'Académie et la Commission à réfléchir à ce vœu, qui pourrait servir et favoriser les mauvais vouloirs de l'administration sanitaire. Nous engageons la Commission et l'Académie à retrancher des conclusions et du rapport tout ce qui a trait à ces expériences nouvelles.

La transmission de la peste par l'infection, et non par la contagion. est-elle aussi facile à démontrer ? Nous ne reviendrons pas sur les faits articulés dans le rapport, et dont nous avons donné un extrait dans le compte-rendu de l'Académie. Des milliers de faits nient la contagion par contact, et ceux que l'on a voulu opposer sont réfutés par l'endémicité de la peste dans les pays où ils se sont passés. L'infection, au contraire, est parfaitement démontrée, non-seulement par des faits qui ont eu lieu dans le pays à peste, bien que l'on puisse encore leur opposer l'endémicité, mais surtout par les faits qui ont eu lieu à bord et dans les lazarets. Bien certainement il se forme des foyers de peste à bord ; leur présence se manifeste par des attaques. On constate qu'un bâtiment parti d'un pays où règne la peste, a eu, dans les huit jours qui suivent son départ, un premier cas de peste ; que souvent il n'en a pas d'autre ; mais il est arrivé quelquefois que d'autres cas se sont succédé à bord et jusque dans le lazaret même, sur des personnes qui se trouvaient chargées de soigner un pestiféré débarqué, et qui le soignaient sans le toucher. Du moment où il est démontré que le contact d'un pestiféré n'a jamais donné la peste, et que cependant la peste s'est communiquée d'un malade à un homme sain qui ne le touchait pas mais qui restait dans l'atmosphère du pestiféré, et dans un pays où la peste n'est pas endémique, on doit nécessairement en conclure, comme la Commission, que l'infection seule a pu déterminer ces attaques, et que la peste se transmet par infection.

Nous ajouterons que la Commission, ici, a été des plus scrupuleuses ; car, tandis que des milliers de faits lui démontrent la non contagion de la peste, elle n'en possède que de douteux pour admettre la formation des foyers d'infection par les pestiférés et la transmission de la peste par l'air du malade à l'homme sain. On ne l'accusera donc pas d'avoir agi légèrement ; au contraire, elle a été trop timide : elle nous pardonnera cette accusation ; c'est une preuve de la confiance que doit inspirer son travail.

Les bases scientifiques de la réforme sanitaire qui doit être proposée à l'Académie lorsque M. le rapporteur donnera lecture des questions d'application, sont donc certaines ; si elles pèchent, c'est par trop de certitude. Le principe sur lequel elles s'appuient diffère tellement de ce qui a été admis jusqu'aujourd'hui, que l'on peut considérer cette réforme comme une révolution.

Dans un prochain article, nous examinerons cette seconde partie du rapport.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Anévrisme de la crosse de l'aorte ouvert dans le poumon. Symptômes d'apoplexie pulmonaire.

Le 1er février 1846 est entré dans les salles de M. Cruveilhier le nommé Jacques, âgé de soixante-trois ans, parqueteur. Cet homme, d'une constitution détériorée et d'un tempérament bilioso-sanguin, est déjà dans un état fort grave ; de sorte qu'il rend assez mal compte de ce qu'il a éprouvé. Cependant on parvient à savoir que déjà à quatre reprises différentes, en 1807, en 1816, en 1824 et en 1844, il a été atteint d'une affection des organes respiratoires, caractérisée par un point de côté, des crachats sanglants, de la dyspnée et de la fièvre, autrement dit d'une pneumonie. Depuis cinq mois il éprouve dans le côté gauche de la poitrine, à partir des fausses côtes jusqu'au-dessous de la clavicule, des douleurs sourdes et profondes. Ces douleurs se sont accompagnées de quelques crachements de sang. Malgré cela, le malade a continué son travail jusque dans ces derniers temps. Il y a six semaines, à la suite d'un sentiment d'affaiblissement général, il a été forcé de s'aliter ; bientôt les crachements de sang sont devenus plus fréquents et plus abondants, et les douleurs plus vives et comme déchirantes. Alors il a fait venir un médecin. Il lui a été fait une application de sangsues, puis une saignée. Dans la nuit qui a suivi cette dernière évacuation sanguine, le malade a expectoré une grande quantité de sang liquide et rouge ; et depuis cette époque, il a continué chaque jour à en cracher plus ou moins ; il lui semblait que cette expectoration lui apportait du soulagement. A son entrée à l'hôpital le 1er février 1846, il était dans l'état suivant : Face pâle, amaigrie ; les yeux enfoncés dans les orbites ; le pouls très fréquent et très petit, avec quelques irrégularités ; la langue sèche et encroûtée de sang coagulé, qui lui donne la consistance de la corne ; les lèvres sont également encroûtées de sang. Soif vive ; un peu d'appétit ; constipation ; sensation d'embarras et de douleurs assez intenses dans le côté gauche de la poitrine. Les douleurs partent du mamelon gauche, et s'étendent jusqu'au-dessous des fausses côtes du même côté ; picotements dans le gosier ; goût de sang dans l'arrière-bouche, le moindre effort ramène l'expectoration sanglante. Cette dernière est composée de sang coagulé, noirâtre, mélangé à quelques crachats visqueux et tremblotants ; le malade tousse peu, mais principalement dans la nuit. La percussion de la poitrine ne fait reconnaître rien de particulier en avant ; en arrière au contraire, et à gauche, on trouve une matité qui remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, et qui ne cesse qu'à deux travers du doigt au-dessous du diaphragme : cette matité se retrouve à droite et à gauche jusque dans l'aisselle. A l'auscultation, on trouve la respiration puérile dans tout le côté droit de la poitrine ; du côté gauche, au-dessous de la clavicule, on perçoit quelques bulles de râle crépitant et sous-crépitant ; en arrière du même côté, dans toute l'étendue occupée par la matité, la respiration est extrêmement faible ; et dans les grandes inspirations seulement, on entend un peu de râle sous-crépitant ; immédiatement au-dessous de ce point on perçoit de nouveau la respiration mélangée de râle crépitant fin ; dans le creux de l'aisselle, du même côté, on entend également du râle sous-crépitant ; les bruits du cœur sont forts, sans aucune altération dans leur timbre ou dans leur rhythme ; la pointe de cet organe est fortement déviée à gauche. Une application de ventouses scarrifiées n'amène aucune espèce de modification dans les accidents. Le lendemain, les crachats sont également visqueux et sanglants ; l'affaiblissement fait des progrès, et la matité à la partie postérieure de la poitrine, paraît s'être étendue.

Le 4, les crachats prennent de plus en plus l'aspect des crachats pneumoniques. Dans la nuit suivante, le malade expectora une grande quantité de sang noir, qui se coagula incomplétement. L'affaiblissement fit graduellement des progrès, et la mort eut lieu le 6 février.

---

nément la même vie, les mêmes idées de concorde et d'union, les mêmes tendances de dignité professionnelle, les mêmes principes de bienfaisante prévoyance.

L'association est possible, car elle est, elle vit, elle agit, car sur tous les points l'incitation du Congrès a été accueillie avec empressement et générosité.

L'association a-t-elle un but utile et quels seront ses avantages ? Ces deux questions, je peux vous le dire, cher confrère, ont été unanimement envisagées et unanimement résolues. Partout, on a compris que le but était complexe, les avantages divers.

Pour la science, on a bien vu que l'association avait pour but — et j'emprunte ici les termes mêmes de la circulaire n° 3 de la Commission permanente — « de mettre en commun l'expérience de tous, l'observation de tous, d'éclairer chacun des lumières des autres, de faire participer le plus grand nombre aux fruits des connaissances individuelles, d'élucider par la discussion des points obscurs ou controversés, de tenir les associés au courant du mouvement scientifique, de les faire profiter des conseils confraternels dans des cas difficiles ; d'éclairer l'autorité sur les questions d'hygiène, de salubrité, de médecine et de chimie légales, d'économie rurale, et de lui offrir les lumières d'une réunion d'hommes compétents dans toutes les circonstances où les sciences chimiques et médicales peuvent lui prêter un utile concours ; de concerter les moyens de secours dans des épidémies, des épizooties ; de présenter à la justice des rapports médico-légaux, étudiés et rédigés en commun, qui préservent les hommes de l'art des controverses souvent pénibles de l'accusation ou de la défense ; de concourir à l'étude et à la fixation de la topographie médicale de la France, de la statistique médicale et de l'hygiène publique ; de surveiller et de propager la vaccine, en recueillant les faits qui doivent servir à la solution d'un grand nombre de questions aujourd'hui en litige ; d'étudier la grande question des endémies ; d'établir, enfin, entre les associés des rapports scientifiques dont il est impossible de prévoir le nombre, la nature et les résultats, qui ne peuvent, en tous les cas, qu'être très favorables. »

J'abrége le programme ; mais ne le trouvez-vous pas ainsi suffisamment grand et utile ? Ne pensez-vous pas qu'à un moment donné il ne soit très profitable d'appeler l'attention des associations diverses sur un point spécial de la science, et que de cette étude générale et commune il ne puisse sortir un résultat véritablement satisfaisant ? Connaissons-nous toute l'étendue des richesses scientifiques du corps médical ? Ont-elles jamais été mises en lumière ? Et, si le Congrès médical passait dans nos mœurs et nos habitudes, si après avoir été organisateur de la profession, il devenait scientifique, ne serait-ce pas un des plus admirables moyens d'ordre et de régularité que de s'adresser d'abord aux associations diverses, qui pourraient ainsi se livrer à une étude sérieuse et réfléchie du programme des questions ?

Sous le rapport scientifique, et si les choses marchent avec ensemble et harmonie, je vois tout un avenir nouveau dans les flancs de l'association médicale.

Sous le point de vue des intérêts généraux de la dignité professionnelle, écoutez encore, cher confrère, le programme de la Commission permanente : « L'association a pour but de soustraire le corps médical, aux inconvénients moraux et matériels qui résultent des abus commis par quelques-uns de ses membres et par les charlatans de toute espèce. Ce qu'un individu ne peut ou n'ose faire dans son isolement, l'association aura le courage et la puissance de l'entreprendre, c'est-à-dire de blâmer les mauvais procédés et de poursuivre au besoin l'illégalité, la fraude, l'empiétement. le compérage, enfin, tous les abus et délits qui nuisent à la considération et aux intérêts du corps, aussi bien qu'aux intérêts de la société. L'association a pour but de faire naître, entre tous les membres de la famille médicale d'un même arrondissement, un esprit de confraternité et de bienveillance mutuelle qui remplace les sentiments opposés qu'on leur a si longtemps reprochés. »

Et pour cela faire, chaque association possède un *conseil de famille* dont les droits et les attributions ont été déterminés de telle façon que, veillant aux intérêts moraux et matériels de tous ses membres, il ne puisse jamais devenir contre un seul un instrument de vengeance ou de tyrannie. Lisez le règlement, cher confrère, et vous verrez si l'association *libre et volontaire* — ne perdez jamais cela de vue — peut jamais présenter les inconvénients graves des anciennes corporations, ou de ces institutions qui répugnent à tant de bons esprits sous le nom de *conseils de discipline*.

Enfin, au point de vue de la prévoyance, la Commission vous dit : « Les bienfaits qui doivent ressortir de ces institutions ont frappé vivement tous ceux qui se sont occupés de ce sujet. Les institutions déjà existantes sont un magnifique argument en leur faveur. Assurer à la vieillesse, à l'infirmité, à ceux qu'un malheur imprévu et immérité vient de frapper, un soulagement, un secours, une pension ; adoucir pour les veuves et pour les enfants, l'amertume que la mort du chef et du soutien vient de répandre dans la famille ; faire cesser cet immoral et cruel abandon qui frappe l'homme dont la vie tout entière a été consacrée au soulagement de ses frères, quand l'exercice de sa profession ne lui a donné ni le toit, ni le pain ; tel est le noble but que l'association veut atteindre par l'institution des caisses de prévoyance. »

Et la Commission a démontré que tout cela était praticable, non-seulement dans les grands centres de population, mais pour le plus humble et le plus modeste de nos confrères ruraux, dans les arrondissements les plus isolés et les moins populeux, là surtout où l'exercice de notre profession est si rude, si âpre, si peu rémunéré, où l'homme utile qui dévoue sa vie à la santé des habitants des campagnes éprouve une condition pire que le garde champêtre du village qui au moment de la vieillesse et des infirmités ne subit pas au moins un complet et si triste abandon.

Oui, cher confrère, c'est prouvé, c'est calculé, l'association libre peut réaliser, et dans peu d'années, ce merveilleux problème de l'assistance mutuelle, honorable, digne, indépendante de toute influence étrangère, et c'est pour cela que l'association a été demandée libre ; c'est pour soustraire nos professions libérales par excellence aux séductions, aux dangers, aux caprices, aux revirements du pouvoir, que le corps médical a été appelé à se constituer lui-même et lui seul, en profitant de l'animation vive et profonde que le Congrès avait fait naître.

Intérêts scientifiques et pratiques, intérêts moraux et professionnels, intérêts de prévoyance et matériels, voila, cher et digne confrère, ce que le Congrès a voulu placer sous la garde de l'association médicale ; voilà le triple but qu'il a voulu atteindre, vers lequel il marche avec ardeur et courage, et dont il ne se détouruera qu'après l'avoir touché.

A la réalisation de cette œuvre, vraiment digne de la grande assemblée qui l'a provoquée, la Commission a convié tous les dévouements et toutes les intelligences ; son appel a été admirablement entendu ; presque partout, au milieu même des difficultés de la saison, le corps médical des arrondissements s'est réuni, s'est constitué dans le triple but que je viens de vous faire connaître, et tout marche dans cet esprit de dignité et de confraternité dont le Congrès a été le moteur et l'exemple.

Je termine cette lettre bien longue en vous priant d'unir dans votre localité vos efforts à ceux de la Commission, pour une institution dont vous connaissez à présent, je l'espère, le but, la nature et les avantages.

Veuillez agréer, etc. Jean RAIMOND.

P. S. Votre lettre commence par ces mots : « C'est à vous, Jean » Raimond, que je m'adresse. C'est Jean Raimond qui vous répond, puisse-t-il l'avoir fait avec succès !

—

J'ai reçu une lettre de notre honorable confrère M. Bouvier, relativement à mon dernier article sur la myotomie ; je voudrais la faire suivre de quelques réflexions, et l'espace me manque aujourd'hui. A mardi.

De même pour une lettre de M. le docteur Magne.

Autopsie. — Les plèvres pariétales et viscérales étaient adhérentes dans toute leur étendue. Le péricarde ne contenait que quelques cuillerées de sérosité; le cœur était volumineux, un peu hypertrophié; mais ses valvules ne présentaient aucune altération particulière. Immédiatement au-dessus de son origine, l'aorte était considérablement dilatée. Cette dilatation, d'abord peu prononcée, allait considérablement en augmentant jusqu'à la crosse, où elle était à son maximum. En ce point on reconnaissait que la paroi externe gauche et antérieure de l'artère était détruite, et on apercevait un caillot brunâtre de la grosseur d'un œuf de dinde qui fermait l'artère, et constituait une paroi nouvelle. Ce caillot était creusé à son centre d'une cavité dans laquelle se trouvait du sang coagulé; de sorte qu'il avait exactement la forme d'un nid d'oiseau. La fibrine qui le constituait était disposée sous forme de fibres entrelacées, et, au premier abord, on eût pu le prendre pour la face interne des ventricules du cœur. Ce caillot était logé dans une cavité formée aux dépens de la moitié supérieure du lobe inférieur et d'une grande partie du lobe supérieur du poumon gauche. Lorsqu'on eut détaché ce caillot, on trouva les parois de la cavité d'une couleur rougeâtre, irrégulières, rugueuses; on pouvait, en raclant avec le scalpel, détacher une certaine quantité de fibrine non organisée, qui était disposée en forme de membrane et revêtait ces diverses anfractuosités. Une seule bronche volumineuse était ouverte au fond de ce foyer, encore était-elle formée par un caillot récent. Plusieurs petites bronches venaient également s'y ouvrir, mais elles étaient oblitérées par des caillots anciens et résistants. La grosse bronche était située immédiatement derrière le caillot, de sorte que le sang filtrait entre les bords de l'excavation pulmonaire et les limites du caillot lui-même. La portion inférieure du lobe inférieur était dans un état d'inflammation avancée, qui touchait à la suppuration en plusieurs points. Ce qui restait du lobe supérieur était complétement refoulé, presque imperméable à l'air. La colonne vertébrale était érodée dans une petite étendue, à gauche, au niveau du corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales. Le poumon droit était infiltré de sérosité.

Maladie du cœur.

Un cordonnier, âgé de soixante-cinq ans, qui n'avait jamais fait de maladie sérieuse et n'avait eu d'autre affection rhumatismale que quelques douleurs vagues dans les épaules, était sujet, depuis plusieurs années, à s'enrhumer facilement. Depuis quinze mois surtout, il avait de la gêne dans la respiration; les étouffements, qui duraient pendant quelque temps, disparaissaient et se produisaient de nouveau. Il y a cinq mois, les jambes enflèrent pour la première fois; mais le malade y fit peu attention, car l'œdème disparaissait par le repos de la nuit. Depuis quinze jours seulement, l'œdème était persistant; et, depuis huit jours, les étouffements étaient devenus si horribles que le malade ne pouvait prendre un instant de repos.

Etat actuel, 24 février 1846: Coloration cachectique de la peau. Œdème des extrémités inférieures, de la verge et du scrotum. Pas de fluctuation dans l'abdomen. Le malade est assis dans son lit, le corps penché en avant et soutenu par des oreillers, en proie à une anxiété affreuse et à des accès de suffocation qui se reproduisent toutes les dix ou quinze minutes. La toux est fréquente; elle amène l'expectoration d'une grande quantité de matière muqueuse. Le pouls est petit, fréquent, sans intermittence ni régularité. La pointe du cœur est dans le cinquième espace intercostal, à quatre demi-pouces de l'axe du sternum. La matité de la région précordiale est considérablement augmentée: elle occupe la partie inférieure du sternum. On reconnaît encore, à la percussion, que l'aorte est dilatée, et dépasse de deux travers de doigt au moins la partie supérieure du bord droit du sternum. Les battements du cœur sont faibles et l'auscultation est impossible, car le malade ne peut suspendre la respiration pendant quelques minutes sans être pris d'accès de suffocation. Sur les parties latérales du cou, on perçoit un bruit de souffle intermittent. Les poumons donnent une sonorité considérable à la percussion. Dans toute leur étendue, l'inspiration est courte, et l'expiration prolongée, comme sifflante, avec quelques bulles de râle muqueux.

Soulagé d'abord par l'administration de l'oxymel scillitique, ce malade n'a pas tardé à être repris des mêmes accidents, et il a succombé le 28 après avoir présenté les symptômes d'une pleuro pneumonie. Malgré les difficultés que présentait l'auscultation, on s'assura qu'il existait, à l'origine de l'aorte, un bruit de souffle systolique, qui se prolongeait sur le trajet de cette artère.

Autopsie. — Double pleurésie avec épanchement de sérosité citrine et transparente, et formation de fausses membranes, dont quelques-unes commençaient à s'organiser. Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit. Quelques points d'apoplexie pulmonaire disséminés. Le cœur, triplé de volume, occupait dans la poitrine une position presque horizontale. Mesuré du sillon auriculaire à la pointe, il avait dix centimètres de long sur onze de large. Les parois du ventricule gauche, hypertrophiées, avaient une épaisseur de vingt millimètres à la base et de cinq à la pointe, et celle du ventricule droit trois à la base et deux au sommet. Dilatation avec hypertrophie des deux oreillettes. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche, vu du côté de l'oreillette, présentait la forme d'un canal conique, dont la paroi antérieure avait douze millimètres de longueur et la postérieure huit. On voyait dans ce même orifice, et du côté de l'oreillette, des végétations fibrineuses en assez grand nombre. L'orifice aortique, rétréci, permettait à peine l'introduction de l'index. Les trois valvules étaient soudées par leurs bords latéraux. Mais cette soudure n'était complète que pour deux d'entre elles. Dans leur point de réunion, elles offraient une tumeur de la grosseur du doigt et de la forme d'un cimier de casque. Cette tumeur était dure, crétacée et surmontée de nombreux grains osseux. La valvule, qui était mobile, ne fermait pas complétement l'orifice. On y voyait aussi quelques végétations fibrineuses. La valvule tricuspide était un peu épaissie et opaque à son bord libre. L'aorte était généralement dilatée dans sa portion ascendante, et ses parois incrustées çà et là de plaques calcaires.

Z.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du numéro du 17 février.)

Nous avons étudié dans les précédents articles les complications qui peuvent survenir pendant que l'on pratique l'opération de la cataracte. De ces complications, les unes ont pour origine l'état anatomo-pathologique de l'œil; les autres dépendent du procédé opératoire qui a été mis en usage, ou de la manière vicieuse dont il a été exécuté; il en est quelques-unes enfin qui ont pour cause l'indocilité du malade.

Nous allons examiner maintenant les accidents qui surviennent fréquemment, soit immédiatement après l'opération de la cataracte, soit dans les premiers jours qui suivent cette opération.

Accidents primitifs. — Ils sont de plusieurs ordres, comme les accidents intercurrents, et ils n'ont le plus souvent entre eux d'autre rapport analogique que d'être le résultat d'une même cause, l'opération.

Tremblement de l'iris. — Il arrive assez souvent qu'immédiatement après avoir terminé l'extraction, l'abaissement ou le broiement, on aperçoit des mouvements anormaux de l'iris, qui ne sont autre chose qu'une sorte de tremblotement général de cette membrane survenant pendant les différents mouvements de l'œil, et qui cesse lorsque celui-ci est à l'état de repos. Ces oscillations de l'iris sont tout à fait indépendantes de la contraction et de la dilatation de cette membrane, qui s'exécutent d'ailleurs normalement.

Pour l'opérateur inexpérimenté, ou qui n'aurait point encore observé ce phénomène, celui-ci pourrait faire craindre quelque complication fort grave, et de nature peut-être à faire échouer l'opération de la cataracte. Cependant il n'en est rien; car le tremblement de l'iris dépend d'un état physique de l'œil produit, il est vrai, par l'opération, mais qui n'a rien d'incompatible avec l'état physiologique de cet organe.

Voici en effet ce qui a lieu:

Dans l'état normal, l'iris est séparé, en arrière, de l'humeur vitrée par le cristallin et ses capsules, qui lui forment un plan solide et très résistant, de sorte qu'il reste tout à fait étranger aux diverses modifications dont l'humeur vitrée peut être le siége. Il est probable d'ailleurs que ces modifications dont nous voulons parler sont elles-mêmes très peu sensibles lorsque le corps vitré jouit de toute son intégrité. Mais lorsqu'il a été plus ou moins dilacéré dans l'abaissement et le broiement, les conditions matérielles où il se trouvait auparavant deviennent tout autre; mais un phénomène plus général encore, puisqu'il a lieu dans les trois méthodes opératoires, c'est le reflux de l'humeur aqueuse dans la chambre postérieure, à la place qu'occupait le cristallin. L'iris, qui primitivement n'était baigné en arrière que par une portion fort minime d'humeur aqueuse, se trouve donc en rapport avec une quantité beaucoup plus considérable; et de plus, il est dépourvu du voisinage du cristallin et de sa capsule antérieure. Or, il arrive que pendant la contraction plus ou moins énergique et toujours inégale des muscles droits de l'œil, des mouvements oscillatoires sont imprimés au fluide placé dans la chambre postérieure à la place du cristallin. Ces mouvements se communiquent à l'iris lui-même, qui flotte sans soutien au milieu d'un liquide peu consistant; et c'est évidemment tout le secret des ondulations que nous observons dans cette membrane.

Mais les conditions matérielles que nous venons de faire connaître ne se rencontrent pas à toutes les époques de l'opération de la cataracte. L'époque de son développement est variable selon les différents cas. Dans l'abaissement et le broiement, le tremblement de l'iris apparaît souvent immédiatement, et quelquefois même avant que l'opération soit complétement terminée. Dans l'extraction au contraire, il ne se développe que dans les premiers jours suivants, et lorsque l'humeur aqueuse a eu le temps de se reproduire en suffisante quantité pour remplir les deux chambres agrandies encore par l'ablation du cristallin.

Maintenant, on peut se demander comment il se fait que les circonstances que nous venons d'indiquer comme donnant lieu au tremblement de l'iris, et qui se reproduisent à peu près constamment dans toutes les opérations de cataracte, ne donnent pas toujours naissance, néanmoins, à cet accident. Cela tient très probablement à ce que, dans l'extraction, il arrive dans beaucoup de cas que la perte de l'humeur aqueuse favorise le rapprochement de la capsule postérieure de l'iris; que l'espace qui séparait ces deux membranes est en quelque sorte détruit, et que, plus tard, lorsque l'humeur aqueuse est reproduite, elle ne se trouve pas en quantité suffisante pour le rétablir, ayant d'ailleurs à lutter contre la contraction des muscles qui ont opéré la diminution du diamètre antéro-postérieur de l'œil.

Cela tient encore très probablement à ce que, dans l'abaissement et le broiement, l'humeur vitrée se rapproche de l'iris soit par flocons désorganisés, soit par parties restées intactes, et que cette substance, par sa consistance même, se prête moins bien qu'une autre plus fluide au développement et à la transmission des ondulations moléculaires dont nous avons parlé plus haut.

Quoi qu'il en soit, et c'est là le plus curieux du phénomène, le tremblement de l'iris offre, dans sa marche, des variétés qu'il n'est pas toujours possible de rattacher à des changements matériels appréciables de l'œil. Ainsi, quelquefois il persiste indéfiniment; d'autres fois, il disparaît après plusieurs années d'existence; mais, le plus souvent, on le voit s'affaiblir de plus en plus dans les premiers temps qui suivent l'opération de la cataracte, et après un mois, deux mois, trois mois on n'en trouve plus de traces.

On a vu que le tremblement de l'iris était sans importance comme accident de l'opération de la cataracte, et qu'il n'ajoutait rien à ses chances favorables ou défavorables. Maintenant, si nous avons fait bien comprendre le mécanisme de sa production, il est évident qu'il n'y a pas de traitement rationnel susceptible de lui être opposé.

Conjonctivite aiguë. — La muqueuse qui tapisse la surface de l'œil et la face interne des paupières est susceptible de s'enflammer après l'opération de la cataracte. Cette membrane n'a pourtant pas beaucoup à souffrir pendant les manœuvres opératoires; car dans les méthodes par l'aiguille, on ne fait à son tissu qu'une simple piqûre, et, dans la kératotomie, on la laisse presque intacte, car le feuillet qui tapisse la cornée est tellement mince qu'il mérite à peine le nom de muqueuse.

Nul doute qu'il ne faille invoquer, pour se rendre compte du développement de la conjonctivite, cet état traumatique de l'œil, qui, tout en n'expliquant rien d'une manière bien précise, est appelé néanmoins à rendre compte de tous les accidents inflammatoires qui suivent l'opération. De plus, il faut reconnaître que les inflammations de la conjonctive compliquant l'opération de la cataracte sont plus fréquentes à certaines époques de l'année que dans d'autres; ce sont celles où il existe, en général, un grand nombre de conjonctivites développées sous l'influence d'une constitution médicale dont les éléments ne sont pas toujours appréciables.

Quoi qu'il en soit, la conjonctivite aiguë reste rarement limitée aux paupières; elle gagne rapidement la sclérotique, et alors elle peut offrir trois degrés distincts:

1° Inflammation simple;

2° Inflammation avec infiltration séreuse sous-muqueuse, ou kémosis;

3° Inflammation avec suppuration, ou conjonctivite purulente.

La transformation d'une espèce de conjonctivite en une autre espèce est possible dans tous les cas; mais heureusement elle est fort rare. Et ordinairement l'inflammation reste simple, ou bien elle s'accompagne de kémosis séreux; mais elle ne passe qu'exceptionnellement à l'état de conjonctivite purulente.

Les symptômes de la conjonctivite développés consécutivement à l'opération de la cataracte seraient à peu près les mêmes que ceux de la conjonctivite spontanée, s'il n'existait le plus habituellement dans l'œil quelque autre complication qui donne alors à la maladie, simple en elle-même, une physionomie différente...

Sa marche est, en général, celle de la conjonctivite aiguë ordinaire, et elle n'a pas de tendance particulière à passer à l'état chronique.

Son pronostic est pourtant plus grave, parce que les circonstances au milieu desquelles elle a pris naissance lui donnent une importance qu'elle n'aurait pas sans cela. Ainsi, après l'opération de la cataracte, l'état dynamique de l'œil est tel qu'il suffit quelquefois qu'un foyer phlegmasique soit allumé dans un point pour qu'il se propage avec une facilité extrême aux parties qui l'avoisinent, et cela malgré les différences de tissu et de vitalité qui les séparent. La conjonctivite peut alors persister avec les mêmes caractères, ou disparaître à peu près complétement; mais elle a donné naissance à une kératite, à une iritis, etc., maladies bien plus sérieuses qu'elle ne l'était elle-même.

Le traitement de la conjonctivite née sous l'influence de l'opération de la cataracte, ne saurait être tout à fait le même que celui de la conjonctivite ordinaire; car il faut surtout tenir compte, dans le cas particulier, de toutes les complications que l'état traumatique de l'œil rend toujours imminentes. On emploiera avec avantage les saignées générales et locales, les révulsifs sur le tube digestif, des frictions d'onguent mercuriel belladoné au pourtour de l'orbite; mais on s'en tiendra à ces moyens, dont on répétera plus ou moins l'emploi selon l'opportunité, sans jamais avoir recours, dans aucun cas, à l'usage des collyres astringents. Les collyres astringents, en effet, par la surexcitation momentanée qu'ils déterminent, pourraient bien favoriser le développement d'accidents inflammatoires nouveaux qui, dans l'état où l'œil se trouve après l'opération, naissent avec la plus grande facilité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances du 11 mars 1846. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Gosselin* fait hommage à la Société de sa thèse de concours ayant pour titre: Du système nerveux ganglionnaire. Des remercîments sont adressés à M. Gosselin par le président, au nom de la Société.

— *M. Malgaigne* a la parole pour une communication dont le sujet est un homme de quarante-cinq à quarante-six ans, qui possédait, d'après son dire et d'après l'avis de plusieurs personnes qui l'avaient examiné antérieurement, la faculté de se luxer les humérus et de les remettre en place, le tout par la seule puissance de l'action musculaire.

Cet homme fut adressé à M. Malgaigne, muni de certificats attestant la merveilleuse particularité dont il a été question. Etant mis en

demeure de répéter ses exercices en présence de notre collègue, celui-ci ne s'en laissa pas imposer par l'aspect étrange que le sujet parvient à donner à son épaule, et reconnut positivement que la tête de l'humérus n'abandonne pas la cavité articulaire. Il est donc arrivé, comme l'expérience et le raisonnement pouvaient le faire prévoir, que le fait de la prétendue luxation n'a aucune réalité, et que les chirurgiens et médecins, d'ailleurs honorables et instruits, qui avaient délivré les certificats, se sont laissé abuser par des apparences qui ne pouvaient résister à un examen plus approfondi. Nouvel exemple de la juste et rigoureuse sévérité qu'il convient d'apporter dans l'examen des faits extraordinaires avant de les revêtir d'une autorité scientifique et d'une publicité officielle.

Toutefois, comme l'aspect remarquable que prend l'épaule dans la production de la prétendue luxation paraissait susceptible d'offrir quelque intérêt, M. Malgaigne a cru devoir présenter ce sujet à la Société. Voici ce qui a été constaté :

Après quelques poses théâtrales en rapport avec les habitudes de sa profession (cet homme est un hercule ambulant), il exécuta un mouvement par suite duquel l'humérus prend une situation fixe sans que la tête de l'os quitte la cavité glénoïde, mais avec production d'un aplatissement tellement prononcé du muscle deltoïde, que les doigts, portés sur ce muscle et sur la saillie de l'acromion, rappellent au premier abord un des caractèrss de la luxation sous-coracoïdienne de l'humérus. La non-existence de tous les autres signes de cette luxation, et particulièrement l'absence de saillie de la tête de l'os dans la cavité axillaire, qui conserve sa profondeur et ses caractères normaux, ne permet pas de s'arrêter à l'idée d'une luxation.

Ce premier point, la non-existence de la luxation étant parfaitement établi, ont dut chercher à se rendre compte de l'aspect singulier du deltoïde et de la saillie non moins étrange des omoplates, qui faisaient durant l'exercice susmentionné un relief considérable en arrière, se détachant en quelque sorte du tronc, et rappelant au plus haut degré l'aspect désigné par les médecins sous le nom de *scapulæ alatæ*, et qui s'observe dans les périodes de l'amaigrissement extrême, notamment chez les phthisiques. Sous ce dernier point de vue, toutes les personnes présentes constatèrent que dans l'attitude de la prétendue luxation, le scapulum avait exécuté un mouvement de bascule, par suite duquel son angle postérieur-inférieur était fortement relevé en arrière; mais de plus, M. Nélaton fit la judicieuse remarque que le bord supérieur du muscle très large du dos, au lieu de reposer sur l'angle inférieur de l'omoplate, se trouvait refoulé au-dessous de cet angle; de telle sorte que l'omoplate dégagée de la compression exercée sur elle par ce muscle, prenait à la fois et l'attitude caractéristique dont il a été parlé, et la faculté de conserver cette attitude avec une fixité remarquable, tant que, par des mouvements appropriés, l'angle inférieur de l'os n'était pas parvenu à se réengager sous le bord supérieur du grand dorsal.

Ce mécanisme curieux, par suite duquel l'angle inférieur de l'omoplate est en quelque sorte émancipé de la pression du grand dorsal, permet à l'os une mobilité plus grande que celle de l'état normal, et entraîne chez l'homme soumis à l'examen de la Société de chirurgie, une conséquence remarquable, c'est la possibilité de porter les coudes à la partie antérieure du corps à un degré de rapprochement assez considérable pour leur permettre de se toucher et de saisir un corps entre eux, un corps peu volumineux.

Il est très probable que cette faculté de dégager l'omoplate de dessous le grand dorsal existait aussi chez cet autre batteleur, au sujet duquel Winslow a consigné quelques remarques curieuses dans les mémoires de l'Académie des sciences. Ce batteleur, si nous nous en rapportons au témoignage de Winslow, était parvenu à acquérir une mobilité des épaules telle qu'il pouvait se suspendre et se balancer en saisissant derrière son dos, entre ses deux omoplates, une corde ou un bâton. Le fait du dégagement de l'angle inférieur de l'omoplate paraîtrait propre à donner l'intelligence de ces mécanismes exceptionnels mieux que les autres explications qui ont été proposées.

L'homme présenté à la Société par M. Malgaigne nous a encore rendus témoins de quelques autres particularités curieuses et qui prouvent jusqu'à quel point l'habitude de certains exercices peut porter l'indépendance de contraction dans des muscles qui, à l'état ordinaire, ne se contractent presque jamais isolément et confondent presque toujours leur action avec celle de leurs congénères. Ainsi, par la contraction isolée et très énergique des muscles transverses, le sujet refoule la masse viscérale de l'abdomen partie au-dessus de l'ombilic, partie au-dessous; par la contraction isolée des muscles droits avec relâchement des obliques et transverses, il cloisonne en quelque sorte l'abdomen de manière à rejeter la masse viscérale sur les deux côtés sous la forme de deux longues ampoules latérales.

Au reste, ce n'est pas en quelque sorte impunément que cet homme a acquis la singulière aptitude dont nous venons de parler, car il est présumable que deux hernies dont il est atteint, l'une inguinale droite, l'autre sus-ombilicale, reconnaissent pour cause ces énergiques et anormales contractions des muscles abdominaux; mais la présence même de ces hernies, et l'absence de leur étranglement au milieu de pareils exercices, ajoute encore à la singularité des faits que nous avons mentionnés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

Nous avons entretenu dernièrement nos lecteurs du conflit qui existe actuellement entre le Conseil des hôpitaux et la Faculté, au sujet de la clinique de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu. Ce conflit n'est malheureusement pas près d'être terminé, et la question n'a pas fait un seul pas. Voici quel est maintenant l'état des choses.

M. Chomel termine ses leçons cliniques le 31 mars. Ce serait donc à M. Rostan à commencer les siennes dans les premiers jours d'avril, suivant l'usage; mais par un sentiment de dignité que tout le monde comprendra, M. Rostan ne veut point reprendre son service avant que son droit ne soit positivement reconnu.

Le Conseil des hôpitaux voudrait que M. Chomel et M. Rostan n'eussent qu'un seul service qui serait à tour de rôle fait pendant la moitié de l'année par chaque professeur, disposition contraire aux règlements et à laquelle les professeurs ne veulent point consentir, forts qu'ils sont de leur droit.

La Faculté demande le maintien de l'ordre des choses qui subsistait il y a quelques mois. Enfin, le préfet de la Seine propose comme *mezzo termine* et comme mesure propre à tout concilier, de laisser à M. Chomel son service à l'Hôtel-Dieu, et de transporter à la Pitié la clinique de M. Rostan; ce dernier s'oppose à cette mesure, qui constituerait un exil réel dans un hôpital excentrique, et qui serait en même temps un abus de pouvoir, et une singulière manière de reconnattre vingt-cinq années de service rendus dans les hôpitaux et consacrés au soulagement des pauvres malades.

Depuis trois mois, l'ordonnance qui pourrait seule trancher la difficulté et donner satisfaction aux justes réclamations du professeur de l'Hôtel-Dieu est à la signature du ministre, qui refuse de se prononcer.

Ce que nous voyons de plus déplorable en tout ceci, c'est le tort que va subir l'instruction des élèves qui, si le différend n'est pas terminé d'ici à quelques jours, seront privés de clinique médicale pendant un semestre entier. Il est fâcheux que le Conseil des hôpitaux ne comprenne pas mieux sa mission et cède trop souvent au désir puéril de faire preuve d'autorité, sans se rendre compte des graves conséquences que peuvent entraîner ces misérables tracasseries dont le double inconvénient est de priver les jeunes gens d'un enseignement utile, et de prouver peu en faveur des bonnes dispositions qui devraient animer les administrateurs à l'égard des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

— M. Piorry fera trois leçons, les jeudi 2 avril, samedi 4, mardi 7, à trois heures (grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine), dans lesquelles il présentera soit l'ensemble des faits et des applications plessimétriques, considérées au point de vue pratique, soit le système général de la nomenclature organo-pathologique.

M. Piorry commencera, le jeudi 16 avril, à la même heure, et continuera les mardis, jeudis et samedis, le cours de pathologie médicale pour le semestre d'été, et traitera, cette année, des altérations du sang, ou anomémies.

— Pendant l'année dernière, plusieurs oculistes ambulants se sont abattus sur le Portugal, et ont fait séjour durant quelque temps dans les principales villes du royaume. Leur conduite a été ici ce qu'elle est partout ailleurs; mais notre corps médical s'est enfin ému, et ils ont dû nous quitter avant d'avoir, comme leurs devanciers, empli leur sacoche avec l'or des dupes. Un M. Ramogeau, qui se dit avoir été le chef de clinique de M. Sichel, vient d'organiser, de concert avec le docteur Kessler, un dispensaire ophthalmique. Bien que M. Kessler dirige cette institution, je ne la crois pas viable, car elle a contre elle et l'esprit public et les médecins. — Il est réellement à déplorer que nous manquions d'un homme spécial qui en impose à la fois par son mérite et sa réputation; l'ophthalmologie est encore dans son enfance tant dans nos hôpitaux que dans la clientèle. On le croirait à peine, la conjonctivite granuleuse est encore traitée en Portugal par le séton à la nuque, les vésicatoires; les ophthalmies de toutes natures sont combattues par des cataplasmes, des collyres émollients, etc. La pupille artificielle n'est jamais pratiquée, même par nos chirurgiens les plus distingués : deux ou trois chirurgiens seulement opèrent bien la cataracte, mais jugent mal sa nature et les contre-indications de telle ou telle méthode opératoire, etc. C'est assez dire que leur pratique n'est pas toujours heureuse. (*Ann. d'oculist.*)

— Une méprise bien regrettable vient de compromettre l'avenir d'un de nos confrères les plus méritants. Ce jeune médecin, bien connu dans la presse médicale, était sur le point de contracter en province un riche mariage, lorsque la famille de la jeune personne écrivit à un chirurgien des hôpitaux de Paris pour lui demander quelques renseignements. Celui-ci fit les plus grands éloges du caractère et du savoir du prétendant, qu'il connaissait beaucoup; mais il termina sa lettre par une phrase équivoque qui perdit complétement notre confrère dans l'esprit de sa fiancée. « Je ne connais, disait-il, qu'un seul défaut à la personne dont vous me parlez, celui de trop *produire.* » Ce dernier mot fut mal interprété; on crut à des écarts compromettants de jeunesse et on congédia le futur mari, qui n'était coupable, cependant, que de productions médico-chirurgicales.

— Les candidats inscrits jusqu'à présent pour la place vacante à l'Académie de médecine (section de médecine opératoire) sont MM. Leroy (d'Etiolles), Deleau, Malgaigne, Robert, Bourgery, Huguier, H. Larrey, Fournier (de Lempdes) Vidal (de Cassis), Manec et Denonvillers.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 39. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Tumeur blanche du genou droit. Amputation de la cuisse par la méthode circulaire. Suture entortillée. Réunion par première intention.

Le nommé Friquet (François), âgé de vingt-six ans, domestique, fut couché au n° 26 de la salle Saint-Victor (pavillon Saint-Mathieu, service de M. Lugol). Son père et sa mère, qui vivent encore, sont âgés et jouissent d'une bonne santé. Ses frères et sœurs, au nombre de sept, se portent également bien.

Le malade, enfin, à aucune époque de sa vie n'a présenté d'engorgements ganglionnaires; il dit n'avoir jamais eu d'affections syphilitiques ou rhumatismales; en un mot, il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque où a débuté la maladie dont il est affecté et pour laquelle il est entré à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a quinze mois environ que cet homme reçut un coup de merlin à la partie interne du genou droit, au niveau même du condyle interne du fémur. Mais ce n'est que trois mois plus tard, c'est-à-dire vers le mois de mars 1845, qu'il ressentit une douleur d'un bord peu vive, non continue, qui n'occupait alors que le condyle interne. A cette douleur se joignirent plus tard une légère tuméfaction de la partie interne du genou et de la gêne dans la marche, et même dans la station verticale. Ces symptômes devinrent de plus en plus intenses, au point de rendre les mouvements de l'articulation très difficiles et très douloureux, et de causer ainsi l'insomnie. C'est seulement alors qu'il se décida à consulter un médecin. Celui-ci prescrivit des applications de sangsues et des cataplasmes émollients sur le genou, ainsi que des frictions avec des pommades.

Comme ce traitement n'avait produit aucune amélioration dans l'état local et que l'état général s'aggravait de plus en plus par l'insomnie et les douleurs qui tourmentaient le malade, celui-ci se vit forcé d'abandonner sa place de domestique pour retourner dans son pays. Il quitta donc Paris le 24 juin 1845, c'est-à-dire trois à quatre mois après le début de la maladie.

Au mois de juillet, les mouvements de l'articulation devinrent tellement douloureux que le malade, qui se levait encore de temps en temps, fut obligé de garder le lit.

Au mois d'août, le médecin qui le soignait ayant découvert une fluctuation obscure dans l'un des points de la tumeur, crut convenable d'y plonger un bistouri, mais il n'en sortit que du sang et aucune goutte de pus.

Les mois suivants, les douleurs continuant, le gonflement du genou augmente et envahit toute l'extrémité inférieure du fémur; le malade, loin d'éprouver quelque amélioration, sent ses forces diminuer de plus en plus.

En novembre, une sensation de fausse fluctuation engagea le médecin du pays à plonger de nouveau un bistouri dans la tumeur : il ne sortit encore que du sang, mais en plus grande quantité que la première fois. Ces ponctions répétées ne pouvaient qu'accélérer la marche de la maladie, aussi vit-on les douleurs devenir plus intenses et la tumeur du genou acquérir un volume plus considérable. C'est en vain que l'on eut recours à l'application de vésicatoires et de moxas. Le malade, après un séjour d'environ huit mois dans son pays, voyant l'amaigrissement augmenter et ses forces diminuer de jour en jour, se décida à revenir à Paris.

Il entra à l'hôpital Saint-Louis le 15 février 1846, et fut couché dans les salles de M. Lugol. Il présentait alors l'état suivant :

La jambe droite est légèrement fléchie sur la cuisse. Le genou et surtout l'extrémité inférieure du fémur du même côté présentent une tuméfaction considérable. La peau qui recouvre la tumeur est d'un blanc mat, lisse et tendue, et offre en certains points une fluctuation obscure. On y voit aussi une ouverture fistuleuse, qui résultait de la seconde ponction que le médecin avait faite avec le bistouri et qui ne s'était jamais fermée depuis cette époque. Il existait enfin dans le genou des douleurs intenses, non continues, et parfois lancinantes, qui privaient le malade de sommeil. Quant à l'état général, on ne constatait point de symptômes d'affection grave : cet homme n'éprouvait ni toux, ni diarrhée, et n'avait point été affecté d'hémoptysies antérieures. Les autres articulations paraissaient saines, et, bien que le malade ne présentât pas une maigreur très prononcée, la constitution cependant était manifestement débilitée.

Comme la dégénérescence des tissus était bien marquée, et le malade décidé à subir une opération, M. Lugol le fit passer dans les salles de M. Jobert le 19 février 1846. Ce chirurgien, considérant l'altération profonde des parties malades, l'intégrité des autres articulations et l'état général qui était assez satisfaisant, jugea convenable de proposer immédiatement au malade l'amputation de la cuisse.

Cette opération fut pratiquée le 3 mars 1846 par la méthode circulaire, vers la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen du fémur, et au niveau de tissus parfaitement sains. Après avoir lié un grand nombre de vaisseaux, les bords de la plaie furent rapprochés d'avant en arrière, et maintenus en arrière à l'aide d'épingles et de la suture entortillée. Les fils à ligature furent rejetés vers chaque extrémité de la solution de continuité.

Les jours suivants les épingles sont enlevées, et l'on trouve que la réunion par première intention a eu lieu dans presque toute l'étendue de la solution de continuité, à l'exception des parties qui se trouvent en contact avec les fils à ligature. Les points de la plaie par lesquels sortent ces fils livrent passage à une certaine quantité de pus. Cette suppuration, qui était entretenue par ces mêmes fils, disparut avec la cause qui l'entretenait.

Le 21 mars, la réunion est parfaite, le moignon très régulier, tout fait espérer, du moins pour l'opération, une terminaison prompte et favorable.

Si le siége primitif du mal dans la tumeur blanche est souvent très difficile à établir, il n'en fut pas ainsi chez notre malade. D'après l'observation, en effet, il est facile de constater que le mal a débuté, à la suite d'un coup, par le condyle interne du fémur, en un mot par les parties dures, et que ce n'est que consécutivement qu'il a envahi les parties molles.

Autopsie de la tumeur. — A l'incision de la tumeur on reconnut que la dégénérescence occupait surtout la partie inférieure du fémur, dont il ne restait que les cartilages d'encroûtement des surfaces articulaires. Ceux-ci avaient résisté à l'altération, et représentaient une sorte de cape. Les condyles et la partie inférieure du corps du fémur étaient complétement disparus au milieu d'une masse de tissus morbides qui avaient envahis les parties molles voisines, et qui avaient pour l'aspect de l'analogie avec le tissu encéphaloïde; celui-ci ne présentait point la même consistance partout; ramolli en certains points, plus ferme en d'autres, il donnait au toucher une sensation particulière de rénitence et de fausse fluctuation. M.

HOPITAL NECKER. — M. LENOIR.

Hydrophthalmie. Extirpation du globe de l'œil par le procédé de M. Bonnet (de Lyon). Guérison.

Rosalie B..., fleuriste, âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, est entrée à l'hôpital le 10 janvier 1846.

Cette jeune fille a toujours été parfaitement réglée, et jouit habituellement d'une bonne santé.

En 1830, elle fit une chute sur la tête, à la suite de laquelle il serait, à son dire, survenu une inflammation des deux yeux, qui laissa sur les cornées des taies encore faciles à constater aujourd'hui.

En 1837, Rosalie B... alla à la consultation du professeur Sanson, à la Pitié. La nature de sa maladie est ainsi énoncée sur une ordonnance qu'elle a conservée : Blépharo-conjonctivite des deux yeux, avec albugo et fausse cataracte de l'œil droit. Pendant plus de six mois, et tous les deux ou trois jours, on lui fit, à cette époque, la cautérisation des deux yeux, et surtout de l'œil droit, qui était le plus gravement affecté. C'est à la suite d'une de ces cautérisations, pour laquelle on avait maintenu les paupières fortement écartées avec l'ophthalmostat, que l'œil, au dire de la malade, aurait été comme chassé de l'orbite, et serait venu faire saillie au debors. Elle nous assure même qu'il n'a point augmenté de volume depuis cette époque, et qu'il était alors tel que nous l'observons aujourd'hui.

Voici ce que nous pûmes constater le lendemain du jour de son entrée à l'hôpital :

Du côté droit, il existe une blépharite ciliaire chronique datant de deux mois environ. Elle est caractérisée par des pustules et des ulcérations nombreuses qui bordent la paupière, et par la chute presque complète des cils. Le globe de l'œil est manifestement plus volumineux que celui du côté opposé, et cette augmentation de volume porte surtout sur son segment antérieur. L'exorbitisme n'est point cependant tellement considérable, que les paupières, sous l'influence de la volonté, et même par le simple clignement, ne puissent recouvrir encore presque complétement le globe de l'œil.

Il y a sur la cornée deux bosselures, dont une correspond à une taie de quelques millimètres de diamètre, qui est située à la partie interne et inférieure de cette membrane. On distingue en bas quelques autres taies plus petites. Injection des vaisseaux de la conjonctive oculaire, dont quelques-uns, surtout en bas et en dedans, s'étendent jusqu'au centre même de la cornée. Il existe autour de cette membrane une zone bleuâtre développée surtout en haut et en dedans, où elle peut avoir de quatre à cinq millimètres de largeur. Cette zone est d'un bleu assez foncé, mais pas assez cependant pour qu'on ne distingue nettement encore les limites de la cornée en haut et en dedans. Elle présente à sa grande circonférence, et surtout à sa partie supérieure, cette saillie bosselée, cet aspect variqueux qu'on observe dans le staphylome du cercle ciliaire.

En dehors, la couleur de l'iris se confond insensiblement avec celle de la zone bleuâtre qui l'entoure et qui, à ce niveau, est plus irrégulière et plus foncée.

L'iris, sous l'influence de la lumière du jour, présente une dilatation double de celle de l'autre côté; elle paraît complétement immobile, et cependant, de temps en temps, elle est agitée d'une espèce de tremblement (*tremulus iridis*). En examinant le fond de l'œil, on aperçoit en bas une matière blanchâtre, tremblotante, qui pourrait bien être le cristallin déplacé et morcelé, mais qui offre l'aspect d'un cancer commençant de la rétine.

Du reste, la vue est complétement abolie du côté droit depuis le commencement de la maladie. Rosalie B. assure n'avoir jamais ressenti aucune douleur dans le globe de l'œil.

L'œil gauche présente quelques petites taies sur la cornée; mais elles sont en dehors du champ de la pupille, et la vision est parfaite de ce côté.

Il est évident qu'on a affaire ici à une hydrophthalmie avec exorbitisme. L'existence du corps blanchâtre que nous avons signalé dans le fond de l'œil peut faire craindre une dégénérescence cancéreuse de la rétine, quoi qu'il y ait absence complète des douleurs lancinantes propres à cette affection.

Quelle était la conduite à tenir dans un cas de cette nature? Fallait-il attendre ou opérer immédiatement? Attendre, c'était s'exposer à voir survenir une dégénérescence qu'eût peut-être provoquée l'inflammation chronique de la conjonctive et de la cornée, entretenue par le frottement continuel et exagéré des paupières; et même, au bout d'un certain temps, par l'exposition à l'air d'une partie du globe de l'œil. L'opération était donc préférable; et d'ailleurs, ne fût-elle qu'une opération de luxe, elle était sollicitée à ce titre par la jeune malade. M. Lenoir n'hésita donc point à la pratiquer; et comme il conservait des doutes sur l'existence d'une dégénérescence de la rétine, il préféra l'extirpation du globe oculaire à la ponction et à l'évacuation des humeur de l'œil.

Rejetant les procédés anciens généralement employés, non point comme absolument défectueux, mais comme moins bons dans ce cas que celui qu'il a mis en usage, M. Lenoir fit cette extirpation d'après le procédé indiqué par M. Bonnet (de Lyon).

Dans son *Traité des sections tendineuses et musculaires,* ce chirurgien a décrit avec soin une capsule fibreuse dans laquelle l'œil est reçu comme le gland du chêne dans sa cupule. Cette capsule signalée pour la première fois par Tenon en 1806, décrite depuis par M. Cruveilhier sous le nom d'aponévrose orbito-oculaire, est concave en avant, s'insère autour de l'extrémité antérieure du nerf optique, avec le névrilème duquel elle semble se continuer, et entoure les deux tiers postérieurs du globe oculaire sans lui adhérer intimement. En avant elle se dédouble en deux feuillets dont l'un, antérieur, plus fort, se place dans l'épaisseur même de la paupière, et paraît venir s'insérer aux cartilages tarses, et dont l'autre au contraire situé au-dessous de la conjonctive oculaire (fascia sous-conjonctival) forme avec le premier feuillet un angle à sinus antérieur et vient se terminer autour de la cornée.

Tous les muscles de l'œil traversent cette capsule pour arriver à la sclérotique et à ce niveau adhèrent intimement à cette aponévrose et aux gaînes qu'elle leur fournit par ses deux faces.

Cette disposition de la capsule fibreuse de l'œil, qui isole ainsi cet organe des parties graisseuses du fond de l'orbite, aussi bien que des nerfs, des artères et des veines, a fait imaginer à M. Bonnet le procédé d'extirpation que nous allons décrire. Ce procédé a déjà été employé à Lyon par M. Gensoul, sous les yeux de M. Bonnet lui-même, et à Paris par M. A. Bérard.

M. Lenoir, à l'aide de deux pinces à dents de souris, dont l'une fut confiée à un aide, souleva d'abord la conjonctive oculaire en dedans à quelques millimètres de la cornée, et détermina ainsi un pli horizontal qu'il incisa avec des ciseaux mousses et courbes sur le plat; il put alors introduire l'une des lames de l'instrument sous la conjonctive et inciser cette membrane dans tout son pourtour à quelques millimètres de

la cornée, eu même temps qu'il détacha les six muscles de l'œil à leur insertion antérieure au fur et à mesure qu'ils se présentaient à l'action de l'instrument. Pendant ce premier temps de l'opération, les paupières supérieure et inférieure furent successivement relevées ou abaissées, suivant le besoin, par un aide qui tenait un élévateur de chaque main.

Dans un second temps, M. Leuoir, glissant les ciseaux le long de la paroi externe de l'orbite jusqu'à la partie postérieure du globe oculaire, pratiqua la section du nerf optique aussi près que possible de la sclérotique, en avant de l'insertion postérieure de la capsule fibreuse. Ce dernier temps de l'opératiou, quoique plus difficile et plus long à cause du volume plus considérable du globe oculaire, fut cependant à peine douloureux, et ne détermiua point cette sensatiou lumineuse particulière que l'on a signalée.

Quand l'opération fut terminée, on put apercevoir, en écartant les paupières, la face interne de la coque fibreuse que nous avons décrite plus haut, et sur laquelle se voyaient encore les loges des six muscles de l'œil légèrement rétractés après leur section.

On comprend facilement, d'ailleurs, que cette opératiou ne doit généralement pas être suivie d'hémorrhagie comme dans le procédé ordinaire, puisque l'on ne coupe que des artérioles extrêmement fines et presque capillaires. En effet, notre malade n'a pas perdu une cuillerée de sang pendant et après l'opération.

L'œil, examiné après l'opération, nous offrit les altérations suivantes :

La sclérotique présentait son épaisseur normale, excepté au voisinage de la cornée, dans l'étendue d'une zone de 4 à 5 millimètres de largeur, où il y avait uu amincissement très notable qui explique très bien la présence de la zone bleuâtre qu'on apercevait avant l'opération. Le cristallin était d'un blanc opaque, détaché de sa capsule, morcelé et en partie résorbé; il adhérait faiblement à la rétine : c'était bien lui qui formait le corps blanc qui avait fait soupçonner l'existence d'un cancer de cette membrane.

Le pansement consista simplement dans l'application sur les paupières d'une compresse trempée dans l'eau froide, que la malade dut renouveler plusieurs fois dans la journée. — Limonade; bouillons.

Le soir du jour de l'opération (20 janvier), la malade va bien. Elle accuse seulement une douleur assez vive autour de l'oreille droite. Elle ne ressent que de faibles douleurs dans la cavité orbitaire. Pas de fièvre.

Le 21, Rosalie B... se plaint toujours de douleurs assez fortes dans la région temporale et dans l'oreille droite; ces douleurs augmentent un peu quand on fait du bruit autour d'elle. Les deux paupières sont affaissées et rapprochées l'une de l'autre. En les écartant, on aperçoit la moitié supérieure de la capsule parfaitement nette; eu bas, elle est plus difficile à distinguer. Pour obtenir une cicatrisation favorable et empêcher les paupières de se renverser en dedans, M. Lenoir introduit au-dessous d'elles un petit linge cératé, qu'il remplace les jours suivants par un bourdonnet de charpie. On continue, du reste, les compresses d'eau froide. — Limonade; bouillons.

Le 22, ecchymose légère de la paupière inférieure. — 2 potages.

Le 24, les douleurs ont complétement cessé. L'ecchymose de la paupière inférieure se prononce davantage; la supérieure est également gonflée et ecchymosée. Cet état des paupières est dû évidemment à la pression déterminée pendant l'opération par les élévateurs.

Le 25, le travail à l'aiguille, un peu prolongé, fatigue encore la malade et détermine quelques douleurs dans l'orbite.

Le 26, on aperçoit déjà au fond de la cavité de très beaux bourgeons charnus recouverts par un peu de muco-pus; on voit aussi un petit point noirâtre dû probablement à un petit caillot sanguin, et qui, les jours suivants, est entraîné par la suppuration.

Le 27, la malade va bien, mais dort peu. — Julep avec 30 grammes de sirop diacode.

Le 28, l'ecchymose des paupières a presque complétement disparu. — Même pansement; 2 portions.

Du 29 au 31; le bourdonnet de charpie est tombé plusieurs fois dans la journée, quand la malade renouvelait les compresses d'eau froide. Elle a ressenti alors dans l'orbite quelques douleurs, qui n'ont cessé qu'après qu'elle l'eut replacé elle-même. La suppuration est remplacée par une sécrétion de mucus dont la quantité diminue de jour en jour.

Dans les premiers jours du mois de février, la malade va toujours très bien. Le fond de la cavité, irrégulièrement bosselé, suit imparfaitement les mouvements de l'œil sain.

Le 14 février, blépharite ciliaire du côté gauche, qui disparaît au bout de quelques jours de frictions avec une pommade au précipité rouge et au sulfate de zinc (de chaque 0,05 pour 8 grammes d'axonge).

Peu de temps après, en introduisant un œil artificiel, nous pûmes constater, quoiqu'il fût trop petit et mal fait, qu'il suivait assez bien les mouvements de l'œil gauche. La malade a dû le faire remplacer. Nous ne l'avons point revue depuis sa sortie.

L. LUNIER,
Interne des Hôpitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mars 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Bricheteau lit un rapport sur un travail de M. le professeur Trousseau, intitulé : Sur la paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë avec épanchement.

Nous n'avons pas entendu que ce rapport se terminât par des conclusions. Quant aux observations de M. Trousseau, qui ont donné lieu à ce rapport, nous les avons insérées dans nos comptes-rendus de l'Académie de 1845.

M. Louis n'a pas assisté au commencement de la lecture de ce rapport; mais, dans ce qu'il a entendu, il regrette que M. le rapporteur n'ait parlé que des faits qui sont favorables à la paracentèse et qu'il n'ait pas signalé les insuccès.

M. Bricheteau. Pardon, monsieur Louis, vous n'étiez pas présent quand j'ai énuméré tous les cas à ma connaissance où la paracentèse du thorax n'a pas réussi. J'en ai tenu grand compte.

M. Louis. Je suis bien aise de l'apprendre, et ceci me donne l'occasion de dire que je crois qu'il faut être très réservé sur les conseils à donner pour pratiquer cette opération. J'ai vu un nombre considérable de pleurésies, je n'ai encore jamais rencontré de cas où l'opération de l'empyème fût indiquée : je n'en ai jamais rencontré dans lequel la maladie se soit terminée d'une manière funeste.

M. Bricheteau. Je crois, en effet, que les indications de la paracentèse sont rares dans la pleurésie aiguë; mais je suis convaincu qu'il en existe, et c'est pour ces cas exceptionnels que les observations de M. Trousseau offrent un grand intérêt.

M. Nacquart. J'entendais M. le rapporteur parler de difficultés quelquefois extrêmes dans le diagnostic de la pleurésie. Ce langage pouvait convenir avant la découverte de Laënnec; alors, en effet, l'incertitude était grande. Mais aujourd'hui, avec les ressources de l'auscultation et de la plessimétrie, il n'est plus permis de parler des difficultés d'un semblable diagnostic.

M. Rochoux. Avec M. Louis, je crois que les cas où l'opération de l'empyème est nécessaire sont très rares; mais je ne les nie pas absolument. Je me rappelle, et ce souvenir remonte aux premières années de mes études médicales, le cas d'un homme qui mourut en trente-six heures d'un double épanchement pleurétique. A l'autopsie, il fut bien constaté que le poumon avait conservé toute son élasticité, et que, si l'évacuation du liquide avait été opérée, cet homme aurait pu vivre. Je crois que les indications de la paracentèse se rencontreront plus souvent dans les épanchements aigus que dans les chroniques. En effet, un épanchement chronique, formé peu à peu, a pour effet de faire perdre au poumon sa puissance d'expansion, d'empêcher qu'il ne puisse revenir sur lui-même, et, dans ce cas, l'opération est au moins inutile.

M. Bricheteau. Je partage cet avis, aussi ne s'agit-il dans mon rapport que de la pleurésie aiguë; dans une autre occasion, je me suis prononcé dans le même sens que M. Rochoux pour ce qui concerne l'épanchement chronique.

M. Honoré. M. le rapporteur a cité cinquante-cinq cas d'opération d'empyème, dans lesquels il y a quatorze cas de mort : ce n'est pas encourageant.

M. Bricheteau. Dans ces cinquante-cinq cas, il y a plusieurs catégories dont il faut tenir compte. Ainsi, les épanchements par maladie organique du système circulatoire ont été complétement rebelles à l'opération.

M. Roux pense, avec M. Rochoux, que plus les épanchements sont récents, plus ils présentent des chances favorables à la paracentèse. Et ce qu'on a dit de l'épanchement pleurétique, il faut le dire aussi de tout autre épanchement.

Après de courtes observations de *MM. Duméril* et *Mérat*, le rapport est adopté.

— *M. le docteur Huguier* lit un travail intitulé : Mémoire sur la glande vaginale, les divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, sur leurs fonctions et sur leurs maladies.

Dans cette première lecture fort intéressante M. Huguier a donné quelques détails d'anatomie, et a surtout insisté sur les fonctions de la glande vulvo-vaginale découverte par Gaspard Bartholin, décrite par plusieurs anciens anatomistes, et totalement oubliée par le plus grand nombre des anatomistes modernes.

Cette glande est située de chaque côté, à l'union de la vulve avec le vagin; elle a le volume et assez bien l'aspect d'une amande d'abricot encore enveloppée de son épiderme, et elle donne naissance à un canal excréteur, long de 7 à 8 lignes, qui vient aboutir dans l'angle formé par le cercle vulvaire et la grande circonférence de l'hymen ou la base des caroncules latérales et postérieures, de telle sorte que son orifice est presque constamment caché.

Cette glande, jusqu'au moment de la puberté, dort pour ainsi dire du même sommeil que les autres organes génitaux. Mais à peine ceux-ci, l'utérus et les ovaires principalement, ont-ils acquis leur perfection organique, que la glande, recevant le contre-coup de la stimulation qu'éprouvent ces organes, réagit à son tour et sécrète une plus grande quantité de mucus. C'est principalement au moment de la turgescence qui précède et accompagne les embrassements et les rapports sexuels, qu'il agit le plus. Les pensées, les représentations lascives, les rêves érotiques, les désirs copulateurs suffisent à eux seuls pour surexciter la glande et amener une hypertrophie passagère.

Au moment des règles, la glande devient plus sensible, plus chaude, plus volumineuse, et sécrète plus abondamment. Le liquide qui s'en écoule est toujours clair comme le cristal, à moins qu'il n'y ait maladie.

Aux approches des rapports sexuels et pendant leur exécution, ce liquide est versé avec une certaine force sur la muqueuse vulvaire; mais ce n'est que quand les muscles du périnée et de la vulve sont agités de contractions involontaires et comme convulsives, qu'il est excrété par saccades ou en jet, comme dans l'éjaculation de l'homme. Cette sorte d'éjaculation ne s'observe pas chez toutes les femmes, d'où la dissidence des auteurs à son égard. Il faut, pour qu'elle ait lieu, un appareil sécréteur très développé, un canal excréteur légèrement dilaté, converti, ainsi que ses ampoules, en une sorte de réservoir, et une sensibilité vive de la part de la femme.

La glande vulvo-vaginale jouit d'une sensibilité tactile spéciale, susceptible de s'accroître et de déterminer, comme celle du clitoris et des environs du méat urinaire, les sensations voluptueuses qui se développent dans les rapports sexuels. Peut-être est-ce à cette fin qu'elle est placée sur les parties latérales de la vulve, en dedans du constricteur, dans l'axe du plus grand diamètre du membre viril dont elle éprouve le contact électrique en même temps que le clitoris et le vestibule.

C'est probablement une des raisons qui font, tout en mettant de côté toute corrélation primordiale, que le développement de la glande est très souvent en raison de celui de l'organe excitateur, et qu'elle est d'une sensibilité plus vive, d'un volume plus considérable chez les femmes qui abusent des plaisirs vénériens.

Il y a une synergie très évidente entre cet appareil et les divers follicules mucipares de l'entrée du vagin. Une sympathie non moins évidente, mais moins facile à expliquer, est celle qui existe entre l'appareil vulvo-vaginal et les ovaires. A l'état sain, le développement des glandes coïncide avec celui des ovaires; s'il en existe une plus volumineuse que l'autre, c'est du côté où l'ovaire est le plus développé. A l'état pathologique, même coïncidence; et dans plusieurs cas indiqués par M. Huguier, on voit la glande s'hypertrophier ou s'atrophier selon l'hypertrophie ou l'atrophie de l'ovaire correspondant. « Si de nouveaux faits, dit M. Huguier, viennent corroborer ceux que je viens de citer, on sent de quelle importance pourra être cette découverte appliquée au diagnostic des maladies des ovaires et de la matrice, le volume des glandes pouvant toujours être facilement apprécié sur la femme vivante. »

Pendant la grossesse, la glande a paru moins volumineuse.

Une fois que la femme a perdu les attributs de son sexe, la glande s'atrophie.

Avec les anciens anatomistes, M. Huguier trouve de grandes analogies à la glande vulvo-vaginale avec la glande urétro-bulbaire (de Cowper) de l'homme.

Comme elle :

1° Elle est située au périnée, dans le triangle urétro-ischiatique;

2° Elle présente les mêmes rapports et connexions anatomiques;

3° Elle est une dépendance de la cavité vulvo-vaginale, partie qui chez la femme est l'analogue de l'urètre de l'homme;

4° Elle reçoit les éléments de sa nutrition et le principe de sa sensibilité des mêmes sources vasculaires et nerveuses que la glande de Cowper;

5° Elle présente aussi une foule de variétés de forme, de volume, de situation;

6° Elle peut manquer d'un côté ou des deux, ce qui arrive assez souvent pour les glandes de Cowper;

7° On ne rencontre cet organe que chez les femelles dont les mâles offrent la glande urétro-bulbaire.

Cette glande peut devenir le siége de nombreuses affections qui ont été étudiées avec soin par M. Huguier, et sur lesquelles il présentera de nouvelles communications à l'Académie.

— *M. Aug. Mercier* adresse la réponse suivante à la réclamation de M. Le Roy-d'Etiolles :

Monsieur le président, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie les premier et second modèles de mon brise-pierre. Elle jugera si ces deux instruments, dont le premier n'était qu'une ébauche qui n'a jamais été terminée, ne reposent pas absolument sur le même principe, à savoir : « des mors pleins et plats près de leur ex-» trémité, épais et à large fenêtre près du talon. »

Si ce fait est incontestable et si, d'autre part, il est avéré, par les dates mêmes fournies par M. Charrière, que mon premier instrument était fabriqué avant que celui de M. Le Roy fût commandé, il est évident que s'il y a un imitateur parmi nous ce n'est pas moi.

Ceci deviendra plus clair encore, si j'ajoute que M. Le Roy a vu mon instrument chez le fabricant lorsqu'il a commandé le sien, *qu'il l'a même vu avant moi*, ce qui explique pourquoi il y a trouvé avant moi un léger défaut de proportion que j'ai également reconnu lorsque je l'ai vu à mon tour. A en juger par sa réclamation, il paraît avoir oublié cette circonstance; mais si sa mémoire était infidèle à ce point qu'une preuve irrécusable devînt nécessaire, je la lui fournirais.

Recevez, etc.

Paris, 31 mars 1846.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mars. — Présidence de M. MATHIEU.

M. Payen lit un rapport sur un mémoire de M. Mialhe, intitulé : *De la digestion et de l'assimilation des matières amyloïdes et sucrées.* Nous extrairons les passages suivants de ce rapport :

L'auteur, rappelant les notions admises actuellement en ce qui concerne la désagregation des substances azotées dans les voies digestives, dit que cette sorte de liquéfaction s'opère par le concours d'un acide et de la pepsine, phénomène comparable à celui de la diastase agissant sur l'amidon.

Que si l'on peut en outre concevoir comment, sous l'influence de la bile ou d'un agent spécial qu'elle renfermerait, les matières grasses deviennent miscibles à l'eau et assimilables à leur tour, on est beaucoup moins avancé dans la connaissance des réactions qui peuvent disposer les matières féculentes et sucrées à prendre part à l'alimentation.

Ce fut surtout cette lacune qu'il se proposa de remplir.

Les nombreuses expériences de M. Mialhe ont changé la face de la question, en éclaircissant plusieurs points douteux dans les réactions de la salive humaine; en y découvrant un principe actif de la transformation des substances amylacées, en démontrant enfin que ce principe offre la plus grande analogie, si ce n'est une identité complète, avec la diastase. On sait que la végétation développe ce principe toutes les fois que les dépôts amylacés doivent être dissous et traverser les tissus pour servir à de nouvelles formations organiques.

Afin de mieux étudier l'action de la salive sur l'amidon, M. Mialhe a constaté la transformation ultime en glucose, à l'aide de la saveur sucrée, de la propriété fermentescible, de la coloration brune sous l'influence des solutions alcalines chauffées, enfin de la réduction du bioxyde de cuivre dans les sels, ou l'hydrate en présence de la potasse.

La commission a répété toutes les observations de M. Mialhe, et les a vérifiées. Elle ajoute :

Un aussi grand nombre de caractères communs, de propriétés semblables, paraissait autoriser à considérer l'agent spécial de la dissolution du principe amylacé comme identique dans les deux règnes; M. Mialhe a préféré laisser la question indécise. Nous devons louer sa réserve; car, avant de se prononcer, il faudrait encore pouvoir comparer la composition élémentaire dans les produits des deux origines, et il est bien difficile d'obtenir parfaitement purs ces corps incristallisables et prompts à s'altérer tant qu'ils sont humides.

Il nous semble donc convenable, en attendant, d'admettre, avec l'auteur, une diastase animale ou salivaire agissant dans une voie parallèle à celle de la diastase végétale, produisant de semblables effets catalytiques.

Quoi qu'il en soit, les résultats nouveaux seront féconds en conséquences importantes pour le progrès de la physiologie; ils répandent une clarté évidente parmi les conclusions vagues ou inexactes des observations antérieures. Ainsi on ne dira plus que chacun des principes de la salive, isolément, n'agit pas sur l'amidon, tandis que la réunion de ces substances offre une propriété dissolvante énergique; on devra reconnaître que la ptyaline, telle qu'on l'avait préparée jusqu'ici, avait perdu sa propriété la plus importante; elle ne préexiste donc réellement pas dans la salive, car elle ne semble être autre chose que la diastase animale altérée et devenue inerte.

L'auteur, tout en montrant, le 31 mars 1845, quel est le principe de la transformation en glucose des substances amylacées et de la cellulose peu agrégée dans l'économie animale, indiquait l'un des principaux effets de cette transformation; il a puisé cette indication même dans les vues qu'il avait exposées dès le 15 avril 1844.

Admettant d'abord que l'influence des alcalis donne aux solutions de glucose le pouvoir de réduire le bioxyde de cuivre, et considérant dès lors que l'assimilation des substances amyloïdes et sucrées n'est possible qu'en présence des alcalis, M. Mialhe attribuait l'affection diabétique au défaut d'assimilation du sucre plutôt qu'à une production exagérée de ce principe immédiat.

Ces vues nouvelles, d'accord avec un assez grand nombre d'anciennes observations pratiques, semblaient conseiller d'associer au régime animalisé et le moins féculent possible, l'emploi des bases alcalines ou de leurs carbonates, de la magnésie ou même de l'eau de chaux.

A l'appui de cette ingénieuse hypothèse, M. Mialhe montre combien la présence d'une base alcaline, déjà employée dans le procédé de Frommerz, hâte ou détermine l'action désoxydante des solutions de glucose. Une réaction analogue, nécessaire pour que les matières sucrées prennent part à la nutrition, lui paraît entravée, dans les affections diabétiques, par un défaut plus ou moins grand de base alcaline qui occasionnerait l'excrétion plus ou moins abondante de glucose, et correspondrait à des états plus ou moins graves de la maladie.

L'auteur reconnaît, dans un trouble indéterminé des fonctions, ce défaut lui-même d'alcalinité du sang, et de là le retour des phénomènes morbides lorsque la médication alcaline cesse.

Des exemples de guérison ou d'amélioration notable sous l'influence de la méthode indiquée sont décrits par l'auteur, et paraissent dignes d'intérêt, mais ils ne sont pas assez nombreux. Toutes les circonstances des phénomènes, si complexes d'ailleurs, n'ont pu être étudiées

d'une manière assez précise pour lever tous les doutes à cet égard.
En résumé la Commission propose d'engager M. Mialhe à poursui-
vre ses recherches expérimentales sur la théorie et le traitement du
diabète sucré.

— *M. Bernard* (de Villefranche) présente un mémoire intitulé :
Des différences que présentent les phénomènes de la digestion et
de la nutrition chez les animaux herbivores et carnivores.
L'appareil digestif présente des particularités remarquables et con-
nues de tout le monde dans les animaux carnivores et herbivores. Il
m'a paru important d'examiner, au point de vue physiologique, si ces
différences anatomiques apportaient, chez ces animaux, des différen-
ces profondes dans les phénomènes de la digestion et de la nutrition.
Ce sont les résultats nouveaux auxquels m'a conduit ce genre de
recherches, que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.
1° Les différences principales qu'on observe chez les animaux her-
bivores et carnivores pendant l'acte de la digestion et de l'assimilation,
sont relatives au chyme, au chyle et aux urines.

Chez un grand nombre d'animaux (chiens) nourris exclusivement avec de la viande cuite ou crue, et sacrifiés pendant le travail de la digestion, j'ai constamment trouvé :

1. La bouillie alimentaire ou le chyme, acide dans l'intestin grêle.
2. Le chyle opaque, bien homogène et d'un blanc laiteux.
3. Les urines claires, de couleur ambrée, et à réaction nettement acide.

Sur d'autres animaux (lapins), nourris exclusivement de substances végétales (herb eu carottes), et observés dans les mêmes circonstances, j'ai toujours vu :

1. Le chyme alcalin dans l'intestin grêle.
2. Le chyle clair comme la lymphe, et offrant à peine quelquefois une légère teinte opaline dans le canal thoracique.
3. Les urines troubles, blanchâtres et à réaction très alcaline.

2° On peut démontrer que les différences signalées précédemment dans le chyme, le chyle et les urines des herbivores et des carnivores, ne dérivent pas d'une différence d'organisation dans ces animaux.

J'ai pris deux chiens et deux gros lapins en digestion, et présentant dsns leurs urines les caractères différentiels indiqués plus haut; j'ai soumis ces quatre animaux à une diète absolue, et, au bout de trente-six à trente-huit heures, les différences si tranchées qui existaient l'avant-veille entre l'urine des chiens et celle des lapins avaient complétement disparu, et les urines des quatre animaux étaient alors claires, ambrées et à réaction très acide. Cette expérience, que j'si reproduite un très grand nombre de fois, et toujours avec les mêmes résultats, prouve évidemment qu'en dehors de l'alimentation les urines présentent primitivement la même réaction et la même apparence chez les herbivores et les carnivores.

Mais, pour bien m'assurer que les modifications qui surviennent dans l'urine des lspins pendant la digestion dépendent de la nature des aliments qu'ils digèrent et non de la manière spéciale dont ils les assimilent en leur qualité d'herbivores, j'ai intervsrtl l'allmentstion des animaux en expérience, et j'ai donné aux lapins l'alimentation des chiens (viande de bœuf cuite : les lapins la mangent avec appétit, et en consomment environ 100 à 120 grammes par jour chacun), et aux chiens une nourriture analogue à celle des lapins (pommes de terre cuites à l'eau, mélangées d'un pen de carottes bouillies et broyées). Alors, il survint dans les urines la même inversion que celle qu'on avait fait subir au régime des animaux; c'est-à dire que les lapins à la viande rendaient, comme les chiens en pareille circonstance, des urines claires, ambrées et acides, tandis que les chiens aux pommes de terre et aux carottes avaient, comme les lapins en pareil cas, des urines louches, blanchâtres et alcalines. Ayant sacrifié ces animaux pendant la digestion, je trouvai, chez les lapins, le chyme acide dans l'intestin grêle, et le chyle opaque et d'un blanc laitenx; chez les chiens, au contraire, le chyme était alcalin dans l'intestin grêle, et le chyle, clair, offrait à peine une légère teinte opaline dans le canal thoracique. On voit donc que les changements arrivés dans la composition des nrines se trouvalent liés à des modifications correspondantes qui s'étaient opérées dans le chyme et dans le chyle.

De ces faits, il me semble légitime de conclure que les différences bien réelles, et connues de tout le monde, qui existent dans l'appareil alimentaire des herbivores et des carnivores ne portent, en réalité, que sur la partie mécanique de la fonction digestive. Si l'on pense, avec raison sans doute, que la forme spéciale des organes masticateurs, le nombre et la capacité des cavités stomacsles, la longueur de l'intestin, etc., rendent les herbivores plus aptes a atténuer et à diviser les aliments dont ils se nourrissent, on doit reconnaître aussi qu'à psrtir de l'estomac ces différences s'effacent, puisque les expériences nous apprennent que, chez les berbivores et les carnivores, la partie chimique de la fonction digestive ne varie pas, en ce sens que les sucs intestinaux se comportent toujours de la même manière à l'égard des mêmes principes alimentaires, soit que le phénomène digestif s'accomplisse dans l'intestin d'un chien ou dans celui d'un lapin. L'assimilation dans le sang s'est opérée également d'une façon identique, et la réaction alcaline des urines nous a toujours fourni l'indice, chez tous les animaux, de l'assimilation des substances non azotées. Au lieu donc de dire que les urines troubles et alcalines sont celles des herbivores, il est plus juste de dire qu'elles appartiennent à l'assimilation des aliments non azotés.

3° Il existe un rapport constant entre la nature du chyme, du chyle et la réaction des urines. La physiologie peut retirer de ce fait des indications fort importantes.

On voit, d'après ce qui précède, que la nature du chyme, du chyle et des urines est dans une relation très étroite et constante, si bien que, connaissant l'un de ces trois termes de la nutrition, les autres peuvent en être déduits Or, comme les urines sont toujours accessibles à l'extérieur, elles deviennent naturellement l'élément de diagnostic pour les deux autres. Avec M. Barreswil, nous espérons bientôt présenter à l'Académie un travail sur la composition des urines de la digestion des différents aliments, analysées comparativement avec celles de la diète, qui sont identiques chez tous les animaux. Pour aujourd'hui, je veux seulement prouver que, sans entrer même dans l'examen de la composition chimique du fluide urinaire, on peut, par sa seule inspection et par sa réaction, résoudre des questions physiologiques d'un grand intérêt, qui se rattachent aux phénomènes de la digestion et de la nutrition. J'indiquerai les deux exemples qui m'ont paru les plus frappants.

1° Sur deux animaux à jeun (chien ou lapin) ayant les urines claires et acides, si l'on injecte très lentement dans le sang, à l'un une dissolution de sucre de canne, à l'autre une dissolution de sucre de raisin; on observe qu'au bout de très peu de temps les urines de ce dernier sont devenues louches et alcalines, tandis que celles du premier animal n'ont pas changé d'apparence ni de réaction. Ce fait est facile à interpréter : la réaction alcaline (signe de la digestion de substances non azotées) s'est manifestée dans les urines après l'infection du sucre de raisin, parce que cette substance s'assimile et se détruit directement dans le sang; tandis que le sucre de canne n'est pas dans le même cas, et ne peut s'assimiler qu'après avoir snbi préalablement l'influence de l'estomac. Cette influence physiologique si remarquable entre les deux sucres, pressentie ou indiquée par plusieurs chimistes, se trouve prouvée sans réplique par leur différence d'influence sur les urines.

2° Beaucoup de physiologistes pensent encore aujourd'hui que la section des nerfs de la huitième paire n'empêche pas la digestion de s'effectuer. Cette opinion ne pourra plus se soutenir devant l'expérience suivante. En effet, si l'on fait prendre un repas de carottes à deux lapins à jeun depuis trente-six heures, et ayant les urines claires et acides (urines de la diète), on verra ces urines changer peu à peu de caractère et devenir, au bout de deux heures ou deux heures et demie, troubles et alcalines (urines de la digestion). Alors, si l'on coupe à l'un de ces animaux les deux nerfs de la huitième paire qui se rendent à l'estomac, la digestion sera arrêtée, et ce qui le prouve, c'est que les urines reprendront, en très peu d'instants, les caractères qu'elles avaient à jeun, et redeviendront claires et acides; tandis que chez l'animal qui n'a pas subi la résection des nerfs, elles restent troubles et alcalines pendant tout le temps que dure la digestion, c'est-à-dire pendant dix-huit à vingt heures au moins.

— *M. le docteur Magne* adresse une note sur un cas d'héméralopie. Le sujet de cette observation, employé de l'administration des tabacs dans le département de Lot-et-Garonne, perd la vue à la chute du jour pour ne la recouvrer que le lendemain; cette fâcheuse disposition, qui a été reconnue très peu de temps après la naissance, paraît aujourd'hui faire quelques progrès, et c'est ce qui a déterminé le malade à venir à Paris réclamer les secours de l'art.

M. Arago, en rendant compte de cette communication, semble élever des doutes sur la réalité du fait, et le mettre au nombre de ces cas dont la fille électrique a fourni un tout récent exemple.

MM. Roux et *Velpeau* font observer qu'il est connu depuis un grand nombre de siècles que certains individus ne voient que de jour, et perdent la vue aussitôt que la nuit arrive.

M. Arago. S'il ne s'agit que d'une différence d'intensité dans la faculté de voir, ces cas mériteraient à peine d'obtenir une place dans les annales de la science. Mais si on a entendu parler d'individus qui, à égalité d'intensité, voyaient bien avec la lumière naturelle du jour, et auraient été en quelque sorte aveugles avec la lumière artificielle, le phénomène serait complétement inexplicable dans l'état actuel de nos connaissances sur l'optique et sur la manière dont la vision s'opère.

En tous les cas, continue M. Arago, que le fait soit ou non exact, les médecins auront, je pense, quelque répugnance à croire à la réalité de la cause de cette affection indiquée par M. Magne. Je ne sais vraiment si je dois en entretenir l'Académie. Est-il vrai que les dindons ne voient pas la nuit? (Hilarité générale.) Ce fait paraît admis dans le département de Lot-et-Garonne. Or la mère de ce monsieur, étant enceinte, vit un dindon et eut envie de le manger; envie qui ne fut pas satisfaite. Qu'arriva-t-il? C'est que l'enfant qu'elle mit au monde fut comme le dindon, il fut privé de la vue pendant la nuit; et, circonstance aggravante, il porte sous une de ses aisselles une véritable crête de dindon.

— *M. Ripault* appelle l'attention de l'Académie sur un nouveau signe de la mort, qui consisterait dans la flaccidité de l'iris, la pupille perdant sa forme circulaire quand le globe de l'œil est pressé en deux sens opposés, et restant ronde au contraire malgré cette compression, lorsque la vie n'est pas éteinte.

— La séance du 30 mars n'a rien présenté de relatif aux sciences médico-chirurgicales.

REVUE GÉNÉRALE.

Dysphagie spasmodique combattue par le cathétérisme. — Voici quelques observations d'un haut intérêt pratique que vient de faire paraître M. le docteur Dieulafoy dans le journal de médecine de Toulouse :

M. de V..., ancien officier, dînant à table d'hôte, se lève tout à coup en articulant avec peine ces mots : J'étouffe. M. de V..., en mangeant, avait d'abord éprouvé de la gêne à avaler. Pensant qu'un nouveau bol alimentaire pousserait l'autre, il avait mangé avec avidité et bu pour forcer les aliments à descendre : l'œsophage s'était rempli, distendu, et l'excédant allait remonter jusque dans la cavité du pharynx. Le malade suffoquait, et la suffocation était due soit à ls gêne qu'éprouvait le passage de l'air, soit à des liquides introduits dans la trachée. M. Dieulafoy, qui se trouvait fort heureusement à la même table, saisit une canne en jonc de la grosseur du petit doigt. Après en avoir garni le bout avec des étoupes, il l'introduisit dans l'œsophage, et, psr des saccades fortes et réitérées, parvint à pousser le bol alimentaire dans l'estomac. M. de V... put aussitôt avaler de l'eau et respirer à son aise : il n'éprouva d'autre accident consécutif qu'un peu d'irritstion que calmèrent en quelques jours la diète et les boissons émollientes.

Depuis cette époque, M. Dieulafoy fut appelé auprès de madame de B..., près Léguevin. Trois jours avant son arrivée, cette dame, étant à table, avait été prise subitement de dysphagie, avec regurgitation de matières avalées. Le médecin, après avoir employé sans succès tous les moyens que réclamait la gravité de la position, appela M. Dieulafoy, qui constata l'état suivant : Prostration et faiblesse dues en partie aux évacuations sanguines pratiquées dans cette circonstance et à la diète forcée; pouls petit, déprimé, voix faible, éteinte, face pâle et décolorée; langue sèche, impossibilité d'avaler même une cuillerée d'eau. On tenta encore des liniments toniques et rubéfiants sur la partie antérieure du cou, un vésicatoire à la nuque, etc. ; mais le mal ne fit qu'empirer jusqu'au lendemain, où le cathétérisme fut jugé indispensable.

M. Dieulafoy se servit dans ce cas d'une baleine à laquelle fut adaptée une éponge en forme d'olive. Cette sonde pénétra jusque dans le conduit œsophagien, où elle fut arrêtée par un obstacle qu'il fallut vaincre par la force. Enfin la constriction céda, le bol alimentsire fut poussé dans l'estomac, et madame de B. put au même instant avaler de l'eau et du bouillon. Cet accident ne s'est plus reproduit.

Chez le sujet de la troisième observation, on avait, comme dsns le cas précédent, employé inutilement les antispasmodiques et les calmants de toute espèce, lorsque le cathétérisme vint pousser dans l'estomac le bol alimentaire arrêté au milieu de l'œsophage et faire cesser les accidents.

Il est à remarquer que dans les divers exemples de dysphagie idiopathique, la cause qui préside au développement du mal est tout à fait inconnue. L'apparition des phénomènes qui le constituent est instantanée, mais ne paraît liée à aucune lésion organique; en sorte que la seule conclusion à tirer de ces faits, qui du reste sont rares, c'est que de tous les moyens thérapeutiques à employer en pareille circonstances, le plus sûr et le plus prompt, est le cathétérisme, comme s'il s'agissait d'un rétrécissement lié à une paralysie de l'œsophage.

Rupture spontanée de la rate. — Les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* de novembre 1845, rapportent une observation de rupture spontanée de la rate, survenue au troisième accès d'une fièvre intermittente; par le docteur P.-T. Janssens.

Un homme, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte et robuste, menant une vie très déréglée et s'adonnant à toutes sortes d'excès, fut atteint, dans une maison de prostitution qu'il habitait depuis quelque temps, de fièvre intermittente quotidienne. Il n'avait jamais, antérieurement, souffert de cette maladie Il en était à son troisième accès lorsqu'il réclama mes soins. Je vis le malade pour la première fois, vers deux beures de l'après-dîner; il avait, depuis onze heures du matin, son accès, qui, comme les précédents, avait commencé par un frisson auquel avait succédé une forte chaleur accompagnée de soif et de céphalalgie. Il est à remarquer qu'il n'accusait aucune douleur abdominale ni testiculaire. Je prescrivis une potion composée de gomme arabique, sirop de citron et eau de mélisse, à prendre d'heure en heure, me proposant d'administrer les antipériodiques pendant l'apyrexie. Vers six heures du soir, quatre beures après ma première visite, on vint me demander en toute hâte, m'annonçant que je ne retrouverais plus le malade en vie, pour peu que je tardasse. Je me rendis aussitôt à cette pressante invitation, et je remarquai d'abord que le malade avait changé de chambre et de lit : je note cette circonstance, indifférente en apparence, parce que, comme on le verra dans la suite, elle entre pour beaucoup dans l'issue funeste de la maladie. Je le trouvai dans l'état suivant : facies pâle, annonçant une forte souffrance; pouls petit, presque imperceptible; abdomen fortement ballonné; respiration courte, accélérée; sueurs froides, visqueuses; extrémités froides; lipothymies.

Le malade, dont la voix avait conservé beaucoup de sonorité, se plaignait de crampes affreuses dans les testicules, sans aucun autre phénomène morbide de ces organes; et pendant le peu d'instants qu'il vécut encore, il ne cessa de demander qu'on soulageât cette affreuse donleur. Je ne sus à quoi attribuer un état aussi grave, et que rien n'avait pu me faire prévoir. Je prescrivis une potion éthérée, et fis appliquer des cataplasmes émollients sur le scrotum; mais l'état du malade empira à tel point, qu'il expira pen après avoir pris une cuillerée de sa potion. Un événement si subit et si fatal devait nécessairement me surprendre; je ne pouvais en aucune manière me l'expliquer; je résolus de faire l'autopsie du cadavre. Ayant cherché à recueillir des renseignements sur ce qui avait eu lieu dans l'intervalle de mes deux visites, j'appris qu'à l'approche de l'accès, le malade s'était jeté sur le lit d'une prostituée absente, et que celle ci, à sa rentrée, avait exigé qu'il quittât son lit et sa chambre. Cette injonction lui déplut fortement; il se prit d'un violent accès de colère, sortit du lit étant en pleine transpiration; et après avoir parcouru en chemise une grande partie de la maison, il alla se placer dans un autre lit. A peine y fut-il quelques minutes, qu'un refroidissement accompagné des autres symptômes indiqués plus haut se fit sentir. D'après ce peu d'explications, et considérant les derniers instants du malade, me rappelant surtout son état pour ainsi dire exsangue, je supposai qu'il avait succombé à une hémorrhagie interne causée par la rupture d'un vaisseau. Le froid auquel il s'était exposé et l'accès de colère me paraissaient, soit isolément, soit par leur réunion, assez puissants pour pouvoir produire une telle lésion. L'autopsie confirma en partie ce diagnostic; seulement, on trouva qu'au lieu d'un simple vaisseau, c'était la rate qui s'était déchirée. Le ventre contenait une énorme quantité de sang; et, à l'endroit occupé par la rate, on constata un délritus brun sous forme de caillots, qui n'était autre que le parenchyme de cet organe, et une espèce de sac vide formé par ses membranes d'enveloppe déchirées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Apoplexie survenue sous l'influence du froid. Saignées du pied. Guérison. — Le docteur Demarquette, à Lévin-Liétard, nous a adressé une lettre, de laquelle nous extrayons les deux observations suivantes, fort importantes sous le point de vue pratique et qu'on lira avec intérêt.

Première observation. — Un cultivateur âgé de cinquante ans, d'une bonne santé, conduisait sa voiture un jour de l'hiver rigoureux de 1844-1845. Il éprouva un froid très vif. Entré dans une auberge pour s'y réchauffer, il prit un petit-verre, et se mit près du feu. A peine y était-il depuis quelques minutes, qu'on le vit chanceler et balbutier, il avait perdu l'usage de la parole et en partie celui des membres thoracique et abdominal du côté droit; toutefois, il put encore, soutenu par deux personnes, regagner son domicile situé à un kilomètre de là. Arrivé chez lui quelques heures après, je le trouve au lit, immobile, sans connaissance, étranger à tout ce qui l'entoure; yeux fermés, face rouge, légère déviation des lèvres, respiration laborieuse, ronflante quand on le laisse tranquille; ouvrant de temps en temps les yeux privés d'expression, faisant entendre quelques mots inarticulés et exprimant l'impatience quand on le tourmente par des questions ou lorsqu'on cherche à le secouer de cette torpeur. Les deux membres paralysés paraissent privés de sensibilité et retombent, comme deux masses inertes, qusnd après avoir été soulevés on les abandonne; pouls dur et lent.

Bien que le cas fût très grave et presque désespéré, je tentai cependant un traitement énergique, et prescrivis trois fortes saignées du pied à six heures d'intervalle, et une moyenne le lendemain matin. — Potion purgative avec le calomélas.

Le surlendemain, il y avait une amélioration notable; le malade me reconnut et me présenta même sa main droite en signe de reconnaissance. Toutefois, les mouvements volontaires du côté malade étaient encore incomplets. La parole fort embarrassée et la physionomie animée d'une hilarité stupide me firent revenir à une nouvelle saignée du pied. — Sinapismes aux malléoles, purgatifs, *ut supra*.

Un mieux des plus sensibles suivit cette médication; il fut tel, que le dixième jour le malade put se lever et marcher. Les mouvements de la jambe étaient entièrement rétablis, et ceux du bras considérablement améliorés. Au bout d'un mois il put reprendre son travail habituel, tout en conservant une certaine difficulté dans la prononciation

Cet embarras de la parole avait ceci de remarquable, que l'individu voulant prononcer un mot, en proférait un autre. Aussi il disait : *mon cochon* au lieu de *mon cheval*, donnez-moi *ma moutarde* au lieu de *ma soupe*, etc., etc. Cette difficulté s'est peu à peu dissipée.

Y avait-il ici épanchement dans le cerveau? ou bien une simple congestion de cet organe? ou encore une modification toute particulière des centres nerveux produite par le froid très vif? C'est ce que je ne pourrais décider.

Seconde observation. — *Grossesse dissimulée chez une fille non réglée.* — Le diagnostic de certaines grossesses a souvent été un écueil pour le praticien le plus expérimenté, tant il offre de difficulté et parfois de délicatesse; mais il est surtout rendu difficile qusnd la personne enceinte cherche à cacher son état.

Je fus appelé, vers la fin de 1841, près d'une jeune fille de seize ans et demi, qui se plaignait de malaises, de dégoûts, de douleurs de reins, phénomènes qu'on attribuait aux approches de la menstruation. Elle avait le ventre légèrement tendu, et ses seins étaient remarquables par leur développement. Son facies, très impressionnable d'ailleurs, exprimait la pudeur, mais n'avait rien de cette teinte pâle et altérée qu'on observe chez les aménorrhéiques. Ce premier examen me laissa quelques doutes, dont je fis part à la mère; celle-ci trouva mes réflexions fort étranges, et je jugeai, à la manière dont elle me reçut, qu'elle avait toute confiance en la vertu de sa fille.

Quelques jours après, je revis cette malade; et, dans le désir de mieux m'éclairer, je la fis mettre au lit, ce qui la troubla tellement qu'il me fut interdit de pousser très loin mes investigations. Je dus me borner à constater le grand développement des seins sans visiter les mamelons et leur auréole, qui m'auraient fourni sans doute une donnée précieuse, et à explorer la région sus-pubienne, qui offrait une certaine résistance à la pression et donnait à la percussion un son mat, deux phénomènes qui, lorsque la vessie et l'intestin rectum sont vides, sont, à mon avis et d'après mon expérience, d'un très grand poids pour le diagnostic de la grossesse commençante ou du moins d'un développement anormal de l'utérus.

Je communiquai de nouveau mes soupçons à la mère, qui m'affirma de nouveau et avec aigreur que sa fille ne sortait jamais que pour aller à la messe, qu'elle ne la quittait jamais et que par conséquent elle étsit innocente. Je me retirai attendant la solution de l'avenir. Six mois après, en effet, un nouveau-né vint lever toute espèce de doute, et prouver aux parents que l'amour se joue de la surveillance la plus active.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les propriétés thérapeutiques et l'emploi de la quinoïdine, de la salicine et de l'ilicine; par M. le Dr Bertini (de Turin).

M. Bertini désigne par le nom de *quinoïdine* le résidu des diverses préparations que l'on fait subir au quinquina pour en retirer la quinine. Ce médicamedt n'occasionne, dit-il, aucun des inconvénients que détermine si fréquemment l'ingestion du sulfate de quinine, comme les tintements d'oreille, la surdité temporaire, la soif, la gastralgie, etc. A l'exemple de plusieurs autres praticiens d'Italie, il le prescrit avec le plus grand avantage dans le traitement des pyrexies périodiques de tous les types; c'est dans l'intervalle des accès qu'il l'administre, en choisissant de préférence l'instant où un nouveau paroxysme va commencer, et il le fait prendre à la dose de 50 à 75 centigrammes, et même jusqu'à 1 gramme. Il s'est en outre convaincu par l'expérience de l'efficacité de cet agent contre les fièvres larvées, ainsi que dans des cas de récidive où les sels de quinine longtemps employés s'étaient montrés impuissants. De plus, il a remarqué que les fièvres intermittentes arrêtées par ce remède étaient ordinairement moins sujettes à se reproduire qu'elles ne le sont lorsqu'elles ont été combattues par les autres fébrifuges.

Ce serait donc une précieuse acquisition pour notre matière médicale que celle de ce nouveau médicament, tant sous le rapport de l'efficacité que du peu de valeur vénale, si la puissance thérapeutique qu'on lui attribue était confirmée par des essais nombreux et des observations recueillies avec soin et conscience.

M. Bertini prescrit, au contraire, la salicine dans le traitement des fièvres périodiques; suivant lui, elle est complétement inerte dans les affections de ce genre. Il ajoute, il est vrai, que M. le docteur Bellingeri l'a administrée avec avantage contre les intermittentes vernales; mais il a soin de faire observer que, comme tous les praticiens le savent, il suffit le plus souvent de recourir aux boissons délayantes et à de légers évacuants pour faire céder ces dernières fièvres.

Quant à l'ilicine, M. Bertini en fait un tout autre cas, et, bien que ce produit ne puisse être placé sur la même ligne que le quinquina et ses diverses préparations, il ne balance pas cependant à avancer qu'il doit leur être préféré dans certaines fièvres légitimes et simples, spécialement lorsqu'il s'agit de sujets doués d'une grande irritabilité.

Formules de liniments contre l'ascite; par M. le professeur Lippich, de Padoue.

Le camphre, dont l'usage est devenu si répandu en médecine depuis quelques années, est souvent employé aussi dans la clinique de M. le professeur Lippich. Cet habile praticien le prescrit, dans le traitement de l'ascite, à l'état de baume opodeldoch, en l'associant à l'onguent gris et à l'onguent d'althæa, d'après la formule suivante :

Baume opodeldoch,	30 grammes.
Onguent d'althæa,	30
Onguent gris,	15

M. et F. S. A. un liniment d'une parfaite homogénéité.

Ce liniment est employé pour pratiquer, sur la surface de l'abdomen, des frictions que l'on réitère plus ou moins souvent, et que l'on prolonge plus ou moins longtemps suivant la nature des effets qui résultent de cette médication.

Dans les cas où l'atonie est portée à un haut degré, M. Lippich remplace le liniment précédent par celui dont la formule suit :

Alcoolé de cantharides,	4 grammes.
Beaume opodeldoch,	12
Huile volatile de genièvre,	12
Onguent gris,	12

M. et F. S. A. un liniment bien homogène.

On l'emploie, comme le premier, en frictions sur les téguments abdominaux.

Correspondance.

Paris, 22 mars 1846 (1).

Monsieur le rédacteur,

Votre *Revue hebdomadaire* du 20 mars contient un article fort intéressant, dans lequel M. Marchal (de Calvi) a exposé la théorie des *murmures veineux continus*, et proposé une explication nouvelle relative au mode de production de ces murmures. Permettez-moi, dans une question qui m'occupe depuis longtemps de rétablir ce que je crois être les vrais principes.

Et d'abord, cette théorie n'appartient pas à Hope, ainsi que l'a dit l'auteur de cet article, mais bien à un médecin de Manchester, le docteur Ogier Ward (*London med. Gaz.*, t. xx, p. 7). Plus tard, elle a été adoptée par Hope, qui l'a défendue par des arguments nouveaux; et elle était à peu près inconnue en France, lorsqu'en 1843, dans un Mémoire inséré dans les *Archives*, j'appelai l'attention sur cette nouvelle doctrine, en rapportant des faits qui me paraissaient militer en sa faveur. Depuis, elle a été défendue par MM. Barth et Roger, dans leur excellent *Traité d'auscultation*, et professée par M. Andral. Bref, on peut dire que c'est une opinion aujourd'hui généralement reçue.

Il importe cependant de ne pas aller trop loin dans cette *dépossession* du système artériel, et M. Marchal va bien évidemment au delà des faits quand il dit : « Désormais il n'y a plus de bruits artériels autres que les bruits organiques, » et quand il explique l'absence des bruits artériels de *cause inorganique* par cette circonstance que « les globules, quoique aussi rares absolument dans les artères » que dans les veines, doivent être moins éloignés que dans celles ci, » par cela seul que le sang y circulant très rapidement, les rapproche » inévitablement les uns des autres. » Or, j'en appelle à tous ceux qui ont l'habitude de l'auscultation : y a-t-il quelque chose d'aussi bien démontré que la présence des bruits de soufflet de cause inorganique dans les artères (bruits de soufflet *intermittents* à la vérité)? Reste l'explication dont je ne dirai rien, puisqu'elle explique un fait qui n'existe pas.

L'erreur de l'honorable auteur de cet article vient évidemment de ce qu'il s'est contenté d'une expérience mal faite et illusoire. « Sur » une jeune fille placée dans le service de M. Andral nous avons perçu, dit-il, un bruit continu manifeste, le stéthoscope étant posé » *dans l'intervalle* des deux chefs inférieurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Une pression effectuée avec le bout du doigt sur la » *partie supérieure* de la veine jugulaire externe fit cesser *entièrement* ce bruit, et nous n'entendions plus que les bruits normaux » de l'artère carotide. » Ainsi, voilà une pression exercée sur la *partie supérieure* de la veine jugulaire *externe* qui fait cesser un bruit qui se passe dans la veine jugulaire *interne*. Je réponds que c'est purement et simplement une illusion : car il est tout à fait impossible de comprimer la *partie supérieure* de la veine jugulaire externe, sans comprimer en même temps la jugulaire interne. En outre, en mettant le stéthoscope *dans l'intervalle* des deux faisceaux du muscle sterno-cléido-mastoïdien, on comprime inévitablement, et d'une manière immédiate, la carotide et la jugulaire interne.

Une démonstration de ce genre serait donc on ne peut plus favorable à l'opinion qui place le siége des murmures continus dans les artères, opinion qui a du reste trouvé de nos jours un défenseur dans l'honorable M. Beau. La suspension *complète* du bruit continu à la suite de la compression de la veine jugulaire externe me paraît encore une circonstance tout à fait incompréhensible, car elle est en désaccord avec tout ce que les auteurs cités plus haut et moi-même avons observé. En effet, dans l'immense majorité des cas (j'allais presque dire *dans tous les cas*) où il existe un murmure veineux *continu*, il y a en même temps un bruit de soufflet artériel *intermittent*, de sorte que je ne puis me rendre compte de ce qu'a entendu M. Marchal, qu'en admettant qu'il a pressé *très fortement* avec le doigt placé au-dessus du stéthoscope ou avec le stéthoscope lui-même.

Que si M. Marchal, au lieu de placer son stéthoscope dans l'intervalle des deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, l'eût posé dans l'espace sus-claviculaire en dehors du muscle, il eût parfaitement reconnu que la pression *la plus légère* exercée sur le trajet de la veine jugulaire externe au-dessus du stéthoscope, fait cesser entièrement le murmure continu, qui se reproduit au contraire avec toute sa force aussitôt qu'on a enlevé la barrière qui retient le sang. D'un autre côté, si cet honorable médecin, en appuyant le stéthoscope sur le muscle sterno-mastoïdien, eût exercé une *faible* pression sur le bord interne de ce muscle au-dessus du stéthoscope, de manière à agir presque exclusivement sur la veine jugulaire interne, il se fût convaincu que cette pression, si elle fait cesser le murmure continu, permet dans l'*immense mojorité des cas*, de percevoir un bruit de soufflet intermittent.

Un mot encore : M. Marchal, répondant à quelques objections de M. Beau, a dit que « c'est une erreur commune de supposer qu'il y a » un seul bruit dans les artères, qu'elles ont au contraire un double » bruit, comme elles ont un double mouvement. » Je regrette de me trouver encore en désaccord avec cet honorable médecin : mais je puis affirmer qu'il n'a jamais entendu le *double bruit* artériel que dans les carotides ou les sous-clavières. Or dans les artères, comme dans le cas d'anévrisme de l'aorte, le second bruit que l'on perçoit n'est autre que la propagation du *second bruit* du cœur. C'est ce dont il est facile de se convaincre en auscultant les fémorales ou les axillaires, artères dans lesquelles il n'existe qu'un seul bruit ainsi que dans tout le reste du système artériel.

En résumé :

1° Il n'est pas exact de dire qu'une pression exercée sur la veine jugulaire externe fait cesser entièrement un murmure continu qui se passe dans la veine jugulaire interne. Lorsque la pression est pratiquée avec force, cette pression agit alors inévitablement sur la jugulaire interne, et le murmure continu est remplacé dans l'immense majorité des cas par un bruit de soufflet intermittent;

2° Le murmure continu se suspend entièrement quand le stéthoscope est placé au delà du champ de l'artère et la compression exercée uniquement sur la veine jugulaire externe au-dessus de l'instrument;

3° Il n'existe dans le système artériel qu'un seul bruit; quant au second bruit qu'on perçoit dans les artères voisines du cœur, il n'est autre que le résultat de la propagation du second bruit du cœur.

Agréez, etc.

Dr Aran.

(1) Nous répondrons à cette lettre dans la prochaine *Revue hebdomadaire*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 4 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 40. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornbill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 3 AVRIL 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous publierons dans le prochain numéro une observation tirée de la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, qui soulève la question des plaies du cou et de leur traitement par la suture. Elle fait connaître aussi le moyen employé par M. le professeur Sédillot, dans ces sortes de blessures, pour fixer la tête du blessé sur la poitrine.

L'opportunité de la suture dans les plaies du cou fait le sujet d'un travail de M. le docteur Bertherand, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, inséré dans le dernier volume des *Mémoires de médecine militaire*, et dans lequel les objections présentées contre la suture appliquée à ces solutions de continuité sont rapidement mais sainement appréciées.

Si la suture échoue assez souvent dans les plaies du cou, cela tient, dans bon nombre de cas, à ce que les points sont trop superficiels. Le tissu cellulaire sous-cutané étant très lâche dans cette région, la peau joue librement sur les parties profondes, qui ne se réunissent pas. La réunion est tout extérieure et manque son effet. C'est ce que M. Bertherand a eu l'occasion d'observer, notamment sur un zouave atteint d'une large plaie que lui avaient faite des Arabes auxquels il avait échappé au moment où ils allaient le décapiter.

Pour que la suture n'ait pas cet inconvénient, il faut, d'après M. Bertherand, que les points soient assez profonds pour fixer la peau à l'aponévrose et aux muscles.

Il se conforma à ce principe sur un chasseur d'Afrique qui, au bivouac, allant faire boire son cheval, reçut d'Arabes embusqués plusieurs coups d'yatagan sur la tête, le cou et les épaules. Le cou, du côté droit, présentait une plaie longue de huit à dix travers de doigt; le sterno-mastoïdien était presque entièrement divisé, et l'on voyait l'artère carotide battre à nu dans l'angle antérieur de la plaie. En arrière, le muscle trapèze était coupé en travers dans l'étendue de cinq centimètres à peu près. Après avoir abstergé la blessure, M. Bertherand en rapprocha les bords au moyen d'une suture enchevillée dont les fils embrassèrent les muscles divisés dans la plus grande épaisseur possible. La tête fut maintenue fléchie dans la direction voulue, et le vingtième jour après l'accident la guérison était parfaite.

M. Bertherand rapporte un autre cas dans lequel la suture réussit. Il n'est pas dit si les points furent passés profondément; mais le moyen adhésif fut singulièrement favorisé par l'abstinence volontaire du blessé, qui, après avoir tenté de se couper la gorge, avait résolu de se laisser mourir de faim et se renfermait dans le silence le plus absolu. Le chirurgien se garda bien, comme on doit le penser, de chercher à vaincre l'obstination du malade, qui, au bout d'une semaine, se décida de lui-même à prendre des aliments. La plaie était en très grande partie cicatrisée, et ne tarda pas à se guérir entièrement.

M. Baudens insiste beaucoup, dans ses leçons cliniques, sur la nécessité d'embrasser une grande épaisseur de parties dans les fils. Affronter des *surfaces* et non des bords : tel est le principe. C'est aussi celui de M. Jobert (de Lamballe). On sait que M. Baudens réunit toujours par suture les divisions résultant de l'ablation des ganglions cervicaux. Il est rare que la cicatrisation se fasse attendre plus de huit ou dix jours.

Deux écueils sont à éviter dans le pansement des plaies du cou : ou l'on n'affronte pas assez; ou l'on affronte trop, et les lèvres de la solution de continuité se renversent en dedans. Il s'agit surtout ici des plaies du devant du cou. Quelque soin que l'on prenne, la réunion peut manquer; alors la plaie traîne en longueur; les téguments rougissent, s'indurent, se flétrissent, perdent en partie leur vitalité, et il faut des efforts inouïs pour obtenir la guérison, qui même est loin d'être assurée. A la longue la constitution s'affaiblit, et la cicatrisation en est rendue encore plus difficile.

Ce tableau n'est pas imaginaire. Dernièrement nous avons vu réformer un soldat affecté d'une plaie transversale préthyroïdienne que rien n'avait pu guérir. Tous les moyens avaient été tentés. Chez cet homme, dont la plaie était ouverte et suppurante, le redressement de la tête était impossible par suite de l'induration des tissus; de telle sorte qu'il avait l'inconvénient de l'inodule sans en avoir l'avantage.

On le voit, le traitement des plaies du cou offre de sérieuses difficultés. C'est dans les premiers temps surtout qu'il faut être attentif. L'abstinence, le silence absolu, l'immobilité parfaite, doivent être recommandés de la manière la plus formelle.

La suture, pratiquée comme l'indique M. Bertherand, nous paraît convenable; mais il suffirait de points passés au lieu de la suture enchevillée.

M. Sédillot a bien voulu nous adresser un autre fait relatif à la nocuité des vapeurs phosphorées, sujet auquel nous désirons consacrer un article. M. Sédillot a transporté à Strasbourg l'activité de la vie scientifique de Paris, tout en restant, dans la pratique, un chirurgien réservé, ennemi des témérités opératoires. La mesure dans l'action, voilà la règle qu'un chirurgien doit se proposer, surtout quand il est bon opérateur. Il y a deux chirurgies, comme il y a deux politiques. Paris a toujours été pour le mouvement... Mais arrêtons-nous dans ce parallèle, qui ne laisserait pas d'être fort délicat.

— La doctrine physiologique a rattaché les ossifications artérielles et la gangrène qui en est la suite, à l'artérite. Broussais, à l'occasion d'un cas dans lequel l'inflammation joua manifestement le principal rôle, écrivit, en 1827, un article plein de faits, qui figure dans ses *Annales* (tom. XI). Un homme habitué à la nourriture la plus excitante, avait succombé aux progrès d'une gangrène dite *spontanée* ou *sénile*, liée à des désordres profonds de l'arbre artériel. Les veines étaient malades aussi.

A notre avis, une distinction doit être établie entre les ossifications artérielles, les unes pouvant être légitimement attribuées à une subartérite produite et entretenue par un régime excitant; les autres étant simplement dues à un vice de nutrition, et pouvant être exactement comparées aux ossifications de certains cartilages.

Mais s'il est vrai qu'on ne saurait, sans exagération, faire rentrer dans le cadre des phlogoses tous les cas d'ossifications artérielles, on ne saurait non plus, sans erreur, contester la part que l'inflammation peut prendre à ces altérations. Est-il d'ailleurs quelque chose de plus facile à comprendre que l'inflammation de la membrane interne des artères, lorsque le sang est rendu trop excitant par l'habitude des spiritueux et d'un régime succulent à l'excès? Les lésions organiques des artères sont plus communes en Angleterre qu'en France, et l'on pourrait voir dans cette circonstance la principale raison des progrès que les Anglais ont fait faire au traitement chirurgical des anévrismes. Or, chacun sait que si le régime est bien loin, non-seulement d'être trop succulent, mais même seulement suffisant, parmi les classes les plus nombreuses d'Angleterre, l'usage des boissons irritantes est extrêmement répandu dans ce pays.

N'oublions pas, d'ailleurs, que si des doutes peuvent être élevés relativement aux effets de la subartérite, ils ne sont plus possibles dans les cas d'artérite aiguë avec oblitération de la cavité du vaisseau et gangrène des parties auxquelles celui-ci se distribue.

C'est le cas suivant, observé dans le service de M. C. Broussais, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, qui nous a conduit à présenter les rapides considérations que l'on vient de lire.

Un soldat de la république et de l'empire, employé aux bureaux de la guerre, âgé de soixante-sept ans, entre le 17 février à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. C. Broussais. Il se dit malade depuis huit jours. Vu le même jour de son entrée, à trois heures de l'après-midi par M. C. Broussais, il a la face rouge, se sent engourdi, et se plaint de souffrir beaucoup de la tête; il a, de plus, une grande difficulté à respirer; le pouls plein à 76. Une saignée est immédiatement pratiquée; elle est fortement couenneuse. Le lendemain la tête est plus libre; mais le malade souffre du côté droit; on y entend, surtout en haut et en bas, du souffle bronchique, un peu de râle crépitant, et de la résonnance de la voix; point d'expectoration. Deux saignées; application de trente sangsues au-dessous de la clavicule droite. Le soir, amélioration notable; expectoration de quelques crachats verts semi-gélatineux; couenne très prononcée sur le sang des deux saignées. Les troisième et quatrième jours, tartre stibié à la dose de 0,4 et 0,5; puis vésicatoire. Le cinquième jour le malade se félicite beaucoup de son état. Du septième au dixième jour, somnolence. Le 26, ce malade, moins somnolent par suite d'une application de seize sangsues faite la veille aux apophyses mastoïdes, se plaint d'une vive douleur dans la jambe gauche; on n'y voit ni rougeur, ni gonflement. Le lendemain 27, cette jambe est gonflée et présente sur sa face externe et suivant toute sa longueur, une large tache noire avec quelques phlyctènes; pansement au vin aromatique. Le pouls est filiforme, à 100. Le 28, la tache a fait des progrès et remonte vers la cuisse; la douleur est très aiguë, surtout au moindre mouvement; coma; pouls filiforme. Bouillon, limonade vineuse, vin sucré; pansement au vin aromatique. A deux heures, ce même jour, gonflement énorme de l'avant-bras gauche survenu depuis le matin, avec phlyctènes. Agonie; pouls insensible. Mort à trois heures et demie.

A l'autopsie, nombreux points d'ossification dans les artères du membre inférieur gauche; mais aussi du membre inférieur droit, où il n'existe pas de gangrène, si ce n'est une légère tache noirâtre vers la malléole externe; ossifications semblables des artères brachiales. Inflammation du nerf poplité et du plexus brachial gauches, caractérisée par une injection sanguine du tissu cellulaire d'union et du névrilème; aspect rougeâtre circonscrit des filets nerveux.

M. C. Broussais, dans une leçon de clinique faite à ce sujet, a exprimé l'idée que les ossifications artérielles pourraient bien ne constituer qu'une cause prédisposante à la gangrène dont l'inflammation des cordons nerveux serait alors la cause déterminante.

— M. le professeur Roux a pratiqué, mercredi dernier, une résection du coude. C'est la quatrième depuis quelque temps. Nous parlerons de ces opérations lorsque nous pourrons annoncer leurs résultats définitifs.

— M. Roux a opéré aussi une fistule à l'anus, qui, *par exception*, s'ouvrait dans le rectum; l'orifice interne était situé très près de l'anus. On sait que, d'après l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, les fistules anales sont, dans le plus grand nombre des cas, borgnes externes. On sait aussi que, suivant lui, il est superflu de s'occuper de l'orifice rectal du trajet fistuleux, quand il existe : l'essentiel est d'inciser dans toute l'étendue du décollement : il ne servirait de rien d'avoir trouvé l'orifice interne de la fistule, et d'avoir incisé les parties comprises entre lui et l'orifice externe, si l'on avait laissé subsister quelque décollement au-dessus du premier. La fistule, dans cette hypothèse, ne manquerait pas de se reproduire.

Les amis de la saine littérature chirurgicale ne doivent pas désespérer de voir, peut-être prochainement, ces principes et d'autres, résumés dans une œuvre compendieuse qui offrira au public médical les fruits d'une belle et honorable carrière scientifique.

— Nous avons vu, dans le même service, plusieurs malades atteints de fracture compliquée de la jambe. M. le professeur Roux fait le pansement suivant : Linge fenêtré et cératé sur la plaie; cataplasme émollient sur ce linge; compresses longuettes recouvrant le cataplasme; bandage à bandelettes séparées, avec attelles et fanons, pour maintenir le tout. Ses malades sont en bon état. Voilà comment des méthodes différentes peuvent conduire également au succès. Pourtant, ce que nous avons vu au Val-de-Grâce nous porterait à penser que la réfrigération a des effets plus constamment avantageux. M. Jobert (de Lamballe), à l'hôpital Saint-Louis, se borne à faire appliquer des cataplasmes froids sur les membres atteints de fracture compliquée. C'est une sorte de réfrigération.

— Un vieillard avait été cathétérisé pour un rétrécissement de l'urètre, et l'instrument avait fait fausse route. M. Roux est parvenu à franchir le point rétréci et à rétablir la liberté du canal au moyen d'une sonde laissée à demeure pendant plusieurs jours.

Le moyen dont l'honorable professeur fait usage pour retenir la sonde dans l'urètre est très ingénieux, mais ne se prête pas à une éventualité qu'il est utile de prévoir chez les sujets moins avancés en âge que le malade actuel. Il faut, le cas échéant, que la sonde puisse sortir d'une certaine longueur. On obtiendrait ce résultat de la manière suivante : Un linge plié en deux doubles serait roulé autour de la verge et fixé à l'aide d'un cordonnet souple. On passerait entre les tours de ce cordonnet trois ou quatre liens de la même espèce, qui seraient noués moyennant une rosette à un nombre égal de liens attachés à la sonde, déjà en place bien entendu. Au besoin, les fils seraient relâchés pour être serrés au degré convenable ensuite.

— Un malade couché dans la même salle que le précédent, avait reçu un coup d'un instrument piquant dans le genou. On lui fit appliquer des cataplasmes. A la suite de cette application, la partie se tuméfia, sans chaleur, toutefois, ni rougeur de la peau. Il existe manifestement un liquide dans l'articulation. Mais ce qui rend le cas intéressant, outre le mauvais effet que paraît avoir produit le topique émollient, c'est l'existence, dans le milieu de la losange poplitée, d'une tumeur ovoïde, élastique, en communication évidente avec l'articulation. Ce n'est pas ainsi que se présente généralement l'hydarthrose.

— Un homme était affecté d'une tumeur scrotale dont la partie supérieure était fluctuante et l'inférieure solide. Une ponction exploratrice fut faite par M. Velpeau dans les deux parties de la tumeur. Une vive inflammation se déclara, et fut suivie de la gangrène. Le savant professeur a fait remarquer, au sujet de ce résultat inattendu, que si l'on avait poussé une injection iodée dans la poche qui formait la tumeur en haut, on n'aurait pas manqué d'imputer la gangrène au liquide injecté. Lui-même n'aurait pu se défendre de cette idée.

— Une femme, âgée de vingt-neuf ans, a eu des chancres, il y a dix ans, et par suite une perte de substance de l'urètre

dont les deux tiers antérieurs ont été détruits. Ce qui reste du canal est rétréci, et la malade urine par regorgement. M. le professeur A. Bérard se propose de traiter le rétrécissement par la dilatation. Il n'est pas probable qu'une opération soit pratiquée ensuite pour rétablir le canal dans ses deux tiers antérieurs; elle serait tout à fait inutile, la perte de substance étant sans inconvénient appréciable.

— Notre réponse à M. le docteur Aran n'a pu être insérée dans ce numéro faute d'espace. Elle paraîtra mardi. Nous sommes obligé par la même raison d'abréger notre Revue.

X...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lugol.

Observations d'abcès froids dont on a fait la ponction, et dans le kyste desquels on a pratiqué des injections d'eau iodurée.

Salle Saint-Prosper, n° 12, Dommergue (Félix), entré le 28 novembre 1845, est un enfant âgé de huit ans, présentant les signes de la complexion tuberculeuse, dont il a manifestement hérité de ses parents.

Ce jeune garçon porte à la cuisse gauche un abcès froid dont le début remonte seulement à deux mois. Cet abcès forme, à la partie antérieure interne et inférieure de ce membre, une tumeur du volume de la moitié de la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur est molle, fluctuante, et offre, à sa partie antérieure, un point où la peau est rouge et amincie; elle s'arrête aux condyles du fémur, et ne communique pas avec l'articulation du genou: aussi le malade peut-il marcher sans trop de difficultés.

Une fistule, située dans la partie correspondant au 5e os du métatarse du pied droit, est entretenue par la carie de cet os, qui s'est manifestée il y a trois mois.

L'état général du malade est satisfaisant, à part une toux légère; les forces et l'embonpoint n'ont pas beaucoup diminué, l'appétit est conservé.

Le 1er décembre, on pratique une incision longue, d'un pouce, à la partie externe et déclive de la tumeur; il s'en écoule plus d'un litre de pus rougeâtre contenant des caillots fibrineux. Après l'évacuation du pus, on injecte dans le foyer une solution iodurée étendue d'eau.

Pansement simple et légèrement compressif. Introduction d'une mèche de charpie entre les bords de la plaie.

L'injection est répétée les jours suivants. A partir de ce moment, diminution de l'engorgement des parties molles et de l'écoulement du pus. La plaie résultant de l'ouverture artificielle de la tumeur était cicatrisée au bout de trois semaines. Cette ouverture ne put prévenir l'ulcération de la peau dans la partie où nous avons remarqué qu'elle était rouge et amincie. Le pus se fit également jour par cette ouverture, qui est demeurée fistuleuse.

Huit jours après la ponction de la tumeur, le petit malade se levait et marchait sans béquille en s'appuyant sur le membre malade.

La fistule de la cuisse ne donne aujourd'hui issue qu'à très peu de pus; elle est entretenue par une maladie (probablement une nécrose) de la moitié inférieure du fémur, dont l'abcès était la conséquence.

Le malade marche presque sans boiter, et son état général est très louable.

La carie fistuleuse du 5e métatarsien n'a pas varié. (Observation recueillie par M. Legrand, élève interne.)

— Mantuy (Victor), vingt trois ans, cordonnier, entré le 19 décembre 1845. Il porte au côté droit du col une tumeur un peu plus grosse que le poing. Elle s'étend depuis le lobule de l'oreille jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule; elle a, d'avant en arrière, une étendue de quatre travers de doigt.

Elle a commencé au mois de mai; elle était, à cette époque, de la grosseur d'une noisette. Trois semaines après, elle avait acquis le volume d'une noix.

Elle est restée stationnaire jusqu'au mois de novembre; puis elle a pris progressivement tout son développement. A cette époque, le malade y a ressenti un peu de douleur, des élancements, mais la douleur n'a jamais été très vive.

Le 22 décembre, ponction de la tumeur, qui est fluctuante; issue d'un quart de litre de pus par l'ouverture. Ce pus est très fétide. — Injections iodurées répétées trois fois de suite.

Les jours suivants, et jusqu'à ce jour, continuation des injections une fois par jour.

A la suite de la ponction, la tumeur avait diminué de plus de moitié; elle a encore diminué depuis; elle est en outre beaucoup moins dure; mais elle conserve le caractère tuberculeux, et il en sort du pus à chaque pansement en assez grande abondance.

L'appétit ni les forces ne sont pas encore bien revenus; le malade dit n'avoir pas recouvré toute son énergie, quoique son état général soit présentement assez bon.

— Le nommé Charlut, gendarme de la Seine, âgé de quarante et un ans, portait une tumeur tuberculeuse plus grosse que le poing sur la région moyenne latérale et droite du col. Cette tumeur avait commencé par un tubercule du volume d'une noisette, qui était restée à peu près stationnaire pendant une quinzaine d'années.

Dans l'aine correspondante, il existait un tubercule du volume d'une noisette, qui avait paru en même temps que celui du col, mais qui n'avait pris aucun accroissement.

Depuis un an environ, mais surtout depuis l'automne dernier, et plus encore depuis une quinzaine de jours, la tumeur avait grossi au point qu'elle empêchait le malade de mettre son col d'uniforme et de boutonner son habit, quoiqu'elle ne fût presque point douloureuse.

C'est pourquoi Charlut demanda un congé afin d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis le 5 février 1846. Le jour de son entrée, il eut un bain alcalin; ensuite nous le purgeâmes deux fois à un jour d'intervalle.

Après ce traitement préparatoire, la tumeur fut ponctionnée le 11 février; il s'en écoula plus d'un demi-litre de pus tuberculeux d'une odeur nauséabonde, et finalement, du pus mêlé de beaucoup de sang.

Immédiatement après la ponction, on injecta dans le kyste une solution iodurée; la même injection fut répétée trois fois de suite, et l'eau iodurée entraîna, chaque fois, du pus mêlé de sang.

L'opération terminée, le malade fut mis dans un bain alcalin (1); et pendant qu'il y était, il s'écoula un verre de pus mêlé de beaucoup de sang par l'incision.

Les injections de solution iodurée furent continuées les jours suivants.

Le quatrième jour, le malade éprouva des frissons passagers, des horripilations fréquentes, du mal de tête, de la soif, et l'appétit lui manqua. Nous le purgeâmes une troisième fois, non pas avec de l'eau de Sedlitz, comme les deux premières fois, mais avec du calomel et du jalap; l'état fébrile disparut et l'appétit revint.

Le 22 février, onzième jour après l'opération, la tumeur était réduite des deux tiers; il en découlait encore du pus à chaque pansement. Le malade demanda sa sortie, se croyant en état de reprendre son service. Nous lui conseillâmes de continuer les injections de solution iodurée.

Quoiqu'il ait suivi ce conseil, la tumeur est présentement, cinquante-deux jours après l'opération, dans le même état que le onzième. Charlut n'a repris qu'un service sédentaire dans dans la caserne, ne pouvant encore revêtir son uniforme pour monter à cheval.

Le malade nous a dit qu'il n'éprouvait plus les malaises auxquels il était sujet avant d'avoir été opéré; mais nous remarquerons qu'il tousse depuis qu'il est sorti de l'hôpital; qu'il a perdu une sœur âgée de vingt-six ans et un frère de vingt et un ans, qui ont succombé à la tuberculisation pulmonaire; qu'il a perdu huit autres frères et sœurs en bas âge, et qu'il ne lui reste qu'une sœur mère de deux filles tuberculeuses.

Ces antécédents et ces coïncidences nous expliquent surabondamment la persistance de la suppuration tuberculeuse du col, et doivent appeler toute notre attention sur la toux qui est survenue depuis que nous avons mis en mouvement cette suppuration tuberculeuse sous-cutanée.

Nous avons passé sous silence le traitement intérieur qui avait été commencé à l'hôpital Saint-Louis, parce que ce traitement a été de trop courte durée, n'ayant pas été continué après la sortie du malade de notre hôpital.

— M. Lugol a présenté dernièrement ces trois malades à plusieurs médecins qui suivaient sa visite, et s'est ensuite livré à des développements que nous allons reproduire dans toute leur étendue, afin de rétablir les véritables notions sur l'art de formuler les injections d'eau iodurée.

On vient de voir, a dit M. Lugol, qu'après avoir fait la ponction des abcès que portaient ces trois sujets tuberculeux, nous y avons injecté une solution iodurée. C'est ce que nous faisons depuis plus de seize ans à l'hôpital Saint-Louis et en ville dans les cas semblables.

Toutes les fois que nous reconnaissons la présence du pus tuberculeux dans les parties molles, nous provoquons la sortie de ce produit morbide par une ponction, et, après l'évacuation du kyste, nous pratiquons dans sa cavité l'injection d'une solution iodurée; cette injection sert à vider le kyste plus complétement du pus qu'il peut encore contenir dans quelques unes de ses sinuosités, et elle sert en outre à porter l'iode à la surface interne, afin de la modifier d'une manière spéciale et d'y produire une inflammation adhésive.

Pendant les deux premières années de nos recherches sur les effets thérapeutiques de l'iode chez les sujets scrofuleux (1827, 1828), nous faisions usage d'une solution iodée pour les bains locaux dont nous venons de parler (2). A cette même époque, nous donnions en boisson de l'eau iodée (3) aux malades, car nous n'avions pas encore trouvé la formule de l'eau iodurée.

Après avoir ainsi formulé une eau iodurée pour boisson et une solution iodée pour l'usage extérieur, nous continuâmes nos investigations afin de trouver la formule des bains iodés. Nous attachions d'autant plus d'importance à obtenir ce nouveau mode d'administration, qu'il nous paraissait, *à priori*, devoir concourir très avantageusement à multiplier les bons effets du traitement que nous appliquions dès lors avec succès à nos malades.

Les résultats que nous obtînmes dépassèrent toutes nos prévisions; car, si nous ne pûmes trouver une formule satisfaisante des bains iodés, nous eûmes le bonheur de rencontrer mieux encore, savoir: la formule des bains iodurés au moyen de laquelle nous avons ensuite perfectionné la plupart de celles que nous avions employées antérieurement. Aussi peut-on regarder notre mémoire sur les bains iodurés comme la base fondamentale sur laquelle, en définitive, nous avons établi notre méthode de traitement des maladies scrofuleuses.

En premier lieu, pour arriver à la formule des bains d'iode, nous fîmes trois expériences; mais, à la troisième expérience, nous dûmes reconnaître que l'on ne pouvait composer des bains d'iode, des bains iodés; qu'il fallait par conséquent procéder d'une autre manière pour rencontrer ce que nous cherchions.

(1) Nous ne pouvons plus donner de bains iodurés à nos malades de l'hôpital Saint-Louis, à cause du prix excessif de l'iode, par suite de l'abus monstrueux que l'on fait de cette substance depuis quelques années, contrairement aux règles que nous avons données sur son emploi.

(2) Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses, lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 28 juin 1829; précédé du Rapport fait à l'Académie par MM Magendie, Serres et Duméril; rapporteur. — Paris, 1829. Page 54.

(3) *Ibidem*, page 48 et suivantes.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, nous croyons nécessaire de rappeler sommairement cette troisième expérience (1).

Trois gros d'iode très pur furent dissous dans six onces d'alcool rectifié. Cette teinture alcoolique d'iode fut ensuite étendue dans un bain chaud à 30° Réaumur.

A mesure que l'on versait cette solution alcoolique dans le bain, on voyait jaillir des vapeurs violettes à la surface de l'eau; en peu d'instants, l'atmosphère fut surchargée de ces vapeurs au point que tous les assistants en furent incommodés: elles irritaient les yeux, les fosses nasales, le pharynx, etc.

Cette expérience n'était pas terminée que l'odeur de l'iode avait franchi les murs de la salle de bains; elle était parvenue jusque dans les cours de l'hôpital avant même que les baignoires eussent été vidées.

D'autre part, on voyait de l'iode se précipiter en nature sur les parois de la baignoire; ainsi donc l'alcool, étendu dans l'eau du bain, avait abandonné l'iode, qui, isolé de la sorte, se dégageait partie en vapeurs violettes, partie en molécules suspendues dans l'eau.

Les mêmes phénomènes se reproduisirent sept fois dans le même temps, car nous opérions sur sept malades scrofuleux afin d'agir sur les formes principales de la maladie.

La vue de ces phénomènes nous fit réfléchir sur l'administration intérieure de la teinture alcoolique d'iode; ils confirmaient pleinement les remarques que nous avions déjà faites sur cette préparation du docteur Coindet, dont nous nous sommes toujours interdit l'usage par les raisons que nous en avons données dans notre premier mémoire (page 46). Il est évident, par ce qui s'est passé sous nos yeux, que l'usage intérieur de cette teinture doit être suivi du dépôt de l'iode en matière sur les parois de l'estomac, et que cette circonstance ne peut manquer de devenir très nuisible aux malades à cause de l'affinité très forte de ce corps, lorsqu'il est isolé, pour les substances animales qu'il décompose avec une grande activité.

Après avoir échoué dans nos essais pour trouver le bain d'iode, le bain iodé à proprement parler, nous avons cherché d'une autre manière la solution du problème à résoudre. A cet effet, nous avons commencé une seconde série d'expériences (2). Celle-ci nous a conduit à la composition des bains iodurés, c'est-à-dire à la dissolution préalable de l'iode non plus dans l'alcool, mais dans l'iodure de potassium, qui est un excellent dissolvant de l'iode et qui en contient lui-même une très forte proportion à l'état de sel neutre.

On obtient cette dissolution en combinant une partie d'iode avec deux parties d'iodure de potassium. Cette proportion des deux corps constituants produit un mixte qui est égal dans toutes ses parties et qui est parfaitement soluble dans l'eau distillée.

Nous venons de rappeler sommairement les travaux auxquels nous nous sommes livré pour arriver à composer les bains iodurés, parce que ce sont ces travaux qui nous ont fait renoncer à l'usage des solutions iodées; et à ne plus formuler que des solutions iodurées soit pour l'usage intérieur, soit pour l'usage extérieur.

Depuis plus de seize ans, c'est-à-dire depuis que nous avons trouvé la formule des bains iodurés, nous ne faisons plus usage d'aucune préparation iodée. Notre pratique personnelle relativement à l'administration des préparations iodurées a acquis toute la notoriété possible puisqu'elle est écrite dans nos ouvrages et qu'elle a été propagée par les traductions nombreuses qui en ont été faites en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, et par le compte favorable qu'en a rendu la presse médicale de tous les pays.

Nous avons en outre travaillé à la propagation de notre méthode de traitement par l'enseignement clinique spécial que nous avons créé à l'hôpital Saint-Louis, créé est bien le mot, car nous n'avons jamais entretenu les assistants que de nos propres recherches.

Ces antécédents, et d'autres encore que nous passons sous silence, nous autorisent sans doute à vous exposer notre façon de penser sur l'usage plus récent que font certains praticiens d'une solution iodée contre l'hydrocèle, et qu'ils emploient également dans la cure des abcès froids.

Loin d'entrer dans la voie du progrès, c'est, nous pensons, faire faire un pas rétrograde à l'art de formuler que de revenir à ces préparations que nous avons depuis longtemps abandonnées; que de parler aujourd'hui d'injections iodées, de collyres iodés, etc., comme on le faisait lors de nos premiers travaux, on recule jusqu'à l'époque où parut notre premier mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses, époque à laquelle nous n'avions encore formulé que des solutions iodées pour boisson et pour l'usage extérieur. Il y a eu, au sujet de ce dernier mode d'administration de l'iode, une sorte de surprise dont ne tarderont pas à revenir les hommes qui cherchent franchement la vérité.

En 1832, M. le docteur Martin, médecin français, exerçant la médecine à Calcutta, eut l'idée de tenter la cure radicale de l'hydrocèle en injectant, au lieu d'eau vineuse, une solution iodée dans la tunique vaginale.

Nous n'avons point sous les yeux le mémoire dans lequel M. le docteur Martin a consigné ses observations, de sorte que nous ignorons si cet honorable praticien a mentionné nos travaux comme la source à laquelle il a puisé l'idée d'injecter une solution iodée dans la tunique vaginale, à l'exemple des injections de même nature que nous faisions pratiquer, de-

(1) Mémoire sur l'emploi des bains iodurés dans les maladies scrofuleuses, suivi d'un tableau pour servir à l'administration des bains iodurés selon les âges. — Paris, 1830. — Page 27 et suivantes.

(2) Mém. sur les bains iodurés, page 34 et suivantes.

puis quelques années, dans les abcès froids, dans les trajets fistuleux.

Quoi qu'il en soit, cette substitution ne nous a jamais paru très heureuse. Les maladies dont on ignore le remède sont encore en si grand nombre qu'il n'est pas d'un bon esprit d'en chercher un nouveau pour une maladie que l'on guérit, dans le plus grand nombre des cas, par des moyens bien connus et qu'il est très facile de se procurer dans toutes les circonstances de la pratique.

Cette substitution, pour le moins inutile, n'était autre chose qu'un fait à constater pour mémoire, une extension donnée à l'un de nos modes d'administration de l'iode. Mais elle a été mise en pratique, à Paris, avec un retentissement qu'elle ne comportait pourtant pas et au milieu duquel on n'a plus entendu parler du docteur Martin, dont le nom a été éclipsé par celui d'un chirurgien, qui est sans doute fort érudit, mais dont la mémoire, mise à de trop rudes épreuves, est devenue oublieuse des travaux contemporains.

Au demeurant, l'expérience ne peut manquer de faire justice de ces injections iodées, qui ne présentent aucun avantage sur l'injection vineuse dont l'efficacité est attestée par les meilleurs praticiens de tous les pays.

L'injection d'une solution iodée dans la tunique vaginale, qui n'a pas même le mérite de la nouveauté, n'en a pas moins été préconisée outre mesure; après l'avoir présentée comme un progrès réel, comme un moyen de guérison plus certain et sujet à moins d'accidents que l'injection vineuse, ce qui est contesté généralement, on est arrivé au point de prétendre que cette application locale de l'iode devait être prise pour modèle; on la présente à cette heure, comme une voie nouvelle ouverte aux travailleurs; on propose, en conséquence, d'injecter une solution iodée dans les cavités closes, dans les abcès froids, et l'on ne craint pas d'annoncer que ces applications de l'iode sont sans précédents ou plutôt qu'elles découlent tout naturellement du procédé de M. le docteur Martin, et il n'est pas dit un seul mot de nos travaux.

Et cependant, sous tous ces rapports ensemble, nos recherches ont encore précédé d'un grand nombre d'années tous les essais de ce genre que leurs soi-disants inventeurs ont imaginés sans beaucoup de peine, car depuis plus de seize ans nous faisons injecter de l'eau iodurée dans toutes les cavités purulentes après que nous en avons fait sortir le pus par une ponction.

On parle tant et si haut de cet usage topique de l'iode; on affecte une ignorance si profonde de nos travaux sur ce point qu'on nous a mis dans la nécessité de vous les rappeler à cette occasion. C'est pourquoi nous allons vous faire connaître quelques documents qui ne laisseront aucun doute dans l'esprit des hommes impartiaux sur la priorité que nous réclamons moins dans des vues personnelles qu'afin de repousser toutes les exagérations qu'on ose se permettre de nos jours sur l'efficacité radicale d'un traitement local dans des maladies qui, de leur nature, ne sont curables par aucun traitement local d'aucune espèce.

Nous allons extraire d'un certain nombre d'observations que nous avons publiées dans nos Mémoires, ce qui a rapport à l'injection d'eau iodurée dans les abcès froids et les trajets fistuleux, afin de faire comprendre, selon notre doctrine, le traitement local de certains symptômes de la scrofule, et d'assigner à ce dernier son rang et son importance dans le traitement général des maladies scrofuleuses.

— Eloi Macaire, âgé de vingt-deux ans, affecté de signes nombreux et variés de scrofule, portait, au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule droite, une tumeur plus grosse que le poing, fluctuante, qui passait sous la clavicule pour venir faire saillie au-devant de la poitrine. La communication de ces deux abcès était facilement rendue manifeste par des pressions alternatives sur l'un et sur l'autre.

Le 12 mai 1830, l'abcès sous-claviculaire fut ponctionné; il en découla un demi-litre de pus, ou plutôt de matière tuberculeuse ramollie, facile à reconnaître à son aspect purulent et caséeux. A la suite de cette ponction, on injecta dans le kyste de la solution iodurée que j'y laissai séjourner pendant quelques minutes. Les mêmes injections furent continuées les jours suivants, de la même manière. Ce malade portait un grand nombre d'ulcères qui furent pansés avec de la pommade iodurée, et il fut mis à l'usage intérieur de l'eau iodurée et à trois bains sulfureux par semaine.

Quinze jours de ce traitement avaient influencé la marche de la maladie de la manière la plus heureuse; les parois de l'abcès étaient adhérentes, et l'ont toujours été depuis. Le traitement ioduré a néanmoins été continué pendant plusieurs mois, cet abcès n'étant qu'une des formes nombreuses de scrofule dont Eloi Macaire était affecté depuis sa plus tendre enfance. (3e Mémoire, page 54 et suivantes: 8e observation.)

— Auguste Dubois, âgé de dix-huit ans, entra à l'hôpital Laint-Louis le 24 août 1830.

Huit jours plus tard, voici ce que nous eûmes à noter, relativement aux injections d'eau iodurée: La région cervicale droite était remplie par une tumeur bosselée, dure, sans changement de couleur à la peau, sans chaleur locale, exerçant une compression très douloureuse sur les parties sous-jacentes qu'elle refoulait, quoiqu'elle fît encore une saillie extérieure du volume des deux poings; la tête en était déjetée sur l'épaule gauche; la peau, fortement tendue, ne cédait point à la pression, laquelle d'ailleurs n'occasionnait qu'une faible douleur; l'œsophage et la trachée étaient comprimés au point que la déglutition et la respiration étaient très gênées, et que le malade ne pouvait plus avaler que de la bouillie.

Le 9 septembre 1830, ponction de la tumeur sur le point où la peau paraît le plus amincie; sortie d'un litre de pus mélangé de flocons albumineux. Injection de solution iodurée dans le kyste vuidé.

Immédiatement après la ponction, cessation des accidents produits par la compression; Dubois avale et respire avec facilité.

Le 20 septembre, la partie supérieure du foyer était cicatrisée. Ponction d'une poche formée dans un cul-de-sac de ce foyer, dont la partie déclive ne pouvait se déterger, etc. Guérison le 9 décembre suivant. (*Ibid.*, p. 73 et suivantes: 11e obs.)

— Au mois de septembre 1830, je fus appelé auprès d'un négociant âgé de trente ans, alité depuis neuf mois, émacié, ayant le teint jaune-paille, portant sur sa physionomie l'empreinte d'un découragement que tous les assistants semblaient partager.

Je trouvai quatre fistules à la partie supérieure, postérieure et externe de la cuisse. Ces fistules étaient profondes; je ne pus d'ailleurs en estimer la profondeur à l'aide d'un stylet ordinaire, car la vue d'un instrument faisait frémir le malade depuis qu'on lui avait proposé le débridement de ces trajets fistuleux, qu'il avait refusé absolument, quoique cette opération eût été proposée par un de nos plus habiles opérateurs.

Je me contentai d'explorer la profondeur de ces trajets fistuleux au moyen d'injections iodurées qui pénétraient profondément dans les chairs en parcourant de nombreuses sinuosités. Ce traitement local et investigateur fut continué en même temps que l'eau et les bains iodurés.

Au bout de six semaines de ce traitement, le malade put aller prendre la douche et le bain ioduré à Tivoli, etc. Il reprit ses occupations au bout de quatre mois, et fut guéri à la fin du sixième.

Dans ce cas, les injections iodurées furent continuées pendant presque toute la durée du traitement. (*Ibid.*, p. 114: 20e obs.)

— Louis Guillaud, âgé de dix-neuf ans, entra dans nos salles le 18 février 1830. Nous reconnûmes un abcès froid dans la région iliaque externe du côté droit, avec douleur produite par les plus légers mouvements de l'articulation coxo-fémorale.

Un mois plus tard, je ponctionnai cet abcès; il en sortit un litre de pus. De l'eau iodurée fut ensuite injectée dans le foyer, et l'on fit des frictions sur les parois de cette cavité avec de la pommade au proto-iodure de mercure.

Ce malade portait depuis le mois de septembre 1829 un abcès froid dans le tiers supérieur et interne de la cuisse, qu'on avait ouvert à l'Hôtel-Dieu, et qui, depuis, était resté fistuleux; une énorme quantité de pus s'écoulait du foyer fistuleux, pour peu qu'on remuât le membre malade. Deux pansements par jour n'auraient pas suffi; c'est pourquoi nous fîmes faire des injections d'eau iodurée trois fois par jour, des frictions sur les parois du kyste avec de la pommade au proto-iodure de mercure.

Le 10 avril, ce dernier foyer ne donnait plus de pus; la fistule était tarie. La seconde fistule, celle qui était la suite de la ponction que nous avions faite du vaste abcès de la hanche, fut guérie à la fin du même mois. (*Ibid.*, p. 121 et suiv.: 21e obs.)

— Louis Mornon, âgé de dix-huit ans, portait une luxation spontanée effectuée du fémur droit avec deux abcès froids, par l'orifice fistuleux de l'un desquels il était sorti quatorze esquilles du fémur. Ce malade a été traité par des injections d'eau iodée dans les foyers purulents. A l'époque où nous avons recueilli cette observation (juin 1828. *Ibidem*, p. 127 et suiv.), nous ne faisions administrer que des solutions iodées, n'ayant pas encore trouvé la formule des solutions iodurées.

Nous avons raconté dans notre troisième Mémoire, un grand nombre de faits de notre pratique personnelle sur les injections d'une solution iodurée dans les abcès froids et dans les trajets fistuleux; et à la suite du récit de ces faits nous avons recommandé l'emploi de ces injections d'une manière générale dans les cas de même genre. Voici textuellement ce que nous avons dit:

« Constamment je fais ponctionner ces kystes spacieux, qu'on nomme abcès froids; et après qu'ils ont été vidés de pus tuberculeux, je les fais remplir de solution iodurée, deux ou trois fois à chaque pansement. Après ces injections, qui ne sont point sans analogues (il est évident que je désigne ici l'injection du vin dans la tunique vaginale), on frictionne les parois cutanées du kyste avec de la pommade iodurée ou celle de proto-iodure de mercure, et, après cette friction, on applique un cataplasme ioduré aussi chaud que le malade peut le supporter. C'est ainsi que Guillaud, Chéron, Ducret, etc., ont été pansés. » (*Ibidem*, p. 196.)

Ainsi, Messieurs, rien n'est mieux démontré que l'antériorité de nos observations sur toutes celles que l'on publie depuis quelque temps relativement à l'efficacité des injections d'eau iodée dans les abcès froids; et l'on vient de voir qu'après avoir changé notre solution iodée en une solution iodurée par le progrès même de nos recherches, nous avons journellement employé cette solution iodurée en injection dans les kystes et dans les trajets fistuleux.

Nous avons fait encore plusieurs applications de cette solution. Elle nous sert de collyre dans les cas d'ophthalmie scrofuleuse pour lotionner les yeux, pour les baigner et pour faire des injections derrière les paupières au moyen d'une petite seringue. (*Ibidem*, pag. 37 et suiv.: 5e et 6e obs.)

Avec la même solution, nous donnons des douches légères dans le grand angle interne des yeux, afin de réveiller dans les voies lacrymales un degré de tonicité qui corrige l'état d'atonie et d'engorgement très commun chez les sujets scrofuleux.

Nous l'employons également dans les cas de coryza et d'ozène sous forme de bains locaux, dans lesquels les malades aspirent dans les narines l'eau ioduré, à plusieurs reprises, dans l'espace de quelques minutes.

Nous composons de la même manière des manuluves, des brachiluves, des pédiluves, etc., etc., et tous les bains locaux en général.

Nous avons formulé une solution iodurée pour l'*usage extérieur*, dans notre troisième mémoire (page 186), afin de remplacer la solution iodée que contenait le premier. Mais le nombre des injections et lotions iodées, réclamé pour les besoins du service, nous a porté à ne plus peser rigoureusement la dose d'iode et d'iodure de potassium. Nous composons extemporairement de l'eau iodurée en versant une quantité suffisante de notre solution iodurée rubéfiante (page 189) dans de l'eau, de manière à donner à celle-ci la couleur de l'acajou neuf. Il est très facile de trouver la mesure à vue d'œil, et les essais n'offrent pas ici les mêmes dangers que lorsqu'il s'agit d'administrer l'iode à l'intérieur. Cette eau iodurée ainsi composée au lit des malades, sert de collyre, de lotions et d'injections, au moyen desquelles on modifie heureusement l'état local des parties affectées.

Toutes ces applications locales de l'iode sont en usage dans nos salles à l'hôpital Saint-Louis depuis la fin de l'année 1829, elles y sont pratiquées tous les jours sur un grand nombre de malades; personne ne l'ignore: nous n'en exceptons même point ceux qui entretiennent les sociétés savantes et la presse médicale de quelques-unes de ces applications, comme d'autant d'essais dont ils ont eu l'heureuse idée.

S'il ne s'était agi pour nous que de revendiquer une priorité incontestable, nous n'aurions pas rompu le silence; nous avons eu une autre pensée bien au-dessus d'une satisfaction personnelle; nous avons voulu, avant tout, signaler la tendance malheureuse de toutes ces imitations inintelligibles et rétrogrades qui, méconnaissant les véritables propriétés thérapeutiques de l'iode, tendent à ne considérer ce médicament et ses préparations que comme des topiques préférables à ceux employés jusqu'à présent.

On substitue sans nécessité l'iode au vin, et l'on préconise cette substitution comme une découverte précieuse, comme un mode nouveau d'appliquer l'iode, et comme le point de départ de plusieurs autres applications dont on ne tardera pa à enrichir le domaine de la thérapeutique. Mais on vient de voir que toutes ces prétendues nouvelles applications sont acquises à l'art depuis plus de seize ans, et que toutes celles qu'on fait semblant de prévoir sont formulées et formellement recommandées dans les trois mémoires que nous avons publiées en 1829, 1830 et 1831, sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses.

Toutefois ces injections d'iode, ainsi que plusieurs autres préparations iodurées qui servent au traitement local (et que nous ne rapporterons pas ici), tous ces topiques ensemble, ou séparément, ne doivent occuper qu'un rang secondaire dans le traitement ioduré. Celui ci se compose principalement de l'usage intérieur de l'iode par l'eau et les bains iodurés; ce traitement seul est radical, et sa puissance n'est que faiblement accrue par le concours du traitement local; ce concours n'est même pas absolument nécessaire, car nous avons guéri des maladies scrofuleuses sans jamais toucher les malades, qui se pansaient eux-mêmes avec de la charpie sèche sur laquelle on étendait une couche légère de pommade iodurée, afin que la charpie ne collât point trop fortement aux parties molles.

On vient de voir dans les extraits des observations de Dubois, de Macaire, de Guillaud, que des kystes scrofuleux avaient guéri en peu de temps à la suite d'injections d'eau iodurée. Pourquoi n'avons-nous pas publié l'histoire particulière de la guérison rapide de ces kystes?

Parce que les malades n'étaient pas guéris; car après l'adhérence des parois du kyste, les autres signes concomitants subsistaient. Nous nous serions donc étrangement trompé, si nous avions regardé comme guéris des malades chez lesquels nous avions seulement fait disparaître un des signes nombreux de la maladie constitutionnelle dont ils étaient affectés; ces malades, effectivement, n'étaient pas mieux guéris que ne le serait celui qui porterait plusieurs caries, et qui guérirait de l'une d'elles après quelques semaines de traitement.

Les soins locaux, quels qu'ils soient, appartiennent tous à la méthode, et n'ont de valeur que par leur emploi opportun dans l'application de cette méthode aux différentes formes de la maladie scrofuleuse. Les isoler de cette méthode, les offrir comme des procédés particuliers aux guérisons, c'est se tromper soi-même; c'est méconnaître un peu légèrement la complexion tuberculeuse, sans la connaissance approfondie de laquelle on ne saurait aborder qu'en aveugle le traitement des maladies qui en découlent.

Nous ne saurions exprimer la surprise que nous éprouvons lorsque nous voyons annoncer la guérison d'abcès froids à la suite d'un mois de traitement local ioduré. Nous embrassons tous ces faits particuliers dans une seule catégorie, et nous les déclarons formellement des faits impossibles, en ce sens que si les abcès sont guéris, les malades ne le sont pas.

Nous le répéterons encore, le traitement local n'est, dans tous les cas, qu'un adjuvant du traitement intérieur. La différence entre ces deux modes de médication est telle, que les maladies scrofuleuses les plus graves peuvent guérir sans traitement local, tandis qu'elles ne sauraient éprouver que des améliorations légères et peu durables sous l'influence du traitement local spécial le mieux entendu.

Les praticiens qui préconisent si haut l'efficacité des topiques iodés sont dominés par un esprit de localisation qu'on ne saurait trop réprouver en médecine; leurs observations sont autant de faits erronés; dont ils ensemencent le champ de la science, et qui porteront les fruits les plus malheureux dans la pratique médicale.

Tous les sujets scrofuleux traités par des méthodes locales sont scrofuleux après comme avant les traitements locaux qu'ils ont subis, quels qu'en soient les résultats immédiats; ils n'ont point changé de complexion; ils ont conservé la même prédisposition, et l'on tarde bien rarement à en avoir

la preuve par l'apparition prochaine de quelque autre signe du vice scrofuleux. La pratique de la médecine n'abonde que trop en preuves de ce que nous avançons ici ; les praticiens voient journellement des récidives à la suite de guérisons obtenues par des traitements locaux, au nombre desquels l'ablation tient malheureusement le premier rang à cause du grand nombre de cas auxquels on l'applique. L'aveuglement à cet égard est tel, que l'on ne tient aucun compte de la retenue que presque tous les chirurgiens acquièrent par l'expérience, et par suite de laquelle ils deviennent beaucoup plus sobres d'opérations à mesure qu'ils avancent dans leur carrière.

Les malades, disions-nous un peu plus haut, conservent, alors même qu'ils paraissent guéris par un traitement local, la même complexion originaire qu'ils avaient auparavant : c'est que cette complexion ne peut changer que par un traitement intérieur spécial et de longue durée. Relativement aux maladies scrofuleuses, nous avons formulé la méthode de les traiter par les préparations iodurées. On peut, ce nous semble, à l'aide de cette méthode, administrer l'iode avec autant de facilité qu'aucun autre remède. Mais aujourd'hui cette substance est prescrite généralement dans un tel oubli des recommandations que nous avons faites, que la plus grande confusion règne sur son emploi ; on la donne au grand détriment des malades, à des doses incroyables ; cet abus d'un médicament précieux constitue en médecine un véritable désordre, au milieu duquel les praticiens ne savent plus quel guide suivre ni à quelles règles s'astreindre.

Ces paroles substantielles ont été dites par M. Lugol d'une manière simple et digne à laquelle on n'arrive que par une expérience consommée ; il est seulement à regretter que le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis soit devenu trop sobre des conférences cliniques qui, autrefois, groupaient autour de sa chaire la jeunesse studieuse avide d'entendre de la bouche de leur auteur l'exposé des travaux qui ont servi de fondement à une nouvelle doctrine des maladies tuberculeuses.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séances de décembre 1845 et de janvier 1846.

Nomination des membres du bureau. — M. Hippolyte Larrey, président ; M. Caffe, vice-président ; M. Forget, secrétaire-général ; MM. Blatin et Chérest, secrétaires annuels ; M. Boulard, trésorier.

— La Société vote une somme de cent francs pour la souscription Bichat.

— *M. Brierre de Boismont* rapporte un fait qu'il a observé dans le service de M. Rayer. Une femme qui venait d'accoucher a été prise de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche. Une tumeur considérable s'y était développée. Tout à coup cette tumeur a disparu, et une grande quantité de pus a été rendue avec les urines. Un abcès s'était fait jour dans la vessie. Dupuytren a signalé des faits analogues, mais dont le diagnostic n'a pu être éclairé par l'autopsie.

M. Gillette a vu, pendant qu'il était chargé du service de M. Martin-Solon, à l'hôpital Beaujon, un cas qui peut être rapproché de celui ci. Un homme qui avait rendu du sang en urinant quinze mois environ avant son entrée à l'hôpital, fut pris d'une nouvelle hématurie. Il déclara n'éprouver aucune douleur dans la région rénale. La palpation, exercée à gauche, n'y trouva rien d'anormal ; mais elle fit constater à droite une tumeur globuleuse, qui paraissait être due à l'augmentation de volume du rein. Bientôt à l'hématurie succéda un écoulement de pus par la verge ; ce pus était mêlé aux urines. Le malade fut soumis à l'usage des eaux alcalines de Vichy : l'urine ne tarda pas à reprendre ses qualités ordinaires, et la tumeur qu'on avait observée diminua rapidement et ne tarda pas à disparaître.

Alors il se passa un phénomène curieux. Le voisin de cet homme succomba à la suite d'un délire aigu, après avoir poussé des cris violents. A l'autopsie, on reconnut chez lui les signes d'un commencement de fièvre typhoïde ; rate volumineuse ; glandes de Peyer altérées ; etc. Dès le même jour, le malade qui avait uriné du sang, et qui avait été vivement impressionné, fut pris aussi de délire aigu. Le même état s'observa chez un troisième malade. Chez ces deux derniers, une émission sanguine fit disparaître ces accidents.

M. Gillette pense qu'on ne peut attribuer ces deux cas de délire si subits, si imprévus qu'à l'imitation, et conclut à la nécessité d'isoler, pour les prévenir, les malades qui par leurs cris ou leur agitation peuvent impressionner leurs voisins d'une manière aussi grave.

M. Brierre de Boismont entre dans quelques considérations sur le délire aigu. Il a observé dans le service de M. Rayer un malade qui en présentait un exemple remarquable. Le pouls était accéléré, les yeux hagards, les réponses incomplètes et incohérentes. Cette malade fut saignée, prit un purgatif, et fut mise à l'usage de la limonade. Le lendemain le sang fut examiné. Il présentait une couenne inflammatoire épaisse. Le délire avait persisté. Le facies de la malade était vultueux, son pouls plus fréquent que la veille. Son agitation croissante força de lui appliquer la camisole de force et de l'attacher sur son lit. On répéta la saignée et le purgatif. Le lendemain la malade succomba. Avait-elle été atteinte d'une méningite? M. Brierre ne le pense pas. L'affection avait été subite sans phénomènes cérébraux précurseurs, sans strabisme pendant la courte durée de l'affection. A l'autopsie, on trouva le cerveau dans un état normal. Les membranes étaient saines. Il n'y avait aucun épanchement dans leurs cavités, point d'injection à leur surface. L'intestin, le péricarde, le foie, les reins, tous les organes enfin étaient exempts d'altération appréciable. Cette femme avait succombé à un délire aigu, dont la cause est probablement une affection rhumatismale.

M. Gillette partage l'opinion de M. Brierre, et fait remarquer que lorsque le rhumatisme passe rapidement d'une articulation à un autre, il ne laisse point de traces de son passage. Le même phénomène peut bien avoir lieu pour les méninges. L'existence de la couenne inflammatoire constatée après les émissions sanguines, l'élévation et la fréquence du pouls, tout autorise à penser que la mort a été produite par une affection rhumatismale dont les enveloppes cérébrales ont été le siége, mais qui n'en ont point conservé les traces, pas plus que la vessie ne les conserve, quand une cause semblable a produit une rétention d'urine dont la durée n'a pas été longue.

— *M. Larrey* rend compte d'un mémoire sur l'œsophagotomie, publié par M. Delavacherie, correspondant de la Société, et professeur de clinique chirurgicale à l'université de Liége. Ce mémoire a pour motif un cas d'opération pratiquée avec succès, et pour but la juste recommandation d'y recourir plus souvent qu'on n'a osé le faire jusqu'à cette époque. M. Delavacherie énonce cette pensée dès les premières lignes de son mémoire, en indiquant l'ensemble des faits qui constatent la fréquence et la gravité des accidents produits par des corps étrangers dans l'œsophage, sans que l'on ait eu recours à l'œsophagotomie. Dans un premier tableau il relate les cas « de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, ayant déterminé des accidents qui ont amené la mort instantanément. » Ces cas sont au nombre de 18. Dans un deuxième tableau, il résume les observations de « corps étrangers arrêtés dans l'œsophage ayant déterminé des accidents divers qui ont amené la mort dans un temps plus ou moins long. » Dix-sept observations forment ce deuxième tableau. Dans un troisième, il s'agit de « corps étrangers qui ont déterminé une hémorrhagie mortelle. » Douze faits s'y rapportent. Un quatrième tableau comprend 26 cas de « corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et ayant déterminé des accidents plus ou moins graves. » Un cinquième tableau signale dix exemples de « corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et qui se sont fait jour au dehors par un abcès. » Un sixième tableau enfin expose avec détail cinq cas de guérison par l'œsophagotomie.

De l'ensemble de ces faits, au nombre de 88, ressort cette triste conséquence, que pour plus de la moitié de ces lésions dues à des causes mécaniques, les résultats ont été funestes. M. Delavacherie examine succinctement les circonstances dans lesquelles l'homme de l'art doit intervenir activement, en renonçant à une expectation trop souvent fatale. Il apprécie les quatre points dans lesquels peuvent s'arrêter les corps étrangers : dans le pharynx, à l'origine de l'œsophage, au niveau du bord supérieur du sternum, au passage diaphragmatique. De ces données essentielles découlent les indications bien formulées en chirurgie : l'extraction, la propulsion et l'excision, ou œsophagotomie, ainsi que les moyens applicables à chacune de ces indications. L'auteur les énumère d'abord d'une manière méthodique et complète, expliquant les cas auxquels il convient de recourir à tel procédé, à tel instrument, plutôt qu'à tel autre. Toute cette partie du mémoire n'a pas sans doute le mérite de l'originalité, mais elle a celui de la méthode et de l'érudition. M. Delavacherie expose ensuite succinctement l'histoire, les indications et les procédés de l'œsophagotomie.

Le plus récemment employé avant lui est le procédé de M. Bégin, qui a pratiqué deux fois avec succès cette difficile opération, et qui en a rendu compte en 1833, dans un mémoire plein d'intérêt. M. Larrey regrette de ne pouvoir même résumer dans cette analyse les deux faits dont il s'agit ici, et dont il a été témoin au Val-de-Grâce. Il s'abstient également de rapporter un cas d'œsophagotomie qui appartient à la clinique chirurgicale de Larrey père.

Le travail de M. Delavacherie se termine par la relation du fait qui lui est propre, et qui confirme, par d'heureux résultats, l'intention première de son mémoire, ses raisonnements pratiques et ses conclusions en faveur de l'œsophagotomie. — La Société, sur la proposition du rapporteur, vote des remercîments à M. Delavacherie.

— *M. Brierre de Boismont* raconte succinctement l'observation communiquée par M. Poyer à la Société médicale du 9e arrondissement, au sujet d'un enfant qui a rendu, par l'anus, les fragments d'un petit couteau qu'il avait avalé dix-huit mois auparavant.

M. Giraldès rappelle que les Transactions médicales de Londres renferment les dessins d'un grand nombre d'objets rendus par l'anus, ce qui ne diminue pas l'intérêt de la communication faite par M. Poyer, quoique les cas analogues ne soient pas très rares.

Le secrétaire-général, Henry Blatin, d.-m.-p.

NOUVELLES.

M. Duméril fils, agrégé à la Faculté de médecine, chargé de suppléer M. le professeur Bérard, commencera le Cours de physiologie le samedi 4 avril, à midi.

— Par ordonnance royale du 26 février 1846, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

A deux emplois de chirurgien-major de 2e classe : *Choix :* 12e léger : en remplacement de M. Lefebvre, admis à la retraite : M. Coblentz (Adolphe), chirurgien aide-major de 1re classe au 1er du génie. — *Ancienneté :* 44e de ligne : *id.* de M. Noël, *id. :* M. Audiguier (Jean) *id.* au 12e d'artillerie.

A quatre emplois de chirurgien aide-major de 2e classe : *Concours de* 1842 : *id* de M. Mercier, nommé médecin-adjoint : M. Bertherand (Emile-Louis), chirurg. aide-major commissionné au 22e léger. —*Concours de* 1843 : *id.* de M. Kaltner, *id. :* M Brainque (Armand-Jules-Hippolyte), *id.* au 14e chasseurs ; *id* de M. Abeille, *id. :* M. de Compigny (Jules-Myrtil-Désiré), *id.* au 2e dragons. — *Concours de* 1845 : *id.* de M. Barnet, *id. :* M. Armieux (Louis-Léon-Cyrille), *id.* au 12e léger.

A un emploi de chirurgien sous-aide : *Non-activité :* Colmar : *id.* de M. Parisot, démissionnaire : M. Dumestre (Joseph-Marie-Alfred), chirurgien sous-aide en non-activité par retrait d'emploi.

— M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons de clinique le mardi 7 avril, et les continuera les jeudis samedis et mardis. La visite se fera de 7 à 9 heures du matin, et la leçon de 9 à 10.

La DOUZIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, est en vente au Bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète le IVe volume et termine les Maladies de l'appareil urinaire et celles des organes génitaux chez l'homme.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 41. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 6 AVRIL 1846.

AVIS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les menées sanitaires que nous avons signalées dans un de nos derniers numéros, et qui avaient pour but de retarder le rapport de la Commission de la peste, se continuent dans une autre région. Les honorables académiciens aux doutes desquels la Commission avait cédé, ne sont, nous le répétons, pour rien dans ce qui se passe. En faisant naître des doutes dans leur esprit, on espérait retarder indéfiniment la lecture des conclusions, même scientifiques, du rapport; mais le vote de l'Académie, qui a ordonné la continuation de la lecture et la publication des conclusions scientifiques, ont dérouté tous les calculs. Nous apprenons de source certaine que l'administration sanitaire, qui connaît les conclusions pratiques du rapport, conclusions encore inédites, vient de décider M. le ministre du commerce à convoquer le Conseil supérieur de santé, afin de lui proposer des conclusions contraires à celles du rapport. Si cette convocation a lieu, nous espérons que les membres de l'Académie de médecine, MM. Ferrus, Kéraudren, Bailly et Pariset, faisant partie du Conseil supérieur de santé, soutiendront les droits et l'honneur de l'Académie; ils s'opposeront à ce que des banquiers, des pairs de France, des députés, etc., prennent une décision, quelle qu'elle soit, vu l'incompétence de ces messieurs en matière sanitaire, ce serait une injure faite à la science et à l'Académie de médecine. Nous sommes étonné que M. le ministre du commerce, qui qui a sollicité le rapport de l'Académie, ne l'attende pas un peu plus patiemment, et profite d'une indécision pour agir aussi cavalièrement envers le premier corps médical de France, dont il a su réclamer l'appui à la tribune nationale, lorsqu'il lui était nécessaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

De l'hydrocèle chez les enfants.

Nous n'avons pas l'intention de vous faire l'histoire complète de l'hydrocèle en général; ce que nous voulons, c'est vous signaler les particularités que présente cette maladie dans l'enfance, et vous donner le résultat de notre observation à l'hôpital des Enfants, où chaque année un assez grand nombre de sujets affectés de cette maladie passe sous nos yeux, tant dans les salles qu'à la consultation.

L'hydrocèle est une affection assez commune dans l'enfance. Elle se rencontre sous trois formes différentes :

1° D'abord celle qui communique avec la cavité du péritoine; c'est la variété la plus commune; dans celle-ci le liquide de la tunique vaginale peut, par une légère pression, traverser l'anneau et rentrer dans l'abdomen;

2° Puis l'hydrocèle de la tunique vaginale qui ne communique pas avec le péritoine;

3° Enfin l'hydrocèle enkystée sur le trajet du cordon. Il est très facile distinguer de ces trois variétés de la même maladie. Examinons tour à tour les points les plus importants de leur histoire.

Lorsque l'on est appelé près d'un enfant qui a une hydrocèle, on doit d'abord présumer qu'il y a communication avec la cavité péritonéale. Pour s'en assurer on prend la tumeur scrotale entre les doigts; on constate qu'elle est légère, fluctuante, transparente; la transparence n'existe pas dans tous les points; il y a de l'obscurité dans l'endroit qui correspond au testicule, le plus ordinairement à la partie postérieure et un peu supérieure de la tumeur. Lorsque l'on comprime cette hydrocèle avec précaution sur les parties latérales, on fait rentrer ce liquide; et si l'on continue cette pression graduée pendant un temps suffisant, on s'aperçoit que la peau des bourses devient flasque, et qu'il ne reste rien dans la tumeur. Pour faciliter cette réduction des liquides on couche l'enfant à plat sur un lit, les cuisses légèrement fléchies, et l'on a soin d'exercer la compression de bas en haut. En se conformant à ces préceptes, il est impossible de méconnaître l'hydrocèle avec communication péritonéale.

Lorsque l'on a affaire à une hydrocèle de cette espèce, peut-on toujours dire qu'elle est congénitale? On y est naturellement porté, et le plus souvent il est vrai de dire qu'il en est ainsi. Comment faut-il agir dans des circonstances pareilles, et quels sont les moyens généralement conseillés et qui réussissent le mieux? Il faut prendre en considération et le volume de la tumeur, et la quantité de liquide qu'elle renferme, et la constitution de l'enfant. Lorsque le liquide n'est pas très abondant, que l'enfant n'est pas débilité par des maladies antérieures, il arrive quelquefois qu'un régime tonique, des lotions fortifiantes, des compresses imbibées de liquides irritants et appliquées sur les bourses, suffisent pour guérir l'hydrocèle. Les liquides irritants dont nous parlons et qui doivent être appliqués à l'intérieur, sont du gros vin rouge, du vin mélangé avec de l'eau-de-vie camphrée, de l'eau-de-vie camphrée pure même quelquefois.

Lorsque la tumeur est plus volumineuse, ce traitement ne suffit plus. Il nous est arrivé souvent de voir des sujets qui avaient des hydrocèles de cette nature depuis plusieurs années, suivre un régime tonique et employer cette médication excitante extérieure pendant plusieurs mois sans aucun effet appréciable. Il en arrive presque toujours ainsi chez les enfants de constitution faible et délicate, ou qui sont épuisés par des maladies chroniques. Chez ceux-là, il faut redoubler de soins, insister sur le traitement tonique général autant que la constitution le permet, et employer les topiques excitants les plus actifs, plus énergiques; le liniment ammoniacal camphré peut quelquefois, en déterminant une rubéfaction vive de la peau des bourses, amener la résorption du liquide.

Un autre moyen que nous conseillons est le suivant. Il est fondé sur ce principe, que l'absorption se fait avec d'autant plus de facilité que le liquide est en rapport avec une surface plus étendue, et par conséquent avec un nombre plus considérable de vaisseaux. On fait rentrer par la pression le liquide de la tunique vaginale dans la cavité péritonéale, et on applique sur l'anneau une pelote maintenue par un bandage herniaire. L'emploi de ce procédé, en même temps qu'il exige une surveillance active et continuelle, ne peut être suivi de succès que lorsque les personnes qui entourent l'enfant sont attentives et intelligentes. Il est rare que l'on obtienne des résultats heureux autre part que dans la pratique de la ville. Les soins dans les hôpitaux ne seraient pas suffisants. Pour notre part, nous en comptons deux ou trois exemples. Quant aux ponctions que nous avons faites, en nous bornant à l'évacuation de la sérosité, nous avons toujours vu le liquide reparaître, et cela dans un espace de temps assez court ordinairement.

Enfin, lorsque la ponction ne réussit pas, nous nous décidons très souvent à pratiquer une injection irritante, mais en ayant soin de prendre toutes les précautions imaginables pour éviter toute espèce d'accidents, nous faisons exercer sur l'anneau une compression bien exacte, et nous poussons le liquide avec la plus grande prudence, avec lenteur, afin qu'il ne s'en introduise pas une seule goutte dans le péritoine. Nous vous avons fait dernièrement voir un enfant que nous avons opéré de cette manière à l'hôpital, et qui a parfaitement guéri; cependant nous devons dire que, vu les dangers qui peuvent en être la conséquence, nous ne nous pressons pas en général de recourir à ce moyen.

Nous arrivons à la seconde variété d'hydrocèle, celle de la tunique vaginale, sans communication avec le péritoine. Cette hydrocèle peut être ou congénitale, ou accidentelle. Nous pensons que c'est à tort que l'on a donné le nom d'hydrocèle congénitale à toutes celles qui communiquent avec le péritoine, et qu'on l'a refusé aux autres variétés. On ne peut nier que dans certains cas l'hydrocèle ne soit congénitale, bien qu'il y ait absence de toute communication avec la cavité séreuse. Le testicule ne descend dans les bourses qu'à l'âge de sept mois de vie intra-utérine. Il est possible que l

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Nouveaux retards dans la question de la peste. — Pourquoi? — Silence de l'Académie. — Interprétations. — Menées et intrigues. — Un grand dîner. — Narcotisme d'une portion de l'Académie. — Les médecins et les chirurgiens. — Une nouvelle. — Les jurys médicaux non réélus. — Le projet de loi non présenté. — Commencement d'impatience. — Les dindons et *Tisiphone*. — Boîte aux lettres.

Les académies ne sont pas comme les rois, l'exactitude n'est pas leur première politesse. On l'a bien vu, mardi dernier, à l'Académie de médecine, où une assistance assez nombreuse s'était rendue, attirée par le désir d'entendre les conclusions d'application de la Commission des quarantaines. Malgré les promesses du mardi précédent, il n'a pas plus été question des quarantaines que du jugement de Salomon; le rapporteur n'a pas été appelé à la tribune, nul des dignitaires de l'Académie n'a daigné lui apprendre, pas plus qu'au public, les motifs de ce nouveau retard, de sorte que la carrière était livrée aux commentaires, aux interprétations, et, Dieu merci, on ne s'en faisait pas faute. Moi qui ne crois le mal qu'à la dernière extrémité, je ne me rendrai pas l'écho d'une foule de suppositions malveillantes et gratuites, dont la rumeur m'est parvenue. J'ai d'ailleurs quelques bonnes raisons de croire que rien de grave, de sérieux, ne s'est passé au sein de la Commission; les légères dissidences qui se sont manifestées sont plutôt de forme que de fond, et constituent des objections de la nature de celles qui se montrent toujours dans les commissions un peu nombreuses, c'est-à-dire des discussions de rédaction sur une phrase, sur un mot, que l'opiniâtreté des uns et la ténacité des autres peuvent rendre interminables. Il y a ceci d'ailleurs qui doit rassurer ceux qui craignent une reculade de la part de la Commission, c'est que ses conclusions scientifiques sont tellement explicites et claires, qu'on pourrait à la rigueur se passer de conclusions pratiques. La Commission a-t-elle dit, oui ou non, que la peste ne se transmettait pas par le contact, par les hardes, les effets et marchandises; que sa période d'incubation ne dépassait pas huit jours? Si la science démontre tout cela, n'est-il pas évident que le système actuel des quarantaines est inutile et absurde? Et comment voulez-vous supposer que quinze hommes de bon sens, après avoir posé de telles prémisses, puissent reculer devant leurs conséquences?

Cependant je ne porte pas l'innocence et la candeur à ce point que je ne croie à certaines influences, à certaines démarches pour entraîner la Commission de la peste dans un système de temporisation très favorable à des opinions, je voudrais pouvoir ne pas dire à des intérêts très vivement en cause dans cette question. Mais, grâce à Dieu, pas n'est toujours besoin de vider son sac à malice et de dire à tout propos tout ce qu'on sait. *Motus* sur certaines choses qui étonneraient bien du monde, et qui d'ailleurs se divulgueront tôt ou tard toutes seules. Car il en est presque toujours des secrets de l'intrigue comme de la confidence du bon roi Midas; de frêles roseaux croissent sur la terre qui les couvre, et au moindre souffle de Borée on les entend crier : *Un grand dîner eut lieu jeudi dernier* où.... Mais encore une fois *motus*. Avouez donc, au moins, vous qui me dites méchant et acerbe, que je suis le plus bénin et le plus eau de guimauve des feuilletonistes passés et présents. Quoi! j'ai là une anecdote exhilarante, un toast porté au virus pestilentiel, un hourra pour la contagion, je connais le lieu, les personnages, amphitryons et convives, je pourrais donner jusqu'au menu du superbe festin, où, dans des coupes d'or, des femmes *non voilées* faisaient couler le vin, et je garde un austère et magnanime silence! Je réclame pour le moins trois grands prix Montyon.

Le rapport sera-t-il continué demain mardi? Je l'espère, mais je n'en sais rien. Toujours est-il que la Commission ou le bureau ne pourront s'empêcher de donner quelques explications à l'Académie, en cas d'une temporisation nouvelle. Et à cet égard je prie l'Académie de bien réfléchir que la session législative s'avance, que son rapport et sa discussion doivent être terminés en temps opportun si elle veut que les Chambres en tiennent compte, qu'il y a urgence à se hâter, et que temporiser encore serait de sa part favoriser involontairement des abus, des intérêts en opposition avec les besoins généraux.

— Privée du rapport sur la peste, l'Académie a mis à l'ordre du jour un rapport de M. Bricheteau sur les indications de la paracentèse du thorax dans les épanchements pleurétiques. Le sujet de ce rapport avait été fourni par une belle observation de M. le professeur Trousseau, accompagnée de réflexions pratiques d'un haut intérêt. Ah! par exemple, monsieur Trousseau, vous êtes au moins autant naïf que moi! « Je ne livrerai pas ce fait à la publicité, disiez-vous, afin de » le soumettre à une discussion approfondie de la part de l'Acadé- » mie. » Vous avez dû éprouver une complète et singulière déception; jamais rien de plus maigre, de plus étroit, de plus stérile que la discussion de ce rapport. J'ai vu l'Académie se passionner pour des sujets de bien moindre importance. Cependant le travail de M. Trousseau offrait un intérêt réel; M. le rapporteur s'était livré à des recherches historiques et à des considérations pratiques étendues et sérieuses, rien n'a pu éveiller l'attention de l'Académie, et malgré les efforts de voix de l'honorable M. Bricheteau — qui, par parenthèse, devrait apprendre un peu l'art d'accentuer, de rhythmer, de pondérer sa diction — ses paroles tombaient sur l'intellect des académiciens comme sur une toile cirée les gouttes d'une averse. Il y a des jours ainsi où les facultés oratoires de l'Académie semblent sous l'influence d'une forte dose d'opium. Je remarque néanmoins que ce narcotisme intermittent ne s'observe que sur l'élément médical de la compagnie; son élément chirurgical, au contraire, est toujours bien éveillé, et semble constamment être sous l'action d'une bonne tasse de café noir. Ah! si messieurs les chirurgiens avaient eu mardi dernier une thèse analogue, comme la discussion se serait étendue, allongée; de quels brillants assauts de science et d'éloquence ils nous auraient rendus témoins! Il faut reconnaître que la faute en est aux hommes, et non à l'institution; nos grands médecins, ceux que l'on désigne sous le nom de sommités, dédaignent, en général, les séances académiques. Tandis qu'un brillant état-major chirurgical est là toujours présent, que les Roux, les Velpeau, les Lisfranc, les Jobert, les Bérard, les Blandin prennent part aux discussions, les provoquent, les soutiennent, les nourrissent et quelquefois jusqu'à l'hypertrophie; où sont, aux grands jours des discussions médicales, les Chomel, les Rostan, les Andral, les Rayer, les Magendie et tant d'autres? Eclipse perpétuelle de cet élément-là. Aussi faut-il le reconnaître, il règne toujours sur les questions médicales un clair-obscur uniforme, monotone et fatigant, qui décolore et étiole les discussions; quand elles se prolongent, elles s'étirent; quand elles meurent, c'est d'inanition; on sent trop qu'il manque là de l'air, de la lumière, du soleil.

— Voici une nouvelle qui prouve deux choses utiles à connaître et à constater :

1° Que le pouvoir s'occupe d'une manière efficace et sérieuse de l'organisation médicale;

2° Que ce travail, objet de nos vœux et de nos espérances, ne pourra pas être terminé pour cette année (1).

Les jurys médicaux institués pour la réception des officiers de santé terminent leurs fonctions à la fin d'avril de cette année. Aux termes de la loi, ils devraient être renommés ou réélus pour trois ans. M. le ministre de l'instruction publique provoque une ordonnance royale qui

(1) Pourquoi le promettre si formellement alors? Nous qui n'aimons à être pris pour dupe par personne, nous commençons à nous étonner de ces atermoiements indéfinis après des promesses si positives. Qui eût empêché la présentation du projet de loi, sauf à en remettre la discussion à l'année prochaine? La presse au moins l'eût discuté dans l'intervalle. Il y a là quelque dessous de cartes que nous chercherons à connaître et que nous n'hésiterons pas à signaler qu'il vienne du ministère ou d'ailleurs. (*Note du rédacteur en chef.*)

liquide ne se soit réuni en collection qu'après la descente du testicule dans le scrotum, mais cependant avant la naissance de l'enfant. La cause des hydrocèles acquises ou accidentelles n'est pas connue. Cependant un coup, une chute, un tubercule du testicule peuvent en déterminer la production.

Quelle que soit la cause des bydrocèles, nous trouvons chez les enfants les mêmes caractères que ceux qu'elles présentent chez l'adulte; c'est toujours une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus ordinairement oblongue, transparente, excepté dans le point qui répond au testicule. Cette affection, quand elle est bornée à la tunique vaginale, doit être traitée chez l'enfant comme chez l'adulte. Il nous est souvent arrivé de commencer le traitement par une simple ponction de l'hydrocèle, opération préalable qui ne présente jamais d'inconvénients, et qui nous a réussi dans trois ou quatre cas, chez des enfants délicats. Le plus souvent, il y a récidive et reproduction nouvelle du liquide; dans ces circonstances, on est obligé de recourir à l'injection.

Le plus souvent, chez les enfants, nous sommes heureux pour nos opérations d'bydrocèles; nous n'avons que dans des cas très rares, observé des récidives. Quant à la matière de l'injection, nous employons plus fréquemment aussi le vin, dans lequel nous avons fait bouillir des roses de Provins, que la teinture d'iode, qui a été, avec juste raison, du reste, vantée par quelques chirurgiens modernes, et principalement par M. le professeur Velpeau. Nous croyons que, jusqu'à nouvel ordre et jusqu'à plus longue expérience, la décoction vineuse est préférable. Elle a sur la teinture d'iode l'avantage de ne pas salir la seringue et la canule du trois-quarts, non plus que les linges et les pièces d'appareil. La teinture d'iode a néanmoins un avantage que nous nous plaisons à reconnaître, c'est que la guérison semble être plus rapide; bien que l'année dernière, dans un cas où nous nous sommes servi de l'iode, la guérison n'ait pas été sensiblement accélérée : le résultat le plus ordinaire est une marche plus rapide.

On a, dans quelques circonstances, conseillé l'emploi du séton; nous l'avons essayé et nous l'avons abandonné complétement, sauf quelques cas exceptionnels très rares et quelques indications individuelles particulières.

Une troisième espèce d'bydrocèle est l'bydrocèle enkystée du cordon spermatique. C'est à l'occasion d'un sujet affecté d'une bydrocèle de cette nature, et couché au n° 15 de la salle Saint-Côme, que nous sommes entré dans les détails qui précèdent. Voici en quelques mots l'histoire du sujet que nous vous avons présenté.

C'est un garçon de treize à quatorze ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il n'a pas de hernie. Il nous a été présenté, il y a quelques jours, offrant une tumeur située au-dessous de l'anneau inguinal du côté droit. Cette tumeur est roulante sous la peau, fuit sous la pression des doigts; elle a le volume d'un gros œuf de moineau. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau; examinée suivant les règles de l'art, elle est manifestement transparente. Par une pression douce et graduée, on la fait rentrer dans l'anneau inguinal. Les efforts de la toux la font rentrer immédiatement. En examinant le cordon, on voit que le testicule est descendu dans les bourses. Dans les cas de ce genre, nous attachons peu d'importance à la transparence de la tumeur. Il est certain que du moment que le testicule est dans le scrotum, et que l'on sent sur le trajet du cordon une tumeur roulante, fluctuante, ou plutôt rénitente, ronde, c'est à une hydrocèle enkystée du cordon que l'on a affaire. Si c'était une tumeur ganglionnaire, elle ne serait pas dans cette région; elle ne serait pas non plus aussi roulante. Si c'était un troisième testicule, et on en a vu quelques rares exemples, il n'y aurait pas de transparence, et la douleur serait extrêmement vive à la moindre pression; puis la tumeur ne serait pas tout à fait ronde; elle serait un peu aplatie dans un sens, et l'épididyme ferait saillie. Il nous a paru qu'en tirant sur le cordon spermatique la tumeur descend, et qu'au contraire, lorsque l'on cherche à repousser la tumeur dans l'abdomen, le testicule remonte.

La réunion de tous ces caractères nous prouve de la manière la plus évidente que nous avons affaire à une hydrocèle enkystée. Ce qu'il y a de curieux, c'est la position de la tumeur qui est extrêmement rapprochée de l'anneau inguinal. Voilà donc le diagnostic posé sans examen ultérieur. Quels sont les moyens à opposer à cette affection? Chez les enfants, il nous est arrivé plusieurs fois de patienter, de ne point agir, vu le peu d'urgence, d'attendre que la tumeur fût devenue plus volumineuse. Chez les enfants qui n'éprouvent point de douleur, nous sommes d'avis de ne rien faire. Dans le cas actuel, il n'y a pas d'indication de ne rien faire. Nous conseillons l'emploi d'un suspensoir pour éviter que la tumeur ne comprime le cordon. Cependant nous devons dire que nous n'attachons pas une grande importance à ce que le malade porte un suspensoir, la manière dont ces appareils sont construits les rendant fort peu propres à soutenir les bourses d'une manière réelle. Nous pourrons conseiller quelques frictions sur la tumeur avec des liquides ou des liniments irritants ou toniques, des applications de compresses imbibées de vin.

Nous ne comptons pas beaucoup sur l'efficacité de ces moyens. Lorsqu'ils sont inutiles, il faut se décider à agir; alors nous les traitons comme ceux de la tunique vaginale. Quand ils sont très petits, nous préférons l'emploi du séton. Dans le cas contraire, nous faisons l'injection vineuse. Lorsque la tumeur est très petite, il y a de l'inconvénient à essayer la ponction; la tumeur étant excessivement roulante, difficile à fixer, et la pointe du trois-quarts pouvant atteindre les parties voisines, ce qui n'est jamais sans danger. C'est alors que l'on se trouve bien de passer un fil double dans la tumeur à l'aide d'une aiguille courbe un peu large; c'est cette espèce de séton que nous allons essayer chez l'enfant dont nous venons de vous parler.

Grenouillette.

Au n° 30 de la salle Saint-Côme est un garçon âgé de dix à douze ans, entré il y a deux mois environ, et que vous n'avez pas vu tout à fait au commencement de sa maladie. Il avait une grenouillette, et voici ce qui lui est arrivé :

C'est au mois de juillet dernier que l'on a commencé à remarquer une tumeur sous la langue; cette tumeur, qui prit bientôt le volume d'une cerise, augmenta peu à peu de grosseur; au commencement de septembre, elle fut opérée en ville. On ne lui a donc opposé aucun traitement pendant les deux ou trois premiers mois. L'opération a consisté en une ponction suivie de cautérisation profonde de la plaie avec le nitrate d'argent. Au bout de quinze jours, la tumeur a reparu, mais plus volumineuse, plus résistante qu'auparavant. Trois semaines après la première opération, vers la fin de septembre, il fut opéré de nouveau par M. le docteur Lenoir; le procédé mis en usage cette fois fut une simple ponction suivie de l'introduction d'un fil de plomb. Il s'établit de la suppuration; on maintint le séton en place pendant quinze jours. Au bout de ce temps, on le retira; nouvelle récidive.

Cet enfant fut admis dans nos salles il y a deux mois environ. A son arrivée, nous constatâmes la présence d'une tumeur au-dessous du bord de la mâchoire inférieure du côté droit, tumeur qui soulevait la langue et qui correspondait au conduit de Warthon; cette tumeur était transparente, fluctuante; en la palpant avec soin, l'extrémité des doigts sentait des points assez durs, qui ont fait présumer qu'il existait dans le voisinage des ganglions indurés. Notre diagnostic a été sur-le-champ établi avec certitude. Nous avions affaire à une grenouillette. Quelques jours après l'entrée du malade, elle creva; la rupture donna issue à un liquide visqueux, transparent, incolore. Nous ne fîmes suivre à l'enfant aucun traitement. Nous laissâmes le kyste se remplir de nouveau, ce qui se fit dans l'espace de huit à dix jours.

Nous résolûmes d'employer un antre procédé : on avait une première fois fait une cautérisation. Une seconde fois, on avait placé un séton métallique. Nous avons placé, nous, un séton fait avec des fils de soie, méthode qui nous a souvent réussi. Les auteurs qui ont écrit sur la grenouillette ont prétendu que cette affection est très fréquente chez les enfants. Nous l'avons bien rencontrée quelquefois, mais assez rarement encore. Les nouveau-nés présentent quelquefois une tumeur sous la langue, qui n'est pas une grenouillette, mais qui est formée de kystes. Nous avons vu un assez grand nombre de ces tumeurs chez les nouveau-nés, mais nous n'avons point eu l'occasion d'en disséquer. M. Breschet, qui en a disséqué plusieurs, a éclairci la question. Depuis que nous sommes chirurgien de cet hôpital, nous avons vu sept à huit fois des cas de grenouillette; nous devons dire que nous avons reconnu qu'entre cette affection chez l'enfant et chez l'adulte, il n'y a pas la moindre différence.

Pour les causes, nous avons été rarement dans la possibilité de les apprécier. Cependant, nous avons vu une fois un calcul engagé dans le canal de Warthon; presque toujours, suivant nous, la maladie dépend d'une oblitération, quelle qu'en soit la cause, du canal de Warthon. Le but que l'on doit se proposer dans le traitement, c'est ou de rétablir le conrs de la salive par ses conduits naturels, ou de lui procurer une issue artificielle permanente dans l'intérieur de la bouche. On ne s'attend pas que nous fassions ici l'histoire complète et la description de toutes les métbodes conseillées pour obtenir la guérison de la grenouillette. Nous nous bornerons à les indiquer en quelques mots. Elles peuvent se réduire aux suivantes :

1° La ponction ou l'incision simple du kyste;

2° L'incision du kyste et la cautérisation de la surface interne avec un liquide caustique;

3° La destruction d'une portion de la surface sous-linguale de la tumeur avec le cautère actuel;

4° L'excision d'une portion du kyste;

5° L'introduction dans l'ouverture artificielle d'une canule terminée à chacune de ses extrémités par une plaque elliptique;

6° Enfin l'emploi du séton métallique.

Nous avouons, pour notre part, que nous sommes assez disposé à donner la préférence au séton ordinaire; c'est M. Laugier qui a principalement insisté sur l'utilité et les avantages que présente le séton formé de fils de soie. M. Laugier a eu la même idée, et en même temps que le docteur Physick de Philadelphie : ces deux chirurgiens distingués sont arrivés au même résultat. Pour notre part, depuis dix ou douze ans, nous l'avons plusieurs fois employé toujours avec succès. Nous passons dans la tumeur, à l'aide d'une aiguille courbe plus large à sa pointe qu'à son chas, quatre fils de soie; chez l'enfant dont nous vous parlons, il s'écoula un liquide semi-purulent, semi-transparent. Le lendemain, la purulence était plus marquée. Depuis quinze jours, la suppuration continue. Nous avons laissé les fils en place : nous savon

---

proroge les fonctions des jurys médicaux actuels jusqu'à l'année prochaine seulement, ce qui le dispensera de faire une réélection triennale.

Je dis que cette ordonnance prouve d'abord que le pouvoir s'occupe de notre organisation médicale; elle dit en effet que l'existence des jurys médicaux est singulièrement compromise, même aux yeux du pouvoir, puisque, au lieu de suivre l'ordre régulier des choses, il ne leur assure tout au plus qu'une année d'existence. Cette ordonnance est donc un commencement de satisfaction donnée à l'opinion publique, qui se prononça d'une manière si unanime dans une des mémorables séances du Congrès médical.

Mais cette ordonnance prouve aussi que le pouvoir croit impossible que les législateurs s'occupent dans cette session de notre état des choses. J'ai annoncé, et cela sur des promesses spontanément faites, que le projet de loi serait porté aux chambres cette année : ces promesses pourront-elles se réaliser? J'avoue que j'éprouve quelque embarras pour répondre : d'une part, parce qu'il m'est impossible de croire que les promesses d'un ministre du roi n'aient pas été sérieuses et sincères; d'autre part, parce que la présentation du projet de loi ne devant certainement pas aboutir cette année, un ministre peut bien trouver inutile et puéril de faire cette présentation, surtout dans l'imminence d'une législature nouvelle. Sans attacher autant que bien d'autres personnes une grande importance à cette présentation immédiate, je désirerais cependant qu'elle fût réalisée, que la chambre des pairs fût au moins investie du projet de loi de manière à donner tout le temps nécessaire à l'examen et à la discussion en dehors des chambres. Ensuite, cette présentation tirerait le ministre d'une certaine position désobligeante vis-à-vis du corps médical, qui ne peut pas oublier que des promesses lui ont été solennellement faites, qu'il les a accueillies avec des acclamations de gratitude, et qui, ne voyant rien venir, pourrait bien se croire à la fin victime de quelque mystification. L'opinion publique est prompte à l'enthousiasme, elle est plus prompte encore à s'alarmer, et ne serait-ce pas une chose fâcheuse pour tous que le corps médical eût des motifs suffisants de perdre la confiance et l'espoir qu'il a manifestés jusqu'ici? Il est certain que le corps médical s'est montré très *salvandyste*, comme on l'a dit ailleurs, mais je crois, et j'ai de bien graves raisons de croire, que le corps médical est très peu disposé à brûler éternellement d'un amour platonique, et qu'il ne serait pas fâché de posséder enfin quelque gage d'une réciproque affection.

— Les dindons sont-ils héméralopes? Telle était la grave question que je me proposais d'examiner quand j'ai reçu une lettre de M. le docteur Magne, coupable au dernier chef de l'avoir soulevée en pleine Académie des sciences. On trouvera cette lettre ci-après dans la *boîte* où je l'ai fourrée telle que je l'ai reçue. Que notre jeune confrère me permette seulement un petit conseil : il est permis à part soi d'avoir ses idées, ses croyances, ses superstitions, et qui donc en est tout à fait vierge? mais sans courir de grands risques de se *couler*, selon l'expression vulgaire mais énergique, comme homme sérieux et scientifique, il n'est pas permis de mettre au grand jour toutes les petites croyances qui peuvent passer dans une intelligence humaine. Ainsi, je serais aussi intimement convaincu que de la lumière du jour que ces pauvres dindons sont sujets aux maladies les plus extravagantes, qu'une femme enceinte n'ayant pas satisfait l'envie de manger de ce loyolitique animal peut mettre au monde un enfant portant une crête du susdit, que je me garderais bien d'en faire confidence à M. Arago.

— Puisque je ne puis vous parler de ces intéressants bipèdes, laissez-moi vous dire un mot, mais un seul de *Tisiphone*, très vieille furie qui vient de s'éveiller fort laide, mais très peu menaçante, sur le monde médical. Je ne la connaissais que par trois ou quatre vers fort piètres insérés dans la *Gazette médicale*, cet austère journal voué, comme on sait, au culte de la dignité, de la critique noble, ayant en une sainte horreur tout ce qui sent le sarcasme et l'injure, et dont tous les rédacteurs n'écrivent, comme M. de Buffon, qu'en jabot et en manchettes. Mais on m'avait dit que c'était très méchant à mon endroit, et que j'y verrais surtout la triste mine qu'y faisait mon pauvre nez. Voilà donc que je demande la chose à mon libraire, qui me l'a bien fait payer dix sous. Dix sous pour voir son propre nez, c'est une dépense un peu échevelée et que prudemment j'ai dissimulée dans mon ménage. Mais, ô bêtise amère! le lendemain je la reçois gratis. On n'est pas plus.... dindon. Si bien que mon nez aidant, voire même mes lunettes, la chose ne vaut pas, je suis forcé d'en convenir, la dixième partie de mes cinquante centimes. C'est fort humiliant pour mon organe olfactif. Des rimes d'une licence excentrique, des inversions d'une hardiesse à désespérer feu Joseph Delorme, des vers d'une harmonie poétique de cette façon :

> Enfin, si je voulais relancer pas à pas
> Tous ces fiers décorés, je n'en finirais pas.

Ce qui m'en plaît, cependant, c'est certain jugement sur quelqu'un qui en paraît très enchanté. Je cite :

> Que, mon opinion sur la vôtre affermie,
> Je sache votre mot sur la ténotomie.

Tisiphone répond :

> Je tiens ouvertement, contre tout détracteur,
> Pour *homme d'avenir* son conrageux *auteur*.
> Que témoigne d'ailleurs cette puissante envie?
> C'est que l'éclat *naissant* que projetait sa vie
> Fatiguait, etc.

Je comprends difficilement que le courageux *auteur* (licence poétique) de la ténotomie se montre satisfait d'une pareille impertinence. Lui qui a renversé de fond en comble le vieil édifice chirurgical des Paré, des Desault, des Boyer, des Dupuytren, un *homme d'avenir!* Lui ne projeter qu'un *éclat naissant!*... oh, quel ours! quel pavé! Et que mille fois il faut redire :

> Mieux vaut un sage ennemi!

Du reste, j'ai trouvé les ficelles qui font mouvoir cette *Tisiphone*. Un beau jour que je n'aurai rien de mieux à dire, et que la mégère sera embaumée, je vous ferai part de ma découverte, qui n'a pas été aussi difficile à faire que celle de Christophe Colomb. Vous verrez qu'il se rencontrera là-dedans quelque *gannalité*.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

Monsieur et très honoré Confrère,

Votre article *Causeries hebdomadaires* de la *Gazette des Hôpitaux* du 24 courant, contient des reflexions sur la myotomie, desquelles il résulterait que cette opération serait d'une utilité encore douteuse et non déterminée. « Si la myotomie, dites-vous, n'est qu'une » déception, il faut le prouver, si c'est une belle acquisition théra» peutique, il faut avoir le courage de le reconnaître. »

Quelques lignes plus haut, vous dites encore : « De plus savants que » moi l'ont combattue; ils avaient leurs raisons, que je crois fort res» pectables, mais qui ne m'ont pas absolument convaincu, qu'il fal» lait faire table rase de tous les travaux auxquels elle avait donné » lieu. »

Permettez-moi, mon très honoré confrère, de vous adresser à ce sujet quelques courtes observations.

Si vous avez entendu désigner par ces mots la *myotomie* certaines parties de cette méthode, telles que la myotomie rachidienne, la myotomie linguale, et d'autres préconisées par les uns, combattues par les autres, je comprends le sens et la justesse de vos réflexions. Mais si, comme vos expressions tendent à le faire croire, vos judicieuses remarques devaient s'entendre de la myotomie en général appliquée au traitement des difformités, votre pensée, j'ose le dire, ne serait plus en rapport avec des faits notoires, ni avec l'état réel de la question. La myotomie, comme opération nouvelle, est jugée depuis longtemps. Depuis longtemps elle est regardée par tous les praticiens, par tous les auteurs, même classiques, comme une acquisition précieuse de la thérapeutique. Depuis longtemps il n'y a plus de savants qui veuillent la combattre, qui refusent de se rendre à l'évidence de son utilité et de ses brillants résultats. Il n'est pas, à Paris, un chirur-

que l'on ne peut espérer de réussite qu'en laissant le séton à demeure pendant fort longtemps, six semaines ou deux mois, temps nécessaire pour qu'il se forme une ouverture fistuleuse permanente. Z...

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. SÉDILLOT.

Suicide. Plaie profonde du cou. Guérison en 23 jours.

Le 5 janvier 1846, on reçut à l'hôpital civil de Strasbourg, service de M. Sédillot, le nommé Georges Fetzbach, de Mekarsheim (duché de Bade), âgé de vingt-quatre ans, cultivateur.

Cet homme, que des contrariétés domestiques avaient engagé à quitter la maison paternelle, passa quelques jours à Strasbourg, en compagnie de soldats. Il avait eu le désir de s'engager dans la légion étrangère de l'armée d'Afrique, quand, le matin du 5 janvier, après de nombreuses libations, se trouvant à la fin de ses ressources, il tenta de se couper la gorge avec un rasoir. Apporté à l'hôpital une demi-heure après l'accident, M. Sédillot constata l'état suivant :

Le blessé est dans une ivresse complète, et présente, à la partie antérieure et supérieure du cou, une plaie large et profonde s'étendant de chaque côté au delà du milieu du corps du sterno-cléido-mastoïdien ; la direction en est oblique de bas en haut et de gauche à droite ; et quoique la blessure ait été faite de la main droite, cependant elle se prolonge à droite plus en arrière qu'à gauche. De ce côté, la peau est entamée deux fois, et des deux incisions, la supérieure est celle qui se continue avec la plaie principale, tandis que l'inférieure la rencontre à angle aigu, et offre 4 à 5 centim. de longueur.

La membrane hyo-thyroïdienne et les muscles qui la recouvrent sont coupés immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde. A gauche, une partie de ce cartilage est divisée, et fait partie du bord supérieur de la plaie.

Le larynx se projette en avant, et on aperçoit l'ouverture glottique supérieure. L'épiglotte est coupée à sa base, et les replis ary-épiglottiques intéressés. Les cordes vocales sont intactes. Les gros vaisseaux du cou n'ont pas été lésés; aucune hémorrhagie ne se manifeste. Du sang s'était écoulé au premier moment en assez grande quantité, mais s'était bientôt arrêté spontanément. La respiration s'exécute librement, qu'on rapproche les bords de la plaie ou qu'on les tienne éloignés. Le malade parle continuellement, et quand la plaie est béante, la voix est rauque, sombre, non articulée; quand on en réunir les bords, la voix s'éclaircit un peu, et les paroles deviennent intelligibles; l'expuition est alors assez facile.

Cet homme paraît peu souffrir; il se lamente sur son état, manifeste un grand désir de vivre; peu à peu il s'apaise, et finit par s'endormir. Son teint est pâle, mais le pouls est assez plein.

M. Sédillot procède immédiatement au pansement; il fléchit la tête sur la poitrine, pour rapprocher et mettre en contact les bords de la plaie. Deux points de suture entortillée sur les côtés, et deux sutures assez lâches à points séparés vers le centre, assujettissent la peau et en préviennent le renversement. Pour assurer la flexion de la tête sur la poitrine et l'immobilité des parties, M. Sédillot a recours au carton un peu détrempé dans l'eau. Trois pièces suffisamment longues et larges forment un appareil qui emboîte la tête comme un casque et descend de là sur les parties latérales et postérieures du cou. La pièce moyenne ou postérieure est assez longue pour s'étendre le long du dos. Ces morceaux de carton se moulent sur les parties subjacentes, et par leur dessication et leur dureté rendent impossibles les mouvements d'inclinaison, de flexion et d'extension de la tête.

Une saignée de 400 grammes est pratiquée, et le blessé mis à la diète et aux boissons rafraîchissantes. La déglutition est douloureuse, mais non impossible.

Les deux premiers jours se passent bien, quoique le blessé ait de la fièvre et s'agite beaucoup dans son lit. Le troisième jour, on fait une nouvelle saignée de 400 grammes; le blessé commence à tousser un peu. Pendant la nuit, il survient du délire; le malade se lève et se promène dans la salle; il se recouche bientôt sans résistance et se livre à beaucoup de mouvements. Diète. Beaucoup d'agitation pendant la nuit suivante.

Le 8, quatre jours après l'accident, le blessé respire librement. Il a de la toux à timbre métallique; l'expectoration est assez facile; les crachats sont muqueux et un peu spumeux. Le pouls est assez fréquent et développé; la chaleur de la peau est modérée; le blessé demande à manger avec instances; les selles sont régulières.

On change pour la première fois l'appareil de pansement; il avait continué à maintenir solidement la tête. Des deux côtés, au niveau des points de suture entortillée, la plaie s'est réunie; l'adhésion cependant est plus parfaite à droite qu'à gauche. A la partie moyenne de la plaie, où il n'y a pas eu de contacts intimes, les bords ont de la tendance à se renverser en dedans, malgré l'état de gouflement inflammatoire de la peau, qui la rend plus fixe. La surface de la plaie est grisâtre, comme couverte d'une couche d'exsudations albumineuses. Pas de suppuration. On enlève les sutures à points passés qui pourraient couper la peau, et on ne touche point aux sutures entortillées. On panse ensuite à plat. Pour assurer l'immobilité de la tête et le contact parfait des bords de la plaie, on remet le même appareil en carton. Deux soupes pour aliment; potion gommeuse.

Agitation pendant la nuit du 8 au 9. La fièvre continuant, et le pouls étant dur et plein, on fait une troisième saignée de 400 grammes, dont le caillot se recouvre d'une légère couenne inflammatoire. Soupes pour aliments.

Le 10, la fièvre cesse; la déglutition devient facile; la respiration est toujours libre. Au pansement, on retire toutes les épingles; la réunion persiste sur les côtés. Même tendance des bords de la plaie à se renverser en dedans vers la partie moyenne; la suppuration s'établit. On ne sent pas d'air s'échapper par la blessure pendant l'expiration.

Le 14 janvier, le malade a encore un peu de toux à timbre légèrement métallique. Les fonctions digestives se font bien. Apyrexie parfaite. Le jeune homme est levé tous les jours une demi-heure à une heure. Au côté gauche de la blessure, où il y avait déjà réunion, il est survenu un peu de décollement, par suite de quelques mouvements auxquels s'est livré le blessé, en raison de la brièveté des attelles latérales en carton. Pour prévenir tout tiraillement de la plaie par une immobilité complète de la tête, M. Sédillot joint aux trois pièces de carton déjà employées deux nouvelles bandes de même substance qui, se recouvrant sur le sommet de la tête, descendent le long des parties antéro-latérales du cou sur la poitrine. De cette manière, l'emboîtement de la tête et du cou est parfait, et tout mouvement est impossible. Aussi, dès ce moment, la cicatrisation fait des progrès rapides; le jeune homme se lève une bonne partie de la journée, et se promène dans la salle. On accorde le quart d'aliments. La plaie se remplit de bourgeons charnus; leur production est activée et régularisée par des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. Des bourgeons charnus développés sur la saillie du cartilage thyroïde le font adhérer à la peau.

Enfin, le 27 janvier, vingt-deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la plaie est fermée et la cicatrice devient presque linéaire.

— Cette observation nous prouve que le défaut de réunion immédiate dans les blessures du cou tient plus à la difficulté d'obtenir un contact permanent des bords de la plaie, et une immobilité parfaite, qu'à la diversité des parties qui entrent dans la structure de cette région et à la laxité du tissu cellulaire. Des deux côtés, la réunion immédiate fut obtenue, parce que les bords de la blessure ne cessèrent pas d'être en rapport; plus tard, la réunion fut détruite en partie à gauche, parce que le blessé put exécuter quelques mouvements. Au milieu de la plaie, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, il n'y a jamais eu d'immobilité suffisante pour espérer la réunion immédiate; car les mouvements que nécessitaient la déglutition et l'expectoration s'y opposaient. Aucun abcès ne s'est formé; les voies aériennes ne se sont point enflammées, et l'immobilité, aussi parfaite que possible, obtenue par l'appareil en carton a prévenu ces accidents.

Des attelles de carton, telles que M. Sédillot les applique, donnent une immobilité complète que ne peuvent jamais procurer les simples bandes de toile employées par Dupuytren, ni les seuls points de suture, quelle qu'en soit la profondeur.

M. Sédillot prévient ainsi le développement des phénomènes que M. Dieffenbach redoute si justement, et qu'il a attribués à la laxité du tissu cellulaire. On peut, en outre, espérer la réunion immédiate d'une partie de la plaie, ce qui rend beaucoup plus rapide la cicatrisation des tissus dont la suppuration a commencé.

C'est le troisième cas de guérison que nous observons à la suite de l'application du traitement de M. Sédillot aux plaies profondes du cou par suicide. Ce sont, comme on le sait, les plus dangereuses; et l'immobilité, dont nous constatons ici les précieux avantages, est devenue, entre les mains de M. Sédillot, une méthode générale dont il obtient chaque jour les plus heureux résultats. MAYER, aide de clin.

Du traitement de l'hydrocèle chronique par épanchement dans la tunique vaginale.

(1er article.)

Après tout ce qu'on a dit ou écrit sur le traitement de l'hydrocèle, surtout après les récentes discussions de l'Académie de médecine, où la question a été si habilement étudiée, il semble que le sujet soit épuisé, et que la thérapeutique, s'appuyant sur des bases solides, ait dû être fixée avec certitude.

N'a-t-on pas admis presquo généralement comme un infaillible moyen curatif la ponction suivie d'injections? D'autre part, d'ingénieux novateurs n'ont-ils pas proposé et mis en œuvre, dans ces derniers temps, des procédés dont-ils préconisent avec confiance les sûrs et merveilleux effets? Remarquons du reste, quant à ces derniers, qu'on s'est beaucoup récrié contre leur prétention d'innover tant on regardait la thérapeutique de l'hydrocèle comme complète sons tous les rapports, tant les améliorations et perfectionnements semblaient inadmissibles et chimériques. Sur ce point, les partisans exclusifs des injections iodées et vineuses persistent invariablement dans leur opinion. De leur côté, les novateurs repoussent théoriquement les injections quoiqu'ils soient obligés souvent dans la pratique de recourir subsidiairement à ce moyen. En présence d'un pareil désaccord, notre intention n'est pas de jouer le rôle banal de cunciliateur éclectique, ni d'adbérer à l'une ou à l'autre de ces deux méthodes. Loin de là : notre but est d'en proposer l'abandon en faveur d'un procédé que nous croyons très supérieur, procédé longtemps dénigré parce qu'on a dédaigné d'en étudier l'application. C'est du séton temporaire que nous voulons parler, et d'abord nous n'hésitons pas à dire que, dans une pratique de vingt années, nous avons reconnu avec certitude l'incontestable supériorité de ce moyen sur tous les autres, soit dans les cas simples, soit dans les cas difficiles et compliqués où l'emploi des autres méthodes avait complétement échoué. Dans cette conviction, nous croyons pouvoir affirmer que le séton temporaire, mal à propos dédaigné, mérite une entière réhabilitation, et nous serons heureux si nous pouvons contribuer à ramener sur lui l'attention dont il est digne. La possibilité de graduer ses effets, la promptitude du rétablissement (six à douze jours), la nature de la guérison, la simplicité et la rapidité du manuel, l'inutilité d'aides, de plusieurs instruments et de tout appareil, jointes au peu de douleur qu'il occasionne, à son innocuité et à l'absence de récidives, convaincront de ses avantages les personnes les plus prévenues.

Cependant, il ne faut pas supposer qu'il soit appelé à remplacer l'excision pour les hydrocèles avec épaississement cartilaginiforme, et l'incision, lorsqu'on a des doutes sur l'état du testicule, et lieu de craindre la nécessité de son ablation. Il est en outre sujet à la plupart des contre-indications communes à tous les procédés. Mais, en dehors de ces circonstances exceptionnelles, il procure *toujours* une guérison durable, soit par le rappel à l'état normal des fonctions de la tunique vaginale, soit par l'oblitération de cette membrane.

Le retour de l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption, après l'évacuation de la sérosité, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire, quoique M. Roux se refuse à comprendre la guérison de l'hydrocèle sans l'adhésion de la tunique vaginale : on le rencontre fréquemment, après les ponctions simples, chez les enfants et plus souvent encore, après l'application du séton, chez les individus de tous âges. C'est le mode de terminaison qu'amènent quelquefois le temps et les topiques, et qui suit ordinairement la disparition spontanée des hydrocèles aiguës. Pour le produire, le séton agit en transformant en hydrocèle aiguë l'hydrocèle chronique et, modifiant ainsi l'état pathologique, donne lieu à une subinflammation non adhésive. La complication d'un léger engorgement de l'épididyme ou du testicule, ne contrarie pas plus cette guérison naturelle qu'elle n'est gênée, dans certaines hydro-orchites accidentelles, par l'augmentation de volume caractéristique de l'inflammation de ces organes.

Avec le séton convenablement employé, on peut, pour ainsi dire à volonté, obtenir l'une ou l'autre espèce de terminaison : cela nous est démontré. L'oblitération est la plus commune, parce que la crainte de n'avoir qu'une stimulation insuffisante porte à dépasser le degré nécessaire et conduit à une phlogose adhésive. Mais avec les données fournies par l'expérience, avec une attention soutenue, on reste aisément dans les limites de la stimulation congestive propre à rappeler l'équilibre fonctionnel.

Si l'on est maître de déterminer soit le rappel à l'état normal, soit une oblitération primitive ou de première intention, on l'est encore d'arriver à la suppuration générale du sac, lorsqu'on la juge utile, et de produire une oblitération consécutive. Dans ce cas, la largeur suffisante donnée aux ouvertures prévient les dangers de cette suppuration; avantage qui ne se rencontre pas après la ponction.

---

gien d'hôpital qui ne la pratique quand il en trouve l'occasion, pas un professeur de chirurgie qui ne la démontre comme un procédé acquis à l'art, et sur l'admission duquel il ne peut plus s'élever de contestation. La question unique qui subsiste, et elle est grave, j'en conviens, est celle de l'étendue qu'il faut donner à ses applications, les uns la restreignant aux cas où ses succès assurés ne laissent de doute pour personne, les autres portant ses limites bien au delà dans le domaine du probable, du possible, ou même dans le champ des conjectures les plus hasardées et les moins soutenables. Dans ce sens, mais seulement dans ce sens, il peut rester du vague dans l'esprit de beaucoup de personnes sur les indications positives de la myotomie, sur le mérite absolu de cette opération. Espérons que le document que vous annoncez ajoutera de nouvelles lumières à celles que l'observation impartiale des faits a déjà répandues sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

Si cette lettre, mon très honoré Confrère, devient l'occasion d'un mot d'explication dans votre spirituel feuilleton, je serai heureux que les faits dont j'ai cru devoir vous entretenir soient retracés par votre plume élégante et facile, convaincu d'avance que vos paroles, comme toujours, ne pourront que profiter aux intérêts de la vérité, ainsi qu'à vos nombreux lecteurs.

Agréez, etc. BOUVIER.

Ce 26 mars 1846.

Il est bien évident que nous sommes d'accord M. Bouvier et moi; que je n'ai voulu parler que de cette myotomie qui est en cause, de celle sur laquelle l'administration des hôpitaux a voulu être édifiée en nommant une commission, de cette myotomie que d'aucuns appelaient *miraculeuse*, qui annonçait des résultats tellement en dehors de la pratique commune qu'elle souleva des doutes graves et sérieux, de cette myotomie en un mot qui a été le prétexte du procès de MM. Malgaigne et Vidal, et le motif du célèbre rapport de M. Velpeau.

Voilà très nettement ce que j'ai voulu dire en annonçant le rapport prochain de la Commission des hôpitaux. J'ai ouï dire que le rapport serait favorable à cette myotomie-là, et, sous toutes réserves de discussion et d'examen, je m'en suis réjoui comme s'en réjouirait sans aucun doute notre honorable confrère M. Bouvier, si ses lumières, sa bonne foi et sa loyauté le forçaient à reconnaître que la thérapeutique de ces difformités *auxquelles dans l'état actuel des choses il n'applique pas la myotomie*, possède réellement un moyen plus efficace et plus sûr que les moyens connus. Je dis que si la Commission des hôpitaux *prouve* et *démontre* ces choses-là, la presse médicale aura à remplir un grand acte de justice et de moralité scientifiques en acceptant des résultats qui se présenteraient avec toutes les conditions requises de certitude et de bonne observation. Et j'ai dit cela pour montrer dans quelles dispositions nous nous trouvions ici de calme et d'impartialité pour reprendre l'examen de ce grand procès scientifique sur lequel le prochain rapport de la Commission des hôpitaux va vivement reporter l'attention du monde médical. Si ce rapport tombe dans le domaine de la publicité, la presse usera de son droit en le soumettant à la discussion libre, et c'est ce droit que, réserver d'avance et non sans quelques motifs, j'ai voulu faire poindre, et constater.

—

Mon cher et très honoré confrère,

Je crois devoir vous donner quelques renseignements sur ma crête de dindon que M. Arago n'a pas eu le temps de comprendre, pressé qu'il était d'aller à la Chambre. Voici le fait :

M. Capmas, employé des tabacs, à Aignillon (Lot-et-Garonne), est venu me consulter pour une héméralopie datant de sa naissance. Une opinion répandue dans le peuple, c'est que les dindons cessent de voir pendant la nuit. Le fait est-il exact? Je n'ai pas eu à m'en occuper. Pourtant, je sais que le soir, à la nuit tombante, les poules, dindons, etc., courent au poulailler, se cassant le *nez* parfois aux portes; pareils phénomènes ont été observés durant les éclipses de soleil, et peut-être a-t-on eu raison de les attribuer à la frayeur : mais tout cela ne me regarde pas. Le fait est celui-ci : Que la mère de mon malade, persuadée que les dindons cessent de voir pendant la nuit, rencontra un troupeau de ces volatiles durant sa grossesse; elle eût une envie qui ne fut pas satisfaite, d'en croquer au moins un, et mon malade vint au monde héméralope avec une crête de dindon sons l'aisselle droite. Cette crête, ainsi que le disait ma note, est flasque, pendante, granulée, et d'une longueur d'environ 7 à 8 millimètres; elle n'a nullement le caractère d'une tumeur érectile.

J'ajoutais que notre confrère Dechambre, à qui j'en parlai, me cita plusieurs exemples tout aussi extraordinaires.

Ainsi, une femme est frappée de la vue d'une personne dont deux doigts de la main sont réunis, et elle a mis au monde un enfant qui porte cette conformation. Dans les mêmes conditions, Dechambre a remarqué que des muscles qui manquaient chez l'un manquaient aussi chez l'autre. Je ne cherche pas à expliquer ces phénomènes; mais j'ai constaté le mien par la vue et par le toucher, et j'espère qu'il ne vous produira pas le même effet qu'à M. Arago, qui trouvait extraordinaire et incompréhensible l'héméralopie.

Agréez, etc. Dr MAGNE.

Lundi, 6 avril.

Jusqu'à présent, l'adhésion des parois de la tunique vaginale est le seul genre de guérison que généralement on se propose avec les divers procédés ; obtenue d'emblée, obtenue secondairement, grâce à une orchite aiguë ou par une suppuration qu'on n'a pas cherchées, elle a toujours un inconvénient notable : le testicule devient plus adhérent et se trouve plus exposé à l'action des corps extérieurs, ne pouvant fuir devant leurs atteintes par un déplacement facile. Il en résulle, pour les opérés, l'obligation de porter longtemps, si ce n'est toujours, un suspensoir, afin de diminuer le danger des contusions sur un organe sujet à des coïncidences pathologiques.

Cet inconvénient, espèce d'infirmité, reliquat de l'opération, n'est pas un témoignage de la perfection des traitements usités pour la cure radicale de l'hydrocèle, et basés sur le principe de l'inflammation adhésive de J. Hunter, de l'épiphlogose de Lobstein. C'est pourtant le moindre tort que nous ayons à leur reprocher, tort qui, nous le répétons, n'est pas partagé d'une manière absolue par le séton.

Les ressources de la médecine proprement dite ne peuvent pas davantage être mises en parallèle avec l'efficacité du séton. Cependant les résolutifs, sous la forme d'astringents et de réfrigérants, ont quelquefois fait disparaître des hydrocèles de date récente, particulièrement dans le jeune âge. Les révulsifs sur la peau des bourses ont également déterminé la résorption du liquide épanché, et ramené l'équilibre naturel entre les exhalants et les absorbants. Quelques années d'exercice donnent aux chirurgiens les moins occupés l'occasion de constater des exemples de guérison par des applications de glace, de solution d'hydro-chlorate d'ammoniaque dans du vinaigre, d'alcool camphré, d'éther acétique, de vésicatoires, de pommades mercurielles, de terre cimolée, de chlorure de sodium, etc., etc., et même par la compression.

Ce sont là évidemment des cas qui sortent de la règle ; il faut même dire que si, pour satisfaire les malades, on se décide aujourd'hui à recourir à de semblables moyens, on ne tarde pas à reconnaître qu'en général leur insuffisance est presque toujours égale à celle de la médication hydragogue. L'ensemble de ces secours thérapeutiques pourrait être désigné sous le nom de méthode d'essai, et leur épreuve doit être considérée comme un témoignage de condescendance pour la pusillanimité des malades. Au lieu d'y recourir, autant vaudrait abandonner la maladie à la nature, qui, si l'on ajoute foi à un certain nombre d'observations, a su guérir miraculeusement, en vingt-quatre heures, des hydrocèles volumineuses. A ce sujet, nous nous permettrons une réflexion. On comprend qu'une hydrocèle récente ou congénitale disparaisse brusquement, sauf toutefois à se reproduire ; mais qu'en dehors de ces conditions elle soit résorbée sans laisser de trace, sans qu'il y ait eu déchirure et éraillement de la tunique vaginale ou fistule, il est permis d'en douter quelle que soit l'autorité de l'observateur.

Du reste, lorsque l'hydrocèle a acquis un certain volume et menace de se développer encore, il n'est plus permis de confier le malade aux ressources de la nature, ni à celle de la thérapeutique d'essai. La crainte de l'atrophie du testicule et des conséquences de la dilatation du canal inguinal, concurremment avec la gêne et la douleur, réclament des secours plus efficaces.

Parmi les procédés curatifs employés en différents temps, en est-il de nature à être préférés au séton ? Quelque étrange que puisse paraître cette question à la plupart des notabilités chirurgicales, nous chercherons à la résoudre, dans un prochain article, par un examen rapide et consciencieux.

LEMAISTRE-FLORIAN.

Correspondance.

Mon cher confrère,

voici ma réponse à M. Aran. Je réponds par propositions aux objections qui me sont adressées. C'est la forme la plus claire, la plus succincte, et que, comme telle, j'avais adoptée pour la *Revue hebdomadaire*.

Recevez, etc., X..

1° La doctrine que nous avons attribuée à M. Hope, est de M. Ogier Ward. — Nous avons dit « la doctrine de M. Hope, » comme on dit « la doctrine de Hunter, » sans préjudice des droits d'Anel. Si nous avions visé à l'*ex professo*, nous aurions fait la part de M. Ward, et nous n'aurions pas oublié M. Aran.

2° La doctrine de M. Hope, ou, si l'on veut, de M. Ward, *est aujourd'hui généralement reçue*. — Notre honorable confrère n'a qu'à recueillir les opinions, et il restera convaincu qu'il s'en faut considérablement que l'adhésion à cette doctrine soit générale. Au surplus, ce point est secondaire.

3° Nous avons été trop loin dans la dépossession du système artériel. — Nous attendrons, pour confesser notre erreur, que l'on ait examiné de nouveau d'une manière suffisamment approfondie la question des *bruits artériels* comparativement aux bruits veineux.

4° On ne peut comprimer la veine jugulaire externe sans comprimer en même temps la veine jugulaire interne. — Nous sommes persuadé du contraire. *Voir*, à défaut de sujets de dissection, le planches de Breschet (Système veineux), ou celles de M. J. Cloquet.

5° En mettant le sthétoscope dans l'intervelle des deux faisceaux du muscle sterno-mastoïdien, *on comprime inévitablement, et* D'UNE MANIÈRE IMMÉDIATE, *la carotide et la jugulaire interne*. — L'anatomie contredit cette assertion. Il n'y a pas d'intervalle entre les deux chefs du muscle. A la vérité, nous pouvons nous reprocher d'avoir induit nous-même notre correspondant en erreur, en employant le mot *intervalle*. Les chefs fussent-ils écartés, les vaisseaux seraient encore protégés par la double lame de l'aponévrose cervicale, une des plus fortes du corps humain. Les vaisseaux cruraux, au pli de l'aine, sont beaucoup plus superficiels que les vaisseaux carotidiens, et cependant on peut les ausculter à l'aide du stéthoscope sans les *comprimer*.

6° Il faut placer le stéthoscope en arrière du muscle sterno-mastoïdien, *dans le creux sus-claviculaire*. — C'est un moyen certain de comprimer tout d'abord la veine jugulaire externe, qui, à raison de sa situation très superficielle, cède à la moindre pression. C'est pourquoi nous préférons ausculter *sur l'interstice* des deux chefs inférieurs du sterno-mastoïdien.

7° Dans l'*immense majorité des cas* où il existe un bruit veineux continu, il y a en même temps un bruit de soufflet artériel intermittent, *que l'on continue à percevoir quand on a fait cesser le murmure veineux continu*. — Si ce n'est que dans l'immense majorité des cas, nous avons pu tomber sur un cas exceptionnel ; et M. Aran n'est pas fondé à dire *qu'il ne peut se rendre compte de ce qu'a entendu M. Marchal.*. Mais nous sommes très loin, comme on a pu le voir, d'accepter cette *immense majorité des cas* admise par M. Aran.

8° Il n'y aurait pas deux bruits dans toutes les artères. Il y aurait seulement deux bruits dans les carotides et les sous-clavières. Dans les axillaires, les crurales et les autres artères, dit M. Aran, il n'y a qu'un bruit. — Cette objection mérite considération. Nous observerons dans le but de la vérifier. Nous pourrions dire que, dans l'espèce, il s'agissait surtout des carotides. Mais nous n'avons aucun intérêt à éluder une remarque qui nous paraît avoir de la valeur.

9° M. Aran s'est trompé quand il a supposé que nous avions parlé d'après une seule observation.

X...

NOUVELLES.

La Faculté ayant décidé dans sa dernière réunion que, provisoirement et en attendant la solution des difficultés récemment soulevées, M. Rostan reprendrait sa clinique à l'Hôtel-Dieu : ce professeur a recommencé son service il y a quelques jours.

Les visites et l'examen des malades ont lieu tous les matins de sept heures et demie à neuf heures.

Les conférences cliniques à l'amphithéâtre auront lieu tous les deux jours à partir du mardi 14 avril.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 1er avril courant, un concours public sera ouvert le 9 juillet prochain devant la Faculté de médecine de Paris pour la place de chef des travaux anatomiques vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer avant le 9 juin prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— Plusieurs de nos honorables confrères ont conçu l'idée de fonder à Paris un *Cercle médical* ; nous ne pouvons qu'applaudir à cette tentative ; elle servirait à établir entre les médecins de la capitale des rapports plus fréquents qui ne pourraient que profiter à la dignité de la profession.

— Un legs de 835,000 francs vient d'être fait aux hôpitaux de Paris par madame de Leucquessing, sur lesquels 100,000 francs devront être employés au soulagement des pauvres des douze arrondissements de Paris. Le conseil général des hôpitaux a décidé que ce legs sera appliqué à la construction et à l'ameublement de l'un des pavillons du nouvel hôpital Louis-Philippe, et que ce pavillon portera le nom de cette bienfaitrice des pauvres. (*Gaz. méd.-chir.*)

— M. Le Roy-d'Etiolles vient d'être nommé membre des Académies de médecine et de chirurgie de Naples et de Barcelone.

— On lit dans une dépêche de M. le contre-amiral Lainé, commandant la station navale devant Montevideo :

« M. Peise, médecin en chef de notre escadre, a rendu des services éminents. »

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

La fabrique des instruments orthopédiques ne doit pas être confondue avec celle des instruments de chirurgie ; car l'orthopédie proprement dite a pour but spécial de remédier aux difformités du corps humain par l'application d'appareils combinés, d'après les indications de la science. La maison du sieur BÉCHARD, rue de Tournon, 15, à Paris, est une de celles qui ont le plus avantageusement fait connaître les récompenses qui lui ont été décernées par les jurys des expositions de 1839 et 1844. Aussi nous faisons-nous un devoir de la signaler de notre côté aux savants praticiens que nous comptons au nombre de nos lecteurs.

Tous les médecins qui ont fait usage du scarificateur du docteur Blatin, que M. Sandoz a exécuté avec une rare précision, lui ont reconnu les avantages signalés par M. Laugier, dans son rapport à l'Académie royale de médecine, en date du 28 octobre 1845. — Sa forme est élégante ; son poids est réduit à 66 grammes. Il est sans engrenages, à l'abri de la poussière et inaltérable. Il se nettoie facilement et se démonte en entier, sans le secours d'aucun outil, et donne plus de sang qu'aucun des autres scarificateurs, dont il diffère complétement.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 9 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 42. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Pneumonie latente avec symptômes typhoïdes. Difficulté du diagnostic. Mort.

Le 22 janvier est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, un homme de quarante-trois ans, fondeur en caractères, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle.

Cet homme est actuellement malade depuis trois mois. Tout ce que nous avons pu savoir des symptômes qu'il avait offerts au début de la maladie, c'est qu'il avait ressenti une fièvre intense, qui s'accompagna d'une diarrhée opiniâtre. Les selles, fort nombreuses, étaient sanguinolentes. Depuis quelques jours, il se plaignait d'une céphalalgie intense.

Voici l'état qu'il présentait au moment de son admission à l'hôpital :

Etat de maigreur considérable. Le pouls, peu développé, est à 116 par minutes. La peau est chaude, un peu sudorale; la langue blanchâtre, saburrale; anorexie; ni nausées, ni vomissements. La respiration est pénible; oppression et dyspnée assez intenses. L'expectoration est peu abondante, non accompagnée de toux. Résonnance assez bonne dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière. A l'auscultation, on entend des râles sibilants à gauche, sans mélange de souffle ni de crépitation. Dans le poumon droit, râle muqueux dans toute la partie postérieure, ainsi que dans la partie antérieure et inférieure. Le ventre est plat, assez souple; la diarrhée persiste, mais sans évacuations sanguinolentes. La rate et le foie sont peu volumineux. Pas de céphalalgie. Abattement, prostration très considérables. Le malade paraît être dans un état de consomption dont il est impossible de se rendre compte par les symptômes qu'il présente. Il ne se plaint de douleurs dans aucune région du corps spécialement : il accuse seulement un malaise général.

L'âge du malade, l'absence de sueurs et de signes stéthoscopiques positifs éloignent l'idée d'une affection tuberculeuse. D'une autre part, la durée de la maladie, qui date de près de trois mois, fait rejeter l'idée d'une fièvre typhoïde, affection dont il offre plusieurs symptômes. — Limonade sucrée. Diète.

Le 24 janvier, le malade a eu, dans la journée d'hier, cinq déjections alvines. Agitation très grande pendant la nuit, avec même un peu de délire. Le pouls est moins fréquent : à 92 seulement par minute. La peau est moite. Langue blanche, saburrale, poisseuse. Ventre un peu ballonné, sans douleur, même à une forte pression. Résonnance toujours bonne dans toute l'étendue de la poitrine. Râle ronflant à la partie antérieure du poumon droit et du poumon gauche. Mêmes râles sibilant et ronflant en arrière. Même prescription. Diète.

Le 26, pas de selles depuis deux jours. Un peu de délire la nuit dernière. Pouls à 104. Peau chaude, moite. Expectoration toujours fort peu abondante, sans mélange de sang. La langue un peu moins sèche, blanche au milieu, un peu plus rosée sur ses bords et à la pointe. Ventre toujours ballonné, non douloureux à la pression. La résonnance est toujours bonne en avant. En avant aussi, murmure vésiculaire à droite et à gauche, sans mélange de râles, soit muqueux, soit sibilants. Idem en arrière. La vessie est remplie d'urine, et le malade ne peut uriner. On est obligé de pratiquer le cathétérisme et d'exercer sur la région hypogastrique une assez forte pression en raison de l'inertie de la vessie. L'urine est rouge, fortement colorée, acide, malgré son séjour prolongé dans la vessie.

L'affection marche toujours sourdement, sans offrir de caractères tranchés qui fassent cesser toute incertitude. Même prescription.

Le 28, le malade a uriné un peu hier soir; cependant, on a dû pratiquer le cathétérisme. Persistance de la constipation; une selle hier soir après un lavement émollient. La nuit a été assez bonne. Pouls à 116, peu développé toujours. Peau chaude, sèche. Langue sale, légèrement humide. Ventre plat, indolent, sans gargouillement; toux peu fréquente. La respiration est en avant plus forte et plus distincte à droite qu'à gauche. En arrière, résonnance très faible, presque de la matité dans la moitié inférieure du poumon gauche, où l'on entend du souffle tubaire; dans la moitié supérieure, on ne constate que du râle crépitant à grosses bulles. A droite, au-dessous de l'épine scapulaire, on trouve du râle sous-crépitant; respiration à 46 par minute. Il n'y a point de taches sur le ventre. — Sel. Sirop de gomme. Diète.

Le 29, pas de selles. La fréquence du pouls a diminué. Langue humide, moins blanche. Sudamina nombreux sur les côtés du cou. La peau est chaude, moite. Le malade est dans un état d'abattement et de prostration très grands. L'expectoration difficile, peu abondante. — Lavements émollients. Diète.

Le 30, persistance de la constipation; pouls à 96. Langue humide, rosée sur ses bords. Le malade tousse peu, dort bien, n'accuse de douleurs nulle part. Il ne se plaint que de faiblesse. Somnolence presque continuelle.

Le 31, la nuit a été fort agitée. Il y a eu, après avoir rendu le lavement, une garderobe solide. Pouls à 108. A l'auscultation, râle sous-crépitant dans le poumon gauche, dans les fosses sus et sous épineuses, plus humide dans cette dernière. Dans la moitié inférieure du poumon, en arrière, souffle amphorique comme caverneux, avec crépitation large et humide. Le poumon droit offre du râle muqueux en avant et à la base. Murmure vésiculaire faible dans les fosses sus et sous épineuses. Expectoration peu abondante, fortement colorée en rouge safrané. — Mauve gommée. Julep gommeux avec tartre stibié 0,70 centigrammes, et opium 0,05 à prendre toutes les deux heures par cuillerées. Vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, en arrière.

Le 1er février, quelques vomissements à la suite de la potion. Pas de selles. Délire cette nuit. Pouls à 100 par minute. Langue saburrale, sèche.

Le 2, la nuit a été plus calme. La langue est de plus en plus sèche; les dents collées et fuligineuses. La prostration est extrême. Le visage pâle et décharné. Les yeux éteints, sans expression. Pouls à 110. Matité très étendue dans la partie postérieure du poumon gauche; dans la région de la matité on entend toujours le souffle emphorique. — Julep gommeux avec tartre stibié 0,30; mauve gommée.

Le 3 et le 4, même état; quelques vomissements encore, sans évacuations alvines. Un second vésicatoire a été placé sur la partie postérieure du côté gauche. Les râles sont moins intenses. Prostration de plus en plus prononcée. Le pouls très difficile. — Julep avec extrait de quinquina, 2 grammes.

La mort survient dans la nuit du 4 au 5 février.

Autopsie 24 heures après la mort. — Le tissu pulmonaire est généralement ramolli. Lorsqu'on y pratique des incisions, il s'échappe dela surface des tranches un liquide sanieux mélangé de pus et de sang. La moitié inférieure du poumon gauche présente, ainsi que la base du poumon droit, tous les signes d'une pneumonie parvenue à la troisième période. Engouement au sommet et dans la partie moyenne. Les bronches paraissent, autant qu'il est possible d'en juger, dilatées d'une manière assez considérable. Pas d'épanchement dans la cavité de la plèvre.

On trouve dans les dernières portions de l'iléon les glandes de Peyer ulcérées; quelques-unes de ces ulcérations sont encore assez récentes; les autres sont en voie de cicatrisation. Dans beaucoup de points on observe un état particulier de la muqueuse, qui n'est autre chose que le résultat d'une cicatrisation complète et datant déjà de plusieurs jours. Au commencement du cœcum, et se prolongeant même jusqu'au commencement du colon, on observe une injection très prononcée, accompagnée çà et là de taches d'un rouge noirâtre résultant d'un état inflammatoire intense.

— Ce fait n'est pas sans intérêt sous plusieurs rapports; d'abord quant à l'existence de la fièvre typhoïde, puis relativement à la complication de pneumonie qui survint plus tard, et qui, comme il arrive souvent dans la pneumonie consécutive, resta à l'état latent pendant plusieurs jours et ne put être convenablement traitée, tant à cause de l'état de faiblesse et de prostration dans lequel était le malade, qu'en raison de l'époque avancée à laquelle elle fut reconnue.

Dans le cas actuel, il fut à peu près impossible de se procurer des renseignements suffisants sur l'état antérieur du malade. Il disait être malade depuis trois mois, et ce long temps semblait devoir faire exclure toute idée de fièvre typhoïde, bien qu'un assez grand nombre de phénomènes de l'état actuel s'y rapportassent. L'événement et l'examen des altérations cadavériques prouve que c'était cependant bien à une affection typhoïde que l'on avait affaire, et que les symptômes de pneumonie ne devaient être envisagés que comme signes d'une complication survenue dans les derniers jours. Tous les symptômes observés pendant les premiers temps du séjour du malade à l'hôpital ne pouvaient guère en effet se rapporter qu'à une fièvre typhoïde. Ce ne fut que près de huit jours après que l'on put constater à l'aide de l'auscultation et de la percussion la lésion consécutive du poumon.

On sait quelle est la différence qui existe entre la pneumonie primitive, c'est-à-dire, se développant sans qu'il existe actuellement aucune autre maladie appréciable, et la pneumonie consécutive ou secondaire, c'est-à-dire se manifestant chez un sujet déjà affecté d'une autre maladie. Les pneumonies consécutives ont le plus généralement une marche insidieuse, et leur début comme dans le cas actuel, n'est marqué par aucun symptôme tranché. Le frisson initial auquel les pathologistes attachent une si grande importance, et la douleur du côté manquent le plus souvent, ou sont si légers, que l'attention du malade et du médecin, absorbée entièrement par la maladie principale, le laisse échapper. Ordinairement l'amélioration de la respiration et la dyspnée sont les seuls signes de la maladie, comme ils l'ont été chez l'individu dont nous avons raconté l'histoire.

Cependant, si l'on pratique l'auscultation, on trouve, soit le râle crépitant, soit, à une époque plus avancée, le souffle bronchique et la bronchophonie. La percussion fournit également les signes caractéristiques. Il faut donc sur-le-champ recourir à ces deux moyens d'exploration, si l'on veut reconnaître le mal dès son apparition. Il y a des cas cependant où, comme dans celui-ci, l'on n'entend rien, même en examinant le malade avec la plus grande attention; dans ces cas, il y a lieu de supposer que la pneumonie était centrale au moment où elle a débuté, et ce n'est que lorsqu'elle s'est propagée par voie de continuité de tissus jusqu'à la surface du parenchyme pulmonaire que l'on peut la reconnaître.

Quelquefois, l'invasion n'est annoncée que par la prostration, l'altération des traits du visage, l'amaigrissement subit et l'anxiété qui se peint sur la face du malade. Le pouls, de fort et développé qu'il était, devient petit et filiforme. Enfin, quelquefois c'est un délire tranquille, un état de somnolence ou ataxo-adynamique qui se montre tout à coup, au milieu des phénomènes propres à la maladie dont le sujet était atteint. Dans ces différents cas, disent les auteurs d'un livre estimé de pathologie, la pneumonie mérite le nom de pneumonie *latente* qu'on lui a donné, parce qu'elle ne s'accompagne pas du groupe de symptômes qui la caractérise habituellement. Mais en réalité, dans la plupart des cas, elle n'est pas plus latente que les autres; la percussion et l'auscultation permettent de retrouver les symptômes qui sont communs à toutes les pneumonies. Ce que nous venons de dire pour l'absence de la douleur s'applique aux symptômes, à la production desquels la sensibilité, l'intelligence et une certaine dose de force sont nécessaires. La toux et l'expectoration, par exemple, sont plus rares ou moins marqués chez les malades en délire ou tombés dans l'adynamie; dans ce cas, le médecin est privé d'un signe diagnostique précieux. Chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, l'absence complète pendant les premiers jours de crachats pathognomoniques, la rareté extrême de la toux, l'absence aussi des phénomènes que permet habituellement de constater l'auscultation, rendent raison du doute et de l'incertitude dans lesquels on doit rester pendant fort longtemps sur l'existence et la nature de la maladie.

Lorsque l'on parvient à reconnaître les phénomènes caractéristiques de la phlegmasie pulmonaire, il est rare de les trouver aussi franchement dessinés que dans la pneumonie primitive. C'est ainsi que le râle crépitant est à bulles plus grosses, moins égales, et souvent masqué par d'autres râles, le ronchus sibilant et ronflant; le souffle tubaire et la bronchophonie sont aussi moins distincts. La dyspnée, la fréquence souvent très grande de la respiration, disent encore les auteurs que nous avons cités précédemment, constituent des signes précieux en ce qu'ils se manifestent dès le début de la pneumonie, et sont indépendants des diverses conditions pathologiques qui empêchent la manifestation de certains symptômes. L'accélération du pouls, l'accroissement de la fièvre qui existait déjà en vertu de l'affection primitive, l'élévation de la température du corps, fournissent encore de précieuses données pour le diagnostic. La face s'altère et pâlit; souvent les lèvres et la langue se sèchent, s'encroûtent, et le sujet tombe dans un état adynamique qui a souvent fait comprendre les pneumonies secondaires ainsi caractérisées parmi les pneumonies primitives à forme adynamique et typhoïde. Souvent, enfin, les symptômes généraux prédominent sur les symptômes locaux. Dans le fait actuel, la prédominance de ces symptômes adynamiques a été d'autant mieux marquée que l'état inflammatoire seul de l'intestin eût suffi pour les produire, et que les lésions cadavériques qui ont été constatées à l'autopsie rendaient parfaitement compte de leur existence, même en l'absence de toute lésion pulmonaire.

Il ne nous reste que peu de chose à dire du traitement qui fut mis en usage chez le malade à propos duquel nous avons présenté ces considérations. Les émissions sanguines, on le comprend, n'étaient point praticables, vu l'état de faiblesse, d'adynamie dans lequel se trouvait le sujet. L'état inflammatoire du tube digestif, état inflammatoire que vint prouver l'autopsie cadavérique, et dont les ulcérations, soit encore existantes, soit en voie de cicatrisation, démontraient l'existence, empêchait de mettre en usage aussi hardiment qu'on peut le faire ordinairement, le tartre stibié et les révulsifs sur le tube intestinal. On dut se contenter de deux administrations de la potion émétisée, et de l'application de

deux vésicatoires sur la partie de la poitrine correspondant aux lésions les plus évidentes du tissu du poumon. Enfin, à la dernière période, deux grammes d'extrait de quinquina furent donnés pour remédier, si faire se pouvait, à cet état adynamique dans lequel le malade était plongé. Z...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Deux opérations de blépharoplastie.

Au commencement de ce mois, il est entré à la Charité un jeune homme dont le front était couvert de cicatrices, ayant perdu l'œil du côté gauche et affecté de plus, d'un ectropion considérable, résultats d'une vaste brûlure datant de son enfance. Chez ce malade, non-seulement le bord ciliaire est rejeté en dehors, comme cela avait lieu chez quelques sujets qui ont été opérés depuis peu de temps, mais toute la doublure muqueuse du cartilage tarse est transformée en fongosités; et de plus, l'œil est complétement perdu, staphylomateux.

L'étude des cicatrices autour de l'œil est véritablement un sujet digne d'attention et des plus importants; car s'il arrive que, par suite de ces cicatrices survenues après une lésion quelconque, l'œil reste en partie ou en totalité à découvert, il en résulte des conséquences extrêmement graves pour les fonctions de l'organe. Il est vrai que pendant quelques mois, pendant quelques années même, la difformité peut être le seul résultat qu'on observe; mais un peu plus tôt ou un peu plus tard, des inflammations surviennent, des ulcères de la cornée arrivent, ou bien cette membrane se vascularise, ou bien encore elle se perfore, et dans tous les cas la fonction est abolie, soit par l'obscurcissement, l'opacité de la cornée, soit parce que l'œil se vide après la perforation.

Il y a même ici un fait assez curieux à examiner, et dont l'explication ne nous paraît pas avoir été donnée encore, c'est de savoir la raison pour laquelle il arrive le plus souvent, comme chez notre malade, que le point central de l'œil reste proéminent, tandis que l'œil droit lui-même est déprimé dans tout le reste de son étendue, de manière à présenter un cône dont le sommet s'engage entre les paupières.

Quand l'œil est sain et qu'il est recouvert en avant par les paupières, les muscles droits qui suivent la courbure de la coque oculaire tendent, dans leurs contractions, à se redresser, et par conséquent pressent d'autant plus sur le globe, que cette contraction est plus intense. Mais les membranes résistent, et les paupières fermées soutenant l'œil, l'empêchent de se porter en avant, comme il y est sollicité par la contraction musculaire. Au contraire, quand l'œil est malade, lorsque, par une circonstance quelconque, la cornée se ramollit, les muscles, eux, conservant leur action, continuent à presser l'œil, et cette compression force la cornée à se porter en avant et à céder peu à peu. De plus, dans l'état normal, les paupières s'opposaient à cette projection. Si ces paupières manquent, ou bien si, relevées et renversées, elles ajoutent encore elles-mêmes une pression dans le même sens, la cornée est alors poussée en avant par toutes les puissances à la fois, sans qu'aucune résistance s'oppose à ce mouvement, elle doit nécessairement prendre la forme conique qu'on lui voit dans ces sortes de cas.

Là, ce nous semble, est l'explication du staphylome qu'on observe chez ce garçon. Son œil étant comprimé en tout sens, la partie antérieure étant ramollie et découverte, l'œil fait saillie en avant.

En présence d'une maladie semblable, il nous paraît qu'il y aurait tout avantage, pour le malade, à exciser ce staphylome, et une fois l'orbite vide, à y placer un œil artificiel; mais il faudrait pour cela que les paupières fussent bien conformées, autrement le placement de cet œil serait impossible.

Il faut donc commencer par refaire des paupières et c'est une opération qui présente beaucoup de difficultés dans le cas actuel, à cause de la tendance continuelle du staphylome à s'engager entre ces paupières et à les renverser.

Ce n'est pas que nous manquions de procédés pour l'ectropion; c'est, au contraire, une maladie fréquente, et qui a donné naissance à beaucoup de méthodes opératoires très variées.

Ainsi, l'ectropion peut survenir à la suite d'ophthalmie aiguë ou d'ophthalmie chronique, et l'on met en usage alors deux espèces de traitement. Si l'ectropion consiste en un simple boursouflement de la conjonctive dans une ophthalmie aiguë, c'est tout simplement aussi une conjonctivite à traiter par les collyres et la cautérisation. Si c'est à la suite d'ophthalmies chroniques, et certaines d'entre elles amènent souvent cette terminaison, les conjonctivites granuleuses anciennes, par exemple, on se contente d'enlever un ruban de la conjonctive boursouflée, et la petite plaie, en se cicatrisant, amène la guérison.

Mais ces procédés ne conviennent plus quand l'ectropion reconnaît pour cause une cicatrice vicieuse, et c'est pour ces sortes de cas que les opérations dont nous parlons ont été imaginées. On comprend facilement, du reste, qu'il est impossible de poser des règles fixes pour ces opérations; de même que les cicatrices peuvent varier à l'infini; de même les opérations doivent varier comme les cicatrices; ainsi, selon que ces cicatrices seront dures, molles, avec enfoncement, avec relief, etc., il faudra modifier l'opération de telle ou telle manière.

En général, l'ectropion sera le résultat d'une perte de substance ou de suppuration, ou d'une brûlure avec cicatrice aux dépens des régions voisines, de sorte que les tissus environnants sont entraînés par le tissu inodulaire, et qu'il en résulte nécessairement un renversement de la paupière. L'anthrax, le charbon, la gangrène, en un mot, toutes les maladies qui détruiront la peau ou la paupière, pourront amener l'ectropion.

Comme nous le disions tout à l'heure, de cette diversité dans la cause de la maladie sont nées des variétés d'opération. Un premier mode consiste donc dans l'excision de la conjonctive; un autre dans l'excision d'un triangle dans l'épaisseur de la paupière; c'est la méthode dite d'Adams, ou plutôt d'Anthilus, qu'on trouve d'ailleurs dans un vieux livre du quinzième siècle, le *Miroir de santé*, par Guillon de La Nauche.

M. Roux et nous-même l'avons mise quelquefois en pratique; on saisit la paupière; on en isole un triangle qu'on enlève; c'est un procédé qui réussit généralement bien, et qui m'a paru souvent utile et applicable; mais il ne faut pas, pour cela, que la difformité soit trop considérable.

Pour les cas analogues à celui-ci, il faut recourir à un autre ordre de procédés, auxquels on a donné, en général, le nom d'anaplastie, et en particulier celui de blépharoplastie, quand il s'agit de la restauration des paupières.

Dans la blépharoplastie comme dans l'anaplastie, en général, trois formes différentes peuvent être mises en usage; celles que nous appelons l'anaplastie indienne, italienne et française. La première consiste à emprunter un lambeau sur une autre région dans le voisinage, au front pour la paupière, par exemple. Dans la seconde, on va prendre le lambeau dans une région très éloignée, comme au bras pour le nez, les paupières, etc.

Dans la méthode française, on taille ce lambeau dans une région continue avec la plaie qu'on a faite; ainsi, à la lèvre, à la paupière, on décolle les tissus, et les ayant rendus ainsi plus extensibles, on les rapproche.

On a été si loin dans la seconde méthode, qu'on prétend avoir pris des lambeaux, non-seulement dans des régions fort éloignées du lieu où ils devaient s'appliquer, mais encore sur d'autres individus. Fabrice rapporte l'exemple d'un seigneur, dont il va jusqu'à donner l'adresse, auquel il aurait ainsi refait un nez de toutes pièces.

Pour notre malade, nous suivrons la méthode française, qui présente aussi quelques variétés. M. Friquet excise la cicatrice vicieuse et taille un lambeau en bas, qui se continue avec la plaie. Dieffenbach, ou plutôt Isern, de Madrid, excise d'abord la cicatrice pour tailler un lambeau en carré ou en trapèze. Chopart, à la lèvre inférieure, décollait un lambeau se continuant avec la plaie, et l'allongeait ensuite. M. Serres, de Montpellier, doublait ce lambeau avec la membrane muqueuse.

Pour nous, dans le cas actuel, nous inciserons en arc toutes les brides, et quand la paupière sera libre, nous taillerons un lambeau en haut, que nous ramènerons en bas après l'avoir disséqué, c'est-à-dire que nous combinerons le procédé de Dieffenbach avec celui de Desault, et nous fixerons ce lambeau vers le grand angle de l'œil. Du reste, ce cas présente une foule de conditions défavorables qui tiennent principalement à la minceur et à la mollesse des tissus, qui peuvent faire craindre la gangrène des lambeaux; aussi avons-nous cru devoir faire beaucoup de points de suture, afin de multiplier les points de contact pour tâcher de prévoir, autant qu'il est possible, cette fâcheuse terminaison.

— Un autre malade, employé de la douane, a reçu une balle qui lui a fait perdre l'œil gauche, et à la suite de la cicatrisation de ses plaies, est survenu aussi un ectropion. Mais chez celui-ci l'orbite est vide. Il a été opéré par un procédé à peu près analogue, quoique plus simple. L'ectropion siégeait à la paupière inférieure. M. Velpeau a fait une incision courbe au-dessous et en dehors de l'angle externe; ce lambeau a été disséqué et reporté jusque vers le grand angle.

Nous ferons connaître le résultat de ces deux opérations.

Epistaxis grave. Tamponnement des fosses nasales. Des moyens conseillés dans ces sortes de cas.

Une femme venue d'un service de médecine avait été prise d'une épistaxis assez abondante pour faire craindre pour sa vie. Les faits de ce genre ne sont pas très rare, et c'est pour cela qu'il nous semble utile de nous y arrêter quelques instants. Nous-même avons été pris dans notre enfance, à la suite de fièvres, d'hémorrhagies nasales telles, que nous en devînmes exsangue; nous avons eu même un de nos parents qui a succombé par suite d'un pareil accident.

Nous avons été appelé auprès d'une personne qui porte un nom assez connu, et qui était arrivée au dernier degré de faiblesse par suite d'une épistaxis que rien n'avait pu modérer; il fallut avoir recours au tamponnement. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces sortes d'hémorrhagies, c'est que pour l'ordinaire il n'existe pas de maladie dans les fosses nasales; il semble que ces accidents se produisent sous l'influence de quelque cause générale.

Les moyens qu'on oppose à l'hémorrhagie nasale sont nombreux et variés, et cela tient à ce qu'on ne sait pas bien à quelle cause on doit attribuer cet accident. Il en est toujours ainsi quand une maladie est mal connue; on vante alors une multitude de remèdes, par cela même qu'on n'en possède aucun qui soit véritablement efficace.

On en emploie cependant quelques-uns qui jouissent d'une certaine utilité, tels que les révulsifs cutanés, par exemple, les corps froids; ce sont pour la plupart des remèdes connus du vulgaire.

La région dorsale semble être celle où ils ont le plus d'action. C'est ainsi qu'on y place une clef, des compresses imbibées d'eau froide; mais cela ne réussit pas toujours.

Il y a un moyen qui appartient à M. Négrier (d'Angers), et qui réussit assez souvent; il consiste à faire lever le bras du malade du côté où se fait l'hémorrhagie et à le laisser ainsi suspendu pendant quelque temps. Si l'efficacité constante de ce moyen était bien constatée, il serait possible peut-être d'en trouver une explication dans le redressement qu'on imprime ainsi à la sous-clavière, et dans la moindre quantité de sang que doit en recevoir la carotide.

Quoi qu'il en soit, le tamponnement des fosses nasales est encore ce qu'il y a de plus sûr; il est facile à pratiquer: on passe une sonde dans le nez, qu'on fait sortir par la bouche; on y attache un fil à l'autre extrémité duquel se trouve un solide bourdonnet de charpie muni d'un fil lui-même pour pouvoir être ôté; on retire la sonde par les fosses nasales; elle entraîne le fil, avec lequel on attire la charpie jusqu'à ce qu'elle touche l'ouverture postérieure; on place un bouchon de charpie dans la narine, et le sang est forcé de s'arrêter. On peut y joindre, bien entendu, l'emploi de révulsifs dans le dos, et il faut quelfois même modifier l'état général pour s'opposer aux récidives.

Cette femme a été traitée par le tamponnement; l'épistaxis n'a pas reparu. PAJOT.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 7 avril 1846. — Présidence de M. ROCHE.

Après la lecture du procès-verbal, *M. le président* appelle à la tribune *M. Desportes* pour donner communication d'un rapport.

M. Rochoux. Déjà, dans la dernière séance, l'ordre du jour a été interrompu sans qu'on ait daigné nous donner aucune explication. C'était la continuation du rapport sur la peste qui devait avoir lieu, d'après les promesses du mardi précédent, et il n'en a pas été question. Aujourd'hui on va s'occuper de toute autre chose, et l'on ne nous donne aucun motif de ce nouveau retard. Qu'est-ce que tout cela veut dire? Ne croirait-on pas, en vérité, qu'on veut se moquer de l'Académie?

M. le président. Monsieur Prus, vous êtes interpellé; vous trouverez sans doute convenable de répondre.

M. Prus. Ce que j'ai à dire est fort simple: Le rapporteur de la Commission ne peut venir faire connaître les conclusions avant que la Commission se soit mise d'accord sur leur rédaction; ce moment n'est pas encore arrivé, mais j'espère qu'il ne se fera pas longtemps attendre.

Cet incident n'a pas d'autre suite.

— *M. Desportes*, avant de lire le rapport dont il est chargé, expose que M. Londe, avec qui il était commissaire, trouve qu'il n'y a pas lieu à faire de rapport. Il est embarrassé pour savoir quelle conduite tenir; le rapport est fait, il est prêt à le lire si l'Académie le désire.

M. Londe. Il s'agit d'une pâte ou conserve alimentaire, pour laquelle le rapport de l'Académie sera un excellent prospectus. Je ne veux pas m'associer à ce rapport pour ne pas être exposé à voir mon nom placardé sur les boutiques des épiciers et des marchands de comestibles. D'ailleurs, il n'y a rien de nouveau dans cette invention, et je n'y vois aucun motif pour un rapport.

M. Velpeau. Mais voilà, dans ce que vient de dire M. Londe, un excellent rapport, et voilà ce qu'il faut répondre au ministre, puisque c'est le ministre qui nous demande ce rapport.

M. Boullay demande la lecture de la lettre ministérielle, qui est faite par M. Desportes, et de laquelle il résulte, en effet, que M. le ministre du commerce demande l'avis de l'Académie sur une sorte de jus de viandes composée par un M. Piot.

M. Londe s'oppose de nouveau à ce que le rapport soit lu, et propose qu'il soit répondu au ministre qu'il n'y a pas lieu à faire un rapport.

MM. Moreau et *Adelon* croient que l'Académie ne peut se dispenser de répondre à la lettre du ministre.

M. Desportes lit un rapport très étendu sur la composition, la préparation de ce consommé, et propose des conclusions avantageuses.

Une discussion s'engage sur ce rapport, qui a pour résultat, sur la proposition de M. Adelon, d'enjoindre un troisième commissaire à cette Commission.

M. Guibourt est désigné pour cela.

— *M. Malgaigne* lit le mémoire suivant, intitulé: *Essai sur l'histoire de la chirurgie et de la médecine grecques avant Hippocrate.*

Je viens soumettre au jugement de l'Académie quelques recherches sur les origines de la chirurgie et par suite de la médecine grecques. Où et comment ont-elles pris naissance? Par quelles mains ont-elles été cultivées et transmises? Quelles lois ou quels usages réglaient à ces époques reculées la pratique civile et la chirurgie militaire? Et, enfin, quelles étaient les ressources scientifiques, les notions acquises, les découvertes faites en chirurgie avant qu'Hippocrate s'en fît tout à la fois l'historien et le réformateur? Plusieurs de ces questions sont restées négligées jusqu'ici, d'autres ont reçu des solutions peu d'accord avec les enseignements de l'histoire.

Pour en citer un exemple bien frappant, l'opinion commune est que la médecine et la chirurgie furent d'abord cultivées dans les temples et par les prêtres d'Esculape. Cette opinion est comparativement fort moderne; du temps de Galien, elle ne s'était pas encore fait jour, et Galien lui-même professait que la médecine avait été d'abord concentrée entre les mains d'une seule famille, c'est-à-dire des descendants et non des prêtres d'Esculape. En remontant aux sources contemporaines, il est aisé de se convaincre que Galien, pour s'écarter moins de la vérité que les historiens modernes, n'en était pas moins dans une étrange erreur, et que jamais ni la chirurgie ni la médecine ne furent le patrimoine ni d'une seule caste ni d'une seule famille.

Qu'il me soit permis, avant d'entrer en matière, de dire en peu de mots comment je suis arrivé à des conclusions si différentes des opinions généralement reçues. Il m'a paru que, pour tracer le tableau précis d'une époque, il était périlleux d'aller chercher des témoignages dans les époques postérieures, et que le parti le plus sûr était d'interroger les contemporains, véritables témoins oculaires, ou tout au plus les écrivains de la génération suivante encore assez voisins des faits pour avoir pu en recueillir de saines traditions. Avons-nous cependant de ces témoignages pour des temps aussi reculés? Pour les âges héroïques, et ce que j'appellerais volontiers le moyen âge de la Grèce, il n'y en a qu'un seul: c'est Homère, et cet isolement même ajoute encore à son importance et à son autorité. Pour le siècle qui a précédé immédiatement Hippocrate, nous avons Hérodote, qui lût son histoire aux Jeux olympiques en 456, quatre ans après la naissance d'Hippocrate; et, enfin, à mesure que nous arrivons à ce dernier, les témoignages se pressent: ce sont Thucydide, Xénophon, Aristophane, Platon, Ctésias, tous contemporains d'Hippocrate, et enfin Hippocrate lui-même.

Une autre source d'erreur vient de ce qu'on s'est toujours attaché à séparer les origines de la médecine de celles de la chirurgie. En suivant sans aucune préoccupation de ce genre la filiation des faits, on verrait que les premiers guérisseurs, écartés de la thérapeutique médicale par les préjugés religieux, s'adonnaient exclusivement à la chirurgie, qu'ils formaient ainsi une classe assez nombreuse de praticiens à qui devait naturellement échoir, quand l'interdiction serait levée, le soin des maladies internes. Et comme en effet jamais en Grèce les

deux professions ne furent distinctes l'une de l'autre, cela explique comment, dans un travail où j'ai eu plus spécialement la chirurgie en vue, j'ai dû aborder également l'histoire de la médecine.

J'ai eu l'honneur de lire à l'Académie quelques recherches sur l'Iliade et l'Odyssée, d'où il résultait clairement qu'à l'époque homérique il n'y avait pas et il ne pouvait pas même y avoir de médecine interne. Les blessures seules étaient du ressort de l'art, et le mot *jatre* se traduirait donc assez exactement par celui de chirurgien. Ce qui n'est pas moins à remarquer, c'est que l'art de guérir, si limité qu'il fût, n'était alors étudié et pratiqué qu'en Egypte et en Grèce; il est question dans l'Odyssée des médecins d'Egypte comme dépassant en habileté tous les autres (1), et nous verrons dans un moment que les chirurgiens étaient assez répandus dans la Grèce; mais, chose curieuse, on n'en trouve pas la moindre trace dans l'armée troyenne ni chez les peuplades alliées. Nombre de guerriers troyens reçoivent des blessures graves; ils se font retirer les flèches ou les fers de lance par leurs compagnons, et s'arrangent ensuite comme ils peuvent; s'il en est qui guérissent, c'est uniquement par l'intervention des dieux (2). Si déjà l'exactitude du poète n'avait excité l'admiration par tant d'autres côtés, ce serait ici le lieu de remarquer que cet état de choses se maintint fort longtemps après lui; que, du temps d'Hérodote, les rois de Perse, dominateurs de l'Asie, étaient obligés d'emprunter leurs médecins à l'Egypte ou à la Grèce; et, enfin, qu'Hippocrate lui-même dit expressément que les Barbares n'ont pas encore de médecins (Anc. médecin.).

La chirurgie en Grèce semblait dès lors remonter assez loin. Il est curieux de voir l'étude des simples, aussi loin qu'on puisse remonter, laissée entre les mains d'une jeune fille; Nestor rappelle, comme un souvenir de sa plus tendre jeunesse, la blonde Agamède, *qui connaissait autant de remèdes qu'en produit toute la surface de la terre* (3). C'est un premier trait de ressemblance avec ce qui se passait dans notre moyen âge, où, quand les chirurgiens n'existaient pas encore, aux châtelaines revenait le soin de panser les blessés.

Mais comme les femmes ne pouvaient suivre les guerriers sur les champs de bataille, il fallait alors d'autres ressources. Dans nos vieux romans de chevalerie, ce sont les enchanteurs qui suppléent au défaut des chirurgiens; et Guy de Chauliac rapporte que de son temps encore les *gens d'armes, les chevaliers teutoniques et autres suivants la guerre* pansaient toutes plaies *avec conjurations et breuvages*. Nous retrouvons ces conjurations en usage au temps de la jeunesse d'Ulysse. Ulysse avait eu la cuisse labourée par la défense d'un sanglier. Les fils d'Autolycus, ses oncles, lui bandèrent artistement la cuisse, et arrêtèrent le sang par des paroles magique (4). Ce fut l'origine de la cicatrice qui le fit reconnaître plus tard.

Mais, enfin, l'art ne tarda pas à prendre une forme plus sérieuse. Le premier chirurgien qu'Homère nomme est Chiron, qui fut véritablement le chef d'une école fort célèbre. Il avait d'abord eu pour élève Esculape, qu'Homère ne cite nulle part comme un dieu, mais seulement comme un chirurgien très renommé; et, après Esculape, il avait fait également l'éducation chirurgicale d'Achille. Esculape avait instruit ses deux fils, Machaon et Podalire; Achille avait communiqué sa science à Patrocle; c'était là, à proprement parler, toute l'école de Chiron.

Mais en dehors de cette école, il existait d'autres chirurgiens dont par malheur le nom ne s'est point conservé. Il y en avait à Ithaque, et Eumée les cite au nombre des hôtes utiles que l'on appelle et que l'on va chercher; il y en avait dans les troupes crétoises, et Idoménée leur confie son compagnon blessé avant de retourner au combat; et Patrocle, au 16e livre, annonce à Achille que Diomède, Ulysse, Agamennon et Eurypile sont entre les mains des chirurgiens. Il reste seulement constant que les élèves de Chiron avaient une renommée particulière, et Machaon peut-être plus particulièrement parmi eux. Lorsque Ménélas est blessé le premier, avant les grands combats qui vont suivre, Agamennon envoie en toute hâte chercher Machaon, qui vient panser le blessé sur le champ de bataille (5).

Il y a ici une remarque importante à faire; Machaon est lui-même au milieu de ses soldats, et arrivant directement près de Ménélas, il applique sur la plaie des remèdes adoucissants. D'où il résulte qu'il les portait avec lui; de même que Guy de Chauliac ne marchait pas sans avoir dans son étui, outre ses instruments, cinq onguents propres à panser toutes les plaies.

Que si l'on recherche maintenant quelles étaient les ressources de cette chirurgie militaire primitive, on la voit sur les plaies simples appliquer des médicaments adoucissants; pour une plaie suspecte, sucer la plaie avant de procéder au pansement; pour une plaie compliquée de corps étranger et d'hémorrhagie, débrider à l'aide de l'instrument tranchant, *machaïra*; et le corps étranger extrait, la plaie lavée avec de l'eau tiède, arrêter l'écoulement de sang par l'application d'une racine amère, et sans doute astringente, broyée entre les mains. Jusque-là il n'est question que du traitement local; dans un autre endroit, Homère fait mention du régime. Machaon lui-même a été blessé d'un coup de flèche; Nestor l'emmène à sa tente et lui fait préparer une coupe de vin, dans laquelle on racle du fromage de chèvre avec addition de farine (6). On peut bien s'étonner de l'étrangeté de la formule; mais divers critiques ont blâmé dans ce cas l'usage du vin même. Je crains qu'ici ils n'aient confondu l'état d'un blessé déjà atteint de la fièvre traumatique, avec la condition tout autre d'une blessure récente; et Larrey, qui administrait avec succès une potion vineuse à ses blessés et même à ceux qu'il venait d'amputer, était précisément alors, et sans le savoir sans doute, un élève de l'école de Machaon.

On ne saurait affirmer que les choses se passaient au siége de Troie comme Homère les raconte; msis il est hors de toute contestation que pour les mœurs, les usages, et tout ce qui a trait à l'exercice des professions, Homère a vu tout ce qu'il décrit, et le décrit en témoin compétent et fidèle. Les chronologistes mettent la prise de Troie environ 1250 ans avant notre ère; et Homère n'aurait fleuri que deux ou trois siècles après. On peut donc conclure avec assez de sécurité qu'au neuvième siècle avant Jésus-Christ, quatre cents ans seulement avant Hippocrate, la Grèce possédait des guérisseurs pour les plaies, mais point encore de médecin interne; et que l'art de guérir, si limité qu'il fût, n'avait point été fondé pas Esculape, n'était point resté exclusivement le patrimoine de sa famille, et enfin n'était pas cultivé dans ses temples, puisque l'élève de Chiron ne fut fait dieu qu'assez longtemps après.

Ces premières données sont confirmées par la lecture d'Hésiode, qui ne met pas Esculape au rang de ses dieux. A quelle époque cette nouvelle divinité eut-elle enfin à son tour ses honneurs et ses temples? Si l'on en croit Platon, parlant par la bouche de Socrate, ce sont les tragiques et Pindare qui ont fait Esculape fils d'Apollon, et qui ont dit qu'il fut frappé de la foudre pour avoir guéri une maladie mortelle; à quoi Socrate prend soin d'ajouter qu'il n'en croit pas un seul mot.

Il est plus difficile de dire à quelle époque et par qui furent établies les premières notions de la médecine interne. Autant qu'on peut le conjecturer, elle dut précéder quelque peu l'érection des temples d'Esculape; mais comme j'ai fait voir ailleurs que les prophètes hébreux ne s'étaient adonnés à la thérapeutique qu'après avoir vu des

(1) Odyssée, liv. IV, 232.
(2) Iliade, liv. XI, 740.
(3) Odyssée, liv. XIX, 455 et suiv.
(4) Iliade, liv. IV, v. 190 et suiv.
(5) Iliade, liv. V, v. 900; — liv. IV, v. 213; — liv. XI, v. 828 et suiv.
(6) Iliade, liv. XI, v. 620 et suiv.

médecins ordinaires appelés dans le palais des rois. Les traités thérapeutiques, bien que parlant en plus d'un endroit de l'ancienneté de la médecine, portent de nombreux témoignages de son origine récente; et d'ailleurs toutes les théories médicales découlent des systèmes si variés de la philosophie grecque. Or Thalès, le premier en date de ces faiseurs de théories, florissait au sixième siècle avant Jésus-Christ, trois cents ans environ avant Homère, deux cents ans avant Hippocrate; et je ne présume pas que la médecine grecque puisse remonter beaucoup plus loin.

Je ne veux pas d'ailleurs refaire ici ce qui a été fait tant de fois, tracer l'histoire fort confuse des doctrines philosophiques et leur influence sur les dogmes médicaux. C'est assez pour moi de considérer la médecine comme profession et non comme science; et je n'essaie de tracer que l'histoire des médecins ou plutôt des chirurgiens.

Attendu la plus grande antiquité de la chirurgie, elle tint en effet pendant longtemps encore le sceptre de la pratique; et les premiers guérisseurs dont le nom ait été conservé par les historiens sont essentiellement des chirurgiens. Hérodote nous a laissé un long récit des aventures de Démocède, et l'on n'y retrouve pas sans étonnement des traits analogues à ceux de la vie de plusieurs chirurgiens de l'âge moderne.

Démocède était de Crotone, et vivait un siècle à peu près avant Hippocrate. C'était, dit Hérodote, le plus habile médecin de son temps. N'ayant pu supporter le caractère dur et fâcheux de son père, il quitta sa ville natale et alla s'établir à Egine, où, bien que dépourvu des instruments nécessaires à sa profession (vous voyez déjà percer le chirurgien), il ne tarda pas à surpasser tous ses confrères. L'année suivante, les Eginètes voulant s'assurer les soins d'un si docte personnage, lui donnèrent un talent de pension (5,400 fr.) sur le trésor public. L'année d'après, les Athéniens y mirent une surenchère, et obtinrent Démocède au prix de 100 mines (9,000 fr.) Sa renommée croissant toujours, l'année d'ensuite Polycrate, tyran de Samos, lui offrit 2 talents (près de 11,000 fr.), et l'attira à son service Cela eût sans doute été plus loin, si Polycrate n'eût été tué en trahison par Oretès, gouverneur de Sardes, qui retint comme esclaves tous les serviteurs de Polycrate, et Démocède avec eux.

J'ai raconté, dans mon Introduction aux OEuvres d'A. Paré, comment, en 1214, Hugues de Lucques, le premier chirurgien que puisse citer avec honneur le moyen âge, avait été, lui aussi, stipendié par la ville de Bologne; et il y a plus de ressemblance qu'on ne croit entre ces civilisations naissantes; seulement Bologne était bien moins riche qu'Athènes, et Hugues de Lucques ne recevait, par an, que 600 livres. Mais revenons à Démocède.

Esclave, comme il a été dit, et transporté en Asie, il eût difficilement recouvré sa liberté, lorsque Oretès ayant excité à son tour les craintes de Darius, fut mis à mort par ordre du grand roi. Tous ses biens furent confisqués, et ses esclaves emmenés à Suze. C'est là que la fortune attendait Démocède.

Darius, en sautant à bas de son cheval, s'était fait une entorse; et, même, autant qu'on peut l'induire du texte d'Hérodote, fracturé l'extrémité inférieure du péroné. Il avait à sa cour les médecins les plus habiles qu'il ait trouvés en Egypte, conquise par Cambyse trois années auparavant. Ceux-ci, fort peu experts pour leur réputation, lui remuèrent le cou-de-pied avec tant de violence, qu'il s'ensuivit un vive irritation. Le roi fut sept jours et sept nuits sans fermer l'œil, tant la douleur était violente. Enfin, le huitième jour, quelqu'un lui parla de cet esclave grec pris parmi le bagage de Polycrate. Le roi le fit venir en si grande hâte, que Démocède comparut devant lui couvert de haillons, et ayant encore les ceps aux pieds.

Darius lui demanda s'il savait la médecine. La question était grave, et la réponse périlleuse. Dans une circonstance toute pareille, A. Paré avait hésité à se faire connaître comme chirurgien, et ce fut aussi le premier mouvement de Démocède. Mais pas plus dans l'antiquité qu'au seizième siècle, les moyens ne manquaient aux princes pour ouvrir la bouche aux chirurgiens. Darius fit venir des instruments de torture, et Démocède céda aussitôt. Seulement, afin sans doute de diminuer sa responsabilité, il allégua qu'il n'avait pas des connaissances bien profondes, et qu'il avait pris seulement une légère teinture de la médecine en suivant un médecin. Investi toutefois de la confiance de son royal malade, il le traita, dit Hérodote, à la manière des Grecs, et nous ajouterons, selon les principes de l'école de Chiron; c'est-à-dire en appliquant des topiques adoucissants au lieu des irritants de la chirurgie égyptienne. Le sommeil revint bientôt, et le roi guérit au delà même de ses espérances. On peut juger de sa reconnaissance. D'abord il avait fait présent à son chirurgien de deux paires de ceps d'or; Démocède lui demanda en riant s'il prétendait doubler son esclavage. La réponse plut. Le roi voulut montrer son sauveur à ses femmes, et celles-ci le chargèrent de pièces d'or, ou statères, qu'elles puisaient dans un coffre avec une soucoupe. La libéralité fut telle, qu'un esclave qui le suivait fit une grosse somme des statères qu'il ramassait lorsqu'elles tombaient de la soucoupe. Du reste, la faveur de Démocède était sans bornes; il eut une grande maison à Suze; il mangeait à la table du roi; il en obtint la grâce des médecins égyptiens, que Darius irrité avait condamnés à être mis en croix; il fit rendre la liberté à un devin d'Elée, son compagnon d'esclavage. Mais ce qu'il pouvait pour les autres lui était interdit pour lui seul. Si dorée qu'elle soit, une chaîne est toujours une chaîne. Démocède rêvait aux moyens de revoir sa patrie, de recouvrer sa liberté. Mais ici cesse toute comparaison entre le chirurgien de Crotone et le chirurgien de France. Tandis que Paré, tout en cherchant à sortir de prison, songeait toujours et surtout à servir son pays, Démocède ne craignit pas de compromettre la Grèce tout entière; et ce n'est pas un des côtés les moins étranges de cette histoire, que l'invasion des provinces grecques par les rois de Perse, ait eu pour première origine l'esclavage d'un chirurgien grec.

Je serai bref sur ce point, qui ne nous intéresse pas directement. Démocède ayant guéri à quelque temps de là, Atossa, femme de Darius, qui portait un ulcère au sein, demanda à revoir sa patrie. Pour se prêter à ses projets, Atossa exprima le désir d'avoir des esclaves grecques, et engagea Darius à envahir la Grèce; et pour reconnaître le pays, le roi envoya une ambassade à laquelle Démocède fut adjoint. Mais au premier port il échappa à leur surveillance; et tout ce que l'on sait de lui après cette époque, c'est qu'il épousa la fille de Milon de Crotone.

Cette histoire, racontée avec complaisance par Hérodote, jette de grandes lumières sur l'état de la médecine et de la chirurgie en Grèce au sixième siècle avant Jésus-Christ. Il n'y avait pas d'abord d'écoles proprement dites; et cela ressortira encore mieux des détails que nous aurons à exposer plus tard. Les médecins étaient rares, et l'on voit les cités, les républiques, les princes, s'arracher à prix d'or le chirurgien de Crotone, à mesure que ses cures donnent plus d'éclat à sa renommée. Mais nulle part ailleurs il n'avait été tenu en si haute estime qu'auprès du grand roi; et le magnifique accueil qu'il y avait reçu ne pouvait manquer de séduire ses successeurs.

A cette époque, su reste, la renommée de Démocède avait rejailli sur sa patrie, et il fut un temps où les Crotoniates étaient regardés comme les premiers médecins de la Grèce. Une autre colonie grecque rivalisa ensuite avec Crotone; ce fut Cyrène. Du médecin de Cos et de Cnide il n'était pas même fait mention.

Il faut même bien le confesser, leur première apparition dans l'histoire ne témoigne pas beaucoup en leur faveur, au moins du côté de la moralité. Quelques années avant la naissance d'Hippocrate, un médecin de Cos, Appollonide, avait été chercher fortune en Perse, et avait guéri d'une blessure grave Mégabyse, gendre de Xerxès. Mais un peu plus tard, Mégabyse étant mort, Apollonide était resté le médecin de sa veuve Amytis; et un jour qu'elle l'avait envoyé chercher pour quelque indisposition, il s'avisa de lui dire qu'elle avait une maladie de l'utérus et qu'elle n'en guérirait qu'en ayant commerce avec un homme. Amytis prit très bien le conseil, et mieux encore celui qui le donnait; mais la maladie ayant amené un profond marasme, Apollonide, fatigué sans doute de sa conquête, finit par l'abandonner. Amytis en conçut un profond ressentiment; et avant de mourir, elle révéla le tout à sa mère en lui demandant vengeance. Elle ne fut que trop obéie. Apollonide arrêté, chargé de chaînes, soumis à diverses tortures durant deux mois que survécut son implacable ennemie, fut enfin enterré vif le jour même où elle avait succombé.

Cette histoire tragique est racontée par un autre médecin de Cnide, Ctésias, qui lui-même devint plus tard le médecin d'Artaxercès. Galien dit que Ctésias était de la force d'Esculape, et conséquemment parent d'Hippocrate; on ne trouve rien sur cette parenté dans les fragments qui nous restent de Ctésias, ni dans les écrits contemporains. Quoi qu'il en soit, personne du moins n'a dit qu'Apollonide fût un Asclépiade; et l'on voit donc que les deux premiers médecins grecs dont l'histoire ait rapporté les noms, Démocède et Apollonide, étaient précisément en dehors de la famille sacrée. On put y joindre Alcméon de Crotone, Acron d'Agrigente, Herodicus de Leontium, et enfin Eutyphon de Cnide, à qui l'on attribuait les Sentences cnidiennes, et qui n'est cité nulle part par aucun auteur de l'antiquité, comme ayant tenu de près ou de loin à la race d'Esculape.

Ainsi donc, à l'époque où nous sommes arrivés, nous trouvons la médecine et la chirurgie exercées à la fois comme aux temps homériques, et par des descendants d'Esculape et par des praticiens tout à fait étrangers. Les philosophes avaient introduit leurs théories; ajoutez les maîtres de gymnase qui dès lors s'étaient fortement occupés d'hygiène, et se mêlaient en même temps de médecine et de chirurgie; et pour compléter ce tableau, il y avait, comme partout, les charlatans, les devins, les diseurs de bonne aventure, et les prêtres d'Esculape; rivaux parfois dangereux dans la pratique, mais qui ne le furent jamais dans la science.

Nous avons à rechercher maintenant comment étaient instituées les études médicales; quelles ressources étaient déjà offertes aux élèves; comment ils se constituaient médecins; quels étaient leurs rapports entre eux et avec les malades dans la pratique civile; et, enfin, quelle était l'organisation de la chirurgie dans les armées.

Il n'y avait pas d'écoles médicales proprement dites. Galien parle bien des trois grandes écoles de Cos, de Cnide et de Rhodes, et je ne peux m'empêcher de remarquer que Rhodes semble ici avoir été mis par mégarde au lieu de Cyrène; mais il n'entendait lui-même sous ce nom d'école qu'une réunion de médecins exerçant sous l'influence d'une doctrine semblable; et encore, à ce point de vue même, il serait difficile de prouver qu'il y ait eu de grandes écoles avant Hippocrate. Lui-même confesse qu'en voyant les contradictions des médecins le vulgaire se persuade qu'il n'y a pas de médecine (1). En effet, chaque philosophe, chaque médecin avait sa théorie, et il suffit d'ouvrir la collection hippocratique pour se faire une idée de l'incroyable divergence des théories qui se disputaient le domaine de la médecine.

L'élève qui voulait acquérir les premières notions de l'art allait donc trouver un médecin de son choix, et il payait son apprentissage par avance. Il y a un passage du *Ménon* qui est tout à fait explicite à cet égard : « Si nous voulions faire de Ménon un médecin où l'enverrions-nous? N'est-ce pas chez les médecins? L'interlocuteur répond : — Nous ferions sagement de l'envoyer chez ceux qui se donnent pour habiles dans cet art, qui prennent un salaire à ce titre, et se proposent à cette condition pour maîtres à quiconque veut aller chez eux prendre des leçons. »

Un autre passage du *Protagoras* montre qu'Hippocrate était un de ces professeurs de médecine qui instruisaient les élèves pour leur argent. Cela est encore attesté dans le fameux *Serment*, où l'on voit de plus que, si l'élève manquait d'argent, on lui faisait signer une obligation par écrit. Seulement, il convient de rappeler la belle exception établie à cet égard par Hippocrate lui même.

En quoi consistait les honoraires du maître? Il est à peu près impossible de le fixer. Les leçons des rhéteurs ou des philosophes variaient beaucoup de prix selon la renommée du maître. Evinus de Paros ne prenait que 5 mines; Zénon 100 mines (2).

Les trois sources de l'enseignement étaient les livres, les leçons orales et la visite des malades qui était une véritable clinique.

Les livres étaient déjà en grand nombre. Quelles que soient d'ailleurs les vues particulières des critiques sur chacun des ouvrages de la collection hippocratique, il est incontestable et incontesté qu'elle en renferme bon nombre d'une date antérieure à Hippocrate. On peut lire dans Diogène Laerte les titres d'une foule d'ouvrages de médecine attribués à des philosophes et à des médecins d'une époque plus ancienne. Euthydème s'était fait une assez riche bibliothèque. Socrate lui dit : Qu'en voulez-vous faire? Voulez-vous devenir médecin? Il y a beaucoup de livres de médecine (3).

Les leçons orales sont explicitement indiquées dsns le Serment : c'était d'ailleurs le mode d'enseignement généralement adopté dans les écoles de philosophie. Il y a lieu de présumer que les élèves rédigeaient ces leçons ou du moins analysaient les livres du maître; le Mochlique, que l'on trouve dans la collection d'Hippocrate, n'est autre chose qu'une analyse assez sèche des deux Traités des fractures et des articulations.

(*La suite à un prochain numéro*).

— *M. Bousquet* lit un rapport sur une note envoyée par M. le docteur Charcelay (de Tours), relative au traitement abortif de la vaccine par les frictions mercurielles.

Les conclusions favorables sont adoptées après une courte discussion.

— *M. Huguier* présente une pièce anatomique relative à une descente de matrice.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 février 1846. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend :

1° Un volume sur les épidémies; par M. Colas, de Montrouge. — Renvoyé à MM. Depaul, Laborie et Gillette, rapporteur.

2° Un Mémoire sur l'hystérie; par M. Marchand, de Sainte-Foy (Gironde). — Renvoyé à MM. Forget, Brierre de Boismont et Cherest, rapporteur.

Rapport. — Au nom d'une Commission composée de MM. Larrey, Forget et Laborie, ce dernier rend compte de la thèse de M. Tavignot, intitulée : *De l'Anévrisme de l'artère sous-clavière*, présentée dans la séance du 8 janvier 1845.

Ce travail est divisé en trois chapitres : 1° Anatomie chirurgicale; 2° histoire des anévrismes traumatiques; 3° histoire des anévrismes spontanés et traitement. — Dans le premier chapitre, l'auteur expose l'état actuel de la science. Voici un court résumé du second :

Les différentes variétés d'anévrismes sont rares : 1° parce que l'artère est protégée contre l'action des corps extérieurs; 2° parce que dans le cas de lésion, la mort a lieu avant que la tumeur sanguine

(1) Du Régime dans les maladies aiguës.
(2) Platon, Apol. de Socrate et du 1er Alcibiade.
(3) Xénophon, Mém. sur Socrate, liv IV, ch. 2.

n'ait eu le temps de se former. Il en résulte que l'anévrisme faux primitif existerait plutôt en théorie qu'en pratique. Le fait rapporté par M. Hutin a été mal interprété des chirurgiens, et ne saurait être admis. Dans ce cas, on croyait avoir affaire à une lésion de la sous-clavière, et l'autopsie vint prouver que l'instrument piquant avait divisé la thoracique inférieure ; si la sous-clavière se trouvait elle-même divisée, c'était par le fil de la ligature pratiquée sur elle ; les parties voisines étaient le siége d'une suppuration assez abondante, mais il n'y avait pas d'épanchement sanguin dans la région de la sous-clavière. On doit également, dit M. le rapporteur, rejeter les cas de MM. With et Haspel. Aussi l'histoire de l'anévrisme faux primitif tracée par M. Tavignot est-elle toute théorique, et ne pouvait-elle être autre.

L'anévrisme faux consécutif peut également être classé parmi les affections encore inconnues. Cependant M. Tavignot cite l'exemple indiqué par Larrey, ceux de M. Robert et autres ; mais il fait observer que M Velpeau, qui a longuement traité ce sujet, n'en connaît pas. M. Tavignot examine avec soin la question, et il dit que des raisons anatomiques viennent rendre presque impossible le développement de cette sorte d'anévrisme. Ne pourrait-on, dit M. Laborie, considérer l'observation de Larrey, et comme anévrisme variqueux ou artérioso-veineux, et comme anévrisme faux primitif?

Quant au traitement, M. Laborie donne des éloges à l'auteur de la thèse, qui est d'avis de puiser dans l'hygiène les éléments thérapeutiques de cette affection.

3° *Des anévrismes spontanés.* Ce genre d'anévrisme est assez commun. M. Robert, dans sa thèse sur les anévrismes de la région sous-claviculaire, a renfermé avec une juste appréciation une collection de faits qui ont été mis à profit par M. Tavignot. M. Laborie fait observer qu'il aurait voulu voir l'auteur, lorsqu'il parle des causes, s'occuper de celles qui prennent leur source dans un état constitutionnel particulier, et il donne quelques preuves qui forcent à admettre la prédisposition ; il ajoute que c'est à cette prédisposition que l'on doit attribuer bien des insuccès dans le traitement des anévrismes. Il rappelle, en outre, que M. Robert cite un exemple remarquable d'anévrisme cirsoïde, reproduit depuis dans les planches de M. Bourgery.

M. le rapporteur fait observer que l'auteur, pressé par le temps, n'a pu passer en revue que très superficiellement les différentes méthodes de traitement. Aussi pense-t-il que celle de Valsalva, qui n'a point encore été expérimentée, aurait pu dans ce cas être traitée au long par l'auteur.

M. Tavignot, en parlant de la méthode de Brasd'or, la trouve inapplicable ; M. Laborie ne partage pas son opinion, et dit que, si l'on avait à faire un choix entre celle-là et celle d'Anel, on devrait lui donner la préférence encouragé que l'on serait par le fait de Wardrop : il rejette celle d'Anel. M. Laborie, d'accord avec l'auteur, demande, comme M. Velpeau, si l'humanité autorise à traiter les anévrismes par la ligature, par l'opération soit en dedans, soit en dehors de la tumeur, ou si le mal, abandonné à lui-même ou attaqué par des moyens médicaux, ne laisse pas autant de chances de vie?

Conclusions : Déposer le travail aux archives ; admettre M. Tavignot au nombre des membres résidents.

M. Gillette regrette que le rapporteur semble fonder de trop grandes espérances sur la méthode de Valsalva. Il lui demande s'il l'a jamais vue produire le moindre bienfait ; quant à lui, il n'en a observé que des effets désastreux.

M. le rapporteur appuie son opinion de l'observation publiée par Larrey (division de l'artère sous-clavière et de la veine jugulaire par un coup de sabre).

Les conclusions sont adoptées.

M. Tavignot est nommé membre résident de la Société.

Docteur J. Cherest, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Association du carbonate de fer au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes ; par M. le professeur Lippich (de Padoue).

M. Lippich se loue beaucoup de l'association du carbonate de fer au sulfate de quinine pour arriver à se rendre maître des accès dans les cas de pyrexie périodique.

Voici la formule à laquelle il donne ordinairement la préférence pour l'emploi de cette médication :

Carbonate de fer,	1 gramme ;
Sulfate de quinine,	1 gramme.
Extrait de pissenlit,	Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène et de consistance convenable, qui devra être divisées en trente pilules bien égales et argentées.

On fait prendre deux de ces pilules toutes les deux heures.

On peut, suivant les cas, porter graduellement la quantité de carbonate de fer jusqu'à 2 grammes, dans la composition de ces pilules.

Il ne sera pas inutile d'ajouter ici que M. Lippich a prescrit avec succès les pilules de Vallet pour prévenir la récidive des fièvres intermittentes, et qu'il a administré avec beaucoup d'avantage ces mêmes pilules, associées au sulfate de quinine, pour combattre l'hypertrophie de la rate.

Formule d'une mixture antiépileptique ; par M. le docteur Bonorden, de Herford.

M. le docteur Bonorden a employé avec succès la mixture suivante dans le traitement de l'épilepsie :

Ether phosphoré,	90 grammes.
Alcoolé de coloquinte,	4
Alcoolé d'arnica,	8
Extrait alcoolique de noix vomique,	50 centigrammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour une mixture dont on administre, en commençant, dix gouttes trois fois par jour dans un excipient approprié.

On augmente progressivement la dose jusqu'à trente gouttes par prises, mais avec beaucoup de circonspection.

M. Bonorden a prescrit ce médicament à trois détenus dans la maison d'arrêt de Herford, et en outre, dans sa clientèle particulière, à deux individus qui depuis longtemps étaient affectés de cette maladie. Après leur avoir fait prendre deux ou trois fois la mixture précédente, les accès ne se sont plus reproduits.

On lit dans *la Clinique de Marseille* :

Nous avons parlé plusieurs fois de l'insalubrité de notre Hôtel-Dieu et parlant des revers qui accompagnent presque toutes les grandes opérations. Voici de la part d'un chirurgien en chef de cet hôpital une détermination grave qui vient à l'appui de nos judicieuses plaintes d'autrefois, et sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention des grands journaux de la localité, auxquels nous faisons la prière, dans de si périlleuses circonstances, d'élever la voix en faveur de la classe pauvre qui venant dans notre hospice chercher du soulagement à ses maux, n'y trouve qu'une atmosphère empoisonnée.

La *résorption purulente* enlève en ce moment un grand nombre de blessés dans le service de M. Reymonet. Plusieurs opérés ont succombé à cet accident ; des blessures insignifiantes ont entraîné la mort. La salle des hommes qui renferme 106 lits est devenue un véritable foyer d'infection. Aussi, dans le but de prévenir de nouveaux malheurs, un rapport longuement motivé vient d'être adressé à l'administration de l'Hôtel-Dieu, qui s'en est vivement préoccupée. On a fait dresser un devis des dépenses pour atteindre au but proposé dans le rapport de M. Reymonet. Ce devis s'élève à la somme de 11,000 fr. Le Conseil municipal aura sous peu à délibérer sur les graves circonstances dans lesquelles notre hôpital se trouve placé. Messieurs les Conseillers municipaux ne sauraient trop se hâter de remédier à un tel mal, dans un moment où les grands travaux qui s'exécutent autour de nous, amènent dans cet asile un si grand nombre d'ouvriers et surtout tant de blessures graves.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° L'abandon immédiat et pendant trois mois au moins de la salle des blessés ;

2° Pratiquer des ouvertures au niveau du sol afin de renouveler l'air le mieux possible dans le moment d'encombrement ;

3° Récrépir les plafonds et les murs, refaire le carrelage, dont les joints sont pleins de détritus de matières animales ;

4° Adapter aux latrines dont les portes s'ouvrent directement dans la salle, un système qui empêche les émanations de se répandre avec trop de facilité dans cette même salle.

A ces améliorations de première et d'urgente nécessité, nous voudrions qu'on portât la défense de laver les salles comme on le fait. Le ballet à brosse et l'emploi du sable sont bien préférables à ces marres d'eau qu'on répand sur le plancher et qui en délayant les matières animales, en activent la putréfaction, et entretiennent une humidité et une odeur nuisibles aux malades. La peinture des boiseries et des lits mérite une égale attention. Mais ce que nous ne saurions trop recommander, c'est d'apporter plus de soin au lavage des laines, du linge et de tous les objets de literie.

Puissent ces quelques mots être entendus de ceux qui supportent le poids des affaires publiques, que la confiance de leurs concitoyens a appelés au poste honorable d'administrateur de l'Hôtel-Dieu et de membre du conseil municipal. Puissent-ils surtout se convaincre que tout retard, toutes lenteurs assumeraient sur eux la plus grave de toutes les responsabilités.

Nous avons tout lieu d'espérer que le conseil municipal, comprenant la portée de ces justes réclamations, ne reculera pas, dans l'intérêt des malheureux, devant une dépense si minime.

NOUVELLES.

M. le docteur Labat, premier médecin du shah de Perse, et chirurgien en chef des armées, est récemment arrivé à Paris.

Après avoir parcouru la Russie, depuis Saint-Pétersbourg jusqu'aux embouchures du Volga, il s'est rendu à Téhéran, auprès du shah, que des attaques de goutte avaient réduit à un état presque désespéré. La violence du mal céda au traitement du docteur Labat, et dès lors le souvegain se plut à le combler des marques les moins équivoques d'une munificence toute royale.

Nommé successivement mirza, bey et khan, distinction qui marquait son rang immédiat après celui des princes du sang, M. Labat a reçu en outre de nombreux présents d'un très grand prix.

— Les infanticides se multiplient d'une manière effrayante dans l'arrondissement de Courtrai. Depuis le 1er janvier, cinq crimes de ce genre ont été commis.

— D'après les expériences de M. Roder, pharmacien à Lenzburg, il paraîtrait que l'on peut facilement conserver les sangsues en les immergeant, pendant dix à quinze minutes, dans de l'eau contenant, sur quarante-huit onces, trois à cinq gouttes de chlore liquide.

(*Gaz. méd. belge.*)

— On vient de fonder à Rome un hôpital allemand évangélique.

— Les communications médicales faites à la dernière séance de l'Académie des sciences ayant toutes été présentées pour concourir aux prix Montyon, nous ne pouvons en rendre compte.

— Les affections les plus simples prennent facilement, sous notre climat si variable, le caractère épidémique. Ainsi, à la petite-vérole dont nous avons annoncé l'invasion, a succédé, le mois passé, une épidémie d'esquinancie, et maintenant c'est le tour des oreillons, dont tous les praticiens ont observé un grand nombre de cas depuis quelques jours.

(*Clin. de Marseille.*)

— Le nombre des malades traités au dispensaire ophthalmique de M. Jules Ansiaux, à Liége, pendant l'année 1845, a été de 663. Le chiffre des guérisons a été de 504, celui des améliorations a été de 20 ; il se trouvait 11 incurables, 85 n'ont plus reparu, 65 restaient en traitement au 1er janvier 1846. — Les opérations suivantes ont été pratiquées pendant l'année : 13 de cataracte, 2 de pupille artificielle, 2 strabotomies, 1 abrasion de la cornée, 1 blépharoplastie, etc., etc.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 11 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) No. 43. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 10 AVRIL 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Depuis quelques années, M. Trousseau appelle l'attention des personnes qui suivent ses leçons cliniques, sur une maladie singulière à laquelle il a donné le nom de *paralysie rhumatismale des nourrices.* Ce n'est pas qu'il attache une grande valeur à cette dénomination; mais il l'a adoptée, comme rendant assez bien compte de la nature des accidents.

Son service se compose de trente-six lits de nourrices et de trente-six berceaux. Il a en outre une salle de femmes non nourrices de trente lits. Or il n'a pas encore observé une seule fois la maladie dans cette dernière salle, tandis qu'il l'a rencontrée huit ou dix fois depuis trois ans dans le service spécial des nourrices. Il en a conclu que la maladie était plus particulière aux femmes qui allaitaient, ou qui avaient sevré depuis peu de temps. Quelques médecins pourtant ont vu des accidents du même genre chez des femmes qui n'étaient pas dans les conditions dont nous venons de parler.

Il y a maintenant salle Sainte-Julie, n° 3, une jeune femme accouchée depuis sept mois, et nourrice. Elle est bien réglée depuis son accouchement; elle n'a pas eu d'émotions vives. Il y a deux mois, elle a été prise subitement de la maladie qui l'a conduite ces jours derniers à l'hôpital.

Très souvent dans le courant de la journée la malade éprouve, dans l'un des membres, un engourdissement, avec fourmillement et contracture des doigts ou des orteils; cet effet se produit tantôt sur un des membres inférieurs ou supérieurs, tantôt sur les quatre membres à la fois; le plus souvent, la paralysie, qui reste fixée dans la même partie pendant dix à quinze minutes, disparaît tout à coup, soit pour n'apparaître nulle part ailleurs, soit pour attaquer une autre partie. Elle court ainsi d'un point à un autre. Quelquefois elle abandonne tout à fait les membres, et alors les yeux se prennent à leur tour, la vue se trouble à un point extraordinaire, et cette cécité incomplète dure quelquefois cinq, dix, quinze minutes, ou davantage.

Quand on serre un des membres avec une ligature, à l'instant même l'engourdissement et la contracture se produisent au-dessous, et la douleur est très vive.

Ces accidents sont beaucoup plus incommodes et plus fréquents quand la malade est au lit que lorsqu'elle est assise; plus fréquents lorsqu'elle est assise que lorsqu'elle est levée. Ils durent depuis deux mois, sans que jamais il y ait eu de fièvre, sans que l'écoulement des règles ait été en rien modifié, sans que l'intelligence ait été troublée. Il y a seulement une grande faiblesse qui semble être la conséquence de cette espèce de crampes et de l'engourdissement qui frappe si souvent les membres.

M. Trousseau a vu quelques-unes de ces malades chez qui la crampe et la paralysie partielle se portaient momentanément sur la langue et sur les muscles du pharynx. Les femmes ne pouvaient plus parler, ni avaler.

Dans quelques cas, une violente douleur de tête remplaçait les accidents, pour cesser de nouveau lorsque les crampes et l'engourdissement apparaissaient dans les membres.

Jamais cette maladie n'a été dangereuse. Une ou deux saignées du bras, quelques laxatifs suffisent au traitement, et la guérison est extrêmement rapide. On a observé quelques récidives qui n'ont eu rien de grave, et qui ont cédé aux mêmes médications.

A quoi rapporter les troubles fonctionnels dont nous venons de parler? M. Trousseau ne se charge pas de résoudre le problème; il incline à penser que la maladie est purement rhumatismale. Quoi qu'il en soit, le traitement est simple et facile; c'est là l'essentiel.

La convulsion et la paralysie sont deux symptômes opposés et identiques; opposés comme fait; identiques comme origine, car l'une et l'autre remontent au système nerveux. Ainsi diffèrent, ainsi se confondent l'éclampsie et l'affection dont nous venons de parler.

La puerpéralité, bien comprise, commence à la conception et finit au terme de l'allaitement. La femme qui allaite continue d'être grosse pour ainsi dire. Le sang destiné au produit se porte aux mamelles, au lieu de se porter à l'utérus. Les conditions mécaniques de compression ont cessé : voilà tout.

La maladie est-elle de nature rhumatismale? Un observateur habile incline à le penser, et dès lors c'est là pour nous une opinion digne de considération. Néanmoins, cette marche par accès rapprochés n'appartient pas à la forme rhumatismale. D'un autre côté, l'efficacité de la méthode déplétive, qui établit un autre point de ressemblance avec l'éclampsie, donnerait à penser que l'affection est subordonnée à une condition hypérémique.

Sortons des points de vue bornés. Sachons nous soustraire à l'influence des entités morbides, si difficiles à bien délimiter; ne nous laissons pas dominer par la seule idée, ou plutôt par le mot d'*éclampsie*, et faisons une bonne fois l'histoire des *névropathies puerpérales.*

— Un homme âgé de quarante-sept ans, ancien militaire, passementier, n'ayant jamais éprouvé de douleurs rhumatismales, très robuste, jouissant ordinairement d'une santé parfaite, a, depuis cinq mois, la respiration courte; depuis le même temps, les veines de son cou se sont développées; la face et les mains sont devenues cyanosées, violettes; l'appétit a diminué.

Ce malade n'a pas fait de traitement. Il entre à l'hôpital de la Charité le 7 avril, et il est placé dans le service de M. le professeur Andral.

Le 8, on constate : cyanose des mains et de la face; gonflement de la face et du cou; veines superficielles du cou et du tronc développées, sans *pouls veineux*; les veinules sont injectées. La partie supérieure du sternum est proéminente, et le son y est mat. On y entend un double battement très prononcé. L'impulsion du cœur est très forte. Le pouls est petit, assez régulier. Les doubles battements s'entendent dans toute l'étendue de la poitrine, et le long de la colonne vertébrale jusqu'au sacrum, sans bruit anormal.

D'après ces signes, M. le professeur Andral diagnostique : *Anévrisme de la crosse de l'aorte, hypertrophie du ventricule gauche.*

Ce qui nous arrête plus particulièrement dans cette observation, c'est la plénitude, la distension du système veineux, l'intumescence de la face et du cou qui en est la suite, et l'absence du pouls veineux. C'est qu'en effet il y a obstacle au cours du sang dans un point du grand cercle, mais non pas reflux du sang hors des cavités droites du cœur.

On comprend très bien qu'un obstacle à la circulation existant dans la crosse aortique le sang soit retenu de proche en proche dans le ventricule gauche, dans l'oreillette gauche, dans les veines pulmonaires, dans l'artère pulmonaire, dans le ventricule droit, dans l'oreillette droite, et finalement dans les veines générales. Mais, parce que le sang est retenu dans le système veineux, cela ne veut pas dire qu'il doive y avoir reflux de ce liquide dans les veines qui aboutissent à l'oreillette, en d'autres termes *pouls veineux*, comme si, par exemple, il y avait insuffisance de la valvule tricuspide, auquel cas, dans la systole ventriculaire, la colonne *rétrograde*, suivant l'expression de M. Gerdy, remonterait du ventricule dans l'oreillette et repousserait dans les veines le sang contenu dans cette dernière.

Dans l'oblitération de la veine cave supérieure, on observerait également la dilatation des veines du cou, de la face et des membres supérieurs, la cyanose de ces parties, etc.; mais les signes d'une lésion du cœur gauche ou de l'aorte manqueraient, ce qui assurerait le diagnostic.

— Plus de vingt accouchements ont eu lieu dans le service de M. Piorry, à la Pitié, depuis quelques mois. Or, dans un lieu où se trouvent cinquante femmes malades, dont plusieurs atteintes de fièvres graves avec eschare de la région sacrée, et dont quelques autres viennent de la Maternité avec des symptômes d'utéro-péritonite puerpérale; dans une salle basse où les lits sont très rapprochés, il n'y a pas eu un seul cas dans lequel il soit survenu de phlébite, d'angioleucite, de péritonite ou d'utérite présentant les caractères des maladies graves propres aux nouvelles accouchées. M. Piorry affirmait, à l'une de ses dernières visites, que depuis plus de dix ans il n'avait pas vu survenir de ces accidents puerpéraux parmi les femmes qui avaient accouché dans son service.

Par contre, il est entré dans cette même salle Ste-Geneviève cinq femmes qui, sortant de la maison d'accouchement, venaient d'y accoucher, sept ou huit jours auparavant, et qui étaient atteintes d'utéro-péritonite septicémique : trois ont succombé.

On sait qu'à la Maternité, la mortalité est telle, que l'administration, éclairée par les rapports des médecins, a été obligée de disséminer les femmes en couche dans divers hôpitaux.

Voici la manière dont M. Piorry traite les nouvelles accouchées : Ne craignant en rien la respiration de l'air froid pour les poumons et pour les seins, car un rhume ou un abcès mammaire ne font pas mourir; craignant bien autrement l'action d'un air altéré par les miasmes putrides; s'appuyan sur les faits connus relativement aux causes de l'entérite septicémique, de la peste, de la fièvre jaune, et surtout de l'utéro-péritonite et de la phlébite utérine des femmes récemment accouchées, M. Piorry fait ouvrir d'une manière incessante les croisées qui avoisinent les lits des femmes en couche, et les rideaux de ces lits sont maintenus ouverts; seulement le corps de la femme reste placé sous des couvertures chaudes, et les seins sont mis à l'abri du contact de l'air.

D'un autre côté, M. Piorry pense que le sang putréfié qui séjourne dans l'utérus, dont les veines sont béantes, ou qui s'écoule par la vulve déchirée lors du passage de la tête, peut pénétrer dans la circulation et causer des phlébites utérines ou du vagin, des abcès des annexes de l'utérus, comme aussi des accidents septicémiques. Dans ces idées, il prescrit, immédiatement après l'accouchement, des injections d'eau tiède dans le vagin répétées toutes les heures ou toutes les deux heures, et faites avec lenteur et prudence.

Du reste, M. Piorry nourrit beaucoup ses malades.

Il a vu souvent la stagnation des matières dans l'intestin suivie de phénomènes abdominaux qui pouvaient en imposer pour une péritonite, et il y remédiait par des frictions, non pas avec l'onguent mercuriel, mais avec l'huile d'amandes douces (cela dans l'intention de faire évacuer les gaz), et au moyen de purgatifs donnés par la bouche ou par l'intestin.

C'est sous l'influence de ce traitement que, sur quelques centaines de cas observés en dix ans, M. Piorry n'a pas vu survenir d'utéro-péritonite ou de phlébite suites d'accouchement.

Certes, il y a tout lieu de penser qu'il ne s'agit pas ici d'un simple hasard, mais de la conséquence d'un bon traitement.

Dans l'opinion du médecin de la Pitié, c'est une chose très fâcheuse que l'existence d'un hôpital consacré au traitement exclusif des femmes en couche, lesquelles, suivant lui, devraient être réparties entre les divers hôpitaux de Paris; sans préjudice, bien entendu, de la clinique d'accouchements, qui, nous avons à peine besoin de le dire, est hors de cause.

— Au n° 6 de la salle Sainte Geneviève se trouve une femme âgée de soixante ans, qui fut prise il y a un an d'une diarrhée abondante, par suite de laquelle elle tomba dans une anémie assez prononcée. Depuis ce temps elle vomit tous les jours une partie de ses aliments, soit immédiatement après leur ingestion, soit six, douze, ou même vingt-quatre heures après.

Le 24 mars dernier elle entra dans les salles de M. Piorry. Son facies offrait l'aspect carcinique; le séjour prolongé des aliments dans l'estomac, avant le vomissement, donna lieu de penser à un cancer du pylore. La palpation fit découvrir une tumeur irrégulière vers la région pylorique. Mais cette tumeur pouvait être due à un amas de fèces dans l'axe du colon. Un purgatif fut administré, et le lendemain la tumeur avait complétement disparu.

Cette observation montre combien il faut de prudence dans le diagnostic si difficile du cancer de l'estomac. Tout porte à croire aujourd'hui qu'on a affaire à une gastralgie. Cependant il ne faut pas se hâter de conclure, car la portion malade de l'estomac peut être cachée par l'arc du colon distendu par des gaz. L'aspect de la malade, ces vomissements continuels, doivent inspirer de la réserve.

— Une malade couchée au n° 24 de la même salle, entra avec une pneumonite au troisième degré. On lui administra le tartre stibié à haute dose (0,40). Le lendemain elle n'avait pas vomi, elle n'avait pas été à la selle. On aurait pu croire qu'il y avait tolérance parfaite. Mais la percussion fit reconnaître une quantité énorme de liquides amassés dans les intestins. Ce fait, d'après M. Piorry, prouverait que la tolérance du tartre stibié n'est que la rétention des matières dans le tube digestif.

Ce fait et le précédent nous sont communiqués par un élève intelligent et laborieux, M. Duclos.

— M. A. Bérard a pratiqué, dans un service de médecine de la Pitié, une opération de trépan pour un cas d'épilepsie liée à un enfoncement des os du crâne datant de onze ans. Depuis l'opération, le malade a eu trois attaques, dont deux le même jour, mais sans perte de connaissance; tandis que, auparavant, il perdait entièrement le sentiment. D'ici à quelques années on ne sera fondé à rien avancer sur le résultat définitif de cette tentative, attendu que le malade est resté parfois très longtemps sans avoir d'accès. Ce que l'on peut dire, quant à présent, c'est que l'opération a été faite avec toute l'habileté désirable, et qu'elle n'a donné lieu à aucun accident. Il faut espérer que le sujet ne sera pas perdu de vue.

— L'hydrophobe du service de M. Piedagnel a succombé. Nous publierons l'observation.

— M. Jobert (de Lamballe) a dans son service un petit garçon atteint de calcul vésical. La pierre avait été parfaitement reconnue; nous-même l'avions distinctement sentie. Quelques jours avant son admission, l'enfant fut porté à l'am-

phithéâtre pour être opéré, et l'on ne trouva plus la pierre. Il en fut de même huit jours plus tard. Alors M. Jobert poussa de l'eau dans la vessie, et la pierre fut sentie de nouveau. Mais l'enfant ne put être opéré à cause de la fatigue qu'il avait éprouvée.

— Le même chirurgien a extrait un fragment de verre de la région sourcilière, chez un Polonais qui portait ce corps étranger sans en être incommodé, depuis la grande révolution de Pologne, en 1831. Les faits de ce genre sont assez communs, et l'on s'étonne que des corps tranchants puissent séjourner ainsi dans les parties vivantes sans occasionner de douleur. L'opéré de M. Jobert n'a pu bien expliquer la manière dont il a été blessé. Nous avons compris qu'un cosaque lui avait porté un coup de lance au front, et que la pointe de l'arme était en gros verre.

— Un enfant est mort dans le service de M. P. Guersant, avec une énorme tumeur squirrheuse cervicale qui débordait la clavicule, et qui avait rejeté du côté opposé la tête du jeune malade. La tumeur avait débuté par une grosseur du volume d'une amande, qui avait augmenté insensiblement, et avait été suivie de la formation d'une grosseur semblable, qui s'était ensuite réunie à la première.

Elle a été prise, jusqu'au dernier moment, pour un engorgement ganglionnaire strumeux. Les bronches, à leur origine, sous le sternum, étaient enveloppées de matière cancéreuse.

— M. Bouteiller, aujourd'hui interne à l'hôpital du Midi, naguère attaché en cette qualité au service de M. le docteur Leuret, à Bicêtre, nous a adressé deux observations de tympanite, recueillies dans ce service.

Le premier cas est celui d'un paralytique en démence.

La tympanite s'est développée rapidement pendant le cours d'une de ces diarrhées dont sont atteints si souvent les paralytiques, quoique l'on ait soin de ne leur donner que de la viande hachée. La mort eut lieu en moins de vingt-quatre heures.

Trois circonstances, révélées par l'autopsie, méritent d'être notées : 1° Le foie était basculé, au point que sa face inférieure était devenue presque antérieure ; 2° le tissu cellulaire sous-péritonéal de la vésicule biliaire était rempli de bulles de gaz crépitant, de manière qu'on aurait cru cette poche beaucoup plus grosse qu'elle ne l'était ; 3° dans la matière gélatineuse qui existait sous les méninges, comme cela arrive souvent dans la méningo-encéphalite chronique, il y avait une grande quantité de bulles de gaz. Ni dans la cavité crânienne, ni dans aucune autre partie du corps, il n'y avait de traces de putréfaction. Nulle odeur, nul changement de couleur. L'autopsie a été faite 24 heures après la mort.

Le deuxième cas de tympanite a été observé chez un malade atteint de manie aiguë. Après une constipation opiniâtre, due probablement au décubitus dorsal prolongé, survinrent des selles dures, très abondantes, suivies d'un développement rapide et très considérable de gaz. Le foie était repoussé très haut, et la respiration très gênée. Les symptômes marchèrent rapidement. M. Bouteiller était de garde, et prescrivit une infusion d'anis en boisson et un lavement anisé. Une heure après, comme il n'y avait pas d'amélioration sensible, il introduisit dans le rectum, le plus haut possible, une sonde œsophagienne à laquelle il adapta une seringue, et parvint ainsi à retirer une grande quantité de gaz. Une application de glace fut faite ensuite sur l'abdomen. Le lendemain matin, on employa de nouveau la sonde œsophagienne. La tympanite cessa dans l'espace de quinze heures.

— On se rappelle ce malade de M. Rayer dont nous parlions dernièrement, et qui, à la suite d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, à laquelle il avait échappé miraculeusement, fut affecté d'un grand nombre d'abcès multiples. Ce malade, qui était en pleine covalescence, a été pris de péritonite suraiguë et a succombé très promptement. Il était naturel de penser à une perforation intestinale. L'autopsie a été faite avec tout le soin que M. Rayer apporte, comme on sait, à la recherche et à la constatation des faits. L'intestin a été insufflé, on l'a rempli d'eau, et on n'a pas trouvé de perforation.

Nous disons qu'on peut affirmer que le tube digestif n'était percé en aucun point de ses parois. Un cas semblable s'est présenté presque en même temps que le précédent, également dans le service de M. Rayer, qui s'en est rappelé un autre, observé par lui dans sa salle de femmes, il y a plusieurs années.

Jusqu'à présent, lorsqu'il a été question de péritonites à la suite de la fièvre typhoïde sans perforation intestinale, on a été porté à penser qu'on n'avait pas su trouver la perforation. Voilà trois cas, ou au moins deux, qui forceront les médecins à revenir sur cette opinion exclusive.

Un médecin de talent, M. Thirial, prépare sur ce sujet un travail qui ne peut manquer d'être très intéressant.

— Il y a en ce moment dans plusieurs services de médecine et de chirurgie un grand nombre d'érysipèles qui nous paraissent liés, pour la plupart, comme l'année dernière, à un embarras des premières voies.

Un professeur que nous aimons à citer ne croit pas à l'embarras gastrique. Mais, à cet égard, nous pouvons dire *Non ignarus mali*, et il nous suffit de quelques corps gras introduits dans l'estomac pour éprouver, suivant une observation faite par plusieurs physiologistes, notamment par M. W. Beaumont, les symptômes qui dénotent évidemment le reflux de la bile dans ce viscère. X...

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Traitement des accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Iodure de potassium.

Nous avons dit, en parlant des accidents que peut déterminer l'iodure de potassium, qu'un des plus fréquents est le développement d'une éruption acnoïde, vésiculo-pustuleuse, qu'elle dépasse les limites où sévit l'acné le plus ordinairement. Tandis que l'acné se montre sur la face, sur les épaules, sur la partie postérieure et supérieure du tronc, il est beaucoup plus rare sur les membres pelviens et sur la moitié inférieure du tronc, l'éruption acnoïde de l'iodure de potassium occupe également les parties supérieures et inférieures ; elle se développe sur les cuisses ; enfin elle est plus brusque, plus vive que l'acné ordinaire.

Nous avons dit encore que l'iodure de potassium déterminait souvent des suffusions séreuses dans le tissu cellulaire, principalement dans les points où il est le plus lâche, dans celui des paupières, par exemple. Nous devions revenir sur ce point ; une erreur qui s'est glissée dans le dernier article nous ayant fait attribuer des suffusions sanguines à cet agent thérapeutique, au lieu des infiltrations séreuses qu'il produit en effet.

Enfin, nous avons dit, quant au mode d'administration, que l'iodure de potassium agissait d'autant plus efficacement et énergiquement qu'il était déposé dans un estomac qui ne contenait point d'aliments ; qu'en conséquence, il fallait le donner à environ deux ou trois heures de distance des repas, soit avant, soit après. On conçoit que si le malade faisait trois ou quatre repas dans les vingt-quatre heures, se conformer à ces préceptes deviendrait un véritable supplice, le sujet ne devant plus avoir qu'une idée présente à l'esprit, c'est de prendre des médicaments, et à des distances toujours tellement calculées, que la potion médicamenteuse ne fût point exposée à se rencontrer dans l'estomac avec des aliments. Cette préoccupation continuelle ne manquerait pas de conduire les malades à l'hypocondrie ; et nous avons eu l'occasion de dire plus haut combien était fréquente cette syphilophobie, combien elle était lâcheuse.

Dans les cas de vérole constitutionnelle à la troisième période, on engagera donc les malades à ne faire que deux repas par jour, et à prendre la potion iodurée à trois reprises, l'une trois heures avant le premier, la seconde vers le milieu de la journée, la troisième trois ou quatre heures après le dîner.

Nous arrivons maintenant aux succédanés de l'iodure de potassium. Comme il y a des sujets qui sont quelquefois réfractaires au mercure, il peut s'en rencontrer qui soient réfractaires à l'iodure de potassium, et chez lesquels, comme chez le malheureux collègue dont nous avons parlé, il cause des accidents tels que l'on soit forcé d'y renoncer complétement. Il peut se faire encore que l'on n'en ait point à sa disposition. Dans ces cas, il faut recourir à d'autres médications. On s'est souvent alors servi avec avantage de la tisane de Feltz. C'est principalement dans les cas de carie osseuse que l'on a obtenu d'heureux résultats de l'emploi de cette tisane ; mais, nous le répétons toujours, après l'iodure de potassium seulement, et comme succédané de cet inappréciable médicament.

Après la tisane de Feltz, viennent les tisanes dites sudorifiques, parmi lesquelles nous citerons en première ligne la tisane de Pollini, décoction de squine et de salsepareille, dans laquelle on a fait bouillir du sulfure d'antimoine. On ne devra point oublier qu'il est important d'observer le régime le plus sévère, et de se conformer aux prescriptions de l'hygiène la mieux entendue. Il y a certains cas où l'on pourrait sans grand inconvénient employer indifféremment la tisane de Feltz ou l'iodure de potassium. Mais, lorsque l'on met en comparaison le régime que nécessite le traitement par la tisane de Feltz, traitement des plus assujettissants, et celui que l'on peut suivre en prenant l'iodure de potassium, on reconnaît bientôt que ce dernier est grandement préférable. On sait que, lorsqu'un malade prend de la tisane de Feltz, il faut lui recommander de s'abstenir, sous peine d'accidents graves, de prendre aucune espèce d'aliments salés ou contenant des chlorures.

Nous mentionnerons encore la tisane de Zittmann ; la diète sèche, le traitement arabique, traitement assez compliqué et dont vous trouverez les détails dans tous les Traités récents de syphiliographie. Ce traitement, dont on a quelquefois obtenu de bons effets, ne doit être employé que dans les cas où l'on ne peut faire autrement.

L'hydrothérapie a quelquefois aussi amené d'heureux résultats, mais très rarement, et jamais elle ne doit être employée dans les cas où l'affection est très ancienne et menace la vie du malade. Nous avons pour notre part fait quelques tentatives de la médication hydrothérapique ; mais, même avec les succès les plus rapides, on n'obtient jamais que des résultats momentanés, et toujours il y a des récidives.

Ainsi, pour nous résumer en quelques mots, voici comment nous établissons la médication générale : Régime tonique, boissons amères, iodure de potassium.

Prenons maintenant chacun des accidents isolément. Et d'abord, le sarcocèle syphilitique. Qu'exige-t-il de particulier à part la médication générale ? On se trouvera souvent bien de couvrir les téguments des bourses d'emplâtre de ciguë et de Vigo à parties égales. Mais un moyen très efficace, très avantageux, qui amène la résolution bien plus rapidement et d'une manière plus certaine, c'est l'emploi de la compression, méthode qui porte le nom de méthode de Fricke. On fait cette compression avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo tout autour du testicule, en ayant soin qu'elle soit égale dans tous les points. Il faut surtout éviter que la compression porte sur un point plutôt que sur un autre, ce qui pourrait avoir de graves inconvénients ; à mesure que le testicule diminue de volume, on resserre les bandelettes, et l'on suit l'organe. Si, par une circonstance quelconque, on se trouve dans l'impossibilité de suivre ainsi chaque jour le retrait de l'organe, et de proportionner la compression au volume de la tumeur, il est préférable de mettre purement et simplement un emplâtre à plat sur les bourses.

On devra faire également attention à l'épanchement qui peut avoir lieu dans la tunique vaginale. La présence du liquide devient souvent alors une cause qui s'oppose à la résolution du testicule, en empêchant les médicaments topiques d'agir efficacement et directement sur l'organe. Nous ne voyons, dans les cas de cette dernière espèce, aucun inconvénient à évacuer la sérosité par une ponction faite avec une lancette.

Nous aurons occasion de reparler de la compression méthodique du testicule dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et des bons effets que l'on est à même d'en retirer. Nous dirons seulement ici, et en passant, que dans l'orchite blennorrhagique nous avons renoncé complétement à l'emploi de la compression chez les sujets admis à l'hôpital, parce que cette médication exige une régularité parfaite, une surveillance continuelle, conditions qu'il est très difficile de réunir dans les hôpitaux.

On se trouve souvent très bien d'employer en même temps le mercure et l'iodure de potassium. L'amélioration est alors extrêmement rapide, et la maladie marche très promptement vers la guérison.

Des modifications sont souvent nécessaires dans le traitement des tumeurs gommeuses, des tubercules profonds du tissu cellulaire. Si les tubercules sont pris avant la fonte purulente, le traitement général suffit, et l'on se contente d'administrer les amers et l'iodure de potassium. Pour les tubercules syphilitiques, Cullerier employait presque toujours la méthode de Malapert. On sait que cette méthode consiste dans l'application de vésicatoires sur le point où existe la tumeur. Une fois la peau privée de son épiderme, on place un plumasseau de charpie imbibée d'une solution de 1 gramme de deuto-chlorure de mercure pour 30 grammes d'eau. Ce plumasseau est laissé environ deux heures en contact avec la surface réséquée, pour être plus tard remplacé par des cataplasmes laudanisés. Pour nous, dans les premiers temps, toutes les fois que nous trouvions ces tubercules accessibles, nous les enlevions par énucléation ; maintenant nous avons modifié notre manière d'agir. Nous commençons par faire prendre au malade l'iodure de potassium. Lorsque nous pouvons, nous ajoutons l'emplâtre de Vigo et de ciguë.

Du moment que les tubercules suppurent, il faut les ouvrir ; si on laissait le pus dans l'intérieur des tubercules ramollis, il en pourrait résulter la formation d'ulcères profonds et des abcès qui tendraient à revêtir une forme chronique, à affecter une marche très lente. Un topique des plus efficaces surtout lorsqu'ils sont ulcérés, c'est le liquide suivant :

Teinture d'iode,	2 grammes.
Eau distillée,	100 grammes.
Iodure de potassium,	*q. s.* pour rendre la solution de l'iode dans l'eau complète.

Il faut tâcher que les pansements avec cette solution de teinture d'iode iodurée ne soit pas très douloureuse ; cependant il faut que les malades sentent une légère cuisson, une légère démangeaisun. Lorsque les tubercules ont leur siége dans les cavités muqueuses, nous avons souvent occasion de vous faire remarquer avec quelle merveilleuse rapidité ils disparaissent sous l'influence de l'emploi de ce liquide. En moins de huit à dix jours, toutes les ulcérations sont ordinairement cicatrisées.

Douleurs ostéocopes. — Prises de bonne heure et dès leur première manifestation, alors qu'il n'y a pas encore d'altérations appréciables des tissus, les douleurs ostéocopes cèdent très facilement à la médication par l'iodure de potassium ; quatre, cinq ou six jours de traitement général suffisent fréquemment pour les éteindre complètement. Mais il n'en est pas de même pour tous les individus, et la maladie réclame souvent l'emploi de moyens locaux. Ces moyens locaux adjuvants consistent dans l'emploi de l'emplâtre de ciguë et de Vigo, appliqué sur les points douloureux. Les cas dans lesquels la maladie résiste sont heureusement assez rares. Méfiez-vous, lorsque la douleur devient continue, et ne cesse pas par l'administration de l'iodure de potassium et l'application des topiques. Il y a là autre chose que la vérole pure et simple. Une méthode excellente alors et fréquemment suivie d'un soulagement rapide, c'est le vésicatoire volant. Nous avons eu à soigner un malade qui éprouvait des douleurs ostéocopes atroces. Il avait pris inutilement toutes les préparations de mercure ; il avait épuisé toutes les tisanes, sans succès. Les souffrances devenaient chaque jour plus violentes. Les voies digestives se trouvaient dans le plus mauvais état. La nutrition se faisait mal ; le sommeil était perdu. Le seul moyen qui pût parvenir à le soulager, c'était l'emploi des vésicatoires. Cet homme était arrivé au nombre prodigieux de quinze cents vésicatoires. Nous avons été obligé de lui enlever une partie du tibia du côté gauche.

Le vésicatoire doit être appliqué sur le lieu même de la douleur ; lorsqu'on le lève, il est inutile de détacher l'épiderme. On peut faire le pansement avec du cérat opiacé, et couvrir la partie avec un cataplasme émollient. Si la douleur persiste quand le vésicatoire est sec, on en remet un autre. Dans quelques cas plus rares, il est nécessaire d'entretenir la suppuration.

Périostose plastique. — Ici, comme dans le cas précédent, l'adjuvant distinctement général, c'est l'emplâtre de ciguë. Un procédé qui favorise beaucoup la résolution des tumeurs périostiques, et qui a l'avantage de prévenir souvent la transformation osseuse de ces tumeurs, c'est l'application d'un vésicatoire ; et une fois l'épiderme enlevé, le pansement de cette plaie avec l'onguent napolitain, le tout recouvert de cataplasmes. Un vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel dure ordinairement une huitaine de jours. Lorsque la tumeur est tout à fait indolente, une médication qui a souvent réussi,

c'est la compression exercée au moyen des bandelettes de Vigo.

Si vous avez affaire à des périostoses gommeuses, à des périostoses synoviales, fluctuantes, molles, mais encore sans suppuration, sans travail inflammatoire aigu, la médication générale suffit dans un grand nombre de cas pour en déterminer la résorption avec une grande rapidité. Chez les malades sur lesquels on veut obtenir des résultats encore plus prompts et plus tranchés, il sera bon d'appliquer des vésicatoires.

Les périostoses phlegmoneuses, aiguës, suppuratives, présentent, au moment où la complication inflammatoire se développe, un élément qui n'appartient pas en propre à la vérole. Cette complication phlegmasique réclame un traitement particulier. On doit, dans ces circonstances, traiter le malade comme s'il n'était pas sous le coup d'une diathèse syphilitique. Cependant on devra tenir un peu compte aussi du principe spécifique, et l'on sera plus sobre d'émissions sanguines que s'il avait une constitution parfaitement saine.

Si les malades se présentent à vous à une période très avancée, il n'est pas rare que la suppuration se soit déjà déclarée. Ici encore, les indications ne sont plus les mêmes. Une fois qu'il y a de la fluctuation, que la suppuration est franchement apparente, que faut-il faire? Si l'inflammation semble continuer à marcher, il ne faut pas hésiter à ouvrir la tumeur avec le bistouri. Si elle tend à se circonscrire, si elle paraît disposé à s'éteindre, on devra mettre en usage les moyens qui favoriseraient la résolution. Autant que possible, on devra se garder de mettre les os à découvert; le résultat de la dénudation des os est souvent la carie, la nécrose, etc. Il est souvent moins fâcheux de laisser un os en contact avec du pus, que de le mettre en contact avec l'air extérieur. La preuve en est que même dans des cas où il existait manifestement une collection purulente, on est quelquefois parvenu à obtenir la résolution sans être obligé d'ouvrir l'abcès, résultat dont nous n'avons pas besoin de faire plus longuement ressortir les avantages.

Cependant, lorsqu'au bout d'un temps assez long, quinze ou vingt jours, par exemple, la tumeur n'a pas diminué de volume, qu'il est évident que le pus ne se résorbe pas, il faut en venir à l'ouverture de l'abcès. Cette ouverture doit être pratiquée de manière, s'il est possible, que l'air ne pénètre pas dans l'intérieur du foyer. Pour arriver à ce résultat, on commence par déplacer la peau par une traction assez forte; on perce obliquement la tumeur, et dans un point déclive, si sa position le permet, on vide le pus par une douce pression, puis on laisse aller la peau, et le parallélisme des ouvertures se trouvent immédiatement détruit, l'introduction de l'air devient impossible.

On rencontre des cas dans lesquels, bien qu'il n'y ait pas encore de suppuration formée, les douleurs sont tellement violentes, tellement profondes, en dépit de la médication générale qui doit quelquefois être momentanément suspendue en raison des phénomènes d'acuité très grande qui se manifestent, l'étranglement peut être tellement prononcé, que l'on se trouve obligé d'avoir recours au débridement. Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter; on fendra la tumeur dans toute son étendue; dans certains cas même, on devra pratiquer une incision cruciale; mais, nous le répétons, on n'en viendra à cette extrémité que lorsque l'on y sera absolument forcé par les circonstances particulières de la maladie.

A. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 mars 1846. — Présidence de M. FOUQUIER.

M. Léger, vice-président, occupe le fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le traitement de la fissure à l'anus par la cautérisation, à propos d'un fait rapporté par M. Léger dans la séance précédente.

M. Pertus a vu un cas à peu près analogue à celui de M. Léger. Il s'agissait d'une demoiselle de vingt ans qui présentait plusieurs fissures. La cautérisation, faite à plusieurs reprises, et profondément, avec le nitrate d'argent, ne produisit rien. La malade, hors d'état de se soigner chez elle, entra à l'hôpital, où elle fut guérie par l'incision.

M. Léger n'a pas eu l'intention de poser en principe que la cautérisation fût un moyen infaillible. Il a dit que c'était un moyen utile, à essayer avant tous les autres, avant l'incision en particulier. L'incision est souvent fort simple, et amène la guérison dans l'espace de douze à quinze jours. Mais quelquefois la cicatrisation est beaucoup plus lente, et n'est pas complète avant vingt ou vingt-cinq jours.

Dans le temps où j'étais élève des hôpitaux, dit M. Léger, j'ai suivi longtemps la pratique de Boyer, qui avait sur la fissure une idée qui m'a paru extraordinaire. Il penchait pour cette opinion, que la fissure était la conséquence, toujours, de la contraction spasmodique du sphincter de l'anus. A ses yeux, le seul moyen de détruire la cause de la maladie était l'incision du sphincter. Depuis cette époque, l'expérience a prouvé que les fissures pouvaient guérir spontanément avec le temps, dans quelques circonstances; que d'autres fois, elles cédaient à des moyens fort simples, tels que la cessation de la constipation; les injections d'eau froide dans le rectum, ou d'une décoction de feuilles de belladone, de pavots, de guimauve. J'ai remarqué que la plupart du temps, les corps gras réussissaient fort mal, n'amendaient pas la maladie, et qu'on était obligé de les abandonner pour d'autres moyens.

M. Pertus fait remarquer qu'il n'a pas émis son opinion d'une manière absolue. Il a voulu simplement énoncer ce fait, que dans deux ou trois cas la cautérisation ne lui a pas réussi. Il n'a point voulu généraliser le traitement. Il lui est arrivé de voir des fissures guérir par l'extrait de belladone; d'autres par le simple régime et la diète.

M. Thore a vu des fissures extrêmement douloureuses disparaître sous l'influence de mèches enduites d'extrait de ratanhia, d'extrait de belladone, mèches très fines d'abord et dont on augmentait peu à peu le volume.

M. Duperthuis considère la fissure comme une simple éraillure de la muqueuse. Il a fait quelquefois l'incision, mais toujours à regret. Pour lui, la première indication c'est de faire cicatriser le fond de la fissure, et c'est aussi là le plus difficile. On vient toujours à bout de cicatriser l'extérieur. Il s'est souvent très bien trouvé de passer sur le fond de la plaie un crayon de nitrate d'argent, et de panser simplement avec quelques brins de charpie. Cette méthode a l'avantage de faire cicatriser le fond avant la superficie. A son avis, presque toutes les fissures pourraient guérir sans incision; mais il recommande expressément de ne point négliger l'interposition de quelques brins de charpie entre les lèvres de la petite plaie.

— *M. Guillon* dit quelques mots d'un enfant qu'il regrette de n'avoir pu amener à la Société comme il l'espérait, et auquel on est parvenu à faire reprendre le sein après huit mois de suspension de lactation. Il fait remarquer, à ce propos, qu'aucun accoucheur n'a vu d'enfant consentir à reprendre le sein après un intervalle aussi long; il croit que c'est un moyen trop négligé généralement de rappeler souvent à la vie des enfants gravement affectés.

M. Duperthuis cite le fait d'un enfant que l'on a réussi à allaiter de nouveau après deux ans de cessation de l'allaitement. Dans les cas de ce genre, il engage la nourrice à mettre l'enfant dans son lit à côté d'elle pendant la nuit, à lui placer le mamelon dans la bouche, et à faire couler dans la bouche de l'enfant du lait qu'il finit bientôt par avaler. C'est là le moyen qui lui semble le plus efficace pour lui faire reprendre l'habitude de teter.

— *M. Guillon* parle d'un cas d'antéversion de l'utérus qui avait été méconnue pendant longtemps. Il était survenu des accidents du côté de la vessie. La malade présentait une étroitesse extrême du méat urinaire; elle rendait du sable rouge mêlé aux urines. Ce sable s'est arrêté dans le canal de l'urètre et a formé avec le mucus une sorte de masma solide qui causait des douleurs atroces. M. Guillon fut obligé pour extraire ce masma de pratiquer une incision du méat urinaire. Depuis quelque temps la malade éprouvait des souffrances fort vives, des syncopes. M. Guillon constata, à la partie supérieure de l'ombilic, l'existence d'une petite hernie qui déterminait tous les accidents secondaires dont se plaignait cette femme. Il fit faire une ceinture appropriée, et tous les accidents, douleurs, défaillances, cessèrent bientôt dès que l'utérus fut replacé et maintenu dans sa position normale. M. Guillon insiste sur la difficulté du diagnostic dans certains cas de déplacement de l'utérus, et sur l'importance de leur appréciation.

M. Duperthuis pense que les erreurs de diagnostic que l'on commet si souvent dans les cas de ce genre tiennent à ce que l'on examine les malades debout, habillées, et avec leur corset. Pour faire un examen sérieux et complet, il faut que la femme soit déshabillée et couchée.

M. Tanchou. Rien n'est plus fréquent que de confondre les déplacements de l'utérus avec l'hypertrophie de cet organe. Cette faute peut être commise par les hommes les plus instruits, les plus habitués à l'exploration des malades. Souvent, les deux maladies existent simultanément. D'abord, la matrice déplacée est le siége d'une stase de sang. Elle n'a pas toujours un volume tel que l'on ne puisse jamais s'y tromper La matrice est le point de mire de l'économie dans la femme. A chaque instant, il s'y fait des congestions vitales physiologiques sous l'influence de l'alimentation, des émotions, de la fatigue, etc. A quelques jours de distance, ce volume peut être énormément différent soit en plus, soit en moins. Ce n'est pas une très grande faute que de prendre un abaissement de la matrice pour une hypertrophie. Cependant il y a des circonstances nombreuses qui peuvent induire en erreur, et faire confondre l'hypertrophie avec un déplacement et *vice versâ*. Un fait curieux, c'est que la matrice est rarement à la même place; j'ai touché la même femme à différents moments, soit à des jours différents, soit dans la même journée, et j'ai souvent constaté des variations dans la position occupée par cet organe. Il m'est arrivé de croire à des antéversions ou à des rétroversions de la matrice chez des femmes qui, un autre jour, avaient le col utérin normalement dirigé. C'est surtout chez les femmes nerveuses, facilement impressionnables, d'un caractère très mobile, que j'ai observé cette particularité. Je dirai même plus; c'est que cette mobilité de l'utérus est d'autant plus grande que l'appareil génital interne est plus sain, et que les parties environnantes sont moins congestionnées.

— *M. Guersant* (Paul) lit un rapport sur un Mémoire relatif aux tales de la cornée, adressé à la Société par M. le docteur Magne, pour obtenir le titre de membre résident.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Moret, Belhomme, Tanchou, Perrier, l'admission de M. Magne est mise aux voix et prononcée.

— *M. Guersant* entretient la Société de plusieurs cas de gangrène qui se sont déclarés à l'hôpital des Enfants dans la salle consacrée au traitement des affections scrofuleuses. Il règne en ce moment, dans ce service, une gangrène qui s'empare des ulcères scrofuleux, gangrène accompagnée d'une grande débilité, de faiblesse, de prostration. Malgré l'emploi des toniques, du vin, du quinquina, on ne parvient pas à modifier la constitution des malades. Les excitants, le jus de citron, le cresson, le quinquina appliqués à l'extérieur, sont sans résultats. Chez quelques-unes des filles atteintes de cette fâcheuse complication, on a dû faire des amputations, dans l'espérance qu'en enlevant le foyer d'infection, on pourrait réussir. Cinq opérations de ce genre ont été pratiquées. Trois enfants ont déjà succombé. Une quatrième est dans un état très fâcheux. Une seule est en voie de guérison. Ces résultats sont d'autant plus pénibles, qu'en général à l'hôpital des Enfants, les opérations sont très heureuses; pour n'en citer qu'un exemple, M. Guersant rapporte que sur vingt amputations des membres inférieurs, dix-huit ont guéri; la mortalité n'est donc en général que de un sur cinq ou six amputés. Il est à peu près impossible de déterminer la cause de cet accident fâcheux. Une particularité curieuse, c'est que ce n'est que chez les filles que ces gangrènes sont survenues. Il n'y en a pas eu d'exemples dans les salles de garçons. Relativement à l'étiolologie, cependant, il faut dire que les salles sont neuves; au rez-de-chaussée, bâties sur le sol même, et non sur des caves, les fenêtres sont multipliées. Inutile de dire que pour faire ces constructions on n'a pas consulté les médecins, et que l'on n'a point cherché à s'éclairer sur les mesures hygiéniques à prendre pour établir des salles salubres. M. Guersant pense que ces mauvaises dispositions des bâtiments neufs, le peu d'espace qui existe entre chaque lit, de même qu'entre les lits et les fenêtres, n'est peut-être pas sans influence sur l'apparition de ces gangrènes chez les filles scrofuleuses de l'hôpital des Enfants. La saison n'y est sans doute pas étrangère.

M. Masson demande quelques explications sur la manière dont les amputations ont été faites. La gangrène était-elle tellement étendue qu'il n'y eût pas d'espoir de la borner? A-t-on eu recours à l'application des moyens les plus énergiques, le feu, par exemple, les caustiques par les acides minéraux? etc.

M. Guersant. On a employé la créosote, mais on n'a essayé ni le feu, ni les acides minéraux. En général, les sujets que nous avons amputés semblaient avoir des gangrènes limitées. Le cercle éliminatoire était formé, et cependant le moignon s'est gangrené.

— *M. Belhomme* demande quelques renseignements sur l'ophthalmie purulente très fréquente à l'hôpital des Enfants, et souvent tellement grave, que quelques sujets ont perdu la vue complétement après en avoir été atteints. Cette ophthalmie purulente peut-elle être attribuée, comme la gangrène dont il vient d'être question, à la position topographique de l'hôpital?

M. Guersant a, en effet, observé un très grand nombre d'ophthalmies purulentes, et malgré les traitements les plus rationnels, il convient que quelquefois elles se terminent d'une manière funeste, par la perte de l'œil malade. Il pense qu'il est nécessaire de les traiter avec la plus grande énergie, et que la seule médication, c'est la cautérisation de la face interne des paupières avec le nitrate d'argent. On répète cette cautérisation tous les deux ou trois jours; lorsque la maladie n'est pas très intense, qu'il n'y a pas d'écoulement purulent très abondant, on peut souvent se contenter d'un collyre au nitrate d'argent. Cette ophthalmie est évidemment contagieuse; plusieurs fois des religieuses, des infirmières de l'hôpital en ont été atteintes, et quelques-unes même ont perdu la vue. Il est probable que le développement de l'ophthalmie, chez elles, aura été la suite du contact du pus porté aux yeux par les doigts, qu'elles auront négligé de laver après avoir pansé les enfants.

M. Dancel a vu un homme qui était allé voir son fils à l'hôpital, contracter une ophthalmie purulente, preuve évidente que cette maladie est contagieuse.

M. Guillon conseille, avec M. Mayor, dans le traitement de l'ophthalmie purulente, d'introduire un bourdonnet de charpie saupoudré de calomel ou de sulfate de zinc entre les paupières, que l'on maintient ensuite fermées.

M. Eguisier demande à M. Guersant s'il croit que toutes les ophthalmies purulentes, et entre autre l'ophthalmie blennorrhagique, soient contagieuses, et s'il les traite toutes de la même façon.

M. Guersant ne croit pas que toutes les ophthalmies soient contagieuses; il ne pense pas non plus que le traitement doive être le même dans tous les cas.

Le secrétaire annuel, Dr A. FOUCART.

REVUE GÉNÉRALE.

D'une variété de pustule maligne non encore classée dans les cadres nosologiques. — Le docteur Van Swygenhoven a publié dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, un travail dont nous extrayons les quelques considérations suivantes :

Il existe une variété de pustule maligne dont les auteurs n'ont pas encore fait mention, et qui est cependant moins rare qu'on ne serait tenté de le croire; je veux parler de la pustule maligne ordinaire.

Et d'abord, ce qui la distingue essentiellement de la pustule maligne jusqu'ici connue, c'est qu'elle n'est jamais communiquée directement ni indirectement à l'homme par des animaux atteints d'affections charbonneuses ou de fièvres que l'on est convenu d'appeler malignes.

Les auteurs l'ont soupçonnée; cependant ils se sont bientôt éloignés de son caractère spécial, en la confondant avec la pustule maligne proprement dite.

Ses périodes, que l'on peut diviser aussi en quatre, sont à peu près les mêmes que celles de la pustule maligne, et n'en diffèrent que par leur intensité moindre. C'est en quelque sorte une variété plus restreinte de la pustule, sa congénère.

Inutile donc de donner ici une description détaillée de cette affection.

Quelques symptômes méritent cependant d'être mentionnés.

Ainsi, la forme de la pustule maligne est constamment ovale, et ne dépasse presque jamais la grandeur d'une graine de maïs. Rarement elle est de forme ronde.

Sa forme la plus commune est celle d'un grain de raisin.

La vésicule est constamment plus grande que le point gangrené.

La sérosité n'est que très rarement de couleur roussâtre; elle affecte le plus souvent la couleur blanche, a un goût légèrement salé, et ne corrode point les parties saines avec lesquelles elle se trouve en contact.

Cette sérosité, inoculée, ne produit pas de maladie semblable.

Les parties avoisinantes rougissent, s'enflamment et se tuméfient. Cependant la tumeur est large, et ne se concentre pas uniquement alentour du point frappé.

Il y a chaleur comme dans toute inflammation franche de la peau, mais l'érosion n'existe pas ou, si elle existe, ce n'est qu'à un degré très faible.

Les phlyctènes n'envahissent jamais la surface enflammée.

Le point gangrené reste de la grandeur indiquée : il ne s'étend point aux tissus voisins. A sa période la plus intense, il n'a que deux ou tout au plus trois centimètres de profondeur.

La crépitation n'existe pas, encore moins les caractères de l'érisypèle et du météorisme.

Quant aux symptômes généraux, ils sont de peu de valeur et n'affectent jamais cette gravité qu'on leur remarque dans la pustule maligne : c'est tout au plus s'ils dépassent ce que l'on connaît vulgairement sous le nom d'indisposition.

C'est par ses causes que la pustule maligne ordinaire diffère essentiellement de l'autre.

Et d'abord, elle peut naître spontanément sans cause connue. C'est ce qui la distingue essentiellement de la pustule maligne, qui ne se développe jamais que sous l'influence de causes externes. Est-il nécessaire dès lors d'ajouter que ce ne sont pas les individus seuls qui sont en contact avec des animaux, etc., atteints de cette affection, qui puissent en être attaqués? Les deux sexes, tous les âges, tous les tempéraments, toutes les parties du corps y sont sujets. Elle est plus fréquente en été qu'en hiver.

La pustule maligne ordinaire se rencontre dans tous les pays. Elle n'est point rare en Belgique, et, si nos praticiens ne l'ont pas encore décrite, c'est qu'ils l'ont probablement confondue avec la pustule maligne proprement dite.

D'après ce qui précède, le diagnostic est facile à établir et le pronostic peu dangereux.

La pustule maligne dont nous nous occupons n'est jamais contagieuse, point essentiel qu'il importe de ne point perdre de vue pour le diagnostic différentiel.

Le traitement préservatif est inutile.

Le traitement interne doit se borner à un régime convenable.

Une incision cruciale, pratiquée avec la lancette, fait souvent avorter la maladie.

La cautérisation par le feu est nuisible, celle par les substances escharotiques ne doit être mise en usage qu'avec circonspection.

Une diète appropriée, des émissions sanguines générales et locales, des émollients unis aux narcotiques sur le lieu douloureux enraient ou dissipent promptement les symptômes.

Il ne faut que trois à quatre jours à la pustule maligne ordinaire pour parcourir toutes ses périodes. Au bout de ce temps, la petite eschare se détache, la perte de substance est bientôt remplacée, la guérison est prochaine.

Nous avons dit que la pustule maligne ordinaire naît le plus souvent spontanément. Elle peut cependant aussi se développer par des causes externes, telles que piqûres, contusions, égratignures, application de substances âcres à la peau, etc., etc.

D'après ce qui précède, il sera désormais facile de ne plus confondre deux maladies que l'on croyait identiques, et qui sont cependant tout à fait distinctes.

Fâcheux effets de la décoction de tabac comme anthelmintique. — On lit dans le Journal de médecine de Bruxelles la note suivante extraite des journaux italiens :

Le docteur Bertini rapporte qu'il fut appelé un jour auprès d'un enfant de quatre ans et demi présentant les symptômes suivants : Agitation extrême, mouvements convulsifs, face pâle et contractée, regard fixe, aspect stupéfait, cris par intervalles, paroles sans suite, pouls lent et petit, sueur froide sur tout le corps, nausées, douleur à la région épigastrique. Il apprit bientôt des parents que les digestions ne se faisant plus bien depuis quelque temps chez leur enfant, ils avaient attribué ce dérangement à la présence de vers dans le canal intestinal, et lui avaient en conséquence administré, dans le but d'y

remédier et d'après le conseil d'une domestique, un lavement fait avec six onces d'eau, dans lequel ils firent bouillir un morceau de cigare jusqu'à ce que le liquide fut réduit à la moitié de son volume. Quelques minutes après l'administration de ce lavement, l'enfant avait présenté les symptômes ci-dessus énumérés. Le docteur Bertini fit passer immédiatement un lavement purgatif; il prescrivit une infusion de café sans sucre, des frictions rudes sur tout le corps, des frictions avec l'éther sulfurique sur les tempes et sur l'épigastre, et des allusions d'eau froide sur la face.

Ce traitement eut un heureux résultat, les symptômes diminuèrent peu à peu d'intensité; et aussitôt que la déglutition fut facile, on donna de la limonade en abondance. L'auteur, à propos de ce fait, appelle l'attention toute spéciale des chirurgiens sur l'action tonique des préparations de tabac, et les engage à apporter beaucoup de circonspection dans l'emploi de ce moyen, qui a été recommandé comme très efficace pour provoquer ou favoriser la réduction des viscères étranglés dans une hernie. Les symptômes observés par M. Bertini ne présentent rien qui puisse nous étonner; les annales de la science ont malheureusement déjà eu à enregistrer plus d'une mort survenue à la suite d'un lavement de tabac. Mais ces cas malheureux ont averti les médecins, et l'on voit actuellement tout le danger que présentent les décoctions trop concentrées ou faites avec des doses trop fortes de tabac.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau préservatif contre les cicatrices des boutons varioleux; par M. le docteur Thielmann (de Saint-Pétersbourg).

M. le docteur Thielmann, dans un cas de variole parvenue à la période de suppuration, où les paupières étaient parsemées de boutons et fortement tuméfiées, prescrivit le collyre suivant :

Bichlorure de mercure,	5 centigrammes;
Eau distillée,	180 grammes;
Laudanum de Sydenham,	4 id.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour un collyre qu'on applique six fois par jour (chaque fois pendant une heure), au moyen de compresses qui doivent être humectées de temps en temps.

L'action exercée par ce médicament sur les boutons fut vraiment étonnante, car ils diminuèrent à vue d'œil, et disparurent enfin, ainsi que la tuméfaction des paupières dans l'espace de quelques jours; de sorte que les points de la peau sur lesquels avaient été pratiquées les applications de compresses étaient parfaitement lisses, alors que les autres parties des téguments se trouvaient encore en pleine suppuration ou tout au plus à l'état de desquammation.

A la même époque, M. Thielmann s'étant trouvé avoir à sa disposition un autre sujet affecté de variole confluente, et chez lequel la peau du front et du nez était littéralement couverte de pustules purulentes, larges, blanches, aplaties, et cependant revêtues encore de la couche épidermique, il se décida à tenter un essai avec le collyre précédent, et il fit faire avec cette préparation des fomentations sur toute la face. Le résultat fut le même que dans le cas ci-dessus pour tous les points qui se trouvèrent en contact avec les compresses imbibées de ce collyre.

On n'a observé aucun résultat défavorable, de quelque nature que ce puisse être, à la suite de l'emploi de ce topique.

En raison de l'efficacité de ces applications dans la période de suppuration des boutons varioliques confluents, M. Thielmann n'hésite pas à conclure, *à priori*, que, faites aux premiers moments de l'éruption, l'action doit être encore plus énergique.

Ce praticien demande d'ailleurs que la nouvelle médication, sur laquelle il appelle l'attention de ses confrères, soit soumise par eux à des essais multipliés, parce qu'il est plus agréable et plus facile pour les malades de s'en servir au lieu de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* qui, dans ces dernières années, a été chaudement recommandé pour arriver au même but : d'ailleurs, l'action de ces compresses est plus facile à contrôler par le médecin que celle de l'emplâtre.

M. Thielmann, dans l'absence d'essais comparatifs indispensables, ne peut décider si le même résultat peut ou non être obtenu soit en employant une solution de sublimé pur, soit des compresses imbibées d'eau seulement, ou s'il faut de toute nécessité recourir au collyre en question.

Traitement de la salivation mercurielle; par M. le professeur Lippich, de Padoue.

Tous les praticiens savent combien on rencontre souvent de difficultés lorsqu'il s'agit d'arrêter le ptyalisme résultant de l'action des préparations hydrargyriques sur les parties molles de la cavité buccale et sur les organes sécréteurs de la salive. Des remèdes nombreux ont tour à tour été préconisés contre cet accident, et, malheureusement, il n'en est pas un seul dont les médecins n'aient pu constater l'impuissance, malgré tout ce que les prôneurs de chacune de ces médications en ont pu dire. Voici venir aujourd'hui M. Lippich, qui propose un nouveau moyen, c'est le collutoire suivant :

Mélisse officinale,	30 grammes.
Jusquiame noire,	4
Eau bouillante,	500

M. et faire infuser, en vase clos, jusqu'à refroidissement; passer ensuite avec expression.

Pour un infusé dont le malade doit se servir en gargarisme, le plus souvent qu'il est possible.

Si l'efficacité de ce collutoire n'est pas trouvée telle que l'annonce l'auteur, du moins le médicament offre-t-il, outre l'avantage de la simplicité de composition, ceux de ne pouvoir nuire en aucune manière aux malades qui en font usage, et de ne pas pouvoir même leur inspirer le moindre sentiment de dégoût par ses propriétés physiques.

Bibliographie.

ANNUAIRE DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE LA FRANCE ET DE L'ETRANGER,

Publié sous les auspices du ministère de l'instruction publique. (Première année, 1846 (1).)

C'est une pensée libérale, élevée et éminemment utile, qui a présidé à la création de l'ouvrage dont je désire entretenir un instant les lecteurs de ce Journal. Pour la caractériser, cette pensée, je ne saurais mieux faire que de citer le passage suivant de la circulaire de M. le ministre de l'instruction publique, adressée le 26 juillet dernier aux présidents des sociétés savantes :

« Il faut qu'on sache tout ce que le zèle volontaire et libre pour les lettres, pour l'histoire, pour les sciences mathématiques, pour les sciences naturelles, pour la philosophie, pour le droit, pour la médecine, pour l'archéologie, pour les traditions patriotiques et les souvenirs généreux de l'esprit local, produit chaque année d'œuvres qui mériteraient de ne pas rester circonscrites et inconnues. Il faut aussi que cet amour des études sérieuses, qui est pour un grand peuple la plus noble occupation des temps de paix, s'affermisse, se propage, porte de plus en plus des fruits solides et durables. Tel est le but de l'ordonnance que j'ai l'honneur de vous adresser...

» Sa Majesté veut qu'un *Annuaire* méthodique et complet soit consacré chaque année à recueillir tous les noms, toutes les œuvres, tous les programmes, tous les succès. Ce seront les archives de l'esprit français dans ses efforts éclairés et libres. »

La première exécution de ce travail répond à la pensée qui l'a suggéré. L'*Annuaire* de 1846 renferme une notice sur les sociétés savantes, leurs règlements et les noms de leurs membres, pour Paris, à peu près au complet, et pour les départements en très grand nombre. Chaque année un volume semblable comblera les lacunes qui existent, et qui étaient inévitables pour la première année, et fera connaître le mouvement du personnel des sociétés déjà indiquées, le programme de leurs prix avec plus de détails; il comprendra surtout les indications relatives aux sociétés savantes de l'étranger, non seulement en Europe, mais dans tout le monde civilisé : renseignements précieux que l'on ne sait où prendre aujourd'hui, et dont l'absence a été jusqu'ici fort regrettable.

A l'aide de cette publication, en effet, on peut espérer et attendre des communications plus faciles et plus nombreuses entre les savants de tous les pays, des relations plus fructueuses entre les sociétés savantes qui s'occupent d'une même science, et des échanges possibles entre leurs publications. Les sciences ont pour mission humanitaire de rapprocher les peuples que les intérets matériels ou politiques divisent; des principes économiques étroits et vulgaires ont beau multiplier les lignes de douanes, il est quelque chose que les tarifs ne pourront jamais atteindre, c'est l'esprit humain; et tout ce qui tend à faire connaître ses manifestations si nombreuses et si diverses, doit être accueilli avec reconnaissance par les libres penseurs.

Cette publication mérite donc d'être encouragée autant à cause de ce qu'elle promet, qu'à cause de ce qu'elle a déjà réalisé.

Ce qu'elle a réalisé est d'ailleurs considérable. L'*Annuaire de* 1846 renferme une grande partie des sociétés savantes de la France. Il en contient cette année cent soixante dix-huit, et ce n'est pas à beaucoup près le chiffre exact de toutes celles qui existent en France. Mais, malgré la circulaire très pressante de M. le ministre, il en est bon nombre qui n'ont pas encore répondu à son appel et qui n'ont envoyé aucun renseignement. Il faut croire qu'elles seront plus empressées l'année prochaine, et que toutes ces lacunes pourront être remplies.

Paris, comme on pouvait s'y attendre, entre pour une proportion considérable dans ce contingent. Le nombre des sociétés savantes qui y est indiqué est de quarante trois, à peu près le quart du chiffre total. Mais il importe de remarquer à l'honneur de la province, que c'est surtout sur elle que portent les lacunes, et qu'il a été bien plus facile de se renseigner de ce qui se passe à Paris, que de ce qui existe dans les départements.

Il était curieux de voir quel rôle jouaient les sciences médicales dans cette statistique de l'esprit français. On trouve avec plaisir que vingt départements ont déjà envoyé les indications relatives aux règlements, notices et personnel de leurs sociétés qui figurent cette année, dans l'*Annuaire*, pour le chiffre de trente-cinq. Mais je dois avertir les auteurs de l'*Annuaire* qu'un immense déficit existe sur ce point. Plus de quatre-vingts sociétés médicales ont adhéré et étaient représentées au Congrès, qui existaient antérieurement à cette manifestation. Depuis, un grand nombre d'autres se sont constituées, sans parler des *associations* médicales qui existent aujourd'hui dans plus de la moitié des arrondissements de la France. Ces associations ayant aussi un but scientifique, doivent solliciter l'honneur de figurer dans l'*Annuaire* officiel. Il faut remarquer, d'ailleurs, qu'un grand nombre de sociétés désignées sous les noms collectifs de *sociétés des sciences, arts et belles-lettres*, renferment une section médicale, ce qui ajoute considérablement à notre contingent. Les médecins, en effet, ont été les premiers, à peu près partout à apporter aux réunions scientifiques le tribut de leur science spéciale qui, en s'éclairant de toutes les autres, leur apporte aussi une large part de connaissances précieuses de pratique et d'application.

Un ouvrage de cette nature, on le sent bien, ne peut pas être analysé. On y rencontre des notices quelquefois très curieuses, toujours intéressantes sur la fondation, l'histoire et l'existence actuelle des principales académies et sociétés savantes. Par exemple, les fauteuils de l'Institut portent leur histoire chronologique, de manière à voir d'un coup d'œil toutes les illustrations qui s'y sont assises depuis la fondation de telle ou telle académie. Un tableau synoptique indique aussi le chiffre des sommes que les académies peuvent distribuer annuellement en prix. Ainsi, l'Académie des sciences peut donner tous les ans, comme encouragement ou récompense, aux jeunes savants la somme considérable de 50 770 francs, dont 45,740 sont destinés aux sciences médicales. On comprend à peine qu'avec de pareils prix la France ne soit pas peuplée de Boerhaave ou de Haller. Et remarquez encore, qu'il est des années où l'Académie de médecine ajoute quelque chose comme quinze mille francs à cette riche dotation des sciences médicales. Il est vrai qu'il y a beaucoup à dire sur la manière dont sont distribués ces encouragements et ces récompenses; mais ce n'est ni le lieu, ni le moment.

Je terminerai cette courte notice en rendant hommage aux soins et au zèle qui ont présidé à la publication de ce premier volume de l'*Annuaire*. La vérité oblige à dire que c'est à M. Achille Comte, chef de bureau de la 8e division du ministère de l'instruction publique, qu'est due la plus grande partie de ce travail ingrat et peu satisfaisant pour l'amour-propre. L'utilité de ce travail, les services qu'il est appelé à rendre doivent être pour lui une compensation, et c'est avec plaisir que je voudrais pouvoir contribuer à ce que justice fût rendue à l'importance réelle de cette publication.

A. L

(1) Un vol. gr. in-8 de XVI-1019 pages. Prix : 15 fr. Paris, Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

AVIS. Un docteur en médecine, établi depuis quelques années à Paris, désirerait acquérir la clientèle d'un confrère que des motifs particuliers engageraient à la céder. S'adresser *franco* à M. Auguste CRENET, directeur-Gérant de la Caisse centrale des médecins, rue Neuve-St-Denis, 25.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 44. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 13 AVRIL 1846.

L'INTRIGUE SANITAIRE.

Dans notre numéro de mardi dernier, sous le titre d'*Avis à l'Académie de médecine*, nous signalions les menées sanitaires qui avaient lieu tant dans le sein de l'Académie et de la Commission de la peste que dans d'autres régions. Le lendemain le fait nous donnait raison. Le Conseil supérieur de santé s'assemblait par ordre du ministre du commerce.

Voici ce qu'on lit dans le *Constitutionnel* de dimanche 12 mars sur cette intrigue sanitaire :

« Nous avons reproduit, il y a quelques jours, les conclusions de la Commissions de l'Académie de médecine sur la » question de la peste. On a pu remarquer que ces conclu» sions devaient, si elles étaient adoptées, conduire nécessai» rement à une révolution complète de notre système des » quarantaines. C'est ce que paraît craindre surtout l'admi» nistration sanitaire, dont les services coûtent à l'Etat près de » deux millions (et plus en pertes), et qui a un intérêt tout » particulier à la conservation du *statu quo*. On a cherché » d'abord à jeter la division parmi les membres de la Com» mission académique ; mais on s'est bientôt convaincu que les » honorables savants qui la composent n'étaient pas disposés » à reculer devant l'appréciation des mesures sanitaires, de» vant les conséquences rigoureuses de leur opinion très net» tement exprimée sur la non-contagion immédiate et la du» rée de la peste. On s'est empressé alors de convoquer le » Conseil supérieur de santé, composé de pairs de France, de » députés, de banquiers, etc., afin d'établir un conflit entre » l'Académie de médecine et ce Conseil, juge moins compé» tent sur lequel on espère exercer plus facilement action. Le » ministre du commerce favorise ces intrigues. La Commis» sion du budget vient de lui retrancher 10,000 fr. sur les » fonds alloués pour le service sanitaire, et il craint que, si » les conclusions de l'Académie sont adoptées avant la discus» sion du budget, la Chambre n'augmente encore ce chiffre » de réduction. N'est-il pas déplorable de voir notre gouver» nement, non-seulement sacrifier à l'Autriche et à l'Angle» terre notre commerce en Orient, mais encore apporter des » entraves à la manifestation de la vérité, et cela pour sa» tisfaire quelques vanités ou des intérêts individuels. »

L'Académie comprendra quel rôle lui est dévolu dans ces circonstances. Bien renseigné sur ce qui se passe, nous l'avertirons que dans la Chambre des députés et jusque dans le sein de la Commission du budget, on a répandu le bruit qu'il y avait division parmi les membres de l'Académie, qu'ils ne sauraient pas s'entendre et donner une opinion. On préjuge de leur décision pour attaquer celle de la Commission. Dans tout ceci, il y a des meneurs et des ambitieux. Nous en connaissons trois parmi les membres de l'Académie. Nous les prévenons très charitablement que leurs démarches sont connues et appréciées ; qu'ils n'arriveront pas là où ils voudraient parvenir, et que l'on se joue d'eux au ministère du commerce et ailleurs. Une des personnes qu'ils cherchent à circonvenir disait dernièrement, avec la fatuité qui la distingue : « Les » conclusions de la Commission de l'Académie de médecine » ne nous conviennent pas. »

Pour déjouer *toutes ces intrigues*, il est du devoir de l'Académie et des membres de la Commission de donner immédiatement lecture de la fin du rapport, d'aborder la discussion et de s'abstenir de toute dissertation oiseuse. Il en sera soulevé, nous le savons, afin de gagner du temps et de favoriser les projets de l'administration sanitaire, et venir en aide à monsieur le ministre du commerce.

On nous apprend que le Conseil supérieur de santé, qui s'était réuni mercredi dernier, doit s'assembler de nouveau jeudi prochain, pour adopter les propositions de M. le ministre du commerce et de M. Senac, sous-chef de division. Ces propositions sont entièrement opposées à celles de la Commissions de l'Académie de médecine; elles reposent sur cette base, que la peste n'est pas endémique en Turquie; que la peste se transmet par le contact, par les hardes et par les marchandises.

Un seul membre, dans le Conseil supérieur de santé, a manifesté une forte opposition, et ce n'est pas un des quatre médecins qui font partie de ce Conseil en même temps qu'ils sont membres de l'Académie de médecine. Ils ont en quelque sorte renié le travail de la Commission, pour s'incliner devant le bon plaisir ministériel et la haute science de l'administration sanitaire. Jeudi, le Conseil supérieur sanctionnera, par son vote, la volonté du ministre.

La Commission de l'Académie peut maintenant continuer la lecture de son travail, les meneurs qui l'ont fourvoyée sont arrivés à leur but. Nous espérons que l'Académie de médecine, en présence de cette intrigue et de cette insulte faite par le pouvoir qui l'avait consultée, comprendra la gravité de sa position. Qu'elle le sache bien, la Chambre des députés, instruite de ce qui se passe, ne tiendra aucun compte de la décision du Conseil supérieur de santé, et appuiera sa décision et ses votes sur les conclusions qui seront adoptées par l'Académie.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉRARD.

Rhumatisme articulaire aigu guéri par le sulfate de quinine. Quelques réflexions sur cette médication.

(Suite du numéro du 26 mars.)

Nous avons dans un article précédent raconté en détail l'histoire de trois cas de rhumatisme articulaire aigu. Avant d'examiner la médication qui a été mise en usage, disons deux mots des principaux points remarquables de ces observations.

Dans le premier fait, nous voyons comme cause du rhumatisme l'influence bien évidente du froid humide, la jeune fille qui en fait le sujet, habitant une chambre froide du rez-dechaussée, et se trouvant souvent obligée de descendre à la cave, de mettre ses mains dans l'eau froide. Comme condition prédisposante, on a noté l'existence antérieure de douleurs articulaires, et l'on sait combien dans cette affection les récidives sont fréquentes. Chez cette femme le rhumatisme fut généralisé, fébrile, intense, sans complication du côté du cœur ; au moment de sa sortie on entendait, au premier bruit du cœur, un souffle moelleux, sans rudesse, évidemment chloro-anémique. Il n'y eut qu'une seule saignée faite au moment de l'entrée; le reste du traitement consista en potions avec sulfate de quinine ; le séjour de la malade à l'hôpital fut de douze jours, après lesquels elle partit complétement guérie.

Dans le second cas, ont eut affaire à une affection moins franche, ou plutôt moins simple, c'est-à-dire, compliquée de phénomènes typhoïdes au commencement de la maladie. Il y avait eu des épistaxis, de la douleur iléo-cœcale, du gargouillement dans le flanc droit, de la diarrhée. Comme dans le fait précédent, il y avait rhumatisme articulaire aigu généralisé, occupant les poignets, les genoux, les coudes. Deux saignées furent faites, l'une locale, l'autre générale ; puis malgré l'état dans lequel se trouvait le tube digestif, manifestement le siége d'un travail inflammatoire, M. Guérard crut pouvoir administrer le sulfate de quinine, et les effets rapides qu'il détermina ne lui donnèrent point lieu de se repentir de cette résolution. Seulement, dans ces conditions, la dose fut moins forte ; on n'en donna guère qu'un gramme dans les vingt-quatre heures.

La troisième observation, recueillie dans le service de M. Briquet à l'hôpital Cochin, présenta quelques rapports avec la première, en ce sens que la malade qui en fait le sujet avait présenté à une époque antérieure des symptômes d'affection rhumatismale. Chacune des premières attaques, traitée par les émollients, les bains de vapeur, avait duré trois mois environ. Chez cette femme, le rhumatisme pour lequel elle fut admise à l'hôpital Cochin, s'était manifesté sans cause appréciable, sans qu'elle se fût exposée, nous dit-elle, au froid ni à l'humidité. On ne pratiqua point d'émissions sanguines ; on donna le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes par jour, dans un julep gommeux. La malade, entrée le 24 février, sortit onze jours après, le 7 mars, parfaitement rétablie.

Disons maintenant quelques mots de la médication employée dans ces trois cas, et résumons brièvement les recherches présentées à l'Académie de médecine par M. Briquet, sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine.

Dans les premiers temps, M. Briquet avait opéré sur des doses élevées de sulfate de quinine, et n'en ayant éprouvé aucun effet fâcheux, il les avait continuées afin d'obtenir des résultats bien positifs. Une fois l'influence des médicaments bien établie, il était important d'opérer sur des doses moins élevées. Chez les plus gravement affectés, la dose de sulfate fut de 4 grammes par jour; chez d'autres plus légèrement pris, elle fut de 3, de 2 grammes, et même d'un gramme seulement. Le décroissement des doses a toujours suivi le décroissement des accidents rhumatismaux. Ce n'est que dans les cas où la maladie s'est montrée réfractaire, qu'on a dû

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un petit œuf de Pâques.

Accordez-moi vos indulgences, bien-aimé lecteur, car, en vérité, je vous le dis, je prends la plume sans trop savoir ce qu'elle va vous dire. L'imprimeur est là, créancier impitoyable qui, tous les lundis, vient chercher la besogne du dimanche, et le dimanche d'hier était celui de Pâques. Auriez-vous été, je vous le demande, assez enragé feuilletoniste pour résister à toutes les séductions de la journée, aux belles messes qui nous étaient promises, à ce beau soleil qui, en sortant du temple de Dieu, vous pénétrait de sa chaude influence, vous portait malgré vous vers les jardins où les lilas en fleurs vous attiraient par leurs parfums ? Et de plus — petite confidence que je vais vous faire tout bas — figurez-vous que j'étais hier tout habillé de neuf, chapeau neuf, habit neuf, gilet neuf et le reste à l'avenant, j'étais magnifique à voir. Or, récapitulez bien : Jour de Pâques, messe en musique, soleil radieux, habillé tout flambant neuf, oh ! serez-vous assez triplement cuirassé de fer et de bronze pour me reprocher d'avoir un jour abandonné mon triste et sombre cabinet, d'avoir un instant oublié nos misères médicales, d'avoir pris à mon cou mes anciennes jambes du dimanche ! ce jour charmant et joyeux qu'autrefois, au collége, nous attendions pendant six longues journées de *pensums*, qui plus tard, à la Faculté, était notre rêve et notre espoir, et que vous et moi, bien-aimé lecteur (allons, ne vous en défendez pas), avons si souvent célébré le soir après vêpres, comme dit Gavarni, en chantant des *cantiques* sur le boulevard harmonieux du Mont-Parnasse ! En vérité, je vous le dis, quand hier matin M. Burll — c'est le nom de mon digne et respectable tailleur — après avoir longuement admiré l'élégance de sa coupe et le lustre des étoffes, me tint ce séducteur mais phlegmatique et allemand langage : J'esbère que monsieur fa aller se bromeoer? Non, je n'y tins plus, quelque chose comme vingt années semblait se détacher de mon être, mes jambes allégées allaient et venaient toutes seules, je sortis pimpant et joyeux, et j'allai.... à la messe.

Ce fut à cette église dont la cloche donna le signal de la Saint-Barthélemy, où près de trois cents ans plus tard j'ai vu justement le peuple en courroux entrer à flots menaçants et destructeurs, et dont, à cette heure, un curé artiste et plein de goût efface un odieux souvenir, répare de grands désastres en rendant à cette élégante architecture romane sa primitive et artistique richesse. Cependant j'ai vu là des statues et peintures de l'art moderne qui ne me semblent pas sans reproche. Un Christ au tombeau, placé sous l'autel d'une chapelle, est d'une maigreur si effrayante et si squelettique, qu'il est repoussant à voir; ce n'est pas là un dieu crucifié, crucifié à trente-trois ans, et mort de mort rapide ; c'est le cadavre d'un malheureux phthisique qui s'est éteint dans les angoisses d'une agonie chronique. J'ai vu trois petits anges en marbre qui avaient été certainement pris d'anasarque à la suite d'une scarlatine contagieuse. Un saint, vigoureux athlète, herculéennement musclé de partout, fait malheureusement voir ses deux jambes où les jumeaux et les soléaires font complétement défaut. Dans une Descente de Croix, la musculation est si vigoureusement attaquée, que le peintre a oublié cette enveloppe souple, discrette, qui accuse, sans les montrer du doigt, les saillies musculaires, la peau enfin sans laquelle on peut faire de beaux écorchés, mais sans laquelle on ne fera jamais de belle et bonne peinture. Et puis dans tout cela règne quelque chose de froid et de conventionnel, rien qui annonce l'inspiration, l'enthousiasme, la foi surtout qui rend si touchante et si précieuse l'œuvre des anciens maîtres.

J'avais fait choix de cette église tout exprès pour entendre une messe, œuvre d'un jeune maître dont on m'avait fait le plus grand éloge, et à laquelle de grands talents devaient prêter leur concours. Ce jeune maître avait choisi le jour de Pâques non-seulement pour faire entendre sa musique, mais encore une innovation importante qu'il a introduite dans le plain-chant. L'église romaine a suivi fidèlement jusqu'ici les méthodes de chant laissées par saint Ambroise et saint Grégoire, qui furent les fondateurs du plain-chant. De temps à autre des tentatives d'innovation ont voulu se produire, mais l'église les a toujours repoussées : d'abord par cet esprit de tradition et de pérennité qui la caractérise ; ensuite parce qu'à vrai dire, les innovateurs n'avaient rien produit de supérieur aux méthodes des saints archevêques du quatrième siècle. Ce jeune maître sera-t-il plus heureux ? Je crains le contraire ; sa mélopée est différente, en effet, de la mélopée grégorienne, mais elle rappelle malheureusement la mélopée protestante, de toutes, à mon sens, la plus antimusicale et la plus barbare. Les accords qu'il y a placés ne suffisent pas pour la rendre harmonieuse, et, à tout prendre, j'aime mieux les sons graves, majestueux et solennels du plain-chant ordinaire. La *Prose* surtout est une imitation évidente et maladroite du fameux et si magnifique *Dies iræ* dont nous avons pu récemment entendre, aux funérailles de Bichat, le rhythme empreint d'une si grande tristesse. Ce rhythme, pour un jour de Pâques, est un contre-sens qui a frappé tous les hommes de goût.

La musique ne les a pas satisfaits davantage. A part le final du *Gloria*, le *Passus et sepultus est* du *Credo*, l'*O salutaris*, d'un bon style et admirablement chanté par Herman-Léon, tout le reste c'est du bruit, du tintamarre, du chaos. Ah ! qui nous rendra vos ravissants motifs empreints d'un sentiment si religieux, divin Palestrina, et vos savantes harmonies, brave Sébastien Bach, et vos sublimes compositions, Pergolèse, Gossec, Mozart, Cherubini, Lesueur, que nos maîtres de chapelle dédaignent aujourd'hui pour leur substituer leurs pastiches froids et bruyants dont les accents, je l'espère bien pour les habitants du paradis, n'arrivent pas jusqu'aux célestes demeures?

Voilà donc; je me promettais un plaisir, c'est une déception qui m'advint. Si j'avais su, je n'aurais pas mis mon habit neuf. Mais il est vrai que le bon Dieu nous avait envoyé un beau soleil, que l'air était tout parfumé d'émanations printanières, que cette population parisienne si joyeuse et si proprette s'épandait en longs serpents sur nos promenades publiques, que tout respirait un air de plaisir et de fête, et que moi, pauvre Jean Raimond, qui si rarement vois le soleil et les fleurs, je me suis laissé porter par le flot populaire loin des limites du département; si bien que ce matin en m'éveillant votre pensée m'est arrivée, bien aimé lecteur, d'abord comme un remords, puis après comme une espérance que vous voudrez bien pardonner pour une fois ces lignes fort étranges qui se terminent en vous souhaitant un bon *Alleluia*.

JEAN RAIMOND.

augmenter ces doses, qui n'ont jamais dépassé 4 grammes par jours. En moyenne, il a suffi d'administrer le sel de quinine pendant cinq ou six jours, la quantité totale se trouvant être ainsi de 10 à 12 grammes, quelquefois de 15 ou 18, mais rarement. C'est sous la forme de bisulfate, c'est-à-dire de sulfate neutre dissous complétement à l'aide de l'acide sulfurique dans 150 ou 180 grammes de véhicule, qu'il a été reconnu être le plus avantageux.

Voici maintenant les résultats de cette médication.

Le premier, qui est aussi le plus constant, c'est la cessation de l'insomnie. Dès la première au plus tard, dès la seconde nuit, les malades qui étaient privés de sommeil depuis plusieurs jours, ont dormi suffisamment. Cet effet, si peu important qu'il paraisse au point de vue scientifique, reste d'un grand intérêt pour les praticiens incessamment obligé de combattre les symptômes, et heureux de trouver un moyen de procurer du soulagement au malade. Le retour du sommeil s'observe même chez des sujets chez lesquels les autres phénomènes rhumatismaux n'ont pas diminué notablement.

Le second a été la diminution plus ou moins prompte de la douleur et du gonflement des parties affectées de rhumatisme, et en même temps la diminution très notable de la fréquence du pouls, et de la température de la peau.

La disparition complète du rhumatisme n'est pas définitive chez la plupart des malades sur lesquels elle a lieu de bonne heure, c'est-à-dire du troisième au sixième jour. Chez presque tous il reparaît quelques douleurs avec ou sans gonflement, soit affectant plusieurs articulations, soit une seule; cette récidive est, du reste, ordinairement facile à guérir par quelques nouvelles doses de sulfate de quinine. La disparition de l'affection est le plus souvent définitive chez ceux qui sont débarrassés un peu plus tard; il ne reste plus guère, quand ils conservent quelques symptômes encore, qu'un peu de gêne, de roideur ou de faiblesse dans les parties primitivement affectées. En règle générale, M. Briquet a observé que la majorité des malades est guérie ou très notablement améliorée du neuvième au douzième jour depuis le commencement du traitement.

Après la médication par le sulfate de quinine, l'appétit se développe ordinairement de bonne heure, et l'on n'éprouve que rarement le besoin de continuer la diète complète au delà de quatre ou cinq jours. Dans un grand nombre de cas, on a observé que les complications, à moins qu'elles ne fussent excessivement graves, n'avaient pas exercé sur la maladie et sur le traitement d'influence défavorable.

Dans quelques cas, des symptômes manifestes d'endocardite et de péricardite ont été observés. Dans une première série de malades, le sulfate de quinine avait semblé agir avec une grande énergie contre ces complications. Dans une seconde série, cette heureuse influence du sulfate de quinine ne sembla pas se soutenir, peut-être parce que la dose en avait été moins élevée. Chez les premiers l'on avait observé assez promptement la disposition des bruits de frottement de la région précordiale. Chez les autres, on fut quelquefois obligé de recourir à la saignée; mais si le sulfate de quinine n'agissait point très efficacement sur les complications du côté du cœur, ces complications n'empêchèrent pas les douleurs rhumatismales de disparaître aussi promptement que dans les cas simples.

La durée du traitement varie par le traitement dont nous parlons, comme elle varie dans les cas où l'on en met d'autres en usage. Mais M. Briquet dit avoir remarqué que la moyenne brute du séjour des malades à l'hôpital était environ de vingt-sept jours. Par la nouvelle méthode, tout comme par l'ancienne, les rhumatismes articulaires généralisés, ou du moins affectant plusieurs articulations, ont guéri plus rapidement que ceux qui n'en affectaient qu'une seule; le traitement n'a semblé avoir aucune action dans les cas de rhumatisme mono-articulaire avec hydarthrose.

Enfin l'époque à laquelle on commence l'emploi du sulfate du quinine ne paraît pas généralement exercer une grande influence sur le résultat. Ainsi parmi les rhumatismes qui avaient disparu au troisième jour de traitement, on a trouvé des cas de quinze, douze, huit, six et cinq jours de maladie. Quant au rhumatisme chronique datant de plusieurs années, l'expérience des faits ne permet pas encore d'établir des résultats positifs.

« Ce sont encore pour moi, dit M. Briquet, des faits individuels dans lesquels on obtient des succès fort remarquables ou des résultats complétement nuls, sans que je sache à quoi tient cette différence d'action. Ainsi, j'ai vu des rhumatismes de deux ans disparaître en huit ou dix jours, des tuméfactions anciennes, ayant l'apparence de tumeurs blanches, se résoudre, et, dans d'autres cas, de simples douleurs résister, sans diminution notable, à de fortes doses de sulfate de quinine. »

L'action du sulfate de quinine à haute dose sur le tube digestif mérite d'être mentionnée. Chez tous les malades, suivant M. Briquet, l'appétit s'est rétabli après l'inappétence des premiers jours. Chez tous, la langue est restée blanche et humide, à l'exception des cas de complication de gastro-entérite. Plusieurs fois, il y a eu des vomissements de la potion seulement. Jamais il ne s'est développé de douleurs dans la région épigastrique, de telle sorte que l'estomac et l'intestin grêle ont toujours été respectés par le sulfate de quinine. M. Guérard, dans le service duquel ont été recueillis les deux premiers faits que nous avons publiés, nous a dit également n'avoir point observé de résultats fâcheux par suite de l'administration de ce sel du côté du tube digestif. Cependant d'autres expérimentateurs pensent que l'on a été un peu trop loin en soutenant l'innocuité complète du médicament sur l'estomac et les intestins. M. Monneret a observé, dans quelques cas où l'on a donné le sulfate de quinine pendant plusieurs jours, des vomissements fréquents, bilieux. Il a constaté également quelquefois l'existence de douleurs soit à la région épigastrique, soit vers l'appendice xiphoïde, soit enfin derrière le sternum, douleurs augmentant par la pression ou par les mouvements inspiratoires, et se continuant dans le reste de l'abdomen.

Dans le gros intestin, les effets du médicament ont été souvent très marqués. Chez près de la moitié des malades, il est survenu un peu de diarrhée, avec ou sans coliques, diarrhée passagère et sans gravité, qui s'est souvent montrée après la suppression du sulfate de quinine. M. Monneret a observé dans quelques cas des épreintes anales extrêmement douloureuses; quelques-uns des sujets traités par ce médecin se plaignaient de douleur et d'un sentiment de sécheresse dans le haut du pharynx et dans l'arrière-gorge sans tuméfaction. Les selles n'ont jamais rien présenté de remarquable.

Cette absence d'accidents fâcheux, M. Briquet croit devoir l'attribuer au soin extrême qu'il apporte dans l'administration du sulfate de quinine. Nous ne saurions mieux faire, pour guider les praticiens dans l'emploi de ce médicament dans le rhumatisme, que de transcrire le passage suivant où le médecin de l'hôpital Cochin expose la manière d'agir que l'expérience d'un grand nombre de faits lui a permis d'adopter : « Je fais toujours, dit-il, fractionner les doses de façon que l'on ne donne à la fois qu'une petite quantité de sel. De la sorte, on est toujours à même, en suspendant le médicament au moment où des phénomènes pathologiques se produisent, de ne point dépasser ce que le malade peut tolérer. Je tiens beaucoup a donner le sulfate de quinine en dissolution parfaite.

» Dissous, le médicament est dans les conditions les plus favorables à l'absorption, et celle-ci se fait immédiatement autant qu'elle peut se faire. L'action du sel est régulière et rapide. En poudre, cette substance insoluble n'a d'action qu'autant qu'il se présente des acides pour la dissoudre. Or, rien n'est plus variable que la production des acides dans le tube digestif; il peut se faire que des quantités de sulfate de quinine s'accumulent dans cette cavité faute de dissolvant, puis que tout d'un coup celui-ci se sécrète en abondance et fasse passer à l'instant toute cette poudre à l'état de sulfate acide très soluble. De là des accidents possibles; dans tous les cas, et en supposant une dissolution faite régulièrement, elle n'a lieu que lentement, et, si des accidents viennent à paraître, on ne peut pas les arrêter, malgré la suspension des médicaments, attendu qu'il reste toujours dans le tube digestif une certaine quantité de ce sel, qui, se transformant lentement en sulfate acide de quinine, fournit sans cesse à l'absorption de nouveaux matériaux nuisibles.

» Presque tous les malades ont eu des bourdonnements, des sifflements ou des tintements d'oreille continuels et assez fatigants, une dureté de l'ouïe plus ou moins forte, mais n'ayant jamais été jusqu'à la surdité. Plusieurs ont éprouvé des vertiges et de la titubation lorsqu'ils se levaient; d'autres ont ressenti de la fatigue, de la cuisson dans les yeux, ou de légers troubles passagers de la vue. Pas un seul n'a eu d'amaurose, ni de dilatation notable des paupières.

» Les phénomènes sur lesquels je me guide pour suspendre les médicaments sont la prostration et la titubation d'une part, et la fréquence croissante ou le ralentissement extrême du pouls et sa petitesse d'autre part. Dès qu'un malade paraît trop affaibli, prostré ou en titubation, ou que son pouls, en se rapetissant, prend de la fréquence ou tombe trop audessous de son type normal, il faut s'arrêter. »

Lorsqu'on l'administre en s'entourant de toutes ces précaution, il est à peu près impossible que le sulfate de quinine produise des accidents inquiétants. Cependant nous devons, dans une question de cette importance, rapporter en résumé les considérations auxquelles se sont livrés d'autres expérimentateurs fort distingués et prudents aussi à propos de ces accidents.

M. Monneret a observé trois sortes d'accidents à la suite de l'administration du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu. Les premiers sont des troubles du système nerveux, qui se manifestent peu de temps après l'ingestion des premières doses de sulfate de quinine. D'abord des bourdonnements et tintements d'oreilles, véritable hallucination de l'ouïe, et demi-surdité plutôt apparente que réelle; puis vertiges plus ou moins forts, devenant plus intenses lorsque les malades se mettent sur leur séant; tournoiements de tête. Quelquefois, mais plus rarement, obscurcissement de la vue. Enfin, ivresse quinique, assez analogue à celle que provoquent les premières doses d'opium. Cette ivresse se manifeste soit par une excitation fort grande, soit, et plus fréquemment, par un état d'abattement et de collapsus qui ressemble assez bien à celui que détermine la fièvre typhoïde, lenteur et paresse de l'intelligence et de la mémoire, découragement, stupeur même.

Le seconde série de phénomènes toxiques comprend les symptômes d'irritation gastro-intestinale, la douleur épigastrique, la rougeur et la sécheresse de la langue, le météorisme du ventre, les vomissements répétés, la constipation opiniâtre avec ténesmes suivis de diarrhée.

Enfin, la troisième renferme les symptômes typhoïdes: la face exprime la stupeur et l'hébétude; elle prend une teinte et une expression qui rappellent assez exactement l'état typhoïde. C'est par une altération du sang que l'auteur que nous citons explique les phénomènes typhoïdes graves que détermine l'empoisonnement par le sulfate de quinine, faisant remarquer que, chez les sujets qui les présentent à un haut degré, les hémorrhagies nasales ont lieu.

Si nous devions mentionner en détail les accidents auxquels peut donner lieu l'administration du sulfate de quinine à très haute dose afin de prémunir les praticiens contre les abus du médicament, nous ne saurions trop répéter, en terminant cet article, que jamais, entre les mains d'un médecin prudent et attentif, surveillant exactement les effets du sulfate de quinine, ces accidents n'arriveront à ce degré d'intensité. Ils devront, comme le recommande l'auteur de la nouvelle médication, suspendre l'administration du sel de quinine dès que se manifesteront les premiers phénomènes du côté des organes des sens; puis, une fois ces premiers accidents dissipés, en reprendre l'usage en ayant soin de donner des doses plus faibles, enfin accommoder le médicament à la susceptibilité des malades.

F.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Cas remarquables de torticolis accompagnés de circonstances assez rares, dont un suivi de mort après l'opération. Réflexions cliniques sur ce dernier.

Deux cas de torticolis remarquables sous plusieurs rapports, et produits par des causes très diverses, se sont présentés à notre observation dans le service de M. Robert. Nous croyons rendre un véritable service à la science en les faisant connaître, ainsi que les remarques pleines d'intérêt pratique qu'un d'eux surtout a suggérées à l'habile chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Le premier cas, intéressant par sa singularité, a trait à un homme de trente-deux ans, horloger et marié. Il a, dit il, toujours été bien portant jusqu'à l'âge de trente ans; seulement, il y a six ans, il eut une grosseur sur la face dorsale d'un pied, qui se termina par des abcès, lesquels donnèrent lieu à des fistules dont il n'est pas encore parfaitement guéri. Son tempérament est évidemment lymphatique et disposé aux affections strumeuses.

Il y a deux ans, il a commencé à tousser, et en même temps à maigrir. Depuis lors, sa santé s'est de plus en plus détériorée. L'auscultation révèle l'existence de foyers purulents, évidemment tuberculeux, à la partie supérieure des poumons, principalement à gauche; et l'on voit à la région cervicale de ce même côté, suivant le trajet du muscle sterno-mastoïdien, une certaine tuméfaction accompagnée d'une déviation de la tête; enfin, d'un véritable torticolis. En pressant avec les doigts sur cette région, on détermine une sorte de gargouillement.

Ici le torticolis a été occasionné par la fusée purulente provenant de la fonte tuberculeuse du poumon, qui s'est faite à la face interne du muscle, et qui a déterminé son irritation, par conséquent sa contracture. Je ne sache pas qu'une semblable variété de torticolis ait été décrite par les auteurs. Au reste, cette observation ne présente aucun intérêt au point de vue pratique, l'affection tuberculeuse étant la cause de la maladie, et au-dessus des ressources de l'art.

— Le second cas se rapporte à une femme qui, ayant été opérée, a succombé aux suites de l'opération contre toute attente. A propos de cette intéressante observation, M. Robert s'est livré à quelques réflexions générales sur la maladie elle-même, et a tiré des circonstances insolites qui l'ont accompagnée, des inductions importantes sous le point de vue pratique.

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, dit-il, est sujet à une espèce de contracture par laquelle ses deux extrémités étant rapprochées l'une de l'autre, la face de l'individu est déviée dans le sens opposé du muscle par un mouvement de rotation de la tête sur la colonne vertébrale, en même temps que celle-ci est inclinée sur le côté du muscle contracturé. Cette affection est connue généralement sous le nom de torticolis. Il y en a plusieurs espèces. Je ne veux pas vous parler ici de celles qui dépendent de toute autre cause que d'une contracture musculaire. Ainsi, des affections organiques et rhumatismales survenant dans les vertèbres cervicales supérieures, et les parties ligamenteuses qui les entourent peuvent donner lieu à une semblable difformité. Je n'entends, pour le moment, vous entretenir que des torticolis qui sont le résultat d'une contraction musculaire.

Une première circonstance importante à noter, c'est que deux espèces de contractures peuvent survenir dans le muscle sterno-mastoïdien, et donner naissance à cette affection. Ainsi : 1° Le muscle, sous l'influence d'une contracture permanente, devient dur, compacte, peu à peu s'atrophie, surtout dans sa partie musculeuse, et finit par passer à cet état qu'on appelle aujourd'hui état de rétraction. Par suite de cette sorte de transformation, le muscle est en réalité plus court qu'il n'était à l'état normal, et ses deux extrémités étant rapprochées d'une manière permanente, la tête subit à la fois un mouvement de déviation et d'inclinaison du côté du muscle lui-même.

Dans ce cas, il n'y a d'autre moyen efficace à opposer à la difformité, qu'une opération à l'aide de laquelle on coupe cette espèce de corde toujours tendue, et on arrive à rétablir les parties dans leur position normale.

2° Il y a une autre espèce de contracture musculaire qu'on peut appeler convulsive. Elle a pour caractère essentiel de n'être point permanente; le muscle ou les muscles qui en sont affectés sont tantôt contractés, tantôt dans un état de relâchement, sans pouvoir distinguer dans la succession alternative de ces différents états aucun ordre ni mesure.

Dans le premier cas, nous avons le torticolis ordinaire permanent, qui se présente le plus fréquemment dans la pratique. Dans le second cas, c'est au torticolis dit intermittent par les auteurs que nous avons affaire. M. le docteur Depaul, dans une excellente thèse de concours pour l'agrégation, entre à ce sujet dans quelques détails, et cite plusieurs observations que nous croyons devoir résumer en peu de mots.

Ainsi, il signale un cas extrait de l'ouvrage de M. Dieffenbach, concernant un officier de la marine russe, qui depuis cinq mois avait par intervalle des accès de contraction dans le muscle sterno mastoïdien gauche, d'où résultait une flexion de la tête avec rotation. Le spasme durait quarante secondes

environ, et se répétait de deux en deux minutes. Pourtant, en inclinant la tête du côté opposé, on pouvait retarder le retour des accès. Ils disparaissaient aussi presque entièrement quand le malade était couché. Il existait en même temps des douleurs dans le dos et dans la région des deuxième et troisième vertèbres cervicales. La pommade stibiée employée en frictions, les narcotiques, les émollients, les excitants, mis tour à tour en usage, n'amenèrent aucun résultat.

Le même confrère cite trois autres faits de ce genre, dont l'un, communiqué à l'Académie de médecine par M. Amussat en 1834; le second, enregistré par Stromeyer dans son ouvrage sur la matière; et le troisième, attribué à M. Bouvier, encore inédit.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un cordonnier âgé de cinquante-trois ans, qui, à la suite d'une fatigue éprouvée pour avoir transporté un lourd fardeau, ressentit d'abord une douleur vive au cou, puis quelques mouvements spontanés dans la nuit, qui lui faisaient dévier la tête de droite à gauche; et enfin un véritable torticolis, d'abord passager, ensuite presque constant, par lequel la tête était fortement déviée à gauche, et il fut obligé d'interrompre ses occupations ordinaires. Quand il marchait ou se livrait à quelque exercice, il éprouvait des contractions intolérables. Une foule de médications fut mise en usage sans aucun avantage appréciable. Enfin, sur le conseil de M. Amussat, le malade s'étant décidé à subir l'opération, il fut complétement débarrassé de cette infirmité.

Le fait de Stromeyer concernait une demoiselle, fille d'une mère calculeuse et sœur d'une hystérique et d'un épileptique, des attaques desquels elle fut témoin plus d'une fois. On avait remarqué depuis sept à huit ans que sa tête s'inclinait un peu à gauche. Elle éprouva une vive frayeur à la vue d'un incendie, et alors la maladie s'aggrava en prenant un caractère convulsif. La tête était déviée à droite et fléchie à gauche, tellement que le menton se trouvait au-dessus de l'épaule droite, et l'oreille gauche tout près du sternum. La face avait subi aussi une déformation extraordinaire, surtout à gauche. Ces mouvements étaient spasmodiques, et par moment la tête reprenait sa direction naturelle, mais pour très peu de temps. Le siége de la maladie était évidemment la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien gauche, qui se raccourcissait de la moitié pendant les accès, et formait une espèce de corde dure sous la peau. Ayant essayé sans succès un grand nombre de médicaments internes, Stromeyer proposa l'opération, qui fut acceptée, et coupa la portion sternale du muscle; la tête se redressa tout de suite, et la difformité semblait disparue tout à fait; mais quinze jours après elle revint, et on fut obligé d'inciser la portion claviculaire, ce qui donna un résultat plus satisfaisant. Toutefois, on ne put obtenir une guérison complète et permanente qu'après avoir coupé la portion claviculaire du muscle trapèze et une bride celluleuse étendue du sterno-mastoïdien au scalène.

Enfin le dernier fait, communiqué par M. Bouvier, a trait à une dame de cinquante ans environ, qui fut prise d'une rétraction spasmodique du muscle sterno-mastoïdien à la suite de douleurs rhumatismales. Il n'y avait rien de précis dans le retour de l'accès; mais il avait lieu fréquemment, et avait résisté à tous les moyens internes et externes employés. M. Bouvier, auquel se confia la malade, pratiqua la section de la portion sternale du muscle. L'embonpoint du sujet, et l'état de relâchement dans lequel se trouvait cet organe, rendirent l'opération longue et difficile; mais le résultat immédiat fut assez satisfaisant. Quant au résultat définitif, on ne le connaissait pas encore à l'époque où ce fait a été rapporté par M. Depaul.

C'est à un torticolis de cette nature que nous avons eu affaire dans le cas dont je veux vous entretenir. La femme opérée était une blanchisseuse demeurant à Boulogne. Cet état expose beaucoup les personnes qui l'exercent aux alternatives brusques de chaud et de froid, qui peuvent facilement occasionner de ces affections nerveuses et rhumatismales. Le torticolis, chez elle, a succédé immédiatement à un refroidissement.

Elle entra d'abord dans le service de M. Louis, à ce même hôpital; ce médecin la soumit à tous les moyens ordinaires capables de triompher de l'élément nerveux ou rhumatismal de la maladie, tels que les frictions avec la pommade stibiée, les bains, les douches, etc. : mais le tout sans succès. Alors, on la fit passer dans notre service. On observait, chez elle, deux états bien distincts sous le rapport du torticolis : il y avait un état de contracture permanente des muscles du cou, surtout du sterno-mastoïdien du côté droit, mais à un degré modéré tel, que, par moment, la tête pouvait être ramenée à son attitude normale, surtout quand la malade était couchée; puis un état convulsif spasmodique qui s'ajoutait de temps à autre au premier, et dans lequel la tête était en proie à des mouvements irréguliers qui augmentaient beaucoup sa déviation et son inclinaison latérale; c'est à tel point que le menton se trouvait placé, par moment, vis à vis de l'épaule gauche. Ces mouvements avaient lieu surtout quand la malade était debout, et on pouvait facilement les apprécier à la vue comme à la main, appliquée sur la région où ils avaient lieu.

Ce torticolis, qu'on pourrait appeler complexe, car il se composait d'une contracture ordinaire des muscles et de mouvements spasmodiques affectant par moment ces mêmes muscles, m'a paru se compliquer aussi de spasme dans quelques muscles latéraux du cou du côté opposé, tels que le splenius et le complexus, car, en pressant cette région avec la main, on sentait une rigidité profonde sur le trajet de ces muscles.

Ces phénomènes nous donnèrent beaucoup à réfléchir. Nous nous sommes rappelé qu'à la face on observe aussi des affections spasmodiques ou convulsives dans une des moitiés de cette région, maladie connue sous le nom de spasme cynique de la face, et sur laquelle M. le docteur François, de Louvain, a récemment publié une monographie pleine d'intérêt. Or, si l'on considère que les muscles malades tirent tous leur faculté motrice d'un seul nerf, on sera porté à regarder cette maladie comme due à un état morbide particulier, c'est-à-dire à une surexcitation du nerf facial.

L'année dernière, nous avons eu dans le service un exemple remarquable de ce genre d'affection. C'était un orfèvre. Déjà plusieurs fois il avait été affecté de contractions spasmodiques fréquentes dans tout le côté gauche de la face, qui, indépendamment de la difformité qu'elles constituaient, amenaient l'occlusion momentanée de la paupière gauche, et mettaient ce pauvre ouvrier dans la presque impossibilité de vaquer à son travail. Nous l'avons laissé sortir de l'hôpital non guéri, après avoir vainement essayé tous les moyens de traitement connus. Aujourd'hui, nous n'hésiterions pas à opposer à une semblable maladie la section du nerf facial.

En rapprochant le spasme cynique de la face du torticolis convulsif, il semble que j'aurais dû être porté aussi à opposer à ce dernier la section du nerf spinal; mais, indépendamment des difficultés de cette opération, j'aurais déterminé un torticolis par paralysie du muscle sterno-mastoïdien, difformité beaucoup plus grave que ne le serait l'hémiplégie faciale consécutive à la section du nerf facial. Je me suis donc décidé à pratiquer chez notre malade la section pure et simple du muscle sterno-mastoïdien, d'autant mieux que dans les cas dont je viens de vous parler, cette opération paraît avoir été pratiquée avec assez de succès.

Le muscle sterno-mastoïdien est divisé en deux faisceaux, sternal et claviculaire, d'après l'attache qu'il prend au sternum et à la clavicule; et il en résulte aussi des fonctions différentes, selon le faisceau qui entre en action. Cette distinction, déjà admise par les anatomistes depuis longtemps, se trouve confirmée par l'observation, qui a démontré, en effet, que, dans le torticolis, le faisceau sternal prend plus de part à la déformation que le faisceau claviculaire; quelquefois même, il a suffi de couper le premier pour remédier à la maladie. Aussi ai-je préféré à tout autre l'ingénieux procédé de M. Dieffenbach, qui permet facilement à l'opérateur de couper isolément les deux faisceaux ou, au besoin, les deux successivement.

Il consiste à faire une petite ponction au niveau de l'intervalle des deux faisceaux inférieurs du muscle et à un travers de doigt au-dessus de la clavicule; à glisser ensuite le ténotome d'abord entre le tégument et le faisceau sternal, qu'on coupe de dehors en dedans; puis à faire la même opération sur le faisceau claviculaire, si la tête n'est point redressée après la section du premier. C'est ainsi que j'ai procédé chez notre femme; mais une difficulté à laquelle nous étions loin de nous attendre, a rendu beaucoup plus grave cette opération. A peine le tranchant du ténotome était-il appliqué sur le faisceau sternal et mis en mouvement, que ce muscle a été agité de mouvements convulsifs et alternatifs de convulsion et de relâchement rapides qui le faisaient fuir à chaque instant sous l'instrument; je me suis même aperçu que la petite veine jugulaire antérieure placée, comme on sait, le long du bord interne du muscle, avait été coupée, ayant vu sortir par la petite piqûre cutanée un flot de sang veineux assez abondant. Cependant le faisceau sternal a été coupé en entier, et je n'ai pas jugé convenable de procéder immédiatement à la section du faisceau claviculaire. La petite plaie a été couverte avec un morceau de sparadrap maintenu lui-même par un bandage médiocrement serré. Dans la journée, la malade a souffert par suite de contractions violentes et involontaires du muscle; il s'est formé dans le foyer de l'opération un trombus.

Les jours suivants, l'état a été en s'améliorant; mais le quatrième jour la tumeur sanguine est devenue douloureuse, et, le cinquième, la malade a commencé à éprouver des frissons violents et irréguliers, suivis bientôt de fièvre intense et d'un peu de délire. Les symptômes de la résorption purulente se sont dessinés de plus en plus, et la malade a succombé le douzième jour après l'opération.

A l'autopsie, nous avons trouvé le faisceau sternal du muscle entièrement divisé et rétracté dans sa gaîne; un peu de sang en grumeau mêlé à du pus existait entre les deux bouts; la veine jugulaire antérieure, antérieurement divisée, était oblitérée à quelque distance, en haut et en bas, par un caillot sanguin, et son bout supérieur contenait un peu de pus concret dans l'étendue de quatre travers de doigt. Les viscères ne contenaient point d'abcès métastatiques.

Des résultats aussi malheureux d'une opération déjà répétée tant de fois, nous semblent dus immédiatement à l'inflammation du foyer de l'opération, et peut-être aussi à la phlébite résultant de la blessure de la veine jugulaire antérieure; mais la cause première de tous ces malheurs nous paraît devoir être attribuée à l'état particulier du muscle agité de mouvements convulsifs pendant et après l'opération. Ces contractions, qui paraissaient très douloureuses à la malade, et d'où devait résulter un tiraillement violent des surfaces de la plaie, ont dû concourir puissamment à développer l'inflammation suppurative de cette plaie.

Je regrette de n'avoir pas dans les documents historiques sur le torticolis, un seul cas qui pût me faire soupçonner ce que présente de fâcheux cette forme convulsive; car, bien que le ténotome semble devoir être appliqué à cette espèce de maladie, on ne saurait disconvenir que l'opération trouve dans l'état du muscle des conditions défavorables que je regarderais comme une contre-indication.

REVUE GÉNÉRALE.

De la gymnastique intellectuelle et auditive employée comme complément indispensable du traitement de la surdité. — M. le docteur Philippe a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* un long mémoire sur un nouveau traitement de la surdité. Ce mémoire est divisé en deux parties; l'une comprend des spécialités fort intéressantes sur des rapports qui existent entre le développement de la faculté auditive et celui de l'intelligence; la seconde renferme les principes sur lesquels doit être basé le traitement de la surdité, ce que l'auteur appelle proprement la gymnastique intellectuelle et auditive. C'est de la seconde partie que nous extrayons les considérations suivantes :

Il faut commencer par forcer le sourd à écouter, et chercher à éveiller son attention. Pour atteindre ce but, il est nécessaire qu'on lui fasse entendre d'abord des sons pour ainsi dire préparatoires, qui invitent le sens de l'ouïe à se mettre en action. Ainsi vous l'avertirez, soit de votre présence, soit de l'intention que vous avez de lui adresser la parole, en lui frappant légèrement sur l'épaule, ou en lui faisant un signe quelconque; ou bien, ce qui est mieux encore, en l'appelant par son nom.

Ces préceptes fondamentaux étant observés, il faut arriver immédiatement à l'exercice, à la gymnastique du sens de l'audition.

Dans ce but, il est nécessaire de lui apporter le plus de matériaux possible pour l'occuper et le forcer à l'action. Les lectures à haute voix entrent en première ligne dans les moyens mis en usage pour obtenir ce résultat. Cette introduction continuelle d'ondes sonores met le système nerveux dans un état d'éréthisme permanent qui le réveille de son atonie. Les sujets de lecture doivent être agréables, intéressants, pour mieux captiver l'attention de la personne, à la portée de son intelligence. On lui fera répéter chaque mot ou chaque membre de phrase; ou bien encore on se contentera de l'analyse du morceau qu'on lui aura lu. On élèvera la voix le moins possible en prononçant les mots.

De cette manière on rend le sens moins paresseux en exigeant plus d'efforts de sa part, en même temps que le cerveau redouble d'action pour que la perception ait lieu avec de si faibles matériaux; autrement la tâche serait trop facile pour le système nerveux, et il ne gagnerait pas en activité.

Ordinairement lorsque je traite la surdité par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, je fais une lecture d'un quart d'heure environ immédiatement après l'opération, et je recommande aux personnes qui touchent de près au malade de renouveler ces épreuves intellectuelles deux ou trois fois par jour.

Il est essentiel que les mots soient prononcés bien nettement et lentement pour tâcher que tous soient entendus, afin que le sourd ne s'habitue pas à se contenter d'à-peu-près.

On ne saurait trop appuyer sur ce moyen curatif, qui est de la plus grande importance.

Toutefois on doit lui ajouter, comme puissant auxiliaire, l'usage des conversations fréquentes et soutenues. Les parents, les amis, tous ceux qui entourent l'individu, auront le soin de causer beaucoup avec lui, de l'entretenir de sujets qui lui plaisent.

Il est si vrai que les conversations développent le sens de l'ouïe, que j'ai maintes fois remarqué que, lorsque je commençais à parler à un sourd, il avait assez de peine à m'entendre. Si je persistais, si la causerie s'engageait d'une manière suivie, l'animation qu'en ressentait la personne stimulait fortement les centres nerveux; elle saisissait alors ce que je lui disais beaucoup mieux qu'à l'origine de la causerie, parce que son attention était tendue et fixée par l'intérêt qu'elle y attachait.

L'étude de la musique est un moyen gymnastique très utile aussi pour l'oreille ainsi que pour le cerveau. Elle introduit dans ce premier organe une masse de sons qu'il reçoit sans effort et qui captivent son attention de manière à ne pas exiger de travail. La musique instrumentale est plus efficace que la musique vocale.

En un mot, toutes les espèces de bruits doivent être mises en présence du sourd, en exceptant toutefois ceux dont la trop grande intensité choquerait le sens de l'ouïe, et élèverait par conséquent la sensibilité au delà des limites normales.

On conçoit que l'excitation qui s'adresse à l'ouïe va retentir nécessairement au centre cérébral, et que, si ce sens gagne en irritabilité et remplit plus complétement ses fonctions, ce dernier organe doit ressentir aussi les effets de cette influence salutaire; cependant, il est bon de donner quelques préceptes à ce sujet.

Ainsi, pour ce qui concerne les lectures à haute voix, elles doivent être progressives sous le rapport des matières traitées dans les ouvrages qu'on choisit, en harmonie avec l'intelligence des personnes auxquelles on les adresse.

On fournira insensiblement à la personne dont l'intelligence à souffert des ouvrages de plus en plus forts, qui l'exercent sans la fatiguer. Le choix sera fait parmi ceux qui peuvent l'intéresser davantage.

Les conversations devront être aussi à la portée de l'âge du sourd, et en rapport avec les circonstances sociales dans lesquelles il se trouve, intéressantes en même temps qu'instructives.

Cet appendice au traitement de la surdité que je viens de présenter est nouveau dans l'application que j'en ai faite, bien que les principes sur lesquels il est basé soient connus.

J'ai donc innové, en généralisant pour tous les cas de surdité, ce qui n'avait été appliqué qu'à certains d'entre eux, et j'ai fixé l'attention des praticiens sur une lacune qui existait dans les circonstances consécutives à l'emploi des agents curatifs ordinaires opposés aux divers degrés de cophose. D'ailleurs, je ne sache pas que l'on ait conseillé les lectures à haute voix pour l'éducation des sourds.

Luxation de la clavicule en arrière sur le sternum. — Les luxations de la clavicule sont assez rares; les Archives médicales du Midi en ont publié un exemple qui nous a paru d'autant plus intéressant et digne d'être reproduit qu'une fois la luxation réduite le malade guérit sans avoir besoin d'appareil contentif, ce qui constitue une exception à la règle générale.

Thomas Steglich, âgé de quarante-deux ans, matelot autrichien, d'une constitution vigoureuse, poitrine bien développée, muscles saillants et volumineux, taille moyenne, clavicules peu arquées, entre à l'hôpital le 20 mai 1845.

Ce marin se trouva engagé par hasard entre son navire qui s'approchait du quai et un navire voisin. Dans cette position, ses deux épaules furent pressées transversalement et fortement portées en avant; mais ce fut surtout l'épaule droite qui reçut la secousse. Le malade ressentit une très vive douleur au niveau du sternum du côté droit au moment même de l'accident, et fut transféré immédiatement à l'Hôtel-Dieu. Il accusait vers la fourchette du sternum une douleur assez forte qu'exaspéraient les moindres mouvements du bras. Un peu de rougeur se remarquait dans le point correspondant, exempt d'ailleurs de tout gonflement. On était surtout frappé d'une dépression très manifeste au niveau de l'articulation du côté droit; et, si on enfonçait les doigts dans ce point, on sentait la surface articulaire du sternum vide, et la tête de la clavicule engagée en arrière et en bas sous ce dernier os.

L'épaule, raccourcie en apparence, semblait être portée en avant. La clavicule était oblique de dehors en dedans, et faisait très peu de saillie à sa partie moyenne. Le malade n'éprouvait aucune gêne de la respiration, comme on le voit parfois dans des cas semblables, où l'extrémité sternale de la clavicule presse sur la trachée-artère.

On essaya, pour réduire cette luxation, divers procédés; on appuya fortement sur l'épaule pour la porter en dehors et en arrière; on fit relever le bras, on le dirigea en arrière vers le dos, et tout cela inutilement. Or, que fallait-il faire ici? Porter l'omoplate en dehors et en bas pour dégager l'extrémité interne de la clavicule enfoncée sous le sternum, et ensuite pousser la clavicule en avant pour faire la coaptation des deux surfaces articulaires. M. Bernard, chef interne, se

servit à cet effet du procédé suivant : Le malade étant couché préalablement sur le côté sain, c'est-à-dire sur le côté gauche, un premier aide passa ses deux mains réunies dans l'aisselle comme pour porter l'épaule en dehors et en arrière ; un deuxième aide, placé de l'autre côté du lit, tirait sur l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras ; par ce moyen, le bras et l'épaule formaient un levier dont le point d'appui était dans l'aisselle aux mains du premier aide ; conséquemment, la force développée par le deuxième aide se transmettait au moyen du point d'appui du bras à l'épaule, et de l'épaule à l'extrémité interne de la clavicule, qui se dégageait ainsi de dessous le sternum En même temps le chirurgien la ramenait en avant, à la rencontre de la surface articulaire, avec le pouce et l'index de chaque main. Cette réduction fut faite assez promptement, mais exigea le déploiement de forces considérables ; elle se reproduisit d'elle même pendant deux fois. Mais on la réduisit une troisième fois, et alors la réduction fut permanente, On ordonna au malade de garder le repos, et surtout de ne pas remuer le membre. Comme il était très pléthorique, on lui pratiqua une saignée. Ce fut là tout le traitement. Le malade sortit le 2 juin, douze jours après l'accident. Un léger gonflement existait encore autour de l'articulation, et les mouvements du bras étaient un peu douloureux.

Bibliographie.

Traité des maladies de l'enfance; par M. Barrier.

La réputation du livre de M. Barrier n'est plus à faire. La rapidité avec laquelle la première édition a été épuisée en moins de deux ans, est la meilleure preuve que l'on puisse donner de son mérite et de son importance. Cependant, jaloux de se maintenir au niveau des progrès de la science, désireux de mettre à contribution les travaux nombreux qui, depuis la première publication de cet ouvrage sont venus enrichir la *pœdiatric*, M. Barrier, qui occupe une des premières places parmi les hommes voués aux fortes études, et parmi les praticiens distingués de notre époque, M. Barrier n'a pas cru devoir laisser son œuvre sans lui faire subir quelques modifications, profitant des avis de la critique, et cherchant à combler les rares lacunes qui lui avaient été signalées par la presse médicale. On conçoit dès lors que notre analyse d'aujourd'hui devra porter, non pas sur l'ensemble de l'ouvrage, mais sur ces modifications de forme et sur les importantes additions qu'il a jugé convenable d'y faire.

Parmi ces additions, les plus intéressantes sont celles qui ont trait aux maladies des enfants nouveau nés, maladies les moins complétement et les moins généralement étudiées dans les traités de pathologie de l'enfance. Nous citerons entre autres le chapitre relatif à l'érysipèle des nouveau-nés. affection qui offre, suivant l'auteur, d'accord en ceci avec M. le professeur Trousseau, des caractères spéciaux, principalement pendant les deux premiers mois de la vie, en raison de sa marche, et surtout en raison de sa gravité. Cette gravité est d'autant plus grande que, à cette période de la vie, la susceptibilité de la peau des sujets est extrême, et que leur constitution ne se prête moins à l'emploi de médications assez énergiques pour être efficaces.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés, dont la ressemblance est grande avec l'ophthalmie blennorrhagique des adultes, et qui est tout jours une affection si grave ; l'ophthalmie scrofuleuse, dans laquelle on retrouve d'une manière bien distincte l'élément inflammatoire et l'élément scrofuleux ; l'otorrhée ou otite chronique, qui reconnaît souvent pour cause cet élément scrofuleux, ne forment pas le sujet de chapitres moins attachants.

Sous le nom d'*atélectasie* des poumons, M. Barrier a décrit une lésion spéciale du tissu pulmonaire, indiquée récemment par MM. Legendre et Bailly, et nommée par eux *état fœtal*, en raison de son analogie avec l'état normal du poumon chez le fœtus ; cette lésion, qui aurait été jusqu'à présent confondue par les auteurs avec l'hépatisation lobulaire, serait une simple occlusion des vésicules, résultant, soit d'une contractilité de tissu, soit d'une congestion du réseau vasculaire extérieur aux vésicules. Le caractère essentiel de cette lésion est: que l'on peut rendre plus ou moins complétement aux lobules, par l'insufflation, leur aspect vésiculaire normal. Cet état atélectasique des poumons est utile à connaître autant au point de vue de la pathologie qu'à celui de la médecine légale ; puisqu'il serait prouvé par lui que le poumon d'un enfant qui a respiré plusieurs heures peut redevenir semblable à ce qu'il était avant la naissance.

L'ordre que M. Barrier a suivi dans la description de la maladie est le même que dans la première édition de son ouvrage. Il a tour à tour étudié les maladies des divers appareils, maladies de la poitrine, de l'appareil digestif sus et sous-diaphragmatique, des organes génito-urinaires, du système nerveux, des organes des sens, sous ce titre, Maladies diverses, l'auteur a rangé l'ictère des nouveau-nés, l'œdème, les hydropisies, les scrofules, les céphalhématomes, la syphilis. Bien qu'il convienne qu'elle n'est pas exempte de reproches, M. Barrier a conservé cette classification comme la meilleure jusqu'à présent, au point de vue pratique.

La seule suppression qui ait été faite porte sur un chapitre relatif à la nature des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, « chapitre qui » a pu, dit l'auteur, paraître déplacé dans un Traité de pathologie » spéciale, et quelques observations d'un médiocre intérêt qui n'étaient » nécessaires, ni pour fixer un point de science, ni pour appuyer un » précepte de pratique. » En désaccord sur ce point avec l'auteur, nous regrettons qu'il ait cru devoir sacrifier ces considérations sur un sujet tout à fait à l'ordre du jour, et qui, s'il n'a pas un intérêt éminemment pratique, se rattache à une question assez importante pour faire le sujet d'un examen spécial.

Tel qu'il est, le livre de M. Barrier n'en reste pas moins l'un des plus complets et des plus recommandables traités de la pathologie de l'enfance, comprenant non-seulement les maladies des sujets au-dessus de deux ans, mais encore celles des enfants à la mamelle, que l'on regrettait de ne point trouver dans un traité clinique fort remarquable du reste, publié dans ces derniers temps par deux auteurs d'un talent réel et d'un mérite incontesté. A F.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement topique de l'arthralgie chronique; par M. le professeur Lippich, de Padoue.

Pour combattre l'arthralgie chronique, M. Lippich se sert très avantageusement de l'emplâtre suivant :

Suif de mouton, 30 grammes.

Faire fondre à un feu doux, puis ajouter :

Résine de pin, 30 grammes.
Cire jaune, 30 grammes.

Continuer l'action de la chaleur jusqu'à fusion complète ; retirer du feu, et, lorsque le mélange est près de se solidifier par suite du refroidissement, ajouter enfin :

Opium purifié, 4 grammes.
Camphre pulvérisé, 4 grammes.

M. S. A. pour obtenir une masse d'une parfaite homogénéité.

M. Lippich fait préparer, avec cette composition, des écussons dont il prescrit d'envelopper les articulations qui sont le siége des douleurs.

Emploi du sulfate de fer contre les sueurs chroniques; par M. le professeur Lippich (de Padoue).

M. Lippich prescrit, avec un avantage bien marqué, le sulfate de fer contre les sueurs chroniques (*Ephidrosis chronica*). C'est d'après la formule suivante qu'il administre ce médicament dans des cas de ce genre :

Quinquina gris, 30 grammes;
Eau commune, 300 id.

Faire bouillir pendant huit ou dix minutes, passer et ajouter à la colature,

Sulfate de fer, 40 centigrammes;
Sirop simple, 30 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour une boisson dont on fait prendre, toutes les deux heures, au malade, la moitié environ d'une tasse à café.

Traitement des pollutions nocturnes; par M. le docteur Rousse.

M. Rousse emploie avec succès, dans les cas de pollutions nocturnes, une infusion d'absinthe officinale préparée d'après la formule suivante :

Sommités d'absinthe, 4 grammes.
Eau bouillante, 150 grammes.

M. et F. infuser S. A., puis passer avec expression.

Cette infusion doit être prise en une fois, au moment du coucher, et son usage doit être continué pendant longtemps, bien que ses bons effets ne tardent pas à se manifester.

NOUVELLES.

M. le docteur Rault, médecin en chef de l'hopital civil et militaire de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— *Mouvement des hôpitaux de Paris pendant* 1845. — Le chiffre des malades existant en traitement dans les hôpitaux de Paris a varié, dans les douze mois de 1845, entre 11,261 chiffre minimum (novembre), et 12,576, chiffre maximum (mars). Le chiffre des malades ou infirmes a varié dans les hospices entre 11,417 (août), et 11,643 (décembre). On voit par là que la population malade soignée dans les hôpitaux et hospices a été à Paris constamment de 22 à 23,000. Le mouvement des entrées a été, dans l'année 1845, de 88 814 malades, et les sorties, prises en général comme les entrées, ont été de 79,402. Le nombre des décès a été, dans tous ses établissements, de 9,666, dont 6,875 morts dans les hôpitaux, et 2,791 dans les hospices. La mortalité la plus forte dans les hôpitaux a été pendant le trimestre de janvier (1,958); la plus faible, pendant le trimestre de juillet (1,516).

— Nous avons déjà annoncé que M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris avait demandé à M. le ministre de l'instruction publique d'affecter une somme de 48,000 fr. à la construction de l'angle, non encore bâti, de l'hôpital des Cliniques, afin de faire là une infirmerie composée de douze chambres, et exclusivement réservée aux élèves des Facultés de médecine et de droit. Les plans et devis de cette construction ont déjà été approuvés par le Conseil académique. De son côté, dans sa séance d'hier, le Conseil royal de l'Université. après leur avoir donné sa sanction, a décidé que la somme dont il s'agit serait demandée aux Chambres. Dès que le Conseil des bâtiments civils aura donné son adhésion au projet, une loi sera présentée à la Chambre des Députés.

— *Hôpital du Midi*. — M. le docteur Ricord commencera ses leçons cliniques sur les maladies syphilitiques, les mercredi 15 avril à huit heures du matin, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

— Le 14 avril, M. Edouard Robin ouvrira, par la chimie, la physique expérimentale et les mathématiques, de nouveaux cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au premier examen de médecine. Les mathématiques auront lieu à neuf heures et à midi; le cours de chimie sera commencé à deux heures, et celui de physique à trois heures un quart.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 45. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Péritonite. Tumeur dans la fosse iliaque.

(Suite du numéro du 28 mars.)

Nous avons dit que parmi les maladies qui peuvent produire les phénomènes que nous observons chez la femme dont nous avons raconté l'histoire, se plaçait en première ligne l'invagination; mais que l'absence des symptômes de hernie étranglée qui existent en pareil cas nous a conduit à rejeter cette idée. En effet, dans les circonstances actuelles, il n'y a point de phénomènes que l'on puisse rapporter à la hernie étranglée. Il y a bien eu des vomissements; mais lorsqu'il y a hernie, les vomissements ne cessent pas; ou s'ils cessent, on remarque du météorisme, du ballonnement du ventre distendu par des gaz, des liquides.

Le ventre, chez notre malade, n'a pas augmenté de volume depuis quelques jours. Au contraire, il semble qu'il y ait eu diminution de volume; de plus, il y a eu des selles liquides. Ces circonstances des selles, de la cessation des vomissements, de la diminution du volume de l'abdomen, sont de nature à éloigner toute idée d'un étranglement intestinal par invagination.

Y a-t-il eu phlegmon primitivement développé? Nous sommes peu disposé à le croire. Quand il y a phlegmon primitif, la maladie commence par la région même où l'abcès doit survenir; tandis qu'ici, huit jours avant que se manifestât la moindre douleur, il y avait déjà des phénomènes généraux, des malaises, etc. Nous sommes porté à penser que la formation de cette tumeur est un phénomène secondaire plutôt qu'un accident primitif. Mais nous sommes obligé, pour savoir quelle en a été la cause, de reprendre l'histoire de la maladie de plus haut. Nous n'avons, jusqu'à présent, examiné qu'un seul phénomène, le plus important.

Notre jeune malade est une ouvrière en corsets; elle est âgée de dix-neuf ans; à Paris depuis cinq mois; circonstances qu'il ne faut pas perdre de vue. Il y a un assez grand nombre de maladies qui se montrent de préférence chez les sujets qui habitent Paris depuis peu de temps, dans la première année de leur séjour principalement.

Interrogée sur sa santé antérieure et habituelle, elle nous a dit qu'autrefois, à plusieurs reprises, elle a souffert de coliques très vives; mais elle ajoute que ces douleurs se faisaient sentir dans la totalité du ventre, sans affecter un point spécialement, et n'ont pas été limitées dans le flanc droit comme elles le sont maintenant. Elles duraient quelques jours seulement, et disparaissaient ensuite. Nous ne voyons pas qu'il soit possible d'établir une filiation naturelle entre ces douleurs et la maladie actuelle. D'après le peu de temps qu'elles duraient, nous ne voyons pas de raison suffisante d'attacher une grande importance à ces coliques anciennes, par rapport à l'affection actuelle.

Interrogée avec soin sur le début de sa maladie, elle nous a dit qu'elle remontait déjà à plusieurs jours. Elle avait commencé par des douleurs vagues dans le ventre, des étourdissements, mais pas de céphalalgie. Quelquefois, et par moments, la marche était incertaine; lorsqu'elle se trouvait dans des endroits où il faisait très chaud, elle se sentait presque étourdie. Depuis une dizaine de jours qu'elle se sentait indisposée, son sommeil était agité ou troublé par des rêves pénibles. Toutefois, ces phénomènes ne l'empêchaient pas de se livrer à ses occupations ordinaires; mais, suivant ses expressions, elle était moins en train. Elle mangeait un peu tous les jours, sans grand appétit; elle n'avait pas de facilité à digérer; elle éprouvait un peu de faiblesse. La soif aussi était plus vive. Ces phénomènes ont duré pendant toute la semaine. Le dimanche, jour qu'elle était habituée à passer dans sa famille, elle est restée chez elle, contre son ordinaire. Le lundi, elle est retournée à son travail, bien que plus souffrante que les jours précédents, et se sentant dans de mauvaises dispositions. La nuit du lundi au mardi fut assez agitée. Le mardi matin, elle commença à éprouver la douleur dont elle se plaint actuellement dans le côté droit. Elle se rendit néanmoins à son atelier. Bientôt les traits du visage s'altérèrent; les souffrances devinrent de plus en plus vives; elle fut obligée de rentrer chez elle. Elle éprouvait des douleurs très aiguës, lancinantes, dans le flanc droit. Quand elle marchait, les secousses de la marche retentissaient dans son ventre comme il arrive dans la péritonite commençante. Les douleurs semblaient être diffuses dans la totalité du ventre; mais dans un court espace de temps, elles se concentrèrent et se limitèrent dans le côté droit. Ni diarrhée, ni vomissements.

Un médecin qui fut appelé prescrivit une potion opiacée. Dans la soirée, il y eut une ou deux selles liquides avec diminution dans le volume du ventre. La malade resta chez elle le mercredi et le jeudi; le vendredi elle se décida à entrer dans nos salles. Voici l'état dans lequel elle se trouve ce matin :

Le visage un peu altéré; la physionomie exprime la douleur, la fatigue; la malade, abattue, languissante, se plaint de faiblesse. Il y a dans l'ensemble quelque chose qui se rapproche de ce que l'on observe dans les affections typhoïdes. La première pensée d'un médecin qui la verrait pour la première fois, et sans connaître les antécédents, serait que l'on a affaire à une fièvre typhoïde au septième ou huitième jour. Il y a un peu de gêne dans la parole, qui se lie à la sécheresse de la bouche, toutes circonstances qui semblent pouvoir confirmer la pensée d'une fièvre typhoïde. Le ventre est médiocrement météorisé.

Nous avons dû examiner avec grand soin les téguments du ventre. Nous n'avons pu constater, ni sur le ventre, ni sur la base de la poitrine, aucune tache qui pût venir à l'appui de cette opinion.

Nous avons dû passer en revue tout le cortége des phénomènes, d'importance plus ou moins grande, que l'on observe dans un grand nombre de cas, et qui servent à éclaircir le diagnostic. Par exemple, quelquefois il y a augmentation dans le volume de la rate, facilement appréciable à la percussion. Chez notre malade, le volume de la rate n'a pas subi d'augmentation notable. Ce n'est pas tout; dans la fièvre typhoïde, au moins dans un grand nombre de cas, il y a en même temps production de râles sibilants et sonores graves dans la poitrine; il semble qu'il y ait une sorte d'affection bronchique qui appartienne en propre à l'affection typhoïde. Il nous est arrivé plus d'une fois de soupçonner l'existence d'une fièvre typhoïde, dont les symptômes pathognomoniques étaient encore mal dessinés, parce que nous observions, chez des individus soumis à notre examen, des phénomènes à la fois du côté du ventre et du côté de la poitrine. Il est excessivement rare que les symptômes bronchiques et intestinaux existent simultanément dans les affections autres que la fièvre typhoïde. Cette circonstance, sur laquelle nous ne saurions trop attirer votre attention, que dans la première semaine d'une maladie aiguë, il y a des symptômes graves, des désordres manifestes dans les fonctions intestinales et dans les fonctions respiratoires, peut être d'une grande valeur pour le diagnostic. De même que dans ces fièvres continues lentes, dans ces fièvres auxquelles on a donné le nom de fièvres hectiques, lorsque l'on trouve à la fois des symptômes du côté du ventre et du côté des bronches, l'expérience des faits a démontré de la manière la plus péremptoire que l'on a affaire à une affection tuberculeuse, cette cause la plus commune et la plus grave de la fièvre hectique. Cette corrélation qui existe entre deux séries de phénomènes ordinairement distincts et indépendants les uns des autres, doit toujours être présente à l'esprit, en raison de son importance éminemment pratique.

Chez notre malade, il n'y avait absolument rien du côté de la poitrine.

Nous avons dû chercher s'il y avait eu de la céphalalgie. La réponse a été négative. Cette femme n'en a pas eu un seul instant. Cependant, nous ne devons pas omettre de dire qu'elle s'est plainte d'étourdissements, phénomène important aussi dans le diagnostic de la maladie typhoïde, et qui ne se présente que fort rarement dans le cours ou au commencement des autres maladies aiguës. Chez les sujets qui vont être atteints de fièvre typhoïde, il y a une sorte d'ivresse, d'engourdissement, qui sont manifestes surtout lorsque le malade veut se tenir debout, ou lorsqu'il s'asseoit dans son lit. Chez notre malade, en même temps qu'il y avait des éblouissements, des étourdissements, il n'y a pas eu une seule fois de la céphalalgie. Elle n'a pas eu d'hémorrhagie nasale; elle ne s'est même pas aperçue, en se mouchant, de la présence de quelques gouttes de sang dans son mouchoir. Cette présence de quelques gouttes de sang dans le mouchoir, bien différente de l'épistaxis abondante, a encore beaucoup d'importance, et constitue un phénomène des plus communs au premier degré, et dans la forme la plus légère de la maladie typhoïde.

Nous nous résumons en deux mots. Certains phénomènes sont des plus importants pour établir d'une manière certaine le diagnostic de l'affection typhoïde tout à fait à son début; c'est la céphalalgie d'une part, avec ou sans étourdissements; l'épistaxis, soit abondante, soit consistant seulement en quelques gouttes de sang dans le mouchoir; le râle sibilant dans la poitrine, en même temps que l'on observe des symptômes locaux du côté du ventre. Tous ces phénomènes nous ont manqué.

Nous avons eu seulement la soif vive, la sécheresse de la bouche, l'état pâteux de la bouche, l'anorexie, l'insomnie et l'agitation pendant le sommeil troublé par des rêves pénibles, la démarche incertaine; toutes choses importantes, mais non caractéristiques. Il est pourtant impossible de ne pas tenir compte de ces huit jours pendant lesquels les renseignements fournis par la malade sur ses antécédents, nous prouvent qu'il a existé des symptômes qui peuvent souvent se rattacher à l'existence d'une fièvre typhoïde commençante.

Dans le plus grand nombre des cas, avons-nous dit, les abcès phlegmoneux de la fosse iliaque sont des affections secondaires, consécutives souvent à des maladies inflammatoires de l'appareil digestif; dans le plus grand nombre des cas aussi, ces abcès plegmoneux à leur début se révèlent par des phénomènes obscurs. Il est assez naturel de rattacher, dans le cas qui fait le sujet de cette conférence clinique, les phénomènes à une affection du tube digestif, à une fièvre typhoïde de peut-être, avec une petite perforation; dans un point limité du ventre, on sent un empâtement bien manifeste, probablement au voisinage de cette petite perforation.

En un mot, sans pouvoir déterminer d'une manière absolue et positive sous quelle influence s'est développée cette tumeur de la fosse iliaque, tumeur qui a évidemment la forme aiguë et un caractère inflammatoire, ainsi que le prouvent et les symptômes locaux et les symptômes généraux, nous sommes porté à la regarder comme secondaire plutôt que comme primitive; comme se rattachant à la présence d'un grand nombre de plaques ulcérées du côté de la fin de l'intestin grêle, ou plus probablement à une perforation de l'intestin avec épanchement de matières stercorales et irritantes dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite. Dans l'immense majorité des cas, les phlegmasies du péritoine sont des inflammations secondaires, et consécutives à des inflammations d'organes voisins. Très rarement, le péritoine s'enflamme primitivement; nous ne ferons pas d'exception même pour la péritonite puerpérale.

Il faut avoir toujours ceci présent à l'esprit, lorsque l'on fait l'autopsie d'un individu qui a succombé à une péritonite, que l'on trouvera presque toujours dans un organe voisin du point où a débuté la péritonite, l'altération, trace de la maladie primitive, à laquelle il sera facile de rattacher la production de la péritonite. Il y a d'ailleurs, dans les perforations de l'intestin, une circonstance qui met sur la voie des causes déterminantes de la péritonite. La perforation peut n'être que d'un diamètre excessivement faible, l'ouverture pouvant à peine permettre l'introduction d'un stylet des plus fins; et cependant, l'odeur du pus et sa couleur sont tellement caractéristiques qu'il est impossible de conserver le moindre doute.

Il est encore assez aisé d'arriver au diagnostic de l'affection primitive, lorsque l'on a affaire à une maladie de l'intestin grêle, avec ulcération des plaques et perforation. Mais il est une forme beaucoup plus insidieuse de ces péritonites, insidieuse en ce sens qu'elle ne semble se rattacher à aucune cause appréciable. C'est la perforation de l'appendice vermiculaire, cette portion de l'intestin dont les usages sont si peu connus, les maladies si peu appréciables. Dès le début de la péritonite, il y a douleur atroce; mais il n'y a pas de frisson d'invasion, et la chose est facile à concevoir. Une maladie aiguë spontanée ou primitive présente toujours ce frisson d'invasion, tandis qu'une maladie secondaire ne l'a jamais. La douleur est un phénomène primitif; elle se fait sentir au moment où la première goutte de liquide irritant tombe dans la cavité séreuse. L'observation seule de la marche de la maladie suffit pour prouver que dans des cas de ce genre l'inflammation du péritoine est consécutive, et qu'il ne peut y avoir de frisson initial, puisque la maladie n'a commencé qu'au moment où a eu lieu la perforation intestinale et le contact des liquides irritants sur la séreuse.

Chez notre malade, cette rénitence, cette douleur, et plus tard cet empâtement du tissu cellulaire dans la fosse iliaque, s'il fallait les rattacher à une lésion primitive, quelle serait celle des lésions qui peut produire des accidents de cette nature vers laquelle nous inclinerions? Ce serait à une lésion profonde et ulcérative des plaques de Peyer que nous nous croirions en droit de les rattacher de préférence. Cette altération est d'ailleurs assez commune; puis il y a des signes que l'on rencontre souvent dans la fièvre typhoïde, et qui ont été rencontrés ici: tels sont les étourdissements, les insomnies, la titubation pendant la marche, tous phénomènes que nous avons dit être d'une grande valeur, et qui ont précédé de huit jours environ l'apparition de la douleur péritonéale. Le séjour à Paris depuis cinq mois seulement est encore une circonstance qui donne du poids à cette manière de voir.

Dans cette présomption, le pronostic est, on le voit, très grave, sans qu'il y ait cependant rien de désespéré encore. Si nous avions la certitude qu'il y eût là perforation de l'intestin, le pronostic serait encore beaucoup plus grave qu'il ne l'est; néanmoins il ne serait pas absolument funeste, car nous avons lieu de supposer, d'après les phénomènes locaux, que l'épanchement s'est fait dans le tissu cellulaire, ou dans un point limité seulement du péritoine.

Quant au traitement, c'est contre les phénomènes actuels qu'il fallait le diriger. Nous avons prescrit des sangsues vers

le pli de l'aine et un peu au-dessus, des fomentations émollientes, des cataplasmes, un bain, des boissons rafraîchissantes, à prendre fréquemment et en petite quantité à la fois. En ayant soin de ne faire prendre aux malades les boissons que par gorgée, le liquide se trouve absorbé avant d'être arrivé à la portion de l'intestin où existe la perforation. Si dans la journée, la douleur acquiert une plus grande intensité, si elle devient très aiguë, nous emploierons les préparations opiacées. Une des premières indications, c'est de modérer la douleur : *Ubi stimulus, ibi fluxus*; en diminuant la violence de la douleur, on ralentit la force de l'inflammation. Il est encore une autre indication ; si la probabilité d'une perforation intestinale devient plus grande, la crainte de voir passer par l'ouverture les gaz et les liquides contenus dans l'intestin, serait une nouvelle raison de donner l'opium, qui aurait l'avantage d'engourdir l'intestin, d'empêcher ses mouvements.

Le seul moyen d'obtenir ce résultat, c'est d'employer l'opium, et de l'employer à dose narcotique, nécessaire pour lutter contre la contractilité intestinale. Nous ne dirons pas que cette médication est toujours suivie de succès ; on conçoit qu'elle sera parfaitement inutile si la perforation est un peu large. Mais si elle est étroite, s'il peut se former une adhésion qui empêche le passage des matières de l'intestin dans le péritoine, il n'y a plus de chances d'une mort inattendue et soudaine.

Nous avons lieu de croire que, sous l'influence de l'opium, nous avons obtenu dans un cas un succès de ce genre. La douleur a été suspendue sur-le-champ. Nous avions soupçonné une perforation intestinale. Tout nous porte à croire qu'il s'était développé postérieurement une inflammation adhésive.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

De l'opération de la taille.

Nous avons dans nos salles en ce moment un enfant que nous devons opérer de la taille d'ici à quelques jours. Les cas dans lesquels on fait cette opération sont assez rares maintenant : c'est à peine si nous en rencontrons trois ou quatre chaque année. Aussi profiterons-nous de cette circonstance pour vous présenter quelques réflexions pratiques sur ce sujet, et pour vous dire quelques mots des conditions dans lesquelles doivent se trouver les sujets chez qui on veut la pratiquer. Dans le cas actuel, elle nous semble impérieusement commandée, et nous n'éprouvons pas la moindre hésitation.

L'enfant dont il s'agit a déjà été taillé l'année dernière à peu près à la même époque, et, ces jours-ci, nous attendons un malade qui a également subi l'année dernière l'opération de la taille et qui réclame une nouvelle opération. Nous appelons votre attention sur ce fait remarquable, que deux malades opérés l'an dernier, au même moment, par nous, de la lithotomie, vont se retrouver dans notre service ensemble, dans les mêmes conditions, pour une récidive qui nécessitera la même opération une seconde fois. Du reste, il faudrait se garder de conclure de là qu'un événement aussi curieux pût fournir contre la taille aucun argument sérieux, pas plus qu'il n'en fournirait contre la lithotritie si les pierres avaient été broyées. Dans l'un et l'autre cas, l'opération de la taille était bien indiquée. L'enfant avait alors cinq ans; chez lui, la nécessité de la lithotomie était des plus évidentes. En effet, bien que l'on ait quelquefois pratiqué heureusement la lithotritie chez des enfants d'un âge aussi peu avancé que celui-là, cependant tous les bons praticiens, les bons observateurs qui se tiennent également en garde et contre l'engouement dont la lithotritie a été l'objet et contre les préventions qui tendraient à la faire rejeter; qui, bien que n'ayant pas inventé la lithotritie, consentent cependant à l'admettre et à la pratiquer souvent, et à n'employer la taille que dans les cas de force majeure; tous les praticiens prudents, disons-nous, pensent que la taille est le plus ordinairement préférable chez les enfants.

Voici les raisons sur lesquelles ils se fondent : D'abord, il faudrait employer des instruments lithotriteurs d'un très petit calibre, et ces instruments pourraient bien se briser, se rompre dans la vessie; leur ténuité leur faisant perdre une partie de la force qui leur est nécessaire pour briser la pierre et les fragments. Puis, comment se résoudre à martyriser de pauvres enfants à plusieurs reprises en leur introduisant cinq ou six fois les instruments lithotriteurs dans la vessie pour les débarrasser du calcul? car, avec toute l'habileté possible, on sait que dans presque aucun cas il ne suffit d'introduire une fois l'instrument pour achever l'opération. Jamais on ne peut en une seule séance réduire le calcul en fragments assez petits pour que leur expulsion soit complétement possible. Du moment où il faut soumettre l'enfant à des manœuvres répétées d'opération, la lithotritie, qui serait préférable en ce sens qu'elle n'est pas une opération sanglante, perd beaucoup de sa valeur. Ainsi donc, en général et abstraction faite des cas particuliers, je regarde la taille comme devant être employée de préférence chez les enfants.

L'autre sujet était un vieillard de soixante-douze ans; après un examen scrupuleux, nous avions reconnu ou un calcul volumineux ou plusieurs calculs, et cela par la manière dont la pierre se présentait à l'instrument. Cet homme était extrêmement sensible, et supportait difficilement la présence, le contact, le jeu de l'instrument lithotriteur. Les urines contenaient des mucosités, signe évident de catarrhe vésical. Bien que la lithotritie ne fût pas absolument contre-indiquée, qu'elle ne fût pas tout à fait impossible et impraticable, cependant nous pensâmes qu'il y avait plutôt lieu de faire la taille; nous le répétons, nous sommes partisan de la lithotritie autant qu'on peut l'être raisonnablement. Nous nous sommes débarrassé depuis longtemps de ces préventions injustes que quelques chirurgiens ont encore contre elle. Cependant, nous désirons rendre, lorsque cela se peut, et de temps en temps, les générations d'élèves qui se succèdent dans nos hôpitaux témoins de quelques cas d'opérations de taille. Cette opération, que l'on ne pourra jamais parvenir à bannir de la chirurgie, qui conserve son utilité pour certains cas où l'on ne peut la remplacer, nous voyons avec peine que maintenant elle est peu étudiée, d'une manière insuffisante, que vous avez trop peu d'occasions de la voir pratiquer, de vous familiariser avec elle, avec son exécution.

Par tous ces motifs, c'est pour nous un plaisir, un bonheur que de pouvoir avec conscience pratiquer cette opération sous vos yeux. Ainsi, lorsque l'on peut indifféremment appliquer l'une ou l'autre des deux méthodes opératoires, la lithotritie ou la taille, que l'une n'est pas plus indiquée que l'autre, nous préférons presque toujours faire la lithotomie ; il est bien entendu qu'il faut concilier ce qui touche à l'intérêt du malade avec ce qui touche à l'instruction des élèves. Pour le sujet dont je vous entretiens, je me félicitai d'avoir opté pour la taille, car je retirai de la vessie deux calculs qui auraient dû, par la lithotritie, être broyés chacun isolément. Le malade aurait peut-être beaucoup plus souffert de la lithotritie et de ses suites que de celles de la lithotomie, qui a parfaitement réussi chez lui, et qui n'a entraîné aucune conséquence alarmante ou même le moins du monde inquiétante. L'événement est venu ajouter à ma satisfaction. Les deux sujets sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris, en apparence du moins, de leur affection calculeuse, qui s'est reproduite tardivement. Nous n'avons encore à vous présenter que l'enfant; l'homme, que nous avons vu il y a peu de temps, va se représenter à vous sous peu de jours.

Par rapport à ces deux individus, nous devons d'abord rechercher quelle peut avoir été la cause de cette reproduction de la maladie; comment, à un an de distance de l'opération qu'ils ont subie, se fait-il qu'ils aient un nouveau calcul dans la vessie? Chez l'enfant, nous n'avions enlevé qu'un seul calcul, rugueux, inégal, ayant tout l'aspect d'un calcul conique, tandis que chez l'homme les deux pierres que nous avons extraites étaient taillées à facettes, comme le sont habituellement les calculs multiples. Ici, il ne s'agit pas de la reproduction d'un calcul sur un noyau qui serait resté dans la vessie, après une opération, par exemple, qui aurait laissé un fragment. Quelquefois, dans l'opération de la taille, il peut arriver qu'un calcul se brise entre les mors des tenettes; alors, s'il reste un fragment échappé à l'instrument et au doigt de l'opérateur, ce fragment devient un noyau autour duquel se forme un nouveau calcul. Ici, c'est évidemment un nouveau calcul qui s'est formé ; nous ne pouvons supposer que chez l'enfant nous ayons laissé une pierre, car bien certainement, d'après la configuration de celle que nous avons retirée, il n'y en avait qu'une seule. Nous sommes bien au fait des précautions qu'il faut prendre en pareil cas, et nous avons sans exagérer fait quatre à cinq cents opérations de taille; à nos yeux, il ne reste pas le moindre doute.

Chez le vieillard il y en avait deux; il aurait pu y en avoir trois; mais nous croyons être à peu près certain aussi qu'une troisième n'existait pas. D'abord les accidents causés par la présence de la pierre se seraient reproduits aussitôt après la guérison de la plaie. Puis nous avons exploré à plusieurs reprises la vessie avec le plus grand soin; chez lui comme chez l'enfant, c'est une nouvelle pierre à laquelle nous avons eu affaire.

Ces cas de reproduction d'un calcul n'ont rien d'extraordinaire, rien qui ne soit conforme à ce que l'on a observé dans tous les temps, faisant toujours abstraction des cas où l'on aurait par une cause quelconque laissé soit un calcul entier, soit un fragment dans la vessie. Dans un grand nombre de circonstances, des calculs nouveaux se forment dans la vessie, soit qu'un nouveau noyau soit descendu des reins par les uretères, soit que la persistance des conditions générales ou locales sous l'influence desquelles s'était formé le premier calcul, ait favorisé la production d'un second. Une *lithiase* peut avoir lieu plusieurs fois chez le même sujet. Une pierre peut avoir été placée dans un cloisonnement, dans un espace compris entre des colonnes charnues très saillantes; elle peut avoir été enchatonnée, et s'être dégagée plus tard. C'est un fait qui est presque vulgaire, et qui se rencontrait très fréquemment autrefois, lorsque la taille était le seul moyen de guérir l'affection calculeuse. A cette époque, on ne pouvait point mettre cette reproduction des calculs sur le compte d'un fragment, comme on a eu lieu de le supposer avec raison depuis la découverte de la lithotritie. Il était alors impossible de supposer qu'il y eût à chaque opération de taille faute du chirurgien. Nous avons connaissance de personnes qui ont subi plusieurs fois l'opération de la taille.

Entre autres faits remarquables, nous avons vu un homme qui, en 1811, vivait encore près de l'hôpital de la Charité, le père du coutelier Grangeret, et qui avait été taillé sept fois, autant que notre mémoire peut être fidèle. Il avait été opéré par tous les chirurgiens distingués qui s'étaient succédé à la Charité, et qui avaient joui de quelque réputation pour la pratique de cette opération. A cette époque, l'hôpital de la Charité était desservi par les frères charitains, parmi lesquels se trouvaient des hommes renommés par leur habileté chirurgicale, et principalement pour l'opération dont nous vous entretenons ici. Plus tard il fut taillé par Deschamps, puis par Boyer. On trouve dans les annales de la science l'histoire d'hommes qui ont été taillés deux ou trois fois à des intervalles plus ou moins éloignés. Pour notre part, il nous est arrivé plusieurs fois de tailler des individus qui avaient été opérés déjà, soit par d'autres chirurgiens, soit par nous-même; et nous le répétons encore, ce n'est pas toujours par suite de quelque faute, de quelque méprise de l'opérateur que les individus dont nous parlons se sont trouvés dans la nécessité de subir une seconde, une troisième fois l'opération de la lithotomie.

Puisque nous sommes encore sur le chapitre des récidives, permettez-nous de vous présenter quelques remarques sur l'opération de la taille faite itérativement. L'expérience a appris que les secondes opérations de taille sont plus simples généralement, plus heureuses aussi, et plus souvent suivies de succès que les premières. Il ne faut pas plaindre, autant qu'on croirait devoir le faire, les sujets qui sont dans la nécessité de subir une seconde fois l'opération de la lithotomie. La souffrance résultant de l'opération en elle-même est, il est vrai, la même; mais les suites présentent des dangers beaucoup moindres.

Les opérations de taille faites sur des individus qui en ont déjà subi une première, ne semblent pas compromettre les jours du malade autant que celles qui sont faites pour la première fois. Nous ne savons si l'on a fait sur ce point des relevés statistiques bien exacts; nous ne pourrions vous indiquer des chiffres positifs. Mais il y a des convictions intimes que l'on acquiert et qui se rapportent à des choses susceptibles d'être nombrées, convictions qui résultent de l'expérience et qui équivalent à la certitude que procure la statistique numérique. Pour notre part, et sur ce sujet, nous avons la conviction intime que les individus taillés pour la deuxième fois échappent dans une proportion énormément plus grande aux suites de l'opération, que ceux qui le sont pour la première fois; en d'autres termes, les secondes tailles sont moins dangereuses, moins fréquemment suivies d'accidents que les premières. Cela se conçoit du reste facilement. Les individus qui ont le malheur de subir une seconde fois la lithotomie savent en quoi consiste l'opération; ils la redoutent moins qu'ils ne faisaient pour la première. La première les effrayait considérablement; ils se la figuraient plus grave peut-être qu'elle n'est réellement. Cette crainte du danger s'est affaiblie pour eux en grande partie. La seconde se présente à leurs yeux avec un certain air d'innocuité qu'elle n'avait pas d'abord. Et puis, par ce fait qu'ils ont échappé une première fois non-seulement à l'opération immédiate, mais à ses conséquences et aux accidents inflammatoires souvent très graves qui l'accompagnent quelquefois, il semble que leur constitution les prédispose à ne pas en être affectés d'une manière nuisible. Cette même bonne disposition de l'économie rend les conditions favorables une seconde fois.

En outre, on sait combien les impressions morales se reflètent facilement et promptement sur la constitution physique, combien les malades qui sont tranquilles ou insouciants sur les suites d'une opération, guérissent plus promptement et plus aisément que les autres. Avec les circonstances tirées de l'état normal du sujet, il y a des circonstances physiques dont il n'est peut-être pas inutile de tenir compte. Il se pourrait, sans que nous donnions cette opinion autrement que comme une hypothèse très vraisemblable, il se pourrait que, lorsque les deux opérations ne sont pas pratiquées à un intervalle très éloigné l'une de l'autre, la première introduisît dans la disposition des parties des modifications heureuses qui rendraient l'opération nouvelle moins dangereuse. Et d'abord, il est possible qu'un certain nombre de vaisseaux se trouvent oblitérés par suite de la première lithotomie. L'opération de la taille peut être accompagnée d'hémorrhagie soit immédiatement, soit consécutivement. Il est probable que ces hémorrhagies ou primitives ou consécutives sont à craindre moins chez les sujets qui subissent une opération pour la seconde fois que chez ceux auxquels on la pratique une première. Dans des parties qui ont été déjà traversées par l'instrument, il a dû se faire une transformation qui rend moins probable une hémorrhagie.

Ainsi, on le voit, disposition morale meilleure; le passé étant en quelque sorte garant de la bonne réussite de l'opération nouvelle; apparence que les malades soient plus susceptibles de supporter une seconde opération qu'une première ; puis peut-être, nouvelle disposition physique des parties, qui supprime certaines causes locales de danger. Nous venons de vous signaler un fait; il nous est permis de chercher à l'interpréter.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 14 avril 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Rochoux. Dans la dernière séance, M. le rapporteur de la Commission de la peste avait pris l'engagement de continuer son rapport ; pourquoi n'est-il pas appelé à la tribune?

M. Prus. M. Rochoux se trompe, je n'ai pris aucun engagement et n'en pouvais pas prendre au nom de la Commission. J'ai dit seulement que j'espérais que le retard ne se prolongerait pas. La Commission s'est trouvée un peu désorganisée cette semaine ; M. Ferrus, son président est au Mans ; M. Londe déménage (Hilarité) ; un autre membre a la migraine (Oh! oh!).

M. Adelon. Il est extraordinaire qu'on veuille imposer à une Commission.....

M. Rochoux. De faire son devoir ?

M. Adelon Lui imposer de faire son rapport tel ou tel jour ; elle est seule juge de l'opportunité et de la convenance de présenter un rapport. S'il en était autrement, la Commission se retirerait.

M. Rochoux. Elle ferait bien. Il ne fallait pas commencer le rapport si on n'était pas prêt.

M. Adelon C'est juste ; aussi a-t-on commencé la lecture du rapport sans consulter la Commission.

— *M. Roux* présente quelques pièces de correspondance.

— *M. Bricheteau* lit un rapport sur les cartons médicinaux proposés par M. Bernard

M. le rapporteur propose des conclusions favorables, qui, combattues par MM. Loiseleur-Deslongchamps, Caventou, Gerdy et Guibourt, sont rejetées par l'Académie.

— *M. Guibourt* lit un rapport sur un Mémoire adressé par M. ....., relatif à la présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées du commerce, et surtout dans l'eau de fleurs d'oranger.

La présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées

du commerce est due, d'après l'auteur du mémoire, aux vases dans lesquels on renferme ces liquides, qui ne sont pas ou qui sont mal étamés. En conséquence, il propose, et la Commission avec lui, que les vases qui servent au transport de ces eaux distillées soient étamés à un titre qui donne toute garantie, et, mieux encore, que ce transport ne s'opère que dans des vases de verre.

Ces conclusions sont adoptées après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Chevallier, Boullay et Moreau.

— *M. Capuron* fait un rapport officiellement demandé par M. le ministre du commerce sur un corset hygiénique proposé par une couturière de la rue de l'Odéon.

Conclusions défavorables, qui sont adoptées.

— Le même membre lit un rapport sur un cas d'éclampsie puerpérale observé par M. le docteur Hullin (de Mortagne), membre correspondant.

L'Académie décide que, l'auteur étant membre correspondant, il n'y a pas lieu à voter sur les conclusions.

— *M. Lucien Boyer.* En présentant à l'Académie, dans la séance du 10 mars dernier, les pièces relatives aux deux premières applications que j'ai faites du procédé que j'ai proposé pour le traitement des polypes de l'utérus, et qui consiste à placer un fil sur le pédicule de la tumeur, et à s'en servir comme d'une scie à chaîne pour achever immédiatement la section, le procédé auquel j'ai donné le nom de *sercision* (*serra*, scie, *cædere*, couper), j'ai terminé en avançant que ce procédé me paraissait aussi applicable à des tumeurs développées sur d'autres organes, entre autres aux polypes du pharynx et aux tumeurs pédiculées de la prostate actuellement justiciables de la ligature. J'ai l'honneur, aujourd'hui, de présenter à l'Académie un instrument que je destine à l'exécution de cette dernière opération.

Ces sortes de tumeurs sont assez fréquentes chez les vieillards; elles sont causes ou complication d'accidents variés, rétention d'urine, catarrhe vésical, calculs, hématurie, etc. On a, dans ces derniers temps, proposé plusieurs modes de traitement : écrasement avec une sorte de brise-pierre, section au moyen d'un instrument tranchant, ligature au moyen d'un serre-nœud laissé dans l'urètre. M. Guillon m'a dit avoir une fois enlevé une de ces tumeurs par un procédé analogue à celui que je propose, mais je ne connais pas les moyens d'exécution par lesquels il est arrivé à ce résultat, que l'instrument que je présente me paraît rendre désormais facile.

Cet instrument, très simple dans son mécanisme et dans son action, mais qu'il est assez difficile de décrire d'une manière intelligible pour une personne qui ne l'aurait pas sous les yeux, offre en totalité à peu près la forme d'un brise-pierre. Il est composé de deux canules droites concentriques, terminées chacune par une branche coudée et qui, appliquées l'une sur l'autre lorsque l'instrument est fermé, s'écartent par le mouvement de rotation imprimé aux canules, de façon à former les deux côtés d'un angle opposé par le sommet à la cavité de la canule interne. Près de l'extrémité de chacune de ces branches, est percé un large chas d'aiguille, rendu double par un stylet mobile qui glisse dans toute la longueur de l'instrument, et qui présente, près du manche, un anneau au moyen duquel on peut le retirer ou le repousser. Un fil de soie dont les deux chefs traversent toute la canule interne et pendent en dehors, présente une anse retenue dans chacun des deux chas par les tiges en question, et qu'il est possible, par conséquent, de rendre libre à volonté.

L'instrument étant fermé, le fil se trouve appliqué contre les branches, et l'introduction se fait sans difficulté. L'opérateur ramène l'instrument à soi jusqu'à ce que la partie coudée soit retenue par le col; alors, imprimant une rotation opposée d'un quart de cercle à chacune des deux canules, il jette une branche à droite et l'autre à gauche. Le fil, à ce moment, forme une anse triangulaire dont deux côtés sont appliqués contre les deux branches de l'instrument, tandis que le troisième, isolé, se porte transversalement de l'un à l'autre. La tumeur correspond au centre de ce triangle. On le déprime vers le bas-fond pour saisir la tumeur le plus près possible de sa racine, et on retire légèrement les deux stylets. Le fil se trouve dégagé; l'opérateur, en l'attirant à soi, étreint le pédicule de la tumeur sur le sommet de la canule, qui dès lors lui sert à la fois de point d'appui et de canal artificiel pour faire agir le fil à la manière d'une scie, et achever immédiatement la section du polype. Cette section achevée, le fil vient au dehors et l'instrument est retiré. La tumeur tombe dans la vessie, où elle diminuera de volume par macération dans l'urine, ou sera saisie, écrasée et extraite au moyen du lithotripteur.

Si l'on craignait quelque hémorrhagie, il serait facile de comprimer avec une grosse sonde à demeure, ou de cautériser avec un fort porte-caustique; mais je ne pense pas que, là plus qu'ailleurs, cette crainte doive être sérieuse après une opération qui agit plutôt en déchirant les petits vaisseaux qu'en les divisant d'une manière nette, comme le fait l'instrument tranchant.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

— La lettre suivante a été adressée à l'Académie par M. Aubert-Roche :

Je n'ai sans doute aucun caractère pour intervenir dans les actes de l'Académie; cependant lorsqu'il s'agit d'une question aussi grave que celle des quarantaines, question dont, vous le savez, je m'occupe spécialement, et sur laquelle j'ai eu l'honneur de vous soumettre différents travaux, peut-être ai-je des titres suffisants pour me permettre d'avertir l'Académie de faits qui l'intéressent, qui touchent à la question dont elle est saisie, et qui se passent hors de son sein. Représentant la science médicale, formée de l'élite des médecins, n'est-il pas du devoir de chacun de prévenir l'Académie de tout ce qui pourrait porter atteinte à sa considération? Les yeux sont aujourd'hui fixés sur l'Académie de médecine, et l'on attend avec impatience sa décision sur la peste et sur nos lois sanitaires.

Si des raisons de convenance ont engagé la Commission de la peste à suspendre la lecture de son travail, ces raisons dans la presse et jusque dans la Chambre des députés sont diversement interprétées. Il paraît étonnant que tout à coup ce travail ait été interrompu; on se demande ce que cela signifie, et ce qu'en pense l'Académie.

Mais ce qui cause la plus grande surprise, c'est la convocation du Conseil supérieur de santé, qui samedi, malgré l'avis des quelques médecins qu'il renferme, a adopté des principes sanitaires opposés à ceux présentés par la Commission. On est surpris de voir le ministre du commerce convoquer ce conseil incompétent, lorsqu'il sollicitait naguère votre rapport, et qu'à la tribune nationale il s'abritait derrière votre décision. On trouve que M. le ministre traite l'Académie fort légèrement. Gardera-t-elle le silence?

Au courant de ce qui se passe dans les régions sanitaires, j'ai cru devoir, Messieurs, vous avertir; j'aurai cru manquer à mon devoir si je ne m'étais tu. C'est à vous d'aviser, bien que le ministre prétende qu'il trouve des résistances : résistances qu'il a su faire naître. Il est temps encore d'arrêter une imprudente décision, et d'empêcher l'apparition d'une ordonnance qui sera peut être dangereuse pour la santé publique, et qui sera en contradiction avec les décisions de votre commission. Permettez-moi de vous dire qu'il serait urgent de discuter le plus promptement possible les conclusions scientifiques du rapport; elles ont été lues, et d'après la parole de M. le rapporteur, *elles ont été adoptées* par la Commission. Comme les conclusions pratiques découlent de celles-ci, la Commission aura le temps de se mettre d'accord.

Vous m'excuserez, Messieurs, si j'ai pris la liberté de me mêler de vos travaux; c'est qu'ici il y a un devoir à remplir, devoir qui regarde tous les médecins. C'est de veiller à la santé publique de la France, et d'empêcher par nos efforts réunis qu'un ministre trompé n'adopte d'imprudentes mesures qui pourraient compromettre la vie des populations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances du 18 mars 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Lenoir* fait voir à la Société une tumeur érectile existant chez un enfant de neuf mois et siégeant à la région parotidienne gauche. Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, paraît être de nature exclusivement veineuse, ainsi que le prouvent la turgescence et la coloration bleuâtre qui se manifestent pendant les cris de l'enfant. C'est ce caractère veineux et les craintes qu'il pouvait inspirer à l'égard des hémorrhagies, qui ont porté M. Lenoir à préférer pour mode de traitement l'introduction réitérée d'aiguilles métalliques à température élevée.

M. Bérard approuve le projet d'employer l'acupuncture avec cautérisation. Il a déjà employé lui-même ce mode de traitement chez deux enfants, pour des tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées; car la distinction de ces deux variétés est importante à faire dans la pratique. Les premières n'intéressent pas, en profondeur, au delà du tissu du derme; les autres envahissent les tissus au-dessous de la peau.

Voici comment M. Bérard fut conduit à l'emploi de la cautérisation par les aiguilles, et le mode d'après lequel il procéda à cette opération, ainsi que les résultats qu'il en a obtenus. Mécontent de l'emploi des sétons, qui parfois donnaient lieu à des hémorrhagies, et deux fois, entre ses mains déterminèrent la mort par suite d'infection purulente, notamment chez l'enfant d'un de nos confrères, et bien qu'il n'eût été pratiqué que deux points de suture, M. Bérard avait songé, il y a dix ans, à l'application des caustiques comme ne devant pas entraîner les mêmes dangers. Ses premiers essais eurent pour objet des tumeurs érectiles qui avaient résisté au procédé de M. Lallemand, même après l'introduction de cinquante à soixante épingles dans une même tumeur. Le premier mode de cautérisation employé par M. Bérard consistait à porter dans les trajets des épingles diverses substances caustiques, tantôt l'acide sulfurique, tantôt la potasse à l'alcool, avec laquelle il faisait préparer des espèces de trochisques en forme d'aiguilles dans de petits tubes; tantôt enfin le nitrate acide de mercure.

Plusieurs guérisons ont été obtenues à l'aide de ces moyens, mais ils laissaient beaucoup à désirer, et, quoique dans aucun cas leur emploi n'ait entraîné la mort des malades, plusieurs d'entre eux ont été dans un état tellement grave et alarmant que l'auteur de ce mode de traitement y a renoncé. C'est alors qu'il a eu la pensée qu'en employant un cautère actuel, façonné *ad hoc* et agissant comme par acupuncture, on pourrait obtenir plus facilement des phlébites adhésives, éviter des hémorrhagies et se mettre par conséquent en garde contre les accidents qu'on avait eu à déplorer.

M. Bérard pensant que les aiguilles à cautérisation perdraient très promptement leur chaleur à raison du peu de masse du métal, eut recours, pour prévenir cet inconvénient, à une boule métallique susceptible d'être mise en mouvement sur le corps de l'aiguille au moyen d'un pas de vis. Cette boule, chauffée au moyen de la lampe à esprit-de-vin, plus commode que les réchauds ordinaires, fait fonction de réservoir de chaleur. Quant au cautère, il est composé de platine, afin de résister à l'oxydation, et présente le volume d'un petit trois-quarts à hydrocèle.

Deux enfants traités pour des tumeurs érectiles à l'aide de cet appareil, sont guéris depuis plusieurs mois. L'un d'eux se trouve actuellement dans le service de M. Bérard, à la Pitié, où ceux des membres de la Société qui voudraient l'examiner pourront le voir encore.

M. Bérard a encore eu recours au même mode de traitement chez une dame atteinte de tumeur érectile occupant toute une moitié de la face. Dans ce dernier cas, pour lequel plusieurs autres moyens avaient été employés sans succès avant d'en venir à ce mode de cautérisation, que nous croyons pouvoir appeler par transfixion, M. Bérard a remarqué que quelquefois le retrait du cautère hors de la tumeur était suivi d'une hémorrhagie, qu'il est toujours parvenu à réprimer en replongeant sur-le-champ et à plusieurs reprises le cautère dans le trajet déjà parcouru. Il ajoute que dans certain cas l'aiguille cautérisante adhère plus aux tissus que d'ordinaire. Cette adhérence, suivant ses remarques, est d'autant plus prononcée que le cautère est laissé plus longtemps dans les tissus.

M. Lenoir ignorait les tentatives de M. Bérard quand il a fait construire un appareil de cautérisation fondé sur les mêmes principes qui déjà ont cours dans la pratique, du moins en ce qui concerne la boule comme foyer de chaleur pour les cautères qu'emploient les dentistes. L'aiguille qu'il a fait construire est plate et n'a qu'une demi-ligne de largeur. C'est dans le but de prévenir les chances d'hémorrhagie qu'il a été conduit à l'idée d'employer ce mode de traitement pour l'application duquel il mettra à profit les renseignements donnés par son collègue.

M. Guersant, qui a traité un certain nombre de tumeurs érectiles par le séton, a eu dans deux cas à déplorer la perte des malades par suite d'infection purulente. Ayant renoncé dès lors à l'emploi du séton, il a eu recours, toutes les fois que la chose était possible, à la cautérisation par la pâte de Vienne, excepté dans les cas de tumeurs volumineuses. Ce n'est pas, du reste, la crainte des hémorrhagies qui l'avait porté à renoncer au séton, car il n'a jamais observé ce genre d'accident à la suite de l'emploi de ce moyen.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Du traitement de l'hydrocèle chronique par épanchement dans la tunique vaginale.

(2e article.)

Il y a peu d'années encore, nous avons vu un chirurgien, dans son enthousiasme pour les cautères et les caustiques, ne trouver rien au-dessus de la cautérisation pour guérir l'hydrocèle. Cependant, maintes fois, il avait été forcé de recourir subsidiairement, et par mesure supplémentaire, à l'emploi des injections. Il est difficile de croire que la cautérisation ait conservé des partisans sincères. Pratiquée avec le fer chauffé à blanc, avec les caustiques solides ou liquides, ses suites sont toujours fort incertaines. Souvent elle ne détruit que la peau et nécessite une ponction ultérieure pour l'évacuation du liquide. Si cette complication a peu d'importance, il en est une autre plus sérieuse que l'on observe du troisième au cinquième jour : c'est l'extension de la phlegmasie traumatique au tissu cellulaire du scrotum plutôt qu'à la surface séreuse de la tunique vaginale.

Aux premiers temps de nos études, nous avons été témoin d'une cautérisation avec la potasse caustique, suivie d'un phlegmon diffus, qui dépouilla le scrotum, le périnée et causa la mort. Quoiqu'un semblable malheur soit un fait rare, il inspirera une juste défiance; et, en admettant la facilité de le prévenir par des soins convenables, il faudra toujours reprocher à la cautérisation d'être par trop aventureuse. Elle est déjà bien loin de la pratique habituelle et ne fera jamais concurrence aux procédés adoptés et moins encore au séton. Aussi n'est-ce que pour mémoire qu'il en est ici question. Nous en disons autant de la *tente* quoiqu'elle réunisse plusieurs des conditions désirables. En effet, elle détermine l'évacuation de la sérosité, peut ramener à leurs rapports réguliers l'absorption et l'exhalation ou préparer l'inflammation adhésive. Son application est fort simple puisqu'elle n'exige qu'une petite incision à la partie inférieure de la tumeur, et l'introduction d'un mince rouleau de charpie, de coton ou d'étoupe sec ou imbibé d'un liquide irritant. Avec quelque attention pour maintenir ce corps étranger assez longtemps à l'extrémité supérieure du kyste et pour en suivre l'effet, elle suffirait fréquemment. Nul doute qu'elle ne soit plus avantageuse que la promenade ou le séjour de la canule du trocart, d'un bout de sonde ou de bougie, même tourné en spirale, ainsi que cela a été recommandé. Mais si, comme chacun de ces moyens, la tente compte des succès, ce n'est qu'à l'aide de circonstances dont l'événement est fort douteux; et il faut ajouter que, pour les hydrocèles multiloculaires, elle pourrait offrir des difficultés insurmontables.

Est-on plus heureux avec l'incision? Quand elle guérit, nous croyons qu'elle produit une guérison solide. Maintenant, il s'agit de savoir si elle guérit souvent. Nous sommes loin de partager, à cet égard, l'opinion de plusieurs opérateurs distingués : l'expérience a constaté de fréquentes récidives malgré la perfection du manuel opératoire et les soins les plus minutieux dans le pansement. Des adhérences s'établissent dans quelques points seulement de la surface séreuse, tandis que les autres continuent à sécréter de la sérosité : c'est-à-dire que l'incision conseillée spécialement pour les hydrocèles multiloculaires devient parfois une cause d'hydrocèle de cette nature, lorsqu'elle a été pratiquée sans succès pour un épanchement simple.

Faite de dehors en dedans, de dedans en dehors, prolongée ou non, l'incision sera toujours une opération dans toute la rigueur du mot, opération dont la gravité n'est pas en rapport avec le peu d'importance de la maladie. Cette ouverture de la tumeur de son sommet à la partie la plus déclive ou mieux encore jusque sur sa face postérieure; ce remplissage délicat et minutieux de toute sa cavité avec de la charpie sèche, les vives souffrances qui se développent, la possibilité de léser des vaisseaux artériels, d'une orchite grave, de la crevasse et de la suppuration du testicule méritent bien d'être pris en considération. Aussi l'incertitude du diagnostic et la crainte d'être obligé d'enlever la glande séminale seules peuvent justifier l'emploi de l'incision.

Ce procédé a éprouvé depuis peu de temps une modification qui porte le nom d'incision sous-cutanée. Elle a quelque chose de moins sanglant et de moins douloureux; mais il est facile de juger qu'elle peut donner lieu à des phlegmons sous-séreux, à une infiltration du tissu cellulaire des bourses et à une hématocèle : avec un bistouri, on fait une ponction à la base de la tumeur, et, la pointe de l'instrument étant conduite au sommet de la tunique vaginale, on divise son feuillet pariétal de dedans en dehors. La sortie du liquide est ensuite favorisée par des pressions ménagées. Ce mode opératoire entre les mains de son auteur, chirurgien habile (M. Jobert de Lamballe), a été suivi d'un épanchement sanguin et d'une inflammation assez intense pour exiger la division de la peau des bourses. Il n'y a réellement là rien d'encourageant pour adopter l'usage de l'incision sous-cutanée et des scarificateurs de même espèce. Il ne s'ensuit pas que l'on ne puisse guérir avec leurs secours comme avec tous les autres procédés, mais ce n'est pas assez que l'on finisse par atteindre la guérison, il faut encore avoir égard au temps qu'elle s'est fait attendre et aux douleurs compagnes des incisions et des phlegmasies consécutives. Du reste, quel que soit l'instrument dont on se serve pour l'incision sous-cutanée, fût-ce même celui de M. Barthélemy, l'assurance et la précision sont de rigueur pour éviter les accidents, et les plaintes des opérés disent assez que la souffrance n'est pas légère. Quant à la certitude de la guérison, elle nous paraît peu positive alors que M. Velpeau assure n'avoir jamais pu obtenir de cure radicale par cette opération.

En résumé, l'incision ne nous semble pas devoir être conservée dans la pratique, si ce n'est pour la circonstance indiquée. Les précautions qu'elle exige, la longueur du traitement, les douleurs qu'elle entraîne, les récidives multiloculaires qu'elle peut occasionner, les dangers qui l'accompagnent, et la facilité de la remplacer avec avantage, justifient cette exclusion.

On a généralement renoncé à l'excision, s'il faut en croire l'un des professeurs de l'Ecole, M. Blandin; et c'est tout au plus si elle convient pour le cas d'épaississement cartilaginiforme. Comment se résigner à cet abandon, à moins qu'on ne nous fasse connaître un moyen nouveau d'attaquer les hydrocèles à parois indurées, incapables de phlegmasies adhésives et de retour sur elles-mêmes? Son emploi ne saurait laisser aucune hésitation en face de ces conditions pathologiques précédentes, puisque les autres procédés restent infructueux, ou n'arrivent au but qu'après avoir exposé les malades à de plus grands dangers que ceux de l'excision elle-même. D'ailleurs, Dupuytren a rendu prompte et facile cette opération en excisant la peau comme Douglas, ou en l'incisant comme Boyer, selon qu'il est nécessaire ou non d'enlever un lambeau des téguments, et en forçant la poche tout entière à sortir de la plaie par la traction du scrotum en arrière. A l'aide de cette énucléation, qui fait saillir le kyste en dehors, l'opérateur peut rapidement l'exciser avec des ciseaux après l'avoir ouvert; il évite ainsi la dissection assez difficile pour séparer la tunique vaginale des tissus subjacents qui, destinés à fournir les éléments de la cicatrice, doivent être ménagés. Quelle que soit la manière de pratiquer cette opération, vainement on prétendrait qu'elle rend toute récidive impossible. Cette infaillibilité est une erreur, parce que l'on ne parvient pas toujours à l'enlèvement intégral du kyste. Souvent un suintement séreux venant du fond de la plaie, apprend que quelque portion du sac a échappé aux ciseaux ou au bistouri, et qu'un secours secondaire est encore nécessaire.

Après cela, toutes les fois que l'un des procédés connus, autre que l'excision, a guéri des hydrocèles à parois dégénérées, le séton aurait tout aussi bien, si ce n'est mieux réussi. Parmi les faits nombreux que nous avons recueillis, nous citerons celui de M. T***, rue de Thorigny, n° 6, qui, ayant éprouvé sept récidives, après des injections vineuses, entre les mains des hommes les plus capables, MM. Béclard, Dupuytren, Roux et Sanson, se refusa à l'excision jugée indispensable, et fut parfaitement guéri par le séton. Malgré ce résultat heureux, il faut laisser à l'excision sa spécialité pour les hydrocèles à kyste cartilaginiforme, car elle est, je le répète, le moyen le plus rationnellement convenable.

Avant de parler des procédés employés récemment au Val-de-Grâce et à l'hôpital du Midi, et du procédé principal, la ponction suivie d'injections, nous consacrerons quelques lignes à l'acupuncture et à l'électro-puncture. Astley Cooper obtint plusieurs succès avec l'acupuncture; plus souvent il échoua, parce que les piqûres ne permirent pas l'écoulement du liquide, et que la puissance des vaisseaux absorbants ne pût être réveillée. L'honnête et digne Mayranx, trop tôt enlevé à la science, ne fut pas plus heureux dans ses essais. Pecchioli, médecin de Boulogne, a voulu combiner l'action de l'électricité avec celle de l'acupuncture; il espérait provoquer la transsudation du liquide séreux par les pores de la tunique vaginale, se fondant sur la propriété qu'ont les courants électriques, transmis au travers des réceptacles membraneux, de produire la filtration au dehors des liquides contenus. L'observation publiée en septembre 1841, dans la *Gazette des Hôpitaux*, et quelques autres plus récentes, prouvent que le moyen est douloureux, qu'il faut y revenir à plusieurs fois, et qu'il est possible de blesser le testicule avec les aiguilles en saillie à l'intérieur de la tunique vaginale. A l'Hôtel-Dieu de Paris, l'électro-puncture, employée plusieurs fois par des mains habiles, a produit une diminution peu marquée dans le volume de la tumeur, et le liquide a passé dans le tissu cellulaire du scrotum. Ces résultats n'engageront pas à faire de nouvelles tentatives.

Viennent maintenant les deux procédés nouveaux, vierges d'insuccès, si l'on s'en rapporte aux observations publiées.

Celui de M. Baudens mérite de l'attention parce qu'il est ingénieux,

n'en déplaise à quelques opérateurs qui affectent d'ignorer son existence ou de ne pas le juger digne d'examen. L'instrument qu'il emploie, sauf l'ouverture latérale de la canule, représente exactement, il est vrai, le trocart explorateur de M. Récamier pour les kystes de l'ovaire, pour les abcès du foie. C'est une aiguille à acupuncture avec une pointe en fer de lance, sur laquelle glisse un tube métallique en argent, percé d'une ouverture latérale à sa partie moyenne. Adaptée à un porte-aiguille, on s'en sert pour traverser l'hydrocèle et placer la canule, que l'on maintient à demeure par un fil de coton, jeté en 8 de chiffre entre les deux extrémités. Ce tube métallique, destiné à l'épuisement du liquide, reste en contact avec la tunique séreuse, jusqu'à l'apparition d'un certain degré de tuméfaction, c'est-à-dire, d'un commencement d'orchite.

Ce mode d'opérer vaut mieux que celui du même auteur, qui consistait à établir une fistule à l'aide du séjour, dans le kyste, d'une forte épingle à grosse tête. Mais un semblable perfectionnement ne suffit pas pour donner satisfaction; la canule est défectueuse sous plusieurs rapports; son calibre n'est pas suffisant et son ouverture latérale pourrait être mieux placée qu'à sa partie moyenne. Il est évident qu'elle doit s'obstruer avec trop de facilité et qu'elle ne saurait permettre la sortie d'un liquide gélatiniforme d'une densité égale à l'humeur vitrée, et encore moins celle de la bouillie noirâtre consécutive à l'hématocèle, nonobstant les pressions ménagées et l'introduction réitérée de la tige du trocart.

On peut ainsi être arrêté dans une opération qu'on a dit être aussi simple que facile. Si un semblable obstacle n'est pas embarrassant pour un chirurgien, le malade y trouve un sujet d'inquiétudes, un surcroît de douleur, et l'observateur un motif pour douter de la sûreté et de la grande supériorité du procédé.

D'une autre part, le contact permanent d'un corps métallique avec la tunique vaginale a fréquemment une action suppurative; le testicule par continuité de tissu, par sympathie, est appelé à ressentir un certain degré de phlogose; et lorsque cet organe est déjà dans un état pathologique, ce qui arrive souvent, rien n'est alors moins certain que l'effet constamment résolutif de l'inflammation traumatique. La glande séminale est donc exposée à des accidents consécutifs dont les salles du Val-de-Grâce ont dû fournir des exemples. On nous permettra de croire qu'il n'est pas indispensable de courir de telles chances pour se faire guérir d'une hydrocèle.

M. Baudens a beaucoup vanté l'avantage de pouvoir étudier l'état du testicule avec l'aiguille, lorsqu'elle a pénétré dans l'intérieur de la tunique vaginale, et celui d'atteindre les plus petits épanchements compliqués d'orchite. Cette exploration pourtant n'est pas bien décisive, en admettant qu'elle soit toujours sans inconvénient. Celle qui se fait tout simplement avec les doigts, par-dessus le scrotum après l'évacuation du liquide, fournirait des données plus exactes. Quant à l'importance attachée à la soustraction des épanchements les plus légers, afin de faire cesser l'isolement du testicule et de pouvoir attaquer avec efficacité les orchites par les médicaments externes, elle est certainement fort exagérée. N'est-il pas reconnu que les hydrocèles de cette espèce se résorbent assez facilement par les seuls efforts de la nature, et qu'elles n'établissent pas une barrière insurmontable à l'effet des topiques? D'ailleurs c'est contre elles que la thérapeutique, dite d'essai, a des succès constants; et si elles lui résistent, l'évacuation étant jugée indispensable, le trocart de M. Baudens n'est pas privilégié pour l'opérer. Nous n'hésitons pas à lui préférer les aiguilles creuses, plates et courbes de notre invention, et dont nous faisons un usage habituel. Leur supériorité sera rendu plus palpable par la description qui en sera donnée plus loin. Ce sont ces mêmes aiguilles qui nous servent au traitement des hydrocèles enkystées du cordon, et avec lesquelles nous avons opéré des épanchements extrêmement circonscrits.

Avant de terminer ces réflexions critiques sur le procédé de M. Baudens, il faut remarquer que, sous son influence, l'irritation inflammatoire de l'épididyme et du testicule apparaît assez souvent *à priori*, avant même que la tunique vaginale soit phlogosée dans toute son étendue par la présence de la canule. La tuméfaction prescrit alors le retrait de l'instrument, et l'hydrocèle persiste après la disparition de l'engorgement. Elle persiste aussi quand la membrane séreuse épaissie est restée insensible à la présence du corps étranger quoique les organes séminaux en aient violemment ressenti l'action. Pour parer à ce dernier inconvénient, M. Baudens emploie l'injection de l'air plusieurs jours de suite, ou bien il injecte un peu de vin. Sans doute, il finit par atteindre le but, mais son procédé perd le mérite de son infaillible simplicité. Excès ou insuffisance d'action et dans aucun cas rétablissement de l'état normal, tels sont les résultats probables de son emploi.

Toutefois, nous le croyons bien supérieur à la suture en bourse sous-cutanée et à la suture enchevillée essayées à l'hospice du Midi. Le médecin qui les a proposées, convaincu que l'injection iodée n'est pas plus efficace que l'injection vineuse, a voulu éviter les inconvénients de l'une et de l'autre. Malheureusement, ceux inhérents aux sutures ne sont pas moindres. Aussi le félicitons-nous d'avoir fait justice de la suture en bourse en y renonçant. Quant à la suture enchevillée, pour la faire apprécier il suffira de dire qu'elle exige le passage à travers l'hydrocèle, deux ou trois fois à un pouce d'intervalle, d'une aiguille enfilée d'un fil double; l'évacuation du liquide par un coup de lancette, la position d'un bout de sonde dans les anses des fils à suture, la ligature des chefs de ces mêmes fils sur un autre bout de sonde, le rapprochement des bouts de sonde afin d'effacer la cavité du kyste par l'adossement de ses parois internes et, enfin, le maintien de l'appareil durant vingt-quatre heures. A l'hospice du Midi, on trouve ce procédé on ne peut plus simple, et l'on assure qu'il cause moins de douleur que la plus petite opération chirurgicale. Cette opinion n'est pas généralement partagée; on croit même un peu partout que les piqûres réitérées du scrotum occasionnent de vives souffrances, et que la suture enchevillée prend encore assez de temps pour éprouver le courage du patient.

Comme procédé exceptionnel, je ne vois pas les cas où l'on peut employer la suture, quoique M. Vidal l'ait crue applicable à la cure des hydrocèles du sac herniaire et des hydrocèles congénitales. Pour ces exceptions, le séton présente tous les avantages de ce que ce praticien a appelé traitement à sec. Enfin, comme méthode générale, elle doit céder le pas à la plupart des autres procédés. Il faut donc la considérer comme non avenue pour le traitement de l'hydrocèle.

Dans le troisième article, nous nous occuperons des injections iodées et vineuses, du séton et de son mode particulier d'application pour en assurer le succès.

Lemaistre-Florian.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement topique du prurit de l'anus et de la vulve;
par M. le docteur Cazenave.

M. Cazenave recourt ordinairement, contre le prurit de l'anus et de la vulve, maladies quelquefois si incommodes et d'une opiniâtreté si désolante, à l'emploi des diverses lotions suivantes :

1° *Lotions alcalines.*

Sous-carbonate de potasse,	8 grammes;
Eau distillée,	500 id.

M. et F. dissoudre S. A.

La dose du sel potassique peut être portée jusqu'à 12 grammes pour la même quantité de véhicule.

2° *Lotions sulfureuses.*

Sulfate de potasse,	4 grammes;
Eau distillée,	300 id.

M. et F. dissoudre S. A.

3° *Lotions cyanurées.*

Cyanure de potassium,	60 centigrammes;
Emulsion d'amandes amères,	200 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

L'emploi de ce topique avait été précédemment proposé par Biett.

4° *Lotions camphrées.*

Hydrolé de camphre,	30 grammes;
Hydrolat de laitue,	500 id.

M. S. A.

5° *Lotions hydrargyriques.*

Bichlorure de mercure,	20 centigrammes;
Eau distillée,	200 grammes.

M. et F. dissoudre S. A., puis ajouter au soluté

Alcoolat de menthe,	15 grammes.

M. par agitation.

Traitement topique de certaines maladies de la peau, par le même.

M. A. Cazenave prescrit souvent avec succès l'emploi de simples lotions acidulées contre certaines formes légères de l'acné, du lichen, du pityriasis, de l'herpes et même de l'eczéma; ou bien encore, et spécialement dans l'impétigo, par exemple, après avoir fait tomber les croûtes, il recourt avec avantage à l'application du soluté alumineux suivant :

Alun,	8 grammes.
Infusé de roses de Provins,	500

M. et F. dissoudre S. A.

Il porte quelquefois, suivant les cas, la dose du sel alumineux jusqu'à douze grammes pour la même quantité d'infusé.

Mais la lotion qui réussit le mieux contre ces diverses affections est, sans contredit, une lotion hydrargyrique analogue au médicament secret connu sous le nom de *liqueur de Gowland*, et plus encore à l'*émulsion mercurielle de Bateman*. Après plusieurs essais, M. Cazenave s'est arrêté définitivement à la formule ci-dessous pour la composition de cette lotion :

Bichlorure de mercure,	10 centigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque,	10 centigrammes.
Emulsion d'amandes,	250 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Lorsque, dans l'eczéma, l'éruption est tout à fait chronique, alors M. Cazenave fait pratiquer des lotions fréquentes avec le mélange suivant :

Acide azotique,	25 gouttes.
Acide chlorhydrique,	25 gouttes.
Eau distillée,	300 grammes.

M. par agitation.

L'Académie de médecine, qui s'est montrée assez indulgente en donnant son approbation à diverses compositions pharmaceutiques, telles que la *poudre de Sency*, les *capsules de Mothès*, les *biscuits Olivier*, etc., a néanmoins ses jours de rigueur. Mardi dernier, par exemple, elle a rejeté le rapport d'un de ses membres (M. Bricheteau), qui se bornait à déclarer que des emplâtres ou cartons médicinaux présentés à l'Académie par un chirurgien des environs d'Angoulême, pouvaient être utiles dans la pratique, et faire partie des approvisionnements pharmaceutiques des armées de terre et de mer. En vain M. le rapporteur, qui paraissait très animé et tenir beaucoup à son opinion, s'est-il appuyé de nombreuses expériences faites par MM. Bouillaud et Piorry en faveur de ce moyen, enfin de celles également favorables qu'il avait faites lui-même à l'hôpital Necker, la conclusion a été rejetée à une forte majorité..... A la vérité, plusieurs membres, que les causeries avaient empêché d'entendre, se sont abstenus de voter.

(*Communiqué.*)

NOUVELLES.

Le tableau des réceptions de pharmaciens qui ont été faites en 1845 par les jurys médicaux, donne le résultat suivant :

Circonscription de Paris,	26	réceptions.
— de Montpellier,	26	—
— de Strasbourg,	5	—
Total :	58	réceptions.

— On vient de placer dans l'hôpital de Marseille deux grandes tables de marbre noir sur lesquelles sont inscrits les noms des bienfaiteurs de cet établissement. On y voit figurer, entre autres, le nom de M. Tamburini, ex-artiste du Théâtre-Italien de Paris.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 18 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 46. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 17 AVRIL 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Rostan a consacré sa leçon de jeudi dernier à démontrer l'importance, l'indispensabilité d'un bon diagnostic, et à tracer la marche qu'il convient de suivre pour obtenir ce résultat. Très méthodique, très exigeant, comme il l'a dit lui-même, quant au mode d'exploration des malades, il veut que, d'un premier coup d'œil, on examine autant que possible l'extérieur du sujet. S'il ne va pas aussi loin que Bayle, qui prescrivait que cet examen de l'habitude extérieure fût fait à nu, c'est par respect pour les préjugés des malades.

La première question à adresser au patient, après avoir exploré l'extérieur, est celle-ci : *Où souffrez-vous?* De cette manière, l'attention du médecin est fixée aussitôt sur le siége du mal, au lieu de s'égarer, de flotter, pour ainsi dire, au gré d'une interrogation sans principe et sans règle. On demande ensuite depuis quel temps la maladie existe. D'un mot toutes les maladies aiguës ou toutes les maladies chroniques sont mises de côté, et beaucoup de temps est épargné.

Ces points éclaircis, on passe en revue les appareils. Corvisart procédait par cavités : la tête, la poitrine, l'abdomen. M. Rostan procède par fonctions. On commence par l'appareil affecté : soit celui de la digestion. Les lèvres, les gencives, les dents, la langue, l'arrière-gorge, la région épigastriques, les matières vomies s'il y a eu vomissement, l'abdomen, au besoin les matières fécales, sont examinés.

On passe, en second lieu, à l'appareil respiratoire. La respiration est-elle fréquente ou rare, vite ou lente, etc. ? Quels sont les caractères des matières expectorées ? Y a-t-il de la toux ? M. Rostan veut qu'on réserve pour la fin de l'examen la percussion et l'auscultation, attendu que, par les mouvements qu'elles nécessitent, par la fatigue qu'elles produisent, elles donnent lieu à des modifications dans l'état du pouls, qu'il est bon, par conséquent, d'explorer auparavant.

De l'examen de la respiration, sauf la percussion et l'auscultation, on passe à l'étude de l'appareil circulatoire. Le pouls est-il fréquent ou rare, vite ou lent, grand ou petit, fort ou faible, égal ou inégal, régulier ou irrégulier, isochrone ou non isochrone? Est-il intermittent? Est-il confus? Les battements, les bruits du cœur sont-ils normaux?

Vient ensuite le tour des sécrétions et des exhalations; après quoi on s'occupe de la chaleur animale, à supposer que ce ne soit pas chose faite en même temps que l'exploration du pouls. On clôt cette investigation de la vie organique par la nutrition. Mais déjà, et dès le premier coup d'œil, l'embonpoint ou l'amaigrissement ont été reconnus, de même que l'on aura beaucoup de peine à empêcher un médecin de porter le doigt sur l'artère radiale de son malade, comme d'instinct, avant toute autre exploration.

Après la vie organique, on étudie celle de relation : 1° fonctions centrales (axe cérébro-spinal); 2° sens; 3° mouvements et expressions.

On termine par l'appareil de la génération, qui joue un si grand rôle, spécialement chez la femme.

Après cette exploration, on n'a pas encore toutes les données nécessaires. Il faut savoir si le patient n'est point né dans de mauvaises conditions héréditaires, comment il s'est nourri, quelles influences il a subies, s'il a eu d'autres maladies, et par quels moyens, avec quels résultats il a été traité. C'est là le *commémoratif*.

Nous ne tiendrions pas, autant que le professeur de l'Hôtel-Dieu, à ce que cet ordre fût suivi rigoureusement; mais il est bon d'avoir une règle. Les élèves surtout doivent s'habituer à la précision dans l'examen des malades, pour atteindre le plus possible à la précision dans le diagnostic.

En faisant ressortir la nécessité absolue et l'importance d'un examen méthodique, M. Rostan a cité un cas qui mérite d'être rappelé. Une femme était atteinte d'une constipation opiniâtre. Le premier médecin consulté soupçonna un état inflammatoire et fit appliquer des sangsues. Un autre, les déplétifs locaux n'ayant produit aucun résultat avantageux, administra des évacuants, qui ne produisirent non plus aucun bon effet. Un troisième médecin eut enfin l'idée de palper le ventre, et il trouva une tumeur ovarienne qui comprimait le rectum; d'où la constipation, toute mécanique. Une position convenable fut donnée à la malade, de telle sorte que la tumeur s'inclinât à droite et dégageât l'intestin ; une sonde fut introduite dans ce dernier, et les matières furent évacuées.

— Nous avons parlé souvent, dans ce journal, des phlegmons intra-pelviens; mais nous n'avons pas eu encore l'occasion de noter une complication très importante de ces abcès : la compression du plexus d'où émerge le nerf sciatique et par suite une douleur qui peut en imposer pour la sciatique proprement dite. M. le professeur Chomel citait, dans une de ses dernières leçons, le cas d'une dame affectée de douleurs sciatiques intolérables, contre lesquelles on employa sans effet divers moyens, dans la pensée qu'on avait affaire à une sciatique, et qui se dissipèrent comme par enchantement à la suite de l'évacuation d'une grande quantité de pus par l'anus. Il est évident que les douleurs étaient dues à la compression du nerf par le phlegmon, puis par l'abcès intra-pelvien.

Dans un autre cas, M. Chomel fut consulté pour une dame de la province qui souffrait comme la précédente, et chez laquelle, au bout de quelque temps, une tumeur se manifesta dans la région iliaque correspondante.

M. Rayer a vu un fait analogue, et tout récemment, dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon, on a observé un cas qui se rapproche de ceux dont nous venons de parler.

Un homme d'une cinquantaine d'années est entré dans les salles de ce chirurgien pour une affection qui a été traitée comme une sciatique aiguë. Malgré les moyens énergiques qui ont été mis en usage, les signes d'une suppuration profonde ont apparu à la région fessière, et une incision pratiquée en ce point a donné issue à une grande quantité de pus. Au bout de quelque temps, le malade a succombé à l'abondance de la suppuration et à la fièvre. Le foyer était large comme les deux mains et se prolongeait jusque dans le bassin à travers l'échancrure sciatique. Le nerf sciatique, compris dans le foyer, avait le volume du doigt médius d'un adulte ; il était très ramolli, comme macéré, décomposé en une foule de petits cordons blancs, sans rougeur, en aucun point, du névrilème et de la pulpe.

Nous n'avons pas vu nous-même ce cas remarquable, dont nous parlons d'après un autre journal, et nous ignorons quelle idée on doit se faire de la manière dont les accidents se sont succédé. Est-ce la névrite qui a débuté, et le phlegmon ambiant n'est-il que secondaire ? Est-ce, au contraire, le phlegmon qui a englobé le nerf ? Les deux suppositions sont plausibles *à priori* ; mais si l'on pense à ce qui a lieu généralement dans les névralgies, et que, par exemple, il n'existe peut-être pas un cas de névralgie trifaciale dans lequel il y ait eu formation consécutive d'abcès, on sera porté à admettre la seconde de préférence. Pour les faits de M. Chomel, il n'y a pas à hésiter, selon nous : c'est l'abcès pelvien qui a commencé. La conséquence de tout ceci est que, comme le fait toujours maintenant M. Chomel, il faut, étant données des douleurs sciatiques, rechercher avec soin s'il n'existe pas dans le bassin une tumeur aiguë ou chronique pouvant les expliquer par la compression des nerfs.

Ce serait une grave erreur de supposer que les nerfs ne seront jamais que comprimés. Ils peuvent s'enflammer comme toute autre partie située dans l'aire d'une inflammation. Il en aurait été ainsi dans le cas de M. Robert. Le mieux est qu'ils ne soient que comprimés, attendu que, la cause de compression levée, le mal cesse aussitôt, comme chez la première malade de M. Chomel. Si le nerf est enflammé, si surtout il est désorganisé par l'inflammation, le cas est infiniment plus grave, et sa lésion devient le fait dominant.

Il peut arriver que la douleur, suite de la compression du plexus par un phlegmon intra-pelvien, affecte la direction d'un nerf autre que le sciatique, comme dans ce cas où M. Richet l'a suivie sur le trajet du nerf inguinal externe (*Des Abcès phlegmoneux intra-pelviens*, par M. Marchal, de Calvi).

— Une jeune femme a succombé, dans le service de M. le professeur Bouillaud, aux suites d'une de ces fièvres puerpérales que l'on vient d'observer en très grand nombre. L'intestin grêle était phlogosé dans la plus grande partie de son étendue, sans engorgement ni ulcération des follicules (entérite villeuse). L'endocarde était rouge dans les quatre cavités du cœur; mais peut être cette rougeur était-elle seulement le résultat de l'imbibition cadavérique. Les reins étaient volumineux et hypérémiés. La rate, dense et ferme, était parsemée de taches d'un noir d'ébène, tranchant sur un fond ardoisé, et s'étendant à toute l'épaisseur de l'organe.

Le membre inférieur droit était infiltré. M. Bouillaud avait annoncé une oblitération des veines de ce membre; et, en fait, ces vaisseaux, depuis le pied jusqu'à la veine cave inférieure, étaient enflammés et remplis d'une matière boueuse pareille à de la lie de vin, mélange de pus et de sang. C'étaient là les altérations de la *phlegmasia alba dolens*; mais il n'y avait pas eu de douleur, et *dolens* est de trop. C'est que, comme l'a dit M. Bouillaud, la douleur, dans l'affection dont il s'agit, n'appartient pas aux veines, et manque si les nerfs ont été épargnés. Il y a douleur en même temps qu'œdème si, par suite de la compression par la tête du fœtus, au moment de l'accouchement, les nerfs ont été contus aussi bien que les veines. S'ils ont résisté ou échappé à la compression, on n'observe que les effets de l'oblitération veineuse, étudiés avec tant de sagacité par le professeur de la Charité. Il est certainement bien remarquable que dans la phlébite puerpérale du membre inférieur, il ne se forme pas d'abcès dans le tissu cellulaire, tandis que dans les autres phlébites, dans celle du bras, par exemple, à la suite de la saignée, on voit le tissu cellulaire du membre s'enflammer et suppurer sur plusieurs points. Ce sont là deux phlébites, mais deux phlébites très différentes l'une de l'autre. Peut-être faut-il tenir compte de l'influence de l'air dans la phlébite externe, suite de piqûre, tandis que dans l'autre le vaisseau est abrité.

Toujours est-il, quant à la phlébite puerpérale des membres inférieurs, qu'elle offre deux variétés, l'une douloureuse, l'autre indolore, suivant que les nerfs sont affectés coïncidemment avec les veines ou ne participent pas à la lésion.

— Il y a dans le service de M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu, une femme affectée de paralysie des avant-bras et des doigts, après avoir fait usage pendant quatorze jours de béquilles qui ont comprimé les nerfs dans le creux axillaire. La paralysie du sentiment et du mouvement est complète; elle a commencé par de l'engourdissement. Depuis peu de jours que la malade est couchée, les doigts ont repris quelque motilité. On appliquera des vésicatoires et la strchynine. Il est probable que le repos suffirait; mais il n'y pas d'inconvénient à agir.

— L'hydarthrose du service de M. Roux dont nous avons parlé dans notre avant-dernière Revue, et qui, exceptionnellement, proéminait dans le creux poplité, a cédé à l'application de deux vésicatoires sur les côtés de la rotule. Le malade est sorti.

— Chez l'un des malades de M. Roux, qui sont affectés de fracture compliquée de la jambe, il a fallu porter le pied fortement en dedans pour réduire la fracture et la maintenir réduite. La règle, comme chacun sait, dans la réduction de la fracture de la jambe, est que le gros orteil corresponde au bord interne de la rotule. Mais le chirurgien doit savoir s'affranchir, au besoin, des règles tracées pour les cas ordinaires. Maintenant que les fragments commencent à s'agglutiner, M. Roux va tâcher de ramener le pied dans une bonne direction au moyen d'une semelle.

— Ce professeur a pratiqué dernièrement une amputation de cuisse pour une tumeur blanche du genou chez un homme. Il a employé la méthode à lambeaux, dont le manuel est d'une promptitude remarquable. La rapidité est une condition secondaire auprès de la sûreté, mais dans certaines opérations, trop simples pour n'être pas sûres, l'essentiel est d'être prompt. A ce titre, l'amputation à lambeaux l'emporte sur l'amputation circulaire. M. Roux n'a de préférence ni pour l'une, ni pour l'autre, et les applique indifféremment. Il taille les lambeaux par ponction, en commençant, bien entendu, par l'externe, suivant la règle absolue qui veut que l'on termine par le lambeau qui doit renfermer les vaisseaux.

— Mardi dernier, jour de clinique, M. C. Broussais s'est occupé du phénomène de la vibration thoracique.

Il a commencé par établir que ce phénomène, dans l'état de santé, est variable suivant les individus, étant très peu marqué chez les uns et très prononcé chez les autres ; les premiers ont la voix faible ou aiguë, des parois thoraciques à tissu cellulaire adipeux ou infiltré ; les seconds ont une voix grave, et les parois thoraciques peu épaisses ou recouvertes de muscles minces.

Dans l'état pathologique, la vibration thoracique peut augmenter ou diminuer et même disparaître.

Elle diminue et disparaît par suite des épanchements dans la cavité de la plèvre, comme on en a des exemples chez les nos 26, salle 5, et 6, 24, 27, salle 6 ; elle reparaît à mesure que l'épanchement est résorbé, comme cela arrive aux nos 18 et 38, salle 6. Cette vibration diminue-t-elle aussi par la formation des fausses membranes ? M. C. Broussais est disposé à le croire, mais n'a point assez de faits pour résoudre la question. Elle augmente, au contraire, dans les cas suivants :

1° Dans l'induration du parenchyme pulmonaire par hépatisation rouge ou grise, comme il y en avait des exemples, il y a peu de jours, dans le service. Ce fait est incontestable, bien qu'il ne soit point admis par des auteurs graves, et M. C. Broussais, qui le signale depuis plus de dix ans à ses élèves, a vu avec plaisir que les auteurs du *Compendium de médecine pratique* l'avaient constaté aussi ;

2° Dans l'induration de ce même parenchyme par infiltration tuberculeuse, comme on en voit un exemple frappant chez le n° 25, salle 5, qui présente, au sommet droit, une submatité notable surtout en dehors, une respiration dure et râpeuse, une résonnance forte de la voix et une vibration thoracique notablement plus marquée qu'à droite. M. Fournet s'est donc mépris en avançant que la meilleure condition

pour la vibration thoracique était l'état sain du parenchyme. Il arrive cependant, dans la phthisie, que la vibration thoracique peut diminuer (exemple: le n° 13, salle 6); mais ce malade en est à la période de ramollissement des tubercules et de formation de cavernes, comme le prouvent le gargouillement et la pectoriloquie;

3° Dans l'induration du parenchyme pulmonaire par pneumonie chronique, que ce parenchyme soit grisâtre ou qu'il soit mélanique, comme M. C. Broussais en a vu un exemple remarquable à Alger;

4° Dans la condensation du tissu pulmonaire par suite d'un épanchement dans la plèvre, pourvu que cet épanchement ne soit ni trop, ni trop peu abondant, car dans le premier cas le poumon est réduit à rien, et dans le second il n'est pas assez condensé. Les nos 26, salle 5, et 18, salle 6, nouvellement entrés et atteints de pleurite avec un épanchement qui donne deux centimètres de plus à la demi circonférence de la poitrine du côté affecté, présentent un son mat dans les trois quarts inférieurs du côté malade en arrière, et point de bruit respiratoire dans cette même région, point de vibration thoracique non plus; mais dans le quart supérieur, toujours en arrière, le son n'est pas mat, il est seulement moins clair que du côté opposé; il y a un bruit de respiration bronchique qui va même jusqu'au souffle chez l'un d'eux, un peu de bronchophonie et une vibration très sensiblement plus forte que du côté sain.

M. C. Broussais s'est beaucoup étendu sur l'importance de ce signe diagnostique, s'étonnant qu'on en tirât en général dans la pratique si peu de parti, quand il est d'une application si facile.

— Le 22 avril, un officier, M. N., entre au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Champonillon, médecin ordinaire. Ce malade, âgé de cinquante-deux ans, présente un système musculaire fortement accusé. Adonné pendant sa jeunesse aux plaisirs sexuels et aux stimulants alcooliques, il éprouva, il y a environ cinq ans, une douleur pongitive à la région précordiale; depuis cette époque, M. N. fut sujet à de fréquentes épistaxis. Dans le courant du mois de novembre dernier, étant de service par un temps pluvieux, il contracta, sous l'influence du froid et de l'humidité, une bronchite de médiocre intensité. Des palpitations confuses, passagères, et jusque-là sans gravité, devinrent bientôt continues. Toutes les fois que le malade marchait, et surtout quand il montait un escalier, la dyspnée augmentait jusqu'à la suffocation, et du sang pur était expectoré au milieu d'une violente quinte de toux. Par le repos, les crachats redevinrent muqueux, ou seulement striés. Le décubitus dorsal, où en supination, était impossible; le malade ne pouvait respirer qu'assis ou debout. La région précordiale était mate dans une grande étendue; l'expansion vésiculaire du poumon gauche était tellement éclatante au sommet, qu'elle couvrait complètement les bruits du cœur. Le pouls était petit, difficile à comprimer. Après quarante-huit heures de séjour à l'hôpital, M. N. succomba dans un accès de suffocation.

Autopsie. La base du poumon gauche est comme aplatie contre la colonne vertébrale; le poumon droit est légèrement emphysémateux; le tissu des deux poumons est parfaitement sain. Les derniers tuyaux bronchiques contiennent un peu de sang noir coagulé; mais on ne découvre aucune trace de rupture vasculaire ou du parenchyme.

Le péricarde semble confondu avec le cœur, tant les adhérences sont intimes. Vidé des caillots qu'il contient, le cœur pèse 1400 grammes; sa longueur est de près de 3 décimètres, et sa largeur de 18 centimètres. Les parois des deux ventricules ont acquis une épaisseur de 3 centimètres et demi; la cloison interventriculaire a subi une hypertrophie non moins considérable. Les cavités auriculo-ventriculaires présentent une capacité à proportions normales; il n'y a ni insuffisance des valvules, ni rétrécissement des orifices.

L'aorte, anévrismatique dès son point d'origine, a subi une dilatation telle que son diamètre est plus que triplé. Vers le milieu de son trajet thoracique, elle semble étranglée, parce qu'une petite portion de son tissu est restée saine; mais au-dessous de cette coarctation apparente, la dilatation recommence, pour s'arrêter de nouveau brusquement au moment où l'artère s'engage à travers le diaphragme. Fendue dans sa longueur, l'aorte présente deux concrétions fibrineuses, jaunâtres, adhérentes à la tunique interne. Ces deux espèces de valvules, placées l'une au-dessus de l'autre, ont à peu près la dimension d'une pièce de cinq francs.

Il n'est pas commun de trouver un cœur aussi volumineux que celui dont nous venons de parler. On peut dire qu'il n'y avait place que pour lui dans le côté gauche de la poitrine. La force énorme avec laquelle, surtout pendant la marche, le cœur poussait le sang dans les capillaires, faisait, à chaque instant, exsuder ce liquide à travers les minces parois de ces vaisseaux; d'où les épistaxis, d'où, plus tard, l'expuition sanguine par les bronches.

Le sujet avait vécu plusieurs années, nonobstant une affection organique aussi grave, et il est probable qu'il aurait vécu assez longtemps encore s'il n'avait contracté une affection aiguë, qui, bien que légère, a déterminé un trouble auquel l'économie, à raison de la lésion préexistante, ne pouvait résister. C'est le propre des affections chroniques d'affaiblir la vitalité de telle sorte que, suivant l'expression vulgaire, il suffise d'une goutte d'eau pour combler la mesure. Aussi, de combien de précautions ne doit-on pas entourer les individus qui portent en eux cet ennemi sourd et patient qu'on appelle une maladie chronique!

C'est cinq ans après avoir éprouvé une douleur pongitive dans la région précordiale, que le malade a succombé avec une hypertrophie très considérable du cœur et une adhérence générale du péricarde. Voilà donc une péricardite avec exsudation plastique abondante, qui paraît avoir eu pour seul symptôme une douleur pongitive dans la région du cœur, car on ne peut rattacher l'adhérence générale à une autre lésion que l'inflammation du péricarde.

Maintenant, est-il possible de déterminer le mécanisme suivant lequel l'hypertrophie s'est produite? D'abord, est-elle antérieure ou postérieure à l'adhérence? On peut supposer que, chez un homme adonné aux jouissances sexuelles et aux boissons spiritueuses, il y avait une disposition à l'hypertrophie, si ce n'est déjà un certain degré d'hypertrophie, au moment où s'est fait sentir cette douleur précordiale, signal d'une péricardite, douleur qui remontait à cinq années lors de l'entrée du malade à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Mais, aussi bien, il est impossible de ne pas admettre que l'adhérence générale n'ait eu la plus grande influence sur l'hypertrophie. Les mouvements du cœur sont extrêmement gênés par une telle adhérence, et la force qu'il déploie pour surmonter l'obstacle tourne au profit de sa nutrition; triste profit, puisqu'il a pour résultat un état incompatible avec la régulière exécution des fonctions et même avec la vie. Qui pourrait nier que l'adhérence ait été la cause essentielle de l'hypertrophie? Point d'insuffisance des valvules, point de rétrécissement des orifices. Rien, si ce n'est l'épaississement des parois. A quoi donc cet épaississement énorme serait-il dû?

On n'a pu soupçonner du vivant du sujet l'adhérence du péricarde, et l'on ne voit pas dans l'énoncé des symptômes ceux qui ont été indiqués comme appartenant en propre à cette lésion; savoir, la confusion des deux bruits du cœur en un seul, et la rétraction de la paroi précordiale après chaque systole. Peut-être pourra-t-on faire servir cette circonstance de la confusion des deux bruits du cœur en un seul dans l'adhérence générale du péricarde au cœur, à la théorie de la production des bruits du cœur; question qui exercera pendant longtemps encore la sagacité des physiologistes, et qui, quant à nous, nous paraît avoir été envisagée par M. Magendie mieux que par tout autre, n'en déplaise à l'ingénieuse théorie valvulaire.

— M. Blandin a réduit une luxation sous-coracoïdienne datant de 92 jours chez un homme âgé d'une quarantaine d'années. On avait déjà tenté la réduction hors de l'hôpital, et ces tentatives, au dire du malade, avaient eu pour résultat la paralysie du membre, qui était effectivement privé du sentiment et du mouvement. On peut admettre cette cause de la paralysie, mais il est possible, comme l'a dit M. Blandin, que la compression des nerfs par la tête de l'humérus n'y fût pas étrangère. La réduction a été opérée au moyen des tractions horizontales par les aides, à la seconde tentative. La sensibilité et la motilité se sont insensiblement rétablies, et, au bout de six semaines, le malade faisait décrire à son bras des mouvements circulaires très étendus. La réduction n'a pas été aussi facile qu'on pouvait le penser, d'après la paralysie du membre; il est probable que des altérations dans les surfaces de rapport s'étaient produites pendant les quatre-vingt-douze jours écoulés depuis l'accident.

— M. Velpeau vient d'obtenir un succès presque inespéré dans un cas de procidence de l'iris et du corps vitré à travers la sclérotique. La tumeur avait le volume d'un gros pois et offrait un aspect très analogue à celui que présentaient les deux kystes renfermant un entozoaire que nous avons observés à la clinique particulière de M. Sichel. La vision était presque abolie dans cet œil. M. Velpeau a eu l'idée de cautériser la tumeur au moyen du nitrate d'argent. Plusieurs cautérisations légères ont été pratiquées, et insensiblement la tumeur s'est réduite; elle a fini par disparaître, et la vue s'est rétablie. Le sujet a quitté l'hôpital.

— M. Debeney, dans son premier mémoire sur le traitement de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent à haute dose, s'était demandé si on ne pourrait pas modifier la muqueuse vésicale à l'aide du même moyen, dans le catarrhe chronique de la vessie. M. Hutin qui a remplacé, à la tête du service chirurgical de l'infirmerie des Invalides, M. Pasquier, promu au grade d'inspecteur membre du conseil de santé, a réalisé les vues de M. Debeney, en injectant dans la vessie une solution concentrée de nitrate d'argent (deux à quatre grammes de ce sel pour trente gram. d'eau), en assez grande quantité pour distendre la vessie. Le liquide a été retiré presque aussitôt après l'injection. Chez tous les malades, à l'exception d'un seul, dont l'état s'est amélioré, et qui n'a pas éprouvé d'accidents, une réaction s'est produite, et des moyens actifs ont dû être employés pour maîtriser l'irritation. Nous ne disons pas qu'il faille absolument rejeter les injections de nitrate d'argent à haute dose dans la vessie, mais ce ne sera que dans des cas très exceptionnels que l'on pourra songer à les employer, et encore la responsabilité du chirurgien y sera engagée.

Au reste, M. Hutin, sachant désormais à quoi s'en tenir sur les injections *caustiques* intra-vésicales, a essayé d'injecter une solution beaucoup plus légère (5 à 20 centigr. par 30 gr. d'eau): il n'y a pas eu d'accidents, et en général l'état de la vessie s'est amélioré notablement.

— Les exemples de péritonite sans perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, que nous avons fait connaître, ont soulevé quelques doutes, et l'on nous a objecté plusieurs cas dans lesquels on avait cru à une péritonite spontanée, tandis que, après une recherche minutieuse, on avait fini par trouver la lésion cachée qui avait produit la phlogose péritonéale. Dans l'un de ces cas, par exemple, il existait une petite solution de continuité de la face postérieure de la vésicule du fiel. C'est une raison pour examiner très attentivement tous les organes abdominaux quand il s'agit d'une péritonite supposée spontanée. Mais nous croyons devoir maintenir l'authenticité des deux faits observés par M. Rayer.

— La malade de M. Andral, dont nous avons parlé il y a quelque temps, et qui a été affectée d'hémorrhagies réitérées sans lésion organique appréciable, a fini par succomber. On n'a trouvé, à l'autopsie, aucune lésion d'organes. Une couche de sang existait à la surface interne de l'intestin. Il est évident qu'on a eu affaire à une hémorrhagie par altération du sang, qui n'a pu, malheureusement, être analysé, la saignée n'ayant point paru indiquée. X...

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Névralgie sciatique.

Au numéro 8 de la salle Sainte-Anne, est couchée une femme affectée d'une névralgie qui a son siége sur le trajet du nerf sciatique. Cette femme est âgée de vingt trois ans; ordinairement d'une bonne santé; cependant, elle a été malade à la Pitié, dans le service de M. Clément, où elle serait entrée, si nous la croyons, pour une fièvre typhoïde. Elle aurait eu également une fièvre intermittente qui aurait été coupée par du sulfate de quinine. Depuis quelques jours elle a été prise d'une douleur vive aiguë, lancinante, qui s'est irradiée vers les lombes, vers les fesses, et qui paraît s'étendre maintenant jusqu'au genou, et même quelquefois jusqu'au pied, en suivant le trajet du nerf poplité externe. La douleur augmente par la pression sur le trajet de ce nerf. On ne constate point de réaction fébrile. Le pouls est à 64; les fonctions organiques s'exécutent bien. La malade semble avoir une bonne constitution. Elle a de l'embonpoint; elle n'est pas malade d'ailleurs. La douleur que nous avons indiquée augmente à la fois par la pression et par les mouvements du membre.

Nous n'insisterions pas autant sur le diagnostic s'il était toujours simple et facile; mais nous verrons plus tard qu'il n'en est pas toujours ainsi.

La douleur a été poursuivie par des vésicatoires volants sur la partie externe de la jambe, dans la croyance où nous étions que nous avions affaire à une névralgie sciatique. Dans le cas actuel, le diagnostic n'est point des plus faciles. Nous ne sommes plus maintenant positivement certain qu'il y ait ici névralgie sciatique. Rien ne nous prouve qu'il n'y a pas maladie de l'articulation coxo-fémorale. Vous savez, et nous ne pouvons que vous rappeler ceci en quelques mots, que dans la coxalgie il y a douleur très vive, correspondant, en général, au genou. Cette circonstance en a souvent imposé, a souvent été cause que l'on a pris l'une pour l'autre de ces deux maladies.

Dans une circonstance pareille, que faut-il faire? Il faut bien s'assurer d'abord du siége de la douleur, puis mesurer les deux membres, et comparer leur longueur, puis faire exécuter des mouvements au membre du côté malade.

Dans la première période de la maladie, le membre, s'il subit un changement dans sa longueur, présente toujours de l'augmentation, provenant de ce que le fémur tend à sortir de la cavité cotyloïde. Cette mensuration du membre est souvent difficile à faire, et les changements de dimension sont quelquefois peu aisés à constater. Il peut se faire qu'en cherchant à la déterminer, on commette des erreurs qui embarrassent encore le diagnostic.

Dans le cas actuel, nous avons conçu des doutes. Nous avons appelé à notre secours les lumières d'un chirurgien. M. Chassaignac, après un examen minutieux, a pensé comme nous qu'il y avait obscurité dans le diagnostic, et qu'il était à peu près impossible de se prononcer. Il a trouvé les mouvements libres; il n'y a pas de différence sensible dans la longueur de chacun des deux membres inférieurs. Il a conclu en disant que peut-être y avait-il simplement névralgie sciatique; mais que s'il y avait affection des os, c'est probablement dans les articulations sacro-iliaques que siégeait la maladie.

Deuxième observation. — Nous avons encore dans nos salles une fille de vingt-deux ans, d'une forte et vigoureuse constitution, aux épaules et à la poitrine larges. Depuis un an, cette femme a été prise de douleurs qui, de la fesse, se sont propagées jusqu'au pied droit, en suivant, comme chez la précédente, le trajet du nerf poplité externe.

Avant son arrivée à Paris, elle a été traitée par les révulsifs sans en éprouver un grand soulagement. La douleur paraît être située profondément; elle a, dès le début de la maladie, présenté la forme continue, augmentant à la pression. Une autre circonstance digne de l'attention, c'est que la douleur augmentait par la chaleur du lit. Avant de connaître toutes ces circonstances, voici ce que nous avons découvert par un examen attentif de la malade: Nous avons vu qu'à la partie externe du membre pelvien, siége de la douleur, existait une grande quantité de taches brunes, ne s'effaçant pas par la pression du doigt, d'une coloration un peu cuivrée.

Y aurait-il, chez notre malade, une affection spécifique qui pourrait rendre compte de ces phénomènes? Y aurait-il quelque douleur profonde dans le trajet des os longs, douleur ostéocope, pathognomonique d'une maladie syphilitique ancienne?

Nous avons dû, pour éclaircir ce point, faire quelques questions rétrospectives à la malade. Sous ce rapport, tout ce que nous avons pu savoir, c'est que cette femme avait eu un écoulement blanc: nous n'avons pu être positivement certain qu'elle n'avait eu ni chancres, ni aucun autre accident syphilitique postérieur. La question est toujours restée la même pour nous. Y a-t-il douleurs névralgiques ou ostéocopes? Dans le doute, nous avons dû agir. Nous avons donné l'iodure de potassium, en faisant ce raisonnement: si nous avons affaire à des accidents tertiaires de la vérole, l'iodure nous sera très avantageux; si c'est au contraire une névralgie sciatique seulement, ce médicament ne pourra faire aucun mal.

En même temps nous avons prescrit des douches de vapeur, des bains; à l'intérieur, les narcotiques, les opiacés ont été mis en usage. Nous avons omis de vous dire, en nous oc-

cupant de la première de nos deux malades, que nous nous proposions de lui faire prendre de la térébenthine (huile essentielle), dont on a quelquefois retiré de bons effets dans les névralgies rebelles.

— Il y a des médecins qui doutent qu'il existe des névrites, de véritables inflammations de nerfs; d'autres les admettent comme parfaitement démontrées. Les notions que nous avons sur les névralgies et sur les névrites sont très récentes. On ne trouve en médecine, avant Chaussier, que des traces de l'histoire de ces maladies. C'est ce célèbre observateur qui a le premier donné quelques idées à peu près positives sur un grand nombre de névralgies. Depuis ses recherches, des travaux importants ont été faits sur la névrite, principalement par MM. Dugès, Martinet, Parent, Valleix. Examinons ici une question importante relative à la nature de la maladie qui nous occupe.

Existe-t-il une névrite, une inflammation de la pulpe du nerf? ou bien, la maladie qui se manifeste par une douleur très vive se propageant sur le trajet d'un nerf, est-elle toujours sans lésion appréciable aux sens, *sine materia?* Nous croyons que les deux cas peuvent se rencontrer, nous croyons également à l'existence de la névrite et à celle de la névralgie. Il est évident que les nerfs peuvent s'enflammer; ils s'enflamment dans les blessures; à la suite des amputations, vous voyez quelquefois au-dessus de la plaie les nerfs enflammés jusqu'à une certaine hauteur; cette inflammation se manifeste par tous les signes propres aux inflammations en général, augmentation de volume, rougeur manifeste, quelquefois suppuration, quand la plaie suppure, ou du nerf lui-même, ou du névrylème seulement.

Voici le point auquel nous voulions en venir. La pulpe nerveuse peut s'enflammer incontestablement d'une manière traumatique. Si elle le peut de cette façon, nous ne voyons pas pourquoi elle ne serait point susceptible d'inflammation spontanée. Il y a donc des névrites. S'il y a des névrites, on doit pouvoir les distinguer pendant la vie. Nous vous dirons que, lorsque l'on voit par hasard l'autopsie d'un sujet atteint de névralgie pendant sa vie (car il est extrêmement rare que l'on meure d'une névralgie, bien qu'il soit à la rigueur possible que l'on soit emporté par un accès de la douleur), à l'autopsie donc, disons nous, on ne trouve absolument rien. Cependant un jeune médecin distingué qui a fait sa dissertation inaugurale sur ce sujet, a prouvé péremptoirement que des altérations organiques pouvaient donner lieu au phénomène *douleur.* La névralgie peut être symptomatique; mais ce n'est pas l'altération que l'on constate qui la produit nécessairement.

Nous avons dit que la névrite existe avec des altérations anatomiques. Si elle existe anatomiquement, elle a nécessairement des symptômes fonctionnels, différents de ceux des autres maladies. Autrefois on disait que la névralgie arrivait tout de suite à son plus haut degré d'intensité; qu'elle disparaissait pour revenir ensuite et par accès. On disait que les malades cherchaient eux-mêmes et instinctivement à comprimer le siége de la douleur pour la calmer; ainsi, il était reconnu que la pression ne l'augmentait pas. Pour notre part, nous étions fort satisfait de ces caractères. Pour la névrite, au contraire: douleur sur le trajet du nerf, avec quelquefois augmentation de volume dans la région douloureuse, un peu de gonflement, un peu de rougeur, continuité de la douleur sans intermittences, et augmentation de la sensibilité à la pression.

Il est évident que si les caractères de ces deux maladies étaient toujours aussi nets, aussi tranchés, le diagnostic serait toujours facile. Il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Les phénomènes se confondent souvent; et voici ce qui arrive. M. Valleix a bien démontré en parlant de la névralgie intercostale, que la douleur augmentait souvent par la pression, qu'elle n'était pas toujours intermittente. Or, si dans les névralgies l'on a continuité de la douleur, augmentation de la douleur par la pression, que restera-t-il en fait de caractères pouvant servir à établir un diagnostic différentiel? Rien du tout. Le mouvement fébrile ne nous prouvera rien. Il est rare, difficile, de pouvoir distinguer la névrite par des caractères bien tranchées.

Lorsqu'une douleur surviendra tout à coup sur le trajet d'un nerf assez intense pour faire pousser des cris au malade, qu'au bout d'un certain temps elle se calmera et laissera le sujet tranquille, que la pression, au lieu de la rendre plus forte, en diminuera l'intensité, il sera certain qu'il y aura névralgie. Si les phénomènes sont autres, il y aura probabilité de névrite. Nous croyons qu'il est fort important de différencier ces deux affections au point de vue du traitement. Si c'est une névralgie, il faut employer les narcotiques; si c'est une inflammation du nerf, il faudra saigner. Pour nous, les deux maladies existent et ne doivent point être traitées de la même manière.

Fièvres éruptives. Diagnostic.

Nous avons au n° 2 de la salle Sainte-Anne une jeune fille de vingt ans, de moyenne constitution, assez forte. Elle présente les phénomènes suivants:

La face est légèrement tuméfiée, couverte d'une teinte rosée qui existe par plaques dans certains endroits. Cette rougeur disparaît par la pression du doigt, et reparaît aussitôt que la pression cesse. On constate au toucher quelques inégalités sur certaines régions du corps, au cou, sur la poitrine, sur les membres thoraciques. Voici pour l'aspect extérieur. Nous avons interrogé cette femme, et nous avons appris qu'elle était fortement enrhumée; il y a une bronchite qui se complique même un peu de laryngite, forme de maladie qui se traduit par des crachats muqueux, épais, opaques; la langue est velue, blanche. Pas de mal de gorge. Nous signalons cette absence de l'angine parce que nous avons sur ce sujet des idées toutes particulières; nous y reviendrons. La peau est chaude, le pouls à 88, médiocrement développé, égal, régulier; du côté de la tête, il n'y a rien aujourd'hui. Il y a eu de la céphalalgie, mais elle est en grande partie dissipée.

Il y a huit jours environ, si nous nous en rapportons à son récit, elle aurait été prise d'un frisson initial assez intense. Au cinquième jour de la maladie, l'éruption se serait manifestée; la malade est au troisième jour de cette éruption. Vous voyez dans ce fait une période d'invasion qui a duré cinq jours, temps un peu plus long qu'il ne dure d'habitude. Les premiers phénomènes généraux dont elle se plaignait étaient une lassitude générale, une soif vive; il aurait fallu voir la malade dans ce moment pour juger de la fréquence du pouls. Ordinairement, à cette période, le pouls est plus fréquent qu'il n'est à toute autre.

L'affection à laquelle nous avons affaire ici est une rougeole et des plus régulières. Tous les caractères y sont: ophthalmie, bronchite, etc. Il n'y a pas de complication anormale soit du côté de l'estomac ou du reste du tube digestif, soit du côté du poumon, des méninges, etc. Saisissons cette occasion de dire quelques mots du diagnostic différentiel de la maladie, de son pronostic et de ses complications.

Diagnostic. — On a établi plusieurs périodes dans la rougeole: invasion, éruption, desquamation. D'autres auteurs ont admis une quatrième période, celle d'incubation. Enfin, on a voulu ajouter à ces quatre périodes celle de convalescence et celle d'opportunité, laquelle n'en est pas une et que nous ne saurions admettre. Nous pensons donc que l'on ne peut admettre plus de cinq périodes.

La période d'incubation existe bien évidemment; elle ne se traduit au dehors par aucun symptôme appréciable; mais cependant, et bien évidemment, l'organisme est altéré. Un homme est mordu par un chien enragé; après cet accident, il vit pendant quarante jours comme tout le monde; puis, au bout de ce temps, des symptômes de rage se manifestent; l'homme meurt. Est-il possible ici de nier la période d'incubation? Il en est de même pour les fièvres éruptives qu'il en était pour la rage.

La seconde période, celle d'invasion, est caractérisée par la céphalalgie, les douleurs dans la région lombaire, les lassitudes, l'inappétence, etc. Il y a ici possibilité de commettre des erreurs graves; dans la période d'invasion de la maladie qui nous occupe, on peut se tromper sur sa nature. Voici ce qui nous est arrivé:

Nous avons été appelé il y a peu d'années pour voir une jeune dame arrivée de Belgique depuis quelques jours, et qui présentait un cortége de phénomènes inflammatoires et réactionnels très intenses, peau chaude, pouls fréquent, développé; céphalalgie, faiblesse: nous crûmes qu'elle allait être atteinte d'une fièvre typhoïde. Après l'avoir examinée attentivement, nous annonçâmes à ceux qui l'entouraient que, probablement, elle allait être prise de cette maladie. Nous ne revîmes pas la malade les jours suivants; mais nous rencontrâmes peu après son médecin, et il nous apprit qu'une éruption peu abondante de quelques boutons était survenue, et que tout le mouvement fébrile était tombé. Les exemples de ce genre ne sont pas rares. Il n'est pas un médecin qui n'ait eu occasion d'en observer quelques exemples, et vous serez dans quelques années étonnés de leur fréquence.

Pour la période d'éruption est-il toujours possible de porter un diagnostic?

On a dit que, dans la rougeole, l'éruption présentait tels ou tels caractères qu'elle ne présentait pas dans les autres fièvres éruptives; qu'elle s'accompagnait aussi de complications spéciales. Ce que les auteurs vous disent est vrai dans quelques cas, la plupart du temps même. Mais ce n'est pas vrai toujours. Il y a des rougeoles sans coryza, sans bronchite, sans conjonctivite; il y a des rougeoles qui s'accompagnent de l'angine plus fréquente dans la scarlatine, dans les cas ordinaires. Voilà la raison pour laquelle nous vous signalions chez la malade qui nous occupe, l'absence de mal de gorge. Les symptômes que nous venons de vous indiquer ne sont jamais suffisants pour permettre de porter un diagnostic; tout au plus permettent-ils de concevoir des soupçons. Mais notre proposition est celle-ci: qu'ils ne constituent pas un ensemble de phénomènes suffisants pour que l'on puisse, d'après eux, établir définitivement un diagnostic positif.

Voyons maintenant l'éruption considérée en elle-même. Rien n'est plus commun que de voir les médecins qui se consacrent à l'étude et au traitement des maladies de l'enfance, confondre entre elles les éruptions diverses qui se montrent à la surface de la peau. Au début, et sur la face principalement, ce sont de petites taches rouges, ressemblant à des pétéchies, à des taches lenticulaires rosées, arrondies; on a beaucoup discuté, dans ces derniers temps, sur la question de savoir si dans la rougeole les taches étaient arrondies, ou si elles affectaient la forme en croissant. Il résulte de cette observation et d'un examen minutieux, que ces taches sont véritablement arrondies; mais quelquefois elles sont réunies en grand nombre, et leur réunion peut produire des sortes de croissants, mais tout à fait fortuitement, et sans que l'on puisse rien en conclure pour le diagnostic. Lorsque ces taches se touchent et se trouvent réunies en grand nombre sur un seul point, elles donnent à la peau une teinte uniforme, presque toujours marbrée cependant. Dans quelques cas, elles forment un petit relief au-dessus de la peau, qui est alors rugueuse, inégale; on peut, dans ce cas, confondre quelquefois la rougeole à son début avec la variole. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les taches pointillées sont tellement nombreuses qu'elles donnent à la peau un aspect uniforme, analogue à ce que l'on appelle dans les arts une teinte plate, et assez semblable à la coloration des téguments dans la scarlatine.

Dans l'éruption scarlatineuse, la teinte de la peau est tout de suite uniforme. Elle ne présente pas de pointillé: elle est la même au centre et à la circonférence. Elle ressemble à une teinte plate faite avec du jus de framboises. Les bords de ces grandes plaques rouges sont frangées. La rougeur est plus vive qu'elle n'est dans la rougeole. Cette différence n'est pas tellement tranchée que l'on ne puisse quelquefois confondre les deux éruptions et prendre l'une pour l'autre. Rarement la muqueuse de la langue et de la face interne des joues est le siége d'une éruption semblable à celle de la peau. La présence de l'éruption sur la muqueuse buccale est plus fréquente dans la scarlatine que dans la rougeole.

Nous arrivons à la troisième période, celle de la desquamation. Ici, les différences sont encore plus nombreuses et plus tranchées. Dans la rougeole, au bout de quelques jours, de petites écailles furfuracées se montrent sur les doigts, les mains, sur tous les points en général occupés par l'éruption. Dans la scarlatine, la peau se fend et l'épiderme se détache par lambeaux, par plaques ordinairement fort étendues. C'est à cette sorte de desquamation que l'on a donné le nom de desquammation en doigt de gant, parce qu'en effet on a vu quelquefois des morceaux se détacher des mains, conservant à peu de chose près la forme d'un gant plus ou moins complet.

Revenons au diagnostic de la première période de la rougeole et de la variole. La variole n'est pas un simple exanthème; elle n'est pas non plus pustuleuse à toutes ses périodes. Elle commence par être simplement exanthémateuse, puis papuleuse, puis enfin vésiculeuse et pustuleuse. La marche qu'elle suit est très facile à constater. Il faut cependant prendre garde de ne point confondre avec le début de la variole certaines rougeoles à forme boutonneuse. Nous avons eu dans nos salles un homme qui avait, au début d'une rougeole, des boutons tellement saillants que plusieurs de nos auditeurs étaient persuadés qu'il allait être atteint d'une éruption variolique. Ainsi, il reste donc établi que le diagnostic n'est pas toujours facile; non pas qu'il y ait grand inconvénient à commettre une erreur de ce genre, mais c'est important à cause du malade et des personnes qui l'entourent.

Pronostic. — Sydenham avait dit que la rougeole est une affection légère. Cela est vrai souvent, dans la plupart des cas même; mais elle peut devenir grave chez les adultes par certaines circonstances, la suppression de l'éruption, par exemple. Nous avons vu mourir de jeunes sujets par suite de la disparition d'une éruption rubéolique; c'est quelquefois dans l'espace de quelques heures que la mort arrive dans ces circonstances. Aussi regardons-nous la rougeole comme une maladie perfide, et ce n'est jamais sans un vif sentiment de crainte que nous la voyons se développer chez les enfants. Autant le pronostic est favorable dans la grande majorité des cas, autant il est redoutable lorsque la maladie offre un caractère pestilentiel.

Quant à la contagion, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'en rien dire. Elle est tellement incontestable, tellement reconnue, que ce serait employer notre temps bien inutilement que de chercher à vous le prouver. Dans les grandes villes, la contagion est sinon impossible, au moins très difficile à démontrer; mais dans les petites localités, où tout le monde se connaît, on peut suivre la propagation de la maladie de famille en famille, de localité en localité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séances de janvier et février 1846. — Présidence de M. Gaide.

M. Ségalas présente à la Société des fragments de pierre expulsés spontanément par un malade. Lorsque je le vis pour la première fois, dit-il, il avait déjà rendu plusieurs fragments. Je le sondai, et constatai l'existence d'autres calculs dans la vessie; mais ne pouvant m'occuper immédiatement de leur extraction, je lui conseillai l'usage de l'eau de Vichy, et un régime convenable. Je le revis quelque temps après. Il m'apportait les fragments que je vous présente. Ce cas de fragmentation spontanée et d'expulsion me paraît unique. Je n'en ai pas encore observé d'analogue sur le vivant.

M. Morel-Lavallée trouve ce fait d'autant plus important, que la sortie des fragments de la pierre lui semble devoir être souvent une chose fort grave. Il appelle l'attention de la Société sur un instrument imaginé par M. Cornays dans le but de faciliter cette expulsion. C'est le lithériteur. M. Morel donne la description de cet appareil, et de la manière dont il fonctionne en combinant la double action de l'injection d'un liquide dans la vessie, et de l'aspiration.

M. Tessereau a vu l'inventeur extraire ainsi avec facilité tous les fragments d'une pierre enfermés dans une poche en caoutchouc; mais il lui manque l'expérimentation sur l'homme vivant.

M. Ségalas rappelle que rarement la sortie des détritus d'un calcul qu'on a attaqué par la lithotritie, présente des obstacles sérieux. La vessie s'en débarrasse assez facilement, soit d'elle-même, soit en l'aidant par des injections simples.

— *M. Félix Legros* se plaint que l'usurpation du titre de docteur que commet un officier de santé nommé Bezuchet, soit consacrée en quelque sorte par la liste des adhérents au Congrès médical, insérée dans le journal officiel et que malgré les démarches qu'il a faites dans ce but, cette fausse qualification n'ait pas été rectifiée. La Société décide que le compte-rendu de sa séance fera mention de la réclamation de M. Legros.

— *M. Bonnafont* rapporte le fait suivant. Un officier de l'armée d'Afrique, atteint de surdité complète à la suite d'une blessure, ayant eu recours inutilement à plusieurs modes de traitement, s'adressa à lui. Il fut soumis à la galvano-puncture. Après sept à huit séances, l'audition était rétablie à tel point que le malade pouvait soutenir la conversation. Ses facultés intellectuelles se sont même beaucoup développées.

— *M. Delcroix*, chargé de faire un rapport sur un mémoire de M. Chéreau, relatif aux affections de l'ovaire, le termine par les conclusions suivantes: « Ce travail est assurément la monographie la plus intéressante, la plus remplie de faits et d'érudition qui ait été publiée sur la matière. Si je ne suis point parvenu à faire passer dans vos esprits la haute opinion et l'estime que j'en ai conçues, c'est au mérite même de l'ouvrage qu'il faut l'attribuer. En effet, dans cette œuvre tout est important, tout intéresse, tout se tient, tout s'enchaîne de telle sorte, que pour vous en donner une idée complète, il faudrait vous lire tout le volume. Nous vous demandons d'accorder à M. Chéreau le titre de membre titulaire de votre Société, qu'il sollicite. »

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

— *M. Lesage*, pharmacien, obtient, au scrutin, le titre de membre honoraire.

— *M. Blatin*, chargé, en qualité de secrétaire général, de faire l'éloge de M. Louis, dont la mort récente a attristé la Société, s'exprime ainsi :

Messieurs, en ce moment où tant d'efforts généreux s'unissent pour relever la dignité de notre belle profession, je suis heureux d'avoir à vous retracer la vie d'un médecin qui fut toujours honorable, bon, modeste, laborieux, d'un médecin que nous avons tous connus, tous aimé, du docteur Edouard Louis. C'est à un de ses camarades d'enfance, au compagnon de ses premières études, au confident de ses premières pensées, à son ami de tous les temps, que je dois les détails précieux que renferme cette notice. Qu'il en reçoive ici mes remercîments sincères. J'aurai peine à y ajouter quelques mots.

M. Blatin, suivant le jeune Edouard Louis depuis ses premières années, le montre élève intelligent et studieux au collége d'Evreux, puis commençant en 1827, à Paris, ses études médicales, devenant une année plus tard, par le concours, élève externe des hôpitaux, successivement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, puis à Saint-Louis en 1830, et enfin, en 1832, à l'hospice des Incurables du faubourg Saint-Martin. Là, pendant le grand et douloureux épisode du choléra, Edouard Louis se fit remarquer par son zèle et son activité. Chargé presque seul du soin des malades, en l'absence du docteur François, que la maladie retenait éloigné de son service, il se montra à la hauteur de cette tâche difficile. Sa thèse, soutenue en 1834, avait pour titre : *Observations sur les difficultés du diagnostic dans les maladies des viellards*, matière que son long séjour dans l'hospice du faubourg Saint-Martin l'avait mis à même de traiter en toute connaissance de cause. Dans l'exercice de sa profession, il apporta toujours la plus rigoureuse ponctualité, le dévouement absolu à tous ses devoirs. Il montra les mêmes qualités dans l'ingrate fonction de médecin du Bureau de bienfaisance du troisième arrondissement, où son souvenir n'est pas oublié, et dans la Société médicale du Temple dont il fut le digne secrétaire-général et un des membres les plus assidus, comme un des plus instruits.

Mais déjà une affection organique le minait sourdement et répandait sur sa physionomie et dans toutes ses habitudes une tristesse, une mélancolie profonde qui peut-être aussi avaient leur source dans des chagrins domestiques.... Une tumeur abdominale, qu'il jugeait cancéreuse, s'était développée, dès 1844, dans l'abdomen. Les progrès du mal, dont il calculait avec anxiété la durée fatale, firent perdre bientôt à ses amis toute espérance de guérison. Il reçut le conseil de se rendre en Espagne. Les fatigues du voyage portèrent à cette constitution épuisée un coup funeste. Quand, après avoir franchi les frontières de l'Aragon, il arriva à Guadalaxara, il était presque mort. Des infiltrations séreuses ne tardèrent pas à se déclarer aux jambes, et il succomba dans les derniers jours de novembre 1845. Esprit ingénieux et délicat, âme noble et élevée, cœur excellent, Edouard Louis méritait plus de bonheur qu'il n'en a rencontré dans sa vie si courte, mais si noblement accomplie.

Le secrétaire-général, Henry BLATIN, D.-M.-P.

REVUE GENÉRALE.

Ankylose du genou guérie par la résection cunéiforme des trois os de l'articulation. — Nous lisons dans le Journal de chirurgie un cas d'autant plus intéressant et curieux, qu'il n'a, jusqu'à présent, qu'un analogue dans la science. Il est dû à un chirurgien de l'hôpital de New-York.

W. Heith, jeune homme de vingt-deux ans, d'une constitution robuste, entra le 12 septembre 1844 à l'hôpital de New-York, ayant le genou droit ankylosé à angle droit, par suite d'une violente inflammation avec suppuration de la jointure, par cause traumatique. L'accident dalait de sept ans.

L'ankylose était complète. Les condyles du fémur proéminaient en avant de la tubérosité du tibia, ayant la rotule profondément engagée et soudée entre eux. En arrière, la peau était souple et saine, soulevée seulement par les tendons du jarret. Le membre ainsi déformé était plus court, et, sous tous les rapports, moins developpé que l'autre. La santé générale était excellente.

On expliqua au malade qu'il n'y avait d'autre ressource qu'une opération extraordinaire, ayant pour objet d'enlever une portion cunéiforme des os. Le malade fut informé des dangers de l'opération, et après quelques jours de réflexiou il s'y soumit. Elle fut pratiquée le 12 octobre 1844.

Préalablement à l'opération, les tendons du biceps, du demi-tendineux, du demi membraneux et du grêle interne avaient été divisés cinq jours auparavant par deux incisions sous-cutanées, à la manière ordinaire. Dans ces incisions, le nerf péronier fut coupé inopinément en travers, ce qui amena de l'engourdissement et de la douleur se prolongeant jusqu'au pied. Cependant, les ponctions étaient guéries, et il ne restait pas d'inflammation dans le jarret. Une incision fut faite du condyle externe au condyle interne en travers du milieu de la rotule, et une deuxième incision, partant du milieu de la première, fut menée perpendiculairement jusqu'à la tubérosité du tibia. Les angles des téguments furent disséqués jusqu'à un travers de doigt au-dessous. Le ligament rotulien et les tissus fibro ligamenteux furent coupés en travers, au même niveau, dans l'étendue de près de deux tiers de la circonférence de l'os; avec la scie à amputation, on fit une section au tibia, à trois quarts de pouce au-dessous de la jointure antérieurement, en la dirigeant un peu obliquement en haut. La deuxième section fut commencée à travers la partie supérieure de la rotule, parallèlement à la première, et dans une direction telle, qu'elles formassent ensemble un angle moindre qu'un angle droit. Le fragment d'os en forme de coin étant enlevé, on trouva que la section n'avait pas été menée assez loin en arrière, la portion postérieure du condyle restant toujours soudée avec le tibia.

On fit une section nouvelle commençant sur la surface sciée du fémur, à trois quarts de pouce en avant de l'angle auquel les deux premières sections s'étaient rencontrées, et dirigée en arrière et en haut. La portion d'os comprise par cette nouvelle section étant enlevée, on chercha à étendre la jambe sur la cuisse; mais on reconnut que les surfaces osseuses ne pouvaient être rapprochées en avant qu'à un intervalle d'un travers de doigt. Les parties molles du jarret étant dans un état de tension et opposant une forte résistance à l'extension, on détruisit les attaches des ligaments en arrière sur le tibia, en tenant à cet effet la jambe dans une flexion forcée; et, de plus, une nouvelle portion d'os de cinq huitièmes de pouce d'épaisseur fut encore retranchée des deux tiers antérieurs du fémur.

Alors, la jambe put être étendue au degré requis pour mettre les surfaces osseuses en parfait contact, en laissant les parties molles du jarret dans une tension suffisante pour donner de la fermeté et de la solidité à la coaptation.

L'hémorrhagie fut très modérée, et l'on n'eut à placer que deux ligatures sur deux petites branches fournies par l'artère poplitée.

Les lambeaux angulaires de la partie antérieure, trop long dans la nouvelle position du membre, furent réséqués et réunis par sept points de suture. Le membre fut placé sur un plan incliné formant un léger angle au genou; des bandelettes agglutinatives furent appliquées entre les sutures, et une compresse sèche jetée par-dessus le tout.

Les suites furent moins graves qu'on aurait pu s'y attendre. Il y eut de la fièvre, de la douleur; la tuméfaction fut médiocre, la suppuration modérée. Le phénomène le plus alarmant consista en soubresauts musculaires d'abord limités au membre, et qui firent déborder davantage le fémur en avant, mais qui diminuèrent bientôt de force pour cesser ensuite peu à peu. La plaie était entièrement fermée au commencement de décembre; les os commençaient à se réunir, et on n'apercevait plus entre eux qu'un faible mouvement.

Le malade quitta son lit dans la première semaine de janvier, bien que la consolidation ne fût pas encore complète. D'abord, on maintint le genou à l'aide d'un appareil qui le fixait dans l'extension; bientôt, il suffit d'un simple bandage. Il marcha d'abord avec des béquilles, puis avec une canne; et, le 22 avril, il quitta l'hôpital fort satisfait de son état. Trois jours auparavant, il avait fait deux milles environ sans douleur ni fatigue avec l'aide de sa canne. Le membre était raccourci d'environ cinq pouces.

Bibliographie.

Essai sur l'imperforation congénitale de l'utérus, par le docteur Ch. LEVAILLANT.

Sans être complétement neuve, l'histoire des imperforations congénitales de la matrice n'avait point encore était traitée à part avec une certaine étendue. Cette considération explique l'intérêt avec lequel nous avons lu le travail de M. Levaillant.

Hippocrate avait déjà connaissance de la possibilité de cette imperforation puisqu'il la mettait au nombre des causes de stérilité; Rufus, Moschion, Aétius, Paul d'Egine paraissent aussi l'avoir connue, ainsi que le fait remarquer l'auteur dans un historique court, mais suffisant. Il faut cependant arriver jusqu'à Ambroise Paré et à Fabrice d'Aquapendente pour en trouver une description qui ne puisse laisser aucun doute; ce dernier même paraît en avoir observé un cas chez la femme pendant la vie. Morgagni n'en rapporte que des faits douteux, mais Portal est plus explicite, et enfin il en est parlé sommairement dans Lassus et dans Boyer.

Nous avouons que nous eussions désiré ici quelques détails sur la manière probable dont se produit ce vice de conformation; nous n'ignorons pas que c'est là un point très obscur et fort difficile, mais qu'il était curieux de discuter par cela même.

M. Levaillant s'attache surtout, et nous ne pouvons que l'en féliciter, à étudier et à décrire avec grand soin les accidents produits par l'imperforation congénitale de l'utérus; il insiste avec raison sur la rétention du sang menstruel, sur les modificatinns que subit ce liquide dans l'organe où il se trouve renfermé, sur les conséquences de cette rétention. Il aborde ensuite la symptomatologie, et établit deux ordres de signes, ceux fournis par l'exploration directe au moyen du toucher et du spéculum, et les troubles fonctionnels. Nous avouons ne pas être parfaitement convaincu de la facilité du diagnostic par chacun de ces moyens explorateurs et de plus contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, il nous semble qu'ici les signes fournis par le raisonnement donneront l'éveil bien avant ceux qu'on perçoit par les sens.

Abordant la question de l'opération, M. Levaillant en discute et en démontre la nécessité. Il rappelle summairement les opinions de Heister, de Roonhuys, de Lassus, Boyer, Dupuytren, de M. Velpeau, opinions contraires, les uns se déclarant partisans de l'opération, les autres la rejetant absolument comme trop dangereuse.

Le travail de M. Levaillant est terminé par neuf observations empruntées à Benevoli, Dussausoy, Chevalier, Hervez de Chegoin, Delpech, Watmann, Cabaret, Cormish, et par deux qui lui sont propres.

Ces operations ont été suivies des résultats suivants : trois femmes sont mortes; chez cinq, la menstruation s'est rétablie, et tous les accidents ont cessé; chez une, il y a eu guérison momentanée. On ignore si la menstruation s'est régularisée; les deux autres faits sont douteux.

En résumé, l'*Essai sur l'imperforation congénitale de l'utérus* dénote un observateur précis et un véritable praticien. Nous ne doutons pas qu'il soit lu avec intérêt par les médecins, et qu'il ne soit propre à appeler leur attention sur les faits de même nature. M. Levaillant trouvera ainsi dans ces recherches qu'il aura provoquées de nouveaux éléments pour le travail complet qu'il prépare, et dont celui-ci n'est qu'une ebauche.

PAJOT.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — Cours public de clinique et de pathologie générale des aliénations mentales (avec application à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés); par M. Falret, médecin en chef de la première section des aliénés. — Ce cours commencera le jeudi 23 avril, et se continuera les lundi et jeudi de chaque semaine. Les leçons cliniques auront lieu à 9 heures précises du matin, et les leçons théoriques à 10 heures.



Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.



MARDI 21 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 47. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique de M. Piorry pendant le mois de mars 1846, rédigé par M. Henri DUCLOS (de Rouen).

Réflexions générales sur la fièvre typhoïde (septicémie).

On a pu remarquer dans nos salles plusieurs malades atteints de fièvre typhoïde (septicémie); la plupart ont été traités avec un succès remarquable. Sur une cinquantaine de malades entrés dans les salles Sainte-Geneviève et Saint-Raphaël pour cette affection, depuis le 1er janvier, quatre seulement ont succombé, et ces quatre malades étaient arrivés dans un état déplorable à l'hôpital; ils sont morts le lendemain ou le surlendemain de leur arrivée.

M. Piorry, comme on le sait, n'admet pas l'entité, l'unité *maladie*, parce qu'il ne connaît pas de cause précise bien déterminée sous l'influence de laquelle se déclareraient des phénomènes dont la succession serait exactement régulière. Sans ces conditions, le mot maladie ne représente rien de réelle que l'on puisse combattre.

Dans l'état actuel de la science la maladie n'est qu'une abstraction, et la preuve en est dans la manière d'agir des praticiens qui dédaignent les livres parce qu'ils ne retrouvent pas au lit des malades les descriptions qu'on y fait des maladies. La même cause ne détermine jamais le même effet; cela dépend de mille circonstances diverses. A plus forte raison, plusieurs causes agissant simultanément, les effets sont bien plus variables et le tableau de la maladie devient impossible.

Une maladie est un composé de la souffrance d'un grand nombre d'organes; chacune de ces souffrances, due à une cause, soit interne, soit externe, se présente dans chaque maladie à des degrés divers; de sorte que si l'on veut réunir des tableaux pareils, il est impossible de le faire.

En vain pour défendre la maladie considérée comme unité, on a dit : Il y a une cause principale, un effet principal, des symptômes principaux, une terminaison principale. Pour maintenir à ces objections quelque valeur, il faudrait que l'état principal, que l'affection dominante restât constamment la plus importante, la plus notable pendant toute la durée de ce qu'on appelle la maladie. Or cela n'est pas.

Par exemple, dans la collection de symptômes complexe dite fièvre typhoïde, d'abord l'état général et l'entérite sont les *symptômes dominants*; plus tard, c'est tantôt la congestion pulmonaire, la dilatation de l'intestin par les gaz, tantôt une affection splénique et presque toujours une anémie, qui sont les circonstances les plus importantes du mal; mais bien plus une affection appelée maladie est tellement différente d'elle-même dans ce qu'on dit être ses périodes ou ses degrés, que les symptômes, le diagnostic, le pronostic, le traitement, sont ou du moins doivent être absolument différents dans chacune de ces phases. Par exemple, la septicémie, l'entérite, l'anémie, sont trois états maladifs dont les derniers sont souvent, il est vrai, la conséquence des premiers; mais en vérité, comme pathologie et surtout comme thérapeutique, ce sont là des choses qui ne se ressemblent pas.

Aussi tous les médecins sont forcés, au lit du malade, d'étudier les organes, sans se préoccuper de la maladie. Qu'un homme ait une fièvre typhoïde, de quelque forme qu'elle soit, si on trouve une pneumonite on oublie bien vite et la fièvre typhoïde et sa forme pour combattre l'état du poumon.

Si dans la fièvre typhoïde on trouvait que l'altération du sang fût la cause de tous les phénomènes consécutifs, et qu'on eût un moyen certain pour combattre cette altération du sang, on pourrait admettre une maladie septicémie qui serait seule le point de mire de la thérapeutique, et on ne s'occuperait nullement des phénomènes consécutifs, sûr que l'on serait d'en triompher en détruisant le mal à sa racine. Mais dans l'état actuel de l'art, nous sommes bien loin de cette perfection; et sous l'influence d'un état que nous ne pouvons détruire, nous voyons apparaître une série de phénomènes qui ne se succèdent pas toujours dans le même ordre, dont la gravité relative diffère, et à propos de la septicémie, comme d'ailleurs de n'importe quelle maladie, il faudrait, en traçant un tableau des complications, faire un traité général de la plupart des maladies. On est donc forcé aujourd'hui d'étudier l'état des organes, et de combattre par les moyens connus et rationnels l'état de ces organes, en observant ce qu'on ne peut atteindre.

Loin de négliger la connaissance des causes, il faut rechercher avec un soin extrême les circonstances qui ont présidé au développement primitif ou consécutif des états organo-pathologiques. Quel que soit le nombre de ceux-ci, il faut en apprécier les degrés, la filiation, les rapports, et s'enquérir avec le plus grand soin des causes qui ont pu donner lieu aux phénomènes primitifs et d'abord culminants, puis de celles qui ultérieurement ont pu agir pour produire les symptômes secondaires, qui, comme nous l'avons dit, peuvent devenir plus importants que le mal primitif. La cause de la septicémie paraît être surtout dans le défaut d'un air bien pur, dans la présence d'un air vicié par la respiration humaine et dans le passage probable de miasmes dans le sang. Tous les malades, à très peu d'exceptions près, attestent qu'ils occupaient seuls une chambre très étroite, où ils étaient au nombre de cinq, six ou huit dans un garni plus vaste. D'ailleurs, parmi eux, il en est qui se nourrissaient fort bien.

La marche générale de ce qu'on appelle la maladie se trouve établie par la succession des états organo-pathologiques qui ont lieu; mais cette marche, cette succession de symptômes n'ont rien de fixe, et ce qui est vrai d'un cas, ne l'est pas d'un autre, attendu que tant de circonstances viennent à agir sur le malade, que le nombre, l'ordre d'apparition et le degré des états organo pathologiques sont sujets aux plus grandes variations.

Amené par l'évidence des faits à de tels principes, il est facile de comprendre qu'on ne peut instituer contre la fièvre typhoïde un traitement bien déterminé qui changerait à jour ou à septénaire fixe. Il faut rechercher l'état des organes par les symptômes tant fonctionnels que physiques qu'ils présentent. Puis sur cet examen seul on base le traitement.

Le premier état à combattre serait l'état septicémie; il consiste soit en une tendance simple à la diminution de la fibrine du sang, soit en une diminution réelle de cet élément; enfin on admet outre cela, par induction, un principe miasmatique ayant pénétré dans le sang. Or, on ne connaît pas encore de moyens éprouvés contre cet état, et les phénomènes variables consécutifs survenant, ce sont eux qu'il faut attaquer.

Plusieurs malades à leur entrée avaient une fièvre continue avec redoublement le soir, du dévoiement, de la céphalalgie sus-orbitaire, une courbature générale. En examinant les différents organes, on trouva une hypersplénotrophie; on donna le sulfate de quinine; en deux ou trois jours le dévoiement, la fièvre, etc., cessèrent. Etait-ce une fièvre typhoïde? Oui, d'après les symptômes qu'on assigne au début de cette maladie. Faudrait-il donc traiter la fièvre typhoïde à son début par le sulfate de quinine? Non, certes, si l'on ne trouve la rate hypertrophiée. D'autres présentaient les mêmes symptômes sans l'hypersplénotrophie; des matières fécales, malgré le dévoiement existant depuis trois ou quatre jours, remplissaient l'intestin; les purgatifs ont été administrés; la guérison a été rapide. Est-ce à dire qu'il faut préférer la médication purgative dans la septicémie? Non, il faut employer les purgatifs quand il y a des matières fécales dans l'intestin, les lavements quand elles sont dans le colon descendant ou l'S

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les prédictions impossibles. — Graves motifs d'empêchement de la Commission de la peste. — Bruits singuliers. — Ce qu'il faut faire. — Anxiété des contagionistes. — M. Pariset pendant la lecture du rapport. — La Société des bêtes. — Grande conspiration des rats et des chats au lazaret de Marseille.

Il faudrait une singulière puissance de seconde vue, une inspiration prophétique digne des temps bibliques, toutes les ressources divinatoires de notre vieux confrère Nostradamus pour oser s'aventurer dans quelque prédiction à l'endroit de l'Académie de médecine et de sa Commission de la peste. Et d'abord, avant de prédire l'avenir, faudrait-il au moins connaître le présent; or, où est-elle, cette brave Commission? que fait-elle? que dit elle? Son digne rapporteur, qui doit maugréer *in petto* de tout ceci, souleva, mardi dernier, un petit coin du voile. Combien il a dû souffrir d'être obligé de donner les motifs de ce nouveau retard! L'un de nous, a-t-il dit, est allé sur les lieux manger une poularde du Mans; un second a pendu la crémaillère dans son nouvel appartement; un troisième, moins heureux, est enchiffrené; un quatrième, c'est fort édifiant, a fait ses pâques; un cinquième..... L'Académie, sur ce, a interrompu le digne rapporteur, s'est montrée complétement satisfaite, et ce pauvre M. Rochoux, qui, lui tout seul de la Compagnie, avait fait mine de quelque indiscrète curiosité, a eu bien et dûment bouche close par ces formidables arguments de M. le rapporteur.

Le public, cependant, a eu le mauvais goût de ne pas s'en contenter; il s'obstine à voir au fond de tous ces retards les résultats d'une sorte de conspiration contagioniste très habilement ourdie, il croit que l'Académie tout entière va se trouver dupe d'une mystification, et il s'étonne de son immobilité, de sa résignation en face du péril qui menace sa considération et sa dignité. Il est certain, dit-il, que les avertissements et les conseils n'ont pas manqué à la docte Compagnie. La presse médicale d'abord, la presse politique après elle, ont cherché à lui faire comprendre combien était singulière, bizarre et inattendue l'attitude de la Commission de la peste, combien était compromettante et dangereuse la non-intervention de l'Académie elle-même en face d'une pareille attitude. On lui a insinué d'abord, avec toute la réserve et les ménagements convenables, que quelque adroite comédie pourrait bien se jouer à ses dépens; plus tard, on lui a fait voir les fils très ingénieusement cachés de l'intrigue; plus tard encore, on lui a fait presque toucher du doigt les personnages; eh bien! cette Académie, sous tant d'autres rapports si susceptible, est restée inattentive et insensible; elle semble ne rien voir, ne rien entendre, ne rien comprendre. En vérité, Orgon fut-il plus sourd et plus aveugle?

Voilà de tous côtés ce que j'entends dire et des choses bien plus graves, telles que des sollicitations d'une part, des promesses de l'autre; car, vous le savez, une fois ouvert, le robinet de la malignité coule, coule sans mesure ni cesse, quelquefois sans motifs, et j'espère bien qu'il en sera ainsi pour toutes ces fonctions grassement rétribuées dans une nouvelle intendance sanitaire dont on parle, qui seraient le prix d'une opposition inerte ou d'un silence intéressé. Je ne puis pas croire à ces coupables et odieux calculs; il y a certainement au fond de tout cela quelque chose qui n'est pas d'une clarté et d'une candeur parfaites, quelque intrigaillerie peut être de troisième ordre, mais rien qui ressemble à la corruption comme d'aucuns qui voient tout en noir voudraient le faire croire. Et ici, il est bien entendu que je ne parle que de l'Académie et de sa Commission de la peste; car pour ce qui est d'autres lieux et d'autres régions, je ne les fréquente pas suffisamment pour savoir ce qui s'y passe.

Maintenant, que va faire la Commission de son rapport? Que fera l'Académie en présence de ce rapport mutilé et incomplet? Je le répète, je ne suis pas assez téméraire pour me lancer dans les prédictions de l'avenir. Ce qui est certain, c'est que sans péril pour leur dignité, l'une et l'autre ne peuvent pas rester dans ce *statu quo* bizarre et insolite. La Commission doit se hâter de terminer son rapport, quel qu'il soit; l'Académie doit intervenir pour que la Commission se hâte. Et ceci me rappelle que M. Adelon a dit deux choses dans la dernière séance, d'une certaine gravité qui auraient mérité d'être plus remarquées. La première, et l'on a été généralement étonné qu'il n'y ait pas été répondu par M. Prus, c'est que le rapporteur avait eu tort de commencer son rapport, et que c'était sans consulter la Commission que le commencement avait été lu. Cela étant exact, je suis parfaitement de l'avis de M. Adelon. Il n'en est pas de même de sa seconde proposition. Je trouve étrange, a dit l'honorable académicien, qu'on veuille imposer à une Commission de faire son rapport tel jour, à telle heure. Elle est seule juge de la convenance et de l'opportunité de le faire. Devant toute autre prétention, la Commission se retirerait. J'en demande bien pardon à M. Adelon, mais voilà un principe bien absolu, et dans l'énonciation duquel je ne retrouve pas sa science profonde et prudente des interprétations réglementaires. Voulez-vous juger la valeur d'un principe? Poussez-le jusqu'à ses extrêmes limites; s'il aboutit à l'impossible, à l'absurde, soyez certain que le principe est faux. Or, dans l'espèce, si la Commission de la peste est souveraine pour faire son rapport quand elle voudra, elle est souveraine aussi pour ne pas le vouloir du tout. M. Adelon croit-il que la Commission ait cette puissance? Assurément non; investie par l'Académie d'une haute mission, l'Académie a le droit de lui en demander compte, l'Académie a le droit d'exiger qu'elle soit remplie, qu'elle le soit dans un délai déterminé, et en présence de l'indifférence ou du mauvais vouloir l'Académie aurait le droit rigoureux de briser une commission récalcitrante. Voilà je crois les véritables principes des compagnies savantes, qui sont démocratiques par excellence — république des lettres et des sciences — c'est à dire principes des majorités contre les minorités.

Toujours est-il que ce rapport de l'Académie cause de vives angoisses aux partisans de la contagion, et que leur opposition ou active ou inerte est après tout concevable. Il en est un surtout qui a été mis à de bien rudes épreuves; je veux parler du bon, de l'éminent M. Pariset, dont la vieillesse pourra bien être attristée par le triomphe des opinions contre lesquelles il a si vaillamment, si éloquemment combattu. Aussi, faisait-il peine à voir, le très digne secrétaire perpétuel, pendant la lecture de ce rapport, d'abord pensif et sombre sur son fauteuil, bientôt n'y tenant plus, se levant avec impatience et colère, allant porter son indignation hors de la salle, errant comme une âme en peine dans les couloirs de l'Académie, auxquels il adressait ses vives apostrophes et ses saillies spirituelles. Depuis l'interruption, un peu de calme et de sérénité paraît être rentré dans son âme et se réfléchit sur son front; mais, mon Dieu, que de vives appréhensions ne doit-on pas avoir pour la reprise! Certes, voilà une conviction sérieuse et sincère, j'ajoute et respectable, qui se traduit par des émotions si profondes et si vives. Mais, illustre orateur de l'Académie, de grâce, ménagez les sources de la sensibilité; le grand Riolan se rendit fort malade par son énergique opposition à la circulation du sang, dont le triomphe aussi assombrit ses vieux jours. Conservez-vous pour cette compagnie dont vous êtes la gloire; pour nous tous, pour qui vous êtes un désespérant modèle, et à qui vous donnerez longtemps encore de nobles et de si doux plaisirs.

En voici un tout frais, morceau délicat et charmant sorti de la plume harmonieuse et si habile de M. Pariset, dont je ne veux pas jouir tout seul. C'est l'introduction aux statuts de la *Société protectrice des animaux*, société qui sous les généreuses inspirations de notre honorable confrère M. Dumont (de Grenelle), de M. Parisot (de Cassel), et de quelques autres personnes, vient de se constituer à Paris à l'imitation de sociétés semblables existant déjà, et réalisant de grands bienfaits, en Angleterre et en Bavière. M. Pariset, président de la Société, a voulu indiquer la nature, le but, les résultats que se sont proposés les fondateurs; c'est là le sujet de cette introduction, dont j'extrais les passages suivants:

« Une de ces améliorations si désirables serait de faire entrer dans les mœurs du peuple des habitudes de ménagement, de douceur, de

iliaque, les purgatifs donnés par la bouche quand elles remplissent l'intestin grêle ou le cœcum.

Mais d'autres malades n'ont pas été aussi heureux; leur état s'est aggravé, et, à la suite d'évacuations alvines trop abondantes, des troubles cérébraux se sont déclarés plus ou moins promptement; et ces symptômes ne se sont pas montrés à tel jour fixe du cours de la maladie, non plus que les éruptions, pétéchies et eschares. Ils ont apparu rapidement chez les individus de faible constitution ou chez ceux qui avaient des selles extrêmement abondantes, plus tard chez d'autres d'une faible constitution, mais ayant moins d'évacuations alvines. Le délire s'est manifesté presque toujours en même temps que les pétéchies et les eschares, c'est-à-dire alors que le pouls était filiforme à 120 ou 130 pulsations par minute, que l'anémie était évidente et que la circulation languissait dans les capillaires. Le délire ne dit rien de précis à la thérapeutique : il n'y a point de remède contre le délire. Encore ici, on a tenu compte de l'état seul des organes; la circulation languissait, le sang était appauvri; on a donné du vin, mais en même temps des bouillons très concentrés; malgré les ulcérations intestinales, un bouillon ne peut certainement nuire à l'état de l'intestin, pas plus et probablement moins que l'eau de riz, l'eau d'orge ou la tisane purgative, car le dévoiement lui-même se trouve amélioré par ce mode de traitement; le délire se calme, la circulation se fait mieux, le pouls et moins fréquent et plus plein, quelquefois les pétéchies se résolvent.

Une éruption vésiculeuse ou pustuleuse s'est montrée à la région sacrée chez tous les malades; il y a des pustules à la région sacrée, des vésicules aux parties voisines soumises à une pression moins forte. Cette éruption est due sans doute à l'état septicémie, car chez d'autres malades on ne voit rien de semblable. Par exemple, une jeune fille hystérique, couchée au n° 12, est jour et nuit sur le dos depuis deux mois; il y a des vergetures aux régions fessière et sacrée, mais point d'éruption vésiculeuse, et cependant, paralysée depuis plus de quinze jours; elle urine dans son lit sans en avoir la conscience. D'ailleurs, si les matières évacuées jouent un rôle dans la production de cette éruption, elles en sont seulement la cause occasionnelle, qui la fait apparaître de préférence à la région sacrée. En effet, on a pu voir au n° 1 de la salle Saint-Raphaël un malade septicémique offrant cette éruption vésiculeuse et pustuleuse à son siége ordinaire et aussi sur la région abdominale antérieure.

L'éruption au sacrum peut donc se voir concurremment avec les autres signes du diagnostic de l'état septicémique, mais elle est le point de départ des eschares; on voit bientôt autant de points noirs qu'il y avait naguère de pustules, et rapidement tout se réunit en une vaste eschare. On touche et on circonscrit la partie mortifiée avec le fer rouge, et on la panse avec l'alcool créosoté; on saupoudre le pansement de poudre de quinquina. On veut ainsi empêcher la putréfaction de se développer, la résorption des matières putrides étant à redouter.

Telle est la manière d'agir qui a certainement conservé la vie à plusieurs malades qu'on peut voir en pleine convalescence.

Affection nerveuse prenant différentes formes.

Au n° 26 de la salle Sainte-Geneviève est couchée une jeune fille, âgée de seize ans, blanchisseuse, entrée le 2 mars dernier.

Cette malade a eu deux fois la rougeole, à l'âge de quatre ou cinq ans d'abord, puis à neuf ans. Elle a été réglée pour la première fois à onze ans; elle est restée un an sans voir ses règles, et depuis l'âge de treize ans la menstruation s'effectue régulièrement tous les mois. Elle a eu dans son enfance des convulsions : tous ses frères et sœurs en ont eu également; leur mère en a eu dans deux grossesses, mais non quand elle était enceinte de notre malade. Cette jeune fille a un frère qui est épileptique, cinq ou six fois il a eu des attaques de nerfs qu'il prévoyait une minute ou deux auparavant.

Notre malade a eu une première attaque de nerfs à quatorze ans à la suite de vives contrariétés. Pendant un quart d'heure, elle a eu des étourdissements; elle tremblait sur ses jambes, avait des fourmillements par tout le corps, mal à la tête; puis elle est tombée sans connaissance pendant deux heures après des convulsions simples (d'un quart d'heure de durée (un médecin l'a saignée pendant qu'elle était sans connaissance, lui a mis des sinapismes). Après cette attaque, elle a perdu la parole complétement pendant trois jours.

Quatre ou cinq jours après, une seconde attaque l'a prise; mais alors, sans malaise préalable, elle est tombée tout à coup dans des convulsions pendant une demi-heure; tout le jour suivant elle a encore perdu la parole.

C'était au milieu de l'année 1844, après cette seconde attaque, qu'on l'apporta à l'hôpital Cochin, où on lui fit pratiquer une saignée du pied : on lui donna des pilules de valériane. Elle est restée à cet hôpital douze jours, pendant lesquels elle a eu trois attaques.

Rentrée chez sa mère, cette jeune fille a eu des attaques tous les jours, et quelquefois à plusieurs reprises en un jour. Au mois d'octobre 1844, ses convulsions changèrent de caractère; alors, pour la première fois seulement, elle eut des attaques d'épilepsie bien caractérisées (écume à la bouche, poings fermés : le premier phénomène était une douleur et un sentiment de sautillement des yeux dans les orbites qui lui faisait voir tout danser autour d'elle).

Comme, pendant ces attaques, qui se renouvelaient deux ou trois fois en 24 heures, elle brisait tout, on la fit mettre à la Salpêtrière le 2 novembre 1844 : elle y est restée jusqu'en décembre 1845. Pendant les six premières semaines, elle eut tous les jours des attaques d'épilepsie.

Au bout de ce temps, elle eut des attaques seulement tous les trois ou quatre jours; mais alors, très souvent, elle était prise tout à coup d'étourdissement; elle tombait et restait privée de connaissance, insensible, sans convulsions pendant quinze à trente minutes. Quatre mois après son entrée, elle eut des convulsions, mais non plus épileptiques (potions laurinées, valériane sous toutes les formes, bains froids). Dans les trois derniers mois de son séjour, ses attaques n'ont point reparu; des étourdissements la prenaient de temps en temps, mais elle ne perdait plus connaissance, elle ne tombait plus.

Après sa sortie de la Salpêtrière, dans le mois de janvier 1846, elle a été reprise trois fois en un jour d'attaques d'épilepsie; puis, tous les huit jours environ, elle a eu tantôt des attaques d'épilepsie, tantôt de simples convulsions.

Elle est entrée dans notre service, le 2 mars, pour des névralgies intercostales du côté gauche, s'irradiant dans le bras du côté correspondant. Cet état s'est amélioré sous l'influence des bains de vapeur. Cependant les névralgies existent encore dans les cinq derniers espaces intercostaux. Cette malade a fourni un exemple de fièvre intermittente due à des névralgies intercostales du côté gauche sans hypersplénotrophie. Aussi le sulfate de quinine ne peut la guérir de sa fièvre intermittente, et chaque nuit elle a des sueurs très abondantes.

Elle a eu depuis son entrée une attaque d'épilepsie et deux attaques d'hystérie; en effet, dans ces deux dernières seules, elle a pour la première fois conservé sa connaissance quoiqu'elle eût perdu la sensibilité; le premier phénomène n'a pas été comme dans les attaques d'épilepsie le sentiment d'un coup frappant tout à coup simultanément les deux yeux, et le sautillement des yeux : le premier phénomène ici a été une douleur vague dans le bas-ventre, puis elle a eu le sentiment d'une boule qui remonterait à la gorge; puis elle a eu des convulsions.

Depuis quinze jours, on emploie contre l'état de cette malade le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour, et elle a toujours près d'elle une potion contenant :

Sulfate de quinine,	1 gramme 50
Teinture de cannelle,	4
Eau,	60
Acide sulfurique,	q. s.

Quand elle éprouve les symptômes précurseurs d'une attaque, elle prend deux cuillerées de cette potion, et le trouble du système nerveux qui en résulte a paru faire que l'attaque fût moins forte.

Cette observation est remarquable en ce que l'on voit d'abord les membres d'une même famille tous ayant été ou étant encore affectés d'une même disposition à avoir des convulsions; en ce que, chez notre malade, l'affection nerveuse a pris différentes formes empêchant de lui donner un nom précis. Malheureusement, on ignore le siége et la nature de la lésion amenant ces phénomènes.

Enfin, l'observation de cette malade vient s'ajouter à tant d'autres qui attestent que la fièvre intermittente n'a point son spécifique dans le sulfate de quinine. Ce médicament agit seulement sur cette fièvre en tant qu'elle coïncide avec une hypersplénotrophie. C'est contre ces fièvres intermittentes dues à des névralgies intercostales du côté gauche qu'on voit préconiser tant de moyens divers ayant tous paru réellement réussir, soit qu'il y ait eu coïncidence de la disparition de la névralgie et de l'emploi de ces moyens, soit que ceux-ci aient triomphé de la névralgie.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Hydrocèle vaginale très volumineuse avec hypertrophie et dégénérescence fibreuse des enveloppes, guérie sans excision par le séjour d'une grosse mèche de charpie.

M..., capitaine au 1er régiment de ligne, était depuis plusieurs années, porteur d'une hydrocèle développée dans la tunique vaginale, et survenue sans cause connue. Agé de cinquante ans, il est d'une bonne constitution, d'un embonpoint marqué, et n'a jamais eu de maladies syphilitiques. Depuis plusieurs mois, la tumeur s'était considérablement accrue; elle était de la grosseur d'un fœtus à terme quand cet officier e t entré au Val-de-Grâce. Dure, résistante, non transparente, même interposée entre l'œil et une lumière, elle laissait dans son diagnostic de l'incertitude. Une ponction exploratrice leva le doute. Un léger écoulement de sérosité, en rendant souples les parois de la tumeur, fit constater une hydrocèle avec epaississement considérable des enveloppes et dégénérescence fibro-cartilagineuse de la tunique vaginale; il permit à la fois de reconnaître la position et le volume du

---

pitié, nous dirions presque de justice envers les animaux. Nous voulons parler plus particulièrement des grands animaux domestiques; de ceux qui, de leur force, de leur enveloppe extérieure aussi bien que de leur propre chair, nous servent, nous protégent, nous nourrissent, et forment à la lettre la principale richesse des peuples et le plus solide fondement de leur prospérité. Privé de ces auxiliaires, qui, dans l'ordre de la création, l'ont heureusement précédé, que serait devenu le genre humain? que deviendrait-il s'ils cessaient tout à coup d'exister? Le genre humain s'éteindrait sans doute comme se sont éteintes tant de peuplades sauvages, qui n'avaient pour se soutenir que leurs propres ressources. Cela posé, comment ce seul intérêt n'a-t-il pas fait comprendre que, pour assurer son bien-être par le leur, l'homme devait s'attacher à la conservation des animaux en exerçant leurs forces par un travail modéré, en les entretenant par une nourriture suffisante et choisie, en leur donnant des demeures spacieuses, propres, salubres, c'est-à-dire aérées; car l'air leur est encore plus nécessaire qu'à nous-mêmes, et, finalement, en cultivant leur intelligence et leur sensibilité, en développant leurs heureux instincts, en tempérant, l'une par l'autre, leurs qualités morales : la patience et le courage, l'ardeur et la docilité; car c'est par ces qualités mêmes qu'ils deviennent pour l'homme le plus précieux de ses instruments. Rassemblez, en effet, tous les traits de bonté, d'invention, de dévouement, de reconnaissance et de générosité, que les naturalistes ont recueillis sur les animaux, vous en conclurez qu'avec une ombre de justice et de gratitude dans le cœur l'homme serait partout, pour les animaux, ce qu'est le Maure, le Turc, l'Arabe et l'Indou; il serait pour eux ce que Platon veut qu'on soit pour son esclave, il veut qu'on le traite comme un ami malheureux.

» Ce sont là des vérités dont on se pénètre en approfondissant l'histoire et de l'éléphant et du cheval; du cheval, ce noble compagnon de l'homme, si noblement célébré par Buffon. Dans les tristes nécessités de la guerre que ferait une nation dépourvue de chevaux? Ne seraitelle pas vaincue ainsi que la Chine l'a été tant de fois?

» Mais il est des vérités qui ne sont bien enseignées que par les contraires. Dites à un fermier : Vous avez des animaux pour tous les travaux des champs. Quelques justes raisons que vous ayez de leur supposer du sentiment, de la mémoire, du jugement, des affections et des volontés, tenez pour certain qu'ils ne sont que ce qu'en ont dit certains philosophes : de purs automates, ou, si vous voulez, des mécanismes aveugles, arrangés, il est vrai, pour produire des mouvements, mais brutes, inertes, n'ayant absolument rien d'une nature animée comme la nôtre; ne les épargnez donc pas; arrachez-leur, par le fouet et le bâton, tous les services qu'ils doivent vous rendre; s'ils fléchissent, frappez sans scrupule; et si, dans les emportements de la colère, vos coups sont mal mesurés, qu'importe? puisque vous frappez sur une matière insensible! Par là vous obtiendrez inévitablement trois résultats : le premier, de ne tirer de vos animaux que des services imparfaits; le second, d'abréger singulièrement leur durée; le troisième, s'il est quelques-uns de ces animaux que vous destiniez à votre nourriture soyez assuré que leur chair, détériorée par la douleur et la fatigue, sera pour vous un aliment dangereux et peut-être mortel.

» Assurément, si quelque homme était assez insensé pour donner de si abominables conseils, personne ne le serait assez pour les suivre. Et, cependant, il semblerait qu'ils sont donnés et suivis. Quel odieux spectacle, en effet, nous offrent les grandes villes! ces villes où la plus brutale férocité déploie ses fureurs sur les animaux les plus utiles et les plus doux; où le cheval, méconnu, maltraité, mal nourri, chargé de travaux et couvert de plaies, traîne dans la fange une vie d'amertume et d'ignominie! où les veaux qui sont destinés à nos tables, et que l'on amène de loin dans de lourdes charrettes, y sont entassés et couchés les uns sur les autres, la tête pendante, les yeux rouges et gonflés, les jambes et les pieds si fortement garrottés que ces parties s'irritent, s'enflamment, se tuméfient; que la fièvre s'allume, qu'une diarrhée s'établit si violente qu'elle entraîne au dehors une portion des intestins. Arrivés aux marchés qui leur sont affectés, on les jette du haut de la voiture sur le pavé, où ils tombent de toute leur masse et presque sans vie. C'est dans cet état qu'ils sont vendus, sacrifiés, dépecés, distribués aux consommateurs. Or, de quelques paradoxes que soit coloré ce qu'on a dit touchant l'innocuité d'une telle nourriture, il n'entrera dans l'esprit de personne que jamais elle ne soit malfaisante et qu'elle ne puisse porter dans notre économie quelque principe aussi pernicieux que l'est la chair du porc affecté de ladrerie, dernier fait soutenu par l'habile professeur Chaussier. Et quand on songe à la prodigieuse variété des combinaisons que peuvent former entre eux, par mille et mille causes, les mobiles éléments de la matière animale, il est deux choses dont l'une cesse d'étonner, et dont l'autre étonnera toujours : la première est le soin presque ombrageux que mettaient d'anciennes nations dans le choix des aliments de cette nature; la seconde est l'insouciante sécurité où vivent, sur ce point, les nations modernes.

» Cependant écoutez l'expérience. Ecoutez des médecins éclairés : Lentilius, Fehr, Borel, Richter, Pierre Frank lui-même, etc., vous apprendrez que, sous les plus belles apparences, la chair toute récente d'un animal recèle quelquefois un poison dangereux, à plus forte raison lorsque cette chair a été détachée d'un animal altéré par une maladie quelle qu'elle soit. Ces altérations sont de différentes natures, et chacune d'elles a des degrés différents; mais, dans la série si variée de nos organisations, le degré le plus faible peut en rencontrer une où il produira des accidents graves, soit sur-le-champ, soit après quelques jours ou même quelques mois. »

Cette Société des bêtes, dont j'ai sollicité hier l'honneur de faire partie, se compose déjà d'un grand nombre de membres, agriculteurs, administrateurs, savants, hommes de lettres, médecins surtout, car partout où il y a du bien à faire, quelque bonne idée à féconder, soyez sûr d'y rencontrer des médecins.

— Pour en revenir à la peste, ce n'est pas seulement le rapport de l'Académie qui donne du souci aux partisans de la contagion. Une lettre qui me parvient de Marseille m'annonce que l'Intendance sanitaire vit, depuis quelque temps, dans des transes continuelles à l'occasion d'infractions journalières aux lois rigoureuses des quarantaines commises par les habitants même du lazaret; infractions qu'elle est impuissante à réprimer, quoiqu'elle ait déjà mis à mort un grand nombre de rebelles, infractions capables de pestiferer l'Europe un de ces quatre matins. Voici le fait.

Le lazaret de Marseille est envahi par les rats. Ces imprudents animaux, sans nul respect pour les règlements, sautent, courent, gambadent sur les marchandises les plus *susceptibles*, vont contaminer celles qui ne le sont pas, et portent l'horrible et pénétrant virus partout où les terribles lois de l'Intendance lui défendaient d'entrer. Une famille entière de ces animaux a été trouvée, *horresco referens!* dans une vieille marmite! Les enfants et les femmes ont été passés au fil de l'épée, mais le reste a pu s'enfuir et éviter le carnage. Ce n'est pas tout; règle générale, là où il y a des rats il y a des chats. Autre principe aussi incontestable; là où il y a des chats il y a des chattes. Or, ces principes ont trouvé leur désolante réalité dans le lazaret de Marseille, si bien que rats, chattes et chats, narguant les règlements, franchissant la triple et quadruple enceinte de ce lieu redoutable, tantôt se livrent des combats les plus compromettants, tantôt s'abandonnent aux amours les plus contagieux. L'Intendance a eu beau prendre les mesures les plus énergiques et même les plus dispendieuses, rien n'y a fait. Ainsi, chaque surveillant, chaque sentinelle, armé jusqu'aux dents, ayant reçu une consigne impitoyable, pouvait réclamer à l'Intendance une prime considérable pour chaque tête d'ennemi; 50 centimes pour un chat ou chatte, 25 centimes pour un rat. Cette prime avait tellement excité le zèle des gardiens, qu'un carnage affreux s'ensuivit; mais aussi que la caisse de l'Intendance allait devenir vide, car plus on en tuait de ces coupables animaux, plus il en revenait. L'Intendance a beaucoup baissé le taux de ses primes. A l'heure qu'il est, un chat ne vaut plus que 10 centimes; et un rat, encore le faut-il de certaine taille, ne rapporte plus que 5 centimes. L'Intendance est dans la plus grande perplexité; le plus profond silence avait été gardé jusqu'ici sur le danger imminent qui menace la ville phocéenne, mais j'estime qu'il vaut toujours mieux voir le péril en face, et voilà pourquoi je le signale à qui de droit.

— *P. S.* J'ai reçu une lettre signée d'un *paroissien de Saint-Germain-l'Auxerrois*, relative à mon article de mardi dernier. Le défaut d'espace me force à la renvoyer à mardi prochain.

Jean Raimond.

testicule. Le testicule avait au moins le double de son volume normal; il était aplati. Du reste, sans induration, sans dureté aucune.

On sait que depuis plusieurs années, M. Baudens traite les hydrocèles par une méthode particulière, et dont il a beaucoup à se louer.

Quand l'hydrocèle est volumineuse, ou bien encore quand sa résistance est trop grande pour lui permettre de la comprimer entre deux doigts, afin d'en rapprocher les parois opposées pour les traverser de part en part avec son trocart particulier, comme on le ferait d'un séton, M. Baudens fait avec une lancette effilée une ponction préliminaire, et quand une certaine quantité de sérosité s'est écoulée, il rapproche les parois, devenues souples, de l'hydrocèle, introduit son trocart par la plaie provenant de la lancette, et le fait ressortir par le côté opposé.

La tumeur étant ainsi embrochée sans crainte de blesser le testicule, la tige du trocart est enlevée de la canule qui, percée d'une ouverture à sa partie moyenne, reste en place comme un séton; mais un séton métallique, creux, donnant issue à la sérosité, et permettant au chirurgien, tant que la canule est en place, d'avoir action sur la tunique vaginale pour élever à son gré l'irritation de cette membrane.

Au lieu d'injecter immédiatement, soit du vin, soit de l'iode, et de s'exposer à faire arriver un liquide trop irritant ou pas assez excitant, parce que l'irritabilité individuelle est inconnue, M. Baudens élève graduellement, et comme il l'entend, l'inflammation qu'il veut produire. D'abord, il pousse de l'air dans la tunique vaginale à travers la canule-séton. Quand l'air n'agit pas assez, il injecte, le soir même de l'opération, un peu d'eau; si celle-ci ne porte pas l'irritation à un degré suffisant, il fait arriver une légère solution de nitrate d'argent. Au bout de trois à quatre jours, quand l'inflammation, graduellement élevée, est suffisante, il retire la canule, et après une moyenne de vingt jours, la cure est radicale et sans récidive.

Pour le cas actuel, et en raison de l'hypertrophie avec dégénérescence des enveloppes, M. Baudens a renoncé à sa méthode de traitement. Ce cas spécial semblait réclamer le procédé de l'incision ou même de l'excision; M. Baudens a préféré le mode opératoire suivant, comme moins grave et moins douloureux.

Une incision a été faite avec un bistouri dans le point le plus déclive. Le doigt, introduit à travers la plaie et dirigé vers l'anneau inguinal, a servi de guide pour y faire une seconde incision. Le liquide a été évacué en totalité; il y en avait près d'un litre; il était citrin, liquide; les enveloppes scrotales avaient 3 centimètres d'épaisseur; la tunique vaginale était d'une consistance fibro-cartilagineuse. Une longue mèche de charpie, de la grosseur du pouce au moins, a été introduite à travers les deux plaies. Renouvelée tous les deux jours, elle a provoqué une abondante suppuration avec peu de fièvre. Le pus s'est tari graduellement; des bourgeons ont surgi dans la tunique séreuse; la mèche a été diminuée peu à peu, et enfin totalement supprimée au bout de quarante jours, et après deux mois de traitement, la guérison a été complète. Des frictions fondantes, des douches, ont été employées dans les derniers temps. ÉVRARD, aide de clin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Lipome dans la région sous-maxillaire latérale droite. Ablation. De la différence de l'opération selon que les tumeurs sont sous-cutanées ou sous-aponévrotiques.

Au numéro 5 a été couché un homme vigoureux, bien constitué, d'une quarantaine d'années environ, et portant depuis vingt ans une tumeur de la grosseur du poing vers l'angle de la mâchoire du côté droit. Cette tumeur était restée très longtemps avec un fort petit volume; mais depuis deux ans elle a pris un accroissement rapide, et le malade s'en est inquiété. Elle n'est, du reste, le siége d'aucune douleur ni d'aucune inflammation; mais à cause de son volume toujours croissant, cet homme a été conduit à y appliquer plusieurs remèdes, des emplâtres de différente nature, des pommades qui n'ont produit aucun résultat.

Cette tumeur présente un assez grand intérêt; sa mollesse, sa mobilité et les différentes sensations qu'elle fait éprouver quand on la palpe, sont autant de caractères qui jettent du doute dans l'esprit à cause d'ailleurs des nombreuses espèces de tumeurs qui se peuvent présenter dans cette région.

Si on l'embrasse d'une main, et qu'avec les doigts de l'autre main on la presse modérément, on a l'idée d'un sac à demi rempli de liquide ou d'une masse élastique et molle. Si, au contraire, sans la comprimer circulairement, on la parcoure avec les doigts en appuyant un peu, on a la sensation de bosselures.

Ces signes, la constitution générale du malade, font du premier coup rejeter les anévrismes, les abcès et les cancers; l'esprit ne peut hésiter qu'entre les tumeurs graisseuses et les tumeurs ganglionnaires; car, pour les kystes, il est évident qu'il n'en existe pas, et que cette apparence de fluctuation n'est qu'une illusion dont il faut se souvenir pourtant, dans la crainte de la prendre pour une réalité dans un cas semblable.

La question, bien que restreinte à deux ordres de tumeurs seulement, peut encore offrir quelque embarras. En effet, les tumeurs graisseuses, dans cette région, sont rares en comparaison des tumeurs ganglionnaires, dont la fréquence est extrême; et cependant, ici on trouve bien plutôt les caractères d'une tumeur graisseuse que d'une masse ganglionnaire. Ainsi, les différents lobes en sont mollasses; il est vrai que dans les tumeurs ganglionnaires, on rencontre des bosselures molles quelquefois, mais alors la fluctuation y est évidente, et il existe d'autres bosselures plus fermes, ou il y a eu des signes d'inflammation. Il y a, surtout ici, une considération décisive, et sur laquelle nous reviendrons encore tout à l'heure à propos de l'opération, c'est la position de la tumeur; elle nous paraît être sous-cutanée. Or, les ganglions sont sous-aponévrotiques; il y a donc toute raison de croire qu'il s'agit d'un lipome; et cela d'autant mieux, que ce malade ne présente rien qui ressemble à cette mauvaise constitution déterminant les tumeurs scrofuleuses.

Après tout, il est vrai que cela ne changera rien à la thérapeutique; l'ablation conviendrait dans les deux cas; mais il est plusieurs remarques fort utiles qu'on ne doit pas perdre de vue à propos de ces opérations.

D'abord, nous ferons une incision courbe au lieu de ces incisions rayonnées multiples qu'on employait autrefois, et que beaucoup de praticiens mettent encore en usage aujourd'hui; c'est principalement dans des cas de ce genre que cette modification à l'incision présente le plus d'avantages. D'abord, elle sera faite dans le sens de la région; elle s'y accommodera pour ainsi dire, et ne laissera après elle qu'une cicatrice linéaire à peine visible, ce qui a de l'importance à la face ou au col; puis cette incision donne tout autant de liberté que les autres, et elle est surtout préférable en ce que le lambeau retombe de lui-même, et que les deux lèvres se trouvent naturellement en rapport l'une avec l'autre.

Il est une seconde remarque plus essentielle encore que la précédente, c'est celle qui a trait aux difficultés de l'opération même. Principalement en vue de cette difficulté, la précision du diagnostic a un très grand intérêt. Si, en effet, il s'agit d'une tumeur graisseuse dont le siége soit sous la peau, l'opération sera des plus rapides et des plus faciles; il n'y aura rien à redouter, si ce n'est quelque vaisseau superficiel, la jugulaire, mais de peu d'importance, puisque les organes qu'il est dangereux de toucher se trouvent sous l'aponévrose; mais si, au contraire, la tumeur est ganglionnaire, c'est-à-dire sous-aponévrotique, l'opération deviendra extrêmement délicate, la tumeur enverra des racines entre les muscles, les vaisseaux; il faudra disséquer longuement et avec de grandes précautions; ce sera tout autre chose.

Ainsi, chez ce malade, l'ablation de sa tumeur est telle, que tout le monde pourrait la pratiquer. Un malade que nous opérerons demain d'une tumeur dans la même région, ne se trouve pas dans le même cas; l'opération sera difficile, et demandera de l'habitude.

L'opération a été pratiquée immédiatement; elle a été des plus faciles; la tumeur était un lipome. Le malade est sorti guéri au bout de trois semaines. La cicatrice est linéaire et à peine visible.

Arthropathies du genou. Diagnostic différentiel de ces maladies.

Il y a en ce moment dans les salles trois maladee affectés de maladies du genou qu'il est curieux de rapprocher pour démontrer combien un diagnostic précis et important pour établir un pronostic, et employer une thérapeutique convenable.

Un de ces malades est un homme couché au n° 38. Il dit avoir d'abord eu mal à l'aine, puis au genou; il a employé successivement des vésicatoires et les eaux de Bourbonne, qui sont voisines de son pays.

Son genou est d'environ un tiers plus gros que l'autre; il est déformé; il n'y a évidemment pas d'hydarthrose; c'est une dégénérescence des tissus synoviaux et peut-être des os.

Une autre malade est une femme couchée au n° 9; c'est une grosse fille qui a mal au genou depuis longtemps, et qui a déjà, comme elle le dit naïvement, *fait deux ans d'hôpital*. Elle était presque guérie quand elle est sortie, quoique boîtant un peu; mais elle a fait une chute, et son genou est redevenu malade; il a un volume double de l'autre; de plus, la cuisse et la jambe, au-dessus et au-dessous de l'articulation, sont plus grosses qu'à l'ordinaire; il paraît y avoir un verre de liquide épanché à peu près. La malade souffre, la flexion de la jambe est douloureuse. Du reste, son genou, dit-elle, même avant sa chute était un peu plus gros que l'autre.

La troisième malade est aussi une femme couchée au numéro 6, qui souffre du genou depuis quelque temps. Elle serait entrée à l'hôpital il y a déjà plusieurs années et, après un séjour de deux à trois mois, elle serait sortie à peu près guérie, quand, il y a une dizaine de jours, elle a souffert de nouveau, Cette femme porte à l'avant-bras des cicatrices qui ressemblent à celles qu'on observe après des maladies des os; de plus, elle a eu une attaque d'apoplexie avec paralysie du bras droit.

Ainsi, elle nous présente une maladie du genou avec des caractères sérieux; son articulation est plus volumineuse; cela est venu sans inflammation, sans douleurs très vives, et en huit ou dix jours; on trouve des bosselures partout, même jusque dans le jarret. En un mot, il y a là des signes analogues à ceux qui caractérisent le dernier degré de ce qu'on appelle tumeur blanche; on observe encore un relâchement dans les tissus fibreux, relâchement qui ne se fait qu'à la longue, et qu'on ne rencontre pas chez les deux autres malades; de sorte que cette femme étant très peu intelligente, on peut parfaitement être autorisé à penser que sa maladie date depuis plus longtemps qu'elle ne le dit encore.

Les arthropathies, en général, peuvent se diviser en deux grandes catégories, selon qu'elles attaquent les parties dures ou les parties molles. Les signes qui différencient ces deux espèces d'affections si dissemblables, quant au pronostic et au traitement, sont assez tranchés pour qu'il soit possible de les reconnaître. Quand le mal a débuté par les parties dures, la douleur est le premier phénomène perçu par le malade; le gonflement n'apparaît qu'ensuite. La maladie marche alors lentement; elle est liée ordinairement à une cause interne plus ou moins appréciable; la douleur est sourde, profonde, avec des intervalles de calme et des exacerbations; bientôt le gonflement se manifeste; il débute par une partie de la jointure, et ne comprend d'abord, le plus souvent, qu'un point limité de l'articulation, ce qui est facile à concevoir d'ailleurs, puisque la maladie qui s'attaque aux parties dures ne les envahit pas tout entières au commencement.

Tous ces caractères que nous venons d'énumérer, nous les retrouvons dans leur ensemble chez l'homme couché au numéro 38. Il est évident que chez lui l'arthropathie a pour siége les tissus synoviaux ou osseux; il a ressenti d'abord des douleurs vagues; le gonflement est survenu, et des bosselures irrégulières se sont successivement montrées sur divers points de l'articulation.

Les maladies articulaires qui siégent dans les parties molles peuvent survenir sous l'influence de deux ordres de causes, soit externes ou internes.

Les causes externes sont susceptibles d'amener des déchirures, des inflammations, des tiraillements, des entorses et des épanchements de diverses natures, hydarthroses ou hématocèles. Les causes internes amènent des résultats plus variés encore, comme les précédentes, des épanchements de sang, de synovie, et toutes les lésions connues des articulations.

De même que pour les portions dures de l'article, il est pour les maladies des parties molles des signes capables de mettre sur la voie de la nature et du siége de l'affection. Ainsi, l'on sera autorisé à penser que le mal n'occupe pas le squelette toutes les fois que la cause ne sera pas de celles qui portent spécialement leur action sur les os. Qu'un malade, par exemple, soit pris d'arthropathie sous l'influence d'une diathèse syphilitique, il est probable que les os sont malades; qu'il s'agisse, au contraire, d'un gonflement articulaire survenu pendant l'existence d'un écoulement blennorrhagique, il y a toutes raisons de croire que les parties molles sont seules affectées. La cause générale est-elle rhumatismale, le malade s'est-il exposé au froid, à l'humidité, il y a lieu de penser que les parties molles sont seules prises. Quand le sujet présente les signes de la constitution scrofuleuse, si déjà il y a eu des maladies du squelette, les parties dures de l'articulation seront probablement le siége du mal.

Pour les symptômes, nous le répétons parce que la différence sur laquelle nous insistons nous paraît essentielle: dans les arthropathies, la douleur comme premier symptôme nous indique une maladie des os, le gonflement survenu d'abord fait connaître que le mal siége dans les parties molles; quand la douleur et le gonflement se montrent ensemble, ce qu'on observe quelquefois, si le gonflement est considérable, les parties molles sont malades.

Il y a malheureusement une difficulté qu'on rencontre assez fréquemment dans le diagnostic des maladies articulaires. Quand la maladie est récente, le malade peut, dans la grande majorité des cas, donner au médecin les renseignements dont il a besoin pour reconnaître quel est le siége de l'affection; mais lorsque la maladie est très ancienne, ces renseignements sont très souvent inexacts, le malade a oublié, et on en est réduit aux signes présents, ce qui amène plus d'embarras. Néanmoins, en se reportant à la cause et en se souvenant des signes que nous avons tracés plus haut, on parviendra, en général, à établir un diagnostic exact.

Ainsi, pour la malade du n° 9, il s'agit d'un gonflement articulaire survenu à la suite d'une chute. Il n'y a pas de luxation, pas de fracture; la tuméfaction est considérable, elle s'est faite rapidement dans l'espace de quelques heures; il y a du liquide. Comment douter que les parties molles sont seules malades?

Le malade du n° 38 forme un contraste frappant avec le cas qui précède. Il a éprouvé des douleurs; son genou s'est gonflé peu à peu, il s'est déformé, il présente des bosselures nombreuses: la maladie occupe les os.

La femme du n° 6 présente des symptômes moins tranchés, plus vagues. Elle assure que le gonflement a précédé la douleur, mais nous avons exposé nos raisons pour n'accepter son témoignage qu'avec réserve; il y a chez elle du liquide; mais, d'un autre côté, la malade porte des cicatrices qui peuvent donner l'idée d'une maladie ancienne du squelette. En un mot, le diagnostic n'est pas clair chez cette dernière.

De plus, il y a encore entre les deux femmes une différence utile à signaler. Toutes deux ont une maladie du genou. Chez toutes deux, il y a du liquide; mais ce liquide est-il le même chez l'une et chez l'autre? Nous ne le croyons pas.

La femme du n° 9 présente une collection placée au-dessus et en dedans de la rotule, elle s'est faite très rapidement à la suite d'une chute; cette collection donne l'idée d'une densité considérable: on peut certainement croire que le liquide est du sang. Ce ne peut être, en tout cas, que du sang ou de la synovie; mais on sait que lorsque l'épanchement se fait très vite, on doit plutôt croire à du sang, et que, quand il se fait plus lentement, il y a plus de raisons de penser que le liquide est de la synovie. Du reste, il est presque inutile d'y insister; en y réfléchissant un peu, on conçoit cette différence: si c'est du sang, épanchement en quelques heures; si c'est du sérum, épanchement plus long à se former. Le gonflement ici est survenu assez rapidement.

La malade du n° 6 n'est pas dans ces conditions; son genou peut aussi renfermer deux liquides, mais ce ne pourra être que de la synovie ou du pus. En effet, la collection ne s'est pas faite tout à coup. Lequel sera-ce de ces deux liquides? Lorsque la maladie est ancienne comme chez cette femme, quand on trouve des bosselures partout, il y a lieu de croire que les cartilages sont érodés, altérés chroniquement, et alors il se fait un travail qui amène des flocons albumineux, de matière plastique, avec de la sérosité; en un mot, c'est presque un abcès. Nous pensons que tel est le liquide qui se

rencontre ici.

Est-il besoin de dire que cette question du diagnostic précis des altérations articulaires, étudiées convenablement, peut seule guider le pronostic et la thérapeutique? C'est une vérité qui, pour être banale, n'en est pas moins souvent oubliée.

— L'un des malades auxquels M. Velpeau a pratiqué une opération de blépharoplastie est sorti de l'hôpital, ayant retiré de cette opération tout ce qu'il était possible d'en attendre; c'est-à-dire que cet homme a maintenant une paupière inférieure complète, qui permet de lui appliquer facilement un œil artificiel.

L'opération n'a pas été suivie d'accidents très graves; cependant le malade a été pris d'un érysipèle modéré, plus inquiétant pour la cicatrisation du lambeau que pour la vie du malade. On sait qu'un érysipèle est susceptible d'empêcher la cicatrice de se former. Ici, cependant, tout s'est bien passé; il ne s'agissait plus que de placer l'œil artificiel. On l'a fait demander; mais l'administration a cru devoir le refuser, parce que le malade *n'était pas du département.*

Ce sont de ces petits désagréments, de ces petites entraves auxquelles les chirurgiens des hôpitaux commencent à s'habituer, tant elles se répètent fréquemment. Aussi se contentent-ils de les signaler.

L'autre malade, qui a subi une opération à peu près semblable, mais plus délicate et plus compliquée, va aussi bien que possible: le résultat paraît devoir être aussi des plus favorables.

— Il s'est passé dans le service de M. Velpeau deux faits extrêmement curieux à rapprocher l'un de l'autre, non que des observations pareilles soient très rares, mais parce qu'elles servent à mettre en garde le praticien contre un pronostic trop affirmatif.

Un homme a été apporté à l'hôpital après une chute. Il présentait deux plaies à la tête avec des bords décollés, et une hémorrhagie par l'une d'elles. Il y avait des symptômes généraux qui paraissaient graves. M. Velpeau vint le voir, et le trouva dans un état sérieux. Trois à quatre jours après, ce malade était guéri, et au bout de huit jours il sortait de l'hôpital.

Un autre malade est pris d'érysipèle à la face, qui descend bientôt sur le dos, remonte à la tête, envahit le cuir chevelu, avec des symptômes généraux modérés; il n'y eut pas de délire. L'érysipèle redescend sur la poitrine, couvre les bras, et là il présente une teinte rouge-vineux, des bords festonnés, caractères fâcheux que nous avons quelquefois signalés. Cet homme meurt tout à coup avec les symptômes d'un œdème de la glotte.

Certes, dit M. Velpeau, s'il avait fallu se prononcer, tout chirurgien eût porté un pronostic contraire à l'événement dans ces deux cas. Ce dernier malade a été pris d'un érysipèle bien moins grave, en apparence, que trois ou quatre autres qui sont actuellement guéris. PAJOT.

Bibliographie.

Histoire de la blennorrhée urétrale ou suintement urétral habituel; ses causes, ses effets, son traitement curatif, par le docteur DESRUELLES, ancien professeur au Val-de-Grâce.

Sous ce titre, l'auteur, à qui la science est redevable d'utiles réformes sur l'étude et la thérapeutique de la syphilis, publie un traité complet et comparé de la blennorrhagie et de la blennorrhée.

L'étude simultanée de ces deux affections jettera un jour nouveau sur d'importantes questions, et particulièrement sur le traitement de la blennorrhée, dont la cure est si souvent un ennui et un écueil pour les médecins, pour ceux-là même qui s'occupent spécialement de syphiliographie.

Il a fallu se livrer à de nombreuses recherches, apprécier la valeur de chacun des faits publiés, et s'inspirer des souvenirs d'une longue pratique pour entreprendre un travail dont l'analogue n'existe dans aucun ouvrage. Le docteur Desruelles y a consacré vingt ans de sa vie de praticien. Les matériaux qu'il a rassemblés pendant dix-huit ans au Val-de-Grâce, où il a dirigé le service des vénériens, et pendant une longue pratique civile, l'ont mis sur la voie d'une méthode qu'il croit certaine: elle consiste à éclairer l'étude de la blennorrhée par celle de la blennorrhagie.

Dans des considérations intéressantes, l'auteur jette un coup d'œil sur ces affections; il fait pressentir le parti avantageux que l'on peut retirer de l'emploi bien dirigé de l'acide benzoïque, du seigle ergoté, de l'extrait aqueux de cette substance, des bougies médicamenteuses, des mèches, de la cautérisation qu'il appelle transcurrente, et de beaucoup d'autres moyens dont il parlera dans la seconde section. Un grand nombre de remarques pratiques montrent l'importance et l'exactitude de ses recherches pour distinguer entre elles les diverses espèces de blennorrhagies et de blennorrhées.

Dans les chapitres qui suivent ces considérations, M. Desruelles parle des noms sous lesquels ont été connues ces maladies; de leur définition, de leur origine, de leur antiquité. Il relate les épidémies qu'on a observées, et note la durée relative des diverses blennorrhées. Le long chapitre qu'il consacre aux lésions organiques renferme une multitude de faits d'anatomie pathologique qui étaient épars dans les ouvrages de tous les temps; joints à ceux qui lui sont propres, ces faits jettent une vive lumière sur le sujet qu'il traite.

Dans le chapitre des causes, M. Desruelles examine avec un soin tout particulier l'action des excitations génitales sur le canal de l'urètre; celle de l'ivresse habituelle, de la masturbation; à cette dernière occasion il refait l'histoire médicale de J.-J. Rousseau, et en tire des inductions philosophiques, en faisant voir l'influence qu'a eue sur ce grand écrivain la maladie qui a tourmenté sa vie entière. Il serait trop long d'indiquer toutes les causes que l'auteur passe en revue et les considérations diagnostiques et pratiques qu'elles lui ont suggérées.

Le dernier chapitre traite du siége et de la nature de la blennorrhagie et de la blennorrhée. D'après l'auteur, il y a trois formes particulières de la blennorrhagie et de la blennorrhée. Il indique le siége qu'elles occupent, leur gravité, leurs causes diathésiques et spéciales, et il fait déjà comprendre combien doit varier le traitement qui convient à chacune des espèces, en égard à sa nature, à son siége, à ses conséquences dans l'avenir, à ses influences actuelles sur les autres parties du canal de l'urètre et sur l'organisme; il ne recherche pas des remèdes, des médicaments, il établit une méthode rationnelle de traitement qu'il modifie selon les cas et les circonstances.

Nous engageons M. Desruelles à ne mettre aucun retard à la publication de la seconde partie de son ouvrage et à le compléter. Nous ne doutons pas que les médecins qui auront lu la première partie ne soient désireux de continuer avec l'auteur l'étude comparée de la blennorrhagie et de la blennorrhée. Des questions d'un haut intérêt y seront traitées avec le talent que l'on doit attendre de l'auteur des *Lettres écrites du Val-de-Grâce.* DESCURET.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'introduction de l'eau commune et de certaines eaux distillées dans les formules, par M. VANDERAUWERMEULEN, pharmacien à Gand.

Suivant M. Vanderauwermeulen, les médecins doivent s'abstenir avec soin de prescrire, dans la composition des médicaments magistraux où certains corps chimiques doivent être tenus en solution, l'eau commune et les hydrolats aromatiques. En effet, dit-il, ces liquides sont toujours chargés d'air et d'acide carbonique, et, de plus, les eaux distillées aromatiques éprouvent en vieillissant une altération qui consiste dans la rancidité et l'acescence de leur huile essentielle, de sorte qu'on y trouve toujours, à un degré assez marqué, la propriété de déterminer la décomposition de plusieurs combinaisons chimiques.

M. Vanderauwermeulen conseille aussi aux pharmaciens de ne jamais se servir, pour la préparation des sels mercuriaux, d'aucun instrument métallique, parce que, dans ce cas, il y aurait décomposition indispensable du sel mercuriel.

Bien que ces faits soient connus dès longtemps, il n'en est pas moins utile de les rappeler souvent au souvenir des praticiens.

Nouvelle falsification de l'iodure de potassium; par M. N. GILLE, pharmacien à Bruxelles.

M. Gille vient de signaler une nouvelle fraude que la cupidité, excitée par le haut prix commercial de l'iodure de potassium, exerce actuellement sur ce composé destiné aux besoins de l'art de guérir.

Ce pharmacien ayant fait prendre une certaine quantité d'iodure potassique dans un des magasins de droguerie de la ville de Bruxelles, conçut des soupçons sur la pureté de ce produit au seul aspect de ses cristaux. En conséquence, il le soumit à quelques essais pour s'assurer de la vérité, et le résultat de ses expériences fut de lui faire reconnaître qu'il renfermait une proportion notable de carbonate de potasse.

Ainsi falsifié, l'iodure de potassium se présente sous la forme de petits cristaux qui s'humectent facilement par leur exposition au contact de l'air.

Dissous dans l'eau distillée, il fournit par l'eau de chaux un précipité blanc qui, mis en contact avec l'acide sulfurique, donne lieu à une vive effervescence.

Le sulfate de fer en liqueur versé dans ce soluté, y détermine la production d'un précipité abondant.

NOUVELLES.

Par ordonnance royale, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sont nommés membres du Conseil supérieur de santé établi près le ministère de l'agriculture et du commerce:

M. Foullioy, en sa qualité d'inspecteur général du service de santé de la marine;

M. Moizin, en sa qualité de membre du Conseil de santé des armées;

Et M. Piron, en sa qualité d'administrateur des postes.

— Quatre jeunes Indous étudient en ce moment la médecine à Londres, au collége de l'Université.

— Une vente d'opium qui a eu lieu il y a quelques mois à Calcutta, a produit la somme énorme de 800,000 liv. st. (20,000,000 de francs).

— Il est question d'établir à Alger une succursale de l'hôtel royal des Invalides, dans le genre de celle qui existe à Avignon, et d'y entretenir particulièrement les soldats invalides affectés de certaines maladies auxquelles le climat de l'Algérie serait très favorable.

— La statue de Vésale sera fondue à Gand par M. Trossaert-Roelandt.

— M. le docteur MANDL commencera son Cours public de *micrographie* appliquée à la physiologie et à la pathologie, le mercredi 29 avril, à midi, et le continuera les mercredi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Des expériences au *microscope photo-électrique* et des *préparations anatomiques* serviront à éclairer les sujets dont le professeur aura traité.

Après la leçon auront lieu des exercices au microscope.

Le Cours sera fait à l'Ecole pratique, dans les bâtiments du Musée Dupuytren, au troisième.

M. Mandl a fait, cette année, plusieurs démonstrations d'anatomie générale au Val-de-Grâce, devant les élèves du cours de physiologie, et la manière dont il s'est acquitté de sa tâche nous donne toute confiance dans les résultats de l'enseignement que nous venons d'annoncer.

On ne peut se dissimuler que notre pays n'a plus, en ce qui touche l'anatomie générale, le rang auquel il est habitué, et la presse doit ses encouragements à toute tentative ayant pour objet d'élever le niveau des études à cet égard.

— M. le docteur Tavignot, ancien chef de clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié, vient de fonder, rue de Bussi, n° 16, un *Dispensaire ophthalmologique.* On sait que ces établissements, encore peu nombreux en France, rendent en Belgique, en Angleterre et en Allemagne de très grands services aux classes indigentes.

— M. le docteur Manget rouvrira son Cours public d'accouchements le samedi 25 avril, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique de médecine, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 48. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Leçons cliniques sur les maladies vénériennes. De l'exostose syphilitique.

(Suite du numéro du 11 avril.)

Avant de terminer ce qui a rapport aux accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. revenons un instant sur quelques points de l'histoire de l'exostose syphilitique et de son traitement.

Nous avons dit que la médication par l'iodure de potassium est toute-puissante contre l'exostose syphilitique, comme elle l'est contre tous les accidents de la période tertiaire de la vérole. Au moment où nous vous parlons, nous donnons nos soins depuis quelque temps à un sujet qui présente une double altération du système osseux, altération syphilitique d'une part, altération scrofuleuse de l'autre. La part de chacune de ces deux diathèses a été facile à établir ; nous avons pu faire avec la plus grande facilité son histoire syphilitique comme son histoire scrofuleuse. Cet homme présentait une exostose syphilitique de l'humérus ; l'iodure de potassium l'a enlevée en quelques jours. Mais en outre, il est atteint d'une tumeur blanche de l'articulation tibio tarsienne. Celle ci est de nature scrofuleuse. Sous l'influence de la médication spécifique, elle n'a pas fait un pas vers la guérison ; au contraire, elle a continué à faire des progrès. Nous ne saurions trop le répéter ; autant les accidents syphilitiques cèdent rapidement et facilement à l'iodure de potassium, autant les accidents de nature scrofuleuse résistent. Ce fait, qui résulte pour nous de l'expérience et de l'observation des faits, nous porte à penser qu'un grand nombre de maladies des os qui ont cédé à la médication par l'iodure de potassium, et que l'on croyait scrofuleuses, étaient de nature syphilitique.

Lorsque vous aurez affaire à une exostose au début, tout à fait dans les premiers temps de son apparition, vous vous trouverez bien d'ajouter à la médication générale une médication locale ; la raison en est qu'ici il faut aller plus vite que dans le traitement de la périostose plastique. Vous emploierez les vésicatoires, l'onguent napolitain ; ces vésicatoires devront être des vésicatoires volants, dont vous répéterez les applications plusieurs fois. Avec ce traitement, vous verrez la tumeur fondre peu à peu et disparaître, et les douleurs ostéocopes diminuer d'intensité, et cesser tout à fait. Ceci ne peut s'appliquer qu'à l'ostéite, encore à la première période. Une fois qu'elle est suppurée, vous n'avez plus de pouvoir sur elle ; il faut s'attaquer à cette période, que nous appellerons volontiers la période organique. Lorsque l'affection est parvenue à la période calcaire, vous n'avez plus de résolution à espérer. A l'exostose éburnée, vous ne pouvez rien faire ; le malade doit se résigner à la conserver, à moins qu'elle n'occasionne une trop grande difformité, ou qu'elle ne gêne une fonction. Dans ce dernier cas, ce n'est plus à une médication spécifique qu'il faut avoir recours ; elle serait inutile ; il faut l'attaquer par les moyens chirurgicaux. Il n'y a plus de pommades, d'onguents, de tisanes possibles ; c'est le fer, les caustiques, le feu, dont il faut se servir.

Dans quelques cas d'exostoses épiphysaires, épigéniques, il est un moment où, bien que l'exostose se soit complétement durcie, elle est encore mal articulée ; dans ces conditions, il est encore possible de la décoller. On la reconnaît à ce qu'elle est ordinairement mamelonnée, murale, bosselée. Le traitement chirurgical des autres exostoses exige l'emploi de la gouge, du maillet, du trépan, etc.

Dans les cas où il y a carie, ostéite suppurée, le traitement général paraît perdre beaucoup de son efficacité. S'il est tout-puissant, héroïque à la période plastique, à la période de début, il semble perdre presque tout son pouvoir lorsque l'os est arrivé à la suppuration. C'est principalement dans les cas de cette nature où l'iodure de potassium n'a it pas, que l'on a retiré de grands avantages de la tisane de Feltz. Pour traitement local, on panse avec la solution iodée. Quelquefois certaines caries ne sont plus entretenues par la diathese syphilitique, mais par elles-mêmes. Dans cette circonstance, il faut détacher la surface cariée qui fait durer la maladie, ruginer l'os, arriver jusqu'au niveau des parties saines ; et, dans ces cas, on a souvent vu l'application du fer rouge sur l'os dénudé être suivie de guérisons inespérées.

Lorsqu'à la suite d'une affection grave syphilitique, les dents sont ébranlées, non pas seules, dans leurs alvéoles, mais avec l'os qui les soutient, comme on voit quelquefois l'os incisif se détacher, on ne doit point chercher à les ménager ; il faut enlever toute la portion malade, sans quoi vous ne pourrez obtenir de guérison. Nous avons eu dans nos salles, à l'hôpital, un homme auquel nous avons été obligé de dédoubler, qu'on nous passe le mot, près de la moitié des os du crâne ; nous sommes arrivé à la table interne.

Pour les altérations plus profondes, celles des organes viscéraux, du poumon, par exemple, du cœur, les signes pathognomoniques deviennent de plus en plus difficiles à établir. Alors, toutes les fois que vous avez lieu de supposer qu'il y a un élément syphilitique, faites-y grande attention, mais ne vous arrêtez pas à cet élément seul. Faites ici la médecine sage, la médecine des symptômes. Il est des cas où la médecine empirique devient vraiment scientifique.

Des affections vénériennes non syphilitiques. Urétrite blennorrhagique.

Causes. — Une des conditions qui favorisent le plus le développement de la blennorrhagie urétrale, c'est la condition diamétralement opposée a celle qui favorise la production de la balano posthite On sait que nous entendons par ces mots, balano-posthite, l'inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre le gland, et de celle qui forme la doublure du prépuce. Si, d'avoir naturellement et habituellement le gland recouvert par le prépuce, est une circonstance qui fait contracter plus facilement la balano posthite ; c'est une circonstance aussi qui rend moins aisée la contagion de la blennorrhagie. La largeur du méat urinaire est une condition qui n'est pas indifférente non plus. Ceux qui ont le méat urinaire trop large ont infiniment plus de chances que les autres d'être infectés. Il y a des chirurgiens qui aiment beaucoup à débrider, à agrandir le méat urinaire des individus chez lesquels ils rencontrent cette disposition. A moins que nous n'en reconnaissions absolument la nécessité pour introduire des sondes ou des instruments, c'est une opération que nous nous gardons bien de faire. Une autre disposition qui permet aux individus qui la présentent de contracter la blennorrhagie beaucoup plus facilement que les autres, c'est l'hypospadias, et cela se conçoit aisément ; c'est à la partie déclive du vagin que s'écoulent les liquides âcres produits des sécrétions morbides de la muqueuse vaginale et de l'utérus, et c'est précisément à cette partie déclive que vient correspondre l'ouverture vicieuse du canal de l'urètre.

La blennorrhagie uretrale n'a pas toujours des prodromes. Le travail qui précède l'apparition de l'écoulement passe quelquefois inaperçu. Pour les hommes qui s'observent avec attention, qui s'étudient, qui s'écoutent, il n'en est pas de même. Ils commencent par éprouver dans l'urètre une sensation particulière, une sorte d'étonnement. L'attention se porte de ce côté ; le sujet urine plus fréquemment qu'à l'état normal, et cela sans savoir à quelle cause rapporter ce besoin. Pendant la miction, il éprouve un sentiment de chatouillement qui n'a rien de désagréable ; ces phénomènes prodromiques durent plus ou moins longtemps ; puis apparaît un peu de sécrétion muqueuse, un peu d'écoulement prostatique, limpide, transparent ; c'est ce qui avait fait croire aux anciens auteurs que la blennorrhagie était un écoulement de la liqueur séminale altérée, et que les vésicules spermatiques étaient le siège de la maladie.

Bientôt la scène change ; le malade sent une démangeaison incommode, une douleur vive et lancinante, semblable à celle que produiraient des piqûres d'aiguille, douleur augmentant pendant l'émission de l'urine. L'urine est expulsée par jets, par saccades. Deux circonstances concourent à produire ce résultat ; d'abord l'action chimique, qui n'est plus en rapport avec l'état des surfaces enflammées ; l'urine devient âcre, irritante ; ajoutez à cela qu'il se fait une sorte de réaction sur les organes de sécrétion ; les éléments aqueux diminuent, et les éléments salins prédominent. L'urine se concentre, et son passage détermine une cuisson excessivement vive. Ce n'est pas tout, l'urètre, enflammé, perd son élasticité comme tous les tissus enflammés. Tous les mouvements dont le résultat est de distendre l'urètre sont des plus douloureux ; aussi pouvons-nous dire que véritablement, et pour éviter cette augmentation de la douleur, le malade ne pisse pas, il se laisse pisser.

Le plus souvent, et jusqu'à ce moment, la blennorrhagie a pour siége la région antérieure du canal de l'urètre, la fosse naviculaire, portion du canal de l'urètre qui semble être le rendez-vous de toutes les sympathies de l'appareil urétro-génital. Jusque là, il n'y a pas de douleurs dans les érections. Peu après, et la maladie continuant toujours à marcher, l'épaisseur des tissus enflammés augmente. Les parties voisines des points enflammés deviennent dures, s'empâtent ; le méat se boursoufle, les bords se renversent ; une suffusion œdémateuse se manifeste.

En même temps que l'urine fait souffrir par son contact et par la distension qu'occasionne son passage, il y a une autre circonstance qui vient compliquer les autres, et qui détermine une déviation du jet de l'urine ; il y a un rétrécissement aigu, une diminution du calibre de l'urètre. Le malade ne peut plus pisser par un jet large comme il faisait à l'état normal. Les expressions sont très variées et très nombreuses par lesquelles les sujets blennorrhagiques désignent la forme que présente le jet de leur urine ; ils pissent, disent-ils, en queue de cochon, en arrosoir, etc. A mesure que l'inflammation remonte vers la région spongieuse de l'urètre, la douleur devient plus vive ; le simple toucher l'augmente ; avec l'extension de la maladie, la douleur, qui était concentrée à la fosse naviculaire, vient se prononcer plus vivement à l'angle péno-scrotal. Pour peu que la maladie soit intense, et en vertu des mêmes lois de perte d'élasticité que nous avons mentionnées il n'y a qu'un instant, il se produit ce que l'on appelle des érections cordées ; voici comment les choses se passent : L'urètre est tiraillé en large et distendu par l'urine à son passage ; tiraillé en long par l'érection des corps caverneux. De cette double distension, résulte une vive douleur, une douleur atroce : c'est là ce que l'on appelle une urétrite phlegmoneuse.

A un degré plus avancé encore, la maladie gagne et franchit la région spongieuse. Une fois qu'elle a gagné le périnée, les douleurs, les crampes redoublent ; il y a tension, gonflement du bulbe, gonflement des glandules de Cowper. Au troisième degré, l'émission de l'urine est beaucoup plus difficile ; la portion du canal à laquelle est arrivée la maladie est une de celles qui se prêtent le mieux au gonflement, c'est aussi une de celles où les rétrécissements sont le plus fréquents. Au quatrième degré, la blennorrhagie occupe la région prostatique. Les érections sont plus vives, plus fréquentes. Une certaine quantité de matière spermatique se mélange à la matière de l'écoulement, le scrotum devient douloureux, ses mouvements vermiculaires sont un peu accrus ; la sensibilité des testicules s'exagère ; douleurs pendant la défécation ; envies fréquentes d'uriner et impérieuses. Ordinairement, dans les cas de cette espèce, il y a cystite du col ; ténesme vésical : douleur en urinant, mais surtout en finissant d'uriner. Quelquefois, dans ces sortes de contractions spasmodiques, on trouve dans l'urine, soit lorsque le malade commence d'uriner, soit qu'il finit, quelques gouttes de sang. C'est donc une chose dont on devra toujours s'enquérir avec soin que la question de savoir si le malade rend ou non du sang avant ou après avoir pissé. On a vu, bien que la chose soit assez rare, on a vu la blennorrhagie s'étendre jusqu'à la vessie, et déterminer la production d'un catarrhe vésical. Enfin, mais c'est excessivement plus rare, l'inflammation peut remonter de proche en proche jusqu'aux reins.

On comprend que, dans un cours de la nature de celui-ci, nous n'insistions pas très longuement sur la description si connue de la blennorrhagie. Mais nous avons pensé qu'il pourrait être utile de vous présenter quelques considérations sur les accidents qui peuvent l'accompagner et en être la conséquence.

Accidents de la blennorrhagie urétrale. — Parmi ces accidents, nous rangerons en première ligne la dysurie, la rétention complète d'urine par ce que l'on appelle le rétrécissement inflammatoire aigu. Le point du canal de l'urètre, où l'on observe ce rétrécissement, est ordinairement la base du gland ; plus souvent encore, c'est vers l'angle péno-scrotal, et quelquefois vers la région prostatique.

Il y a des malades chez lesquels la muqueuse de l'urètre est boursouflée dans toute la longueur du canal. Il n'est pas très rare non plus de voir la blennorrhagie se compliquer d'hémorrhagie ; nous vous avons parlé d'une hémorrhagie par gouttes qui survient quelquefois lorsque la maladie a gagné le col de la vessie. Ce n'est pas de celle-là que nous voulons vous parler ici. Il survient assez fréquemment une véritable hémorrhagie chez ceux qui sont affectés d'une blennorrhagie phlegmoneuse. Une fois que la chaudepisse est arrivée à l'état de chaudepisse *cordée*, la rigidité du canal rend pour ainsi dire la muqueuse cassante. Les érections la tiraillent, la rompent quelquefois, et il peut arriver une hémorrhagie.

Dans le plus grand nombre des cas, cette hémorrhagie ne survient pas naturellement et sans provocation. Nous nous expliquons. Chez les gens du peuple, il y a un préjugé qui est celui-ci : que, pour faire disparaître la douleur, il faut rompre la corde. Pour arriver à ce résultat, le malade, par une secousse brusque et rapide, redresse vivement la verge contre l'abdomen au moment de sa plus forte tension ; d'autres fois, il place la verge sur une table, et frappe violemment dessus avec le poing fermé. Cette manœuvre peut déterminer des hémorrhagies très abondantes et très graves. On a vu, dans quelques circonstances, et lorsqu'elle n'est pas trop forte, cette hémorrhagie soulager considérablement les malades ; l'hémorrhagie est alors un moyen de déplétion, dont les résultats sont des plus heureux. Quelquefois, mais ces cas

sont heureusement assez rares, l'hémorrhagie peut devenir compromettante comme perte de sang.

Dans certaines blennorrhagies phlegmoneuses, il n'est pas rare de voir se former des abcès sur le trajet du canal; ces abcès se montrent le plus ordinairement vers la base du gland près du frein.

Aux symptômes de la blennorrhagie aiguë s'ajoute souvent le gonflement de la partie inférieure de la verge; à mesure que ce gonflement se produit, le prépuce devient le siége d'un œdème plus ou moins considérable, et consécutivement on voit survenir un phimosis ou un paraphimosis œdémateux. Ces engorgements œdémateux tendent rapidement à former abcès. Si on ne cherche point par tous les moyens rationnels à s'opposer à leur marche, ils détruisent les tissus dans une grande étendue, et peuvent produire plus tard un hypospadias. Pour le dire en passant, on observe quelquefois, avant que les abcès se soient complétement formés et développés, de petits points d'induration à la base du gland, points d'induration qu'un auteur moderne a considérés comme un signe de la blennorrhagie virulente. L'observation nous a prouvé de la manière la plus péremptoire que l'induration limitée, qui précède la formation de l'abcès proprement dit, ne prouve nullement en faveur de la nature virulente de la blennorrhagie. Il se passe là ce que l'on observe dans toutes les régions du corps, quelles qu'elles soient, où vont se développer des abcès phlegmoneux.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Du traitement chirurgical du croup.

Notre dessein n'est point ici de faire l'histoire du croup, histoire qui est plutôt du domaine de la médecine que de celui de la chirurgie, et qui du reste se trouve partout. Ce que nous voulons vous dire, c'est le traitement chirurgical que l'on emploie contre cette affection.

Pour nous, le croup est une angine laryngée avec formation de fausses membranes. C'est une inflammation qui est toujours accompagnée de la présence de fausses membranes dans le larynx. Toutes les fois que nous ne pouvons pas constater la présence de fausses membranes dans le larynx, nous n'osons pas affirmer qu'il y ait croup. Nous partageons, sur ce point, l'opinion de MM. Bretonneau, Trousseau, Guersant père, Blache, etc. Bien que nous ayons dit que nous ne voulions pas faire l'histoire du croup, qu'il nous soit permis de présenter quelques réflexions sur la manière dont il débute souvent. Le croup peut commencer, soit par les amygdales, soit par les bronches, soit d'emblée, par le larynx lui-même. Les deux premières formes qu'il peut présenter au début constituent deux complications importantes; lorsqu'il y a exsudation plastique et pseudo-membraneuse sur la surface de la membrane muqueuse des amygdales, il y a croup avec complication d'angine pharyngée couenneuse. Lorsque la maladie commence par les parties plus profondes, par les dernières ramifications de l'arbre bronchique, on dit qu'il y a croup avec complication de trachéo-bronchite pseudo-membraneuse. Dans l'angine couenneuse, le pharynx, qu'il faut toujours se hâter d'explorer dans toutes les espèces d'angines chez les enfants, offre une rougeur manifeste, avec plus ou moins de gonflement des amygdales; et, ce qui doit surtout fixer l'attention, les amygdales sont recouvertes de petites plaques blanches, qui s'étendent quelquefois même jusque sur le voile du palais, la luette, etc.

Les moyens que l'on a jusqu'à présent mis en usage dans le traitement du croup, doivent être divisés en moyens médicaux, moyens chirurgicaux.

Les premiers sont extrêmement bornés, n'agissent pas directement sur le mal; et si on peut citer quelques faits où l'on a obtenu une guérison par ces moyens, ces cas sont excessivement rares. Leur impuissance si fréquente s'explique, du reste, par leur mode d'action sur l'économie; tandis que c'est sur le lieu malade lui-même qu'il faudrait agir. A quoi se réduisent les moyens médicaux? Pendant un temps, et sous l'influence de cette idée que le croup n'est qu'une inflammation, on a employé le traitement antiphlogistique. Il est évident pour ceux qui ont quelque habitude de soigner des enfants, que le traitement antiphlogistique est loin d'être curatif. Dans un grand nombre de cas, même, nous dirons plus, il est nuisible. C'est revenir à la médecine ancienne que d'appliquer des sangsues aux enfants qui sont atteints de croup. C'est là une médication banale, sans utilité réelle appréciable, souvent, nous l'avons déjà dit, plus fâcheuse qu'elle n'est avantageuse. Cela veut-il dire que nous repoussions complétement tous les moyens médicaux, et que nous prétendions qu'il n'y a de guérison que par la trachéotomie? Nullement. Ce serait tomber dans un excès aussi répréhensible que celui des médecins qui prétendent qu'il faut rejeter du traitement du croup tous les topiques. Les cas où les émissions sanguines seules ont guéri la maladie sont des cas exceptionnels. L'expérience journalière des faits démontre qu'elles n'ont pas l'effet d'arrêter cette phlegmasie toute spécifique, comme elles le font pour les autres inflammations.

Après les antiphlogistiques, arrivent les vomitifs employés sous toutes les formes; ils ont rendu d'immenses services dans un grand nombre de cas comme adjuvants, et adjuvants bien plus utiles que les évacuations sanguines. Les vomitifs agissent presque comme agents mécaniques seulement, en favorisant le décollement et l'expulsion des fausses membranes qui recouvrent la muqueuse des voies aériennes. Mais il ne faut pas se borner aux vomitifs pour tout traitement; quand on n'emploie qu'eux seuls, on est encore à se demander si les succès sont nombreux que l'on a obtenus par ces agents thérapeutiques.

Une autre catégorie de moyens qui rendent souvent de grands services, surtout lorsque l'on est appelé tout à fait au début de la maladie; ce sont les mercuriaux, employés tant à l'intérieur, sous forme de calomélas (proto-chlorure de mercure), qu'à l'extérieur, en frictions, par exemple, avec l'onguent napolitain sur la partie antérieure du cou. Les mercuriaux sont évidemment des modificateurs beaucoup plus puissants que les antiphlogistiques; mais il faut, pour qu'ils réussissent, que les accidents de suffocation ne soient pas très pressants, et que les sujets ne soient pas très affaiblis. Pour eux encore, comme pour les deux catégories de médicaments précédentes; il n'existe pas un très grand nombre de cas où l'on puisse les regarder comme ayant à eux seuls guéri l'affection pseudo-membraneuse du larynx. Nous mentionnerons encore, en passant, le kermès, le tartre stibié comme des substances auxquelles on pourra quelquefois avoir recours; mais nous ne saurions trop le répéter, ce ne sont guère là que des adjuvants, et toutes ces médications ne sont point des méthodes générales auxquelles on doive avoir recours dans tous les cas.

Le plus souvent, il faut avoir recours aux moyens chirurgicaux, et c'est sur ceux-là que nous croyons devoir principalement insister ici. Par ces mots, moyens chirurgicaux, nous ne voulons pas parler seulement de l'opération de la trachéotomie; ceux que l'on emploie le plus communément, et tout d'abord, ce sont les cautérisations que l'on pratique sur la membrane muqueuse de l'arrière-gorge.

Ces cautérisations se font, soit avec des liquides, soit avec des substances solides. Les liquides que l'on met en usage dans le traitement du croup sont de plusieurs espèces. Ainsi, l'on se trouve bien quelquefois de l'emploi de l'acide hydrochlorique affaibli, porté à l'aide d'un pinceau ou d'une éponge, ou mélangé à du miel, à du sirop; puis l'alun en solution. Mais le caustique par excellence, celui auquel on doit presque toujours donner la préférence, c'est le nitrate d'argent, soit qu'il forme la base d'une solution très concentrée, soit qu'il soit dissous dans une assez grande quantité d'eau. Parmi les caustiques solides, nous trouvons l'alun en poudre, le nitrate d'argent en crayon. Voilà donc des caustiques liquides, solides, pulvérulents dont on cherchera à faire usage autant que possible avant d'en venir à l'opération de la trachéotomie, et suivant les circonstances individuelles des cas.

Les cautérisations avec les solutions peu concentrées, sont en général peu actives. Elles suffisent néanmoins dans un assez grand nombre de cas, non pas lorsque le croup a atteint son maximum d'intensité, mais lorsque l'affection est tout à fait à son début, qu'il n'y a pour ainsi dire que des prodrômes, et que l'on aperçoit sur la muqueuse tonsillaire ou pharyngienne des plaques pseudo-membraneuses. Nous avons dit que d'après un grand nombre d'auteurs distingués, la maladie commençait par l'apparition de plaques pseudo-membraneuses sur les amygdales. Cependant, a-t-on dit, il n'en est pas toujours ainsi. On a vu souvent des enfants chez lesquels existait un croup bien confirmé, et qui ne présentaient rien absolument sur les amygdales. A la rigueur, cela est possible. Le croup peut commencer par la trachée, par les bronches, il peut aussi se manifester d'emblée par la production de fausses membranes dans le larynx; mais ces cas sont les plus rares. Si, souvent, on n'a pas vu de fausses membranes sur les amygdales et dans l'intérieur du pharynx, c'est que souvent la première période du croup passe inaperçue. Lorsque dans cette première période, et en même temps qu'il y a des fausses membranes sur les amygdales, les phénomènes sont peu tranchés, il arrive quelquefois que le médecin, surtout s'il n'a pas l'habitude de voir journellement des enfants, néglige de visiter le fond de la gorge.

Nous nous rappelons avoir été appelé un jour pour voir un enfant qui, la nuit précédente, avait été pris d'insomnie, d'agitation, de chaleur de la peau, de fièvre légère; il ne toussait pas; rien ne semblait donc appeler notre attention du côté du pharynx. Il n'y avait aucun symptôme qui pût nous mettre sur la voie. Si dans ce cas nous n'avions pas examiné le fond de la gorge, comme nous avons pris l'habitude de le faire toujours, nous aurions, sans nous en apercevoir, laissé se déclarer une affection croupale. Cependant, en explorant attentivement le fond de la bouche, nous aperçûmes quelques petites taches blanches sur les amygdales; nous en pratiquâmes de suite la cautérisation; malgré cette promptitude à attaquer localement la maladie, le croup se déclara, devint des plus graves, et nécessita l'opération de la trachéotomie quelques jours plus tard. Pour le dire en passant, ce fut un de nos cas de succès. Si nous n'avions pas pris cette précaution d'examiner la gorge, ces fausses membranes nous eussent échappé.

M. Trousseau voit un jour un enfant malade qui portait un vésicatoire; sur ce vésicatoire, une légère couche pseudo-membraneuse s'était formée. Averti par ce phénomène, il inspecte le fond de la gorge; il découvre des fausses membranes sur les amygdales, et les cautérise de suite. On sait que les sujets qui sont disposés à la diphthérite du pharynx et du larynx ont souvent des fausses membranes sur les plaies qu'ils peuvent présenter, sur d'autres parties du corps, quelles que soient du reste les causes et la nature de ces plaies; comme les autres, les vésicatoires peuvent se couvrir de fausses membranes; c'est ce qui arriva dans le fait observé par M. Trousseau. Nous en revenons à dire que presque toujours le croup commence par des fausses membranes sur les amygdales ou sur la muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du pharynx. Souvent si on ne les a pas constatées, c'est qu'on a négligé de faire l'exploration de cette cavité, ou qu'on ne l'a faite qu'au moment où la maladie a déjà gagné le larynx, et abandonné les points où elle s'était primitivement développée. Au commencement et pendant que les amygdales sont couvertes de cette exsudation plastique, il n'y a pas encore d'accidents très graves; ce n'est qu'au moment où ces accidents surviennent que l'on examine la gorge, et alors, déjà les membranes se sont détachées des amygdales, et il n'en reste plus de traces.

C'est au moment où les fausses membranes existent sur les amygdales, c'est-à-dire, tout à fait au début de la maladie que la chirurgie est puissante. C'est dans ce moment seul, et tant que vous n'avez affaire encore qu'à une angine pseudo-membraneuse que vous pouvez conserver l'espoir de guérir le croup; et en effet vous y arrivez assez fréquemment à cette époque, tandis que plus tard vous y parvenez rarement.

Une fois l'angine pharyngée diphthéritique reconnue, et la cautérisation reconnue nécessaire, comment doit-on la pratiquer? Si l'on emploie le nitrate d'argent solide, et c'est un des caustiques dont on se sert le plus souvent, parce que le médecin l'a sous la main; il y a des précautions à prendre. Il faut d'abord faire maintenir l'enfant par un aide avec la plus grande force. On aura soin de ne faire sortir le nitrate d'argent du porte-crayon que d'une très petite longueur. Si l'enfant faisait un mouvement brusque, le morceau de nitrate d'argent pourrait se casser s'il était un peu long, tomber dans le pharynx, et être avalé par le malade; ce qui ne serait jamais sans danger. Si l'on n'a que le nitrate d'argent solide à sa disposition, il faut s'entourer des précautions les plus minutieuses. L'opération est peu de chose en elle-même, mais elle peut être grave par ses résultats et ses conséquences. En général, nous recommandons chez les très jeunes sujets de ne point examiner le fond de la gorge sans être aidé d'une autre personne. Il est certain que dans quelques cas vous pourrez par surprise arriver à voir le fond de la gorge chez de très jeunes enfants. Mais si dans une première tentative vous manquez votre coup, qu'on nous passe cette expression, il vous sera beaucoup plus difficile de procéder à une nouvelle exploration, l'enfant se tenant sur ses gardes, et se débattant de façon à gêner considérablement l'observateur. Ainsi, à moins que vous n'ayez affaire à un enfant d'un certain âge déjà, on devra toujours commencer par faire maintenir les mains et la tête de l'enfant; puis vous abaisserez la langue soit avec une spatule très large, soit avec le manche d'une grande cuiller.

Si l'on se sert d'une petite cuiller ou d'une spatule ordinaire, il est à peu près impossible le plus souvent d'arriver à un résultat convenable et complet, à cause du peu de largeur de l'instrument. Si vous en avez un sous la main, l'abaisse-langue, instrument spécialement destiné à cette exploration, sera encore préférable; nous employons le plus ordinairement l'abaisse-langue en bois, qui a le grand avantage de ne point se laisser altérer par les liquides médicamenteux ou caustiques dont on se sert pour toucher les fausses membranes de la gorge.

Quant au point que l'on doit toucher avec le caustique, il ne faut point se borner à agir sur les fausses membranes; on aura la plupart du temps beaucoup plus d'avantage à toucher autour de la fausse membrane; cette manière d'agir a sur l'autre l'avantage de limiter en quelque sorte la marche de la fausse membrane et de l'empêcher de s'étendre plus loin. Lorsque les fausses membranes sont fort étendues, on cautérise, non pas seulement les fausses membranes, mais aussi toute la muqueuse avoisinante, pour empêcher les progrès de l'affection. Comme moyen énergique, le crayon de nitrate d'argent est certainement bon et actif; c'est celui dont on doit se servir toutes les fois qu'on le peut. Cependant, généralement, la crainte que l'on peut avoir de voir se casser le crayon dans la bouche de l'enfant fait préférer l'emploi des solutions. Les solutions faibles qui réussissent souvent au début, avons nous dit, se composent de 0,20 ou 0,30 grammes pour 30 grammes d'eau distillée. C'est un liquide tellement faible qu'il pourrait à la rigueur passer pour un simple collyre. Lorsque l'affection ne menace pas de faire des progrès très rapides, deux ou trois cautérisations par jour avec cette faible solution peuvent suffire.

Mais dans les cas plus graves, si l'on veut agir plus énergiquement, plus rapidement, on se servira de solutions beaucoup plus fortes, 1 gramme de nitrate d'argent, par exemple, pour 3 ou 4 grammes d'eau. Mais alors on ne fait qu'une seule cautérisation dans les vingt-quatre heures. Pour pratiquer les cautérisations, vous fixez au bout d'une baleine un morceau d'éponge plus ou moins volumineux, suivant l'âge de l'enfant sur lequel vous devez agir; nous croyons préférable, pour le dire en passant, de fixer l'éponge sur la baleine, non pas comme un fil, mais avec de la cire à cacheter. On trempe l'éponge dans la solution, de manière qu'elle soit suffisamment imbibée, sans qu'elle laisse s'écouler le liquide dont elle est chargée. Les précautions étant prises, on abaisse la langue et l'on passe rapidement l'éponge ainsi mouillée sur la surface des amygdales, ou sur la portion de la membrane muqueuse du pharynx, qui est le siége de l'exsudation pseudo-membraneuse. Voilà une des premières opérations chirurgicales qui puissent être pratiquées au début du croup, à une époque où il n'y a guère encore que des prodrômes, où il n'y a d'appréciable que l'angine couenneuse. Z.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Malgaigne adresse une lettre dans laquelle il expose le manuel opératoire d'une opération nouvelle pour l'amputation de la jambe.

— *M. Chevallier* se plaint que les comptes-rendus du *Bulletin* ne soient pas conformes aux procès-verbaux des séances. Il signale des omissions importantes, et il propose qu'aucune altération ne soit faite aux procès-verbaux.

M. Bousquet soutient la rédaction du Bulletin.

Sur la proposition de *M. Adelon*, la proposition de M. Chevallier est renvoyée au Conseil d'administration.

— *M. Laugier* lit un rapport sur un nouveau bandage herniaire présenté par M. Barral. — Le rapporteur trouve ce bandage utile et propose que des remerciments soient adressés à l'auteur.

M. Velpeau croit que l'Académie, sous peine de se compromettre comme cela lui est arrivé bien souvent, ne devrait pas faire de rapports sur tout ce qui est relatif aux choses purement industrielles.

M. Roux partage cet avis, se fondant sur ce que la pelote de ce bandage est formée d'une matière composée d'huile siccative de lin, matière dont on se sert généralement aujourd'hui dans la confection de tous les instruments dits en gomme élastique, tandis qu'autrefois les fabricants se servaient de caoutchouc.

M. Chevallier. Il n'y a qu'une légère erreur dans ce que vient de dire M. Roux, c'est qu'on a jamais employé le caoutchouc dans la préparation de ces instruments.

M. Roux: Ce n'est pas légèrement que j'ai parlé de caoutchouc. J'ai vu Feburier faire ses préparations, et j'affirme qu'il faisait ses instruments avec du caoutchouc.

M. Boullay partage les opinions de M. Chevalier.

M. Roux et *M. Chevallier* maintiennent chacun de leur côté ce qu'ils ont dit.

M. Velpeau insiste pour que le rapport ne soit pas adopté.

MM. Collineau et *Rochoux* soutiennent, au contraire, que si le bandage est bon l'Académie doit le dire. Pourquoi l'Académie ne favoriserait-elle pas les choses utiles? et pourquoi les inventeurs des choses utiles ne pourraient-ils pas tirer profit de leur invention?

Malgré l'opposition de *M. Girardin*, le rapport mis aux voix est adopté.

— *M. Robert* lit un mémoire sur les strésies de l'iris.

— *M. Piorry* lit les trois rapports suivants :

Rapport sur un Mémoire relatif aux palpitations de cœur. — Un médecin de Paris, M. G..., a depuis longtemps adressé à l'Académie un Mémoire sur les palpitations de cœur. Le fond de la pensée de M. G... est celle-ci : que toutes ces palpitations, alors qu'elles ont de la durée, sont les conséquences de phlegmasies du cœur, *et qu'elles doivent être rapportées à la cardite.* Nous connaissons d'excellents ouvrages sur l'inflammation du cœur, dus à la plume d'un auteur qui a largement étendu les connaissances relatives à cette affection; mais nous n'avons pas vu qu'il ait généralisé à ce point l'histoire de la phlogose cardiaque. Outrer ainsi toutes choses, est porter tort aux opinions que l'on défend. Nous pensons qu'il est préférable d'étudier les lésions, que de personnifier des symptômes ; mais, loin de trouver le mot cardite suffisant pour exprimer soit les palpitations, soit d'autres cardiopathies, nous pensons qu'on doit le limiter, le rattacher exclusivement à certains états du cœur vraiment phlegmasiques, distinguer l'endocardite de la myocardite et de la péricardite. Nous croyons qu'il faut se donner garde de considérer comme phlegmasies, des fausses membranes d'ancienne formation, des concrétions ostéiformes, des dilatations, des resserrements, des ramollissements, des indurations, des dépôts de liquide, etc. ; et nous admettons qu'en agir autrement, c'est tout confondre et conduire aux plus déplorables conséquences thérapeutiques.

L'auteur, rapportant les palpitations à la cardite, logique avec son idée première, ne manque pas de recommander les saignées, les sangsues, l'abstinence ou l'alimentation insuffisante, en un mot, la méthode de Valsalva contre les palpitations de cœur.

Il serait superflu de chercher à vous démontrer combien sont peu fondés de semblables préceptes. A quoi servirait-il de vous dire que l'anémie, que l'hydrémie donnent lieu à ces palpitations fortes et fréquentes, et que la saignée est on ne peut plus contraire à ces états pathologiques; d'ajouter que la femme de quarante-cinq ans, dont les règles commencent à se déranger, est sujette à des palpitations, plutôt exaspérées que calmées par une diète sévère et par une médication antiphlogistique; de vous faire remarquer que dans les rétrécissements survenus aux orifices du cœur ou cardio-sténosies, fussent-ils même accompagnés d'hypertrophie, il faut se donner garde d'exténuer le moteur ou les ventricules, car alors ceux-ci n'auraient pas la force nécessaire pour surmonter les obstacles qui existent au cours du sang? Ce sont là de ces vérités incontestables que vous connaissez tous, et qui ont été développées, il y a bien des années, dans le Mémoire que l'un de nous a eu l'honneur de vous soumettre. Ce travail avait pour titre : *De l'abstinence, de l'alimentation insuffisante et de ses dangers.* Il est malheureusement arrivé que des spéculateurs ont tiré parti de ces idées, et cela aux dépens de médecins alors trop fortement épris de doctrines en vogue. Actuellement, on est revenu de ces exagérations et il est probable que depuis l'envoi de son travail, M. G... aura changé d'opinion sur ce sujet. Déjà la plupart des hommes de travail et de progrès ont aussi compris qu'il ne s'agit pas de traiter des *maladies*, mais bien de combattre des souffrances organiques. Ils se sont aperçus que la désinence *ite* ou *itis* n'est pas suffisante pour désigner les très nombreuses lésions des viscères; qu'appliquée dans un sens aussi vague qu'on le fait généralement, elle conduit aux préceptes thérapeutiques les plus faux et les plus dangereux; qu'enfin, l'utilité d'une profonde réforme dans le langage est devenue d'une indispensable nécessité.

Nous proposons à l'Académie le renvoi aux archives du Mémoire dont nous venons de lui donner une idée succincte. (Adopté.)

Rapport sur un Mémoire relatif soit à une blessure de la rate faite par une ponction destinée à évacuer le liquide péritonéal, soit à une péritonite hémorrhagique. — Je viens de trouver sur mon bureau deux observations fort remarquables qui ont été, à ce qu'il paraît, remises dans le temps à M. Breschet, et qui plus tard m'ont été adressées avec la signature de M. Parset. Le nom de l'auteur est inconnu. Seulement, c'est à Dijon que ces faits ont été recueillis. Il s'agit dans le premier cas d'un engorgement de la rate en rapport avec une fièvre d'accès. Une hydropéritonie ou ascite survint. La ponction fut pratiquée par un élève, on lit dans le mémoire que la percussion était trop douloureuse, et l'enfant de douze ans sur lequel existait tout le mal, trop indocile pour avoir recours à la plessimétrie. Il le fut cependant assez pour qu'on pût plonger un trois-quarts dans l'abdomen. *Si l'on eût percuté, on n'eût pas commis la faute énorme de faire pénétrer l'instrument à dix-huit lignes dans une rate hypertrophiée;* on eût aussi reconnu ce que le cadavre seul révéla, c'est que les intestins étaient remplis de gaz. Toujours est-il que la blessure ne fut pas mortelle. Le sang coula rouge et en abondance par la canule de l'instrument. Le malade succomba beaucoup plus tard aux suites d'une affection des intestins. A leur surface on trouva des tubercules colorés en noir; il n'y en avait pas dans les poumons. Une entérorrhagie considérable avait précédé et peut-être causé la mort. Le sang était mal coagulé. Il y avait eu pendant la vie de très vives douleurs de ventre. L'intestin distendu par des gaz en avait été le siége. Le péritoine n'était pas enflammé. J'ai observé un semblable fait dans plus d'un cas d'accidents puerpéraux que l'on aurait facilement crus se rapporter à des péritonites. Par contre, dans une seconde observation, l'auteur cite un cas remarquable de phlegmasie hémorrhagique de la membrane séreuse abdominale, dans lequel il n'avait pas existé de douleurs dans les parois du ventre.

Ces deux observations font mention de faits bien connus et qui prouvent la vérité de certaines propositions qui dans d'autres temps furent trop controversées, et dont voici quelques unes :

1° Certaines hydropéritonites sont causées par les engorgements spléniques.

2° Leur diagnostic s'établit facilement par la plessimétrie, qui permet de distinguer l'engorgement de la rate et l'hydropéritonie.

3° Dans plusieurs de nos faits, le sulfate de quinine administré à de hautes doses, a fait dissiper l'hypersplénotrophie.

4° Les jours suivants, l'hydropéritonie se dissipa sans qu'on eût employé d'autres médicaments.

5° Il ne faut plus s'en rapporter pour pratiquer la ponction abdominale seulement, à ce que les traités de chirurgie apprennent sur le lieu d'élection.

6° Avant de plonger le trois-quarts dans le ventre, il faut bien s'assurer soit du siége des organes dans des points déterminés, soit de la présence du liquide.

7° On doit ponctionner seulement sur des points où la sérosité et non pas des viscères sont reconnus.

8° L'influence des engorgements de la rate est cet état du sang observé dans les hémorrhagies, état consistant dans la diminution de fibrine, et auquel j'ai cru devoir donner le nom d'hypoplasténie.

9° Des hémorrhagies mortelles surviennent trop fréquemment à la suite des lésions anciennes de la rate.

10° Ces hémorrhagies ont parfois lieu, soit que l'on donne, soit que l'on ne donne pas de sulfate de quinine. J'ai publié dans le volume que j'ai eu l'honneur de remettre à l'Académie, plusieurs exemples de ces cas malheureux.

11° La guérison de la blessure de la rate est possible, bien qu'il y ait eu des hémorrhagies abondantes dans le péritoine.

12° L'accumulation d'une certaine quantité de sang dans un péritoine contenant de la sérosité, peut, dans certains cas, ne pas causer la phlegmasie de sa membrane séreuse abdominale.

Les faits dont il s'agit sont accompagnés d'annotations et de réflexions fort intéressantes. Le mémoire entier est le fait d'un homme instruit à de bonnes écoles, et qui a su réunir dans son travail le talent d'écrivain aux connaissances profondes d'un savant et au bon esprit d'un penseur.

Je vous propose de voter l'insertion par extrait, de ce Mémoire, dans votre Bulletin.

MM. Roux et *Velpeau* trouvent que M. Piorry a été trop sévère envers les chirurgiens qui tiennent compte, plus que ne le croit le rapporteur, de tous les progrès faits dans le diagnostic. La percussion, par exemple, est loin d'être négligée par eux dans toutes les maladies du ventre.

M. Honoré demande comment dans les hydropéritonites très douloureuses, il serait possible de pratiquer la percussion comme l'entend M. Piorry.

M. Piorry répond avec étendue à ces dernières objections, et les conclusions sont adoptées.

Rapport sur un Mémoire de M. Bouillon-Lagrange relatif à des accidents qu'il désigne sous le nom d'iléus intermittent. — Il y a déjà longtemps, Messieurs, que vous nous avez chargés, M. Devilliers et moi, de vous rendre compte d'une observation remarquable dont est l'auteur M. Bouillon-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris. Il s'agit d'une femme de quarante ans, robuste, bien réglée, habitant un hameau, mère de cinq enfants, et qui éprouva tout à coup des douleurs très violentes dans le flanc droit, des irritations, des nausées, du hoquet, des vomissements chymeux, puis bilieux et incessants. La main qui palpait le ventre y ressentait une tumeur du volume du poing et fort douloureuse alors qu'on la palpait.

Ces accidents durèrent quinze heures, cédèrent à une médication antiphlogistique et à quelques laxatifs; puis ils cessèrent, reparurent le surlendemain, vinrent à se dissiper et se déclarèrent de nouveau de deux jours l'un pendant dix jours. Alors, sous l'influence du sulfate de quinine uni au laudanum, l'heure des accès recula; leur durée fut moins longue et la guérison fut complète. Dans l'intervalle des attaques, la tumeur y était plus appréciable.

M. Bouillon-Lagrange a fait suivre le récit de cette observation de judicieuses remarques; il donne, à la collection symptomatique qu'il décrit, le nom d'iléus intermittent, et regarde avec raison une semblable affection comme rare.

C'est une chose déplorable, Messieurs, que l'usage de certains mots passés dans la science, mots dont la signification plus que douteuse, et non acceptée par tous ou admise de diverse façon, ne laisse dans l'esprit que des doutes et des notions incomplètes. Le terme d'iléus est particulièrement dans ce cas. Alors que nous suivions, il y a plus de vingt-cinq ans, la clinique de Leroux à la Charité, se trouvait dans les salles un pauvre homme qui vomissait, souffrait horriblement du ventre, jetait les hauts cris, avait le pouls misérable, et le facies d'un mourant. On le disait atteint d'un iléus nerveux. Le soir même, il succomba. Le lendemain, on trouva l'intestin grêle de couleur écarlate et gangrené par place. Ce prétendu iléus était peut-être un empoisonnement. Depuis lors, nous n'avons pas entendu prononcer le mot iléus sans nous ressouvenir de ce pauvre diable, de ses horribles souffrances, du traitement antispasmodique, narcotique que l'on administra, et de sa mort. Si l'on demandait à ceux qui se servent de telles expressions ce qu'ils entendent par là, il est à croire qu'ils n'auraient pas une idée plus nette de la maladie dont ils voudraient parler que ne l'avaient les élèves de Leroux du cas baptisé du nom d'iléus.

Il y a tout lieu de croire qu'il s'agissait, chez la malade de M. Bouillon-Lagrange, de quelque rétrécissement intestinal (entérosténosie), au-dessus duquel le tube digestif, dilaté par des gaz, formait une tumeur.

Un pareil fait s'est présenté déjà à notre observation. La première fois, ce fut, il y a fort longtemps, sur une malade de la Salpêtrière. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une malade que je vis en consultation avec M. le docteur Plessy, praticien distingué d'Auxerre. Les accidents qui eurent lieu chez cette femme avaient la plus grande analogie avec ceux qu'a signalés M. Bouillon-Lagrange; il y avait aussi une sorte d'intermittence, car les hoquets, les vomissements, les douleurs excessives se manifestaient tous les mois, tous les deux ou trois mois. Les tumeurs que l'on sentait au niveau du point douloureux étaient arrondies et bosselées. La plessimétrie permettait d'y trouver une sonorité et une sensation aériques. Aussitôt que les symptômes cessaient, la tumeur disparaissait.

En quoi consistaient ces accidents? Il nous a semblé qu'il s'agissait chez nos malades de contractions musculaires de l'intestin qui, momentanément permanentes, toniques (ainsi qu'on le dit classiquement), empêchaient le passage des matières. C'était pour nous une entérosténosie myosisthénique.

Au-dessus de ce point, le tube digestif se laissait distendre par les gaz, se contractait sur eux, était le siége de douleurs comparables à celles que cause le colon se resserrant au-dessus des obstacles que présentent soit les fèces accumulées, soit les intestins enflammés dans la dysenterie, soit ces mêmes viscères paralysés à la suite de l'action du plomb.

Ces idées sont déduites d'analogies nombreuses et de ce que l'observation démontre sur les mouvements des intestins. Dernièrement encore se trouvait, à la Pitié, une femme dont les parois abdominales étaient extrêmement minces, et l'on voyait de la manière la plus manifeste le jejunum et l'iléon se contracter et se dilater d'une manière successive, alternative, et cela dans des points divers de leur longueur. Il semblait en vérité qu'un énorme ver rampait dans l'abdomen et se dilatait, puis se resserrait en exerçant des mouvements de progression. Nous avons vu plusieurs fois des phénomènes analogues dans l'estomac. Chose remarquable, sur les points qui se dilataient, la plessimétrie dénotait presque constamment la présence des gaz. Quelquefois ceux-ci étaient ensuite évacués par en haut, et alors les douleurs cessaient.

Les accidents qui viennent d'être signalés étant très probablement dus, comme il vient d'être dit, à des mouvements musculaires (myosisthénie), et ceux-ci étant soumis à l'action nerveuse, on conçoit de reste comment il se fait que ces accidents aient pu être intermittents, périodiques; se renouveler comme les fièvres d'accès ; comment ils ont pu céder au sulfate de quinine ; comment il serait de règle pratique, dans des cas du même genre, d'employer les préparations de quinquina ; combien, par conséquent, il faut approuver la conduite de M. Bouillon-Lagrange. Seulement, bien que la plupart des praticiens soient d'un avis contraire, nous déclarons notre défaut absolu de confiance (pour des cas pareils) dans le laudanum ; les opiacés et les autres narcotiques ne nous ont pas réussi, et nous sommes très persuadé que la quinine seule a prévenu le retour des accidents névropathiques chez la malade de M. Bouillon-Lagrange.

Nous terminerons ce rapport par une dernière réflexion ; c'est que des femmes, et notamment des femmes hystériques, sont presque exclusivement atteintes des accidents dont nous parlons : c'est une chose bien remarquable que certaines impossibilités de mouvements partiels, que certaines contractures permanentes dont les muscles sont parfois le siége chez de tels sujets. Nous nous sommes beaucoup occupé de la symptomatologie, de la pathogénie et de la thérapie de ces phénomènes bizarres, et, dans une époque peu éloignée, nous espérons avoir l'honneur d'en entretenir l'Académie.

Nous proposons à la Compagnie de voter, au moins par extrait, l'insertion dans son Bulletin du Mémoire dont vous avez bien voulu entendre le rapport.

Les conclusions sont adoptées.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 avril. — Présidence de M. Mathieu.

M. le docteur Rochard adresse un travail intitulé : Essai d'un nouveau composé de chlore, d'iode et de mercure dans le traitement des affections scrofuleuses.

En faisant connaître ce composé de chlore, d'iode et de mercure, qu'il désigne sous le nom d'*iodhydrargyrite de chlorure mercureuse*, M. Boutigny manifestait beaucoup d'espoir sur son utilité thérapeutique, fondé sur d'heureuses tentatives, dans les maladies de la peau.

M. Rochard, guidé par l'analogie, l'a employé dans le traitement des scrofules, mais seulement à l'extérieur, et sous forme de pommade.

Je choisis, dit-il, cinq jeunes détenus de La Roquette, présentant les plus graves symptômes de l'affection scrofuleuse, aux ganglions nombreux et très volumineux, indurés, parfois ulcérés, ou des conduits fistuleux versant un pus séreux très abondant, ou bien des ulcères de mauvais aspect. Après onze mois d'un traitement qui fut interrompu par raisons administratives, ces sujets ont présenté une amélioration telle, que deux d'entre eux étaient à peu près entièrement guéris, et que les trois autres offraient un amendement si notable, qu'une prolongation de quelques mois eût suffi pour terminer leur cure définitive.

Parmi les sujets les plus gravement atteints, et chez lesquels les moyens ordinaires avaient échoué, l'auteur cite plusieurs cas de guérison relatif à des tumeurs blanches avec carie, conduits fistuleux, et à toutes les formes de la maladie.

En résumé, dans ces divers cas, l'action du médicament a été prompte et constante, quoique s'adressant à des formes variées de la maladie. Les cures obtenues paraissent solides. Il n'est point survenu de récidive chez les individus dont les symptômes généraux et locaux ont disparu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances du 25 mars 1846. — Présidence de M. Monod.

M. Monod présente une tumeur fibreuse du volume d'un œuf de poule, qu'il a extraite il y a huit ou dix jours. Cette tumeur, extraite de l'utérus par arrachement, existait chez une femme qui se présenta à la Maison royale de santé, dans le service de M. Monod, après des hémorrhagies répétées et qui l'avaient considérablement affaiblie. M. Monod ayant pratiqué le toucher, reconnut aussitôt une tumeur faisant saillie à travers le col de l'utérus, et se mit en devoir de l'abaisser en implantant dans la tumeur des pinces de Museux ; mais à peine les tractions étaient-elles commencées, que tout à coup la tumeur céda, se détacha de l'utérus par la rupture de quelques adhérences lâches, et put être immédiatement et complètement retirée. Depuis cette espèce d'énucléation, aucun accident n'est survenu. On voit encore sur l'hémisphère de la tumeur qui était libre, une membrane fine qui se termine par des lambeaux inégalement frangés au niveau du point où cet hémisphère se continue avec celui qui était adhérent au tissu de l'utérus. La tumeur, incisée par son milieu, présente les caractères les mieux tranchés de ce qu'on appelle les tumeurs fibreuses de l'utérus.

— *M. Robert* présente quinze à seize calculs vésicaux qu'il a retirés de la vessie à l'autopsie d'un vieillard mort en quelques jours à l'hôpital Beaujon, des suites d'une cystite suraiguë.

La forme de ces calculs indique, suivant M. Robert, un cas de segmentation spontanée des calculs vésicaux, d'autant plus remarquable que le calcul était très dur.

M. Robert considère comme preuves de l'existence de cette segmentation dans le cas particulier : 1° que quelques-uns de ces calculs, qui sont irrégulièrement polyédriques, paraissent manquer d'un de leurs angles qui semblerait avoir été tronqué ; 2° que plusieurs des calculs les plus petits ne paraissaient autre chose que des fragments détachés de calculs plus gros ; 3° que sur les calculs retirés de la vessie et convenablement essuyés, ont apparu des stries qui se sont bientôt converties en fissures assez profondes. — M. Robert regarde ce cas comme exceptionnel, à raison de la dureté du calcul.

M. Michon, après avoir attentivement examiné les calculs présentés par M. Robert, conteste la signification qui leur est attribuée par son collègue. Il voit des calculs taillés à facettes, trouve que ces facettes et leurs bords sont lisses, et ne justifient pas suffisamment l'idée d'une fragmentation, d'une sorte d'éclatement spontané des calculs.

M. Robert persiste dans son opinion, en insistant de nouveau sur le phénomène des stries et sur l'existence des petits fragments qu'il a trouvés dans la vessie.

— *M. Nélaton* fait voir une tumeur produite par l'hydropisie du sinus frontal droit, dont l'infundibulum était oblitéré de manière à faire du sinus une cavité complètement close qui, d'une part, faisait saillie à la bosse surcilière, et, d'une autre part, se prolongeait assez loin dans la voûte orbitaire. Cette hydropisie du sinus existait chez une femme de soixante cinq ans, qui ne commençait à en souffrir que depuis quelques mois quand elle entra dans le service de M. Nélaton. Notre collègue diagnostiqua une dilatation du sinus frontal. La malade ayant succombé par suite d'un érysipèle, l'autopsie vint confirmer l'exactitude du diagnostic. Voici l'ensemble des considérations cliniques d'après lesquelles M. Nélaton avait admis l'existence d'une hydropisie du sinus frontal : Tumeur confondue par sa base avec l'os frontal, offrant des points dépressibles au contact du doigt, bordée par une lamelle osseuse circulation, exempte de crépitation ; fluctuation qui se percevait quand, les doigts appliqués sur deux points différents de la perforation osseuse, on exécutait le mouvement exploratif ordinaire de la fluctuation ; absence de tout accident du côté du cerveau.

A l'autopsie on a constaté 1° que la tumeur renfermait une substance filante, purulente et muqueuse à la fois; 2° qu'il y avait oblitération de l'orifice qui fait communiquer le sinus frontal avec les cavités olfactives.

Comme plan de traitement, M. Nélaton s'était proposé, si la malade

eût vécu, d'enlever la paroi antérieure du sinus et d'abandonner la cavité de celui-ci à la suppuration pour en obtenir plus tard la cicatrisation directe. Ce parti lui était suggéré par la crainte de ne pouvoir obtenir la permanence de l'ouverture qu'il aurait produite par l'intérieur des fosses nasales.

M. Bérard objecte que la maladie aurait pu se reproduire si l'on eût adopté le mode de traitement proposé par M. Nélaton, tandis qu'à l'aide de sétons de plus en plus volumineux on eût obtenu une ouverture durable dans le lieu accoutumé de la communication avec les fosses nasales.

M. Nélaton reconnaît que la propagation de la cavité du sinus dans presque toute l'étendue de la voûte orbitaire, aurait rendu inefficace le mode de traitement qu'il s'était proposé d'adopter.

— *M. Malgaigne* présente une tumeur de la mamelle qu'il a enlevée par suite des douleurs lancinantes que la malade y éprouvait depuis quelque temps, et de l'accroissement de volume qui les accompagnait.

Les caractères anatomico-pathologiques de cette tumeur deviennent l'objet d'une discussion, à laquelle prennent part MM. Huguier, Malgaigne, Robert, Maisonneuve, Marjolin fils, Michon et Morel-Lavallée.

M. Huguier pense que cette tumeur est de nature granuleuse, et dit n'avoir observé cette forme que dans des tumeurs provenant du sein.

M. Robert a présenté l'année dernière à la Société une tumeur tout à fait semblable à celle-ci, et qu'il considère comme étant de la même nature que celles qui ont été décrites sous le nom de cancer pancréatique par Abernethy et M. le professeur Cruveilhier. Il ajoute qu'en pressant ces grains on en fait sortir une humeur comme gélatineuse, dans laquelle existent des globules cancéreux considérés par MM. Mandl et Lebert comme tout à fait caractéristiques.

M. Maisonneuve nie l'existence de globules cancéreux, se fondant sur ce que M. Rochoux, qui s'est livré à leur recherche un grand nombre de fois sur des tumeurs cancéreuses et en faisant usage d'un très bon microscope, n'a jamais reconnu l'existence de ces globules.

M. Marjolin fils dit que sur une tumeur extraite par lui et examinée avec le plus grand soin, un dessin des globules cancéreux ayant été relevé, ce dessin, rapproché de ceux des micrographes, s'est trouvé en conformité parfaite avec les résultats antérieurement obtenus.

M. Michon est loin de contester la réalité des résultats mentionnés par les micrographes; mais il en conteste la valeur pratique et diagnostique, en ce sens que dans des tumeurs évidemment cancéreuses il leur arrive de ne pas rencontrer les globules en question. C'est ce qui a eu lieu pour une tumeur cancéreuse de l'os maxillaire inférieur dont il avait fait l'ablation. Le caractère n'est donc pas invariable, et n'a pas la valeur qu'on lui suppose comme moyen de déterminer exactement et rigoureusement la nature d'une tumeur donnée.

REVUE GÉNÉRALE.

Arthrite blennorrhagique. — Sous ce titre: Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique, le Journal de médecine vient de publier un mémoire de M. le docteur A. Foucart.

L'auteur n'a point eu l'intention de tracer un histoire complète de cette affection, mais seulement d'élucider, en les soumettant à une discussion critique sérieuse, les points litigieux de la science relativement à cette maladie. Voici comment il a procédé: Après avoir rapporté en détail un fait observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, et avoir tracé rapidement un historique de la maladie, il examine brièvement dix-neuf faits d'arthrite blennorrhagique cités dans les ouvrages ou dans les journaux de médecine, et examine les renseignements qu'ils peuvent fournir sous le rapport des causes, du siége, de la douleur et de l'aspect extérieur des terminaisons et du traitement, discutant à chacun de ces paragraphes les opinions des auteurs, et les soumettant au contrôle de l'expérience. Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée du travail de M. le docteur Foucart et des conclusions auxquelles il est arrivé, que de reproduire les propositions par lesquelles il termine son mémoire:

Les points que nous avons discutés, dit-il, nous paraissent pouvoir se résumer sous les dix chefs suivants, que nous formulons en autant de propositions.

I. Il existe une arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire il peut se développer dans certains cas une phlegmasie articulaire, qui a des rapports manifestes avec un écoulement blennorrhagique dont est ou était affecté l'individu rhumatisant.

II. Cette arthrite peut se produire dans trois circonstances:

1° Ou il y a suppression de l'écoulement, préalablement à l'apparition du rhumatisme, et alors elle reconnaît pour cause déterminante, ou la métastase, ou la cause qui produit cette suppression;

2° Ou il y a persistance de l'écoulement, et le développement du rhumatisme est déterminé par une cause occasionnelle appréciable: le froid, une contusion, excès de fatigue, l'écoulement blennorrhagique ne constituant qu'une prédisposition;

3° Ou, enfin, il y a persistance de l'écoulement, et il n'y a de cause déterminante appréciable de l'arthrite que l'existence de la blennorrhagie.

Quelquefois, dans ces deux derniers cas, il y a suppression de l'écoulement consécutive au développement du rhumatisme, quand celui-ci est très intense. Ce n'est point alors une métastase qui s'opère, mais il y a simplement une révulsion produite par un travail inflammatoire plus intense dans le point secondairement pris, que dans celui primitivement affecté.

IV. Le plus souvent l'arthrite blennorrhagique n'occupe qu'une seule articulation ou deux au plus, et des membres inférieurs principalement. Son lieu d'élection est le genou: ces deux conditions de rhumatisme *mono-articulaire*, et se fixant de préférence dans une grosse articulation, expliquent la gravité et l'opiniâtreté de la maladie qui nous occupe.

V. L'arthrite blennorrhagique est accompagnée, dans la grande majorité des cas (neuf dixièmes environ), de douleurs plus ou moins vives, souvent intenses.

Dans un nombre moins considérable de cas, il y a rougeur de la peau qui recouvre la région de l'articulation malade; dans cette circonstance, le rhumatisme blennorrhagique présente presque tous les symptômes du rhumatisme articulaire aigu *normal*. Malgré leur acuité et leur intensité plus grandes, ce sont les cas les plus favorables, et ceux dans lesquels un traitement énergique enlève ordinairement en peu de temps l'affection inflammatoire.

VI. Lorsqu'elle débute d'une manière lente et subaiguë ou chronique, sans douleurs, sans changement de couleur à la peau, sans autres symptômes, enfin, que ceux d'un épanchement séreux articulaire (hydarthrose), et sans réaction inflammatoire, tout comme dans les cas où, présentant au début les signes d'une inflammation aiguë, violente, elle n'a pu être enlevée dans les premiers jours, cette variété de l'arthrite est beaucoup plus tenace et plus opiniâtre que l'arthrite rhumatismale simple.

Sa durée la plus ordinaire est, dans ces circonstances, de six semaines à quatre mois environ, lorsque la terminaison doit être favorable.

VII. Si l'arthrite blennorrhagique se termine assez fréquemment par résolution, elle amène aussi quelquefois, et cela plus souvent que l'arthrite rhumatismale simple, la terminaison par ankylose ou par suppuration. Dans l'arthrite blennorrhagique, la terminaison par suppurest, *absolument* plus rare que dans le rhumatisme simple, et, *relativement*, deux ou trois fois plus fréquente.

VIII. Dans la période d'acuité, le traitement doit être essentiellement antiphlogistique et d'une énergie proportionnée à l'intensité de la maladie et à la constitution du sujet. Loin de chercher à rappeler l'écoulement quand il est supprimé, soit primitivement, soit consécutivement, on doit traiter à la fois la blennorrhagie quand elle persiste, et l'affection rhumatismale.

Lorsqu'elle est dans la période subaiguë ou chronique, le traitement doit être révulsif d'abord, puis résolutif.

IX. Dans les cas où les mercuriaux ont été employés avec succès, ce n'est point à la vertu spécifique du mercure qu'il faut attribuer la réussite, mais seulement à ses propriétés éminemment résolutives, les préparations hydrargyrées, et principalement l'onguent napolitain, étant jusqu'à présent le résolutif par excellence.

X. Si l'existence du rhumatisme blennorrhagique est incontestable, on ne peut dire qu'il en soit de même de la blennorrhagie rhumatismale, et il n'existe pas de fait authentique qui prouve qu'une métastase *seule* ait pu produire une blennorrhagie chez un sujet qui n'en avait jamais eu précédemment.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Heureux emploi de la strychnine dans un cas de constipation opiniâtre; par M. le docteur SMALL (de Boston).

Une femme enceinte pour la troisième fois, fut atteinte, huit jours avant son accouchement, de douleurs dans le côté droit et de vomissements bilieux. Néanmoins l'accouchement fut heureux et sans douleurs; seulement, l'enfant vint au monde asphyxié, et, bien qu'on parvînt à le rappeler à la vie, il ne tarda pas à succomber.

Trois semaines après la parturition, la femme recommença à souffrir; elle eut d'abord une anasarque qui disparut au bout de quelques jours, puis un vomissement, qui peu à peu finit par devenir continuel, avec interruption complète des évacuations alvines.

Les lavements ne déterminaient la sortie que d'une petite quantité de matières fécales; la malade se trouvait dans un grand état d'épuisement. Les purgatifs les plus forts, le sulfate de magnésie, le séné, l'huile de ricin, le jalap, la scammonée, l'huile de croton, le calomélas, resterent impuissants, et conduisirent la malade aux portes du tombeau.

Dans cet état désespéré où se montraient le délire, l'aphonie, les soubresauts des tendons, la suppression de la sécrétion urinaire, tous les accidents de l'iléus, M. Small prescrivit l'acétat de strychnine à la dose de 3 milligrammes (un seizième de grain) dissous dans un peu de vinaigre de vin, toutes les trois heures.

Dès l'ingestion de la seconde dose, les vomissements et le délire cessèrent, des gaz s'échappèrent par l'anus, et le lendemain les garderobes se rétablirent. La malade recouvra une entière santé.

Comme il y avait trois jours qu'on n'avait pas employé de médicaments lorsque la strychnine fut administrée, M. Small croit ne devoir pas hésiter d'attribuer à cette substance les heureux résultats qu'il a obtenus dans ce cas.

Nouveau procédé pour la préparation du tartrate de potasse et d'antimoine, par M. CARDELLA.

M. Cardella expose de la manière suivante le nouveau mode de préparation qu'il propose pour l'obtention du tartre émétique:

On prend du régule d'antimoine, que l'on réduit en poudre très fine, et on met cette poudre dans un vase de terre non vernissé, que l'on place sur des charbons ardents, en évitant avec soin de chauffer de manière que la température puisse être portée à un degré trop élevé.

On observe d'abord un dégagement de vapeurs qui, toutefois, ne tarde pas à s'arrêter. On retire alors le vase du feu, et on laisse refroidir. Après le refroidissement, on trouve la poudre conglutinée, mais sans avoir éprouvé de fusion.

On pulvérise cette masse, et, après avoir fait passer le produit de la pulvérisation au travers d'un tamis à mailles serrées, on remet la poudre obtenue dans le même vase de terre non vernissé, et on chauffe jusqu'au rouge en ayant soin d'agiter incessamment la substance jusqu'à ce qu'elle ait acquis une coloration cendrée.

Arrivé à ce point de l'opération, on retire du feu, on mélange la poudre avec un poids égal de bitartrate potassique, on ajoute dix parties d'eau, et on fait bouillir pendant deux heures dans un vase vernissé. On filtre ensuite, et on concentre la liqueur par évaporation; après quoi, on la dépose dans un lieu frais et on l'abandonne au repos pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il ne reste plus qu'à recueillir les cristaux et à les dessécher en les comprimant doucement entre des feuilles de papier non collé.

Suivant M. Cordella, ce mode de préparation a le double avantage de l'économie et de la pureté parfaite du produit, car le sel obtenu est complétement exempt d'arsenic. Cette dernière qualité doit surtout mériter au nouveau procédé opératoire les suffrages des médecins praticiens.

NOUVELLES.

— Le médecin français qui donnait ses soins au shah de Perse avait quitté ce pays par suite du mauvais état de sa santé et était arrivé à Constantinople; comme ce prince a une confiance particulière dans les savants français, le docteur Ernest Cloquet, médecin français établi à Constantinople, a quitté cette ville pour se rendre dans la capitale de la Perse.

— *Cours d'histoire de la médecine* — M. Bell, sous-bibliothécaire de la Faculté, commencera ce cours le lundi 27 avril à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Le cours de cette année sera consacré à faire l'histoire de la médecine depuis le seizième siècle.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 25 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 49. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 24 AVRIL 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La question de la réparation des os, de leur cicatrisation, après la mortification ou nécrose d'une couche plus ou moins épaisse et plus ou moins étendue de leur surface, a beaucoup occupé les chirurgiens. Elle a été bien présentée dans un ouvrage plein de faits, de recherches et de vues nouvelles, le *Traité d'anatomie chirurgicale* de M. Malgaigne. Peut-être, cependant, les conclusions auxquelles on est parvenu n'ont-elles pas toute la précision désirable.

On a recherché ce que devenait la portion d'os nécrosée.

Si cette portion a une épaisseur voulue, elle forme séquestre; on la voit et on la touche; on suit le travail de son élimination, et il n'y a pas de doute sur ce qu'elle devient.

Mais si elle est très mince, elle est éliminée sans être aperçue. C'est ce qu'on a appelé l'*exfoliation insensible.* Boyer rejette le mot et la chose, dit M. Malgaigne, qui oppose aussitôt à l'autorité du célèbre classique celle des expériences de Tenon, dont, plus qu'aucun auteur de notre époque, il a médité les œuvres, et celle des faits pathologiques observés par M. Jobert (de Lamballe). Toutes les fois que M. Jobert a été à même d'examiner les os mis à découvert sur l'homme, il a vu une exfoliation qui aurait pu passer inaperçue s'il ne s'était douté du résultat. Il a retiré, dit il, des portions d'os grosses comme des têtes d'épingle, et il ajoute : « Je possède un si grand nombre d'observations qu'il ne m'est plus permis de douter, et je crois qu'à toutes les époques de la vie, lorsqu'un os large, de même qu'un os long, est mis à découvert, *il ne peut pas exister de formation de bourgeons sans exfoliation.* »

Ainsi, il y a toujours *élimination;* seulement elle est plus ou moins sensible.

Mais comment l'élimination a-t-elle lieu? Cette portion d'os nécrosée, si mince soit-elle, ne peut s'éliminer d'elle-même. Il faut qu'une force la pousse, et cette force ne peut venir que de dessous elle. Voici donc ce qui arrive : Des vaisseaux se développent plus ou moins rapidement, suivant la vascularité naturelle de la partie, par conséquent plus promptement dans le diploé qu'ailleurs, et ensuite se forment des bourgeons charnus.

C'est ici que la théorie nous semble manquer de précision. Ces vaisseaux où se forment-ils? Ce ne peut être assurément dans la lame nécrosée. Donc, quand ils paraissent, quelque chose a eu lieu déjà, quelque chose que vous n'avez point aperçu. Ces vaisseaux sont déjà anciens quand vous les voyez, et, au fur et à mesure qu'ils se sont développés, ils ont fait leur office de vaisseaux, ils ont absorbé, ils ont repris le tissu osseux mortifié. Ils l'ont pu, parce que ce tissu formait une lame très mince. Ils ne l'auraient pas pu complétement si la lame avait été plus épaisse, auquel cas elle n'aurait été absorbée que par places, d'où serait résultée, à titre de résidu, cette sorte de poussière osseuse plus ou moins facile à reconnaître, comme dans les cas de M. Jobert. Enfin, ils ne l'auraient pas pu du tout si la portion nécrosée avait formé une lame assez épaisse au lieu d'une lamelle très mince : *du tout,* c'est sans doute trop dire; il est probable que, même dans ce cas, il se fait une absorption de la portion du séquestre lamelleux, qui est le plus immédiatement en rapport avec la couche néovasculaire, mais cette absorption n'a point d'effet appréciable eu égard à l'épaisseur de la lame osseuse mortifiée.

On le voit, l'élimination d'une lame nécrosée à la surface d'un os peut s'opérer suivant trois mécanismes :

Premièrement, si la lame est très mince, un renfort de vaisseaux, c'est-à-dire d'absorbants, la fait disparaître *récrémentitiellement.*

Deuxièmement, si la lame est un peu plus épaisse, elle est attaquée par les absorbants sur quelques points, trouée, pour ainsi dire, comme s'il s'agissait de faire une dentelle, et alors les points intermédiaires, ceux qui n'ont point cédé à l'action des vaisseaux, restent sous forme de poudre osseuse, et sont éliminés avec la suppuration.

Troisièmement, si la lame est épaisse, les vaisseaux se développent de même, et il est probable qu'ils absorbent un peu du corps devenu étranger, mais c'est par un autre mécanisme que l'élimination s'effectue surtout. Aux simples vaisseaux succèdent les bourgeons charnus, et ceux-ci, *mécaniquement,* en continuant à végéter, *poussent,* chassent au dehors la lame nécrosée.

Dans le premier cas, la disparition de la lame osseuse est un acte récrémentitiel.

Dans le second cas, elle est un acte mi-parti excrémentitiel et récrémentitiel.

Dans le troisième, elle est surtout un acte excrémentitiel.

Rien n'est plus simple, rien n'est plus facile à comprendre que ce travail admirable, qui porte le cachet de l'unité malgré ses diversités apparentes.

Toujours des vaisseaux se forment, c'est là le premier phénomène. Le travail à accomplir est-il peu considérable, ils y suffisent par l'absorption. Un plus grand effort est-il nécessaire, les bourgeons vont joindre leur action expulsive à l'action absorbante des vaisseaux, leur élément essentiel.

Ainsi, toujours des vaisseaux. Toujours aussi des bourgeons. Si l'absorption a suffi à l'élimination, il n'y aura rien eu entre la formation des bourgeons et leur imprégnation par les sels calcaires ou leur transformation en os. Si l'absorption n'a pas suffi, il y aura eu, entre ces deux temps, l'action expulsive exercée par ces petits organes transitoires dont la physiologie, comme on voit, est au plus haut degré curieuse et intéressante.

Et qu'on ne croie pas que cette question de physiologie pathologique n'ait point d'importance pratique. Si nous n'étions limité par l'espace, nous accorderions, avec les vues qui viennent d'être émises, le précepte de Quesnay touchant la rugination des lames osseuses nécrosées qui, par leur épaisseur, oppriment, étouffent, si l'on peut se servir de cette expression figurée, la force vitale sous jacente, et le précepte de Belloste, qui conseillait, si judicieusement à notre avis, pour hâter le développement des bourgeons charnus, dans les dénudations du crâne, de creuser un grand nombre de petits [illegible]

Ce sera, au surplus, un travail facile pour le lecteur désireux d'approfondir une belle question de chirurgie, surtout s'il s'aide du livre excellent que nous avons cité en commençant.

Ce n'est pas de propos délibéré que nous avons entrepris l'examen de ce sujet; nous avons été conduit à l'étudier par la vue d'un cas que l'on peut encore observer dans le service de M. Baudens, au Val-de-Grâce.

Un garde municipal, emporté par son cheval, donna de la jambe droite contre une ange, et le choc fut si violent qu'il en résulta une fracture du tibia dans le point où cet os offre le plus de résistance, c'est-à-dire en haut, à une faible distance de la surface articulaire. Les parties molles, contuses au plus haut degré, s'escharifièrent. Il n'y eut pas de déplacement. Par suite de la chute de l'eschare, il y eut une perte de substance, au fond de laquelle on apercevait, dans une assez grande étendue, l'os fracturé. Plusieurs petites esquilles furent enlevées. Il était très important de suivre le travail de réparation qui allait se passer à la surface de l'os, car il n'était pas douteux qu'une portion plus ou moins étendue et plus ou moins profonde de la diaphyse ne fût nécrosée. Or, voici ce que M. Baudens constata et fit constater aux élèves. Après quelques jours pendant lesquels il ne se passa rien d'appréciable dans l'os, des points rouges extrêmement ténus apparurent, puis des linéaments de même couleur se formèrent par la réunion de ces points. C'étaient des vaisseaux sanguins, qui, évidemment, n'avaient pu se montrer qu'après l'absorption de la lame osseuse nécrosée. Et c'est bien l'absorption qui avait fait disparaître celle-ci, car chaque jour on avait, dans le pansement, examiné avec un soin minutieux les pièces d'appareil et tâté le pus pour reconnaître s'il se faisait une élimination quelconque sous forme de poussière osseuse. Après ces vaisseaux et leur agglomération par petites masses se sont formés des bourgeons qui maintenant végètent avec force, et dans lesquels vont se déposer les matériaux qui doivent les transformer en tissu cartilaginiforme, puis en os, conformément aux résultats des belles expériences de Tenon.

La jambe fracturée, dès l'arrivée du blessé à l'hôpital, fut placée dans l'appareil de M. Baudens, parfait quand on l'applique aux fractures compliquées; on la recouvrit de morceaux de glace, et ainsi ont été prévenus les graves accidents qu'une telle lésion devait faire appréhender. La réfrigération a été continuée pendant huit jours; le pouls, successivement ralenti, est descendu jusqu'à 45.

— Un artilleur, battant le fer avec un de ses camarades, voulut arranger le fer sur l'enclume, et reçut sur les doigts de la main droite le lourd marteau que l'autre forgeron, qui n'avait pas entendu l'avertissement, faisait au même instant retomber avec force. Les os des quatre doigts furent littéralement écrasés, et la peau fut déchirée, comme crevassée en plusieurs points. Les doigts, par suite de la contraction combinée de leurs extenseurs et de leurs fléchisseurs, avaient subi une diminution notable, et étaient très tuméfiés. Au premier moment, M. Baudens crut à l'impossibilité de conserver des parties aussi maltraitées, et proposa l'amputation; mais le blessé le pria de tenter toutes les ressources pour obtenir une guérison dont il ne se dissimulait pas les difficultés. M. Baudens se décida alors à employer la réfrigération. La main fut placée sur une planchette; des liens fixés à l'extrémité des doigts et d'autre part à la planchette tiraient sur eux de manière à leur rendre autant que possible leur longueur. Une large saignée fut pratiquée. Les douleurs, qui étaient très vives, se calmèrent peu après l'application de la glace; les accidents furent prévenus; et aujourd'hui on peut considérer la guérison comme assurée, au prix d'un certain degré de raccourcissement des doigts. Il est difficile de voir un résultat plus satisfaisant; on peut même dire qu'il a dépassé les espérances du chirurgien.

— Nous voyons que M. Hutin applique avec succès la méthode controstimulante aux lésions traumatiques. Il donne jusqu'à un gramme de tartre stibié par jour. Il a observé que les effets avantageux du remède n'ont lieu qu'à partir du moment où la tolérance est établie; ce qui va contre l'opinion de M. Piorry, rapportée dans notre avant-dernier article. Ce traitement des lésions traumatiques a été préconisé il y a longtemps déjà, et l'on peut s'étonner que dans les hôpitaux de Paris on n'y ait pas recours plus souvent.

— M. Hutin a arrêté en moins de 24 heures une attaque violente de goutte au moyen de fomentations ammoniacales (4 grammes d'ammoniaque liquide pour 500 gr. d'eau commune) sur les articulations affectées. Le malade avait été mis en même temps à l'usage d'une boisson rendue ammoniacale au moyen de 4 à 8 gouttes d'alcali par pot de tisane. Cette méthode de traitement lui a réussi plusieurs fois.

— M. Jobert a reçu, il y a quelques jours, un homme qui, pris sous un éboulement, a été affecté de fracture des clavicules; plus, d'une fracture de la jambe gauche compliquée de plaie avec perte de substance vis à vis la cassure des plaies suppurantes où baigne un os fracturé; aussi avons-nous vu M. Jobert cautériser à plusieurs reprises avec le nitrate acide de mercure la surface de la plaie, y compris la portion de tissu réticulaire dont on aperçoit les aréoles au fond de la perte de substance.

M. Jobert pense, et il n'est pas le seul, que la cautérisation est un moyen d'empêcher la résorption purulente. Comment? Nous nous le sommes déjà demandé, et nous avons supposé que c'était tout simplement en oblitérant les petites veines. Mais il n'est pas disposé à admettre que le caustique ou le feu puissent, comme on l'a dit, arrêter les effets de l'infection purulente. M. le professeur Sédillot, qui termine un traité de l'infection purulente, dont il est permis d'affirmer à l'avance l'intérêt, a cité des faits qui semblent prouver que la cautérisation, aidée des évacuants et des toniques, peut produire ce résultat. Et, en effet, s'il est entré assez de pus pour que les premiers symptômes de l'infection aient pu se produire, mais pas assez pour donner lieu aux lésions viscérales auxquelles il est juste d'attribuer la mort, n'est-il pas rationnel d'admettre, en l'absence même des faits, que la cautérisation, empêchant l'arrivée d'une nouvelle quantité de pus dans le sang, arrêtera à leur source les accidents de l'infection? Ensuite les évacuants débarrasseront l'économie du produit septique que le sang y a charrié, et les toniques relèveront le dynamisme. Telle est, si nous l'avons bien comprise, la doctrine de M. Sédillot.

— Nous interrompons ici la Revue du service de M. Jobert pour citer un fait récent dont nous ne possédons pas tous les détails, qui ne nous importent pas d'ailleurs pour l'usage que nous voulons en faire. Il prouve que l'on doit se mettre en garde contre l'idée décourageante de la gravité insurmontable d'une maladie. Il y a de ces cas, bien entendu, où espérer serait folie. Mais nous serons compris sans préciser davantage. Trois médecins, parmi les plus distingués de ceux qui exercent à Paris, étaient réunis auprès d'un berceau où gisait un enfant atteint du croup. La mort paraissait imminente; à peine le pouls était il perceptible; les extrémités étaient froides. Des trois médecins, aucun ne songeait sérieusement à la trachéotomie. Autant qu'il puisse y avoir de certitude dans l'esprit humain, tous étaient certains de la mort de l'enfant, et ils ne doutaient pas qu'elle n'eût lieu pendant l'opération, si l'on avait pu se décider à opérer. Une pauvre femme était là qui lisait la condamnation de son enfant ou plutôt la sienne dans les yeux des médecins, et qui en trouvait la confirmation dans cette morne inaction où nous tombons dans les cas désespérés. Et l'opération, dit-elle, l'opération? — Ce serait, lui répondit-on, un fil tendu à un noyé. — Faites-la, messieurs, faites-la, je vous en conjure, s'écria-t-elle avec cet admirable instinct de la mère. Ce fil, le noyé ne manquerait pas de le saisir. — Tout ceci n'est pas de l'invention : nous écrivons comme cela a été dit. L'opération fut faite, et l'enfant passa de la mort à la vie qu'il doit deux fois à sa mère. Grande leçon que le sentiment a donnée à la raison, moins raisonnable dans ses calculs que lui dans ses angoisses. Elle

ne doit pas être perdue. Elle nous apprend qu'il est des cas où il faut lutter avec acharnement contre le mal si puissant, si invincible qu'il paraisse, et que c'est le devoir du médecin, à moins de ces circonstances auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure, de ne croire à l'impossibilité de conserver la vie que lorsqu'elle a cessé, en ayant le soin, dont l'art lui fait aussi un devoir, de déclarer aux intéressés combien la lutte est inégale.

— Nous avons fait, et c'était notre désir depuis longtemps, une visite à M. le docteur Lugol, dans son beau service de l'hôpital Saint-Louis. Nous ne faisons que prendre acte aujourd'hui, et aussi bien nous devons une réponse aux personnes obligeantes qui ont bien voulu nous demander notre opinion sur la scrofule. Cette opinion, nous la développerons, nous la soutiendrons avec une entière indépendance, sans oublier les sentiments que nous inspire un maître justement célèbre, mais sans nous laisser dominer par ces sentiments.

Nous croyons à la scrofule comme nous croyons à la syphilis, et nous savons très bien que ce n'est pas peu dire. Le maître auquel nous venons de faire allusion, M. Velpeau, a rendu un service considérable lorsqu'il a démontré que dans beaucoup de circonstances les engorgements glanduleux sont dus à une irritation ayant son siége dans un point du voisinage ou plus ou moins éloigné. Mais si l'on pouvait parvenir à convaincre les praticiens qu'il n'y a pas une diathèse scrofuleuse, susceptible de se manifester par des lésions que leur siége seul différencie; si l'on pouvait les persuader qu'il n'y a pas lieu de se mettre en garde contre cette diathèse, si commune dans les grands centres de population, ce serait une calamité pour les jeunes générations. C'est là du moins notre conviction profonde.

Nous déplorons que la chirurgie, si active à Paris, comme nous l'avons dit, se montre si oublieuse des grandes questions diathésiques.

Quoi! une famille entière périt par des lésions de même nature! Chez celui-ci, c'est le poumon; chez l'autre, c'est un os; chez un troisième, c'est le tube digestif qui a été affecté, et l'on niera qu'il y ait eu un *vice* dans cette famille!

Et lorsqu'un individu se présentera avec une tumeur blanche, on croira avoir fait le nécessaire quand on lui aura coupé le bras ou la cuisse, comme s'il suffisait, qu'on nous permette cette comparaison, d'enlever une lettre du nom d'un marchand écrit sur son enseigne pour changer le fond de son commerce!

Si la question était purement scientifique, il n'y aurait pas lieu de s'en occuper avec tant d'intérêt, et dirons-nous, d'animation. Mais elle est pratique, essentiellement pratique. Si vous ne croyez pas au vice, vous n'emploierez pas les moyens capables de le neutraliser.

Un malheur de ce temps c'est que le lebeur de l'esprit est individuel. Personne ne veut croire à son voisin. Ce doit être dans l'œuvre de la critique de contraindre ces lumières rivales, pressées de se confondre dans le même faisceau, et elle n'y faillira pas.

— Nous avons en main une lettre de M. le docteur Debeney, à laquelle nous ne pourrons répondre que dans notre prochaine Revue, attendu que nous avons besoin de renseignements sur le point en litige.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Phlegmon de la fosse iliaque.

Au n° 23 de la salle Saint-Antoine est couchée une jeune fille de dix-sept ans, circonstance remarquable, vu la maladie dont elle est affectée, et qui est assez rare dans la première période de l'âge adulte. Cette jeune fille est accouchée à la Maternité à la fin de janvier; elle était primipare, et se trouvait, au moment de son entrée dans nos salles, le 7 février, dans les conditions de l'état puerpéral, toujours graves et constituant une prédisposition souvent fâcheuse. Peu de jours après son accouchement, elle fut prise de douleurs assez vives dans la région hypogastrique. Un médecin qui fut appelé reconnut une métrite, et nous adressa la malade.

Au moment de son entrée, on examina le ventre avec beaucoup de soin; on reconnut un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite, avec douleur assez vive, augmentant à la pression. On fit suivre un traitement antiphlogistique énergique, on mit en usage les émissions sanguines, les résolutifs, les vésicatoires; peu de temps après son admission dans nos salles, on s'aperçut d'une tumeur développée dans la région du sacrum, sur l'os lui-même, sans changement de couleur à la peau, sans amincissement des téguments; une ouverture qui fut pratiquée donna issue à du pus crémeux, bien lié, phlegmoneux; un stylet, introduit dans la plaie, permit de constater que le foyer était très étendu, car on ne put, avec le stylet ordinaire, en atteindre le fond. La cicatrisation de la plaie se fit rapidement; quelques jours plus tard, un second abcès pareil au premier se manifesta à quelque distance; ouvert comme l'autre, la guérison ne s'en fit point attendre non plus.

La convalescence fut lente; bientôt une douleur profonde se fit sentir dans le ventre; lorsqu'au mois d'avril nous avons repris notre service, on nous a raconté en peu de mots les circonstances dont nous venons de vous entretenir. On nous dit que cette femme, à la suite de couches, avait eu des accidents inflammatoires graves du côté du bassin. Nous l'examinâmes un des jours suivants, et voici quel fut le résultat de notre exploration. Le ventre était douloureux à la pression, surtout du côté droit; un examen attentif, tant à l'aide de la palpation que par l'inspection, nous a fait reconnaître que la région abdominale correspondant au flanc droit n'était pas aussi concave que celle qui correspondait au flanc gauche; que les parois du ventre étaient un peu plus saillantes, qu'il y avait de l'empâtement. Dès ce jour, nous appelâmes votre attention sur ce fait; nous dîmes que nous ne serions pas surpris qu'un abcès se formât dans la fosse iliaque droite. Toutes les circonstances se réunissaient pour faire craindre le développement de cette affection.

Nous prescrivîmes donc sur-le-champ le traitement conseillé pour s'opposer aux progrès et à la production complète de la maladie: les sangsues, les cataplasmes et les fomentations émollientes. Au bout de quelques jours, la douleur persistant, nous fîmes appliquer un vésicatoire. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens pensent et ont écrit que les vésicatoires favorisaient beaucoup la résolution des phlegmons: nous devions donc essayer ce moyen comme nous avions fait des autres. Bientôt, et la douleur persistant toujours, nous reconnûmes assez évidemment la tumeur pour annoncer que, avant peu de temps, on pourrait constater manifestement la suppuration, que la fluctuation serait évidente; enfin, que le pus se frayerait un passage soit par l'une des cavités viscérales, la vessie, le vagin, le rectum, soit par la peau; que peut-être même non-seulement le pus s'échappe soit au dehors par un point, mais peut-être par plusieurs points à la fois. L'événement est venu justifier ce que nous avions annoncé. Le vésicatoire n'a pas été entretenu et a séché; la tumeur est devenue plus distincte, et on l'a pour ainsi dire sentie s'approcher de la paroi antérieure de l'abdomen. La saillie de l'abcès est devenue de plus en plus marquée. La peau était un peu rouge, mais cette coloration de la peau était le résultat de l'application du vésicatoire, et n'avait par conséquent aucune valeur; c'est une chose à noter que le phlegmon de la fosse iliaque ne s'accompagne jamais de coloration rouge de la peau.

Notre diagnostic et en même temps notre pronostic se trouvaient donc à la fois confirmés. Mais la tumeur était dure, résistante; elle avait environ le volume d'un gros œuf de poule. Il y a trois jours, nous sentîmes un peu moins de résistance vers la partie moyenne de la tumeur. Hier, cette diminution de consistance, cette fluctuation devint tellement évidente que nous priâmes M. Blandin d'ouvrir l'abcès. Une ponction faite avec le bistouri donna passage à environ 250 gr. de pus. La plaie fut débridée; le doigt introduit dans la cavité pénétra à une assez grande profondeur. Nous avions donc affaire à un phlegmon de la fosse iliaque droite, phlegmon dont le pus a été évacué au dehors, et dont l'issue a été hâtée et favorisée par une petite opération chirurgicale. Profitons de l'occasion que nous présente cette malade pour vous dire, d'une manière générale, quelques mots sur cette affection.

Le phlegmon de la fosse iliaque constitue véritablement une maladie toute nouvelle; nous voulons dire par là que son histoire est toute récente, et ne date que des travaux de Dance, qui a le premier attiré l'attention des observateurs sur ce point curieux de pathologie. Après Dance, Dupuytren, M. Ménière ont étudié ces abcès d'une manière toute particulière; dans ces derniers temps, M. Grisolle a publié dans les mois de janvier, février et mars 1840, un travail intéressant et complet, dans lequel il a résumé l'état de la science à l'époque actuelle, à l'endroit de cette maladie. Depuis le mémoire de M. Grisolle, on n'a pas fait de découvertes importantes, et l'histoire des phlegmons de la fosse iliaque est restée, à peu de chose près, la même.

On appelle phlegmon de la fosse iliaque un abcès résultant d'un travail inflammatoire aigu, qui a son siége dans le tissu cellulaire du petit bassin. Ici, nous avons deux divisions à établir: le tissu cellulaire qui se prend peut être, ou le tissu cellulaire extrapéritonéal, c'est-à-dire situé immédiatement sous le péritoine, ou celui qui est situé sous le *fascia iliaca*. De ces différences de siége, naissent des différences également dans les phénomènes locaux. Le phlegmon de la fosse iliaque n'est pas exclusivement le résultat d'une inflammation primitive du tissu cellulaire de ces régions; il procède souvent d'un état aigu de l'utérus ou du péritoine. Nous vous dirons, en terminant, quelques mots de l'anatomie pathologique. La symptomatologie et le diagnostic sont les points les plus importants qui doivent nous occuper d'abord.

On a dit, et nous ne savons pourquoi, que ces abcès iliaques étaient en général plus communs chez les hommes que chez les femmes. Pour notre part, nous n'avons presque jamais rencontré cette affection que chez des femmes, et encore, devons-nous ajouter, le plus fréquemment à la suite de couches. On a dit de même que la fosse iliaque droite était plus fréquemment prise chez les hommes que la gauche, et que c'était le contraire chez les femmes. Nous n'ajoutons pas une grande confiance à toutes ces distinctions; peut-être les chiffres d'après lesquels on s'est cru en droit de conclure, n'ont-ils été que le résultat du hasard. Nous croyons avoir rencontré ces abcès à peu près également dans l'une et dans l'autre fosse iliaque, chez les femmes.

Les phénomènes sont ou locaux, ou généraux.

Les phénomènes locaux consistent dans une douleur bien caractérisée, qui se manifeste d'abord dans l'une des deux fosses iliaques; cette douleur est lancinante, gravative, circonscrite dans les premiers temps de sa manifestation. Bientôt elle s'étend dans le reste de l'abdomen, et peut même, dans quelques cas, en raison de son intensité et de son étendue, faire confondre la maladie avec une péritonite aiguë. Elle s'irradie peu à peu dans tous les sens, principalement vers le membre pelvien correspondant au côté dans lequel l'abcès se produit. La raison de cette propagation de la douleur est facile, du reste, à concevoir. La tumeur se développe sur le trajet des nerfs qui se rendent au membre abdominal; à mesure qu'elle augmente de volume, la compression exercée sur ces nerfs devient plus considérable. Par suite de cette compression, la douleur, circonscrite d'abord dans la fosse iliaque, se fait ressentir dans le membre abdominal auquel se rendent ces cordons nerveux.

Au moment où les malades se plaignent pour la première fois de la douleur, on ne perçoit pas encore de tumeur, soit par la palpation, soit par la dépression profonde des parois abdominales, on sent à peine un peu d'empâtement. Mais on aperçoit quelquefois un peu d'élévation, de saillie; il y a une légère différence de niveau des parois abdominales, à peine appréciable, et que l'on ne peut constater que par un examen comparatif et très minutieux des flancs de chaque côté.

Dès ce moment, vous devez, non pas annoncer positivement qu'il y aura là un abcès de la fosse iliaque, mais le craindre; car il est rare qu'il ne finisse pas par se développer. Au bout de quelque temps, la tumeur se circonscrit: on peut l'isoler parfaitement par le toucher. De jour en jour elle s'isole et se limite davantage; puis apparaît la fluctuation, puis la tumeur s'ouvre. Il arrive quelquefois, surtout lorsque l'abcès a son siége sur l'aponévrose iliaque, que le muscle psoas lui même participe à l'inflammation, et que le membre du côté correspondant à l'abcès se rétracte, se fléchisse, de telle sorte que l'on éprouve les plus grandes difficultés à le redresser; il y a une véritable contracture du membre. Nous avons vu l'année dernière un exemple curieux de ce phénomène chez une femme couchée au numéro 14 de la salle Saint-Antoine, et sur laquelle nous aurons encore occasion de revenir dans le cours de cette leçon.

De même qu'il y a compression des nerfs, il peut y avoir compression des veines, et le résultat de cette compression est l'infiltration du membre, symptôme que nous devions indiquer, mais sur lequel nous n'avons pas besoin d'insister. Les phénomènes locaux dont nous venons de parler s'accompagnent de phénomènes rationnels ou généraux, qui portent sur divers appareils organiques, et d'abord sur les organes de la digestion. Les individus qui sont affectés de ces abcès éprouvent quelquefois des vomissements; ils ont des selles liquides plus ou moins abondantes. La malade dont nous venons de vous entretenir, et dont nous vous avons rapporté l'histoire en détail, disait avoir, au moment de son entrée, des selles liquides et de la diarrhée depuis plusieurs jours. Ces troubles des fonctions digestives sont quelque chose d'assez fréquent.

L'appareil circulatoire ne reste pas sans participer au mouvement pathologique, et il présente tous les signes d'une réaction bien évidente. La fréquence du pouls augmente; il donne quelquefois jusqu'à 120 battements par minute, comme nous l'avons observé chez notre malade. Cependant, nous devons avouer que cette extrême fréquence n'est pas des plus communes. La peau est chaude; quelquefois il y a des frissons suivis de chaleur et de sueur. Nous vous signalerons ici l'existence presque constante du frisson initial. Nous n'ignorons pas que quelques médecins distingués ont cru pouvoir nier ici la préexistence du frisson initial. Pour nous, nous l'avons presque toujours remarqué. Nous dirons même plus. Une fois la maladie franchement déclarée, lorsque la suppuration s'établit, il survient souvent de nouveaux frissons.

Nous ne parlons point de l'appareil urinaire; les urines ne présentent rien de remarquable; elles sont mélangées de pus lorsque l'abcès s'ouvre dans la vessie; mais autrement, elles ne subissent aucune modification. Les centres nerveux, les organes respiratoires, ne présentent rien de particulier. Les caractères principaux que nous venons de faire passer rapidement sous vos yeux, et qui constituent l'ensemble des symptômes, tant locaux que généraux, de la maladie, suffisent à peu près, joints à l'histoire dont nous vous avons donné les détails, pour vous faire avoir une description complète de la maladie, Nous avons quelques mots à dire du diagnostic différentiel, l'un des points les plus importants de l'histoire de l'affection qui nous occupe. Parce que l'on a un certain nombre de symptômes pouvant se rattacher à l'existence d'un phlegmon de la fosse iliaque, il faut se garder de croire que l'on ait toujours affaire à un de ces abcès. Ces symptômes peuvent être quelquefois produits, soit par une péritonite, soit par une ovarite, soit par une accumulation de matières fécales dans le gros intestin.

Pour la péritonite, il est assez difficile de la confondre avec ces abcès; la douleur qu'elle produit est plus vive, plus superficielle; lorsque l'inflammation aiguë du péritoine donne lieu à une augmentation de volume du ventre, presque jamais il n'y a de fluctuation; à peine pourrait-on confondre les deux affections tout à fait au début; mais alors encore, il n'y aurait pas d'erreur grave, car le traitement est absolument le même, soit que l'on ait affaire à une péritonite commençante, soit que l'on ait à redouter la formation d'un abcès de la fosse iliaque. Puis quelquefois, si l'on diagnostique une péritonite, on ne se trompe pas de beaucoup, car souvent l'abcès succède à une péritonite circonscrite.

Pour l'ovarite, la tumeur est parfaitement circonscrite, mais elle n'occupe pas toujours la même place, tandis que l'abcès de la fosse iliaque est toujours immobile et fixe. La fixité de la tumeur phlegmoneuse, mise en opposition avec la mobilité qui présente celle qui reconnaît pour cause une ovarite, suffit pour déterminer le diagnostic.

Reste le dépôt stercoral, qu'il est, à moins d'une bien grande distraction, impossible de confondre avec le phlegmon de la fosse iliaque. La tumeur est circonscrite, il est vrai; mais il n'y a ni douleur, ni réaction fébrile, puis un évacuant en fait toujours justice. Nous avons été assez souvent témoin des phénomènes d'accumulation des matières fécales, accumulation qui simulaient des maladies locales, à la suite d'accouchements surtout. Les purgatifs suffisent constamment pour faire disparaître la maladie.

Le pronostic des abcès de la fosse iliaque est toujours une chose grave. Cependant il est beaucoup plus fréquent de les voir se terminer par la guérison que par la mort. C'est véritablement une chose surprenante que de voir des collections purulentes aussi étendues, et situées dans le voisinage d'organes aussi importants n'être pas l'occasion d'accidents mortels. Nous croyons pouvoir établir d'après les faits qui exis-

tent, qu'en général la guérison est la règle, et la mort l'exception assez rare. Il est des cas, et ceux là sont sans contredit des plus graves, où l'on a vu l'abcès phlegmoneux de la fosse iliaque s'ouvrir dans le péritoine, et donner lieu à une inflammation aiguë de la membrane séreuse qui tapisse l'abdomen. Ce danger est à craindre lorsque l'abcès phlegmoneux diffus est situé entre le péritoine et la couche musculaire et aponévrotique la plus profonde. Cette ouverture des abcès de la fosse iliaque dans le péritoine est un fait qui a besoin d'être étudié de nouveau, et qui demeure sous certains points encore sujet à discussion.

Nous ne dirons que deux mots de l'anatomie pathologique de cette affection, nous réservant de nous étendre plus longuement sur le traitement que l'on doit mettre en usage pour y remédier; le traitement est en effet la partie pratique de l'histoire des maladies, à laquelle on doit rapporter et sacrifier toutes les autres.

Chez les malades heureusement assez peu nombreux qui succombent, on trouve d'abord une destruction presque complète du tissu cellulaire dans le point où existait l'abcès phlegmoneux; les parties voisines sont ramollies, se déchirent facilement à la moindre pression. On a dit que les parois de l'abcès sont d'une couleur grisâtre plus ou moins foncée. Nous n'avons point remarqué cette particularité; ces parois nous ont semblé ici, comme dans les abcès phlegmoneux des autres régions du corps d'une coloration plus ou moins rosée. Lorsque l'abcès est situé sur l'aponévrose, il arrive souvent de rencontrer les muscles psoas et iliaques plus rouges qu'à l'état normal, ramollis, infiltrés de pus.

L'état des vaisseaux et des nerfs est important à considérer, et présente des particularités remarquables. Ces vaisseaux et ces nerfs se trouvent dénudés, disséqués, pour ainsi dire, par l'abcès. Cette disposition rend compte des altérations symptomatiques observées pendant la vie, de la douleur propagée dans l'étendue du membre pelvien, de l'œdème de ce membre, etc. Lorsque l'abcès s'est ouvert dans la vessie, dans le rectum, dans la matrice, dans le vagin, une exploration attentive et minutieuse parvient quelquefois à faire reconnaître l'endroit précis où s'est formée l'ouverture. Il est inutile de vous faire remarquer que le pus sera plus ou moins abondant, suivant l'étendue qu'occupera l'abcès, suivant aussi le temps qu'il aura duré, et peut-être suivant les causes qui l'auront déterminé.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MAISON DE SANTÉ, RUE MARBOEUF, 8 et 8 bis.

Cette Maison a reçu, depuis son ouverture au mois de juillet dernier, un grand nombre de malades; des opérations importantes y ont été pratiquées, et toutes avec le succès le plus complet. En attendant que nous rapportions quelques observations qui nous ont paru offrir de l'intérêt et avoir une importance scientifique réelle, nous croyons utile de publier un court résumé statistique des faits qui s'y sont présentés.

Les opérations pratiquées sont selon leur date:

1° Une lithotritie chez un vieillard de 70 ans, affecté de paralysie et d'une cystite intense de la vessie. Ce malade, après un grand nombre de séances, a été délivré entièrement de la pierre par M. Ségalas.

2° Une tumeur cancéreuse pédiculée de la conjonctive a été extirpée par M. Jobert. Guérison.

3° Une fistule à l'anus, opérée par M. Blandin. Guérison.

4° Un bec-de-lièvre chez un enfant de 9 mois, opéré par M. Blandin. Guérison complète.

5° Un cancer du sein, opéré par M. Lisfranc; réunion par première intention. Guérison.

6° Un varicocèle, opéré par M. Jobert; épingles et suture entortillée. Guérison.

7° Un calcul mural très volumineux (le malade n'a pu supporter la lithotritie par suite d'une extrême sensibilité du canal de l'urètre); taille suspubienne par M. Le Roy-d'Etiolles. Guérison.

8° Une hydrocèle; injections iodées par M. Ségalas. Guérison.

9° Un cancer de la langue; opération par M. Lisfranc. En voie de guérison.

10° Un rétrécissement intestinal cancéreux; débridement par M. Amussat. La malade est partie en bon état.

Quelques-uns de ces faits sont importans, et nous les publierons avec détail. Mais une chose que nous devons dès à présent faire remarquer, c'est la rapidité de la guérison de tous les opérés. Aucun accident n'est venu l'entraver. La réunion par première intention a eu lieu dans l'amputation du sein pratiquée par M. Lisfranc. Cette malade, et ceux opérés du cancer de la langue, du varicocèle, de la taille, de la lithotritie, de la fistule anale, etc., ont eu à peine de la fièvre; une persistance pareille de succès, due sans doute en premier lieu à l'habileté des chirurgiens, s'explique encore par la position vraiment exceptionnelle de l'Etablissement. Cette Maison est, en effet, située dans un des quartiers les plus sains de Paris, parfaitement aérée, baignée, on peut le dire, d'air dans tous les sens; elle est assez éloignée de la Seine pour n'éprouver aucune influence fâcheuse; elle n'est pas assez élevée pour qu'on y ressente les effets quelquefois contraires d'un air trop vif. Une température douce et égale y est entretenue par un calorifère. De l'aveu des malades et des médecins, l'alimentation et les soins n'y laissent rien à désirer.

Outre les opérations, des guérisons remarquables ont eu lieu.

Nous citerons d'abord le malade affecté d'une carie vertébrale avec abcès par congestion, traité par M. Blandin; des ponctions sous-cutanées répétées, des cautères nombreux, des purgatifs, une nourriture généreuse, des soins assidus, et la docilité extrême du malade, ont amené une guérison complète. C'est un fait tellement important, que nous ne pouvons nous dispenser de le publier avec détail.

Quatre affections utérines, soit du col, soit de l'organe même, ont été traitées par M. Lisfranc. Les malades sont parties: trois dans un état de guérison complet, la quatrième avec une amélioration très marquée.

Trois affections analogues ont été aussi traitées avec succès par M. Jobert; les malades sont parties en bonne santé, et ont éprouvé d'excellents effets des cautérisations avec le fer rouge.

M. Amussat a renvoyé dans un état d'amélioration inespérée une malade affectée d'un rétrécissement intestinal avec végétations carcinomateuses; un large débridement a été pratiqué, et les végétations détruites par le caustique de Vienne. Le même chirurgien a traité avec succès un cas d'atrophie utérine. La cautérisation lui a réussi également dans un cas d'ulcération du col utérin.

Un ramollissement cérébral a été traité par M. Jobert (purgatif, séton, vésicatoires), la malade est partie dans un très bon état.

Le fils jeune et intéressant de l'un de nos confrères les plus distingués a été traité, par MM. Baudelocque et Velpeau, pour une tumeur blanche du genou; la position du membre dans une gouttière et un appareil inamovible a produit de bons effets.

Une fracture du col de l'omoplate a été réduite et traitée au moyen de l'appareil inamovible par M. Lemaistre Florian, la guérison est parfaite.

Enfin une déviation du col (torticolis) a été fortement améliorée et presque guérie sous la direction de M. Lisfranc, par l'emploi seul de l'appareil appelé *minerve*.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir, soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du numéro du 31 mars.)

Kératite. — L'inflammation de la conjonctive, lorsqu'elle est portée à un certain degré, peut se compliquer de kératite; mais la kératite elle-même débute quelquefois d'emblée à la suite de l'opération de la cataracte; elle reconnaît pour causes la plaie faite à la cornée dans l'extraction, le passage du cristallin ou de ses fragments dans la chambre antérieure à la suite de l'abaissement et du broiement, l'irritation produite par le renversement de quelques cils, lorsqu'on a appliqué un appareil sur l'œil après l'opération, etc.

La forme la plus fréquente est la kératite plastique. Celle-ci, lorsqu'elle est très aiguë, peut amener en quelques jours la fonte de l'œil, et c'est ce qui a lieu, surtout quand elle coïncide avec une conjonctivite purulente.

La kératite survenant après l'opération de la cataracte et sous son influence, se développe généralement dans les premiers jours qui la suivent; passé les cinq ou six premiers jours, en effet, il est rare qu'elle survienne. On a néanmoins des exemples de kératites plastiques développées le douzième jour après l'opération, et même beaucoup plus tard, et ayant été suivies de perforation de la cornée.

Le traitement de la kératite qui a pour point de départ une opération de cataracte, n'offre rien de particulier qui mérite d'être signalé. Il faudra donc mettre en usage les divers traitements qui conviennent aux différentes espèces de kératopathies, ainsi que nous l'avons longuement indiqué dans nos Etudes cliniques sur les maladies de la cornée.

Iritis. — L'inflammation de l'iris est un accident malheureusement assez fréquent après l'opération de la cataracte, et elle est une des causes d'insuccès que l'on rencontre dans beaucoup de cas.

L'iritis peut se développer après toute opération de cataracte, même lorsque celle ci a été convenablement pratiquée, et qu'il n'est survenu, pendant son exécution, aucune complication de nature à expliquer son développement. Il ne faut pas oublier que dans les diverses méthodes d'opérer la cataracte, l'iris se trouve exposé à des influences propres à amener son inflammation. Ainsi, dans l'extraction, le corps opaque, en franchissant l'ouverture pupillaire, peut irriter plus ou moins l'iris, le contusionner même, et favoriser de la sorte la production d'une iritis. Dans l'opération par l'aiguille à travers la sclérotique, on lèse souvent un ou plusieurs filets nerveux qui vont se rendre à l'iris, et cette cause n'est probablement pas sans influence sur l'inflammation de cette membrane. Mais la circonstance la plus favorable au développement de l'iritis est sans contredit les lésions de l'iris, et parmi elles la piqûre de cette membrane doit être placée au premier rang.

Les symptômes de l'iritis apparaissent généralement dans les deux, trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. Quelquefois on a pu prévoir leur développement, lorsque l'opération a offert quelqu'une des complications que nous avons signalées comme propres à produire l'iritis; mais quelquefois aussi l'inflammation de l'iris survient sans cause appréciable, il faut donc être, dans tous les cas, en garde sur la possibilité de son développement. Dans ce but, l'œil sera examiné avec soin le jour qui suivra l'opération et les jours suivants; car l'inspection directe en apprendra plus au chirurgien que tous les renseignements que le malade pourrait lui fournir.

Cependant, l'iritis considérée comme complication de l'opération de la cataracte, ne survient pas toujours dans les premiers jours qui suivent l'abaissement, l'extraction ou le broiement. Elle peut se développer également beaucoup plus tard; dans ce cas, il est vrai, l'influence de l'opération est moins directe, moins positive, et la nature de l'iritis tend à se rapprocher alors de celle de l'iritis spontanée. Il ne faut pas oublier, néanmoins, qu'une opération de cataracte est, pour l'œil qui l'a subie, une véritable mutilation; et que cet œil, avant de s'accommoder définitivement à son nouvel état, est exposé encore à des perturbations matérielles dont l'iritis peut être une des conséquences.

L'époque à laquelle se développe l'iritis après l'opération de la cataracte, ne nous paraît pas être sans influence sur la gravité de cette complication elle-même. Ainsi, l'iritis née dans les premiers jours qui suivent l'opération, participant davantage à l'état traumatique du globe oculaire, offrira généralement un degré d'acuité plus grand que l'iritis développée quinze jours, trois semaines ou un mois après l'opération. Le pronostic est donc plus grave dans le premier cas que dans le second.

Dans l'iritis spontanée, la gravité de la maladie résulte moins de l'inflammation de l'iris considérée en elle-même que des terminaisons diverses dont elle est susceptible; or, dans l'iritis traumatique, ces terminaisons sont encore plus à redouter, et l'occlusion de la pupille sera favorisée par l'intensité de l'inflammation de l'iris; l'épanchement de dépôts plastiques dans le champ pupillaire se produira d'autant mieux, que l'iritis sera plus aiguë et son origine de nature traumatique. Enfin, les adhérences de l'iris à la capsule antérieure, adhérences le plus souvent si fâcheuses et presque toujours incurables, s'établiront plus facilement en quelque sorte dans les circonstances ou l'œil se trouve placé après l'opération de la cataracte. La capsule antérieure, en effet, n'est plus alors dans les conditions normales où elle se trouvait avant l'opération; elle a eu à subir dans son tissu des désordres nombreux; elle a été déchirée en plusieurs sens, quelquefois contuse par le passage du cristallin, et ces circonstances favorisent à un haut degré le développement d'une inflammation consécutive dans ses lambeaux. Ces lambeaux eux-mêmes qui représentent à peu près exactement l'étendue de la capsule elle-même, sont désormais libres et flottants par une de leurs extrémités dans la chambre postérieure de l'œil; ils peuvent se rapprocher davantage de la face postérieure de l'iris rétrécie par l'inflammation, contracter avec elle des adhérences d'autant plus faciles à s'établir, que les tissus juxtaposés sont tous deux enflammés; et ce sont ces désordres causés par l'irido-périphakite traumatique qui font échouer bon nombre d'opérations de cataracte. Mais l'inflammation de l'iris peut revêtir une forme moins aiguë, elle peut être purulente dans sa marche et n'amener qu'à la longue les complications dont nous venons de parler. Il existe alors une sensibilité générale de l'œil, qui est à peu près continue, et qui augmente sous l'influence de la lumière; l'œil est en même temps larmoyant; la circonférence antérieure de la sclérotique s'injecte de plus en plus; quelques vaisseaux de la conjonctive se dilatent également; l'iris change insensiblement de coloration, il devient comme tomenteux à sa surface; en même temps sa petite circonférence qui se rétrécit de plus en plus, se déjette en arrière, et les adhérences qui s'établissent maintiennent l'iris dans une position telle, que sa face antérieure, au lieu d'être plane, est convexe. Mais dans cet état l'inflammation n'est pas encore éteinte, comme on peut en juger par les perturbations fonctionnelles que nous venons d'indiquer, et qui appartiennent en propre à l'iritis chronique.

Sans doute l'iritis chronique n'a pas toujours une physionomie distincte de l'iritis aiguë, à laquelle elle peut d'ailleurs succéder d'une manière insensible; néanmoins l'inflammation de l'iris est susceptible de revêtir, dès son début, les caractères de la chronicité, sans qu'il soit toujours possible de distinguer la relation qui existe entre la cause et l'effet. Il faut reconnaître cependant qu'une des causes qui favorisent le plus directement le développement d'une iritis chronique, c'est le cristallin ou ses fragments placés dans la chambre postérieure ou dans la chambre antérieure qui irritent et enflamment par leur contact prolongé la membrane iris.

Le traitement de l'iritis aiguë ou chronique survenant après l'opération de la cataracte, n'offre rien de spécial à noter; il doit être, sauf les indications particulières qui peuvent varier, à peu près le même que celui de l'iritis spontanée. Toute l'attention du chirurgien doit seulement se diriger sur l'époque de son développement; il devra toujours chercher à distinguer au milieu des lésions diverses qui peuvent survenir après l'opération celles qui appartiennent à l'inflammation de l'iris, afin d'employer en temps opportun la série des moyens thérapeutiques qui sont indiqués en pareil cas, et qui auront d'autant plus de chances d'agir efficacement qu'ils auront été plus tôt mis en usage.

Amaurose. — Quelquefois, sur des sujets qui se trouvaient dans de bonnes conditions, et chez lesquels l'impression de la lumière était nullement perdue avant l'opération, on observe après l'*abaissement* de la cataracte une cécité à peu près complète, et cela sans qu'il soit survenu d'inflammations appréciables dans l'œil. Quelquefois, il est vrai, cet accident n'est que temporaire, et au bout d'un certain temps le malade recouvre la vue d'une manière plus ou moins complète. Cette complication, la plus fâcheuse de toutes lorsqu'elle persiste, méritait assurément de fixer l'attention des chirurgiens, qui s'en sont rendu compte de plusieurs manières:

1° *Par blessure de la rétine.* — Nul doute que la simple piqûre de la rétine ne puisse être le point de départ de la paralysie de cette membrane; mais il est plus ordinaire de voir celle-ci survenir dans les cas où les manœuvres mal dirigées ont été telles que, dans le but de dilacérer davantage le cristallin, sa capsule, ou seulement de les abaisser en masse, l'opérateur est venu blesser avec la pointe de l'aiguille le côté interne ou la partie inférieure de la membrane nerveuse de l'œil. Une semblable lésion, produite sur une partie aussi importante pour la vision, explique assez les conséquences qui en résultent.

2° *Par inertie de la rétine.* — On pourrait également penser que, dans les premiers temps qui suivent l'opération, la vision ne se fait pas, parce que la rétine, privée depuis un temps plus ou moins long de son excitant naturel, la lumière, est tombée dans un état de stupeur dont elle ne revient que peu à peu et par le fait même de l'activité nouvelle qu'elle récupère. Nous ne partageons pas cependant cette opinion, quelque rationnelle qu'elle paraisse d'ailleurs, parce que l'amblyopie amaurotique dont nous nous occupons est plutôt propre à l'abaissement qu'à l'extraction ; or, dans l'hypothèse en question, sa fréquence devrait être la même dans les deux cas Nous la rejetons, enfin, surtout par cette autre raison, que l'insensibilité de la rétine devrait s'observer spécialement dans les cas où la cataracte existait depuis un temps plus considérable. Maître Jean a opéré un sujet cataracté depuis trente ans ; Pellier, un autre qui l'était depuis quarante-cinq ans ; M. Serres, un troisième cataracté depuis soixante ans, et l'accident dont nous parlons n'a pas été observé par ces oculistes.

3° *Par hypersécrétion de l'humeur aqueuse.* — M. Lhommeau a noté, après l'opération de la cataracte par abaissement, des changements remarquables dans la configuration du globe oculaire ; il a vu la cornée bombée en avant, l'iris plus profondément situé, etc., et malgré la netteté de la pupille, la vision ne se rétablissait pas : ce que l'auteur explique par l'exhalation de l'humeur aqueuse qui distendrait ainsi les tuniques de l'œil et produirait, par suite, une compression de la rétine engourdissant cette membrane, ou la paralysant même d'une manière complète. S'il était vrai qu'il en fût réellement ainsi, on comprendrait aisément l'importance qu'acquerrait bientôt la connaissance de ce fait ; car il mettrait naturellement sur la voie du traitement convenable en pareil cas, la ponction de l'œil à travers la cornée. Sans nier les changements de forme du globe oculaire qui ont donné lieu à cette explication, nous dirons qu'ils peuvent recevoir une autre interprétation que celle que nous venons de faire connaître. Ainsi, j'ai déjà émis l'opinion que la saillie de la cornée, qui simulait une sorte d'hydrophthalmie, dépendait de la convexité moins prononcée de la périphérie de l'œil par suite du déplacement du cristallin, qui servait en quelque sorte là de soutien ou d'arc-boutant.

4° *Par pression du cristallin sur la rétine.* — Lorsque l'abaissement a été pratiqué par la sclérotique, le cristallin est, en général, déprimé plus profondément ; il peut se faire alors que ce corps, surtout lorsque la cataracte est dure, vienne comprimer par une de ses faces ou par l'un de ses côtés seulement la membrane rétine. Cette pression, résultant seulement du poids du cristallin qui n'est plus soutenu par les cellules du corps vitré détruites par l'aiguille ou par le déplacement seul du corps opaque, n'est pas assurément très forte ; cependant, eu égard à la nature du tissu sur lequel elle agit et qu'elle irrite peut-être, cette pression nous paraît suffisante pour causer ou des accidents inflammatoire, ou la paralysie pure et simple de la rétine. D'un autre côté, la densité du cristallin le rendant pour longtemps réfractaire à l'absorption, peut être aussi une raison d'insuccès définitif de l'opération.

A la vérité, il arrive le plus ordinairement que le cristallin diminue à la longue par absorption, et que les accidents qu'il cause finissent par disparaître ; dans le cas contraire, il est peut-être rationnel de se demander s'il ne serait pas indiqué de tenter son extraction. Wenzel, en pratiquant avec succès cette seconde opération dans des circonstances encore plus difficiles que celles-là, a démontré qu'elle n'était pas impossible. Ce chirurgien, après l'incision de la cornée, procéda à l'extraction des capsules qui étaient opaques dans le cas particulier ; puis, à l'aide d'une aiguille en forme de crochet, il alla saisir le cristallin qui *plongeait au bas du corps vitré*, et il l'amena au dehors à travers le trou pupillaire qu'il avait au préalable désobstrué.

En résumé, toutes les fois qu'à la suite de l'abaissement de la cataracte, pratiquée sur des sujets qui n'étaient point évidemment amaurotiques avant l'opération, il surviendra une sorte d'inertie de la rétine ; nous conseillons d'abord d'attendre pendant quelque temps, tout en combattant les complications intercurrentes s'il en survenait quelques-unes ; puis d'employer les moyens propres à mettre en jeu l'absorption, c'est-à-dire de légères déplétions sanguines, des révulsifs intestinaux, la diète lactée, etc. ; plus tard, d'avoir recours à la série des moyens conseillés dans l'amaurose ; et enfin, beaucoup plus tard encore, d'essayer, en désespoir de cause, de faire déloger le cristallin de la place qu'il est venu occuper à la partie inférieure de l'humeur vitrée. Pour cela, le procédé de Wenzel n'est peut-être pas le plus facile à exécuter, et, dans ces derniers temps, on a trouvé beaucoup plus simple d'extraire le cristallin par une incision faite à la sclérotique dans le lieu où l'on suppose qu'il doit se rencontrer.

Correspondance.

Fragmentation spontanée des calculs.

Monsieur et très honoré Confrère,

On lit dans votre numéro de ce jour que M. Robert a présenté à la Société de chirurgie des concrétions calculeuses recueillies dans la vessie d'un homme mort de cystite, et que ces concrétions, qui lui ont paru avoir subi la fragmentation spontanée, sont devenues le sujet d'une discussion intéressante. Permettez-moi de saisir cette occasion de rectifier une erreur commise dans le dernier compte-rendu de la Société médicale du Temple, relativement à un autre fait de fragmentation spontanée que j'ai communiqué à cette Société, et que l'on croirait, d'après la rédaction, être le premier fait de fragmentation que j'aurais vu sur le vivant. Je vais reproduire le fait tel que je l'ai rapporté.

« Un vieillard était venu il y a plusieurs mois me consulter sur une affection des voies urinaires qui s'annonçait principalement par la sortie de fragments de calculs ; après m'être assuré par le cathétérisme qu'il existait une multitude de petits corps étrangers dans la vessie, me trouvant dans l'obligation d'aller faire une opération en province, je me bornai à prescrire la continuation des moyens déjà mis en usage par le médecin ordinaire, M. le docteur Berton, et en particulier l'emploi des bains, d'une boisson diurétique et du bicarbonate de soude. A mon retour, quinze jours après, il y avait eu expulsion de plusieurs nouveaux fragments ; mais la vessie était loin d'être débarrassée. Toutefois, comme le malade se sentait soulagé et qu'il avait du temps à donner à son traitement, je l'engageai à persister dans sa médication. Il y a eu encore expulsion successive d'un grand nombre de fragments, et j'ai fini, après deux mois d'observation, par constater une guérison parfaite, tant sous le rapport des symptômes que sous celui de la vessie. »

Ce fait de fragmentation spontanée suivie de guérison sous l'influence des seuls moyens hygiéniques et médicaux, s'offrait à moi pour la première fois ; et c'est là la raison pour laquelle je l'ai signalé comme remarquable. Quant à la fragmentation spontanée prise isolément, sans cette circonstance de guérison pour ainsi dire naturelle, je l'ai vue bien des fois, avec ou sans cystite, sur le vivant comme sur le mort : sans parler de mes communications à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences, il y a dans la seconde édition de mon *Essai sur la gravelle et la pierre* une planche in-folio entièrement consacrée à la représentation de fragments de calculs ayant une pareille origine. J'ai même été assez heureux pour guérir par la lithotritie plusieurs calculeux offrant cette particularité, notamment un curé, octogénaire, réduit à porter jupon, et un ancien employé, septuagénaire, condamné à la taille par un de nos chirurgiens les plus habiles, les plus savants, les plus célèbres.

Agréez, etc. SÉGALAS.

Paris, 25 avril 1846.

NOUVELLES.

On demande un Etudiant en Médecine pour le préparer aux examens et à la thèse du doctorat.

S'adresser pour les conditions au bureau du journal.

— M. Oppermann, professeur adjoint à l'Ecole de pharmacie de Strasbourg, vient d'être nommé professeur titulaire.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 50. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des occlusions intestinales.

A la salle Saint Bernard a été couchée une femme de dix-neuf ans, d'une bonne santé habituelle, d'une assez bonne constitution, qui a fait, il y a six semaines environ, une fausse couche. A la suite de cette fausse couche, elle éprouva des douleurs intenses dans le ventre, douleurs accompagnées de réaction fébrile, de diarrhée, de vomissements, enfin tous les phénomènes d'une péritonite; cette inflammation de la séreuse abdominale avait commencé par le petit bassin. Il est impossible, d'après l'inspection des pièces que nous avons aujourd'hui sous les yeux, de ne pas reconnaître que la phlegmasie péritonéale a commencé par le voisinage de l'utérus. Ce fait confirme une remarque générale que nous avons été à même de faire devant vous déjà plusieurs fois, à savoir, que l'inflammation du péritoine est presque toujours consécutive; il est rare qu'elle ne succède pas à l'inflammation de quelqu'un des viscères contenus dans le ventre, le plus souvent à celle de l'utérus. Dans un certain nombre de cas, elle est consécutive à des maladies de l'intestin.

La péritonite primitive est excessivement rare, et cette considération était très importante à établir; car, lorsque vous êtes appelé près d'un individu, quel qu'il soit, affecté d'une péritonite, vous devez tout d'abord vous demander de quelle maladie cette péritonite est la suite et la conséquence. Dans cette détermination de la maladie primitive, vous puiserez des indications pratiques toutes spéciales. Pour en revenir à notre malade, elle avait donc eu, à la suite d'une fausse couche, une métrite, puis une péritonite consécutive. Ces symptômes s'étaient dissipés, lorsque, un mois environ après la cessation des premiers accidents, cette malade fut prise de nouvelles douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements devenant de jour en jour plus fréquents, presque continus; tandis que les selles devenaient de plus en plus rares. Dans les derniers quinze jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, toutes les matières qu'elle portait dans l'estomac étaient rejetées par les vomissements. La gravité des accidents la détermina, le 2 janvier, à entrer à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel on la trouva au moment de la première visite:

Coloration violette des mains et des avant-bras; pouls fréquent, à 124; faiblesse extrême; face hippocratique; état d'anxiété excessive. Les vomissements bilieux continuaient; pas de météorisme du ventre, qui n'était non plus que fort peu, ou même point du tout sensible à la pression. On pouvait facilement apercevoir, à travers les parois abdominales, les mouvements vermiculaires et péristaltiques de l'intestin, soulevant ces parois dans un point, puis dans un autre par une sorte de reptation. Cette forme de mouvements vermiculaires, péristaltiques appartient surtout à l'affection connue sous le nom d'occlusion des intestins, affection sur laquelle nous reviendrons plus bas en détail et nous vous présenterons des considérations étendues.

Dans différents points du ventre, on remarquait des bosselures persistantes. C'était surtout au moment où les coliques se faisaient sentir que les mouvements dont nous venons de parler étaient le plus apparents. Le ventre, avons-nous dit, n'était pas météorisé. L'absence de ce phénomène, très fréquent, pour ne pas dire constant, dans les occlusions intestinales, avait semblé devoir jeter quelque doute sur la véritable nature de la maladie; mais, d'après les réponses de la malade aux questions qui lui furent adressées, on fut en droit de penser que le météorisme avait existé avant l'entrée de la malade à l'hôpital, mais qu'il avait disparu, comme il arrive souvent dans la dernière période de la maladie. Si une résorption de liquides épanchés dans l'abdomen peut se faire, pourquoi pareille chose n'aurait-elle pas lieu pour les gaz qui peuvent s'y être développés? Il y avait, du reste, dans l'ensemble et dans la réunion de ces symptômes, dans le caractère et dans l'invasion brusque de la douleur, dans la persistance et dans la nature des vomissements, dans l'aspect inégal, bosselé du ventre, et dans ces mouvements péristaltiques visibles des intestins, des signes qui appartenaient évidemment à l'occlusion intestinale. Un autre phénomène survint bientôt, qui vient lever toute espèce de doute.

Les matières des vomissements contenaient évidemment des *fèces*, parfaitement reconnaissables surtout à l'odeur. De cette circonstance, résultait évidemment la preuve de ceci: que l'occlusion intestinale ne siégeait point au pylore, n'existait pas même à la fin du duodénum; les matières qui sont contenues dans cette première partie de l'intestin grêle ne présentent pas encore l'odeur stercorale; si donc l'odeur était caractéristique, il fallait en conclure que l'obstacle au cours des matières alimentaires était situé dans un point de beaucoup inférieur à la portion duodénale.

Les moyens que nous employâmes pour venir à bout de cet accident furent tous et complétement inutiles. On prescrivit l'huile de ricin d'abord, puis l'huile de croton tiglium, sans pouvoir déterminer de selles; la faiblesse fit des progrès de plus en plus évidents; enfin, la malade succomba le 4 janvier, dans la soirée, 48 heures environ après son admission à l'Hôtel-Dieu.

Voici quels furent les désordres constatés à l'autopsie. L'épiploon recouvrait en partie la masse intestinale, qui n'offrait pas un grand volume ni une notable dilatation. Cet épiploon plongeait dans le bassin, où il avait contracté des adhérences par un de ses points libres. Dans toute son étendue, le péritoine offrait des traces incontestables d'inflammation. Il existait des adhérences fortes, nombreuses et solides dans la région hypogastrique; dans les parties supérieures, cette membrane offrait seulement des traces d'une inflammation beaucoup moins intense. On put constater de la façon la plus irrécusable que la partie supérieure de l'intestin grêle, dans une étendue de sept pieds environ, était beaucoup plus dilatée que la partie inférieure, et offrait environ le diamètre du gros intestin. A partir de la jonction des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, l'intestin perdait de son volume; son calibre devenait de beaucoup plus étroit que celui des intestins normaux. Au point exactement où cessait l'ampliation exagérée de l'intestin, l'iléon plongeait sous une anse intestinale adhérente par ses deux extrémités et qui l'étranglait. Il y avait un contraste bien curieux entre le diamètre des 2/3 supérieurs et du tiers inférieur de l'intestin. Ce contraste s'expliquait facilement par la bride dont nous avons parlé, et qui était organisée de la manière suivante. Vers le côté gauche de l'excavation pelvienne se trouvait appuyée l'anse d'intestin qui présentait ce changement subit de volume. Cette portion était comme entourée par une autre anse intestinale qui adhérait à l'épiploon d'une part, et d'autre part au détroit supérieur du bassin.

L'intestin était comme tordu sur lui-même, non pas complétement, mais à demi. Outre cette disposition, il y avait dans l'intérieur du bassin cinq ou six points où des brides naissant des angles de l'épiploon semblaient encore serrer l'intestin et le divisaient en plusieurs portions distinctes. Ces dernières brides étaient innocentes, et n'empêchaient pas l'intestin de se dilater, condition essentielle à l'accomplissement normal des fonctions de l'appareil digestif. Lorsque des adhérences un peu courtes existent, le redressement successif de chaque portion de l'intestin, redressement qui a été si bien démontré par Haller, ne peut pas s'opérer complétement et convenablement. Il y avait d'autres signes encore de la justesse du diagnostic et de la réalité de l'explication que nous vous avons donnée. Les portions inférieures de l'intestin étaient complétement libres et ne contenaient ni gaz, ni matières stercorales; au-dessus de l'obstacle, au contraire, on trouvait des liquides qui s'étaient amassés, et c'est à cette

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Boîte aux Lettres

Ma Boîte aux lettres s'est trouvée si bien remplie cette semaine, qu'il ne m'est pas resté d'espace pour mes élucubrations propres. D'ailleurs, je n'avais pas grand'chose à dire. Peut-être trouvera-t-on qu'écrite par un correspondant d'aussi bonne maison, la première lettre aurait pu être plus littérairement, plus spirituellement présentée. Mais j'ai été un peu indulgent pour la forme, grâce à quelques indiscrétions du fond tout à fait inédites. Il est bien entendu que je n'en garantis d'aucune façon l'authenticité.

Lettre d'un rat du ministère du commerce et de l'agriculture à un rat du lazaret de Marseille.

Cher confrère,

La *Gazette des Hôpitaux*, qui pénètre un peu partout, vient de m'apporter le récit de vos infortunes. J'en ai profondément gémi. Il me serait bien doux de pouvoir vous donner quelques consolations, quelques espérances, de pouvoir vous annoncer la fin prochaine de cette guerre d'extermination qu'on vous fait à Marseille sous prétexte de virus; mais il faudrait, pour cela, pouvoir vous annoncer la suppression des lazarets et des quarantaines; or, nous sommes bien loin de cette heureuse solution, comme vous allez voir.

Il faut vous dire d'abord que depuis le 29 octobre 1840 j'habite le ministère, où je suis entré caché dans une vieille botte de M. le ministre actuel. Me trouvant en bonne maison, je pris toutes mes dispositions pour y rester le plus longtemps possible; et après avoir fureté tous les coins et recoins pour chercher un gîte commode et à l'abri des tracasseries, je crus l'avoir trouvé dans un carton fort poudreux sur lequel était écrit en lettres effacées: *Question des quarantaines*. Il est certain que pendant cinq ans j'ai vécu là dans une quiétude parfaite. Mon bienheureux carton, vaste et commode, ne contenait que les papiers suffisants pour me faire un lit propre et mollet; et pendant tout ce temps, jamais une main indiscrète ne vint troubler mon repos, soit pour ajouter, soit pour retrancher quelque chose à ma couche. Par les derrières, et au moyen d'une fissure, je communiquais dans la salle à manger du ministre, et la nuit venue, je vous laisse à penser les bons rogatons qui me revenaient des dîners ministériels.

Hélas! ces beaux jours devaient cesser, un coup inattendu est venu y mettre un terme. Il y a un mois environ, vers les dix heures du matin, un garçon de bureau, après avoir longtemps cherché sur les étiquettes des cartons, avisa le mien, monta sur une échelle, le prit entre ses mains et l'emporta, moi dedans, et après l'avoir rudement épousseté, jusque dans le cabinet du ministre. Jugez de ma frayeur! On me posa sur un bureau, et l'on ferma les portes. N'entendant aucun bruit, je passai le bout du nez, personne dans le cabinet; immédiatement je sortis de ma cachette, qui évidemment n'était plus sûre, et j'allai prendre domicile derrière un portefeuille gisant dans l'endroit le plus reculé de la pièce, et sur lequel est écrit: *Projet de loi sur la police de la médecine et de la pharmacie*. Mon instinct de rat me dit que je serai là longtemps en sûreté.

Bien m'en avait pris de déménager, car à peine étais-je installé dans mon nouveau domicile que deux personnes entrèrent et se mirent à feuilleter, en devisant, tous les papiers contenus dans le carton. De ma cachette j'entendais tout.

— Non, vraiment, disait l'un des interlocuteurs, je ne pouvais m'attendre à ce que l'Académie de médecine serait plus vaillante que l'Académie des sciences. Ce rapport est fort contrariant. Mais aussi pourquoi lui avoir écrit?

— Vous en parlez à votre aise, reprit l'autre. D'abord pouvais-je croire plus que vous que l'Académie allait me prendre au mot? Et puis cette réduction de dix mille francs proposée par la Commission du budget, comment pouvais-je la parer? Ne devais-je pas prouver aux chambres que j'ai fait tout ce que je pouvais faire pour exciter les corps savants à s'occuper de la question?

— Aussi avais-je été bien inspiré de n'envoyer la chose qu'à l'Institut. Là, je connais les habitudes des commissions, et, pour enterrer une question, il n'y a pas de plus profond caveau. Mais voilà que l'Académie de médecine, qui n'était officiellement chargée de rien, ce dont peut-être elle enrageait, s'avise de nommer spontanément une Commission. Jusque-là rien d'alarmant, et tout me faisait supposer qu'il en serait de celle-ci comme de celle de l'Académie des sciences. Cependant, phénomène inexplicable et inouï, voilà que cette Commission, sournoisement, se met à l'œuvre, travaille, travaille, et si bien qu'elle arrive avec un rapport substantiel et parfaitement scientifique dont elle a commencé la lecture mardi dernier. C'est à n'y plus rien comprendre.

— Voyons, vous qui avez l'esprit ingénieux, cherchez donc un moyen de nous tirer de là. Car la position est périlleuse; les chambres semblent disposées à réclamer une modification dans les quarantaines; après m'être longtemps retranché derrière le silence des corps savants pour les faire attendre, si ces corps savants se décident dans le sens des désirs des chambres que puis-je opposer et répondre?

— J'y penserai. Mais, d'abord, voici dans ces papiers de quoi faire jouer une contre-mine. C'est un travail inédit de notre ami Ségur-Duperron qu'il faut immédiatement livrer à la presse. Nous en enverrons un exemplaire à chaque député de façon qu'il soit prévenu en sens opposé lorsque le rapport de l'Académie lui parviendra, s'il lui parvient.

Ces derniers mots furent dits d'un air narquois que l'autre interlocuteur parut comprendre, et la conversation finit là.

Pendant huit jours je restai fort tranquille et j'en profitai pour m'installer à l'aise dans mon nouveau logis. A tout prendre, et n'eût été mon éloignement de la salle à manger, ma position n'était pas pire. J'ai déniché dans un petit coin une provision d'excellent chocolat et cinq à six boîtes de pâte de Regnault qui finiront assez agréablement ma saison d'hiver; mais je reviens à mon récit.

Huit jours après cette première conversation, les deux mêmes interlocuteurs se trouvaient en présence.

L'un des deux tenait un journal à la main, que j'ai reconnu depuis pour la *Gazette des Hôpitaux*.

— Diable! s'écria-t-il. Mon projet a été déjoué; j'avais voulu arrêter la lecture de ces maudites conclusions scientifiques, et l'Académie a persisté à vouloir les entendre; mais j'espère bien qu'elle n'ira pas plus loin. Ces conclusions sont très compromettantes.

— Et jusqu'au *Journal des Débats* qui s'en mêle! Il les donne lui-même en les accompagnant de commentaires plus aggravants encore. Que va dire la Chambre?

— Du courage et de la résolution, et tout peut encore être sauvé.

— Mais voyons, par quels moyens?

— D'abord, à l'autorité de l'Académie de médecine, opposons vite une autre autorité. Nous avons sous la main le Conseil supérieur de santé. Convoquons-le sans délai.

— Excellente idée! Oui, des banquiers, des manufacturiers, des agriculteurs, ça doit avoir peur de la peste; et d'ailleurs, vous leur ferez entendre que tel est le désir du gouvernement.

— Une petite difficulté seule m'embarrasse; les quatre médecins qui font partie de ce Conseil sont en même temps membres de l'Académie; s'ils allaient venir ici avec les principes de la Commission, et convertir notre Conseil?

— Ne le craignez pas; quoi qu'ils fassent, et ils ne feront pas grand'chose, ils seront toujours en minorité.

— Convoquons donc le Conseil; c'est décidé.

Ils se mirent à écrire, et puis se retirèrent.

A la huitaine suivante, les choses devaient avoir bien changé, car les figures étaient toutes rayonnantes.

circonstance qu'était due la non sonorité de l'abdomen à la percussion.

Enfin nous avons trouvé chez notre malade une ulcération de la partie inférieure du rectum; quels rapports avait cette ulcération avec les autres lésions que nous avons mentionnées? Nous ne saurions le dire; cette ulcération était-elle le résultat d'une lésion physique produite par l'accouchement, par une canule de seringue? Toujours est-il que de pareilles ulcérations ne se développent pas ordinairement dans une maladie de cette espèce. Pour l'utérus, il était ratatiné, enveloppé partout de fausses membranes; autour de l'orifice on voyait des granulations; le museau de tanche était d'une couleur violette des plus prononcées, moins rouge qu'il n'était pendant la vie.

— La maladie dont nous venons de faire passer sous vos yeux un exemple malheureusement terminé par la mort, n'a encore été que peu connue, peu étudiée. Cependant c'est à elle que l'on doit rapporter les affections connues sous le nom d'*iléus*, de *colique de miserere*, de *passion iliaque*. Cependant ces dénominations ont été quelquefois appliquées à des maladies fort différentes les unes des autres.

Généralement nous ne plaçons pas, comme on l'a fait dans ces derniers temps, l'histoire de l'anatomie pathologique en tête des descriptions des maladies. Nous la plaçons au contraire tout à fait à la fin; il nous semble naturel de présenter d'abord les symptômes des maladies, leurs causes, leurs phénomènes successifs et caractéristiques. Ce n'est que lorsque l'on a conduit les individus malades jusqu'à la terminaison funeste, que l'on s'occupe de décrire les altérations pathologiques qui existent dans leurs divers appareils organiques. C'est là une marche que nous suivons toujours et d'une manière invariable. Il ne faut pas faire de l'anatomie pathologique la première des sciences médicales; elle ne constitue pas une science à part; il faut suivre dans la description d'une affection la marche qu'ont suivie les différents phénomènes; il faut décrire la maladie suivant ses phases. L'anatomie pathologique ne doit occuper dans l'ordre de tous les phénomènes qui appartiennent aux maladies que la place qui lui est due.

Ici cependant nous nous trouvons forcé, par la nature même de la maladie, de suivre une autre marche que celle que nous adoptons ordinairement. En effet, c'est la disposition anatomique qui est le point principal de cette histoire, et c'est sur la connaissance de ces désordres que tout le reste vient se grouper.

Etiologie et anatomie pathologique. — Les occlusions intestinales sont produites par des causes bien diverses et fort nombreuses qui siégent tantôt dans la cavité des intestins, tantôt dans leurs parois, tantôt enfin en dehors de ces intestins.

En première ligne, au nombre de ces causes, nous trouvons l'étranglement de l'intestin, accident qui rend le passage des matières tout à fait impossible. Le mécanisme suivant lequel s'opèrent ces étranglements n'est pas toujours le même. Et d'abord, il n'est pas rare de voir l'étranglement déterminé par une bride formée elle-même par une portion de l'épiploon, qui par une cause ou par l'autre, vient contracter des adhérences avec un point diamétralement opposé du péritoine abdominal; ces adhérences peuvent se faire dans toutes les régions de l'abdomen, quelles qu'elles soient. Par suite de ces adhérences, une anse intestinale peut venir passer dans la bride, et s'y étrangler. Dans quelques cas il existe, non pas seulement des brides, ainsi produites par des inflammations anciennes, mais quelquefois une disposition analogue à la suivante.

Souvent l'épiploon frangé comme il l'est, présente des appendices plus longs, et forme comme une corde graisseuse qui devient l'occasion d'un de ces étranglements à la suite d'adhérences normales. Une anse intestinale contractant des adhérences par ses deux extrémités par suite des altérations inflammatoires qui peuvent se manifester à la surface de la membrane séreuse, est quelquefois aussi devenue dans quelques cas la cause et l'occasion de l'étranglement d'une autre anse.

Nous avons eu soin de vous faire remarquer, chez la jeune femme que nous avons eu le malheur de perdre, une disposition tout à fait analogue à celle dont nous venons de parler. Une partie de l'intestin grêle avait contracté des adhérences avec le bord supérieur du bassin. Ces adhérences cessaient pour reprendre quelques centimètres plus loin, formant ainsi une arcade, à partie moyenne flottante et libre, tandis que les deux extrémités étaient solidement fixées. C'est dans cette arcade qu'est passée une anse intestinale qui s'est étranglée.

L'appendice iléo-cœcal peut devenir une cause d'étranglement. Chez quelques individus, il est complétement libre et flottant, et n'a pas de mésentère, comme il en présente dans les circonstances les plus communes. Si, par une cause quelconque, son extrémité libre vient à contracter des adhérences avec les parties voisines, il se trouve former une anse, une ouverture plus ou moins étroite, par laquelle peut passer une anse intestinale au-dessous de l'arcade, qui devient de cette manière la cause déterminante d'un étranglement. On a vu des sujets chez lesquels l'intestin grêle présentait des diverticulum plus ou moins longs dans le fond desquels vont se loger des portions du bol alimentaire. L'extrémité libre de ces diverticulum peut adhérer à une portion voisine et former, comme nous venons de le voir pour l'appendice iléo-cœcal, une sorte d'arcade sous laquelle s'engage une anse intestinale, qui finit au bout de peu de temps par s'étrangler complétement.

Il n'est pas impossible qu'une déchirure du diaphragme ait lieu, par laquelle se glisse une anse d'intestin. On a observé des étranglements produits par une éraillure, une ouverture de l'épiploon lui-même ou du mésentère; cette solution de continuité livrant passage à une portion de l'intestin grêle, qui s'étrangle de la même manière qu'en passant à travers un des anneaux herniaires.

Une autre cause d'occlusion intestinale, c'est l'invagination, c'est-à-dire l'introduction, la pénétration d'une portion du conduit dans une portion voisine, le plus souvent dans une portion inférieure. Ce n'est pas à dire pour cela que les invaginations soient toujours inévitablement et fatalement suivies d'accidents sérieux. Une portion plus ou moins considérable d'intestin grêle peut, accidentellement, se trouver invaginée dans une portion inférieure du même intestin, le jéjunum dans l'iléon, par exemple, sans qu'il en résulte d'accidents sérieux et appréciables. C'est principalement chez les jeunes sujets que l'on trouve des portions d'intestin grêle invaginées, l'une dans l'autre sans que pendant la vie se soient manifestés aucuns phénomènes d'étranglement, sans que rien indique que ce soit là un phénomène morbide. Lorsque l'on rencontre, à l'autopsie de ces jeunes sujets, une disposition de ce genre, on parvient très facilement et sans faire le moindre effort à dérouler ces intestins invaginés. Il n'y a pas eu de désordres symptomatiques. Il n'y a pas non plus de désordres anatomiques à proprement parler; cette invagination ne semble souvent être qu'un phénomène d'agonie, un phénomène cadavérique.

L'invagination la plus grave est celle qui se fait de l'intestin grêle dans le gros intestin. La présence de la valvule iléo-cœcale est une condition qui rend habituellement ces invaginations beaucoup plus dangereuses; l'immobilité du gros intestin d'une part, la mobilité de l'iléon de l'autre, sont des circonstances qui rendent ces invaginations beaucoup plus graves par la constriction inévitable qui résulte de la disposition de la valvule iléo-cœcale. Nous devons dire aussi que si la valvule iléo cœcale rend l'invagination plus dangereuse, elle la rend plus rare.

Une fois l'obstacle produit, il est impossible aux matières fécales de passer outre. En même temps, il y a stase du sang dans la partie étranglée; il y a tuméfaction, gonflement, inflammation plus ou moins vive. Alors se manifestent les signes de l'inflammation et de l'occlusion. Voilà l'espèce d'invagination qui est la plus dangereuse. Souvent elle est favorisée par une disposition particulière à l'individu; il peut y avoir une tumeur dans l'intestin, tumeur qui peut former comme un bouchon et compléter l'occlusion. Nous avons vu un fait de cette nature d'un sujet qui succomba avec tous les signes d'une hernie étranglée; à l'autopsie, on trouva une invagination intestinale: une tumeur de cette nature venait compléter l'occlusion entière du calibre de l'intestin.

Un autre mode d'occlusion intestinale, c'est le résultat de la torsion de l'intestin sur lui-même, circonstance qui, on le conçoit aisément, détruit sa cavité dans le point tordu. M. Andral a publié un fait recueilli par lui à l'hôpital de la Charité. Tout le paquet mobile de l'intestin avait subi un mouvement général de rotation, et ce mouvement avait produit un obstacle insurmontable au cours des matières. L'individu avait succombé avec tous les phénomènes d'une hernie étranglée. Ce genre d'occlusion est heureusement fort rare, et, du reste, son mode de production est assez difficile à concevoir. Ce qui arrive peu fréquemment pour la totalité du paquet intestinal est assez commun pour une portion seulement de l'intestin, dans la continuité duquel il n'est pas rare de rencontrer de ces torsions partielles; ces accidents se produisent très probablement par un faux mouvement de l'intestin pendant la digestion, faux mouvement qui détermine une rotation suivie d'étranglement.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Phimosis congénital. Adhérences partielles du prépuce au gland. Nouveau procédé d'autoplastie. Emploi de la glace dans le pansement.

Deles, soldat au 54e régiment, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 12 février 1846, pour se faire opérer d'un phimosis congénital tellement développé, qu'un stylet ordinaire peut à peine s'engager à travers l'ouverture du prépuce. Ce dernier est long, revenu sur lui-même, comme cordé; les tissus sont d'ailleurs parfaitement sains; pas de concrétions calcaires à la surface du gland.

L'introduction d'un stylet à travers l'ouverture prépuciale ne permet qu'une exploration imparfaite de la couronne du gland. A droite et à gauche du frein, et sur une surface qui occupe environ le tiers de la circonférence du gland, on reconnaît des adhérences qui arrêtent l'instrument explorateur.

Pendant les manœuvres d'exploration, le stylet s'engage involontairement dans le canal de l'urètre, et comme ce canal est près du frein, superficiellement placé, il faut une cer-

---

— Tout va bien, admirablement bien, s'écria l'un.

— Contez-moi vite cela, dit l'autre; car le budget approche, et j'avais grand'peur.

— D'abord le Conseil de santé s'est réuni; la séance a été superbe et le vote unanime, moins une voix.

— Celle d'un médecin, sans doute.

— Erreur; ces Messieurs ont été parfaitement aimables. Pour l'honneur des principes, ils ont soulevé quelques légères objections, mais au vote ils ont été charmants.

— Et l'Académie ne s'est pas irritée de cette convocation du Conseil? Elle n'a pas pris cela pour une suspicion injurieuse?

— L'Académie n'a pas dit mot; mais il y a bien mieux, la Commission s'est arrêtée, des dissentiments graves se manifestent dans son sein, les conclusions vont être reprises, refondues, remaniées, et tout ce travail va nous mener bien loin, soyez en sûr.

— A merveille! Mais j'y pense (en riant); j'ai reçu de cette compagnie une lettre singulièrement naïve. Devinez un peu ce qu'elle me demande? Je vous le donne en cent.

— Quelque promotion pour un de ses membres?

— Vous n'y êtes pas.

— Des réparations pour la salle neuve qui tombe en *deliquium*?

— Cherchez encore.

— Des livres pour sa bibliothèque?

— Vous en êtes à cent lieues.

— Ah! j'y suis, des ustensiles pour son laboratoire?

— Erreur, mon cher, erreur; vous chercheriez d'ici à demain, que vous ne trouveriez pas. Elle me demande, cette chère Académie; mais laissez-moi rire; elle me demande, ah! ah! de faire imprimer, oh! oh! à mes frais, hi! hi! le rapport de la Commission de la peste.

(Ensemble.) Oh! oh! oh! oh! (Ils rient aux éclats).

Oui, c'est ainsi. Elle me dit, cette lettre, que l'Académie est pauvre, que son éditeur recule devant les frais d'impression des pièces justificatives, que l'importance de la chose, et ses résultats politiques et commerciaux, et que sais-je encore! qu'elle m'en enverra 400 exemplaires pour distribuer aux chambres.

— Ceci est trop fort; et vous avez répondu?

— Rien encore; je vous attendais, pour que vous répondiez vous-même, vous savez, une de ces lettres polies, un de ces refus adroits qui ne compromettent rien.

L'un des interlocuteurs se mit à écrire, et la séance finit là.

De trois semaines, je n'entendis plus rien; mais, jeudi dernier, les deux interlocuteurs se rencontrèrent de nouveau, et je pus entendre ce qui suit:

— Le tour est joué; nos amis ont admirablement manœuvré; l'Académie maintenant peut reprendre son rapport; la discussion n'en sera pas finie avant un mois. Or, le budget sera discuté dans la première quinzaine de mai, et la réforme des quarantaines est encore enterrée pour cette année.

— Oui, mais l'année prochaine?

— L'année prochaine nous trouverons d'autres ressources, d'autres moyens, d'autres combinaisons, et nous triompherons comme cette année-ci.

Ainsi donc, vous le voyez, cher et malheureux confrère, vous n'êtes pas au bout de vos persécutions. Ce résultat va peut-être, au contraire, augmenter la rage de vos ennemis; aussi ai-je trouvé utile de vous en prévenir, afin de vous précautionner contre les nouveaux dangers qui vous menacent.

Agréez, etc.

— Voilà que je me suis fait une méchante affaire en parlant de choses qui ne me regardaient pas. Il faut que j'en fasse acte de contrition et d'humilité en publiant la lettre suivante qui, cependant, ne m'est pas parvenue par ministère d'huissier:

Monsieur et honoré confrère,

En bon catholique j'assistais aussi, dimanche dernier, à la grand' messe de ma paroisse, à cette messe dont vous avez trouvé convenable d'entretenir vos nombreux lecteurs, témérité qui, je dois vous le dire, a été le sujet d'étonnement pour les uns, de blâme pour les autres, mais qui ne m'a, pour mon compte ni surpris, ni indigné. Je ne vois pas pourquoi vous ne donneriez pas à l'occasion vos impressions sur les choses purement artistiques, et pourquoi le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* n'élargirait pas son cadre quand le monde médical lui fait défaut. Ne sommes-nous pas après tout des gens du monde et de bonne compagnie, et ne nous intéresseriez-vous pas souvent davantage en nous parlant de tout autre chose que de nos petites misères médicales comme vous les appelez avec tant de raison? Seulement, il faut en parler avec justesse et justice.

Or, et c'est là le but de ma lettre, je ne vous ai trouvé ni exact ni juste dans votre appréciation de la messe de Pâques. Voici mes motifs:

1° Le jeune maître dont vous avez parlé n'a absolument rien changé au plain-chant ordinaire ni quant au rhythme, ni quant à la mélopée, ni quant à la mesure, ni quant à la note. Si votre oreille n'avait pas été distraite par quelque préoccupation, vous auriez entendu qu'après que les barytons et les basses ont eu donné l'intonation, les ténors et les soprani ont attaqué l'*Introït* sur la même note que saint Grégoire l'a écrite. Seulement, au lieu de le faire chanter à l'unisson, le jeune maître a plaqué sous cette note des accords soutenus par toutes les voix graves du chœur et corroborés par l'orgue d'accompagnement. Contre votre opinion, j'ai trouvé cet effet majestueux et imposant, et tous mes voisins étaient de mon avis.

2° La musique, que vous avez qualifiée de *bruit*, de *tintamarre*, m'a paru, au contraire, très sobre de cuivre et de timbales, et remarquable par l'abondance de motifs simples, doux, par une orchestration discrète. Le seul reproche que je lui adresserais, c'est d'être écrite beaucoup trop haut, surtout pour les soprani. Ces pauvres enfants de chœur faisaient des efforts inouïs pour attraper la note, et quand ils y parvenaient, c'était aux dépens de la beauté et de la pureté du son.

3° Parmi les grands maîtres que vous opposez d'une manière décourageante au jeune compositeur, vous avez oublié sans doute que Palestrina n'a pas orchestré sa musique sacrée, et voilà pourquoi c'est la seule que le pape fasse exécuter dans la chapelle Sixtine; que nous ne connaissons de Mozart qu'une messe de *Requiem*; que les messes de Chérubini et de Lesueur exigent des masses instrumentales telles que le budget de l'Etat est seul assez riche pour les faire exécuter.

4° Enfin, et c'est par là que je termine, un juge dont vous ne déclinerez pas la compétence, un médecin qui n'a pas cru déroger en étudiant, en cultivant la musique, dans laquelle il excelle; qui a su allier l'amour des arts aux plus austères études, M. Orfila, je le sais de bonne part, a été fort satisfait de cette messe, à laquelle il assistait, et en a félicité très chaudement l'auteur.

Voilà, Monsieur et honoré confrère, les petites réflexions que je voulais vous soumettre dans l'intérêt de la vérité d'abord, et d'un jeune maître ensuite dont cette première composition a été exécutée à ses frais.

Agréez, etc.

UN CONFRÈRE,
Paroissien de Saint-Germain-l'Auxerrois.

Voilà ce qui s'appelle être collé sous bande. Qu'ai-je à répondre? Rien, si ce n'est:

1° *Confiteor*;
2° *Meâ culpâ*;
3° *Meâ maximâ culpâ*;
4° Je n'y reviendrai plus.

Un bel esprit de l'*Encyclopédie* disait qu'il existait trois choses qu'il avait toujours beaucoup aimées, sans jamais y rien comprendre: la peinture, la musique et les femmes; ce qui ne l'avait pas empêché d'en parler toute sa vie. C'est un travers que je ne voudrais pas partager; aussi aurais je bonne envie de prouver à mon cher paroissien que je connais un peu les choses dont je parle. Mais je n'ose ici, et je le renvoie à la *Gazette musicale*, où j'ai aussi mes entrées de temps à autre. Voici cependant le canevas de ma réponse:

taine étude pour bien constater que le stylet a fait fausse route. M. Baudens a appelé fortement l'attention des élèves du Val-de-Grâce sur ce fait. Il a vu un chirurgien, dans l'opération du phimosis faite selon le procédé de l'incision parallèlement au frein, avec un bistouri droit et à lame garnie d'une boulette de cire, diviser du même coup le canal de l'urètre et le prépuce.

M. Baudens a passé en revue les divers procédés employés pour l'opération du phimosis. Ces procédés doivent varier selon qu'il s'agit d'un phimosis naturel ou accidentel, simple ou compliqué, avec ou sans dégénérescence.

A Alger, M. Baudens a opéré un Espagnol dont le prépuce, dégénéré par suite de chancres actuellement guéris, et datant de deux années, présentait une masse lardacée, fibro-cartilagineuse, de la grosseur d'un œuf de poule. Après avoir divisé la tumeur par une incision verticale, il l'a enlevée en totalité par une incision circulaire à la base du gland; puis il a réuni ensemble, par quelques points de suture, la muqueuse et le tissu cutané. La guérison a été complète et rapide.

Quand la lésion permet au chirurgien de choisir le procédé opératoire auquel il accorde la préférence, comme cela a presque toujours lieu quand le phimosis est congénital, M. Baudens a recours à la circoncision telle qu'elle est employée par les Israélites de temps immémorial, telle qu'il l'a vue pratiquer en Afrique par les rabbins.

Par ce procédé, le chirurgien tire en avant le prépuce fixé entre le pouce et l'index; une pince tenue par un aide refoule le gland en arrière; et de la main droite, armée d'un rasoir, il coupe d'un seul coup tout ce qui dépasse la pince. La membrane muqueuse qui reste en excès est incisée en long, si elle ne peut être ramenée en arrière du gland, puis elle est maintenue refoulée au delà du gland par une compresse percée d'une ouverture centrale. La muqueuse ainsi repoussée se soude bientôt aux téguments sans qu'il faille recourir à la suture.

Dans le cas actuel, ce procédé a été suivi; seulement, en raison des larges adhérences existantes à la face inférieure du gland, et dont il a été parlé plus haut, le chirurgien en chef du Val-de-Grâce l'a modifié d'une manière heureuse et que voici :

La portion du prépuce située en dehors de la pince qui refoule le gland en arrière ayant été excisée, comme il a été dit; les larges adhérences situées à côté du frein, et s'opposant au refoulement de la membrane muqueuse, ont été respectées au lieu d'être détruites, comme on le fait ordinairement. A partir de l'ouverture prépuciale jusqu'à la base du gland, et sur la surface dorsale de ce dernier, la membrane muqueuse a été divisée par un coup de ciseau; elle a ensuite été détachée circulairement à la base du gland jusqu'à la limite des adhérences; puis les deux petits lambeaux membraneux ainsi obtenus, ont été renversés sens dessus dessous, de manière à se joindre au-dessous du frein par leur bord libre, où ils ont été fixés par un point de suture. Par cette restauration autoplastique, le gland, en haut, reste, comme dans l'état normal, recouvert par une membrane muqueuse, tandis qu'en bas cette membrane est doublée. Il y a, en réalité, deux feuillets. Ces deux feuillets, mis en contact par la surface traumatique ou saignante par suite de l'excision de la peau, ont contracté de rapides et fortes adhérences.

Le pansement a consisté dans une compresse taillée en croix de Malte, percée d'une ouverture centrale, tout juste pour donner passage au gland, et maintenue par un bout de bande.

La verge a été retenue élevée pour prévenir l'engorgement; des morceaux de glace ont été mis en contact avec le gland pendant trois jours; ils ont été remplacés, à cette époque, par des compresses trempées dans de l'eau froide, pour prévenir un excès de réaction inflammatoire. Quelques jours plus tard, on s'est contenté de pansements simples; et après trois semaines, ce militaire a quitté l'hôpital pour retourner à son corps. La guérison était accomplie.

— On sait que par la méthode opératoire ordinaire, soit que l'on détruise les adhérences de la membrane muqueuse sur le gland avec l'instrument tranchant, soit que les respectant, on se contente de les inciser au pourtour de la base du gland, afin de pouvoir refouler ses téguments en arrière; dans l'un comme dans l'autre cas, les téguments refoulés ne tardent pas à reprendre leur position vicieuse et première par le fait de la cicatrisation et du resserrement du tissu inodulaire.

Ce danger est évité par le nouveau procédé d'autoplastie que M. Baudens vient d'employer avec un succès complet.

DUVAL, aide de clin.

REVUE GENÉRALE.

Guérison d'une hydropisie de l'ovaire par la compression, les mercuriaux, etc. — Nous empruntons aux *Archives* la relation d'un cas d'hydropisie de l'ovaire guérie par le docteur Isaac Brown, à l'aide de ponctions, de la compression, et des mercuriaux à l'intérieur.

Une dame de vingt-sept ans avait vu son ventre augmenter de volume depuis l'âge de puberté; mais elle n'y avait pas fait grande attention, lorsque voulant se marier, elle consulta le docteur Merriman, qui reconnut une hydropisie de l'ovaire, et conseilla de suspendre le mariage. Cette dame se soumit sans succès à plusieurs traitements, et pensant qu'il n'y avait plus rien à faire, elle se séquestra de la société. Elle fut adressée au docteur Brown, qui trouva, au moyen du toucher, une tumeur de la grosseur de l'utérus au septième mois de la gestation, s'étendant surtout du côté gauche, s'étendant également au delà de la ligne médiane jusque vers la fosse iliaque droite; cette tumeur était parfaitement circonscrite et fluctuante dans toute son étendue. Le col de l'utérus était parfaitement sain, et les règles revenaient régulièrement; cependant la santé générale avait notablement souffert. Le docteur prescrivit un mélange de pilules bleues et d'opium en pilules; une potion, dans laquelle entrait de l'acétate de potasse, de la scille, et plusieurs autres diurétiques; des frictions mercurielles pratiquées tous les soirs sur les cuisses, et l'application d'un bandage de flanelle compressif sur l'abdomen, aussi serré que la malade pourrait le supporter; nourriture abondante, exercice en plein air. Huit jours après, les gencives étaient considérablement gonflées; cependant le traitement ne fut pas interrompu. A cette époque, on reconnut que le volume de l'abdomen avait notablement diminué; la santé générale était meilleure, l'esprit de la malade plus tranquille.

Le 17 septembre, on reconnut, en mesurant de nouveau l'abdomen, que cette cavité avait diminué de quatre pouces. Le docteur Brown trouva l'occasion favorable pour pratiquer la ponction du kyste; ce qu'il fit immédiatement. Elle donna issue à six pintes d'un liquide albumineux d'une couleur foncée, ressemblant beaucoup à du café non clarifié. Le bandage fut aussitôt réappliqué, et le même traitement continué de nouveau.

Le 27 novembre, l'abdomen avait encore perdu un pouce et demi de son étendue; mais comme à la première ponction, il en retira cinq pintes d'un liquide parfaitement transparent et jaunâtre. Il profita de cette ponction pour, sans retirer la canule, ouvrir le premier kyste. Cette ponction donna issue à six pintes d'un liquide couleur café. Nouveau bandage compressif, plus serré que par le passé; continuation du traitement. Sans entrer dans plus de détails, nous dirons que M. Brown augmenta de jour en jour la compression, en plaçant sur l'abdomen une quantité plus grande de compresses.

Le 1er janvier, on sentait dans l'abdomen les restes des deux kystes, qui étaient affaissés sur eux-mêmes, et qui ne contenaient plus de liquide. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

Fièvre avec ictère et crampes. — En octobre 1845, le *Journal des connaissances médico chirurgicales* publia deux faits qui donnèrent occasion à des journaux belges d'insérer dans leurs colonnes un article intitulé *la Fièvre jaune* à Paris. Le docteur Alamir Carconac vient d'adresser au même recueil un fait à peu près analogue à ceux auxquels nous faisons allusion. Nous reproduisons textuellement sa communication.

Le malade dont j'ai à vous parler était un ouvrier mécanicien, d'une très forte constitution, habitant à la campagne un lieu humide mais bien aéré. Cet homme, qui était en contravention permanente avec toutes les lois de l'hygiène, avait eu une rixe, aux derniers jours de septembre, avec quelques enfants à la poursuite desquels il s'était démesurément acharné.

Le 10 octobre, je fus appelé auprès de lui. Je le trouvai couché dans le décubitus dorsal. Il se plaignait d'une forte céphalalgie, de douleurs abdominales et de fortes crampes dans les jambes. Il accusait de l'anorexie, des envies de vomir. La peau était chaude, la fièvre peu intense. L'intelligence était parfaitement lucide. La langue était recouverte d'un enduit saburral, l'abdomen à peu près insensible à la pression. Pas de selles depuis plusieurs jours.

J'avais alors dans ma clientèle et dans le même rayon cinq fièvres typhoïdes en traitement. J'étais sur mes gardes. C'était le soir : je prescrivis la diète, quelques boissons délayantes, un lavement.

Le 11, le malade était dans le même état; j'ordonnai un laxatif. Du 12 au 13, il y eut un mieux marqué.

Le 14, je fus mandé de bonne heure, le malade se trouvant moins bien depuis la veille, temps où se montrèrent d'une manière très marquée les symptômes dont je vais parler. C'est à ce moment que je pus observer les caractères d'analogie dont j'ai parlé plus haut. Le malade accusait la sensation d'une barre au front. Les crampes dans les membres pelviens étaient extrêmes, l'anxiété très grande. Au premier examen, je fus frappé de la coloration de la peau passée au jaune-orange. Les douleurs abdominales étaient très prononcées dans l'hypocondre droit. A la pression, la région du foie était sensible. Le ventre n'était pas ballonné. La langue était toujours saburrale; les selles noirâtres. Intelligence toujours intacte; 95 pulsations; 25 sangsues sur la région hépatique; eau de chiendent avec sirop de groseilles; lavement. Vers le milieu du jour, il y eut un peu d'amélioration.

A dix heures du soir, on vint me prier de me rendre auprès de ce malade. Je le trouvai sur son pot de nuit. Sa femme était seule près de lui.... Une scène lugubre allait se passer.... Deux minutes après mon arrivée, le malade, sans répondre à l'invitation pressante que je lui adressai de se laisser coucher, saisit convulsivement le chandelier, renverse son siége et tombe. Un batelier appelé au secours m'aida à remonter le malheureux sur son lit, où nous eûmes beaucoup de peine à le maintenir. Je parvins à le rappeler à lui. Il me dit quelques mots très suivis, et il expira.

Je ne demandais pas à faire l'autopsie, je ne l'aurais pas obtenu. Nous sommes loin du jour où le public comprendra que, dans son intérêt comme dans celui de la science, aucun moyen d'investigation ne devrait être refusé à celui qui est chargé de remédier aux désordres de son organisation.

Bibliographie.

Hygiène des familles, ou du perfectionnement physique et moral de l'homme, par le docteur François DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Regardant comme incomplets, ou du moins comme n'atteignant qu'incomplètement le but que l'on s'est proposé en les écrivant, les ouvrages d'hygiène qui existent jusqu'à présent, M. Devay a voulu essayer de faire un livre dans lequel fût exposée avec détail la toute-puissance de l'hygiène pour adoucir ou guérir les plus grands maux de l'humanité. « Nous l'avons présentée, dit-il, comme un système de hautes prévisions, devant circonvenir la famille entière, pénétrer les habitudes de chacun de ses membres. C'est de cette manière seulement que l'hygiène, le plus beau rejeton de l'arbre des sciences médicales, peut produire des fruits abondants. »

Une des plus grandes afflictions des familles, c'est la multiplication, chaque jour croissante, des affections chroniques et héréditaires. Si les ressources de l'art médical paraissent généralement aussi limitées contre les maladies de cette espèce, la raison en est moins dans l'insuffisance même de la médecine, que dans la manière précaire dont elle est exercée. Cette régénération nécessaire de la famille ne peut être l'œuvre d'un jour; pour l'opérer, il faut que l'hygiène entre d'une manière intime, et non plus accessoire, dans le plan général de l'éducation. C'est pour remplir cette indication que M. Devay a voulu faire un livre qui pût guider la famille dans toutes les circonstances de la vie. Il a voulu pénétrer dans des questions intimes, parfaitement aperçues jusqu'à présent, mais à dessein reléguées dans l'ombre par les hygiénistes, en étudiant les maladies héréditaires; il a voulu amener les familles à se préoccuper plus sérieusement du mariage sous le rapport sanitaire; et c'est là certainement une des parties neuves et les plus importantes de son ouvrage.

Quelques mots maintenant sur le plan qu'a suivi l'auteur. Après avoir déterminé dans le premier chapitre le but et les applications de l'hygiène, après avoir également étudié la santé, ses variétés et ses conditions, il expose les bases physiologiques de l'hygiène, et cherche à faire connaître les lois de conservation, de réaction, de perfectibilité qui gouvernent la matière organisée. Puis il examine, à propos des sexes et des âges, les circonstances particulières de la vie individuelle qui modifient les applications hygiéniques. La question des constitution et des tempéraments n'est pas traitée avec moins de développements et de soins. On lira avec intérêt un chapitre fort étendu dans lequel l'auteur se pose et résout par l'affirmative, après une discussion sérieuse et approfondie, les deux questions suivantes : Les types organiques désignés sous le nom de tempéraments existent-ils? Existent-ils tels que les anciens médecins les ont décrits? et qu'il termine enfin par l'étude des tempéraments acquis, c'est-à-dire des modifications que les agents physiques, l'éducation, les mœurs apportent à la complexion primitive.

La seconde partie du livre de M. Devay est consacrée à l'étude des modifications physiques, l'air atmosphérique, les aliments et les boissons, l'exercice et le repos, et de ceux qui agissent sur la sensibilité en général, et sur chacun des sens en particulier; c'est l'hygiène de l'individu.

La troisième partie a trait à l'hygiène de l'espèce, et c'est là que l'auteur a fait entrer les considérations dont nous avons parlé plus haut, relatives au grand acte de la propagation. Cette section de l'ouvrage, dans laquelle, pour le dire en passant, nous pensons que l'auteur aurait dû retrancher quelques pages un peu mystiques, fort bonnes en elles-mêmes et dont le seul tort est de se trouver dans un ouvrage de médecine, cette section, disons-nous, est une des parties de l'ouvrage dont la lecture est la plus attachante, et est semée de vues originales et neuves, d'aperçus ingénieux, en même temps qu'elle renferme les conseils les plus importants et les plus utiles sur l'hygiène de l'homme et de la femme à l'état de mariage, sur la nécessité du croisement des races et les inconvénients des unions contractées par des individus trop jeunes ou affectés de maladies héréditaires.

Enfin la quatrième et dernière partie comprend l'étude des modificateurs moraux, l'influence des passions sur le physique de l'homme, etc.

Le livre de M. Devay est un bon livre d'hygiène; il se recommande autant par la forme que par le fonds, autant par la solidité des pensées, la justesse et la logique des raisonnements, lorsque l'auteur discute, que par l'élégance du style, la finesse des détails, un choix heureux de citations et d'exemples empruntés à l'histoire de tous les temps. Pour tout dire, en un mot, c'est un ouvrage auquel cette réunion de qualités assez rares assigne une place également honorable dans la bibliothèque du praticien et dans celle du savant, du littérateur instruit, de l'économiste et de l'administrateur. F.

1° Les frais ne font rien à l'affaire.

2° L'autorité de M. Orfila est considérable sans doute; mais ce ne serait pas là première fois que j'aurais le malheur de me trouver en opposition avec lui, même sur des choses purement musicales. Ainsi M. le doyen n'aime pas, par exemple, la musique de Meyerbeer, que je trouve ravissante.

3° L'absence d'orchestration dans la musique de Palestrina n'infirme pas que ses chants soient sublimes, et parce qu'il faut de grandes masses instrumentales pour exécuter Cherubini et Lesueur, cela ne prouve pas que leurs messes ne soient pas supérieures.

4° Nous différons d'opinion, et voilà tout, sur la messe de dimanche. Vous dites blanc, je dis noir; qui a raison de nous deux? Affaire de goût.

A Monsieur Jean Raimond.

21 avril 1846.

Monsieur,

Au rebours de certaines gens auxquelles on a toujours volé quelque chose, et qui s'en vont revendiquant partout un droit de priorité, je viens décliner celui dont vous me faites honneur touchant la Société protectrice des animaux. Il est vrai, Monsieur, que depuis trois ou quatre ans je m'occupe de l'importante question des sévices qui, à partir de 1804, où fut imprimé l'excellent mémoire de notre confrère le docteur Grandchamp, avait été abandonnée par tous les écrivains français avec un dédain que j'ai peine à comprendre. Mais l'idée première de la Société qui vient d'être constituée, et dont je m'honore d'être l'un des membres fondateurs, appartient en entier à M. Parisot (de Cassel), qui a fait tous les frais et toutes les démarches qu'exigeait sa création; il est impossible même d'avoir déployé plus de zèle que ne l'a fait à cet égard le rédacteur en chef de la *Réaction agricole*. Voilà ce que je tenais à lui restituer.

Veuillez agréer, etc.

Dr DUMONT (de Monteux),
Médecin à Grenelle.

Démonomanie. Singulière guérison.

Un riche villageois du département du Nord, atteint depuis longtemps d'hypocondrie, et auquel d'officieux amis avaient fait croire qu'il était ensorcelé, alla, dans le courant de janvier dernier, consulter M. M***, à ***. J'ai sept démons dans le corps, dit-il.. Sept, pas plus? Non, sept seulement.

Le médecin, s'apercevant de l'état mental du malade, le fait causer, l'examine et lui promet de le guérir en sept jours, et de chasser chaque matin de son corps un démon à 20 fr. pièce; mais, ajouta-t-il, comme le dernier sera plus tenace, il me faut 40 fr. pour celui-là. Le villageois consent au marché, et le médecin recommande le secret à tous ceux qui étaient présents, leur déclarant que le prix de la guérison sera employé au soulagement des pauvres.

Le lendemain, il fait approcher l'hypocondriaque d'une machine que celui-ci ne connaissait point, et lui donne une forte commotion électrique. Le malade pousse un cri; le médecin dit froidement : Un de parti... Le jour suivant, même opération, même cri, même propos. Enfin, il en est de même du sixième. Mais quand il s'agit du dernier, le docteur recommande au malade de redoubler de courage, vu que celui-ci, chef de sa bande, ferait une vigoureuse résistance, et qu'il fallait le traiter plus durement; en effet, il administra une telle commotion au prétendu possédé, que celui-ci tomba sur le plancher. Enfin, dit le médecin, les voilà tous loin; et il fait porter le villageois encore évanoui sur un lit. Revenu à lui, le prétendu ensorcelé se déclara guéri, paya le prix convenu et s'en retourna gaiement dans son village.

Cette singulière cure honore la sagacité de celui qui l'a faite, et prouve la vérité de ce mot de Salomon : « Qu'il faut quelquefois parler au fou selon sa folie. » (*Libéral du Nord.*)

Trois infanticides. — Observation médico-légale sur les dents des enfants.

Les docteurs en médecine auxquels a été confié le soin d'examiner les deux cadavres d'enfants enfouis en 1841 et 1843, ont reconnu sur les débris des mâchoires les premiers rudiments des dents molaires qui se manifestent ordinairement du huitième au neuvième mois de la grossesse. Ces débris, suffisamment conservés, ont fait affirmer de la manière la plus positive que l'enfant né en 1841 avait dû nécessairement naître le huitième mois de la grossesse, et que celui qui était né en 1843 avait dû nécessairement naître à terme.

Ainsi la médecine légale a été le puissant auxiliaire de la justice.

(*Le Droit.*)

Commission permanente du Congrès médical.

L'impression des *actes* du Congrès médical est terminée. La Commission permanente va mettre sous presse une circulaire adressée à tous les adhérents, indiquant les mesures d'ordre et de régularité à suivre pour la distribution de cette publication.

Correspondance.

Sur l'extirpation du globe de l'œil.

Paris, le 20 avril 1846.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser quelques observations sur un article publié dans un de vos derniers numéros au sujet d'une opération d'extirpation du globe de l'œil, que M. Lenoir a pratiquée à l'hôpital Necker, par le procédé de M. Bonnet. L'auteur de l'article, M. Lunier, dit : « Ce procédé a déjà été employé à Lyon par M. Gensoul, sous les yeux de M. Bonnet lui-même, et à Paris par M. Bérard. » Il y a bientôt deux ans, j'ai également employé, à Paris, ce procédé avec succès, sur une personne affectée d'ossification de la choroïde; et les réflexions pratiques que ce nouveau procédé m'a suggérées, se trouvent insérées avec détail dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 octobre 1844. Voici en deux mots l'historique de la ténotomie appliquée à l'extirpation du globe de l'œil. C'est M. le professeur Stœber de Strasbourg, qui pratiqua le premier ce procédé sur le vivant d'après les indications opératoires données par M. Bonnet dans son Traité des sections tendineuses et musculaires. Quelque temps après, ce même procédé fut employé avec succès par M. Florent Cunier à Bruxelles, par M. le professeur Bérard et par moi à Paris. En ajoutant à ces trois observations sept nouveaux cas, dont un rapporté par M. Bérard, quatre par M. Cunier et deux par MM. Gensoul et Lenoir, on aurait dix succès bien constatés d'extirpation du globe de l'œil par le procédé proposé par M. Bonnet.

Je me dispenserai de faire ici un parallèle détaillé entre les avantages du nouveau procédé et les inconvénients de l'ancien; il suffit d'indiquer les accidents graves qui accompagnent ou suivent l'extirpation de l'œil pratiquée par l'ancien procédé, sans compter les hémorrhagies, les perforations des parois de l'orbite pendant l'opération, la méningocéphalite et les accidents causés par les tamponnements et la compression, les observations ne manquent pas dans les annales de la science pour prouver que dans un grand nombre de cas la vie des opérés est compromise. Depuis Bartisch, qui, le premier pratiqua l'extirpation de l'œil, jusqu'à nos jours, beaucoup de malades ont succombé à la suite de cette opération. Une des dernières extirpations du globe, pratiquée à Paris par l'ancien procédé, a été suivie de ce fâcheux résultat. (*Gazette des Hôpitaux*, août 1844. Clinique de l'Hôtel-Dieu.)

Je reviens à l'observation de M. Lenoir. En employant le nouveau procédé, ce chirurgien a suivi exactement les conseils que j'ai donnés en exposant les détails de mon opération. « Il faut avoir fait ou vu faire cette opération par les anciens procédés, ai-je dit dans ce journal (31 octobre 1844) pour apprécier à leur juste valeur les avantages de la ténotomie appliquée à l'extirpation de l'œil. Je ne pouvais mieux comparer ce procédé qu'à une simple opération de strabisme; d'autant plus qu'au lieu de couper le nerf optique après avoir fait la section des muscles d'un seul angle de l'œil, ainsi que l'ont pratiqué MM. Stœber, Bérard et Cunier, j'ai d'abord coupé circulairement la conjonctive et les six muscles de l'œil, comme dans l'opération du strabisme, et j'ai terminé l'opération par la section du nerf optique. »

Sans attacher beaucoup d'importance à cette légère modification, je crois néanmoins que cette manière de procéder est à la fois plus simple et plus commode pour l'opérateur, et moins douloureuse pour le malade. Quoi qu'il en soit, le résultat de l'opération est toujours très heureux, qu'on incise le nerf optique après la section de tous les muscles de l'œil, ou après avoir fait la section des muscles d'un seul angle. Ce que je tenais surtout à constater, c'est que, d'après les succès qu'on obtient par ce procédé, il serait désormais imprudent et même téméraire de la part du chirurgien, de vouloir pratiquer l'extirpation du globe par les anciens procédés, dont l'emploi ne serait tout au plus indiqué que dans les cas de dégénérescence complète de l'œil et de ses annexes.

Agréez, etc.,

FURNARI, D.-M.

NOUVELLES.

Le Conseil supérieur de santé vient d'adopter les mesures sanitaires proposées par le ministre du commerce d'après les instigations de l'administration sanitaire. Ces mesures consistent 1° pour les provenances de Turquie par les paquebots à vapeur, dans la réduction de la quarantaine avec patente nette de neuf jours à cinq jours d'observation; 2° pour les provenances d'Egypte et de Syrie par les paquebots dans l'admission de la patente nette qui jusqu'alors était refusée en France et dans la fixation de la quarantaine avec cette patente à sept jours. Quant aux patentes brutes et suspectes, elles restent les mêmes, il n'a pas été question des marchandises.

Cette légère modification ne change en rien les bases erronées de notre système sanitaire. L'administration ne veut pas les abandonner; elle comprend que du jour où elle sera forcée d'entrer dans le fond de la question c'est-à-dire dans la question de santé publique, elle se trouvera incompétente.

On se ferait difficilement une idée des niaiseries scientifiques qui ont été gravement émises pour soutenir le système actuel; on n'a tenu aucun compte des conclusions de la Commission de l'Académie de médecine, et cependant elles ont été vigoureusement défendues par M. Ferrus, qui, nous l'en félicitons, s'est souvenu qu'il était avant tout médecin, et qui s'est élevé vivement contre les prétentions administratives et contre certains hommes de l'administration qui se croient capables de traiter les questions sanitaires dont ils ne connaissent pas le premier mot.

La mauvaise volonté était évidente. M. le ministre, au lieu de présider et d'écouter les avis qu'il était censé demander, combattait toute proposition qui n'était pas la sienne. Il y avait parti pris : M. le ministre pesait de toute son influence, et cependant une minorité éclairée n'a pas craint de protester par son vote contre des propositions insignifiantes.

Une ordonnance sanitaire paraîtra prochainement, basée sur la décision du Conseil supérieur de santé. On peut à l'avance en apprécier la nullité.

Mouvement des hôpitaux de Paris pendant 1845. — Le chiffre des malades existant en traitement dans les hôpitaux de Paris a varié, dans les douze mois de 1845, entre 11,261, chiffre minimum (novembre), et 12,576, chiffre maximum (mars). Le chiffre des malades ou infirmes a varié dans les hospices entre 11,417 (août), et 11,643 (décembre). On voit par là que la population malade soignée dans les hôpitaux et hospices a été, à Paris, constamment de 22 à 23,000. Le mouvement des entrées a été, dans l'année 1845, de 88 814 malades, et les sorties, prises, en général, comme les entrées, ont été de 79,402. Le nombre des décès a été, dans tous ces établissements de 9,666, dont 6,875 morts dans les hôpitaux, et 2,791 dans les hospices. La mortalité la plus forte dans les hôpitaux a été pendant le trimestre de janvier (1,958); la plus faible, pendant le trimestre de juillet (1 516).

— Le sénat académique de Leipzig vient d'adresser à la seconde chambre des états de Saxe une pétition en faveur de la réforme de l'organisation médicale.

— Le gouvernement belge a demandé l'avis de l'Académie royale de médecine de Belgique sur des modifications qu'il veut faire aux tarifs criminels en ce qui concerne les médecins. D'après ce projet, les tarifs seraient tous augmentés, et les médecins appelés devant le juge d'instruction ou aux débats, à raison de leurs déclarations ou rapports, ne seraient plus assimilés à des témoins ordinaires; mais les indemnités dues pour chaque jour de comparution leur seraient payées sur le pied d'une visite ou vacation.

Il serait temps que chez nous on rendît aussi moins onéreux les services que le médecin rend à la justice.

— Les inspections médicales des hôpitaux militaires et des corps de troupes vont commencer.

La France est divisée en sept arrondissements, répartis comme il suit :

1er arrondissement :	MM.	Pasquier et Peysson.
2e	—	Moizin et Malapert.
3e	—	Bégin et Herpin.
4e	—	Gasc et Hutin.
5e	—	Alquié et Scoutteten.
6e	—	Soudan et Paul.
7e	—	Brault et Schlosser.

C'est du 1er au 15 mai que MM. les inspecteurs de santé militaire doivent commencer leurs tournées, qui comprendront les vingt et une divisions.

— Encore une victime du charlatanisme..... La justice de Privas, assistée de deux médecins, a fait exhumer le cadavre du nommé Chapus, mort, il y a deux mois, à la suite d'un traitement prescrit par un officier de santé, d'après les inspirations de sa somnambule. Il paraît que Chapus, malade depuis longtemps, aurait été plongé dans un tonneau contenant un bain préparé avec certaines substances qui auraient asphyxié.

— M. de Riglès, pharmacien breveté, demeurant à Lyon, prévenu d'avoir fait annoncer et vendre à Paris, chez M. Laurent, un *remède secret* qu'il intitule *alcool de menthe*, a été acquitté par jugement à Paris, en date du 22 de ce mois, la prévention n'ayant pas été suffisamment établie.

— Les professeurs de la Faculté de médecine de Copenhague sont mal rétribués, et, par suite, consacrent la plus grande partie de leur temps à la pratique médicale. Un projet de règlement, présenté au roi par le sénat académique, accorde une notable augmentation de traitement à tous les professeurs qui feront la promesse de ne plus se livrer à la pratique et de s'occuper exclusivement de leur enseignement.

— Le sentiment de la nationalité scandinave s'est manifesté récemment dans une décision des médecins des trois royaumes. Trois journaux de médecine qui paraissaient isolement en Suède, en Norvége et en Danemark, se sont réunis en une seule publication.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Erratum. Dans le dernier numéro, article MAISON DE SANTÉ, page 195, 2e alinéa, *au lieu de* fracture du col de l'omoplate, *lisez* fracture du col de l'humérus.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 AVRIL 1846. (19e ANNÉE.) N°. 51. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Les ateliers étant fermés le vendredi 1er mai, le Journal ne paraîtra pas samedi.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Paralyse du mouvement, le sentiment ayant persisté jusqu'à la mort. Autopsie. Cas rare.

Le nommé Gérard (Maximilien), ébéniste, âgé de dix-neuf ans, est entré à la Charité pour une tumeur qu'il portait dans la région mammaire gauche. Cette tumeur présentait les caractères d'un abcès; de plus, ce malade était affecté d'une seconde tumeur d'aspect ganglionnaire dans la région sus-claviculaire du même côté.

A part ces abcès, dont il souffrait peu, ce garçon disait se bien porter; il mangeait avec appétit, dormait bien; mais l'habitude générale du malade donnait l'idée d'une constitution mauvaise ou de quelque affection viscérale; la face était pâle, la peau terreuse.

Un peu plus d'un mois après son entrée à la Charité, où il occupait le lit du n° 10, il survint un engourdissement dans les membres inférieurs, qui augmenta rapidement; il y eut bientôt paralysie complète du mouvement; le sentiment demeura intact. Non-seulement la paralysie s'empara des membres abdominaux, mais bientôt la vessie et le rectum se prirent.

Dans cet intervalle de temps, l'abcès du cou suppura; il survint des eschares; le malade s'éteignit. M. Velpeau constata, le matin même du jour où il succomba, que le sentiment était conservé dans les parties atteintes de paralysie.

En présence de ces symptômes si frappants et si tranchés, M. Velpeau se crut autorisé à penser que la lésion qui avait amené la paraplégie devait occuper la région antérieure de la moelle. Mais quel était ce genre de lésion? On dut pencher pour une suppuration, un tubercule, ou un ramollissement; et quant à la région de la colonne vertébrale qu'occupait la maladie, il y avait lieu de croire que ce ne pouvait être la portion lombaire; car on n'aurait pas pu alors s'expliquer quelques-uns des symptômes; par exemple, un engourdissement modéré, une paralysie incomplète des membres thoraciques qui empêchait le malade de serrer la main. M. Velpeau pensa donc que le siége du mal était la portion dorsale. L'autopsie, comme on le verra tout à l'heure, démontra que ce n'était point encore assez haut.

L'ouverture du cadavre donna de chacun des symptômes observés pendant la vie une explication si facile et si nette, qu'on peut dire qu'il est peu de faits aussi curieux que celui-là pour le médecin et le physiologiste.

On examina d'abord les côtes sur lesquelles se trouvait l'abcès sous-mammaire, qui fixa primitivement l'attention et fut la cause de l'entrée du malade à l'hôpital; ces os n'étaient point altérés; il était évident qu'il s'agissait d'un abcès froid, idiopathique sans aucune trace de carie.

La colonne vertébrale fut ouverte dans sa longueur, et l'on trouva vis à vis de la sixième vertèbre cervicale, ou plutôt s'étendant depuis la sixième vertèbre du cou jusqu'à la deuxième dorsale, une surface remplie de pus concrété ou de matière tuberculeuse; cette portion de la colonne vertébrale était légèrement cariée; la moelle se trouvait comprimée par une tumeur formée de matière purulente concrète, granulée, appuyée sur la région antérieure. La substance de la moelle elle-même se trouvait parfaitement saine; l'altération ne portait que sur la membrane externe, ou, pour nous mieux faire entendre, le pus concrété avait son siége précis entre la dure-mère et les vertèbres; tout indiquait, en un mot, une maladie portant seulement sur les enveloppes; et, en définitive, la lésion de la moelle épinière était toute mécanique. De plus, les vertèbres cariées communiquaient par un trajet sinueux avec l'abcès de la région sus-claviculaire.

Enfin, les veines des membres inférieurs étaient complétement remplies de concrétions sanguines anciennes; altération qui explique un phénomène dont nous n'avons pas parlé encore, mais dont nous dirons un mot tout à l'heure.

Le cerveau ne présenta rien de particulier. Nous ne savons pas si les autres viscères ont été examinés.

Nous le répétons; selon M. Velpeau, rien n'est plus clair et plus curieux à la fois que ce fait et cette autopsie, en ce sens qu'il est rare de rencontrer des altérations cadavériques rendant un compte aussi parfait des symptômes observés pendant la vie.

Ainsi, la paraplégie complexe s'explique par la lésion de la moelle; la cessation des fonctions de la vessie et du rectum, trouve son explication dans la même cause. On aurait pu dire plus; en y réfléchissant, on eût pu dire que la maladie occupait, non-seulement la région dorsale, mais aussi la portion cervicale de la moelle, puisque, indépendamment de la paraplégie, le malade accusait de l'engourdissement dans les membres supérieurs, et que le mouvement y était devenu difficile; qu'il y avait enfin paralysie incomplète.

La paralysie du mouvement seul, avec conservation du sentiment jusqu'à la mort du malade, est un phénomène trop remarquable pour que nous n'en cherchions pas l'explication. C'est une question qui a fait l'objet d'une multitude de recherches et de nombreuses discussions, que cette division des nerfs vertébraux en nerfs de mouvement et nerf de sentiment, selon que des deux racines, l'une émerge de la portion antérieure et l'autre de la portion postérieure de la moelle. Les expériences sur les animaux ont presque toujours été appelées à juger la question. On peut dire que les cas semblables à celui-ci sont rares, comme venant à l'appui des idées physiologiques assez généralement admises aujourd'hui. M. Velpeau en a publié un il y a plus de vingt ans; c'était l'observation d'une femme morte à l'hôpital de perfectionnement. Elle avait été affectée d'une paraplégie; le sentiment avait été aussi conservé; on trouva une sorte de fongus, de plaque encéphaloïde, occupant la région antérieure d'une portion de la moelle. Ce fait a été imprimé dans les Archives ou dans la Revue vers 1824; mais il s'en faut qu'il soit aussi concluant que celui-ci.

Nous insistons surtout ici sur cette remarque, que la conservation du sentiment a été constatée jusqu'à la mort du malade, parce qu'il arrive que dans ces sortes d'observations on tient quelquefois compte de cette circonstance dans le commencement de la maladie, puis qu'on l'oublie ou qu'on la néglige ensuite, ce qui peut faire le sujet d'objections impossibles à produire pour le cas actuel.

Quelle peut être l'origine de cette maladie? Nous voyons d'abord un foyer purulent dans la région sus-claviculaire, se continuant par un trajet fistuleux, sinueux, avec le pus de la colonne vertébrale, n'est-il pas permis de penser que le point de départ de tout cela s'est trouvé dans un ganglion tuberculeux de la région du cou. Nous n'ignorons pas qu'il est une objection possible, et qu'on peut dire, tout au contraire, que le mal, parti de la moelle, n'est arrivé que secondairement à l'extérieur, et qu'il s'agit là d'un véritable abcès par congestion; mais nous ne croyons pas que cette opinion soit soutenable; car alors il est clair qu'on rencontrerait aux vertèbres une carie considérable datant de loin; c'est ce qu'on n'observe pas. Faudrait-il admettre l'existence d'un tubercule comme point de départ de la maladie des enveloppes de la moelle vertébrale; mais n'est-il pas plus rationnel, plus conforme à l'observation de tous les jours, de penser que la maladie a débuté par l'inflammation, la suppuration d'un ganglion lymphatique; c'est, en effet, une affection très commune, beaucoup plus fréquente surtout que la précédente.

Pour nous donc, le foyer a commencé dans la région sus-claviculaire; de là, il a passé entre deux vertèbres jusque dans le canal vertébral.

A quels symptômes maintenant ont donné lieu les concrétions fibrineuses anciennes trouvées dans les veines des membres inférieurs? Ici encore tout s'explique: le malade a présenté un œdème tellement considérable des extrémités pelviennes, que les membres étaient presque triplés de volume. On comprend qu'une oblitération presque complète devait apporter au retour du sang un obstacle bien capable d'amener de tels symptômes.

Il n'est donc absolument aucun phénomène dont on ne puisse dans cette observation trouver une raison suffisante. Cependant le sujet, outre l'abcès de la région sous-mammaire gauche, présenta aussi dans les derniers temps de sa vie une collection au bas-ventre. Il resterait à expliquer la formation de ces deux abcès; mais l'on sait avec quelle prodigieuse et deplorable facilité le pus s'engendre dans certaines conditions de l'économie, conditions dans lesquelles malheureusement se trouvait ce jeune malade.

En résumé, les circonstances les plus importantes de ce fait ont été: la paralysie incomplète des membres supérieurs; la paralysie complète du mouvement avec intégrité du sentiment dans les membres abdominaux, reconnaissant pour cause l'existence d'une plaque de matière purulente concrète occupant les enveloppes de la moelle vers la fin de la région cervicale et le commencement de la portion dorsale, comprimant seulement la région antérieure et communiquant par un trajet sinueux avec l'abcès de la région sus-claviculaire.

C'est un des faits les plus intéressants de ce genre que M. Velpeau ait observés.

Des collections sanguines survenues après des violences extérieures. Des inconvénients des incisions. Efficacité de l'écrasement.

Au n° 34 de la salle des femmes est couchée une malade, âgée de cinquante-huit ans, journalière, qui porte au bas de la jambe gauche une tumeur noirâtre, se présentant sous l'aspect d'une plaque faisant relief d'un centimètre à peu près au-dessus du niveau des téguments; cette bosse est traversée par une plaie vers son centre. Elle est survenue à la suite de la chute d'un corps pesant, une armoire, à ce que dit la malade.

Bien qu'il y ait huit jours écoulés depuis l'accident, cette tumeur a conservé les caractères qu'elle a acquis dès le commencement; seulement, la plaie oblique que l'on y remarque est non le résultat de la chute du corps qui a produit la tumeur, mais bien un coup de bistouri donné par un médecin de la ville.

Selon M. Velpeau, cette incision, outre qu'elle était parfaitement inutile, pouvait devenir nuisible, et c'est pour cela qu'il est nécessaire de dire quelques mots de ces tumeurs et de la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer.

Quand par suite d'une cause quelconque, du sang vient à s'épancher hors de ses canaux naturels, deux conséquences peuvent en résulter; ou bien ce liquide s'infiltre dans les tissus, ou bien il se rassemble dans un même point, il se fait une collection. Dans le premier cas, il est toujours facile ou à peu près toujours facile de guérir les malades sans se servir de l'instrument; on voit la résolution s'opérer constamment sous l'influence de quelques moyens appropriés; dans le second, il est le plus ordinairement possible de guérir aussi sans opération; cependant il se peut qu'on se voie dans la nécessité d'employer le bistouri; mais nous ne craignons pas d'avancer que cela ne devient guère nécessaire que deux ou trois fois sur vingt.

Le plus souvent, en effet, la tumeur finit par disparaître seule, mais surtout si on prend le soin d'en pratiquer l'écrasement. Pour peu qu'on veuille réfléchir à cette méthode, on en comprendra facilement toute l'efficacité, même théoriquement. Car s'il est vrai, et l'observation le prouve, qu'une infiltration sanguine se guérisse toujours ou presque toujours, puisqu'on ne doit jamais employer ce mot *toujours* sans correctif en médecine et en chirurgie; s'il est prouvé, disons-nous, qu'une infiltration de sang disparaisse seule dans l'immense majorité des cas, qui ne voit que, par l'écrasement, on ne fait rien autre chose que de transformer une collection en infiltration.

Ainsi, chez cette femme, du sang s'est accumulé sur un point, ce liquide est mêlé au tissu cellulo-graisseux; il y a plus qu'une infiltration. Bien que ce ne soit pas là une collection à proprement parler, il est à peu près certain qu'avec une compression modérée, quelques résolutifs et du temps, cette malade eût guéri sans qu'il eût été besoin d'inciser.

Mais il y a plus, nous avons dit et nous persistons à croire que l'incision a des inconvénients et même des dangers. On conçoit que cette division des tissus doit être une cause d'inflammation, elle ne peut être pratiquée sans en amener à sa suite, cela est indubitable: or cette inflammation ne peut-elle pénétrer dans le foyer? et il y a cette considération grave et bien digne de l'attention des praticiens, c'est que ces phlegmasies qui s'étendent à ces sortes de foyers prennent facilement le caractère du phlegmon diffus; il peut donc survenir des suppurations étendues en dehors du foyer même, des déperditions de substances, en un mot tous les accidents, et l'on sait s'ils sont sérieux! qu'on n'observe que trop souvent avec l'inflammation diffuse du tissu cellulaire.

Il est très vrai que certains de ces foyers sanguins exigent impérieusement l'incision alors, par exemple, qu'ils s'échauffent, qu'ils tendent à s'enflammer et qu'on a tout essayé en vain pour prévenir cette terminaison défavorable; nous ajouterons même qu'il vaut mieux ne pas trop attendre, et qu'il convient de les ouvrir de bonne heure. Evidemment ce n'était pas le cas chez notre malade, elle n'avait rien éprouvé qui pût faire penser à l'inflammation du foyer, il n'est rien sorti par l'incision; il fallait s'en tenir aux résolutifs, c'est du reste ce qu'on va faire malgré la plaie.

Quand il arrive que la collection sanguine s'accumule dans un sac naturel au lieu d'envahir le tissu cellulaire, la conduite doit encore être la même; nous en voyons assez fréquemment des exemples, et nous en avons un encore dans les salles en ce moment. En parvenant à écraser les kystes, on fait passer le liquide dans les tissus voisins, et l'on produit ainsi une infiltration qui favorise singulièrement la résorption du liquide épanché; c'est surtout dans ces cas qu'on pourrait penser à l'évacuation du sang par l'incision, mais nous venons de faire connaître les inconvénients attachés à cette pratique, qu'on ne doit mettre usage qu'alors que l'é-

crasement est impraticable ou qu'il y a des signes d'inflammation.

Collection dans la bourse muqueuse olécranienne. Difficultés du diagnostic.

Un jeune homme, après un coup sur le coude, auquel il fit peu d'attention d'abord, éprouva bientôt de la douleur, une chaleur assez vive, et il survint une tumeur qui le décida à entrer à la Charité. On ne trouve rien sur le devant de l'articulation ; les rainures qui séparent l'olécrane de l'épicondyle et de l'épitrochlée ne présentent point de hourrelets ; on ne voit de saillie que derrière l'olécrane, sans empâtement des tissus ; la tumeur est un peu étalée.

Toutes les fois qu'il se fait un épanchement dans l'articulation du coude, ou bien la tumeur occupe la moitié antérieure, ou bien la moitié postérieure ; les rainures osseuses s'effacent, et quand on fait plier le bras du malade, on aperçoit des bosselures ; si on étend l'avant-bras au contraire, presque toujours il se manifeste quelques saillies en avant.

Les caractères de la tumeur permettent donc de penser que le liquide n'occupe point ici l'articulation. Si l'on fait plier le bras du malade, la tumeur s'étale ; mais l'on ne trouve aucun bourrelet. Il est donc possible, puisque la cause est un coup, qu'une collection de liquide se soit faite entre les téguments et les os. Quelle est la nature du liquide épanché ? Du sang, du sérum ou du pus.

La tumeur étant survenue à la suite d'une violence extérieure, il est permis de songer à du sang ; mais il faut remarquer que le gonflement n'a pas été considérable et qu'il n'est pas survenu rapidement, que la tuméfaction s'est accompagnée de douleur et de chaleur, symptômes qui éloignent l'idée d'un épanchement sanguin. Une collection de sérum, de synovie s'accorderait mieux avec les commémoratifs ; et pourtant la tumeur n'a pas précisément les caractères matériels des kystes de la bourse olécranienne, ces tumeurs formant d'ordinaire une bosse limitée, circonscrite, de la forme et du volume d'une moitié d'œuf. Il n'y a cependant alors que l'articulation elle-même qui puisse fournir ce liquide, et nous avons dit que ce n'était point une collection ayant son siége dans l'article. L'absence d'empâtement et de bourrelet éloigne toute idée de pus ; nous sommes donc amené à conclure que, malgré quelques signes négatifs, le siége de la maladie est dans la bourse muqueuse olécranienne, qu'il s'agit probablement d'une collection de sang ou de sérum dont l'inflammation s'est emparée sans la participation évidente de la peau, à cause du sac dans lequel cette inflammation s'est développée.

En présence d'une telle maladie, le pronostic doit être moins grave que si le liquide occupait l'articulation, mais plus sérieux cependant que s'il était sous-cutané, parce que, après un coup ou une chute, les os peuvent avoir été contusionnés, et l'exfoliation peut en être la conséquence.

— M. Velpeau a pratiqué cette semaine une injection iodée dans une tumeur du cou, et une ponction exploratrice dans une autre de la même région, sur un malade venu du dehors. Comme déjà, dans un cas précédent, la ponction faite à ce dernier n'a fourni que du sang, bien que l'aiguille ait paru pénétrer dans un sac, l'injection iodée n'a pas été faite.

L'intérêt qui s'attache à ces sortes d'opérations dont nous avons rapporté un assez grand nombre dans un compte-rendu précédent, ayant été ravivé par la récente discussion à l'Académie, nous en publierons les résultats. PAJOT.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Kystes des paupières chez deux malades. Remarques cliniques sur cette affection. Réflexions sur les règles à suivre dans l'amputation des doigts.

Nous avons dans notre service, dit M. Robert, deux malades affectés de kystes aux paupières. C'est une maladie en elle-même légère, mais très fréquente dans la pratique, et dont le traitement exige certaines précautions pour être suivi de sueurs et ne donner lieu à aucun accident. Aussi je vais vous en dire quelques mots, qui ne seront pas sans intérêt pour votre instruction.

Nos deux malades sont deux adultes, d'un tempérament lymphatique. Ils affirment n'avoir jamais eu mal aux yeux, ni de tumeurs semblables à celles qu'ils présentent maintenant aux paupières. Les kystes chez tous les deux existent à la paupière supérieure, circonstance qui mérite d'être notée. Nous avons observé pour notre compte ces tumeurs plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, sans pouvoir pourtant trouver dans l'anatomie de cette partie une raison plausible de ce fait. Ces tumeurs chez nos malades commencèrent par un petit point, et allèrent en augmentant, mais avec lenteur. Chez l'un des malades elles atteignirent le volume d'un gros noyau de cerise ; chez l'autre, celui d'un petit pois. Elles n'occasionnèrent pas de douleurs véritables aux malades, mais seulement quelque gêne dans les mouvements de la paupière, et quand ils se mettaient au travail pendant quelque temps, ou restaient exposés à une lumière vive, etc., l'œil se fatiguait, s'injectait un peu et devenait le siége de quelques légères douleurs.

D'après ce que nous venons de dire, il semblerait qu'il fût très facile de diagnostiquer ces espèces de tumeurs seulement à la vue ; il n'en est cependant pas toujours ainsi. Lorsque ces kystes se développent dans l'épaisseur des paupières au delà du cartilage tarse, on ne peut jamais se tromper sur leur nature ; mais il n'en est pas de même s'ils sont situés sur la face antérieure de ces cartilages ; il se forme en effet sur ces parties, et probablement à leurs dépens, de petites tumeurs dures, circonscrites, quelquefois bosselées, et en tout semblables à des kystes, mais entièrement solides et formées par un tissu qui m'a paru être fibreux. Les tumeurs que j'ai observées il y a quinze ans n'avaient pas, que je sache, été décrites à cette époque ; depuis lors elles l'ont été par quelques praticiens, principalement par M. Barthélemy. Du reste, il ne faudrait pas s'inquiéter de la possibilité de semblables méprises ; car lorsqu'on a incisé une tumeur de cette nature qu'on avait prise pour un kyste, il suffit pour la guérir radicalement d'en exciser la partie proéminente, et de cautériser le reste avec un crayon de nitrate d'argent.

La première fois que j'ai eu affaire à une de ces petites tumeurs, je l'ouvris croyant qu'il s'agissait d'un kyste, et je trouvai que c'était une tumeur solide de la nature enfin de celles que je viens de vous décrire. Je me décidai à l'enlever par la dissection ; mais je ne pus y parvenir, et ce ne fut qu'après d'inutiles efforts pour l'arracher complétement, que je me décidai à la cautériser, inquiet que j'étais sur sa nature. Il s'y établit une inflammation suppurative qui fit disparaître le reste des tissus malades. Je sais que, depuis, d'autres chirurgiens en ont observé et traité avec succès de la même manière.

On pourrait se demander ici quelle est la nature de ces petites tumeurs ? C'est une question qui peut intéresser beaucoup le pathologiste, mais qui n'est pas d'un grand intérêt pratique sous le point de vue du traitement ; et d'ailleurs, je n'ai pas eu l'occasion de faire des recherches d'anatomie pathologique à cet égard. Aussi nous ne nous en occuperons pas pour le moment.

Chez nos deux malades, les tumeurs étaient de véritables kystes. Il faut, je vous l'ai déjà dit, une opération chirurgicale pour guérir cette affection, et nous l'avons pratiquée chez les mêmes. Par quel côté fallait-il attaquer ces petites tumeurs ? Par la face interne de la paupière ou par la surface cutanée ? Quelques chirurgiens, à l'exemple de Scarpa, préfèrent agir par la partie interne ; mais nous avons vu plus d'une fois survenir dans cette opération pratiquée de la sorte, une conjonctivite plus ou moins intense, au point de voir la cornée courir quelque danger. C'est pour cela que nous avons repoussé cette méthode, et nous vous engageons à en faire autant dans votre pratique pour vous mettre à l'abri, dans une opération si simple et peu grave par elle-même, de la possibilité de graves accidents.

Pour ne vous citer qu'un fait de notre pratique particulière, nous vous citerons celui d'une dame du monde, jolie et coquette, à laquelle craignant beaucoup de laisser quelque difformité sur ls paupière, nous nous décidâmes à pratiquer l'opération par la surface interne de la paupière, et cela d'autant plus facilement que le kyste chez elle nous paraissait tout à fait conjonctival, siégeant à la paupière inférieure. A la suite de cette opération il se développa une conjonctivite si intense, qu'il en résulta une petite ulcération à la partie inférieure de la circonférence de la cornée, dont nous eûmes quelque peine à obtenir la cicatrisation. Nous en vînmes à bout fort heureusement, mais avec tant d'inquiétude que nous nous sommes bien promis de changer notre manière d'opérer pour l'avenir. Depuis lors, nous avons toujours opéré ces tumeurs du côté de la peau de la paupière.

Comment faut-il procéder dans cette opération ? Dans quel sens faut-il faire l'incision à la peau palpébrale ? Quelques chirurgiens proposent de la faire dans le sens artériel ; mais nous préférons la pratiquer dans le sens transversal ; car la cicatrice qui en résulte étant faite dans le sens des plis de la peau, se trouve peut-être plus facilement cachée dans ces plis mêmes. La peau étant incisée, on arrive tout de suite dans le kyste. Plusieurs praticiens préfèrent d'enlever la petite tumeur en la disséquant tout autour ; mais cette opération est assez difficile, et on s'expose en outre au danger de transpercer le voile palpébral, comme du reste il est déjà arrivé plus d'une fois à la suite de cette manière d'opérer. Il est d'ailleurs inutile de faire cette extirpation ; il suffit d'ouvrir le kyste et d'en cautériser l'intérieur ; il survient une petite inflammation suppurative qui enlève le contenu de la tumeur, et la guérison a lieu ordinairement sans accident.

Ceux qui suivent cette méthode, qui est aussi la nôtre, ne procèdent pas tous, à notre avis, de la manière la plus commode, ni la plus sûre ; généralement, après l'incision de la peau, on pique avec la pointe d'une lancette le kyste, et on introduit par cette ouverture, dans la cavité du kyste, un crayon de nitrate d'argent qu'on y promène dans tous les sens. D'abord, de cette manière, on risque de perforer la paupière dans toute son épaisseur en traversant le kyste lui-même ; ensuite, on n'est pas toujours sûr d'avoir introduit le crayon caustique dans l'intérieur du kyste ; on peut facilement l'engager entre les parois de celui-ci et la peau, et cautériser seulement le tissu cellulaire extérieur de la tumeur, ce qui n'amènerait pas la guérison, comme il est arrivé une fois à moi-même.

Pour éviter ces inconvénients, nous avons adopté une autre méthode, qui, du reste, est fort simple : la peau étant incisée, nous embrochons la paroi antérieure du kyste avec un ténaculum fin, et nous en incisons la portion la plus saillante à l'aide d'un bistouri conduit en dédolant ; puis, avec un crayon de nitrate d'argent, nous en cautérisons tout l'intérieur ; l'ouverture étant bien large, nous sommes plus sûr de ne pas nous tromper surtout dans la cautérisation.

Le pansement que nous employons est fort simple : il suffit de bassiner l'œil avec de l'eau froide, en le tenant couvert avec une compresse mouillée pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Au bout de huit ou dix jours, la maladie est ordinairement guérie, car l'inflammation qui se développe dans la plaie est généralement presque nulle, et tout se passe sans accident. Il ne reste après qu'un petit noyau induré qui se dissipe peu à peu.

Règles à suivre dans les amputations des doigts.

A propos d'un malade affecté de panaris, auquel M. Robert a amputé le doigt anulaire, nous reproduisons quelques idées émises par ce chirurgien sur les règles à suivre dans cette amputation.

On peut employer, dit-il, plusieurs méthodes dans cette opération : la méthode ovalaire, la circulaire et la méthode dite à lambeaux. La première de ces trois méthodes est, selon nous, défectueuse ; elle est longue à exécuter, et par conséquent plus douloureuse ; ensuite, malgré toutes les précautions qu'on puisse prendre, souvent après la désarticulation on n'a pas assez de peau pour bien couvrir la face dorsale de la tête de l'os métacarpien, la peau qui le recouvre ayant dû être circonscrite et enlevée dans l'angle des deux incisions en V qui se pratiquent dans cette opération. Ceci constitue un grave inconvénient, car, les os n'étant pas bien couverts, on est obligé d'exercer une certaine pression sur la peau pour tenir les bords de l'incision rapprochés. Aussi ne l'avons-nous pas adoptée.

La seconde méthode, dont M. Chassaignac est partisan, est réellement plus simple et plus prompte à exécuter que la première, lorsque les parties molles ne sont pas engorgées, comme il arrive, par exemple, quand on opère sur le cadavre ; mais, comme ordinairement on a affaire à des doigts profondément malades dont les tissus sont plus ou moins infiltrés, l'opération ne devient pas si facile sur le vivant ; ensuite, on s'expose aussi dans ce cas à ne pas avoir assez de peau pour bien couvrir le petit moignon.

C'est pour cela que nous avons préféré la méthode à lambeaux, et en particulier le procédé recommandé autrefois par M. Lisfranc dans ses cours de médecine opératoire, qui, du reste, est maintenant le procédé communément suivi dans la pratique de beaucoup de chirurgiens. Il est très important d'avoir de grands lambeaux dépassant d'un centimètre environ le niveau de la commissure interdigitale, car la peau, qui après l'opération semble être de trop, se rétracte bien vite en vertu de son élasticité naturelle, et, au bout de peu de temps, elle ne paraît plus du tout trop longue et couvre sans aucune difformité les parties osseuses. C'est là un des premiers avantages. Un second avantage, c'est que, par cette méthode, on n'a pas besoin de couvrir de bandelettes agglutinatives la plaie pour en tenir les surfaces bien affrontées ; il suffit de placer de chaque côté, dans le sillon qui forme la base de chaque lambeau par sa réunion avec le doigt voisin, un cylindre de charpie, puis de couvrir le tout avec un linge troué et un peu de charpie maintenue par une petite bandelette autour de la main de manière à maintenir les doigts rapprochés les uns des autres. Le troisième, enfin : si par hasard il se manifeste un travail suppuratif et qu'il faille donner issue au pus, il est très facile d'y parvenir en écartant l'angle palmaire de la plaie elle-même.

Il faut aussi surveiller attentivement les suites de cette opération pour prévenir le développement d'une inflammation dont les conséquences peuvent être aussi graves que celles des plaies qui sont dues aux grandes opérations. Ainsi, des abcès pourraient se former, et se propager dans la gaîne synoviale et sous l'aponévrose palmaire, de là gagner le poignet et même l'avant-bras avec un grave danger pour la vie de l'opéré. Une des conséquences les moins graves et cependant très sérieuse de l'inflammation, est la formation d'un petit abcès autour des tendons fléchisseurs et au voisinage de la plaie, car il est souvent suivi de la mortification du tendon et donne lieu à une suppuration très longue, qui ne cesse qu'après la chute du tendon lui-même et est suivie quelquefois d'une fistule difficile à guérir.

Aussi, chez notre malade, nous avons pris la précaution de ne pas employer de bandelettes agglutinatives pour le pansement ; nous nous bornons au pansement simple que nous venons d'indiquer dans ces circonstances ; ensuite, nous avons fait placer la main sur un coussin et dans une position horizontale, en ordonnant d'arroser l'appareil fréquemment avec un petit filet d'eau à peine tiède ; enfin, nous recommandons au malade de ne pas quitter le lit jusqu'à ce que la plaie soit en bonne voie de guérison.

Toutes ces petites précautions nous ont paru très utiles, et bien rarement avec elles nous avons eu à déplorer les moindres accidents qui compromettent le résultat de l'opération. C'est là la pratique que nous avons adoptée depuis longtemps et dont nous sommes très satisfait, car ordinairement, en procédant comme nous venons de dire, au bout de quinze jours la guérison est complète.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 28 avril 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. le président tire au sort le nom des membres qui, réunis au bureau, devront se rendre au château le 1er mai, pour complimenter le Roi à l'occasion de sa fête.

Le sort désigne MM. Baron, Récamier, Rochoux, Bouley, Henry, Jadelot, Civiale, Bricheteau, Emery, Cruveilhier, Devilliers, Chevallier, Jourdan, Richard, Chomel, Burdin, Bérard et Ségalas.

— *M. Capuron* lit un rapport sur une observation de rupture de l'utérus pendant l'accouchement.

— *M. Rochoux* demande de nouveau des explications sur le retard que met la Commission de la peste à continuer son rapport. De tous les motifs dont on parle, dit-il, il ne veut tenir compte que du plus honorable, celui qui se fonde sur cette intention manifestée par la Commission, de ne présenter son rapport que lorsqu'elle serait unanime sur les conclusions. Mais cette unanimité n'est nullement nécessaire, Les membres de la minorité auront toujours le droit de prendre part à la discussion ; et dans toutes les commissions, c'est la majorité qui décide. Il devient urgent que la Commission reprenne sa lecture sous peine de faire un *fiasco* ridicule.

M. Ferrus, président de la Commission de la peste. L'insistance

que met M. Rochoux dans sa demande, prouve quelle importance il attache au travail de la Commission, et la Commission ne peut que l'en remercier. C'est à tort cependant que M. Rochoux parle de majorité et de minorité; aucun embarras de cette sorte ne s'est présenté à la Commission. C'est l'importance même de son travail, ses difficultés, que notre honorable collègue doit connaître aussi bien qu'un autre, qui seules ont retardé la Commission. Maintenant, les difficultés sont à peu près résolues; mardi prochain, sans doute, M. le rapporteur sera en mesure de continuer son rapport; il le fera sans tenir compte des interprétations diverses faites par la presse (1) ou ailleurs; et M. Rochoux peut être assuré que la Commission ne fera pas *fiasco*.

M. Adelon appuie ce que vient de dire M. Ferrus; il expose que la Commission a deux et trois séances par semaine; qu'il ne reste plus que quelques petits détails à terminer, et que mardi prochain, sans faute, M. le rapporteur finira la lecture du rapport.

— *M. Dupuy* lit un travail sur les épizooties et sur les moyens de s'en préserver.

— *M. C. Broussais* lit une notice sur le climat et les maladies de l'Algérie.

M. C. Broussais commence par un exposé sommaire des opinions sur les constitutions médicales; cette question, pendante pour les uns, résolue pour les autres, ne lui paraît pas suffisamment approfondie, ce qu'il attribue en partie aux limites étroites dans lesquelles est circonscrite l'observation. « J'ai voulu sortir de cette incertitude, dit-il, et changer les conditions dans lesquelles j'observais. L'Algérie m'offrait un milieu tout différent de celui dans lequel j'avais vécu, un pays tout à fait en dehors du nôtre par son climat comme par ses maladies. Je résolus de m'y rendre, et j'obtins d'y être envoyé comme médecin en chef d'un hôpital à Alger. Il me fallait un an pour voir se dérouler les phases successives des saisons et des affections morbides, et je suis resté un an sur la terre d'Afrique. »

Après ce préambule, M. Broussais lit la première partie de son Mémoire : elle traite du climat de l'Algérie et de son influence sur l'organisme.

M. C. Broussais a cru devoir changer le mode ordinaire des observations météorologiques; les moyennes prises par les physiciens lui paraissent trop abstraites, car l'homme, l'homme actif, l'Européen ne passe pas sa vie immobile au nord et à l'ombre; il va du soleil à l'abri, tantôt marchant, tantôt couché sur le sol; par quelles températures passe-t-il successivement? Pour le savoir, M. C. Broussais a observé le thermomètre dans différentes conditions, et il a trouvé alors les différences de température qui sont les vraies causes des maladies; par exemple, dans le même instant de la journée, 20 degrés à l'ombre, 30 au soleil et à l'air libre, et 60 au soleil abrité. Il a substitué aux trois moments de la journée habituellement choisis pour les observations météorologiques, et qui sont 9 heures du matin, midi et 3 heures, moments auxquels la température est à peu près la même, d'autres heures afin d'avoir des différences plus tranchées : 6 heures et 10 heures du matin, 3 heures et 10 heures du soir. Pour connaître la température des nuits, M. C. Broussais se procura un thermomètre *à minima*, et fut fort étonné de constater que, la nuit, le thermomètre ne descend guère que de 1 ou 2 degrés au-dessous de ce qu'il était à 8 heures du soir; d'où il conclut que les nuits sont d'autant plus chaudes que les jours ont été plus chauds; il y a donc, contrairement à l'opinion générale, un contraste moins fort en Algérie qu'en France entre la température du jour à l'ombre et celle de la nuit, mais non pas entre celle du jour au soleil et cette dernière. M. C. Broussais a bivouaqué dans la plaine de la Métidja et ne s'est point trouvé mouillé à son réveil.

Le climat d'Alger n'est point un climat extrême; il n'y a point de froids, et les chaleurs y sont généralement très supportables, excepté les jours où souffle le vent du désert. A proprement parler, il n'y a point d'hiver à Alger, il y a seulement une saison des pluies, moins chaude pendant le temps que dure la pluie, mais qui dans l'intervalle ressemble à notre plus beau printemps. L'été est une saison tranchée : il est constitué par des chaleurs sèches qui, une fois établies, ne se relâchent plus et ne sont jamais interrompues par des pluies, ni tempérées par des nuages. Elles seraient insupportables sans la brise de mer qui ne manque pas de venir souffler tous les jours sur tout le littoral depuis 11 heures du matin jusqu'à 3 ou 4 heures. Il est une circonstance qui paraît singulière au premier abord, c'est que le maximum de température durant toute l'année est à 10 ou 11 heures du matin et non pas à deux heures. Pour expliquer ce phénomène, M. C. Broussais donne une idée de la topographie générale d'Alger.

« Ce bloc immense de l'Algérie, dit-il, de plus de deux cents lieues d'étendue de l'orient au couchant, semble sortir de la mer pour s'élever vers le ciel en douces collines, puis en rudes montagnes; présentant au nord, comme un gigantesque amphithéâtre, ses vastes flancs sillonnés par d'innombrables vallées, par des plaines majestueusement déployées entre deux chaînes onduleuses; criblés de déchirures et d'enfoncements, de ravins à la fraîche verdure, aux sources abondantes; de coupures abruptes et sauvages servant de lit à de rapides torrents; ici une végétation vigoureuse et puissante, résistant aux ardeurs du soleil; là, des rochers nus, noirs ou rougeâtres, aux reflets brillants et micacés.

» Les collines qui bordent la mer se désignent généralement du nom de Sahel, bien que cette dénomination ait été plus spécialement appliquée à celles qui séparent la plaine de la Métidja de la mer; les montagnes élevées qui leur succèdent, au delà de cette plaine, forment l'Atlas.

» La ville d'Alger est assise sur une colline, un des mamelons du Sahel, qui regarde l'orient, et s'avance dans la mer formant l'anse occidentale de la magnifique baie dont le cap Matifou constitue la pointe orientale. Elle a une forme à peu près triangulaire, dont la base touche au rivage, et dont l'angle supérieur se prolonge sur un petit plateau que dominent, au sud, plusieurs autres collines, dont l'une des plus proches est couronnée par le fort l'Empereur. Il n'y a, ni dans Alger, ni alentour, aucune espèce de marécage; les eaux qui coulent dans les ravins de ceinture ne débordent jamais, et les casernes qui sont situées, soit dans la ville, soit au-dessus, sur les hauteurs des Tagarins, ne sont exposées à aucune émanation marécageuse. D'ailleurs, les hôpitaux d'Alger reçoivent des malades, non-seulement de la ville, mais de ses environs, non-seulement de la province d'Alger, mais de toute l'Algérie. »

C'est à la double circonstance de la brise de mer et de l'inclinaison générale du sol de l'Algérie, que M. C. Broussais attribue la précocité du maximum de chaleur. Plus le soleil est près de son lever, plus ses rayons tombent perpendiculairement au plan de la côte; plus il est élevé, plus ses rayons deviennent obliques à ce plan.

Nous passerons la description de la plaine de la Métidja, pour résumer ce que l'auteur dit des deux phénomènes météorologiques dont l'influence est capitale à Alger, les pluies et le sirocco.

Les pluies ont lieu en hiver, du mois de novembre à celui de mai, prédominant tantôt au milieu de l'hiver, tantôt à la fin; elles se distribuent, dans le cours de l'année, de telle sorte que sur 856 millimètres de pluie qui tombent de janvier à décembre, près de la moitié appartiennent aux trois mois d'hiver, 13 seulement aux trois mois d'été. M. C. Broussais a vu, au mois de février 1845, des sables changés en lacs; il n'a jamais vu son thermomètre descendre plus bas que 4 degrés au-dessus de zéro, même pendant les quelques jours où, par extraordinaire, les collines d'Alger restèrent couvertes de neige.

Le sirocco, ou vent du désert, souffle de temps en temps à Alger, surtout en automne, et il marque quelquefois son passage par des phénomènes physiques extraordinaires et par des effets physiologiques non moins étonnants, tels que des morts subites et des suicides. Quand il est fort, aussitôt qu'il s'élève, le ciel devient gris, quelquefois rougeâtre; l'horizon s'obscurcit, l'air se charge d'une poussière qui est entraînée au loin vers la mer, au-dessus de laquelle elle forme un nuage. Si l'on ouvre à ce moment une fenêtre, c'est comme l'air d'une fournaise qui envahit l'appartement, qui vous picote et vous brûle les yeux. Au moment où vous sortez, c'est comme si vous pénétriez dans une étuve sèche. C'est en vain que vous ouvrez la bouche et que vous vous livrez à des efforts d'inspiration répétés; il semble que l'air qui se précipite dans vos poumons vous étouffe; vous y cherchez inutilement l'élément vital, il n'y est pas, ou du moins il y est trop rare; vous recommencez sans succès, et vous tombez épuisé; votre tête est tout étourdie, vous êtes comme enivré, emporté par un sentiment de vague et de plénitude qui vous rend impropre à tout travail, à toute pensée, étranger à toute autre sensation que celle de votre malaise. Cet air sablonneux est si sec qu'en un clin d'œil il abaisse l'hygromètre de 15 et 20 degrés, dessèche et racornit les feuilles des arbres, fait fendre et craquer le papier de tenture.

Après cette étude de la topographie et du climat d'Alger, M. C. Broussais examine l'influence de l'un et de l'autre sur la constitution de l'Européen. Nous ne pouvons le suivre dans les développements qu'il donne à cette question physiologique; nous dirons seulement que ce médecin paraît admettre que notre sang est trop riche pour le climat, que le mouvement de composition et de décomposition organique y est plus lent que dans nos pays tempérés, et que la nature se débarrasse du surplus des matériaux nutritifs par la diarrhée, qui par conséquent est alors un phénomène salutaire, mais qui peut devenir et devient souvent une véritable maladie, soit par l'hypercrinie du foie, soit par la réaction du canal digestif et surtout du gros intestin qui va souvent jusqu'à l'exhalation sanguine. Ces idées sont basées sur les travaux de chimie organique de MM. Dumas et Liebig, et sur l'observation d'un très grand nombre de faits. Des analyses du sang viennent aussi à l'appui de cette théorie.

Outre ces modifications du phénomène chimico-vital, M. C. Broussais signale comme souverainement importante l'action de la chaleur sur le système nerveux.

La parole sera donnée à M. C. Broussais, dans la prochaine séance, pour continuer sa lecture.

— *M. Piorry* lit un rapport sur plusieurs mémoires relatifs aux fièvres intermittentes, envoyés par M. Cornay (de Rochefort), et M. Durand (de Lunel).

Les conclusions sont adoptées après une courte discussion.

— *M. Robert*, chirurgien à l'hôpital Beaujon, lit un Mémoire sur le traitement des atrésies de l'iris par le rétablissement de la pupille naturelle.

Suivant l'auteur, le traitement des atrésies de l'iris est purement chirurgical, et consiste soit à rouvrir la pupille naturelle, soit à créer une pupille artificielle.

La première de ces deux méthodes, qui remonte à Woolhouse, est aujourd'hui presque entièrement oubliée, ou du moins elle a été appliquée seulement à quelques cas d'atrésies survenues après l'opération de la cataracte. M. Robert cherche à démontrer qu'on peut en généraliser l'emploi avec beaucoup d'avantage, en modifiant toutefois les procédés opératoires connus.

Les atrésies accidentelles de l'iris résultent de l'iritis, et sont dues à la production de fausses membranes qui bouchent la pupille et adhèrent à sa circonférence. M. Robert en décrit les principales variétés, et insiste principalement sur la distinction à établir parmi elles, suivant qu'elles sont ou ne sont pas consécutives à l'opération de la cataracte. Dans ce dernier cas, le cristallin, placé immédiatement derrière la fausse membrane, est, suivant M. Robert, moins souvent altéré qu'on ne le pense communément. Plusieurs fois il a trouvé la capsule cristalline transparente, bien qu'adhérente à la fausse membrane; une autre fois, elle était transparente et libre d'adhérences dans toute son étendue.

Le procédé de Woolhouse consiste à plonger dans la sclérotique une aiguille à cataracte dont on dirige la pointe vers la pupille, de manière à traverser la fausse membrane et à la déchirer le plus largement possible.

Lorsque l'œil a subi l'opération de la cataracte, cette méthode peut être employée avec succès, si la fausse membrane n'a pas acquis une densité trop grande; seulement M. Robert veut que l'aiguille soit introduite, non par la sclérotique, mais par la cornée, afin que le chirurgien puisse la suivre et la diriger avec précision : l'opération diffère alors très peu d'une opération de cataracte par kératonyxis.

Mais lorsque l'atrésie de l'iris ne résulte pas de l'opération de la cataracte, le cristallin étant placé immédiatement derrière la fausse membrane, le procédé de Woolhouse amènerait infailliblement la perte ou l'opacité de ce corps : il est évident, en effet, qu'une aiguille introduite dans l'œil, soit par la sclérotique, soit par la cornée, ne saurait agir sur une fausse membrane placée dans le champ pupillaire sans blesser plus ou moins la capsule cristalline et en altérer la transparence.

M. Robert pose en principe qu'il faut, dans ces cas, s'attacher à ne pas blesser le cristallin ou à l'endommager le moins possible. Dans ce but, il a proposé et pratiqué plusieurs fois avec succès l'opération suivante :

A l'aide d'un couteau de Beer, il fait à la partie externe de la cornée, et le plus loin possible de sa circonférence, une incision longue d'un centimètre environ, puis, au moyen d'un crochet ou d'une pince à griffe introduits par cette petite ouverture, et glissés avec précaution entre la cornée et l'iris, il va saisir la fausse membrane placée dans le champ de la pupille, et en opère l'extraction.

Cette opération présente, en général, peu de difficulté; seulement la fausse membrane, au moment où on l'attire au dehors par la plaie de la cornée, entraîne avec elle et déchire dans une petite étendue la partie externe de la circonférence de la pupille. Cet accident donne lieu à un léger écoulement de sang, et n'a pas de suite sérieuse.

M. Robert n'a encore eu que trois fois l'occasion de mettre en usage ce procédé; mais les résultats en ont été très remarquables. Ainsi :

1° En 1841, sur un élève en médecine dont l'œil gauche avait été détruit il y a quelques années par un coup de fleuret, et chez lequel une inflammation survenue sympathiquement à l'œil droit avait déterminé l'atrésie de la pupille, l'opération a eu pour résultat immédiat une pupille large et ovalaire; la fausse membrane n'adhérait pas à la capsule cristalline, qui était et est restée parfaitement transparente. La plaie de la cornée se cicatrisa en 48 heures. Le huitième jour, le malade put lire; le quinzième, il écrivit à sa famille pour lui faire part de ce résultat aussi heureux qu'inespéré. Depuis lors, la vue s'est parfaitement conservée.

2° En 1845, M. Robert a opéré, successivement des deux yeux, un bijoutier, âgé de trente-deux, dont la vue s'était perdue peu à peu à la suite d'iritis. Sur les deux yeux la fausse membrane adhérait à la capsule cristalline restée transparente, et l'extraction de cette fausse membrane amena avec celle-ci un lambeau considérable de la capsule. La pupille était noire immédiatement après l'opération. Mais peu de jours après, le cristallin est devenu opaque; puis il s'est résorbé assez rapidement, à tel point que, du trentième au cinquantième jour, la vue a été complétement rétablie. Ce malade, aujourd'hui presbyte, se conduit très bien dans les rues; mais il a besoin, pour lire, du secours de lunettes à cataractes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 avril. — Présidence de M. Mathieu.

M. Le Roy-d'Etiolles lit un Mémoire sur un nouveau système de lithotritie dans lequel la pierre est réduite en poudre en quelques minutes au moyen d'instruments qui, par un mouvement d'oscillation latérale, promènent successivement sur tous les points de son diamètre soit des râpes, soit des lames qui la grugent avec rapidité. Ces pulvérisateurs oscillants, dont M. Le Roy-d'Etiolles a soumis à l'Académie les premiers essais il y a deux ans, paraissent réaliser d'une manière ostensible et profitable à tous les résultats annoncés à grand bruit par des novateurs qui s'efforcent depuis quelque temps de pousser la lithotritie dans des voies ténébreuses.

Ce système de pulvérisation conviendrait surtout aux pierres solitaires volumineuses : quant aux pierres multiples et aux petites pierres, M. Le Roy-d'Etiolles continue de leur appliquer le système de l'écrasement, en y joignant l'extraction artificielle qui rend la guérison beaucoup plus rapide et dont pour sa part il a fait usage avec succès sur plus de cent malades. Un brise-pierre à cuillers, larges et profondes, permet d'extraire à chaque sortie de l'instrument près de deux centimètres cubes de débris de pierre, en sorte que dans les circonstances favorables un calcul de 35 millimètres de diamètre (15 lignes) peut être broyé et enlevé en une seule séance.

— *M. Heurteloup* lit un Mémoire sur le même sujet que nous analyserons prochainement.

— *M. Deleau* présente les instruments qu'il a inventés pour pratiquer la lithotritie dans une vessie artificielle.

REVUE GÉNÉRALE.

Cas rare de polydipsie. — Le Journal des Connaissances médico-chirurgicales a publié un fait curieux de polydipsie et de polyphagie, remarquable en ce sens que le malade n'offrait pas les caractères du diabète, le sucre dans les urines, et qu'il a été suivi de guérison.

Cerri Francesco, âgé de trente et un ans, est habitué depuis sa plus tendre enfance à boire et à manger avec excès. Enrôlé à vingt ans dans l'armée, il a souvent été dans l'impossibilité de satisfaire complétement sa faim et sa soif, ce qui le porta à déserter. Il fut condamné pour ce fait à cinq ans de réclusion, et il commença à subir sa peine le 2 septembre 1843. Au bout de quelques mois, Cerri fut envoyé à l'hôpital pour une fièvre synoque-rheumatique avec sensation de forte tension dans la bouche, qu'il attribuait à la privation des boissons. Pendant tout le temps que dura cette fièvre, la soif fut modérée, circonstance singulière que l'on observe d'ordinaire dans les maladies intercurrentes des polydipsiques. Mais, lorsqu'il eut été parfaitement guéri de la synoque, la soif et la faim revinrent aussi incessantes qu'auparavant.

Ce fut alors que le docteur Novellis commença à étudier l'affection dont cet homme était atteint. Il buvait tous les jours l'énorme quantité de 480 onces de liquide, poids de Piémont. Toutes les fonctions étaient à l'état normal, et il n'existait aucun signe de diabète. Les urines étaient en moindre quantité que les boissons prises : elles ne présentaient rien d'anormal. Quoique cette urine ne présentât aucune réaction de sucre, M. Novellis, réfléchissant que c'était avec le diabète que la maladie de Cerri présentait le plus de ressemblance, voulut essayer de l'effet du régime animal. Le malade absorbait tous les jours six à sept livres d'aliments solides, tant en pain qu'en viande et en œufs, et quarante à quarante-trois livres de liquides consistant en eau, en vin et en vinaigre. Il rendait vingt-sept à trente livres d'urines. Ce régime abondant ne produisant aucune amélioration, le médecin chercha à exciter la salivation au moyen de pastilles, et en faisant mastiquer au malade des racines d'une saveur relevée, et en lui faisant d'ailleurs garder un petit caillou en permanence dans la bouche. Ces précautions minutieuses n'eurent néanmoins aucun effet satisfaisant.

On changea alors complétement le régime du malade, et il fut mis à une diète végétale. Voici quel en était le résultat au bout de quinze jours :

Aliments solides composés de pain, d'épinards et de patates, six livres; aliments liquides, vin, eau et vinaigre, dix-sept livres; il rendait quinze livres d'urines. Ce premier succès encouragea l'auteur à persister dans la nouvelle voie qu'il venait d'adopter.

Quinze autres jours après, Cerri se contentait de six livres d'aliments solides et de treize livres d'aliments liquides : il rendait treize livres d'urines. La soif n'était plus incessante, et le moral du malade s'en trouvait singulièrement relevé. Une diarrhée qui survint alors força M. Novellis de suspendre le régime végétal et de permettre au malade un peu de viande. On continua l'usage de la limonade minérale déjà prescrite contre la diarrhée, et on lui prescrivit deux gouttes de créosote dans 8 onces de décoction d'orge à prendre chaque jour par petites gorgées. Le malade en vint peu de jours après à se contenter de six à huit livres de boisson dans les vingt-quatre heures. Quelques semaines après, Cerri sortit de l'hôpital parfaitement guéri de sa polydipsie.

Epilepsie guérie par le nitrate d'argent. — On sait combien sont rares, si tant est même qu'il en existe, les faits de guérison de l'épilepsie. Le *Journal de Médecine* a publié un fait recueilli à la clinique de M. Rayer, lequel, après de nombreuses expériences comparatives, pense que le nitrate d'argent cristallisé constitue la meilleure médication. Cet auteur avoue néanmoins que, hormis le cas que nous allons rapporter, si tant est qu'on puisse le considérer comme un cas de guérison complète, il n'est arrivé jusque-là qu'à des améliorations très notables, sans doute, puisque les succès étaient éloignés et leur durée devenait très courte. Voici l'observation présente :

Une jeune femme de vingt ans, maigre et de constitution faible, épileptique depuis l'âge de quinze ans, a été couchée au n° 11 de la salle Saint-Vincent, à la Charité, service de M. Rayer, et y est restée en traitement pendant une grande partie de l'année 1845. Les accès revenaient tous les jours; quelquefois même elle en avait deux ou trois dans une seule journée. Elle avait subi divers traitements dans plusieurs hôpitaux de Paris, sans le moindre succès. Elle est entrée au commencement du mois de mai dernier, se trouvant à cette époque enceinte de sept mois. Après avoir fait constater chez elle la réalité d'une épilepsie quotidienne, M. Rayer lui a fait prendre à l'intérieur du nitrate d'argent, d'abord à la dose de 3 centigrammes, puis à celle de 5 centigrammes par jour (un demi-grain à un grain). Le nitrate d'argent était pulvérisé, puis réduit en une pilule à l'aide d'un peu de gomme. Après quelques jours de l'emploi de cet agent, les accès ont déjà perdu de leur force et de leur fréquence. Au bout d'un mois de traitement, les accès ont complétement disparu. Vers l'approche du terme de la grossesse, on a éloigné d'abord les prises du médicament, puis on les a cessées tout à fait pour y revenir de temps en temps. L'accouchement s'est terminé heureusement, et il est venu un enfant vivant, mais qui est mort au bout de quinze jours. Les accès d'épilepsie se sont reproduits à de rares intervalles après les couches; mais

(1) Que l'honorable M. Ferrus nous permette de dire que la presse n'a rien *interprété*; qu'elle s'est bornée à donner des avertissements, à mettre en garde l'Académie et la Commission elle-même, dont elle n'a jamais soupçonné les intentions, contre des intérêts opposés à ce que la science et les besoins politiques et commerciaux de notre patrie réclament. La presse n'a rien à rétracter à cet égard; elle regrette de plus en plus que la Commission n'ait pu se hâter davantage, et l'avenir prouvera si la presse avait raison.

le retour au nitrate d'argent a paru en avoir raison, et l'on n'en a plus revu jusqu'au 8 octobre, jour de la sortie de la malade, pendant les quatre ou cinq mois que son séjour s'est encore prolongé. Il y a donc quatre mois pleins que la guérison peut passer pour complète. Cette femme a pris en tout une cinquantaine de pilules de nitrate d'argent. Ce médicament n'a point produit chez elle la coloration qu'on lui a plusieurs fois reproché d'occasionner chez les divers individus qui en ont fait un usage prolongé.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'empoisonnement par la strychnine; observation recueillie par M. le docteur THEINHARDT (de Wald).

Un étudiant en pharmacie, adonné à la boisson, en sortant d'une salle de danse où il avait beaucoup dansé et bu, se coucha et avala aussitôt une certaine quantité de strychnine.

A l'arrivée de M. Theinhardt, peut-être un quart d'heure après l'ingestion du poison, il déclara qu'il avait pris environ 2 grammes de strychnine en solution dans l'alcool. Il était couché tranquillement dans son lit. Les mouvements respiratoires, le pouls et la température de la peau ne présentaient aucune anomalie, de sorte que M. Theinhardt se refusa à admettre la validité de l'empoisonnement, malgré toutes les assurances données par le malade. Cependant il survint bientôt des contractions dans tous les muscles; la respiration s'accéléra; il y eut des convulsions par accès, qui furent suivies de roideur de tout le corps. Ces mouvements convulsifs n'ayant pas tardé à céder, un vomitif put être administré, mais il resta sans résultat.

Au bout de quelques minutes un nouvel accès, plus fort que le premier, se manifesta en s'accompagnant de fortes secousses de tout le corps et d'un opisthotonos bien prononcé.

Bientôt survinrent un troisième et quatrième accès, pendant lesquels le malade poussa de véritables hurlements. Une demi-heure plus tard le malheureux avait cessé de vivre.

La langue, les gencives et les lèvres étaient violacées; les doigts et les orteils présentaient la même coloration; les premiers étaient convulsivement rétractés, et les seconds étaient tout à fait retirés en arrière. Le cadavre était rigide, dur au toucher comme du bois, et légèrement recourbé sur lui-même.

Comme on l'a déjà observé, le malade, dans les quelques moments où il avait encore sa connaissance, ne voulait pas indiquer les sensations qu'il éprouvait, ni les douleurs qu'il paraissait cependant ressentir à la région de l'estomac. Toutefois, les plaintes que les voisins avaient entendues avant l'arrivée du médecin rendent très probable l'existence de vives douleurs.

Nouveau procédé pour la purification du carbonate de potasse du commerce; par M. ARTUS.

Le procédé suivant, que M. Artus propose de mettre en usage pour se procurer du carbonate potassique pur au moyen de la potasse commune, a le double avantage de donner un produit très beau et très économique, parce que la potasse ordinaire est beaucoup moins chère que le bitartrate de cette base qui est le sel employé dans les autres méthodes.

On place, dans une capsule de porcelaine profonde, une quantité déterminée de potasse du commerce, et, après l'avoir arrosée avec la moitié de son poids d'eau distillée, on dépose la capsule à la cave, où on la laisse pendant quatre jours environ, en ayant le soin d'agiter fréquemment le contenu.

Au bout de ce temps le soluté, éclairci par le repos, doit être décanté avec précaution, puis saturé au moyen du vinaigre distillé : on le filtre ensuite, et on l'abandonne au repos pendant vingt-quatre heures; après quoi, on sépare du dépôt qui s'est formé le liquide surnageant, et on le fait évaporer jusqu'à siccité.

L'acétate potassique, ainsi obtenu à l'état sec, est placé dans un vase évaporatoire, et, après l'avoir humecté avec le quart de son poids d'eau distillée, on agite la masse, puis on l'abandonne au repos pendant quatre jours. De cette manière, l'acétate de potasse tombe en *deliquium*, tandis que les sels étrangers qui en altéraient la pureté restent sans se dissoudre.

Alors on décante le soluté avec précaution, et après l'avoir fait évaporer jusqu'à siccité, on introduit le produit de cette évaporation dans un creuset de Hesse, et on le chauffe jusqu'au rouge pour en opérer la décomposition.

Cette opération fournit un carbonate potassique charboneux qui, après son refroidissement, doit être délayé dans deux parties d'eau chimiquement pure. Au bout de vingt-quatre heures de contact on filtre le soluté obtenu, et on le chauffe jusqu'à dessiccation complète.

Acrodynie épidémique en Belgique.

On nous écrit de Bruxelles :

Une affection, l'*acrodynie*, qui a régné épidémiquement à Paris en 1828 et 1829, est observée aujourd'hui, également comme épidémie, dans plusieurs localités de la Belgique, et notamment dans les maisons de détention de Saint-Bernard et de Gand. Voici, d'après les rapports officiels, quels sont les symptômes les plus constants de cette maladie :

Fourmillement, engourdissement, picotement des membres; crampes fortes et douloureuses, contractures auxquelles succède parfois la paralysie; faiblesse. Quelquefois on remarque de la cyanose et de l'algidité aux mains et aux pieds; perversion de la tactilité. Dans certains cas les muscles de la face, du cou, du pharynx et de la langue sont contractés. Lorsque la contracture envahit les muscles de la poitrine ou le cœur, la mort ne tarde pas à survenir. Déjà un très grand nombre de malades ont succombé à cette forme parmi les détenus de Saint-Bernard.

On remarque une certaine intermittence dans les accès.

Quant aux symptômes généraux, on observe parfois de la diarrhée, mais le plus ordinairement de la constipation; l'appétit est bon; pas de céphalalgie; le pouls est plus ou moins fébrile, facilement dépressible. Quant la maladie se prolonge, elle se termine par de l'œdème, de l'anasarque, ou une ascite. Le sang tiré de la veine est diffluent. Quelques autopsies ont montré des traces de lésions de la moelle épinière, des congestions pulmonaires, etc.

Les purgatifs salins ont été, de tous les moyens employés à Saint-Bernard, ceux qui ont rendu le plus de services.

L'Acrodynie s'est manifestée dans plusieurs hôpitaux et établissements de Belgique; à Bruxelles on en a rencontré divers cas dans toutes les classes de la seciété.

NOUVELLES.

— Dans l'une des dernières séances de la Chambre des Députés, M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, a retiré le projet de loi demandant un crédit de 140,000 fr. pour divers établissements ressortissant au ministère de l'instruction publique, et en a présenté un autre de 150,000 fr. pour ces mêmes établissements.

— Le même ministre a déposé un autre projet de loi portant demande d'un crédit de 281,000 fr. pour les dépenses relatives à la Faculté de médecine de Paris et à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le Danemark a aussi ses concours. Une chaire de chirurgie à l'université de Copenhague est maintenant disputée par trois concurrents, le docteur Kayser et les licenciés Bricka et Büntzen. Les épreuves consistent en une thèse qui doit être composée et imprimée en dix-huit jours et qui est ensuite soutenue publiquement par les concurrents, en une leçon pratique sur une maladie chirurgicale et en une leçon théorique après deux jours de préparation. Le jury est composé de quatre professeurs et de quatre membres de la Société de médecine.

MALADIES NERVEUSES.

Assez de moyens ont été proposés tour à tour pour guérir les affections nerveuses; mais, assurément, aucun n'a atteint ce résultat d'une manière aussi victorieuse que le Sirop d'écorces d'oranges amères de M. Laroze, pharmacien à Paris. Ce succès, attesté par une longue expérience, est dû à l'action régulatrice qu'il exerce sur les divers organes de l'estomac et des intestins. Il se distingue : 1° par sa bonne préparation, son goût franc et agréable; 2° par la facilité avec laquelle il est pris et supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Le recommander comme moyen hygiénico-thérapeutique, c'est prévenir et combattre avec succès chez les femmes cette cruelle maladie, c'est enrayer ses progrès au début; c'est, dans bien des cas, donner le moyen de prévenir le mal nerveux général que ses symptômes protéiformes rendent si redoutable.

AVIS A MM. LES MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Les principales opérations de la *Caisse centrale* des Médecins et Pharmaciens consistent :

1° Dans le recouvrement des notes et mémoires qui leur sont dus à Paris et dans les départements;

2° Dans la cession, permutation, vente et achat des Clientèles médicales, Maisons de santé, Pharmacies, Cabinets de dentistes et autres établissements médicaux.

S'adresser *franco* à M. Auguste CRENET, directeur-gérant, 25, rue Neuve-Saint-Denis.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de protèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 ET MARDI 5 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 52. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

De l'orchite parenchymateuse; par M. Jules BOUTEILLER, interne du service.

(Dernier article.)

Les cas d'orchite parenchymateuse observés dans le service de M. Vidal (de Cassis), et publiés par nous depuis le commencement de cette année, ont une assez grande importance théorique et pratique, pour nous permettre de nous livrer à des considérations générales de quelque intérêt. Cependant, afin d'ajouter plus de valeur aux remarques qui vont suivre, nous avons jeté un coup d'œil en arrière et analysé scrupuleusement les faits analogues relatés depuis ces dernières années.

Ainsi, nous avons comparé nos observations avec celles que M. Dumoulin, alors interne de l'hôpital du Midi, publia dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1844. Ces dernières sont au nombre de quatre, et ont rapport à des orchites parenchymateuses guéries rapidement par le débridement de la tunique albuginée.

M. Cullerier, la même année, fut forcé d'avoir recours à cette opération dans une affection de cette espèce, après avoir échoué par tout autre moyen. Ce praticien relata le fait avec beaucoup de détails, à la Société de chirurgie, le 2 octobre 1844. Enfin, en 1844 encore, M. Dumoulin a recueilli et publié un cas de désorganisation du testicule occasionnée par l'inflammation succédant à une contusion de l'organe.

C'est en vain que nous avons cherché des observations d'orchite parenchymateuse dans les publications de 1845; nous n'avons trouvé que ces quelques lignes dans la Revue hebdomadaire de la *Gazette des Hôpitaux* (31 mai):

« M. Vidal (de Cassis) continue à pratiquer le débridement du testicule dans les cas d'orchite parenchymateuse, toujours avec le même résultat. Un malade de son service, qui souffrait extrêmement et n'avait pas de sommeil, nous a dit avoir été soulagé immédiatement par cette opération, qui, nous aimons à le répéter, n'a jamais eu les suites que l'on avoit redoutées, et, au contraire, n'a donné lieu à aucun accident en aucun cas. »

Dans les deux premiers mois de cette année, le service de M. Vidal a présenté :

1° Un cas d'orchite parenchymateuse avec inflammation du tissu cellulaire sous-cutané et suppuration du testicule commencée avant l'entrée à l'hôpital;

2° Deux cas d'orchite parenchymateuse guéris par le débridement de la tunique albuginée. Ce sont là les faits publiés par nous sur ce sujet.

En résumé, les considérations générales qui suivent ce relevé s'appuient sur neuf observations d'orchites parenchymateuses, dont deux (non traitées par M. Vidal) suivies de suppuration et de fonte du testicule, et sept guéris par le débridement.

1° *Définition. Complications.* — L'orchite parenchymateuse, que l'on peut aussi désigner sous le nom d'orchite proprement dite, est l'inflammation du testicule lui-même. Elle n'existe presque jamais, jamais selon M. Ricord, sans épididymite. Cette dernière inflammation précède même l'orchite proprement dite. En effet, pour se propager de proche en proche jusqu'au testicule, l'inflammation doit atteindre d'abord l'épididyme. Nous parlons, bien entendu, des cas où l'inflammation du testicule survient par suite d'une blennorrhagie. Dans le cas d'un coup porté sur le testicule, ou d'une plaie de cet organe, le contraire aurait lieu, c'est-à-dire qu'il y aurait orchite parenchymateuse avant qu'il n'y eût épididymite (première observation de M. Dumoulin). On conçoit même très bien, dans ce cas, la première inflammation sans coïncidence de la seconde.

L'orchite parenchymateuse s'accompagne souvent aussi d'épanchement dans la tunique séreuse d'enveloppe par suite de vaginalite; mais toutes les fois que l'on trouvera de la sérosité dans la membrane vaginale, il ne faudra pas en conclure qu'il y a vaginalite: nous croyons même que l'épanchement est plus souvent passif qu'actif; en un mot, qu'il y a plus souvent hydrovaginalie qu'hydrovaginalite.

Enfin, quelquefois il y a en même temps orchite parenchymateuse, épididymite, épanchement dans la tunique vaginale, inflammation du tissu cellulaire sous-cutané et même de la peau des bourses. (Première observation de 1846.)

2° *Fréquence.* — L'orchite proprement dite est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et mérite une description à part dans le cadre nosographique. Si M. Vidal en a observé plus qu'aucun autre chirurgien, on ne s'en étonnera pas quand on saura qu'à la consultation de l'hôpital du Midi, le nombre des malades demandant à être admis, est, tous les jours, cinq à six fois plus grand que celui des lits dont on peut disposer. Chaque chirurgien peut donc faire un choix. Tandis que l'un reçoit beaucoup de malades atteints d'inflammation des bourses, dans le but de confirmer par l'expérience de tous les jours ses travaux sur cette affection, un autre admet de préférence les sujets offrant l'évolution de la syphilis, qu'il a suivie avec tant de talent. Encore, n'est-ce pas à dire que l'orchite parenchymateuse ne se rencontre que dans le service de M. Vidal. Un cas s'en est offert dans le service de M. Ricord, du 1er janvier au 30 mars de cette année.

3° *Causes.* — L'orchite parenchymateuse, comme l'épididymite, reconnaît le plus souvent pour cause une blennorrhagie actuelle ou récemment disparue, c'est-à-dire qu'elle est le plus souvent blennorrhagique. Nous avons voulu aller plus loin et chercher pourquoi, tandis que chez certains individus la blennorrhagie amène une épididymite, chez d'autres (beaucoup moins nombreux, il est vrai) elle amène une orchite proprement dite. Aussi avons-nous interrogé nos malades sur les moindres circonstances relatives à la blennorrhagie, point de départ de l'orchite actuelle. Aucune des causes aggravantes ne s'est rencontrée d'une manière constante chez tous (observations de 1846); c'est pourquoi, jusqu'à présent, on ne peut affirmer qu'une seule chose, quant à l'étiologie, c'est que l'orchite parenchymateuse affecte les malades les plus jeunes.

Sur les 9 malades,	avait	ans.
1		17
1		19
3		20
2		21
1		23
1		24 (celui de M. Cullerier).
—		
9		

4° *Symptômes locaux.* — La tumeur que forme le testicule enflammé est moins volumineuse que la tumeur due à une épididymite, nous avons déjà dit que Dupuytren avait à tort avancé le contraire (deuxième observation de 1846). Dans la tumeur générale, c'est l'épididyme qui entre pour la plus grande part; vient ensuite le testicule, et enfin l'épanchement dans la séreuse (quand il existe).

La forme de la tumeur partielle qui nous occupe est celle du testicule avec exagération, bien entendu. Le testicule enflammé fait saillie au devant de l'épididyme, en arrière de l'épanchement séreux; il n'a plus d'élasticité, plus de résistance; en un mot, il est comme coagulé. Quand on a vidé la tunique vaginale, le testicule semble prendre la place du liquide, et la tumeur générale, auparavant un peu piriforme, prend une forme plus arrondie. (Deuxième observation de 1846.)

La douleur et la chaleur locale sont des plus vives. La douleur a cela de particulier, qu'elle s'irradie au loin; quelquefois en haut jusqu'au rein, et en bas jusque dans le même point correspondant.

La couleur de la peau est le plus souvent peu modifiée; elle est, au contraire, très rouge, et même violacée, quand ce tégument est pris. (Première observation de 1846.)

On a remarqué que le cordon est moins engorgé quand il y a orchite parenchymateuse que dans le cas de simple épididymite.

5° *Symptômes généraux.* — La fièvre la plus intense, l'insomnie la plus complète, des nausées fréquentes, des coliques et souvent même des vomissements, se joignent aux douleurs atroces qu'éprouve le malade; aussi demande-t-il toujours l'emploi d'un moyen qui le soulage rapidement.

6° *Pronostic.* — Le pronostic de cette affection est peu grave quand on détruit de bonne heure ce qui lui donne un caractère particulier, c'est-à-dire l'étranglement; très grave, au contraire, quand on laisse, ou à peu près, le mal suivre sa marche naturelle. La suppuration et la mortification du parenchyme du testicule ne tardent pas à survenir. (Cinquième observation de M. Dumoulin, et première observation de 1846.)

7° *Traitement.* — Les saignées générales et locales, les cataplasmes laudanisés, les embrocations narcotiques, les purgatifs, enfin, la ponction de la tunique vaginale n'amènent pas d'amélioration, le plus souvent, sensible dans l'état du malade; il faut, maintes fois, après avoir employé tous ces moyens, recourir au débridement de la tunique albuginée. (Observation de M. Cullerier, 1844, et observation de 1846.) Aussi, le mieux est-il de faire ce débridement de bonne heure.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Grand assaut de lithotripsie. — L'Académie des sciences et les voies urinaires. — Il y a cuillers et cuillers. — La lithotritie dans le sac. — Danger qui la menace. — Calembour évangélique. — M. Lallemand, les eaux du Vernet et Ibrahim-Pacha. — Les eaux minérales et leurs notices. — Recette d'icelles. — Reprise du rapport sur la peste. — Nouvelles promesses ministérielles. — Ce que doit être le corps médical dans ces circonstances.

Nous avons eu, lundi dernier, un grand assaut de lithotripsie à l'Académie des sciences. Assaut est le mot propre; et comme les contendants étaient armés d'une certaine ferraille, rien ne s'opposait à ce que, avec un peu de complaisance, on ne les transformât en héros de la salle Grisier, maniant le fleuret plus ou moins boutonné. Depuis deux grands mois la lithotripsie, sous les traits de M. Le Roy-d'Etiolles et de M. Heurteloup, attendait son tour de lecture; et même ç'a été une question assez embarrassante pour l'Académie, de savoir auquel des deux de ces honorables spécialistes elle accorderait d'abord la parole sans s'exposer à se voir jeter la pierre par l'autre. On sait, en effet, que de toutes les susceptibilités médicales, il n'en est pas de plus promptes et de plus vives que celles qui s'éveillent dans les organes urinaires. Il y a là des eaux souvent agitées par des tempêtes, un canal dont chacun veut se réserver le passage exclusif, une carrière dont tous voudraient avoir l'exploitation unique. Aussi n'existe-t-il pas de questions des sciences mathématiques et physiques qui aient donné plus d'embarras et de soucis à l'Académie; quoi qu'elle dise, quoi qu'elle fasse et même quoi qu'elle ne fasse pas, elle est à peu près sûre de recevoir une grêle de notes, de réponses, de brochures, de récriminations qui doivent lui donner de singulières perplexités. Dans cette circonstance, placée comme elle était entre l'enclume de M. Le Roy et le marteau de M. Heurteloup, l'Académie, ou plutôt M. Flourens, à qui revient tout l'honneur de cette décision, a donné la parole aux deux contendants dans la même séance. A moins de la leur donner en même temps, ce qui eut été un peu cacophone, feu Salomon n'aurait pas mieux jugé.

Je ne pourrais pas trop dire quel est le fond du débat; n'ayant pas eu encore les mémoires sous les yeux, je ne voudrais pas m'en rapporter à une simple audition pour raconter quelle est la découverte nouvelle, le principe nouveau que ces messieurs se disputent, car, à coup sûr, ils doivent se disputer quelque chose. Il a été beaucoup parlé de cuillers dans cette séance, et j'avoue que de ces instruments je n'ai en grande estime que celui qu'on introduit dans une autre muqueuse que celle qui agite ces messieurs. D'ailleurs, une différence immense dans les propriétés les sépare : la cuiller que j'honore sert à mettre, celle de ces messieurs sert à ôter; j'ai cru comprendre, en effet, qu'il s'agissait de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle ils tassent dans leur cuiller les détritus et la poussière des pierres produits par l'instrument percuteur. C'est fort bien, et je désire de grand cœur que cette louable émulation conduise nos spécialistes à des résultats pratiques d'une incontestable supériorité.

Qu'ils se hâtent, car voilà leurs procédés menacés par des découvertes bien autrement simples. Après M. Leroy, après M. Heurteloup, est venu, en effet, M. Deleau, qui les a mis l'un et l'autre dans le sac. C'est à la lettre : M. Deleau, par un procédé fort ingénieux, introduit un petit sac, une vessie artificielle dans la vessie naturelle, et c'est dans cette poche qu'il veut désormais qu'on broie, qu'on scie, qu'on percute, qu'on pulvérise les pierres au goût des opérateurs. La pierre étant broyée, on tire un petit fil, et la vessie artificielle arrive portant le corps du délit dans son intégrité, la guerre acharnée qu'on vient de lui faire n'ayant en rien désobligé la vessie naturelle. C'est charmant, et les calculeux feraient un très mauvais calcul de ne pas se laisser envelopper dans le sac de M. Deleau.

Mais que deviendront-ils, les broyeurs et les lithotripteurs avec ou sans sac, quand la découverte incomparable, inénarrable de mon ami le docteur Douillet aura vu le jour, aura été sanctionnée par l'expérience! Je vous ai déjà parlé, je crois, de cet instrument merveilleux, simple comme une tige de fer au petit bout de laquelle se trouvent renfermés et délicatement pliés 1° un filet en lames d'or qui, ouvert à moitié, forme une cuiller — encore des cuillers — pour aller à la recherche de la pierre, qui ouvert tout à fait et chargé de la pierre, se transforme en une sphère métallique, laquelle, sous la pression d'un bouton, se recouvre 2° d'une poche membraneuse et imperméable, dans laquelle 3° des réactifs inconnus font éprouver aux calculs une dissolution rapide et presque instantanée. Ah! si tout cela réussit, c'est bien à vous, monsieur Pierre Douillet, que pourra s'appliquer le calembour évangélique : *Tu es Petrus et super hanc petram œdificabo domum meam.*

— Du reste, à cette séance de l'Académie des sciences, on a eu le plaisir de revoir, frais et dispos, M. Lallemand, qui, depuis sa nomination, n'avait fait que paraître dans cette illustre assemblée. Rien qu'à voir le célèbre chirurgien, on croirait par plaisir à la réalité des merveilleuses propriétés des eaux du Vernet chantées par les mille voix de la presse. Si elles ont produit le même effet sur la santé de son auguste client, S. H. Ibrahim-pacha va emporter un souvenir bien reconnaissant de l'hospitalité française. Quelques austères principes se sont vivement effarouchés de ce concert d'éloges en faveur de ces eaux; on a trouvé un peu expansif, trop indiscret peut-être l'amour de M. Lallemand pour la nymphe du Vernet; puis, ces bulletins hebdomadaires sur la santé du prince où le nom de son médecin était incessamment mêlé; cette longue promenade dans les principales villes du midi de la France, dans le récit de laquelle le médecin se trouvait toujours dans la voiture du prince, tout cela, m'a-t-on dit, a singulièrement offusqué certaines gens d'un puritanisme fort étrange, fort peu de mode, et par cela même passablement ridicule. M. Lallemand a eu le bon esprit de ne s'en montrer ni blessé, ni irrité, et nous reconnaissons bien là le résultat de ses sincères et énergiques convictions.

— Voilà le moment, d'ailleurs, où les eaux minérales commencent, d'après une expression consacrée, à faire mousser leurs propriétés. A chaque printemps c'est une recrudescence de prospectus et d'annonces à vous rendre hydrophobe. Je m'empresse de reconnaître, néan-

Cette petite opération n'a rien d'effrayant pour le malade, elle n'a jusqu'alors encore été suivie d'aucun accident. Cependant, avant de la pratiquer, on peut, quand la tunique vaginale contient de la sérosité, la vider et s'en tenir là si le mieux est très sensible et suffisant; mais, nous sommes forcé de le répéter, la temporisation, en pareil cas, a de trop funestes résultats pour être longtemps excusable.

Nous avons toujours vu, après le débridement, les douleurs cesser presque instantanément, la fièvre s'abattre, et le malade retrouver au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure le sommeil, qu'il avait perdu depuis plusieurs jours.

Après le débridement il n'y a pas d'autre pansement qu'un cataplasme laudanisé sur les bourses, qu'on tient soutenues par un drap roulé.

Dans les sept cas de débridement que nous avons rassemblés, la guérison fut rapide: chez le malade de M. Cullerier, la guérison ne se fit attendre que dix-huit jours après le débridement; chez ceux de cette année elle vint dix jours après pour l'un, seize jours pour l'autre.

Le débridement de la tunique albuginée n'a qu'un centimètre à un centimètre et demi, amène *quelquefois* une cicatrice réunissant la peau, la vaginale et la tunique albuginée dans cette étendue; mais bientôt ce point adhérent, qui ne nuit en rien du reste, disparaît complétement et le testicule recouvre son entière liberté, son volume ordinaire et sa consistance normale, ses fonctions n'en sont en rien altérées pour la suite.

Nous laissons à M. Vidal (de Cassis) le soin de réfuter théoriquement, dans son Traité de pathologie externe, les objections qui ont été faites à ce mode de traitement de l'orchite parenchymateuse, nous contentant d'avoir rapporté et analysé des faits par lesquels il les a réfutées pratiquement.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Du traitement chirurgical du croup.

(Suite du numéro du 23 avril.)

Nous avons dit qu'une des premières opérations praticables au début du croup, au moment où il n'existe encore que des prodromes, qu'une angine couenneuse, c'est la cautérisation directe avec le nitrate d'argent, par exemple, en solution ou en crayon; souvent il arrive que la cautérisation réussit localement, dissipe les fausses membranes qui existent sur les amygdales, et que cependant la maladie chemine. Les fausses membranes envahissent de proche en proche les parties voisines, descendent sur l'épiglotte; dans ce cas, c'est encore la cautérisation qui reste le meilleur moyen: mais vous ne pouvez plus la pratiquer de la même manière; il faut vous servir d'éponges disposées d'une autre façon, et un peu plus grosses. Lorsque d'après l'ensemble des phénomènes, quelquefois même d'après une inspection directe avec abaissement considérable et forcé de la base de la langue, on a lieu de supposer que l'épiglotte est prise, on fixe sur une baleine coudée à angle obtus une éponge d'une grosseur proportionnée à la largeur du pharynx; la baleine dont on se sert doit être forte, solide, peu flexible, de manière à ne pas céder lorsque vous appuierez avec une certaine force, et à pouvoir atteindre l'épiglotte. M. Bretonneau se servait habituellement de baleines courbées. Nous préférons employer des baleines coudées brusquement, et élargies à leur extrémité en forme de spatule.

Pour le manuel opératoire, il est fort simple. Le chirurgien se place sur le côté; la position n'est pas indifférente. Si l'opérateur est en face du malade, et que l'enfant tousse, il peut lancer au visage et dans les yeux du chirurgien des mucosités bronchiques, de la salive et même des lambeaux de fausses membranes, circonstance qui, outre l'inconvénient d'aveugler momentanément le chirurgien, pourrait avoir des conséquences plus sérieuses.

Placé sur le côté de l'enfant, vous introduisez donc l'éponge jusque sur la base de la langue, puis vous exécutez brusquement quelques mouvements de demi-rotation, qui ont pour effet, non-seulement de nettoyer la face supérieure de l'épiglotte, mais encore quelquefois de soulever l'épiglotte et de porter le liquide caustique sur sa face inférieure. Vous reconnaissez que vous avez soulevé l'épiglotte à la suffocation instantanée que vous déterminez chez le malade, et à la toux qui en est la conséquence. S'il y a des fausses membranes sur la face inférieure de l'épiglotte, vous les détachez quelquefois et en ramenez les débris sur l'éponge; enfin, vous parvenez souvent ainsi à faire tomber dans le larynx luimême quelques gouttes de la solution caustique. On compte quelques exemples de guérisons survenues après cette opération.

Dans les cas de ce genre, les cautérisations doivent être répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Si l'on parvient à soulever l'épiglotte, on conçoit très bien que l'on doit modifier la vitalité de la muqueuse que recouvrent les fausses membranes; lorsqu'il s'agit de l'épiglotte, il faut, comme nous l'avons dit pour les amygdales, employer ce moyen avant tous les autres, et au moment le plus rapproché possible du début de la maladie. En général, il a suffi de six ou huit cautérisations pour assurer d'heureux résultats. Entre autres cas de guérison, nous avons eu, il y a deux ans, un magnifique succès chez un enfant du service de M. Baudelocque. Ceux de vous qui désireraient lire les détails d'observations de ce genre, consulteront avec fruit la thèse de l'un de nos anciens internes, M. le docteur Guillet, qui en a rapporté deux ou trois. On trouvera également dans cette dissertation, des préceptes relatifs à la manière dont doit être faite la cautérisation.

On comprend, et pas n'est besoin de vous le rappeler, que les moyens chirurgicaux doivent toujours être aidés des moyens médicaux. Nous avons dit précédemment que les vomitifs sont souvent efficaces, et surtout dans cette circonstance. Les préparations dont le mercure fait la base ne sont pas sans quelque utilité non plus. Voilà pour les cautérisations. On a conseillé encore les fumigations avec l'acide chlorhydrique, l'acide acétique, et l'on a prétendu en avoir obtenu quelques succès. Nous ne nions pas que dans quelques cas rares elles n'aient pu être utiles; mais les secousses provoquées par ces moyens, comme par les vomitifs, ne peuvent avoir quelque chance de succès que lorsque des mucosités abondantes sont sécrétées dans les bronches, soulèvent les fausses membranes et en facilitent l'expuition. Tous ces agents thérapeutiques échouent lorsque la toux est constamment sèche.

Quand, malgré l'emploi rationnel et énergique de ces moyens, la maladie continue à marcher, il faut en venir à une opération; malheureusement, il faut le dire, cette opération est souvent suivie d'insuccès. Elle a été pratiquée très anciennement; ce n'est point une chose nouvelle, et nous la trouvons indiquée dans les auteurs latins. Depuis, à différentes époques, elle a été pratiquée; mais on ne peut savoir si c'était réellement pour le croup ou pour toute autre affection que les anciens pratiquaient la trachéotomie.

Dans ces derniers temps, elle a été remise en honneur par M. Bretonneau, qui, il y a vingt ans environ, dans une épidémie de diphthérites, s'en servit avec avantage. M. Rousseau fut, avec M. Bretonneau, l'un de ceux qui l'employèrent avec le plus de confiance et le plus communément. Dupuytren et M. Guersant père l'avaient faite quelquefois aussi; mais c'est surtout depuis les recherches de M. Trousseau que beaucoup de chirurgiens l'ont pratiquée. En première ligne parmi les chirurgiens qui ont fait le plus grand nombre de fois cette opération, nous rangeons M. Trousseau, qui, sur cent trente-six opérations, compte trente-deux cas de guérison. Nous croyons pouvoir nous citer immédiatement après M. Trousseau, quant au nombre des opérations que nous avons pratiquées. Elles se montent maintenant en ville à trente-six; nous ne parlons pas des guérisons obtenues à l'hôpital, non plus que du nombre des malades qui ont été opérés par nous dans ces conditions, des plus défavorables pour la réussite. Nous pourrions encore citer quelques cas de guérisons obtenues par MM. Gerdy, Velpeau, Bérard, etc. Bien que cette opération ait été longtemps abandonnée, il est évident que le dernier moyen auquel on puisse avoir recours doit être quelquefois mis en usage.

Il arrive toujours un moment où l'enfant est menacé d'asphyxie, ou des moyens médicaux et chirurgicaux ont été employés avec persévérance, et cependant sans succès. La terminaison fatale est imminente. Il ne faut pas alors s'inquiéter où sont situées les fausses membranes, si elles sont nombreuses et étendues. L'enfant va étouffer, et cela dans cinq ou six heures, avant peut-être; il faut opérer; la trachéotomie, si douteux qu'en soient les résultats, est rigoureusement indiquée, et le chirurgien ne peut rester spectateur de la scène qui va se passer. *Melius remedium anceps quam nullum.* Lorsque l'on est arrivé à cette période de la maladie, si les fausses membranes n'ont envahi que le larynx, on est dans de bonnes conditions, surtout si la maladie est prise peu de temps après son invasion. Mais si vous attendez trop longtemps, les conditions ne sont plus aussi favorables. Dès que vous voyez que vous avez affaire à un cas de croup, il faut, sans rien sacrifier à l'opération par une précipitation mal entendue, vous représenter toutes les chances possibles, et avoir présente à l'esprit, comme dans la hernie étranglée, cette pensée que peut-être faudra-t-il avoir recours à l'instrument tranchant. Ainsi on fera d'abord une médecine très active, puis on opérera de bonne heure. C'est presque toujours parce qu'on la fait trop tard que la trachéotomie échoue.

Fera-t-on dans quelques cas analogues à ceux dont nous avons parlé, cette réflexion: Nous ne voyons pas de fausses membranes sur les amygdales; n'est-ce pas là une contre-indication de l'opération? Toujours est-il que l'enfant va être asphyxié, quelle qu'en soit la cause, si on ne le soulage pas. Il fait des efforts d'inspiration d'une extrême violence; il va mourir; qu'il y ait croup ou non, il faut ouvrir la trachée; s'il n'y a pas de fausses membranes, tant mieux, et la réussite de l'opération n'en sera que plus assurée. Si l'enfant a rendu des fausses membranes, s'il en a dans les bronches, bien que le cas soit plus grave, la guérison n'est pas impossible; il n'y a plus alors croup simple, il y a trachéite pseudo-membraneuse.

Nous vous présentons ici une fausse membrane des plus étendues et des plus complètes représentant exactement une trachée artère avec les ramifications bronchiques, cette fausse membrane a été expulsée dans un effort de toux par un enfant auquel nous donnions nos soins il y a quelques années. Nous disons que dans des cas semblables la guérison peut avoir lieu. En effet, on peut avoir des fausses membranes dans la trachée artère et même dans les grosses bronches, sans que pour cela la respiration soit empêchée. Il n'en est pas de même si les fausses membranes sont situées sur les cordes vocales, qui ne laissent entre elles qu'un espace extrêmement étroit; la moindre production pseudo-membraneuse en ce point détermine l'occlusion de la glotte et l'asphyxie. L'enfant auquel nous faisons allusion nous fut apporté un jour à la consultation; il avait un peu de fièvre, toussait un peu. On prescrivit quelques sangsues à l'anus. Quatre jours après, le père de l'enfant revint apportant dans un bocal la fausse membrane que nous vous présentons, et nous disant les circonstances de son expulsion. Cet enfant n'avait pas eu la voix rauque et croupale. Il n'a eu qu'un peu de suffocation au moment où il a rendu cette fausse membrane.

Nous avons eu à l'hôpital une religieuse qui a rendu des productions pseudo-membraneuses qui nous ont paru provenir d'une autre source que du larynx. Si de ces faits il résulte que l'on peut guérir d'une trachéo-bronchite pseudo-membraneuse, sans croup proprement dit, nous en concluons qu'à plus forte raison faut-il opérer lorsque les deux maladies se rencontrent à la fois. L'enfant se trouve alors dans de mauvaises conditions: oui; mais puisque l'on peut guérir chacune des deux affections, on a droit de supposer que l'on peut guérir des deux lorsqu'elles sont réunies. Pour ceux qui ont eu l'occasion de voir un certain nombre de croups et qui savent qu'il y a eu des succès incontestables, il est évi-

---

moins, qu'en général cette publicité aquatique est faite d'nne façon si bête, qu'elle doit être peu dangereuse. Qui a lu une notice, les connaît toutes. En voulez-vous l'économie:

Pr. Tartine sur la beauté du site,	3 pages.
Description de quelques pierres réputées vieilles constructions romaines,	1 page.
Caractères physiques des eaux,	1
Caractères chimiques — vieilles analyses,	1
— — plus récentes,	2 pages.
Propriétés thérapeutiques,	18
Observations de malades guéris,	30
Itinéraire,	1 page.
Total,	57 pages de billevesées

et d'histoires de commères qui portent trop souvent et au détriment de la dignité de l'art la signature d'un confrère. Du reste, et puisque je trouve l'occasion de le dire, toute cette question des eaux minérales, aussi bien la question administrative que la question scientifique et pratique, se trouve en France dans un état déplorable de confusion et de désordre. Une loi toute récente et depuis longtemps attendue mettra sans doute un terme à l'incurie de la plupart des communes pour l'aménagement et la conservation des eaux; c'est fort bien, et cette amélioration était urgente. Mais l'institution même du service médical dans les eaux minérales, de son utilité, de sa mission, de ses devoirs, de ses droits, qui s'en occupe aujourd'hui? Et cependant que d'abus, que de priviléges, que d'outrages au droit commun! Qui garantit les malades contre une exploitation quelquefois scandaleuse? S'il existe un privilége pour le médecin des eaux, qui le garantit de toute usurpation? sur quels titres, à quelles conditions s'accorde ce privilége? quels devoirs envers la science et la pratique impose-t-il, ce privilége? Voilà des questions d'un grand intérêt que la presse a tort de négliger, que les académies spécialement chargées du soin de veiller sur les eaux minérales ont le tort plus grand encore de laisser dans l'ombre.

— C'est demain mardi, sans faute, comme l'a dit M. Adelon, que l'Académie de médecine doit reprendre son rapport sur la peste, mieux encore vaut tard que jamais. On nous a dit que la Commission avait quelques velques velléités de récriminer contre le rôle qu'a joué la presse en cette circonstance; nous ne croyons pas un seul mot de cela:

1° Parce que la Commission n'a jamais été attaquée;

2° Parce que les accusations de la presse ne s'adressaient pas à elle;

3° Parce que tous les petits reproches qu'elle a reçus de la part de la presse sur ses lenteurs ne peuvent être qu'imparfaitement justifiés;

4° Enfin parce qu'elle sait bien que la presse a aussi bec et ongles, et qu'elle n'accepterait pas sans réponse des récriminations injustes.

A demain donc les fameuses conclusions pratiques.

— On m'a reproché un peu de naïveté à l'endroit des promesses ministérielles sur la présentation du projet de loi; je suis bien aise de dire que cette naïveté a été partagée par la Chambre des Députés tout entière dans sa séance du 29 avril dernier. Interpellé à ce sujet par M. Glais-Bizoin, M. le ministre de l'instruction publique a répondu que son intention était toujours de présenter le projet de loi à cette session même, non pas avec l'espérance de le voir convertir en loi définitive cette année, mais avec le désir de voir les hommes sérieux s'occuper de ce projet, afin que l'année prochaine on puisse mener à bout cette grande entreprise.

Cette déclaration a été reçue avec un assentiment unanime par la Chambre. Telle est au moins la version du *Moniteur*.

C'est au corps médical à faire que ces promesses aboutissent enfin. D'ici à peu de jours, MM. les adhérents au Congrès recevront une circulaire étendue et importante dans laquelle la *Commission permanente* indique les mesures à prendre et les moyens, soit individuels, soit généraux, à employer pour obtenir la réalisation de nos vœux. Ne nous décourageons pas, montrons au pouvoir et aux législateurs que nous sommes, que nous serons sur la brèche jusqu'à ce que satifaction nous soit donnée. Ce que nous demandions hier est encore plus urgent aujourd'hui, le sera plus encore demain, et nos instances doivent être d'autant plus vives qu'on met plus de temps à les entendre.

Courage donc et toujours même ardeur: nous réussirons, vous dis-je, car ce que nous demandons n'est pas seulement une satisfaction professionnelle, mais encore et surtout une amélioration sociale qu'à notre double titre de médecins et de citoyens nous voulons, nous devons obtenir.

Jean Raimonn.

Il n'y a que la France où la position du médecin, quelque haut qu'il soit placé dans la science, est maintenue dans un rang d'infériorité sociale vraiment insultant. Le cordon de commandeur de la Légion-d'Honneur est le *nec plus ultra* du relief qu'on veuille lui donner. La Chambre des pairs, qui compte un bon nombre de chimistes, de minéralogistes, de littérateurs, d'industriels, d'avocats, ne renferme pas un seul médecin: Larrey, l'intrépide et vertueux chirurgien Larrey, qui avait parcouru tous les champs de bataille de l'Empire, est mort sans être de la Chambre des pairs; et Double, qui aurait si dignement représenté dans le sénat la médecine française, est mort aussi sans y entrer, parce que, pour recevoir cet honneur, on lui faisait la condition de renoncer à la médecine.

En Russie, pays de l'aristocratie et de l'orgueil nobiliaire, pays où la considération accordée à l'individu est en raison directe des décorations dont il est chargé et du rang dont il est revêtu, les médecins sont au contraire comblés d'honneurs: le médecin de l'empereur est *conseiller d'Etat actuel* rang civil répondant au grade de lieutenant-général et entraînant l'*Excellence;* il a presque toutes les décorations du pays. Willie, médecin de l'empereur Alexandre, avait la même position.

En Allemagne, Walther est *conseiller privé*, rang au-dessus de celui de conseiller d Etat; il est chevalier de la Couronne de Bavière, de l'Aigle-Rouge de Prusse, commandeur du Lion d'or de Hesse, etc. — Græffe était aussi conseiller privé, commandeur de la plupart des ordres de Prusse, de Russie, de Hanovre, de Suède, de Danemark, de Bavière, etc. — En Hollande, les chirurgiens-majors ont le grade d'officier-superieur.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

dent qu'il sera indiqué d'opérer même dans des cas de cette nature.

Une fois le moment de l'opération arrivé, vous avez affaire à une simple asphyxie par obstruction du larynx ; quelles sont les précautions à prendre ? Nous ne vous décrirons pas l'opération de la trachéotomie ; on l'indique dans tous les cours de médecine opératoire, et on la répète devant vous. Nous vous dirons seulement que nous ne compliquons pas le manuel opératoire, et que nous ne nous servons le plus souvent que d'un bistouri droit. Il est nécessaire de prévoir les éventualités et d'avoir sous la main pour y remédier tous les instruments indiqués pour faire la trachéotomie. Mais autant qu'on peut, il est bon de n'en employer que le moins possible. Ce dont il est impossible de se passer, ce sont les éponges fines montées sur des baleines et semblables, sauf le volume, à celles dont on se sert pour la cautérisation des amygdales et du pharynx. Nous recommandons toujours aux chirurgiens de se munir d'une pince à anneaux courbée ou coudée, instrument des plus utiles lorsqu'on a affaire à un croup véritable ou à une trachéo-bronchite.

Quelles sont les indications que l'on se propose de remplir par cette opération ? C'est d'abord de faire respirer l'enfant, puis de faciliter l'expulsion des fausses membranes. S'il n'y a pas de productions morbides dans la trachée, l'opération une fois faite, tout est fini, on n'a autre chose à faire qu'à tenir ouvertes les lèvres de la plaie. Mais, si vous avez des fausses membranes qui se présentent à l'ouverture ou sont expulsées au dehors, il n'y a point à hésiter, il faut chercher à les extraire. On a conseillé de se servir de petites éponges, que l'on trempe d'abord dans l'eau tiède et que l'on introduit doucement dans la trachée pour les retirer ensuite rapidement en les faisant tourner sur elles mêmes ; mais, ici, il faut observer que par ce mécanisme, analogue à celui que décrit une baguette de fusil, il peut arriver que l'on refoule dans les bronches et que l'on lasse les productions pseudo-membraneuses, cas dans lequel le procédé opératoire aurait plus d'inconvénients que d'avantages. Nous avouons pour notre part que nous redoutons beaucoup ce résultat ; aussi, lorsque nous le pouvons, préférons-nous employer la pince que nous vous avons signalée plus haut, et nous cherchons, qu'on nous passe l'expression, à pêcher les fausses membranes dans la trachée.

Ces différents temps de l'opération étant remplis, le malade respire facilement ; mais, si vous abandonnez la plaie à elle-même, elle peut se fermer, et le malade peut suffoquer de nouveau ; il faut donc maintenir le passage de l'air libre, et, pour cela, on emploie une canule métallique. La plus ancienne et aussi la plus ingénieuse est sans contredit la canule de M. Bretonneau, que vous connaissez tous et que nous ne vous décrirons pas. Mais elle a comme toutes les autres un inconvénient, c'est que pour la nettoyer il faut la retirer ; or, les premiers jours, il n'y a pas de gonflement appréciable des lèvres de la plaie ; il s'ensuit que, si elle entre librement quelques instants après l'opération, elle sera difficile à sortir et encore plus difficile à replacer. Nous ne ferons pas passer sous vos yeux les différents modèles de canules qui ont été imaginés depuis dix ans ; nous nous bornerons à vous signaler une de celles qui ont été inventées en dernier lieu. C'est une canule pleine et un peu recourbée, que vous introduisez après avoir placé entre les lèvres de la plaie une pince à anneaux qui les maintient écartées. Nous avons eu l'idée, pour faciliter l'introduction de cette canule, de faire faire un mandrin recourbé également, en bois ou en baleine, modelé sur la canule. A défaut de ce mandrin, qui simplifie singulièrement le manuel opératoire, on pourrait introduire dans la canule la pince courbe dont nous avons parlé, et s'en servir comme d'un mandrin.

M. Trousseau a fait subir à cette canule une légère modification, qui la rend d'un usage bien plus commode encore. Lorsque l'on met une canule simple, il faut la retirer pour la déboucher, quelquefois fort souvent, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. M. Trousseau a imaginé de faire une canule double ; lorsque l'ouverture est oblitérée par les fausses membranes, par les mucosités bronchiques, on retire la canule intérieure, que l'on remplace immédiatement par une canule de rechange sans toucher à la canule extérieure, qui reste toujours en place. De cette façon l'on évite l'obstruction du tube qui doit livrer passage à l'air, et l'on ne fatigue pas le malade par des manœuvres directes sur la plaie.

Une fois l'opération faite, et la liberté de la respiration rétablie, faut-il placer la canule de suite ou faut-il attendre ? Quelques auteurs, M. Trousseau entre autres, ont pensé qu'il était bon de passer vivement dans la trachée artère de petites éponges imbibées d'une solution légère de nitrate d'argent. M. Bretonneau avait fait plus encore : il plaçait au bout de baleines très fines de très petites éponges, qu'il introduisait rapidement jusque dans les ramifications des bronches. Cette cautérisation de la muqueuse trachéale doit-elle toujours être faite ? Lorsque vous ne voyez pas de fausses membranes, nous ne le pensons pas. Chez les derniers enfants que nous avons opérés en ville et que nous avons guéris, nous ne l'avons point faite. Nous avouons que nous avons un peu peur de ce moyen. Nous en sommes sobre, et nous n'y avons recours qu'à la dernière extrémité.

Nous avons peu de chose à vous dire des suites de l'opération. Une fois la canule placée, ce n'est plus que sur la canule interne que l'on agit en la retirant de temps en temps. L'externe reste en place. Au bout de sept ou huit jours, on examine la manière dont l'enfant respire par le larynx en bouchant momentanément la canule avec le doigt, ou mieux encore en la retirant tout à fait ; si la respiration est facile, on ne replace pas l'instrument. Si l'enfant rend encore des fausses membranes, si la respiration n'est pas libre, on la remet en place, et l'on a vu des enfants être obligés quelquefois de la conserver pendant vingt, vingt-cinq et trente jours. Le plus souvent, huit, dix ou douze jours suffisent.

Lorsque la canule est retirée, M. Bretonneau rapproche les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives. Elles nous semblent inutiles. Les parties molles tendent toujours ici à se rapprocher ; les mucosités des bronches décollent souvent les bandelettes ; de plus, on ne peut chercher à réunir par première intention une plaie qui suppure ; il faut attendre simplement que les bourgeons charnus se développent assez pour oblitérer complétement l'ouverture de la trachée, et se borner à les réprimer s'ils pullulent trop et trop vite. La cicatrisation complète est ordinairement l'affaire de huit ou dix jours au plus.

Après l'opération, et les différentes manœuvres que nous avons signalées, il faut ne point oublier que le chirurgien doit être médecin ; on combattra les phénomènes inflammatoires du côté du poumon, s'il y en a, par les révulsifs tant intérieurs qu'extérieurs, les boissons émollientes, etc. Z.

REVUE GÉNÉRALE.

Traitement du prolapsus uteri par l'excision multiple du vagin. — Nous citons en entier l'article suivant publié dans les *Annales de médecine*, et dans lequel se trouve reproduites quelques considérations extraites d'une thèse soutenue à Montpellier par le docteur Leloutre.

Les chutes de la matrice constituent une des affections les plus graves et les plus rebelles de cet organe. L'auteur, qui a pu se convaincre de la difficulté avec laquelle on obtient des guérisons par les méthodes ordinaires, et principalement par l'emploi des pessaires, propose de recourir à l'excision multiple du vagin ; opération déjà pratiquée avec succès par Marshall-Hall, Dieffenbach, Ireland, Fricke, et en France par MM. Velpeau, Bérard, etc., mais qui n'est malheureusement applicable qu'aux cas dans lesquels le vagin présente un développement et une ampleur considérables. Ce travail est suivi de deux observations de ce genre pleines d'intérêt. Dans l'une, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, mère de cinq enfants, chez laquelle il était survenu une descente de matrice trois mois après une chute sur le siége. Les pessaires n'avaient pu être supportés, et depuis sept mois cette femme était dans un état déplorable. Entre les cuisses se trouvait une tumeur piriforme qui avait onze pouces neuf lignes de circonférence, et cinq pouces de hauteur. C'était la matrice qui avait entraîné avec elle le vagin. On pratiqua trois incisions longitudinales sur la muqueuse vaginale, depuis la vulve jusqu'au museau de tanche, deux sur les côtés et une en arrière. On cautérisa les plaies qui succédaient aux excisions, et la tumeur fut replacée dans le vagin ; il ne survint pas d'accidents. Un mois après, la cicatrisation était complète ; le vagin était considérablement rétréci ; tous les organes avaient repris leurs rapports naturels. Quarante-sept jours après l'opération, la malade se levait. Au troisième mois, elle pouvait sortir de sa chambre. Au bout de dix-huit mois, la chute de matrice ne s'était pas encore reproduite. La seconde observation, plus curieuse encore, est relative à une femme de cinquante ans qui menait une vie assez irrégulière, et chez laquelle il y avait une chute complète de la matrice avec inflammation. L'auteur eut recours d'abord à un traitement antiphlogistique et émollient et pratiqua quelques jours après, l'excision du vagin ; mais il tailla quatre lambeaux qu'il prolongea beaucoup plus vers les grandes lèvres que dans le cas précédent. Au cinquante-quatrième jour la guérison était complète, et tous les organes à leur place normale. Deux ans après, cette femme succomba à une attaque d'apoplexie. L'auteur demanda et obtint la permission de faire l'autopsie. Il en profita pour examiner l'état des parties génitales Le vagin présentait des lignes grisâtres fort résistantes et correspondant aux excisions pratiquées sur la muqueuse. Cette dernière avait acquis une dureté considérable, surtout dans la moitié inférieure du conduit, qui en ce point avait beaucoup perdu de ses dimensions et de sa texture ordinaire. La matrice, d'un tissu fort dense, conservait sa texture normale, à part son volume évidemment augmenté. Ces deux observations doivent encourager les praticiens à recourir plus souvent qu'ils ne le font à l'excision multiple du vagin, l'opération en elle-même présente si peu de dangers, que, dans le cas où le succès ne viendrait pas couronner leurs efforts, l'état des malades n'en serait nullement aggravé. Ces deux observations répondent encore aux objections de quelques personnes qui ont prétendu que la guérison ne se maintenait pas ordinairement, puisque les malades qui ont subi cette opération ne présentaient aucune trace de récidive dix-huit mois et deux ans après.

D'un moyen nouveau de développer une abondante transpiration. — Le Bulletin de thérapeutique donne sous ce titre la note suivante, que nous reproduisons textuellement, pensant qu'il pourra souvent être utile aux praticiens de connaître un moyen propre à déterminer une abondante diaphorèse.

Faire suer, est une indication qui se présente fréquemment. L'on fait avorter ainsi plusieurs affections qui ont pour point de départ un refroidissement, et qui souvent seraient graves. Ce principe très médical est aussi très populaire, et un grand nombre de personnes n'attendent pas on le sait, les avis de l'homme de l'art pour l'appliquer : si je puis me faire suer, disent-elles, je n'aurai pas besoin de médecin.

Les moyens usités pour développer la diaphorèse sont les boissons chaudes, abondantes, l'augmentation des couvertures, les douches et bains de vapeur. Ces derniers moyens sont les seuls, chez certains sujets, qui puissent amener la transpiration. On a beau les gorger d'infusions chaudes, les écraser de couvertures, la peau ne s'ouvre chez eux que par l'action que l'on porte sur la peau elle-même. Il est d'autres personnes dont l'estomac ne peut point supporter les boissons abondantes, et dont la tête se congestionne aussitôt qu'on veut appeler la sueur par d'autres moyens que par une chaleur humide, douce et prolongée, telle que celle que produit un bain de vapeur bien gradué. Mais s'il est possible, à Paris, d'avoir sous sa main à volonté, chez soi, les appareils nécessaires pour donner un bain de vapeur, il n'en est pas ainsi même dans plusieurs grandes villes de France, et surtout dans les campagnes.

Voici donc un moyen excellent et fort simple d'agir sur la peau dans le sens du bain de vapeur, et de déterminer une transpiration extrêmement abondante. Ce moyen nous est communiqué par un confrère distingué, M. le docteur Serre, d'Alais, qui l'a employé avec un résultat complétement avantageux dans une foule de circonstances.

Il s'agit d'avoir un morceau de pierre à chaux de moitié plus grosse que le poing. On l'enveloppe dans un morceau de toile mouillée et qu'on a tordue un peu afin que l'eau ne puisse couler. Par-dessus ce linge mouillé, on place un autre linge sec en plusieurs doubles, et l'on attache en tous les sens ce paquet afin qu'il ne se détasse pas. C'est là l'appareil calorificateur. On place dans le lit, auprès du malade, deux de ces boules, une de chaque côté au voisinage du tronc. Le linge sec extérieur permet ce voisinage. Bientôt il se développe une abondante chaleur humide par la combinaison de la pierre à chaux avec l'eau. Cette chaleur se répand dans le lit et détermine une transpiration abondante. L'effet de cet appareil se continue pendant deux heures au moins. Quand la sueur est développée, on peut faire retirer les paquets de chaux. Celle-ci est réduite dans l'intérieur en poussière et se sépare du linge qui la renfermait.

Ce moyen a toujours réussi à M. Serre pour développer la sueur sans l'aide d'aucune boisson, et sans charger le malade de couvertures.

De la chorée électrique. — Le *Journal de médecine de Bruxelles* a publié, sous cette dénomination tout au moins bizarre, une note communiquée par M Dubini à la septième session du Congrès des savants italiens tenue à Naples.

M. Dubini donne le nom de chorée électrique à une maladie qu'il a observée trente-huit fois, et sur laquelle les auteurs ne donnent aucune indication. Ses principaux phénomènes consistent en secousses fortes se succédant à intervalles déterminés, précédées par de la chaleur à la peau et une accélération du pouls simulant la fièvre capables de laisser à leur suite un état paralytique des membres. C'est la rapidité extrême de ces secousses qui a conduit l'auteur à nommer la maladie chorée électrique. Elles occupent le plus souvent une partie isolée, communément un côté seulement du corps, et sont entièrement indépendantes de la volonté. La maladie s'accompagne toujours de tristes pressentiments, même chez les individus les plus jeunes et les plus courageux ; et effectivement, sur trente-huit cas, M. Dubini n'a vu que deux guérisons. Les causes les plus ordinaires sont une frayeur ou la présence de vers. Pendant l'accès, la faculté de parler est abolie, mais l'intelligence persiste. La langue se tuméfie, la déglutition devient difficile, et souvent une attaque d'apoplexie termine la scène. A l'autopsie, on reconnaît la présence de vers dans l'intestin ; on trouve des tubercules dans les poumons, un épanchement séreux sous les méninges, et la substance cérébrale pointillée. Mais aucune de ces altérations n'est constante et ne peut être regardée comme cause de l'affection. Le cautère, les narcotiques et les saignées n'ont eu aucun résultat avantageux entre les mains de M. Dubini. Les seuls médicaments qui lui aient paru produire quelque effet favorable sont les frictions mercurielles, les préparations de zinc, la valériane et l'arnica. Mais il avoue franchement que les preuves manquent pour lui permettre d'affirmer positivement la réalité de leur influence bienfaisante. Il faut ajouter, pour ce qui regarde le diagnostic que, selon M. Dubini, la chorée électrique ne s'accompagne jamais de fièvre, et se distingue nettement par ce caractère du typhus tétanique et des fièvres pernicieuses.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur le ramollissement hématique du col de l'utérus et sur son traitement.

Le ramollissement hématique du col utérin, autrement dit ramollissement fongueux hémorrhagique, constitue une affection fréquente de l'organe gestateur, et qui, néanmoins, se trouve à peine signalée dans les auteurs.

Dans les cas de ce genre, le col de la matrice est le siége d'une hypertrophie, soit générale, soit partielle ; il a perdu sa forme normale, et offre à sa surface une ou plusieurs taches sanguines de teinte lie-de-vin, profondes, épaisses et analogues aux taches qui forment le caractère distinctif du purpura.

Ces taches ne peuvent être confondues avec celles qui se rencontrent sur le museau de tanche au moment des règles ; car ces dernières, claires et purement superficielles, disparaissent sans difficulté sous l'influence de l'abstersion.

La cautérisation avec le fer rouge est le meilleur mode de traitement auquel on puisse recourir contre cette affection ; c'est sur les taches sanguines elles-mêmes, qui sont les points les plus ramollis, et sur leurs alentours, que le bouton de feu doit être porté. On produit ainsi sur ces parties une eschare de bonne épaisseur, et on réitère cette application plusieurs fois, à un intervalle de huit à quinze jours les unes des autres jusqu'à parfaite guérison. Vers la fin du traitement l'azotate acide de mercure peut quelquefois être mis en usage à la place du cautère actuel.

Efficacité de l'hydro-ferro-cyanate de quinine contre les fièvres intermittentes rebelles ; par M. le Dr Bonnet (de Bordeaux).

Une dame âgée de soixante-dix-huit ans fut affectée à deux reprises, et à la distance de quelques jours seulement, de fièvres intermittentes qui, chaque fois, furent guéries par le sulfate de quinine, soit administré seul, soit donné à l'état d'association avec l'opium.

Il s'était à peine écoulé dix jours depuis la cessation des seconds accès, qu'il survint une troisième récidive, et l'accès nouveau fut accompagné de coma et d'une extrême prostration des forces.

A la vue de ces nouveaux symptômes, M. le docteur Bonnet, médecin de la malade, ne crut pas devoir attendre la fin de l'accès pour agir, et il s'empressa de faire prendre sans retard 40 centigrammes de quinine. Malheureusement ce médicament ne put être supporté par l'estomac, et fut bientôt rejeté par le vomissement. Alors le médecin prescrivit l'ingestion immédiate de 30 centigrammes d'hydro-ferro-cyanate de quinine en trois pilules, et cette fois le médicament fut conservé. Le soir, entre dix et onze heures, l'apyrexie était complète ; trois autres pilules du même sel, et de la même force que les précédentes, furent administrées de nouveau.

Sous l'influence de ces deux doses, la fièvre céda pour ne plus reparaître, et la malade fut complétement rendue à la santé.

Nous prévenons l'Académie de médecine, d'après une lettre de Londres en date du 1er mai, que le gouvernement anglais, sur la demande faite par le docteur Bowring, membre de la Chambre des communes, a promis de donner à cette Chambre communication officielle des conclusions du rapport de l'Académie de médecine lorsqu'elles auront été adoptées. Bien plus, la Chambre des communes a décidé que le rapport de l'Académie serait imprimé.

A ce sujet, nous rappellerons que M. le ministre du commerce, en France, a refusé non-seulement d'imprimer le rapport et les documents à l'appui, mais même de participer aux frais d'impression en prenant quatre cents exemplaires du rapport.

NOUVELLES.

M. le docteur Moizin, membre du Conseil supérieur de santé, est nommé commandeur de la Légion-d'Honneur.

— Par ordonnance du Roi, rendue sur la présentation du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de la Légion-D honneur :

MM. Long, médecin de l'hospice civil de Toulon ; Bravet, médecin civil chargé du service de santé du fort Barraux (Isère) ; Chassinat, chirurgien du ministère de l'intérieur ; Hubert, médecin de l'hôpital civil de Mayenne ; Hutin, médecin de l'hôpital de Joinville (Haute-Marne ; Caguon, id. de Vitry-le-Français ; Briard, id. de Montbrison ; Jousserandut, id de Lons-le-Saunier ; Billardet, id. de Beaune ; Bernard, id. de Moulins.

— M. Sanson, coutelier à Paris, est nommé membre de la Légion-d'Honneur.

— Si la médecine est encore à l'état d'enfance en Turquie et chez la plupart des peuples orientaux, cela tient surtout aux préjugés des Musulmans contre les autopsies. Le sultan vient d'éluder ces répugnances en ordonnant qu'à l'avenir les femmes esclaves qui mourraient sur le marché seraient livrées aux élèves de l'Ecole de médecine pour leurs travaux anatomiques. « Ces jours derniers, dit la Gazette d'Augsbourg, l'autopsie du cadavre d'une femme esclave a eu lieu pour la première fois, à Constantinople, au local de l'Ecole, en présence d'une assemblée turque fort nombreuse. »

— *Sur quelques hôpitaux de Naples.* — L'hospice des Enfants nouveau-nés, à Naples, reçoit chaque année 2,500 enfants environ, dont 1,500 sont élevés dans l'établissement. L'allaitement artificiel n'a été conservé que pour les sujets atteints de maladies contagieuses; il a été aboli pour tous les autres, ce qui est un progrès. Mais ce qui n'en est plus un, c'est que les nourrices attachées à la maison sont chargées d'allaiter chacune trois enfants. Aussi la mortalité est-elle énorme chez ces petits malheureux : suivant M. de Renzi, elle est de 77 sur 100. La commission du Congrès a émis le vœu qu'on augmentât le nombre des nourrices, et qu'on choisît de préférence celles qui habitent la campagne.

L'hôpital des Incurables, le plus considérable des hôpitaux civils de Naples, contient 1,300 lits. Une salle de 104 lits est destinée, sous le nom de *salle des moribonds*, à recevoir les malades que l'on juge n'avoir plus que quelques heures à vivre. On conçoit tout ce qu'il y a de barbare et même d'abusif dans cette étrange coutume. Des malheureux, qui auraient peut-être encore quelque chance de vie, ont le moral mortellement frappé en se voyant transportés dans cet antre fermé à l'espérance. La commission du Congrès s'est élevée contre cet usage.

Il serait injuste de signaler le blâme sans mentionner aussi les éloges. A l'hôpital militaire, le service des infirmiers est fait en partie par des détenus choisis parmi ceux dont la peine est moins grave. Ainsi réhabilités à leurs propres yeux, il est rare qu'ils ne se montrent pas pleins de zèle et de bonne volonté. Rendus plus tard à la société, ils n'y trouvent pas les préventions qui s'attachent d'ordinaire aux détenus libérés. Chaque année de service dans l'hôpital leur vaut la remise de six mois de leur peine.

On croit assez généralement à Naples que la phthisie pulmonaire est contagieuse; aussi, dans plusieurs hôpitaux, les phthisiques sont traités dans des chambres isolées. (*Bull. de Thérap.*)

— On a signalé à diverses reprises le danger qu'on fait courir aux enfants nouveau-nés en les transportant à la mairie pour la rédaction de l'acte de naissance. Le maire de Douai vient de prendre un arrêté d'après lequel un médecin commissionné est désormais chargé de se rendre à domicile, sur l'appel des parents, pour constater les naissances.

— La Faculté de médecine de Berlin vient de recevoir un costume officiel. S'il faut en croire la *Gazette d'Augsbourg*, les professeurs seront habillés d'écarlate ou de rouge, comme ils le sont en France.

— Le nombre des jeunes médecins va toujours en croissant dans le grand-duché de Bade. Le gouvernement vient de créer six places nouvelles qui n'enrichiront guère leurs titulaires. Ils sont aux appointements de 200 florins, dont ils devront gagner le tiers au moyen de leur pratique. Ils sont tenus d'avoir un cheval; on leur accorde 175 florins pour fourrages. D'après les informations qui nous parviennent du grand-duché de Bade, le sort des médecins est loin d'y être digne d'envie. Leurs visites sont taxées, les pauvres échappent tout naturellement à la taxe; et les riches s'y soumettent avec d'autant plus d'empressement, que cette taxe est d'une modicité vraiment inouïe. Ce ne sont pas toujours ceux qui se lamentent le plus haut qui sont le plus à plaindre, nos confrères d'outre-Rhin subissent silencieusement une pénible destinée.

— Le nombre des élèves en médecine qui sont éduqués aux frais de la Sublime-Porte, dans l'école de Galata-Seraï, a été augmenté de 600.

Adjudication définitive en l'étude et par le ministère de Me THION DE LA CHAUME, notaire, sise à Paris, rue du Faubourg-Montmartre, n° 13,

Le mardi 12 mai 1846, à une heure de relevée: de l'Etablissement d'Eaux minérales naturelles françaises et étrangères, exploité à Paris, passage des Panoramas (galerie Montmartre), n° 10; ayant le droit au bail des lieux, le droit au bail exclusif des Eaux sulfureuses d'Enghien, etc.

Mise à prix : 10,000 fr.

S'adresser sur les lieux :

A M. Sallambier, rue du Pont-Louis-Philippe, n° 22, et audit Me Thion de La Chaume dépositaire du cahier des charges et des divers baux et pièces.

— *Cours public théorique et clinique sur les maladies mentales.* — M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, a commencé ce cours le lundi 4 mai à sept heures du soir dans l'amphithéâtre, n° 2, de l'Ecole pratique, et le continuera tous les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Les leçons cliniques auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière tous les dimanches à neuf heures, à partir du dimanche 14 juin.

La fabrique des instruments orthopédiques ne doit pas être confondue avec celle des instruments de chirurgie; car l'orthopédie proprement dite a pour but spécial de remédier aux difformités du corps humain par l'application d'appareils combinés, d'après les indications de la science. La maison du sieur **BÉCHARD**, rue de Tournon, 15, à Paris, est une de celles qu'ont le plus avantageusement fait connaître les récompenses qui lui ont été décernées par les jurys des expositions de 1839 et 1844. Aussi nous faisons-nous un devoir de la signaler de notre côté aux savants praticiens que nous comptons au nombre de nos lecteurs.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 53. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 6 MAI 1846.

REPRISE DU RAPPORT SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES.

L'Académie de médecine a eu la satisfaction d'entendre la fin du rapport sur la peste; la Commission a terminé hier ce travail important. M. le rapporteur a cru devoir donner quelques explications sur la cause du retard dont nous avons si souvent parlé; et, pour qui sait entendre, il est évident que M. le rapporteur a voulu justifier lui d'abord, trois ou quatre autres membres ensuite, de ce retard, dont il n'a pas accepté la responsabilité. Quant au fond, tout est pour le mieux; les consciences seules avaient besoin de s'éclairer; quelques scrupules honorables étaient seuls en cause. Nous ne demandons pas mieux, et c'est avec bonheur que nous ajoutons foi aux déclarations de M. le rapporteur.

Sur une simple audition, nous ne nous permettrons pas de juger cette partie importante du rapport de la Commission; d'ailleurs, l'espace, aujourd'hui, nous fait défaut. L'impression que nous en avons reçue est, comme ensemble, certainement favorable. Partout se montrent des études sérieuses et approfondies; partout surtout de bonnes intentions; mais probablement que nous aurons à faire remarquer dans les détails une certaine hésitation, une évidente timidité, quelquefois même un défaut de concordance — nous ne voudrions pas dire de logique — avec des prémisses précédemment établies, et, sur quelques points, une contradiction manifeste entre les conclusions pratiques et les conclusions scientifiques.

D'autre part, nous aurons à rechercher si la Commission s'est toujours montrée juste et généreuse envers certains travaux contemporains qui ont eu le mérite, et nous pourrions dire la gloire, d'éveiller l'attention publique, de formuler les principes que l'Académie a maintenant à discuter, d'indiquer les moyens d'application que la Commission elle-même propose.

En attendant, nous engageons ceux de nos lecteurs que ce sujet intéresse, et les membres de l'Académie qui veulent prendre part à la discussion, à lire une brochure de M. le docteur Aubert-Roche, intitulée: Projet d'une ordonnance sur le régime et l'administration sanitaire, travail complet sur la matière, et où l'administration me semble avoir puisé un grand nombre de ses conclusions pratiques.

Nous suivrons donc avec exactitude la discussion qui va s'ouvrir, et probablement même la commencerons-nous. Nous signalerons les bonnes choses de ce rapport avec loyauté; nous en indiquerons les parties faibles avec indépendance; car au moment où le parlement anglais va faire traduire et imprimer ce travail de notre Académie, c'est le devoir de tous de concourir à ce que ce travail soit digne d'une compagnie qui est la représentation du corps médical de la France.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. Urétrite blennorrhagique.

(Suite du numéro du 23 avril.)

Nous avons dit que dans la blennorrhagie aiguë très intense, on observe quelquefois la formation d'abcès vers la base du gland, près du frein et le long du trajet du canal de l'urètre: ce sont les plus communs. Après eux, viennent les abcès de l'angle péno-scrotal, abcès phlegmoneux qui ne sont pas très rares. Après ceux-ci, en suivant toujours l'ordre de fréquence, nous trouvons des engorgements phlegmoneux du périnée en dehors de l'urètre, engorgements qui peuvent aboutir à la formation d'un abcès. Il nous a semblé, sans que nous ayons cependant de faits positifs d'anatomie pathologique à l'appui de cette opinion, que dans beaucoup de circonstances ces abcès du périné avaient pour siége les glandes de Cowper.

Nous avons trouvé aussi, comme fait assez curieux et résultant de l'observation d'un grand nombre de faits particuliers, que ces engorgements phlegmoneux se montrent plus fréquemment du côté gauche du raphé que du côté droit. Cette loi n'est peut-être pas sans quelque rapport avec celle en vertu de laquelle l'épididymite gauche est plus fréquente que la droite. Nous ne voulons point dire par là qu'il ne puisse exister quelquefois une inflammation de la périphérie du canal. Les quelques considérations que nous venons de présenter ne sont relatives qu'à la question de plus ou moins grande fréquence.

Arrivent ensuite, comme accidents heureusement moins fréquents, mais beaucoup plus graves, les inflammations des parties qui constituent la région prostatique et des tissus qui environnent cette glande. Douleurs pendant les défécations surtout, réaction fébrile des plus intense, aplatissement des matières fécales, qui sont comme passées à la filière; gonflement facilement appréciable de la prostate par le toucher rectal, tels sont les principaux phénomènes qui caractérisent cette inflammation. De gravatives qu'elles étaient, les douleurs deviennent bientôt pulsatives et lancinantes; la fluctuation se déclare; frissons plus fréquents le soir; redoublement de l'état fébrile; et dans ces cas-là, si vous examinez avec attention, vous reconnaissez bientôt, et à ne pas s'y méprendre, les caractères d'une tumeur renfermant du pus.

Dans l'histoire que nous vous présentons, les abcès qui compliquent quelquefois la blennorrhagie, il est une circonstance qui nous paraît importante, et de laquelle il faut tenir compte, parce qu'elle aura beaucoup d'influence sur la thérapeutique, c'est la détermination de la période de l'urétrite à laquelle ces phénomènes se présentent. C'est dans les parties qui entourent l'urètre que la scène se passe. Si l'abcès parcourt toutes ses périodes et arrive à suppuration, le pus a une tendance à se vider par les surfaces les plus voisines; il peut s'ouvrir dans l'urètre tout comme il peut s'ouvrir à l'extérieur. Cependant, nous devons noter que dans la région prostatique les abcès ont plus de tendance à s'ouvrir dans l'urètre qu'au dehors.

Dans tous les abcès de cette nature dont on peut suivre la marche, la peau reste mobile sur la tumeur, qui n'a pas encore contracté d'adhérence avec les téguments; ce n'est que vers la fin de la maladie que ces adhérences s'établissent. Il faut bien tenir compte de ce mécanisme, qu'il est important de connaître, en raison des précautions qu'on doit prendre pour éviter l'ouverture urétrale de ces abcès. Cette ouverture urétrale, entièrement fâcheuse, pourrait donner lieu à des abcès urineux, à des fistules borgnes internes de l'urètre.

Nous avons déjà dit que c'est surtout dans la blennorrhagie qui a pour siége la région balanique et la fosse naviculaire que se montre le bubon. Lorsqu'elle siége dans la région prostatique, l'inflammation blennorrhagique produit dans un autre ordre d'organes des désordres analogues aux bubons qui déterminaient la blennorrhagie de la fosse naviculaire; elle peut se propager aux voies spermatiques et constituer les lésions blennorrhagiques des testicules.

La blennorrhagie urétrale dont nous avons tracé l'histoire par zones, peut rester bornée dans chacune des zones différentes que nous avons indiquées ou occuper toute l'étendue de l'urètre. Nous ne reviendrons que pour mémoire sur la possibilité de la propagation de l'inflammation blennorrhagique, non-seulement à la vessie, mais même quelquefois aux reins.

La maladie peut se guérir d'elle-même, et une loi de cette guérison est ordinairement celle-ci, qu'elle marche d'avant en arrière. S'il y a balano-posthite, elle cède d'abord; puis les parties antérieures reviennent à l'état de santé normale, et la maladie se concentre souvent vers les parties les plus déclives, ou elle semble en quelque sorte élire domicile. Dans la blennorrhée chronique, ou goutte militaire, c'est dans la région prostatique que l'irritation persiste; la preuve en est que chez les sujets ou on a eu occasion de faire des autopsies cadavériques, c'est là plutôt que partout ailleurs qu'on a rencontré des altérations organiques. Là où le pus ne séjourne que peu de temps, la maladie cède facilement. Il n'y a peut-être pas un seul malade affecté d'écoulement chronique de l'urètre, qui ne s'imagine que la maladie a pour siége arrêté la fosse naviculaire. C'est que les dernières sensations partant de l'appareil génital viennent aboutir dans ce point; la fosse naviculaire est le sensorium commun de la verge et des organes génitaux.

Une circonstance curieuse que nous ne sachions pas avoir été encore signalée, c'est que l'on trouve quelquefois des sujets chez lesquels en pressant l'extrémité de la verge, on voit sourdre le pus par une multitude de petits pertuis que l'on ne peut apercevoir. C'est surtout chez les sujets affectés d'hypospadias que cette disposition se rencontre. Ces pertuis ne sont autre chose que des follicules glanduleux munis de canaux plus ou moins longs.

Après nous être occupé des complications plus ou moins graves, mais heureusement assez peu communes qui peuvent se manifester dans la blennorrhagie urétrale, il nous reste à vous entretenir du traitement.

Traitement de la blennorrhagie.

Traitement abortif. — Tous les accidents de la blennorrhagie ne sont pas des accidents précoces; nous dirons plus, c'est qu'il n'en est pas un de ceux que nous venons de vous indiquer qui se développe pendant les premiers jours de la maladie; il faut au moins une semaine, quelquefois plus pour que certains d'entre eux puissent se manifester.

On a dit avec la plus grande justesse de la blennorrhagie, qu'on sait quand elle commence, qu'on ne sait jamais quand elle doit finir. Chez certains individus, pour nous servir de l'expression d'un de nos contemporains les plus distingués, la blennorrhagie chronique finit par devenir en quelque sorte une véritable fonction.

Le traitement de la blennorrhagie consiste dans l'emploi de deux sortes de moyens: les moyens directs, les moyens indirects. Quelles sont les conditions que doit présenter la blennorrhagie pour que l'on puisse chercher à la faire avorter? Tant qu'il n'y a pas de symptômes aigus, que le malade ne souffre pas en urinant, qu'il n'y a pas non plus pendant les érections de douleurs vives, tous phénomènes qui indiquent un état phlegmoneux, vous n'avez encore qu'une modification de surface. Le passage de l'urine ne cause qu'un certain sentiment d'âpreté; tant que le malade en est là, et le temps depuis lequel existe la maladie ne fait rien à l'affaire, on peut employer le traitement abortif. Ce sont les conditions dans lesquelles le malade se présente qui indiquent l'emploi de tel ou tel traitement. Plus la blennorrhagie sera rapprochée de son début, plus elle sera simple, et plus aussi vous aurez de chance pour voir réussir le traitement abortif. Nous croyons nécessaire de vous présenter ces réflexions, parce qu'il pourra vous arriver de trouver des médecins qui vous soutiendront n'avoir point eu de succès, bien qu'ils aient employé le traitement abortif chez des sujets affectés de blennorrhagie depuis vingt-quatre heures seulement. Le temps ne doit point être mis en ligne de compte, et vous trouverez quelquefois des pneumonies qui en moins de vingt-quatre heures seront arrivées au troisième degré.

Lorsque les sujets se trouvent dans les conditions favorables, l'on doit avoir recours au traitement direct. Le nitrate d'argent, soit en solution, soit solide, semble être le modificateur le plus puissant des membranes muqueuses. Il ne constitue pas une panacée toujours efficace; mais quel est le remède qui n'échoue jamais? Tout à fait au début de la maladie, et si l'on pouvait savoir à quel point précis de l'urètre siége l'inflammation, on se trouverait admirablement bien du nitrate d'argent porté sur la surface malade avec le porte-caustique Lallemand; pour notre part, nous avons eu plusieurs succès de cette espèce.

Nous donnons la préférence aux injections avec le nitrate d'argent en solution à haute dose. Il y a quelques années qu'un chirurgien anglais, Carmichaël, proposa cette méthode pour la première fois. A cette époque, nous entreprîmes aussi quelques expériences; nous rappellerons, en passant, qu'alors M. Serre, de Montpellier, assistait à notre visite dans cet hôpital, et que cependant il n'a point fait mention, dans les recherches qu'il a publiées sur ce sujet, de ce qu'il a vu dans nos salles. Le premier emploi que nous avons fait de cette médication date de 1831. Dans ces derniers temps, un jeune chirurgien militaire distingué, M. le docteur Debeney, reprit cette méthode des injections à haute dose dans le traitement de la blennorrhagie, la proposa comme méthode absolue, et la conseilla dans tous les cas. Sans vouloir aller aussi loin que M. Debeney, nous dirons que, dans certaines circonstances, l'emploi de la solution de nitrate d'argent à haute dose réussira très bien; mais qu'employé sans précautions, et indistinctement à toutes les phases et dans toutes les circonstances de la blennorrhagie, vous le verrez quelquefois échouer.

Pour employer les injections de nitrate d'argent à haute dose, voici comment on doit procéder.

On commencera par faire uriner le malade. On agite légèrement l'extrémité libre de la verge, de manière à faire tomber les dernières gouttes d'urine; le malade peut être ou debout, ou assis sur le bord d'une chaise, la verge dans l'état de relâchement. On n'oubliera pas de se servir d'une seringue en verre, une seringue en métal décomposerait le liquide de l'injection. L'instrument étant placé dans l'axe de la verge, on ramène l'organe sur l'extrémité de la seringue en la serrant latéralement, puis on pousse le liquide. Il faut que l'injection soit poussée dans l'urètre et en parcoure toute l'étendue avec une certaine rapidité. Si le malade pousse l'injection doucement, la muqueuse se crispe, se fronce, le canal se rétrécit, et le liquide ne passe pas. Une fois l'injection faite, on doit laisser séjourner la solution caustique pendant une demi-minute environ dans l'urètre, temps après lequel on la laisse écouler. A ce moment se font souvent sentir des douleurs très vives; il semble que l'on ait dans le canal des paquets d'épingles ou d'aiguilles. Le médecin doit, mais seulement lorsque l'injection est faite, prévenir le malade de la douleur qu'il va probablement éprouver; lui annoncer qu'il y aura pendant un certain temps difficulté pour uriner, augmentation de l'écoulement momentanée, avec exhalation sanguine plus ou moins abondante.

Cette augmentation de sécrétion mucoso-purulente dure ordinairement pendant six, huit ou dix heures. La douleur ne dure pas aussi longtemps; il est rare qu'elle ne soit pas

complétement calmée au bout de deux ou trois heures. Après la sécrétion séreuse, on voit apparaître un liquide de sécrétion crémeuse, phlegmoneuse, épaisse, formant comme un bouchon. Chez quelques sujets, ce phénomène se montre sans avoir été précédé de l'exhalation sanguine. A ces douleurs vives succède un collapsus complet; la miction se fait sans douleur chez beaucoup de malades; quelquefois, la sécrétion est complétement tarie. Il ne faut pas croire que le malade soit alors tout à fait guéri dans tous les cas. Quelquefois il en est ainsi; mais, si vous ne lui recommandez pas les plus sévères précautions, la guérison ne se maintient pas; le lendemain, le surlendemain, il arrivera souvent que l'écoulement reparaisse; et si vous avez négligé de le prévenir, il arrivera souvent aussi que la confiance qu'il avait en vous sera notablement ébranlée.

Tant que l'écoulement reste supprimé, on doit s'en tenir là et ne rien faire de plus; si la maladie reparaît le surlendemain de l'injection, vous poussez dans le canal une seconde injection; quelquefois même vous êtes obligé d'avoir recours à une troisième. Le plus ordinairement, à cette période de la maladie, l'écoulement est si peu de chose, si ténu, si muqueux que l'on doit se contenter d'injections astringentes.

Faut-il, dans le traitement de la blennorrhagie aiguë simple, s'en tenir aux injections caustiques ou substitutives? Non, elles vous trompent par la répétition facile de l'écoulement; vous pouvez du reste vous rendre aisément compte de ce qui se passe. A la suite de l'injection, il se forme une sorte de coagulation qui incarcère la sécrétion et l'empêche de se manifester au dehors. Il est nécessaire, suivant nous, de seconder cette méthode par l'emploi de médicaments intérieurs. Nous avons fait de nombreuses injections caustiques: seules, elles ne nous ont jamais donné de résultats complets. Nous devons dire pour être juste que jamais elles n'ont entre nos mains déterminé le plus léger accident. Si un médecin des bords de la Garonne a vu de cette méthode résulter un si grand nombre d'accidents graves, c'est que probablement il l'aura mal employée.

Nous nous résumons en deux mots. S'il fallait les employer seules, les injections caustiques abortives devraient être abandonnées comme méthode générale. Si on leur joint comme auxiliaires quelques médicaments internes, le copahu, le cubèbe, etc., elles constituent une admirable méthode, et sont sans contredit le moyen le plus sûr de tarir en quelques jours l'écoulement blennorrhagique.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 5 mai 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. le président donne communication du discours qu'il a adressé au roi à l'occasion de sa fête, et de la réponse de Sa Majesté.

— *M. le secrétaire perpétuel* lit la lettre suivante adressée par M. Aubert-Roche:

J'ai l'honneur de vous envoyer copie du passage d'une lettre en date du 1er mai, qui vient de m'être adressée de Londres par le docteur Bowring, membre du parlement anglais.

« Je fais mardi (aujourd'hui) une motion dans la chambre sur la » question des quarantaines, et bien sûr nous ferons un pas. Les » conclusions scientifiques de la Commission de l'Académie sont très » importantes; j'en ai demandé la communication officielle, et le » gouvernement y a consenti. Le rapport de l'Académie sera imprimé » ici par ordre de la chambre des communes. C'est une preuve de » son poids et de l'intérêt que l'on y prend. »

J'ose espérer, Messieurs, que vous trouverez dans cet acte du parlement et du gouvernement anglais une preuve de l'importance et du retentissement que votre rapport doit avoir en Europe. J'ai pensé qu'il vous serait agréable de connaître comment vos travaux sont appréciés et reçus hors de France.

— La parole est donnée à *M. Prus*, rapporteur de la Commission de la peste, pour continuer la lecture du rapport.

M. Prus s'exprime en ces termes:

Messieurs,

Le délai assez long qui s'est écoulé entre la dernière lecture que j'ai eu l'honneur de vous faire au nom de la Commission de la peste, et celle que je vais vous faire aujourd'hui, exige une courte explication.

Dans la séance de la Commission du 3 janvier 1846, il avait été décidé que quand les quelques conclusions médicales qui restaient encore à voter auraient reçu l'approbation de la Commission, le rapport resterait déposé pendant huit jours à la bibliothèque de l'Académie, afin que chacun des membres pût le lire à loisir avant de le voter définitivement et dans son ensemble.

Dans la réunion de la Commission du 2 mars, et à laquelle assistaient MM. Ferrus, Dupuy, Mélier, Londe et Prus, comme le constate la feuille de présence déposée ledit jour dans les bureaux de l'Académie, ses dernières conclusions médicales furent votées. Le même jour, la Commission reçut communication d'une lettre en date du 27 février 1846, adressée par M. le ministre du commerce à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine, et par laquelle celui-ci était prié d'engager la Commission à lire son travail *le plus tôt possible*. Par suite de cette invitation, la Commission autorisa, séance tenante, son président et son secrétaire à se rendre le lendemain mardi, 3 mars, au Conseil d'administration de l'Académie pour déclarer que nous étions en mesure de commencer la lecture du rapport.

M. Ferrus et moi nous nous rendîmes, en effet, le lendemain au Conseil de l'Académie, et là il fut décidé que la parole me serait donnée le jour même.

Je commençai donc la lecture du rapport, que je continuai ensuite sans la moindre réclamation d'aucun des membres de la Commission.

Cependant, avant de lire la dernière partie de notre travail et les conclusions médicales qui le suivent, je provoquai une nouvelle réunion de la Commission pour soumettre à son vote les conclusions d'application qui n'avaient pas encore été adoptées régulièrement.

C'est dans cette réunion que plusieurs de nos honorables collègues rappelèrent que le dépôt du rapport à la bibliothèque n'avait pas eu lieu comme cela avait été dit. Ils demandèrent un nouvel examen, non-seulement des conclusions d'application déjà débattues à plusieurs reprises, mais aussi des trente conclusions médicales adoptées dans des séances successives auxquelles plusieurs membres n'avaient pas pu assister. Comprenant combien la responsabilité de chaque membre de la Commission est grave en cette circonstance, le président et le rapporteur ont appuyé la demande faite, laquelle a été votée à l'unanimité des membres présents.

Dans une nombreuse série de séances nouvelles, chacune des trente conclusions médicales a été soumise à une nouvelle discussion et à un nouveau vote. Quatre conclusions ont été modifiées dans leur rédaction. Vous trouverez, Messieurs, ces modifications, qui ne changent pas le sens des conclusions indiquées, dans les épreuves du rapport qui vont bientôt vous être distribuées.

Enfin, les conclusions d'application ont également été adoptées. Je vais avoir l'honneur de les lire à l'Académie.

Messieurs,

Votre Commission croirait laisser son travail inachevé et exposé à des interprétations erronées si, se renfermant strictement dans le domaine de la science, elle ne pénétrait avec vous dans le domaine de la pratique et ne vous soumettait elle-même les conséquences qui lui semblent découler des faits contenus dans ce rapport, et qui doivent dans leur application être combinées avec les ménagements que réclament transitoirement soit l'état des esprits, soit les incertitudes de l'expérience encore incomplète sur certains points.

Avant de formuler ces déductions de notre rapport, permettez-nous d'entrer dans quelques développements sur les motifs qui les justifient.

PREMIÈRE PARTIE. — *Motifs.*

Ne craignez pas, Messieurs, que nous excitions l'Académie à se jeter dans des questions administratives qui ne sont pas de son ressort où pour la solution desquelles elle manque de presque tous les éléments nécessaires. Nous avons rempli notre devoir en établissant, autant que nous l'a permis l'état actuel de la science, les vérités médicales qui doivent servir de base à une réforme devenue indispensable; nous achèverons notre tâche sans sortir du cercle de nos attributions en indiquant sommairement les principales applications des résultats scientifiques auxquels nous sommes parvenus. Ce sont des avis, des vœux que nous émettons, à l'administration seule appartient le droit de décider et d'exécuter.

I. Résumons d'abord l'état de la législation en ce qui concerne le régime sanitaire.

Ce régime a été établi:

1° Par la loi du 3 mars 1822;

2° Par une ordonnance du roi en date du 7 août de la même année;

3° Par les règlements émanés de l'intendance sanitaire de Marseille et approuvés par M. le ministre du commerce le 13 novembre 1835. Ces règlements ont été réunis dans un volume in-8°, imprimé à Marseille en 1836.

La loi du 3 mars 1822 a posé les bases de l'organisation du service sanitaire, déterminé les peines encourues pour les infractions commises et réglé les attributions des administrations sanitaires locales.

L'ordonnance du 7 août 1822 a constitué, conformément aux prescriptions de la loi du 3 mars, les diverses parties du service de la santé.

Par suite de la faculté laissée aux intendances sanitaires de faire elles-mêmes les règlements à l'usage des localités soumises à leur juridiction, l'intendance de Marseille a rédigé, pour le service qui lui est confié, un travail étendu que toutes les villes du littoral ont adopté ou qui est devenu une sorte de code de la santé.

Ces règlements déterminent d'abord les fonctions des membres, des secrétaires et des commis de l'intendance; ensuite, celles des aumôniers, des médecins et des officiers sanitaires; enfin, celles des gardes de santé.

Ils prescrivent la conduite à tenir envers les malades pestiférés.

Ils indiquent les formalités à remplir par les capitaines et les équipages qui désirent obtenir la libre entrée dans le port de Marseille.

La loi du 3 mars et l'ordonnance du 7 août 1822 n'ayant pour but que les mesures que l'on peut appeler générales, ne s'occupent pas du mode de transmission des maladies dont on veut préserver la France.

Ce n'est que dans le détail des mesures réglementaires adoptées par l'intendance sanitaire de Marseille qu'on trouve l'application de la doctrine de transmissibilité de la peste par le contact des pestiférés, de leurs hardes, de leurs vêtements et des marchandises contaminées. De plus, quelques articles semblent admettre implicitement la transmissibilité de la maladie par l'air chargé de miasmes pestilentiels.

II. Les mesures sanitaires qui doivent assurer la sécurité de la France peuvent être ramenées à cinq chefs:

1° Indication des pays dont nous avons à craindre l'importation de la peste;

2° Précautions à prendre au départ des navires quittant les pays suspects pour se rendre en France;

3° Règles à observer pendant la traversée ou lors des relâches;

4° Précautions lors de l'arrivée dans un port français;

5° Mesures à prendre dans le cas où la peste viendrait à éclater dans une ville française.

Faisons remarquer tout d'abord qu'en laissant, sauf l'approbation du ministre, aux intendances sanitaires locales la détermination des attributions de leurs membres et des agents qu'elles emploient, le détail pratique des applications de la doctrine adoptée sur le mode de transmissibilité de la maladie dont on craint l'importation, l'autorité centrale a réellement remis entre leurs mains la police sanitaire dans tout ce qu'elle a d'actif et soumis à leur arbitraire les navires, les passagers et les marchandises.

Que serait-il arrivé si chacun de nos ports, grâce à l'initiative laissée à son intendance ou à sa Commission sanitaire, avait cru devoir rédiger des règlements particuliers? Comment l'administration aurait-elle pu concilier des doctrines, des pratiques, des formalités de détail qui auraient pu être très différentes, opposées même, et qui, cependant, constituent aux yeux des intéressés tout le système sanitaire?

La question des moyens que le pays doit employer pour se préserver du fléau pestilentiel, est manifestement une question générale. Les villes les plus exposées à l'introduction de la maladie doivent sans doute être consultées, il est rationnel de tenir grand compte de leurs traditions ou de leur expérience; mais c'est à l'autorité centrale éclairée par les avis des hommes les plus compétents, de prescrire sous forme d'ordonnances, de règlements ou d'instructions, non-seulement les principes généraux, mais encore les moindres détails du régime sanitaire.

III. Si nous recherchons quelles sont les contrées d'où la peste peut être importée en France, nous lisons ce qui suit dans une instruction qui n'est ni datée, ni signée, mais qui est imprimée à la suite des articles réglementaires adoptés par l'intendance de Marseille et approuvés par le ministre (1).

On peut ranger dans l'ordre suivant, pour les degrés de danger qu'ils présentent, les pays non habituellement sains:

« 1° Les côtes de Barbarie depuis et y compris la régence de Tripoli » jusqu'à celle de Tunis exclusivement;

» 2° Les autres côtes soumises à l'empire ottoman, jusques et y com- » pris l'Egypte et les côtes du Maroc sur les deux mers. »

L'ordonnance du 12 mai 1845 a supprimé les quarantaines pour les provenances du Maroc et de Tunis; les provenances de Tripoli ne sont plus soumises qu'à une quarantaine d'observation de cinq jours.

La classification établie par l'intendance sanitaire n'est pas en harmonie avec l'état de la science. D'une autre part, elle est trop absolue et ne tient pas assez compte de l'état variable des contrées mises en suspicion.

(1) Règlements à l'usage de l'intendance sanitaire de Marseille, page 245. Marseille, 1836.

D'après les faits recueillis ou les documents les plus authentiques, les contrées dont nous avons à redouter la peste sont: en première ligne l'Egypte; puis, la Syrie, la Turquie d'Europe et d'Asie.

La régence de Tripoli, celle de Tunis et l'empire du Maroc, quoique présentant un moindre danger, exigent cependant une surveillance particulière.

La certitude que la peste est endémique en Egypte, le danger que font naître les épidémies pestilentielles qui la ravagent à certaines époques, ne peuvent laisser aucun doute sur la nécessité des précautions que commandent nos rapports avec elle.

S'il est permis d'espérer que l'établissement d'une intendance sanitaire à Constantinople et l'adoption probable des mesures qu'elle conseillera pour l'assainissement de cette grande capitale, y rendront désormais la peste spontanée plus rare et finiront même par la faire disparaître, on ne peut encore assigner le moment ou ce résultat sera atteint d'une manière certaine et durable. Ce moment est bien plus éloigné, sans aucun doute, pour la plupart des provinces de l'empire turc dans lesquelles l'intendance de Constantinople a pu constater de 1838 à 1842, treize pestes, dont aucune ne paraît avoir été importée ni de l'Egypte, ni de la Syrie.

Supposer que la peste ne naîtra plus spontanément en Turquie, et se confier dès à présent aux précautions quarantenaires prises par des autorités musulmanes, mobiles, dépourvues de lumières nécessaires, souvent négligentes ou mêmes rebelles aux prescriptions des intendances sanitaires, ce serait commettre une imprudence, et exposer la santé publique à des dangers plus ou moins graves.

Un autre motif de suspicion contre les provenances de Tripoli, de Tunis, de Maroc et même de Constantinople, c'est que les navires sous pavillon ottoman échappant à la surveillance et à la juridiction des consuls européens, parviennent aussi facilement à se soustraire à toutes les prescriptions sanitaires. Ils peuvent donc à tout instant importer la peste dans ces contrées, même à l'insu des consuls européens (1).

Nous devons dire, toutefois, que les précautions à prendre pourraient être plus ou moins rigoureuses, mises en rapport avec l'état sanitaire variable que présentent les pays suspects aux différentes époques de l'année.

Ainsi, pour l'Egypte elle-même, la crainte de l'importation en France de la peste contractée dans cette contrée s'amoindrit singulièrement, et doit être presque nulle pour les provenances parties du 1er juillet au 1er novembre; car l'expérience a appris que les épidémies pestilentielles qui ont affligé l'Egypte ont toujours commencé du 1er novembre au 15 février, et ont cessé vers la fin de juin, sauf de très rares exceptions.

Lorsque des études approfondies et une assez longue expérience auront fourni pour les autres pays suspects des renseignements analogues, les mêmes considérations leur deviendront applicables.

IV. Les précautions à prendre au départ des navires quittant les pays suspects pour se rendre en France, sont actuellement déterminées ainsi qu'il suit:

« Aux termes de l'ordonnance du 7 août 1822, tout navire doit être porteur d'une patente délivrée au port du départ, ou visée dans tous les ports de relâche.

» La patente doit être délivrée par nos consuls, sauf à Marseille, où elle est signée par l'intendant semainier. »

La même ordonnance porte que les patentes ne seront délivrées par les consuls et par l'intendant semainier qu'après une visite préalable faite par un médecin.

Au premier abord, cette législation semble ne rien laisser à désirer. Patente au départ délivrée par une autorité compétente, après la visite d'un médecin; visa de cette patente dans tous les ports de relâche: ne trouve-t-on pas là de sûres garanties et des motifs suffisants de sécurité?

En descendant au fond des choses, on aperçoit qu'il n'en est pas ainsi.

Et d'abord la visite préalable prescrite par un médecin n'a eu lieu jusqu'ici que dans certaines localités et irrégulièrement. D'une autre part, quel sera le médecin chargé de la visite? d'après quelles règles sera-t-il choisi? quelle responsabilité le contenu de son certificat lui fera-t-il encourir? Enfin, à quelle époque et d'après quelles règles procédera-t-il à cette visite, base première de la patente et de la garantie que celle-ci doit offrir.

On peut affirmer que la plupart des patentes délivrées jusqu'à ce jour n'ont pas constaté suffisamment l'état réel de la santé publique au lieu du départ, et encore moins l'état sanitaire de toutes les personnes embarquées. Nos consuls dans le Levant et l'intendant semainier à Marseille, s'ils ne sont pas médecins, sont tout à fait incompétents pour reconnaître et par conséquent pour certifier l'état sanitaire du pays, et surtout celui de chacun des passagers et des hommes de l'équipage.

Ces importantes fonctions ne pourront être remplies de manière à donner toute la sûreté désirable que par des médecins français, relevant de l'administration sanitaire, nommés par M. le ministre du commerce, sur la présentation de l'Académie et de la Faculté de médecine de Paris, et résidant sur les différents points où leur présence sera jugée nécessaire.

Si la plus simple réflexion suffit pour faire comprendre combien cette surveillance médicale exercée dans les pays suspects aurait toujours été utile, aujourd'hui que la partie la plus importante de la prophylaxie de la peste consiste dans les précautions à prendre aux ports de départ, cette vérité ne comporte plus de doutes et doit éveiller toute la sollicitude de l'administration.

Il faut reconnaître et déclarer que c'est dans les pays d'où le danger est à craindre, que la surveillance préservatrice est la plus rationnelle. C'est là que les mesures à prescrire ont le plus d'efficacité et apportent le moins d'entraves aux relations internationales. N'est-il pas évident que des informations précises, authentiques sur l'état sanitaire des pays d'où partent les navires susceptibles d'importer la peste en France, constituent la donnée première et fondamentale d'après laquelle les intendances pourront à l'arrivée prescrire et graduer les quarantaines à imposer? Or, ces informations ne peuvent être fournies que par des médecins instruits, résidant au sein des populations suspectes, capables de saisir et de constater les causes, les avant-coureurs, les caractères des pestes épidémiques toujours si redoutables, et de les distinguer des cas de peste sporadique contre lesquels les Francs les plus timorés ne prennent plus, en Orient, la précaution de s'isoler.

Ces médecins, dont la fonction principale et officielle serait de constater l'état sanitaire du pays et des personnes embarquées sur les bâtiments en partance, seraient appelés à rendre d'autres services également utiles. Ils soigneraient leurs nationaux; ils recueilleraient sur la peste des documents qui avanceraient plus la connaissance de cette maladie en quelques années, que n'ont pu le faire dans un temps beaucoup plus long des médecins voyageurs, malgré tout leur zèle et tout leur dévouement.

Enfin, indépendants par leur position, en rapport constant avec les autorités consulaires, ils pourraient hâter par leurs avis éclairés, par la persistance de leur action, cette époque de perfectionnement hygiénique tant désirée, qui délivrera l'Europe de la crainte de la peste en l'éteignant dans les contrées où l'ignorance, le fanatisme ou le mépris

(1) Voir la communication verbale faite à la Commission par M. de Nion, consul-général de France à Tanger, ancien président du comité consulaire de santé de cette ville.

de la vie des hommes l'ont fait naître et la conservent depuis tant de siècles.

Supposant admise la création de médecins sanitaires aux ports principaux de départ, revenons aux patentes.

La patente sera *brute* lorsque régnera au lieu du départ une épidémie pestilentielle, ou même quand celle-ci paraîtra imminente.

Elle pourra encore être *brute* lorsque les pestes sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie.

Dans tous les autres cas, la patente délivrée au port du départ sera *nette*.

Cette combinaison laisse au médecin sanitaire du port du départ une grande latitude, en même temps qu'elle lui impose une grande responsabilité. En lui permettant de proposer la patente *brute* alors même qu'il n'existe dans le pays que des pestes sporadiques, elle forme une espèce de transition à un état définitif que la science indique, mais qui ne devra être admis d'une manière absolue que dans un temps plus éloigné. La non-transmissibilité de la peste sporadique n'est pas encore assez consacrée par l'expérience pour qu'on doive faire reposer sur elle une mesure sanitaire.

Le médecin ne se bornera pas à relater dans son certificat l'état sanitaire du pays et du port de départ; il visitera individuellement tous les passagers et tous les hommes de l'équipage dont le rôle lui sera communiqué; il constatera avec le plus grand soin les conditions hygiéniques du navire en partance, et signalera celles qui pourraient favoriser la formation d'un foyer pestilentiel, telles que le peu d'espace des locaux, l'imperfection des moyens d'aération, l'encombrement produit par le trop grand nombre des personnes à bord.

Ces opérations auront lieu la veille ou le jour même du départ du navire. La faculté laissée jusqu'ici au capitaine de ne partir que le sixième jour après la délivrance de la patente est une tolérance qui ôte à celle-ci toute sa valeur.

Le résultat des divers examens confiés au médecin sanitaire sera consigné dans un certificat qui, servant de base pour la délivrance de la patente par le consul, restera annexé à celle-ci, et sera consulté au port d'arrivée par les autorités compétentes.

S'il était vrai, comme l'indiquent nos recherches, que les hardes et vêtements des pestiférés ne peuvent, en aucun cas, communiquer la peste, il serait rationnel de ne prendre, à leur égard, aucune mesure de précaution au port de départ. La Commission pense, toutefois, que la prudence conseille d'agir avec plus de circonspection.

Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences, que nous regardons comme indispensables autant dans l'intérêt de la santé publique que dans celui des relations internationales (1) aient prouvé à tous la non-transmissibilité ou la transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements contaminés; ces hardes et ces vêtements seront ventilés avec les précautions convenables pendant la traversée, ou bien les malles contenant le linge et les habits des passagers et de l'équipage seront plombées au lieu du départ et ne seront ouvertes que dans un lazaret français. Dans ce dernier cas, on ne laissera à la disposition des passagers et des marins que le linge et les vêtements nécessaires pour le voyage.

V. Les précautions à prendre pendant la traversée et les relâches méritent une attention non moins grande que celles indiquées pour les ports de départ.

Quand on lit avec attention les déclarations faites par les capitaines des bâtiments arrivés depuis 1720 à Marseille avec la peste à bord, on reconnaît facilement que beaucoup de ces déclarations sont ou mensongères ou dépourvues de détails suffisants pour faire apprécier la santé des personnes qui étaient sur le navire pendant la traversée. Comment exiger d'un capitaine des renseignements techniques de quelque valeur sur les maladies dont l'équipage ou les passagers ont été atteints, maladies dont il a quelquefois intérêt à dissimuler la nature!

Ici encore il est évident qu'un médecin seul pourra tenir d'une manière utile le journal des maladies survenues sur le navire pendant le voyage.

Déjà il existe sur chacun des bâtiments de l'Etat un médecin appartenant au corps des officiers de santé de la marine royale.

Les paquebots-postes de la Méditerranée ont également un médecin à bord. Nous pensons qu'il est à désirer que ce médecin ressorte de l'administration sanitaire.

Ces médecins veilleront à l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène, spécialement en ce qui concerne l'aération des navires.

Ils inscriront chaque jour sur un registre tout ce qui est relatif à la santé des personnes à bord. En cas de maladie, ils s'attacheront à indiquer avec précision les antécédents des malades, les symptômes, la marche, le traitement, le mode de terminaison de toutes les affections observées. Tous les soirs, le capitaine arrêtera et visera ce registre dont les feuillets seront cotés et paraphés par l'autorité désignée à cet effet.

Si le navire vient à relâcher pendant le voyage, le certificat délivré au port du départ sera visé par le médecin sanitaire de la résidence, lequel y consignera ses observations sur l'état de la santé du pays et de la localité. La patente elle-même sera visée et modifiée, s'il y a lieu, par le consul.

Le médecin du bord tiendra note exacte de toutes les communications accidentelles ou autres qui pourront avoir lieu pendant la traversée, ainsi que de toutes les circonstances importantes pour la santé qui peuvent se rattacher à ces communications.

Quant aux navires qui n'auront pas de médecins sanitaires, M. le ministre du commerce fera rédiger une instruction spéciale destinée aux capitaines, et contenant l'indication des signes auxquels on reconnaît la peste, des soins à donner aux pestiférés, des mesures à prendre pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle, et pour les détruire s'ils viennent à se former.

Ces capitaines tiendront note, sur un registre coté et paraphé, de toutes les communications qui pourront avoir lieu, soit dans les ports de relâche, soit en mer, ainsi que de toutes les indispositions et maladies éprouvées par les personnes du bord. Ces notes seront inscrites au fur et à mesure des événements.

Toutes ces dispositions, dont quelques-unes sont proposées pour la première fois, se justifient d'elles-mêmes. Nous ne pensons donc pas qu'il soit besoin de les motiver longuement.

VI. Nous abordons la partie du régime sanitaire considérée jusqu'à présent comme la plus importante, et sur laquelle s'est portée presque exclusivement la sollicitude de l'administration; nous voulons parler des précautions à prendre lors de l'arrivée des navires suspects dans un port français.

Voici le tableau de la durée des quarantaines telles qu'elles sont appliquées aujourd'hui aux provenances du Levant.

Pour nous, les prescriptions seront d'autant plus simples, et les formalités d'autant moins longues et d'autant moins gênantes pour le commerce, que des garanties réelles et efficaces auront déjà été prises au départ et pendant le voyage.

Les capitaines des bâtiments de la marine royale, les capitaines des paquebots-postes et de tous autres bâtiments ayant un médecin sanitaire à bord remettront à l'autorité compétente du port d'arrivée :

1° La patente et le certificat de santé y annexé, qui auront été délivrés au port du départ;

2° Le journal tenu par le médecin du bord, et constatant les maladies et faits médicaux survenus pendant la traversée.

Le médecin sanitaire du port d'arrivée à qui ces deux pièces seront transmises, les examinera avec soin; il se rendra ensuite à bord, constatera l'état de santé des passagers et des hommes de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du navire, et fera connaître le résultat de ces opérations par un rapport dont le modèle sera tracé par l'administration.

Sur le vu de la patente et du certificat de santé délivrés au départ, du journal médical du bord et du rapport rédigé par le médecin sanitaire du port d'arrivée, l'autorité compétente prescrira la durée de la quarantaine et, s'il y a lieu, les mesures spéciales de désinfection à mettre en usage.

Les quarantaines doivent être calculées de manière à détruire toutes les craintes raisonnables d'importation de la peste, sans imposer d'entraves inutiles aux voyageurs et aux relations commerciales. Ce but peut être atteint par les dispositions suivantes :

1° Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Egypte, de Syrie ou de Turquie avec une patente *nette*, la quarantaine sera de dix jours pleins *à partir du départ*, quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée à bord pendant la traversée.

La quarantaine sera de quinze jours pleins, *à partir du départ*, pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste ni maladie suspecte pendant le voyage.

2° Pour les navires du commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit une quarantaine d'observation de dix jours pleins *à partir de l'arrivée*.

Lorsque les mêmes navires arriveront au port avec patente *brute*, mais sans avoir eu en mer ni peste ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours, *à partir de l'arrivée*.

L'économie de ces deux ordres de dispositions se conçoit et se justifie sans peine.

Dans les cas de patente nette, lorsque le certificat du médecin sanitaire délivré au port du départ établit qu'aucune épidémie pestilentielle ne régnait dans le pays, lorsqu'un autre médecin sanitaire a constaté que la peste ni aucune maladie suspecte ne s'est montrée pendant la traversée, il est certain, la durée de l'incubation de la peste, après que le compromis s'est éloigné des foyers pestilentiels, étant de huit jours au plus, que dix jours écoulés sans accident depuis le commencement de la traversée, suffisent pour donner toute la sécurité désirable, même pour les bâtiments venant des pays où la peste est endémique.

En cas de patente *brute*, c'est-à-dire lorsqu'une épidémie pestilentielle règne au lieu du départ, il est à craindre qu'une des personnes embarquées n'ait emporté la peste à l'état d'incubation. Aussi, quoi qu'il ne se soit déclaré aucun cas de peste ni de maladie suspecte pendant la traversée, quoique, d'après les faits connus dans la science, l'incubation ne puisse durer plus de huit jours, nous proposons une quarantaine de quinze jours pleins, *à partir du départ*, pour éviter jusqu'au soupçon du danger.

Si le navire n'a pas à bord de médecin sanitaire, la quarantaine pour la patente *nette* ne comptera que du jour de l'arrivée, c'est-à-dire de celui où une observation éclairée et attentive pourra donner l'assurance qu'aucune affection pestilentielle n'est à craindre.

Il en sera de même pour le cas de patente *brute*, lorsque le capitaine certifiera que la peste ni aucune maladie suspecte ne s'est montrée à son bord pendant la traversée. Seulement, la quarantaine au port d'arrivée sera portée à quinze jours pleins, et comportera les précautions et formalités imposées aux quarantaines dites de rigueur.

Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu pendant la traversée, ou qui aura lors de son arrivée dans un port français, un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire du dit port.

Les passagers et l'équipage seront tranportés au lazaret, et subiront une quarantaine qui sera de quinze jours au moins et de vingt jours au plus. Les marchandises seront débarquées et aérées; le navire, bien nettoyé, bien lavé, bien ventilé, bien purifié, restera vide pendant un mois au moins; des gardes de santé pourront être placés près du navire pour exercer sur lui la surveillance jugée nécessaire, mais il leur sera expressément défendu, ainsi qu'à toutes autres personnes, d'aller sur le navire en quarantaine sous quelque prétexte que ce soit.

Par cet article, nous traitons avec la même sévérité le bâtiment qui a eu des pestiférés pendant la traversée et celui qui a la peste à bord lors de son entrée dans le port. Il doit en être ainsi, puisque nous savons qu'il suffit qu'un pestiféré ait séjourné dans un navire pour que l'air de ce navire conserve des miasmes et devienne pour un temps plus ou moins long un foyer d'infection pestilentielle. La connaissance de ce fait doit engager à repousser comme inhumain, dangereux et superflu l'article des règlements sanitaires de Marseille, qui prescrit de placer sur les navires suspectés d'infection un plus ou moins grand nombre de gardes de santé.

En imposant aux passagers et aux gens du bord qui se sont trouvés compromis avec un pestiféré ou qui sortent d'un navire suspecté d'infection une quarantaine qui pourra être portée à vingt jours, votre Commission croit satisfaire à tout ce que peut réclamer la prudence la plus scrupuleuse.

Enfin, la durée d'au moins trente jours de la quarantaine imposée aux navires infectés est fondée sur la difficulté quelquefois très grande que l'on a éprouvée à détruire les foyers d'infection pestilentielle, et sur le retour de cas de peste parmi les individus habitant un navire rendu trop tôt à ses usages ordinaires.

Il n'échappera pas à l'Académie que dans ces déductions d'une longue et minutieuse étude de la question qui lui est soumise, la Commission propose de supprimer du régime sanitaire la patente dite *suspecte*. Cette patente ne nous a paru répondre à rien de bien précis, de rigoureusement déterminé; dans la pratique, elle présente plus d'inconvénients que d'avantages. La patente *suspecte* doit entraîner la même quarantaine que la patente *brute*. Il est bien évident, en effet, que les craintes plus ou moins grandes que fait naître l'état sanitaire du lieu d'où est parti le navire, ne changent rien à l'incubation de la peste et par suite à la durée du temps d'épreuve qui doit être imposé.

Nous n'aurons que quelques mots à dire des hardes et des vêtements.

Les hardes et vêtements qui arriveraient du lazaret français dans des malles plombées au port du départ, devront être ventilés et purifiés au dit lazaret. Une instruction nouvelle, rédigée d'après les données actuelles de la science, indiquera les moyens à mettre en usage pour prévenir tout danger. On doit espérer que ces opérations pourront être terminées dans un délai de trois jours.

Quant aux marchandises, aucun fait ne démontrant la réalité de la propriété qu'on leur a attribuée de conserver les miasmes pestilentiels et de transmettre la peste, la Commission croit devoir se borner à conseiller l'emploi des moyens les plus simples et les moins onéreux au commerce. Il sera facile d'ajouter à l'instruction relative à la désinfection des hardes et vêtements, les mesures jugées convenables pour la purification des marchandises arrivées en France sur un bâtiment pestiféré.

Votre Commission espère, Messieurs, que vous trouverez dans les propositions qu'elle m'a chargé de vous soumettre, des innovations utiles jointes à la réserve la plus circonspecte. Ces propositions, si elles sont adoptées par vous et par l'administration, auront un double résultat. Elles rendront la prophylactique de la peste plus réelle et plus efficace, en même temps qu'elles abrégeront assez la durée des quarantaines pour restituer complétement à la France les avantages de sa position géographique.

VII. Nous arrivons, Messieurs, à une question purement médicale.

Comment doivent être traités les pestiférés reçus au lazaret?

Voici notre réponse :

Les pestiférés sont des malades. A ce titre ils ont droit à tous les soins, à tous les secours que la société, la science et l'art peuvent leur donner.

Ce principe sacré a-t-il toujours été respecté au lazaret de Marseille? Rappelez-vous, Messieurs, les pénibles détails que nous avons dû vous faire connaître, et votre conscience prononcera facilement.

En ce moment encore, que prescrivent à cet égard les règlements de 1835?

Art. 611. Les pestiférés doivent être placés dans une chambre près de la barrière de fer.

Si quelqu'un du bord a suivi le malade dans la vue de le soigner, il lui est donné une chambre dans son voisinage; mais il évitera de communiquer avec les pestférés.

Art. 612. On place dans le même enclos deux gardes de santé; ces gardes ne communiquent ni avec le malade, ni avec la personne qui le soigne; ils sont chargés de surveiller l'un et l'autre.

Art. 613. On procure à l'individu qui soigne le malade des sabots de bois, une camisole, des pantalons et des gilets de toile cirée dont il se revêt quand il entre dans la chambre du malade pour lui approcher quelque remède au bout d'une planche.

Art. 614. Lorsqu'on a besoin du secours manuel de quelque chirurgien, on invite un élève en chirurgie à s'enfermer avec le malade; mais ce n'est jamais qu'à la dernière extrémité qu'on en vient là.

Art. 615. Lorsqu'il s'agit de l'ouverture d'un bubon, et que ce bubon a son siége sur une partie du corps telle que le malade puisse opérer lui-même, on fait usage des caustiques ou on emploie tous les moyens possibles pour engager et déterminer le malade à se faire l'opération, et on saisit le moment où ses sens encore libres le lui permettent, quoique le bubon ne soit pas encore parvenu au degré de maturité indiqué par les règles de l'art.

Nous comprimerons, Messieurs, les sentiments qu'excite en nous la lecture de pareils articles. Nous nous contenterons d'une seule réflexion : Que l'on compare les soins que les pestiférés reçoivent en Egypte et ceux qui leur sont donnés à Marseille, et qu'on nous dise de quel côté est la barbarie.

Le zèle exagéré pour la santé publique qui a dicté les articles que nous venons de rapporter a imposé aux chirurgiens et aux médecins des précautions et une réserve qu'ils ne peuvent accepter.

Art. 616. On procure au chirurgien des vêtements en toile cirée; on lui remet des instruments à longue queue pour qu'il puisse en faire usage sans toucher le malade.

En entrant dans la chambre d'un pestiféré, le chirurgien porte avec lui un réchaud sur lequel il fait brûler des parfums en assez grande quantité pour que la fumée qu'ils produisent puisse affaiblir l'action morbifique des miasmes pestilentiels. Le chlorure de chaux peut être employé en même temps.

Art. 115. Les médecins et les chirurgiens n'entrent pas dans l'enclos où est logé un malade atteint de maladie contagieuse; ils s'arrêtent toujours à plus de six mètres de distance de la première porte, de manière qu'ils soient dans un éloignement au moins de douze mètres du malade qu'ils visitent, lequel se montre à eux si son état le lui permet et leur parle sans dépasser la barrière de fer qui est dans l'enclos.

Art. 116. Lorsque le malade ne peut sortir de sa chambre, les médecins se règlent sur le rapport qui leur est fait par l'élève-chirurgien, ou, à défaut de celui-ci, par toute autre personne placée dans l'enclos pour soigner le malade, et ils prescrivent des remèdes convenables à sa situation.

Vous ne penserez pas plus que nous, Messieurs, que le médecin le plus habile puisse faire un examen utile d'un malade à une distance de douze mètres; vous ne croirez pas non plus que les renseignements qui lui seront fournis par un matelot, par un garde de santé et même par un élève en chirurgie puissent être suffisants pour lui faire saisir toutes les indications au fur et à mesure qu'elles se présenteront dans une maladie aussi grave et aussi variable que la peste. Vous admettrez donc avec nous que ces articles du règlement doivent être remplacés par d'autres qui soient plus en harmonie avec les droits des malades, avec les sentiments et les habitudes des médecins.

Nous proposons que tout pestiféré entré dans un lazaret français y reçoive tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

Les bâtiments destinés à recevoir les pestiférés seront disposés de manière à assurer aux malades et aux personnes qui les soigneront les meilleures conditions hygiéniques, et surtout une aération facile et complète si nécessaire pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle.

En cas de mort, il sera procédé à l'ouverture du cadavre en présence des médecins et chirurgiens du lazaret. L'état de tous les solides et de tous les liquides qui entrent dans la composition du corps humain sera noté avec détail dans un procès-verbal signé par toutes les personnes présentes. Il importe beaucoup de savoir si les altérations pathologiques que la peste peut offrir en France sont exactement les mêmes que celles déjà bien observées au Caire et à Alexandrie.

Le désir que nous manifestons ici est celui des hommes instruits et honorables qui sont en ce moment médecins et chirurgiens du lazaret de Marseille. Il nous a été exprimé par l'un d'eux, M. le docteur Roux, de Brignolles.

Nous ne craignons pas d'ajouter que MM. les docteurs Rey et Rey-

(1) Les expériences que nous proposons relativement aux hardes et vêtements ne pourront conduire à des résultats certains que si elles sont faites loin des pays où la peste est endémique, loin des foyers épidémiques et des foyers d'infection pestilentielle. Aussi les médecins de Constantinople et d'Egypte, reconnaissant que les pays dans lesquels ils observent la peste offrent des conditions qui s'opposent à ce que les expériences indiquées puissent y être tentées d'une manière utile, demandent-ils avec instance qu'elles soient faites en Europe. Les lazarets européens, et surtout celui de Marseille, offriraient des localités convenables.

Des hardes et vêtements servant à des malades atteints d'une peste épidémique grave, sévissant en Egypte, en Syrie ou en Turquie, seraient placés dans des boîtes et des malles hermétiquement fermées; ces boîtes et ces malles seraient expédiées en France après avoir été cachetées et scellées en présence des consuls européens et du médecin sanitaire français de la résidence.

Arrivées à Marseille, elles seraient déposées au lazaret.

Elles ne seraient ouvertes que par les personnes qui voudraient se soumettre aux expériences jugées utiles par l'Académie.

Si ces hardes et ces vêtements étaient portés impunément par les expérimentateurs qui s'en seraient revêtus, sans aucune purification ni ventilation préalables, et en présence d'une commission nommée par M. le ministre du commerce, ce serait une nouvelle et forte présomption en faveur de la non-transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements.

Ces expériences, renouvelées un assez grand nombre de fois et toujours avec un résultat négatif, changeraient la présomption en certitude.

Que si, au contraire, les médecins qui se seraient soumis à ces expériences venaient à être atteints de la peste, leur dévoûment aurait été d'un immense avantage pour l'humanité en montrant le danger du contact de hardes et vêtements infectés de peste, danger que la tendance générale des esprits porte à regarder comme nul. (Note du rapporteur.)

monnet, qui, par une exception qui ne date que de quelques années, ont été nommés membres de l'intendance et ont apporté dans ses délibérations des connaissances médicales et des idées de progrès qu'on n'y trouvait pas jusque-là, joindront volontiers leurs efforts aux nôtres pour obtenir sur ce point et sur ceux que nous avons signalés plus haut les réformes et les améliorations que nous sollicitons.

VIII. Les règlements sanitaires ne seraient pas complets si, prévoyant les cas où soit à raison de l'oubli des lois de l'hygiène, soit par l'émission ou la violation des règles quarantenaires, la peste venait à éclater dans une ville française, ils ne déterminaient pas, au moins d'une manière générale, les dispositions à prendre pour maîtriser et étouffer le fléau.

Jusqu'ici, Messieurs, l'administration sanitaire de notre pays n'a guère tenu compte dans les mesures qu'elle a prescrites que de la transmissibilité de la peste par le contact médiat ou immédiat des malades.

Elle n'a pas pris en considération suffisante l'influence des foyers d'infection pestilentielle; elle n'a pas tenu compte de l'influence des foyers épidémiques, et dès lors elle s'est laissé entraîner à des dispositions non pas seulement empreintes d'une sorte de barbarie, mais encore dangereuses jusqu'à un certain point pour les contrées voisines de la localité pestiférée.

Renfermer les populations malades dans des cordons sanitaires plus ou moins resserrés, c'est les livrer à l'action des causes générales épidémiques quand elles existent, et, dans tous les cas, à l'influence des foyers d'infection pestilentielle. Or, plus ces foyers sont rendus intenses, plus les personnes qui s'en échappent sont dangereuses pour les lieux où elles se rendent.

Les moyens rationnels et déjà sanctionnés par une heureuse expérience, que votre Commission croit devoir vous proposer, sont très simples et d'une facile exécution.

Si la peste se manifeste dans une maison, il faudra faire porter de suite le pestiféré dans un endroit éloigné et parfaitement aéré, où il recevra tous les soins que réclame son état. Tous les autres habitants se rendront dans un lieu désigné par l'autorité, et où ils seront soumis à la surveillance d'un médecin. La maison évacuée sera nettoyée, lavée, aérée, purifiée, et devra rester vide pendant un mois au moins.

Plusieurs maisons viennent-elles à être frappées, on tiendra pour chacune d'elles la conduite que nous venons d'indiquer. De plus, on excitera, ou même on contraindra, le plus grand nombre possible d'habitants, à sortir de la ville, en leur assignant des lieux de refuge et en les soumettant aux mesures d'isolement nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie aux populations voisines.

Si des villes entières étaient le théâtre d'une épidémie de peste, ces dispositions devraient être mises à exécution sur une plus grande échelle et avec une rigoureuse sévérité; mais les principes ne changeraient pas. Il faudrait toujours, d'une part, s'attacher à faire sortir des foyers épidémiques toutes les personnes non encore atteintes de la maladie; de l'autre, isoler, disséminer les pestiférés en les plaçant dans des endroits élevés et bien ventilés, de manière à prévenir la formation de foyers d'infection pestilentielle.

Parmi les habitations temporaires à conseiller en semblables circonstances, les tentes et les baraques tiennent le premier rang, tant à raison du renouvellement continuel de l'air que par la facilité avec laquelle on peut les établir partout où sont réunies les conditions désirables de salubrité.

Est-il besoin d'ajouter que des mesures purement administratives devront intervenir, soit pour assurer l'exécution des mesures sanitaires, soit pour procurer aux personnes malades et en santé ce qui leur sera nécessaire, soit pour prévenir les désordres, soit enfin pour régler les communications de manière qu'elles n'offrent aucun danger pour les populations encore épargnées.

(Nous publierons la seconde partie de ce rapport dans le prochain numéro.)

M. le président. A cause de l'étendue et de l'importance de ce rapport, l'Académie jugera sans doute nécessaire d'en renvoyer la discussion à quinzaine. D'ici là le rapport sera imprimé, et messieurs les membres de l'Académie auront le temps de se préparer à la discussion.

Le renvoi de la discussion à quinzaine est adopté.

M. le président. L'Académie trouvera aussi convenable de diviser la discussion en deux parties : en discussion générale et en discussion des articles, de telle sorte qu'on ne puisse plus revenir sur la discussion générale quand elle aura été close.

Cette seconde proposition reçoit l'assentiment de l'Académie.

— *M. Hamont* communique une lettre qu'il a reçue du docteur Gaëtani-Bey, dans laquelle on lui fait part des améliorations hygiéniques que Mébémet-Ali va immédiatement entreprendre dans la Basse-Egypte.

— *M. C. Broussais* termine la lecture de son Mémoire sur le climat et les maladies de l'Algérie.

— La séance est levée après cinq beures.

Les médecins de Paris ont adopté à peu près généralement, pour leurs visites, les voitures à quatre roues, et c'est avec raison. Le cabriolet a ses agréments sans doute; on peut conduire soi-même son cheval; la voiture est plus légère; mais les inconvénients sont à côté des avantages. Si le cheval s'abat, il est rare que l'on puisse éviter une chute, souvent violente et dangereuse, surtout si l'on n'a pas eu la précaution de fermer le ressort du tablier.

C'est ce qui est arrivé, il y a quelques jours, à notre honorable rédacteur en chef, M. le docteur Fabre. Le cheval du cabriolet où il se trouvait s'est abattu rue Saint-Honoré, et il a été violemment précipité sur le sol. Tout le poids du corps a porté sur le bras gauche, dont la main s'était portée en avant; les deux os de l'avant-bras ont été luxés complétement en arrière. La réduction a été opérée quatre heures après par M. le docteur Lisfranc. La tuméfaction assez considérable, et des ecchymoses étendues, se dissipent graduellement, ainsi qu'un état érysipélateux de la peau déterminé par des applications de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée. Des applications d'eau végéto-minérale ont suffi pour remédier à cet accident.

Sous quelques jours, M. le docteur Fabre sera en état de reprendre ses occupations.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Septième liste.

		fr.
MM.	le docteur Martin-Solon,	5
	Société médic. de l'Yonne, par l'entremise de M. Sallé,	100
	le docteur Ledain, médecin de l'hospice civil et militaire, à Parthenay,	5
	le docteur Albert, chirurgien de l'hospice, ib.,	2
	Proust, pharmacien, ib ,	3
	Thibault, pharmacien, ib.,	3
	le docteur Fribault, à Airvault (Deux-Sèvres),	5
	le docteur Jorand, ib.,	5
	Bonneau, méd.-vétérinaire, ib.,	5
	le docteur Poyrault, à St-Jouin-les-Marnes (Deux-Sèvr.),	5
	le docteur Morin, à St-Loup, ib.,	5
	le docteur Meynier, à Secondigny, ib.,	1
	Dubois, médecin, ib.,	5
	Juchault, médecin, à Vautebis (Deux-Sèvres),	5
	le docteur Pouzet, à Mazière, ib.,	2
	le docteur Hache, à Etampes, Association médicale d'Etampes,	5
	le docteur Bourgeois, ib.,	5
	le docteur Martin, ib.,	5
	Trion-Lamotte, médecin, ib.,	3
	Gonce, médecin, à Chals St-Mard, ib.,	5
	Marchand, médecin, à Oysonville, ib.,	3
	le docteur Babault, à Méréville, ib.,	5
	Sommain, médecin, à Angerville, ib.,	3
	le docteur Buisson, ib.,	5
	Charbonnier, médecin, à Lardy, ib.,	5
	Lesne, médecin, à La Ferté, ib.,	3
	le docteur de Brieude, ib.,	5
	le docteur Bouret, à Etrechy, ib.,	5
	Brougne, médecin, à Saclas, ib.,	5
	le docteur Chopelet, à Melly, ib.,	5
	le docteur Raybaud, ib., ib.,	5
	Gastnot, pharmacien, ib., ib.,	5
	Delafoy, médecin-vétérinaire, à Angerville, ib.,	5
	Sevin, id. à Melly, ib.,	5
	Sanitas, id. à Etampes, ib.,	5
	Marchand, médecin à Méréville, ib.,	5
	le docteur Tournier, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon,	10
	le docteur Maire, à Pierrefontaine (Doubs),	10
	le docteur Revillont, à Besançon,	10
	les élèves de l'Ecole de médecine de Besançon,	28 75
	le docteur Villars, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon,	5
	le docteur Martin, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon,	5
	le docteur Paget, à Besançon,	5
	le docteur Janson, ib.,	5
	le docteur Zgonki, ib.,	5
	Petey, chirurgien-dentiste, ib.,	5
	le docteur Michel, ib.,	3
	le docteur Mayer, ib.,	3
MM.	le docteur Druhen, ib.,	3
	Michel, médecin à Pouillcy-les-Vignes (Doubs),	3
	le docteur Briot, à Besançon,	2
	le docteur Ballard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Besançon,	2
	le docteur Sonderet, à Besançon,	2
	le docteur Poëte, chirurgien de l'hospice de Bellevois, à Besançon,	2
	le docteur Ordinaire, à Besançon,	2
	le docteur Bouton, ib.,	2
	Laudet, médecin, ib.,	2
	le docteur Boué, à Paris,	3
	le docteur Forgemol, à Tournan (Seine-et-Marne),	3
	le docteur Lantenois, ih.,	3
	le docteur Marcon, à Montélimart (Drôme),	5
	le docteur Petitmengin, membre du Conseil général, à Remiremont (Vosges),	5
	Monsieur le ministre de l'instruction publique,	200
	le docteur Cartier, à Moulins,	5
	le docteur Regnault, inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault,	5
	le docteur Petit, sous-inspecteur des eaux de Vichy,	10
	le docteur Plainchant, médecin de l'hôpital-général, à Moulins,	5
	le docteur Lanssedat, chirurgien de l'hôpital-général, à Moulins,	5
	le docteur Tallard, médecin en chef de l'hôpital Saint-Joseph, ib.,	5
	le docteur J.-B. Prieur, médecin de l'hopitsl Saint-Joseph, ib.,	5
	le docteur Bergeon, médecin des prisons, ib.,	5
	le docteur Meige, membre de la Société de médecine, à Moulins,	5
	le docteur Tampelini, id., ib.,	5
	le docteur Sullivan, id, ib.,	5
	le docteur Meilheurat, à Lapalisse,	5
	le docteur Joreau, à Saint-Denis,	5
	le docteur Haguette, ib.,	5
	le docteur Leroy-des-Barres, ib.,	5
	le docteur Lemonnyer, à Pantin,	3
	C. Paton, pharmacien, aux Batignolles,	5
	le docteur Evrard, à Saint-Denis,	5
	le docteur Louvel, ib.,	5
	Meurdefroy, pharmacien, ib.,	3
	Gibault, id., ib,	2
	Hue, id., ib.,	5
	Gessard, id., ib.,	5
	Vautrin, méd.-vétérinaire, ib.,	5
	Boizard, D.-M. à Noisy-le-Sec,	5
	le docteur Devaux, aux Thernes,	3

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 54. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 8 MAI 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tandis que le Conseil des hospices, par l'effet d'une philanthropie intempérante, cherche, autant qu'il est en son pouvoir, à gêner, à restreindre, et tendrait évidemment à ruiner les études cliniques dans les établissements dont il a la direction, l'administration de la guerre, qui, apparemment, n'a pas moins de sollicitude pour les soldats malades que ce Conseil n'en a pour les malades de la population civile, a pris de louables mesures pour favoriser et développer, autant que possible, non pas seulement dans les hôpitaux d'instruction, ce qui est tout simple, mais encore dans tous les hôpitaux militaires du royaume, l'étude pratique des maladies.

C'est ainsi que le chirurgien en chef et le médecin en chef de chaque hôpital sont tenus d'exercer à cette l'étude, et d'entretenir sur les cas soumis à leur observation, les officiers de santé qui servent sous leurs ordres.

Certes, il ne suffit pas d'une ordonnance ministérielle pour transformer des praticiens en professeurs, et la mesure n'aura point partout des résultats également avantageux; mais partout elle sera profitable, et elle est dictée par une connaissance exacte des besoins de l'enseignement.

On croira sans peine que cette mesure donne de bons fruits à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, où elle est appliquée en ce qui touche la clinique médicale, par M. le docteur Casimir Broussais, qui s'est acquis, au Val-de-Grâce, une réputation solide de praticien et de professeur, à laquelle il ne saurait faillir.

M. Broussais a consacré ces trois derniers mardis à l'examen de plusieurs questions. Il s'est occupé d'abord de la fièvre typhoïde.

Il a signalé une époque, le mois de février, où cette affection a semblé acquérir plus de gravité.

Voici d'abord un tableau du service pendant le premier trimestre de cette année:

270 malades ont été traités durant ce trimestre; 17 sont morts, ce qui donne une mortalité générale de 6 sur 100, ou de 1 sur 16; sur ces 270 malades, 90 étaient atteints d'affection gastro-intestinale fébrile, c'est-à-dire de fièvre essentielle suivant les nosologistes, de fièvre typhoïde suivant les modernes, et 180 d'autres maladies; 9 des premiers sont morts, et 8 des seconds; ce qui donne une mortalité de 10 sur 100 pour les fièvres typhoïdes, et de 4 sur 100 pour les autres affections.

Maintenant si l'on veut établir des catégories parmi les fièvres typhoïdes, on a, d'un côté, 64 cas moyens ou légers et point de morts; et de l'autre, 26 cas graves et 9 morts. Parmi ces morts, 3 ont succombé aux complications d'érysipèle phlegmoneux ou de gangrène, et les intestins ont été trouvés en voie de guérison avancée; un quatrième avait un vaste abcès de la rate; un autre fut enlevé par une perforation; un sixième, entré le 3 février et mort le 23, avait offert tous les symptômes les plus caractéristiques de la fièvre typhoïde, tels que fuliginosité, papules rosées nombreuses, épistaxis, eschares, *subdelirium*, et cependant à l'autopsie on ne trouva aucune lésion des plaques de Peyer: les intestins portaient les traces d'une inflammation aiguë, et avaient deux ulcérations; il y avait de plus pneumonie lobulaire.

— M. C. Broussais, comparant entre eux les malades atteints d'épanchement thoracique par suite de pleurésie, a montré que le côté de l'épanchement acquiert plus de circonférence à mesure que l'épanchement augmente, qu'il diminue ensuite à mesure que cet épanchement est résorbé, et qu'après être revenu aux mêmes limites que le côté sain, il continue à diminuer encore, de sorte qu'à leur sortie les malades présentent un ou deux centimètres de moins du côté qui a été le siége de l'épanchement, que de l'autre côté.

— Enfin, M. C. Broussais a rendu compte d'un fait d'anatomie pathologique extrêmement intéressant qu'il a observé avec le plus grand soin; il s'agit de la suppuration d'un caillot fibrineux.

Un militaire, âgé de vingt-deux ans, de constitution chétive, depuis six mois au service et déjà entré deux fois à l'hôpital, y rentra le 15 février, se disant malade depuis cinq jours, mais en réalité presque toujours malade depuis qu'il était au service. On reconnut en lui les signes d'une phlegmasie chronique des bronches et du canal digestif; il y avait du râle muqueux, une respiration un peu dure aux sommets; de la diarrhée, de la rougeur de la langue, etc. Dans le cours de sa maladie il se plaignit d'une douleur à l'épigastre, à toute la base de la poitrine; puis il maigrit sensiblement, ayant le pouls fréquent et souvent des retours de diarrhée. Enfin il se manifesta une fluctuation abdominale, puis des taches scorbutiques sur les membres inférieurs, d'abord petites, puis plus larges.

M. C. Broussais cherchait la cause de ce dépérissement et de cette cachexie, et soupçonnait une affection tuberculeuse, lorsque le malade mourut tout à coup, après avoir éprouvé quelque dyspnée, mais sans jeter un cri, sans se plaindre, le 26 avril, à sept heures du matin, après soixante-dix jours de séjour à l'hôpital.

L'autopsie fut faite vingt-huit heures après la mort. On trouva un liquide séro-sanguin dans la cavité du péritoine; une péritonite granuleuse; quelques tubercules crus dans le poumon droit, surtout au sommet; des plaques rouges mêlées d'un pointillé noir dans le canal digestif; quelques tubercules en petit nombre dans le foie, d'autres en plus grand nombre et plus volumineux dans la rate, presque tous encore à l'état de crudité; d'ailleurs nulle trace, dans aucun organe, de la moindre suppuration.

Voici maintenant ce que l'on rencontra dans le cœur. Cet organe avait un volume moyen; la séreuse viscérale était d'un blanc mat, le péricarde contenait environ 125 grammes de sérosité. Les oreillettes et les ventricules avaient une épaisseur moyenne; ces cavités contenaient un sang noir, peu consistant, en partie fluide, en assez grande quantité. En vidant le ventricule gauche, M. Fleury, chirurgien sous-aide, qui faisait l'autopsie, aperçut un fluide blanc qui s'échappait d'un caillot qu'il pressait entre ses doigts. On voulut examiner ce caillot avec soin; mais il était déchiré, et M. C. Broussais s'attacha aussitôt à chercher s'il ne trouverait point quelque chose d'analogue. Il prolongea l'ouverture du ventricule jusqu'à la pointe, et là il aperçut au milieu de caillots de sang noir, une saillie analogue à un kyste ou à un polype. Ce corps était caché profondément entre les fibres charnues intriquées, qui furent coupées successivement avec précaution; il était gros comme la moitié d'une noisette, d'un blanc jaunâtre, légèrement agglutiné aux caillots de sang noir qui l'enveloppaient; ces caillots eux-mêmes étaient légèrement agglutinés à l'endocarde; ce corps était de forme irrégulière, déprimé dans différents sens par les fibres charnues du cœur; il était mou, et donnait, au toucher, la sensation d'un corps creux rempli d'un liquide. Il fut ouvert avec précaution, et l'on trouva à l'intérieur un pus blanc, homogène, lié, mêlé d'un peu de cruor. Sa surface interne était lisse, d'un blanc un peu jaunâtre. Par le raclement pratiqué très légèrement, M. C. Broussais en détacha une première couche qui formait un lambeau consistant; puis une deuxième, semblable, dans l'épaisseur de laquelle, en s'approchant de la troisième, qui constituait la face la plus externe, on voyait des stries sanguines analogues à des rudiments de vascularisation.

Cette poche était identique à celle que l'on avait rencontrée la première, et qui avait été déchirée avant qu'on eût eu le temps de l'examiner; c'était un caillot fibrineux suppuré à l'intérieur.

Maintenant, a dit M. C. Broussais, comme il n'y avait de suppuration dans aucune partie du corps, il est impossible de supposer que le pus ait été transporté là par la circulation; comme, plus spécialement, il n'y avait ni inflammation ni suppuration de l'endocarde, on n'a pas à se demander si le pus, baignant d'abord le caillot à l'extérieur, s'était introduit à l'intérieur par endosmose; c'est donc le caillot lui-même qui a suppuré.

Ce fait ne concourt-il pas à prouver que le sang est un fluide doué de vie?

— Un jeune homme d'une belle constitution, haut de stature mais très bien proportionné, gendarme à la résidence de Paris, est entré dans le service de M. le professeur Champouillon, au Val-de-Grâce, avec un œdème général. Les urines contenaient une proportion si considérable d'albumine qu'elles se transformaient par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique en un véritable magma. Le malade a été pris d'accès épileptiformes qui se sont répétés plusieurs fois par jour, et il a succombé dans l'un de ces accès, peu de jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on a trouvé une infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Les reins étaient fortement hypérémiés. Le malade étant en sueur, s'était lavé le visage, les bras et les jambes avec de l'eau froide dont il avait bu en même temps. C'est le lendemain du jour de cette imprudence qu'il a commencé à s'œdématier. Cette observation si digne d'intérêt, comme on en peut juger par les seules lignes que nous venons de lui consacrer, sera publiée avec les détails qu'elle comporte.

— Une malade couchée dans l'une des salles de M. le professeur Piorry a été atteinte d'une névralgie du trifacial, ayant son siége dans les rameaux frontaux, qui avait résisté à un grand nombre de moyens thérapeutiques, et qui a cédé à l'usage continué pendant plusieurs jours d'une décoction très concentrée de café.

Déjà nous avions eu l'occasion de voir une dame chez laquelle le valérianate de zinc et le sulfate de quinine, administrés concurremment, avaient été impuissants à suspendre des accès de la même névralgie, revenant tous les deux jours, et qui a trouvé la guérison dans l'usage simultané du café à haute dose et des remèdes antinévralgiques précités. Toutes les fois qu'à de vagues douleurs, indice qu'elle a appris à redouter, elle se sent menacée du retour de son affection, elle prend une tasse de café fort, et l'effet préventif est complet: l'accès n'a pas lieu.

— M. Piorry a constaté chez une hystérique affectée successivement d'une hémiplégie et d'une paraplégie, un symptôme que nous observons pour la première fois, et qui, à notre connaissance, n'a pas encore été noté. Nous voulons parler de la paralysie de la paroi abdominale antérieure, que la malade était impuissante à contracter. Les intestins, distendus par une grande quantité de gaz, soulevaient considérablement cette paroi.

Les muscles abdominaux étant paralysés, l'expansion de l'intestin par les gaz ne peut avoir de limite dans leur résistance, et c'est ainsi que, tout naturellement, la paralysie de la paroi abdominale rentre dans le mécanisme de la tympanite. Toutefois cette condition, comme chacun sait, n'est pas nécessaire, et aujourd'hui, chez la malade de M. Piorry, la tympanite existe à un haut degré, nonobstant le retour de la contractilité dans les muscles abdominaux.

La vessie a été paralysée et s'est élevée, par suite de la rétention d'urine, jusqu'à l'ombilic. Elle est contractile aujourd'hui, et la miction est rétablie dans l'état normal.

— Chez un albuminurique, M. Piorry a limité avec une frappante exactitude les deux reins à l'aide du plessimètre. L'un de ces organes est atrophié; l'autre est hypertrophié, et a sensiblement augmenté de volume depuis quelques jours, ce qui a fait penser au professeur que le malade avait pris plus de tisane qu'il lui a été recommandé d'en boire. Nous citons cet exemple de plessimétrie rénale parce que ce mode d'investigation est excellent non-seulement pour établir le diagnostic de l'état organo-pathologique, mais encore pour suivre sur le rein même et pour ainsi dire, *de visu*, les effets du traitement. *De visu* est plus exact qu'on ne croirait au premier abord, attendu que les marques faites à un premier examen avec le crayon de nitrate d'argent montrent la diminution ou l'augmentation que le rein peut avoir subies.

— Une femme affectée d'une névralgie intercostale a été, à la suite d'une application de sangsues, atteinte d'un érysipèle très étendu du tronc. La dermite menaçant de gagner le cou et la tête, on a essayé de la borner avec le nitrate d'argent, à l'aide duquel on a tracé une ligne assez large autour de la partie supérieure du tronc, faible barrière que l'inflammation n'a pas respectée. Alors, M. Piorry a fait appliquer un vésicatoire en collier autour de la partie moyenne du cou, et l'érysipèle a été arrêté. La névralgie intercostale ayant son siége du côté gauche, quelques frissons suivis de chaleur éprouvés par la malade, ont donné à penser à M. Piorry que la névropathie intercostale a retenti jusqu'à la rate, conformément à ce qu'il a été maintes fois observé.

— La critique n'a le droit de louer qu'autant que, le cas échéant, elle sait formuler ses objections. Au reste, vis-à-vis des personnes d'un mérite réel, elle peut louer ou blâmer sans contrainte. Ceci veut dire que nous avons à présenter une objection.

M. Jobert (de Lamballe) a une méthode très simple pour la contention des fractures, méthode que nous avons fait connaître succinctement, et dont nous avons indiqué les avantages. Mais, pas plus qu'aucune autre méthode déligatoire, elle n'est convenable absolument et ne doit être appliquée indistinctement à tous les cas. Ainsi, on a conduit dans le service de M. Jobert un homme atteint d'une fracture transversale du tibia à sa partie inférieure, par cause directe, mais sans plaie ou contusion grave. Il n'y avait aucun déplacement. On a appliqué le bandage en 8 de chiffres sur le pied du malade, et les deux bouts du bandage ont été fixés au pied du lit, comme s'il avait été nécessaire d'exercer une action extensive sur le fragment inférieur. Or, quelle que soit la simplicité de l'appareil, il oblige le malade à rester couché dans une situation presque invariable puisque l'un de ses membres est fixé au lit. Il en serait autrement avec un bandage inamovible, amidoné, dextriné, gommé, peu nous importe la substance solidifiante. Non-seulement le malade ne serait pas obligé de garder la même position jusqu'à la consolidation, mais encore il pourrait marcher. Nous ne tenons pas infiniment à faire marcher un malade atteint de fracture du membre inférieur, mais c'est beaucoup qu'au besoin il le puisse sans inconvénient, et c'est davantage encore qu'il ne soit pas condamné pendant de longs jours à une contention de tout le corps, au lieu de n'avoir à subir que la contention de la partie blessée.

Ceci soit dit, d'ailleurs, pour tous les appareils, autres que le bandage roulé inamovible, que l'on voudrait affecter à la contention des fractures simples de la jambe.

— Nous voyions M. Roux faire une amputation de cuisse à deux lambeaux. — M. Jobert appliquait récemment la même méthode au bras, pour une tumeur blanche du coude. Quand le membre est amaigri (et c'était le cas), l'os, qui a conservé son volume, presse sur les parties molles, lesquelles en sont d'autant plus irritées qu'elles ont moins d'épaisseur. Là est l'avantage de la méthode à lambeaux. Il ne faut pas perdre de vue que M. Jobert réunit les plaies d'amputation par suture, ce qui doit rendre plus sensible l'inconvénient de la pression de l'os sur les parties molles.

On voit que le choix de la méthode ne doit pas être l'effet d'un vain caprice, et qu'il y a des raisons d'opter pour l'une ou pour l'autre. L'amputation du bras, dans le cas dont il s'agit, a été faite avec une rapidité prestigieuse; autre avantage, déjà indiqué, de la méthode à lambeaux.

— M. Jobert continue d'employer avec succès la pommade au nitrate d'argent. Il nous a montré plusieurs malades chez lesquels il a eu beaucoup à s'en louer. Le nitrate d'argent est un antiphlogistique par substitution.

— Le petit garçon dont nous avons parlé, et qui avait dans la vessie une pierre qu'à deux reprises on ne put retrouver après l'avoir constatée à une première exploration, a été opéré. L'opération (taille latéralisée) n'a rien présenté de particulier.

Un autre calculeux, âgé de treize ans, a été opéré de la même manière quelques jours après celui dont nous venons de parler. Le cathéter donnait parfois une sensation si douteuse, que M. Mayor (de Lausanne), présent à l'une des explorations, n'osa affirmer l'existence de la pierre. Après l'incision de la vessie, l'opérateur chargea avec de fortes tenettes un gros calcul mural qu'il ne put amener qu'après l'avoir réduit en fragments, et après avoir, à deux reprises, agrandi la plaie autant que la prudence le permettait.

Comment s'étonner que des corps étrangers ayant leur siége dans la vessie, chez des vieillards, aient été méconnus, lorsqu'on voit les difficultés qui peuvent se présenter chez des enfants, dont la vessie a une si petite capacité, et ne présente ni le cul-de-sac postéro-inférieur, ni les lacunes résultant de l'entrecroisement des colonnes charnues, et dans lesquelles les calculs se dérobent au cathéter?

— M. Velpeau a commencé une série d'opérations de cataracte à l'aide desquelles il espère élucider une question fort débattue dans le dernier siècle, comme on peut le voir en parcourant les thèses choisies de Haller. Il s'agit de savoir s'il suffit, pour faire disparaître la cataracte, d'inciser ou de déchirer la capsule lenticulaire.

L'affirmative est admise par plusieurs chirurgiens justement célèbres de l'Allemagne, qui n'opèrent pas autrement la cataracte. M. Velpeau a cité plusieurs cas de sa pratique dans lesquels l'incision ou la déchirure de la capsule cristalline à sa face antérieure, a suffi pour amener, au bout d'un certain temps, la disparition de la cataracte, tandis qu'il avait cru une seconde opération nécessaire.

Nous devons faire remarquer d'ailleurs que la kératonyxis se rapproche beaucoup de cette opération, en ce que les fragments de la lentille sont livrés également à l'absorption, laquelle, toutefois, est singulièrement favorisée par cette fragmentation du corps opaque. Les chirurgiens ont été conduits à accorder à l'humeur aqueuse une propriété dissolvante que ne semble pas posséder l'humeur vitrée : or, on ne peut déchirer la capsule du cristallin en avant, sans mettre le cristallin en contact avec la première de ces humeurs.

Mais en ce qui concerne le corps vitré, on ne saurait dire s'il est ou non dissolvant, et voici pourquoi : Lorsque, à la suite de l'abaissement, le cristallin plonge au milieu du vitré, il est contenu dans sa capsule; sa position a changé, mais son rapport avec le vitré est resté le même en ce qu'il en est séparé par la membrane cristalline, laquelle ne peut se trouver que dans l'un des deux cas suivants : ou bien elle a conservé ses rapports vasculaires, sa vie, et alors elle absorbe, mais elle sécrète, et la lentille ne saurait disparaître au milieu de ce conflit; ou bien on peut admettre que ses vaisseaux sont détruits par le fait de l'opération, et alors, ne vivant plus, elle ne peut ni absorber, ni sécréter, et, pour la permanence du cristallin, le résultat est le même.

Voilà donc pourquoi, dans le simple abaissement de la lentille au sein du corps vitré, le cristallin n'est pas absorbé, tandis qu'il peut l'être lorsque la capsule étant divisée en avant, il se trouve en contact avec l'humeur aqueuse.

— Le même professeur a appelé l'attention des élèves sur un exemple d'hydarthrose blennorrhagique; affection qu'il a bien décrite, il y a longtemps déjà, dans le *Dictionnaire de Médecine*. La collection séreuse est bornée au cul-de-sac sus-rotulien. La peau est chaude et douloureuse, la tumeur très tendue et rénitente. La préexistence de la blennorrhagie, l'absence de cause traumatique, la tension particulière et la rénitence de la tumeur, sont autant de circonstances qui ne permettent pas de confondre cette hydarthrose avec les autres variétés de la même affection. M. Velpeau prescrit contre l'hydarthrose blennorrhagique les résineux concurremment avec les moyens ordinaires. Si le copahu et le cubèbe ont une efficacité réelle contre l'hydarthrose blennorrhagique, cette efficacité est un argument contre l'opinion qui nous a toujours paru plausible, surtout depuis la fameuse observation de M. Ricord, et d'après laquelle c'est par une action *topique*, et non par suite d'une action générale que ces résineux modifient l'état de l'urètre.

— Nous avons observé dans le service de M. le professeur Andral un nouveau cas d'érythème noueux. L'éruption, qui se fait surtout remarquer aux membres supérieurs, a été précédée de tous les symptômes d'un embarras gastrique, y compris la céphalalgie, symptômes qui ont presque entièrement cessé à l'apparition des plaques érythémateuses. Comme dans l'érysipèle, M. Andral a toujours trouvé le chiffre de la fibrine augmenté dans l'érithème noueux. C'est là ce qui différencie ces exanthèmes de la rougeole, de la scarlatine et de la variole, dans lesquelles ce principe immédiat du sang reste en proportion normale s'il n'est pas diminué.

— Une femme du même service porte une énorme masse cancéreuse qui s'est développée dans l'espace de dix mois sur la paroi thoracique gauche, et dans l'aisselle correspondante. Le bras est œdématié dans toute son étendue, et la malade y ressent des douleurs vives, des picotements jusqu'au bout des doigts, symptômes dans lesquels il est aisé de reconnaître l'effet de la compression des veines brachiales et des nerfs du plexus brachial par la tumeur.

— Une autre malade de M. Andral est affectée d'un épanchement abdominal à la suite d'une péritonite probablement tuberculeuse. M. Andral distingue expressément et avec grande raison un épanchement de cette espèce de l'ascite. Dans l'ascite, c'est de la sérosité pure qui est épanchée. Dans l'épanchement suite de péritonite, la sérosité est mêlée de tractus fibrineux. La différence est aussi tranchée au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue de la cause et de la pathogénie. Mais, au premier abord, chez la femme dont il s'agit, on croirait à une ascite.

— M. Marchal (de Calvi) a pratiqué à un jour d'intervalle deux opérations sur le scrotum, qui ont eu des résultats bien différents. De ces deux opérations, l'une passe pour être très simple, l'autre a excité les craintes et soulevé les répugnances de beaucoup de chirurgiens. La première est la simple ponction du scrotum pour évacuer la sérosité intra-vaginale dans l'orchite blennorrhagique; l'autre est le débridement testiculaire dans l'orchite parenchymateuse (méthode de M. Vidal, de Cassis). Le débridement du testicule, pratiqué suivant un procédé particulier, a eu les suites les plus heureuses et les plus immédiates. La simple ponction a été suivie d'une infiltration considérable de sang dans le tissu cellulaire des bourses et dans la tunique vaginale. Ces deux faits seront publiés dans ce journal avec les réflexions qui en découlent.

— Nous avons reçu de M. le docteur Debeney une lettre sur les injections caustiques intra-vésicales, dont nous allons faire connaître la substance.

Nous n'avons pas à revenir sur les faits de M. Hutin. Ils étaient exacts. Trois fois sur quatre des accidents réactionnels se sont manifestés avec une intensité qui a déterminé M. Hutin à leur opposer une médication active. M. Debeney objecte que cette réaction est nécessaire et entre pour ainsi dire dans le programme des injections caustiques appliquées à la vessie pour le traitement du catarrhe, comme dans celui des injections urétrales pour le traitement de la blennorrhagie. Il n'est pas nécessaire d'après lui de la combattre; elle est sans danger, et se limite d'elle-même. M. Debeney a une grande expérience des injections caustiques; et, tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il ne faut pas moins pour être rassuré en présence d'une réaction vive, telle que celle qui a alarmé M. Hutin.

M. Debeney nous fait remarquer avec justesse que les dangers reprochés aux injections sont ceux de la cautérisation de la vessie à l'aide du nitrate d'argent solide, laquelle n'est pas une idée neuve, ni qui manque de sanction pratique. Il ajoute : « J'ai trouvé le principe de la cautérisation vésicale excellent, et le procédé d'exécution défectueux, » et il indique comment le procédé qu'il appelle de cautérisation solide ne présente aucune sûreté d'exécution. Il nous paraît certain que la cautérisation par les injections l'emporte comme procédé sur l'emploi du nitrate d'argent à l'état solide. Mais c'est la cautérisation même qui nous effraie, malgré la confiance que nous inspire M. Lallemand et malgré le témoignage de M. Debeney. Partisan déclaré de la cautérisation qui voit ce qu'elle fait, nous la craignons quand elle ne peut être suivie du regard, surtout si elle s'approche d'une membrane aussi susceptible que le péritoine.

Enfin, notre honorable confrère nous apprend que depuis la publication de ses quatre premières observations d'injections caustiques dans le traitement du catarrhe vésical, il a eu dans sa pratique plusieurs faits aussi heureux que les premiers.

Notre opposition à la doctrine des injections caustiques intravésicales n'a pas été absolue, comme il est facile de le voir par la lecture de notre article, et nous ne pouvons que répéter ce que nous disions tout à l'heure, à savoir que l'emploi d'un agent destructeur porté profondément, loin des yeux du chirurgien, nous inspire une vive appréhension.

Du reste, la voie est ouverte, et si beaucoup de chirurgiens hésiteront à s'y engager, d'autres se rendront à l'appel de M. Debeney. Nous voyons dans le compte-rendu de la séance de février 1845 de la Société médicale du Temple une communication de l'honorable M. Ségalas, qui, à l'occasion d'une note de M. Debeney, dit que depuis longtemps il employait la même méthode. L'indication plus détaillée des faits observés par un chirurgien aussi compétent, ne pourrait qu'être d'un grand poids dans la question. X...

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Kyste énorme du poignet chez une jeune femme. Traitement avec succès par une double incision. Remarques cliniques.

Il se développe quelquefois, dit M. Robert, à la partie antérieure du poignet, sous le ligament antérieur du carpe, des kystes qui, dans l'accroissement, s'étendent inférieurement dans la paume de la main, et supérieurement, plus ou moins haut à l'avant-bras, sous les tendons fléchisseurs des doigts. Ces kystes, remarquables par leur forme en bissac, le sont aussi parce qu'ils contiennent une grande quantité de corpuscules blanchâtres, fermes et élastiques, de forme ordinairement régulière et ovoïde, et sur la nature desquels nous aurons bientôt à nous expliquer.

Dupuytren, qui, l'un des premiers, a signalé l'existence de ces kystes et en a fait connaître les caractères, a signalé aussi les difficultés et les dangers dont leur traitement est environné. Les opérations que l'on pratique sur eux peuvent, en effet, être suivies d'une inflammation violente à laquelle s'ajoutent des phénomènes d'étranglement dus à la constriction exercée sur le kyste par les tissus fibreux qui l'environnent. Cette inflammation franchit souvent l'épaisseur du kyste, et s'étend, sous la forme de phlegmon circonscrit ou diffus, sur la main, et surtout vers l'avant-bras, et peut être suivie de la mort ou conduire à la nécessité d'une amputation.

Nous avons dans ce moment dans le service un cas de cette nature, qui, par conséquent, présente beaucoup d'intérêt.

C'est une femme âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, habitant Colombe près Paris, chez laquelle l'existence de ce kyste paraît dater de dix-huit ans, et être survenue à la suite d'une chute sur le poignet.

Cette tumeur n'étant pas douloureuse, la malade n'y avait pas fait attention. Les progrès en ont été d'ailleurs très lents, et depuis huit ans ils étaient stationnaires. Mais, le 1er avril dernier, cette femme se heurta violemment la main contre son lit; dès-lors la tumeur devint très douloureuse; l'avant-bras et la main se tuméfièrent, et il y eut des symptômes généraux graves. Enfin, la portion inférieure de la tumeur s'est ulcérée, et a laissé échapper plusieurs petits corps étrangers, la veille du jour où la malade fut admise à l'hôpital, c'est-à-dire le 4 avril. La tumeur offrait alors un volume considérable; étranglée au niveau du pli radio-palmaire, elle remontait à six travers de doigt à la partie inférieure de l'avant-bras, placée là sous les faisceaux des muscles fléchisseurs superficiels et profonds des doigts. Inférieurement, elle s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la paume de la main, et se prolongeait principalement sur l'éminence hypothénar. En cet endroit, la peau était rouge, amincie, et présentait à la partie culminante de la tumeur une très petite ulcération, par laquelle la pression faisait sortir quelques petits corps étrangers. Les quatre derniers doigts étaient profondément fléchis, et l'on ne pouvait même pas essayer de les redresser sans causer à la malade des tiraillements douloureux, insupportables. La malade éprouvait de violentes douleurs, beaucoup de fièvre; l'avant-bras était gonflé jusqu'à la partie moyenne. Il me parut urgent d'agrandir l'ouverture existante; ce que je ne pus faire toutefois que dans d'étroites limites, craignant de couper l'arcade palmaire superficielle. Il s'échappa aussitôt une grande quantité de bouillie blanchâtre analogue à de la semouille très épaisse, ou à du riz crevé, et avec elle sortirent beaucoup de corpuscules blancs, lisses, durs, quoique élastiques, et de forme complétement ovoïde. Cette ouverture me paraissant insuffisante pour vider facilement la tumeur et faire cesser les symptômes d'étranglement, j'en fis une seconde sur la partie supérieure de la tumeur elle-même; celle-ci eut 6 centimètres de longueur, et fut faite parallèlement à l'axe de l'avant-bras; elle intéresse la peau, l'aponévrose antibrachiale, et passe entre les tendons des muscles fléchisseurs pour arriver au kyste, qui présentait une couleur blanchâtre et une densité presque fibreuse. Une grande quantité de la même bouillie et des mêmes corpuscules s'échappa par cette seconde ouverture, néanmoins le kyste ne put être vidé alors complétement; il paraissait avoir plusieurs prolongements entre les tendons nombreux qui se trouvent dans cette région. Une mèche de linge fut effilée sur les bords, et placée dans chaque incision; le membre, horizontalement placé sur un oreiller, fut soumis à des injections continuelles d'eau à 18 ou 20°; plus de trente sangsues furent appliquées sur la tumeur aussitôt après la visite du matin, et autant le soir. Les douleurs et la fièvre continuèrent toute la journée et une partie de la nuit; mais le lendemain elles avaient beaucoup diminué. Le gonflement n'avait pas changé beaucoup; les injections ont été continuées sans relâche pendant dix jours; sous l'influence de ce moyen seul, les douleurs et la fièvre ont continué à s'affaiblir et ont disparu complétement le sixième jour. Le gonflement a diminué d'une manière beaucoup moins sensible, et paraissait dû, non-seulement aux matières contenues dans le kyste, mais encore à une espèce d'œdème dans les tissus placés autour de lui. Chaque jour des pressions douces pratiquées plusieurs fois sur le kyste, l'ont peu à peu vidé de tout ce qu'il renfermait. La suppuration, d'abord séreuse, peu abondante et très fétide, a perdu graduellement ces caractères, et a pris ceux d'une suppuration louable, de bonne nature. Le onzième jour, nous avons permis à la malade de se lever; le membre n'a plus été soumis aux irrigations que pendant la nuit.

A dater de cette époque, nous avons pensé que tout danger avait disparu. La malade ayant demandé quelques jours après à partir pour quelques affaires, nous n'avons pas cru devoir la retenir plus longtemps. Du reste, elle doit rentrer incessamment à l'hôpital; nous vous tiendrons avisés de ce qui arrivera. Telle est en résumé l'histoire de cette malade.

La violence des symptômes inflammatoires qu'elle éprouvait à son entrée devait inspirer des craintes très sérieuses. Il est évident que les irrigations lui ont été entièrement utiles, et qu'elles ont même pris une large part à la guérison. J'ai été conduit à ce mode de traitement non-seulement parce qu'on connaît aujourd'hui la puissance antiphlogistique de ce moyen appliqué aux lésions traumatiques des membres, mais plus spécialement encore par les bons effets que j'en ai vus résulter dans plusieurs cas semblables à celui-ci. En 1838, lorsque j'avais l'honneur de partager avec Sanson la clinique chirurgicale de la Pitié, nous eûmes à traiter dans la même année deux kystes du poignet, beaucoup moins volumineux,

il est vrai, que celui dont je viens de vous entretenir. Les kystes furent ouverts et traités de même par les irrigations continuelles. Dans les deux cas, il ne survint aucun accident.

Je me rappelle qu'à la même époque un chirurgien distingué de Paris, M. Pinel-Grandchamp, traita de la même manière et avec un semblable succès une tumeur de la même nature. Dans un des cas dont je vous parlais, Sanson crut devoir faire passer par les deux ouvertures pratiquées un séton destiné à maintenir écartées les parois du kyste et à entraîner au dehors les corps étrangers qu'il contenait. Dupuytren avait fréquemment employé cette pratique. Dans le cas actuel, je n'y ai pas eu recours parce que le séton ne me paraissait pas nécessaire, et en outre sa présence aurait pu augmenter l'irritation déjà trop vive.

Je crois que la méthode de traitement est celle qui convient à la majorité des kystes contenant des corps étrangers. Je n'ignore pas cependant que des guérisons ont été obtenues par des opérations plus simples et moins graves. Ainsi, M. Velpeau paraît avoir réussi en pratiquant la ponction du kyste à l'aide d'un trois-quarts en faisant sortir ce qui se trouvait dans la tumeur et en excitant une inflammation adhésive dans les parois de celle-ci. Une semblable pratique a été répétée avec succès, il y a quelques mois, par M. Chassaignac à l'Hôtel-Dieu. Mais on doit rencontrer bien rarement des cas qui puissent se prêter à cette méthode, parce que les corps étrangers sont trop nombreux ou trop volumineux pour pourvoir sortir par le calibre étroit de la canule du trois-quarts. Je sais bien, il est vrai, que M. Velpeau ne regarde pas l'évacuation complète de ces corpuscules comme indispensable à la guérison des kystes; il pense qu'après la sortie des matières liquides, ces petits corps peuvent s'agglomérer, s'unir aux parois du kyste, se convertir enfin en une masse dure susceptible d'être absorbée à la longue, sans gêner l'action des tendons fléchisseurs des doigts. Malgré l'imposante autorité du savant chirurgien, j'avoue que je désirerais la voir étayée de quelques faits détaillés. Au demeurant, comme la ponction est une opération simple et sans danger, je ne vois que de l'avantage à l'essayer d'abord, sauf à inciser immédiatement après le kyste, si l'on s'apercevait que les corps étrangers sont ou trop volumineux, ou trop nombreux pour pouvoir être extraits.

Il me reste maintenant à vous dire deux mots sur la nature des corpuscules contenus dans ce kyste, bien qu'au point de vue clinique ce soit un objet de peu d'importance. Ceux que nous avons extraits du kyste dont il a été question dans ces remarques, sont tous oblongs, d'une régularité frappante, obronds variant entre trois et six ou sept millimètres de longueur, homogènes, blancs, assez fermes quoique élastiques. Ils sont tous composés d'une enveloppe extérieure mince, que l'on peut détacher et enlever comme une coque. A l'intérieur, ils sont formés par une substance comme pulpeuse, plus ferme à la circonférence qu'au centre, et comparable à la matière qui occupe le centre des fibro-cartilages ou disques intervertébraux. Dupuytren les considérait comme des hydatides; et bien que les recherches de Bosc et de M. Duméril eussent démontré que ces corps ne présentaient aucun des caractères connus propres aux hydatides, il n'en avait pas moins persisté dans son opinion, et il donnait aux kystes dont il s'agit le nom de kystes hydatiques. Suivant Laënnec, ces corps constituaient aussi une espèce particulière d'hydatides non encore décrite. M. Raspail reconnaît une organisation cellulaire imparfaite, et comme rudimentaire en quelque sorte, à ces corps qu'il désigne sous le nom d'*ovuligères de l'articulation du poignet*. J'ai soumis à M. Mandl quelques-unes de ces productions, et le résultat de son examen a été qu'ils ne sont point des hydatides, mais que ce sont cependant des êtres organisés et vivants. Suivant lui, la forme quelquefois irrégulière et polyédrique de ces corps tient à ce qu'étant contenus dans des kystes où se trouve très peu de sérosité, ils sont étroitement appliqués les uns contre les autres et finissent par se déformer ainsi.

A côté de ces opinions, et en opposition avec elles, se trouve celle de M. Velpeau, qui paraît considérer ces corpuscules comme des concrétions fibrineuses qui, d'abord amorphes et peu solides, se seraient peu à peu durcies et régularisées par le frottement qu'elles doivent subir sous l'influence des mouvements des tendons fléchisseurs avec lesquels elles se trouvent en rapport. Je serais embarrassé pour motiver complétement mon option entre ces diverses hypothèses; toutefois, j'incline vers la première, et principalement vers celle de M. Mandl.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Suite du rapport sur la peste et les quarantaines. (*Voir* le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE. — *Déductions pratiques.*

Il résulte, en définitive, de notre travail, que nous nous croyons en droit d'émettre, sous forme de vœux, les propositions suivantes :

§ Ier. *Indication des pays dont nous avons à craindre l'importation de la peste.*

Ces pays sont, en première ligne, l'Egypte, puis la Syrie, la Turquie d'Europe et d'Asie.

La régence de Tripoli, celle de Tunis, l'empire de Maroc, quoique présentant un moindre danger, exigent cependant une surveillance particulière.

§ II. *Précautions à prendre au départ des navires quittant des pays suspects pour se rendre en France.*

Tout capitaine d'un bâtiment quittant un des ports de l'Egypte, de la Syrie et de la Turquie pour se rendre en France, devra être porteurs d'une patente délivrée le jour même ou la veille du départ, par le consuls français de la résidence.

A cette patente, sera et restera annexé un certificat du médecin sanitaire français institué à cet effet, lequel constatera l'état de la santé du pays, celui des passagers et de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du bâtiment en partance.

La patente de santé sera *brute* quand règnera dans le pays du départ une épidémie pestilentielle, ou même quand celle-ci sera imminente.

La patente de santé pourra encore être *brute* lorsque les pestes sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie.

Dans tous les autres cas, la patente sera *nette* provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences, que nous regardons comme indispensables, autant dans l'intérêt de la santé publique, que dans celui des relations internationales, aient résolu d'une manière évidente pour tous la question de la non-transmissibilité de la peste par les hardes et les vêtements, ces hardes ou vêtements seront ventilés en mer avec les précautions convenables, ou bien les malles contenant le linge et les habits des passagers et de l'équipage seront plombées au lieu du départ, et ne seront ouvertes que dans un lazaret français. Dans ce dernier cas, on ne laissera à la disposition des voyageurs et des marins que le linge et les vêtements nécessaires pour la traversée.

§ III. *Précautions à prendre pendant la traversée et lors des relâches.*

Tout bâtiment de la marine royale, tout paquebot-poste venant du Levant aura à bord un médecin.

Il est à désirer que le médecin placé à bord du paquebot-poste ressortisse à l'administration de la santé de France.

Ces médecins veilleront à l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, surtout en ce qui concerne l'aération des navires.

Ils inscriront chaque jour sur un registre tout ce qui est relatif à la santé des personnes à bord. En cas de maladie, ils s'attacheront à indiquer avec précision les antécédents des malades; les symptômes, la marche, le traitement, le mode de terminaison de toutes les affections observées. Tous les soirs, le capitaine arrêtera et signera ce registre, dont les feuillets seront cotés et paraphés par l'autorité désignée à cet effet.

Si le navire vient à relâcher pendant le voyage, le certificat délivré au port du départ sera visé par le médecin sanitaire de la résidence, lequel consignera ses observations sur l'état de la santé du pays et de la localité. La patente elle-même sera visée et modifiée, s'il y a lieu, par le consul.

Le médecin du bord tiendra note exacte de toutes les communications accidentelles ou autres qui pourront avoir lieu pendant la traversée, ainsi que de toutes les circonstances importantes pour la santé qui pourront se rattacher à ces communications.

Quant aux navires qui n'auront pas de médecin sanitaire à bord, M. le ministre du commerce fera rédiger une instruction spéciale destinée aux capitaines et contenant l'indication des signes auxquels on reconnaît la peste, des soins à donner aux pestiférés, des mesures à prendre pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle sur les navires, et pour les détruire s'ils viennent à se former.

Ces capitaines tiendront note, sur un registre coté et paraphé, de toutes les communications qui pourront avoir lieu, soit dans les ports de relâche, soit en mer, ainsi que de toutes les maladies éprouvées par les personnes à bord; ces notes seront inscrites au fur et à mesure des événements.

§ IV. *Précautions à prendre à l'arrivée en France.*

Les capitaines des bâtiments de la marine royale, les capitaines des paquebots-postes et de tous autres bâtiments ayant un médecin sanitaire à bord, remettront à l'autorité compétente :

1° La patente et le certificat de santé y annexé qui aurait été délivré au port du départ;

2° Le journal tenu par le médecin du bord et constatant les maladies et faits médicaux survenus pendant la traversée.

Le médecin sanitaire du port d'arrivée, à qui ces deux pièces seront transmises, les examinera avec soin; il se rendra ensuite à bord, constatera l'état de santé des passagers et des hommes de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du navire, et fera connaître le résultat de ses investigations dans un rapport dont le modèle sera tracé par l'administration.

Sur le vu de la patente et du certificat de santé délivrés au départ, du journal médical du bord et du rapport rédigé par le médecin sanitaire du port d'arrivée, l'autorité compétente prescrira la durée de la quarantaine et, s'il y a lieu, les mesures spéciales de désinfection à mettre en usage.

Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Egypte, de Syrie ou de Turquie avec une patente *nette*, la quarantaine sera de dix jours pleins, *à partir du départ*, quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée à bord pendant la traversée.

La quarantaine sera de quinze jours pleins, *à partir du départ*, pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste ni maladie suspecte avant le départ ou pendant la traversée.

Pour les navires du commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit une quarantaine d'observation de dix jours pleins *à partir de l'arrivée.*

Lorsque les mêmes navires arriveront au port avec patente *brute*, mais sans avoir eu en mer ni peste ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours *à partir de l'arrivée.*

Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu pendant la traversée ou qui aura lors de son arrivée dans un port français un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire dudit port.

Les passagers et l'équipage seront transportés au lazaret et subiront une quarantaine qui sera de quinze jours au moins et de vingt jours au plus.

Les marchandises seront débarquées et aérées.

Le navire bien nettoyé, bien lavé, bien ventilé, bien purifié, restera vide pendant un mois au moins.

Des gardes de santé pourront être placés près du navire pour exercer sur lui la surveillance jugée nécessaire. Mais il leur sera expressément défendu, ainsi qu'à toutes autres personnes, d'aller sur le navire en quarantaine, sous quelque prétexte que ce soit.

Les hardes et vêtements qui n'auront pas été ventilés en mer et qui seront arrivés au lazaret français dans des malles plombées au port de départ, seront ventilés et subiront les purifications jugées convenables pour prévenir tout danger possible.

Les pestiférés admis dans les lazarets français devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

Les bâtiments destinés à les recevoir seront disposés de manière à assurer aux pestiférés et aux personnes qui les soignent les meilleures conditions hygiéniques, et surtout une aération facile et complète si nécessaire pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle.

Les médecins des lazarets recueilleront l'histoire complète de tous les cas de peste ou de maladie suspecte qui y seront traités. En cas de mort, ils consigneront dans un procès-verbal les résultats détaillés fournis par l'ouverture du cadavre.

§ V. *Mesures à prendre dans le cas où la peste viendrait à éclater dans une ville française.*

Si la peste se manifeste dans une maison, il faudra faire porter de suite le pestiféré dans un endroit éloigné et parfaitement aéré, où il recevra tous les soins que réclame son état. Tous les autres habitants se rendront dans un endroit désigné par l'autorité et où ils seront soumis à la surveillance d'un médecin. La maison évacuée sera nettoyée, lavée, aérée, purifiée, et devra rester vide pendant un mois au moins.

Plusieurs maisons viennent-elles à être frappées, on tiendra pour chacune d'elles la conduite qui vient d'être indiquée. De plus, on excitera ou même on contraindra le plus grand nombre possible des habitants à sortir de la ville, en leur assignant des lieux de refuge et en les soumettant aux mesures d'isolement nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie aux populations voisines.

Si des villes entières étaient le théâtre d'une épidémie de peste, ces dispositions devraient être mises à exécution sur une plus grande échelle et avec une rigoureuse sévérité; mais les principes ne changeraient pas. Il faudrait toujours, d'une part, s'attacher à faire sortir des foyers épidémiques toutes les personnes non encore atteintes de la maladie; de l'autre, isoler, disséminer les pestiférés en les plaçant dans des endroits élevés et bien ventilés, de manière à prévenir la formation de foyers d'infection pestilentielle.

Nous avons terminé, Messieurs, la tâche que votre confiance nous avait imposée. Vous comprenez que dans le grand nombre de questions qui ont dû être agitées, il était difficile qu'il se trouvât sur toutes une constante unanimité; aussi, Messieurs, c'est l'expression de la majorité sur chacune d'elles que vous allez avoir à juger, la minorité se réservant de reproduire ses objections devant l'Académie. Est-il besoin d'ajouter que les décisions que vous allez prendre ne peuvent manquer d'exercer une grande influence sur notre régime sanitaire? Vous savez, en effet, que M. le ministre du commerce a déclaré, le 14 juin dernier, à la Chambre des députés, qu'il mettrait à profit, dans la réforme à opérer, les conseils de l'Académie royale de médecine. Vous montrerez, Messieurs, que c'est avec raison que le gouvernement vous regarde comme le corps le plus compétent dans les grandes questions d'hygiène publique.

Délibéré à Paris, le 29 avril 1846.

Fréd. DUBOIS (d'Amiens), G. FERRUS, ADELON, Ch. LONDE, POISEUILLE, MÉLIER, DUPUIS, PRUS, PARISET, H. ROYER-COLLARD, BÉGIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 1er et 8 avril 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— La Société de Chirurgie décide que la somme de cent francs, prise sur les fonds de la Société, sera consacrée à la souscription pour le monument de Bichat.

— *M. Robert* dit qu'ayant fait analyser par M. Chatin les calculs qu'il avait présentés dans la dernière séance, il a été reconnu que ces calculs étaient exclusivement composés d'acide urique avec une très faible quantité de matière animale.

— Au sujet de la communication faite par M. Robert dans la dernière séance, sur le cas de fragmentation spontanée d'un calcul vésical, M. Bérard fait remarquer :

1° Que des faits du même genre ont été consignés dans un ouvrage ayant précisément pour sujet de démontrer la réalité des ségmentations spontanées des calculs vésicaux, et qui a été publié par un auteur anglais, M. Kross;

2° Que dans un travail présenté à l'Académie de médecine par M. Petit, médecin-inspecteur des eaux de Vichy, un double mode de disgrégation spontanée a été indiqué; à savoir : la dissolution même des calculs quand ils sont mous, et leur fragmentation quand ils sont durs. — Dans ce dernier cas, l'explication est celle-ci : la substance saline du calcul résiste; mais le ciment organique, le mucus, qui réunit les diverses pièces se détruisant, les parties dures se disgrégent et la segmentation s'opère. A l'appui de cette manière de voir, M. Petit a présenté des fragments de calculs extrêmement durs qui s'étaient séparés non par une sorte de décortication, mais par un véritable éclatement.

— *M. Malgaigne* fait connaître le résultat d'une opération qu'il a pratiquée récemment dans les circonstances suivantes : Une dame éprouvait depuis plusieurs années des douleurs extrêmement vives au-dessous du sein, dans un point correspondant à peu près à l'extrémité de la cinquième côte gauche. Les douleurs se prolongeaient jusque dans l'avant-bras et la main. Les accidents avaient été assez intenses pour donner à quelques-uns des médecins qui avaient vu la malade, l'idée que l'on pouvait avoir affaire à une angine de poitrine. La plupart penchaient pour une névralgie. Enfin, quelques-uns ayant cru à une périostite, prescrivirent un traitement par l'iodure de potassium.

Plus tard, et sans autre cause occasionnelle apparente que le contact du peigne dans les cheveux, un nouveau foyer d'irradiations douloureuses se développa à l'occiput. Il y avait donc alors un double point de départ pour les douleurs, l'occiput et la région sous-mammaire.

M. Malgaigne ayant été consulté reconnut en examinant la malade une tumeur mobile sous la peau et siégeant dans la région sous-mammaire. Considérant cette tumeur comme un névrome, il en proposa l'ablation, qui a eu lieu samedi dernier 28 mars. Le même jour, M. Malgaigne a pratiqué dans la région occipitale une incision atteignant jusqu'à l'os. Ces deux opérations chez la même malade ont été suivies de la cessation complète et instantanée des douleurs, qui depuis samedi ne se sont pas reproduites. La tumeur, qui ne tenait à la côte que par des adhérences faibles et très lâches présente, un tissu blanc, que M. Malgaigne compare à celui d'un névrome dont M. le professeur Velpeau a pratiqué l'ablation il y a quelques années.

M. Robert ayant enlevé chez une jeune fille une petite tumeur qui siégeait au côté interne de la mamelle et qui était, comme dans l'observation de M. Malgaigne, le foyer de douleurs irradiantes, il obtint de même la cessation des douleurs, mais seulement pendant six semaines, au bout desquelles les accidents se reproduisirent, et l'on vit se déclarer les symptômes d'une névralgie dorso-intercostale. Il croit devoir, en conséquence de ce fait, exprimer le désir que notre collègue tienne la Société au courant des effets ultérieurs et éloignés de l'opération.

M. Lenoir pense que la tumeur enlevée par M. Malgaigne ne mérite pas le nom de névrome, et que l'on doit distinguer avec soin les névromes proprement dits, tumeurs développées dans le corps même d'un nerf, de ces autres tumeurs que Wood a désignées dans un travail *ex professo* sous le nom de tumeurs sous-cutanées douloureuses. Le même membre rappelle trois cas dans lesquels il a enlevé des tumeurs de ce genre, qui étaient le siége de douleurs irradiantes, mais qu'il n'a pas considérées comme de véritables névromes parce qu'elles ne résidaient pas dans le corps même d'un nerf. Des faits de ce genre se trouvent consignés dans le travail de Descot.

M. Michon fait remarquer que Dupuytren, il y a plus de trente ans, a étudié les caractères de ces tumeurs à douleurs irradiantes, leur marche et leur fréquente dégénérescence en cancer. Dans la thèse inaugurale de M. Michon est rapporté un cas de ce genre, dans lequel les tissus présentaient une grande analogie d'aspect avec l'encéphaloïde à l'état de crudité.

M. Malgaigne dit qu'en employant la dénomination de névrome il s'est conformé au langage reçu parmi les chirurgiens, et M. Velpeau,

celui des chirurgiens français qui a vu le plus de ces tumeurs et les a le mieux étudiées, consacre cette appellation dans ses ouvrages.

M. Lenoir insiste sur l'utilité de la division dont il a parlé; il ajoute qu'elle est aujourd'hui passée dans la science, et que l'ouvrage de Descot ainsi que le *Compendium* l'admettent en distinguant les névromes proprement dits des tumeurs sous-cutanées douloureuses.

— *M. Monod* fait connaître à la Société le cas suivant de luxation du pied avec fracture de la malléole interne. Un jeune homme fut amené à la maison royale de santé le surlendemain d'une chute qu'il avait faite de la hauteur d'un trottoir. A l'examen du blessé, M. Monod constata une déviation considérable du pied avec forte inclinaison de son bord interne, qui regardait en bas. La malléole interne était fracturé; le péroné parfaitement intact. La surface articulaire supérieure de l'astragale formait une saillie considérable à la face dorsale et interne du pied. Celui-ci, renversé en dehors, restait fixé dans cette position, et présentait un gonflement considérable. Après une application de quarante sangsues, M. Monod ayant soumis le pied à des tractions dans le sens du déplacement déjà effectué, tandis que d'autre part il exerçait une forte pression sur l'astragale, réduisit la luxation et maintint le pied dans un appareil dextriné, dont l'usage a rétabli la conformation régulière du membre.

— *M. Guersant* soumet à l'examen de la Société une tumeur très volumineuse qui a été recueillie à l'autopsie chez un enfant de six ans, mort à l'hôpital des Enfants par suite du développement de cette tumeur. Né de parents sains l'enfant avait néanmoins une sœur scrofuleuse, et c'est dès l'âge de dix-huit mois que la tumeur avait commencé à paraître sous la forme de plusieurs ganglions, d'abord distincts, puis fondus en une masse commune, et dont la présence ne causait pas de douleurs. Mais elle ne tarda pas à envahir toute la partie droite du col s'étendant depuis la clavicule jusqu'à l'oreille. Dès le début elle parut constituée par plusieurs lobules, semblables à d'énormes ganglions tuberculeux.

L'enfant entra à l'hôpital le 5 octobre 1845. La tumeur avait alors un volume presque égal à celui de la tête du jeune malade. Elle repoussait le larynx avec la partie latérale gauche du col, et déterminait l'inclinaison de la tête du même côté. Quoique mobile, elle paraissait se prolonger le long des gros vaisseaux derrière la clavicule droite; du reste, sans aucune altération de couleur à la peau.

L'enfant ayant été présenté à la Société de chirurgie en octobre 1845, diverses opinions furent émises touchant le diagnostic; mais on fut d'un avis unanime sur l'inopportunité d'une opération.

La tumeur ayant continué à augmenter de volume, a fini par déterminer la mort de l'enfant au milieu d'un état d'asphyxie dû à la compression exercée sur la traché et le larynx.

L'autopsie n'a révélé dans les organes splanchniques aucune altération capable de causer la mort; il n'y avait aucune trace de tubercule, mais la tumeur se prolongeait jusque dans le médiastin antérieur. La masse lobuleuse qui la constituait siégeait dans les ganglions qui avoisinent la trachée et le larynx. Quelques-uns des lobules ont le volume d'un gros œuf de poule, d'autres celui d'une fève de haricot; leur tissu est blanc, dur, résistant au scalpel. M. Guersant pense qu'il est de nature cancéreuse.

M. Morel-Lavallée a observé à l'hôpital de la Clinique un cas dans lequel une sorte d'hypertrophie générale s'était manifestée sur toutes les régions où existent des amas ganglionnaires, notamment au-dessus des clavicules, à l'aisselle, au creux du jarret : il trouve une grande analogie entre ce cas et celui rapporté par M. Guersant, du moins en ce sens qu'il y aurait hypertrophie sans dégénérescence.

M. Monod a vu un cas dans lequel il pratiqua, pour une tumeur ganglionnaire du col, une opération qui dura près d'une demi-heure. C'était chez une jeune fille. La guérison de la plaie d'opération eut lieu au bout de huit à dix mois, mais la malade succomba plus tard atteinte d'hydropisie.

M. Guersant fait connaître à la Société les résultats de sa pratique sous le rapport de la trachéotomie. En général, dit-il, on est peu disposé à pratiquer la trachéotomie dans la période extrême du croup, et cela dépend des nombreux insuccès qui ont suivi la pratique de cette opération; il croit cependant qu'on aurait tort de s'abandonner au découragement. On a beaucoup de revers, il est vrai; mais il faut remarquer d'abord que ces revers ont lieu sur des sujets qu'aucun autre moyen n'aurait pu soustraire à la mort, et que, d'un autre côté, quelque minime que soit le nombre de ceux qui guérissent, ce sont d'une manière bien certaine des individus voués à une mort inévitable sans l'opération. M. Guersant a pratiqué très souvent cette opération à l'hôpital des Enfants pour des cas de croup, et toujours sans succès. En ville, il l'a pratiquée dernièrement pour la trente-sixième fois, et n'a obtenu que quatre succès. Le dernier cas de guérison a eu lieu chez une fille de sept ans et trois mois, opérée sept jours après le début de la maladie; elle était presque expirante: l'opération fut facile, et permit d'enlever des lambeaux de fausses membranes qui étaient dans la trachée. Cinq jours durant, la petite malade a rendu des fausses membranes en grande quantité; le septième jour, on a pu lui retirer définitivement la canule, et huit jours après la plaie était fermée. Ce fait est de nature à encourager dans la pratique de l'opération; car non-seulement il y avait d'une manière bien positive laryngite pseudo-membraneuse, mais encore une trachéite de même nature. C'est, parmi les cas où l'opération a été heureuse entre les mains de M. Guersant, celui dans lequel il a trouvé les fausses membranes en quantité aussi considérable.

— *M. Chassaignac* lit à la Société une observation de carie du temporal, dans lequel il y a eu perforation spontanée de la carotide interne sur son trajet dans le canal carotidien, et mort du malade par hémorrhagie. Après avoir éprouvé les divers accidents d'une carie du rocher, le malade remarqua que l'écoulement auriculaire, qui dans le principe n'était que purulent, devint sanguinolent et purulent à la fois, prenant une couleur analogue à celle du chocolat. Le 6 mars, à sept heures du soir, survint une hémorrhagie abondante par le conduit auditif, qui fut tamponné; mais le sang se fit jour dans la cavité pharyngienne par l'ouverture de la trompe d'Eustache. Une saignée étant pratiquée, l'hémorrhagie s'arrêta. Le lendemain 7 mars, dans la soirée, elle reparut avec une intensité beaucoup plus grande, à ce point que les personnes étrangères à la médecine qui se trouvaient auprès du malade, ont rapporté que le volume du jet de sang qui s'échappait par le conduit auditif avait le volume du petit doigt.

A l'autopsie, qui eut lieu trente heures après la mort, on trouva sous la dure-mère, dans le point correspondant au rocher malade, un énorme caillot sanguin. Une portion d'os carié de l'étendue d'un pouce, avec destruction partielle du tissu osseux, occupait la partie supérieure du rocher dans son point de jonction avec la portion écailleuse du temporal. La paroi supérieure de la caisse du tympan était détruite, ainsi que la membrane de cette caisse. Un stylet, introduit dans le bout supérieur de la carotide interne, vint sortir sans effort par le point carié du rocher; il en fut de même d'un second stylet introduit par l'orifice inférieur du vaisseau dans sa portion cervicale. Il est donc hors de doute qu'une rupture de la carotide interne s'est opérée dans le point correspondant à la carie, et que celle-ci ayant amené la communication du canal carotidien, d'une part, avec la caisse du tympan et par suite avec le conduit auditif externe, puisque la membrane tympanale n'existait plus, d'une autre part, avec l'intérieur de la cavité crânienne au-dessous de la dure-mère, on se rend parfaitement compte de ce triple fait:

1° L'hémorrhagie foudroyante par le conduit auditif externe;

2° L'hémorrhagie pharyngienne par la trompe d'Eustache après que le tamponnement du conduit auditif externe eut été pratiqué;

3° Enfin la présence de l'épanchement sanguin placé sous la dure-mère.

M. Chassaignac considère ce fait comme servant à établir une indication thérapeutique, celle de lier immédiatement la carotide primitive si l'on était, en pareil cas, appelé assez à temps pour recourir à ce moyen, sur lequel cependant il ne faudrait pas fonder l'espoir d'arrêter sûrement et durablement une semblable hémorrhagie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

MM. les docteurs Marchal (de Calvi) et Amédée Latour viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Ibrahim-Pacha a visité aujourd'hui la Faculté de médecine, l'Ecole pratique et le Val de-Grâce. Nous rendrons compte de cette visite dans notre prochain numéro.

— Le nombre des personnes qui, pendant l'année dernière, sont mortes de mort non naturelle dans le royaume-uni de la Grande-Bretagne et de l'Irlande, s'est élevé à 9,599, savoir: 3,305 individus ont péri par des chutes, ou pour avoir été renversés ou écrasés par des voitures ou des chevaux, etc.; 1,930 ont été noyés; 3,057 sont morts par l'action du feu, savoir: 148 dans des explosions, 257 à la suite de brulures, et 332 pour être tombés dans de l'eau bouillante; 188 ont été empoisonnés; 65 ont été assassinés avec des armes blanches ou à feu; 83 sont morts à la suite de blessures qui leur ont été faites par eux-mêmes ou par autrui; enfin, 971 se sont suicidés, ont péri sur l'échafaud ou sont morts par des causes qui n'ont pu être découvertes.

— L'immobile Autriche songerait-elle à des réformes! S'il faut en croire la *Gazette universelle de Berlin*, on agiterait sérieusement à Vienne plusieurs questions relatives à une nouvelle organisation des études. Nous espérons recevoir bientôt de plus amples renseignements à ce sujet. Le corps médical est en mouvement dans les quatre parties du monde.

— On cultive actuellement, dans les environs de Brünn (Autriche), la rhubarbe sur une large échelle. Des quantités considérables de cette racine sont annuellement versées dans le commerce et exportées à l'étranger.

— On écrit de Giessen (grand duché de Hesse), à la date du 13 février: « Pour répondre aux nombreuses attaques dont l'université de Giessen a été jusqu'ici l'objet dans les journaux politiques, le recteur de cette université, Dr J.-B. Wilbrandt, a fait insérer dans la *Grossh. Hess. Zeitung* l'avis que, d'après une résolution de la Faculté, le grade de docteur en médecine ne s'accorde aux étrangers que lorsqu'ils viennent subir en personne les examens exigés. »

— M. Duchesne-Duparc ouvrira, le mardi 12 mai 1846, à son Dispensaire dermatologique de la rue du Paon-Saint-André, n° 8 (près l'Ecole de médecine), *son Cours pratique annuel sur les maladies de la peau*: à dix heures, consultation et examen des malades; à onze heures, leçon orale: tout est public et gratuit. — Un second Cours *théorique* sur les maladies de la peau sera fait prochainement par le même professeur: les personnes qui désireraient le suivre, sont priées de s'inscrire, d'ici au 15, mai à la clinique de la rue du Paon, 8, librairie Audot; il leur sera délivré des cartes d'entrée personnelle.

— M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef et professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, et chevalier de la Légion-d'Honneur, vient de mourir à l'âge de 79 ans, en son hôtel, rue de Baune, 1.

Ses obsèques auront lieu le dimanche 10 mai, à onze heures, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin, sa paroisse.

Sa famille prie ceux de ses amis qui n'auraient pas été avertis, de considérer cet avis comme une invitation.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 12 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 55. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 11 MAI 1846.

RÉFORME DES QUARANTAINES.

Nous croyons utile de mettre sous les yeux du public et de l'Académie le chapitre du rapport de la Commission du budget à la chambre des députés pour cette présente session. Il n'est pas douteux pour nous que si de déplorables lenteurs n'étaient pas venues entraver le travail de l'Académie, la chambre n'eût été, cette année même, bien plus sévère que ne le propose la Commission, et beaucoup plus exigeante. On verra, dans la discussion prochaine du budget, quelle force puiseront les adversaires des modifications au régime sanitaire dans le travail inachevé de l'Académie. Nous l'avons prévu, nous l'avons annoncé, mais vainement. Si nos intérêts commerciaux et politiques dans la Méditerranée ne reçoivent pas encore cette année une complète satisfaction, nous craignons bien que l'Académie n'ait à regretter d'avoir contribué, par des motifs honorables sans doute, à ce fâcheux résultat.

On jugera par l'extrait suivant des dispositions à cet égard de la chambre des députés :

CHAPITRE XIII.

Etablissements et services sanitaires,	349,500 fr.
Réduction proposée,	10,000 »
Reste :	339,500 fr.

« Nous voici de nouveau en présence d'une des plus importantes questions que l'époque actuelle soit appelée à résoudre, question longtemps agitée sur laquelle une terreur aveugle a pu seule entretenir la controverse, et qui nous paraît bien près de sa solution si les chambres manifestent hautement l'intention de l'obtenir : on comprend que nous voulons parler du régime des quarantaines. On n'attend sans doute pas de nous que nous développions les théories à l'aide desquelles la science a combattu les erreurs qui ont longtemps prévalu sur le principe de la peste d'Orient, ni que nous rappelions tous les travaux qui ont été faits pour détruire les préjugés qu'entretenait une aveugle crédulité en matière de communication et de contact des hommes et des choses. Si nous avions besoin de nous appuyer sur des autorités, nous invoquerions l'opinion de divers savants de France et d'Europe.

» La chambre aura sans doute gardé le souvenir de l'opinion qui s'est manifestée dans son sein sur cette question lors de la discussion, dans votre dernière session, de cette partie du budget que nous examinons. Elle n'aura pas oublié que cette opinion s'est révélée dans l'adoption d'un amendement peu important quant au retranchement qu'il opérait sur le crédit, mais significatif comme expression du désir de la chambre de voir cesser un état de choses dommageable pour tous nos intérêts dans la Méditerranée.

» Une année s'est écoulée depuis cette époque et rien n'est changé dans le régime sévère des quarantaines pour les provenances d'Orient. Aujourd'hui, comme il y a un an, quel que soit l'état sanitaire du lieu de départ des navires et la santé de leur équipage au moment de l'arrivée, et quelle qu'ait été la durée des voyages, ils restent soumis pour les bâtiments les plus favorisés, c'est-à-dire pour les paquebots-postes, à des quarantaines de

9 jours pour le régime de la patente nette,
12 à 14 id. de la patente suspecte,
14 à 17 id. de la patente brute,

et qui s'élèvent pour les bâtiments marchands à 12, 15 et 21 jours.

» Un pareil état de choses peut-il être maintenu ? N'est-il pas temps d'affranchir notre navigation d'entraves qui nuisent à son développement, qui la privent des légitimes avantages que notre position sur la Méditerranée doit lui assurer ? N'est-il pas temps enfin de faire cesser pour les voyageurs et les équipages cette inutile captivité, ces privations qui l'accompagnent et ce régime que prescrivent des règlements sanitaires qui appartiennent à d'autres temps, et qu'on pourrait croire en quelques points empruntés à des siècles barbares.

» La France, qui la première a ouvert sur ce grand lac méditerranéen ces voies rapides de communication qui vont porter dans le levant la civilisation européenne, qui doivent multiplier nos rapports commerciaux et faciliter nos relations politiques avec tous les états qui descendent à cette mer ; la France, disons-nous, serait-elle condamnée à voir disparaître pour elle, et au profit des autres nations, tous les avantages que devait lui assurer cette pensée civilisatrice pleine d'avenir, et surtout ceux que lui réserve son admirable position? Nous ne le pensons pas. Elle ne peut pas assister immobile à ce mouvement qui s'opère autour d'elle; elle ne peut pas, ella ne doit pas s'enchaîner elle-même et se condamner à l'impuissance. Que doit-elle donc faire? Achever la réforme d'un régime de quarantaine que la science et la raison repoussent également.

» Nos prédécesseurs disaient, avec raison, que le pacte sanitaire de l'Europe était rompu ; que tous les peuples agissant isolément au seul point de vue de leurs intérêts, la France devait les imiter, consulter les siens et agir. Nous sommes de leur avis ; c'est ce que nous vous invitons à faire, ou plutôt à prescrire. Qu'on ne nous accuse pas d'imprudence, l'expérience se fait depuis longtemps près de nous; nous ne demandons rien de plus, rien de moins. Nous avons dû, dans cette disposition d'esprit, exposer nos pensées à M. le ministre. Sans le trouver contraire à l'opinion que nous lui exprimions, il nous a paru disposé à préparer quelques modifications au régime actuel, mais qui ne nous ont semblé ni assez prochaines, ni assez complètes ; en attendant, les voyageurs et les marchands prennent une autre direction, les habitudes s'enracinent, et nous ferons plus tard d'impuissants efforts pour ramener à nous ce qui s'en sera éloigné.

» Nous ne voulons pas traiter ici prématurément les questions relatives au service de nos paquebots du levant ; mais, quelle que soit la direction qu'on leur donne, qu'ils viennent directement d'Alexandrie et de Constantinople, ou qu'ils fassent escale en touchant à un ou plusieurs points, nous demandons positivement et itérativement que les provenances de l'Egypte soient soumises, comme celles de Constantinople, au régime de la patente nette ; que la quarantaine commence à courir du point de départ, et que, sous le régime de la patente nette, elle ne dépasse pas la durée de dix jours, quel que soit le temps consacré au voyage.

» L'opinion qui avait été exprimée par la Chambre dans la session dernière, nous avait paru devoir produire quelque effet, amener quelque résultat ; il n'en a rien été : nous sommes au même point qu'il y a un an, c'est-à-dire, qu'en arrivant de Constantinople avec patente nette, on n'est en libre pratique qu'après une quarantaine de 9 jours, et qu'en arrivant directement d'Alexandrie quelquefois en 7 jours, on est soumis à une quarantaine de 12 à 14 jours sous le régime de la patente suspecte, car la patente nette n'est pas admise. Ainsi, quoi qu'il soit reconnu que la période d'incubation est de 8 jours, on n'est libre qu'après 18 jours au moins, quelle qu'ait été la durée du voyage ; tandis que l'Autriche, cette nation toujours si prudente, admet en libre pratique les voyageurs venant d'Alexandrie après une quarantaine de 10 jours passés à la mer, et de 6 jours en venant de Constantinople.

» Cette réforme, que nous demandons, ne doit pas se borner à l'expression d'un simple vœu émis au rapport ; nous avons pensé que la Chambre devait être appelée à se prononcer par un vote qui eût une signification suffisante. Nous vous proposons donc de réduire le crédit du premier paragraphe de ce chapitre relatif aux frais de quarantaine. En adoptant cette proposition, vous aurez sanctionné l'opinion que nous avons émise sur cette importante question, et le gouverne-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Salon de 1846 au point de vue pathologique.

Le salon sera fermé dans quelques jours, et je regrettais de ne l'avoir pas encore visité pour vous dire mes impressions annuelles. En vrai flâneur j'y passai plnsieurs beures mardi dernier, et de droite et de gauche ayant trouvé quelques toiles que je pourrais appeler pathologiques, je ne crois pas tout à fait hors de propos de vous en exposer ici mon petit sentiment. Dieu me garde de toute prétention à l'esthétique ! Mais enfin, puisqu'un assez bon non nombre d'artistes se plaisent dans la représentation soit des souffrances physiques, soit du phénomène même de la mort; puisque quelques-unes de leurs toiles semblent aspirer au titre d'*observations* médicales, pourquoi serait-il défendu à un médecin d'examiner si la représentation est fidèle, si l'observation est exacte et complète, si le diagnostic est bien porté? Sans trop savoir ce que j'en voulais faire, je pris quelques notes pendant ma visite; je les donne ici en leur laissant presque leur forme primitive toute spontanée, et l'ordre dans lequel elles se succédèrent.

N° 769. — *Le Fiévreux dans la campagne de Rome*, par M. Eugène Girand. — Il n'est pas sûr que Corvisart, qui diagnostiquait, dit-on, avec une grande justesse rien qu'au coup d'œil, eût reconnu, dans cette toile, un fiévreux des marais Pontins. Je suppose plutôt qu'à cette maigreur extrême, qu'à ce facies jaune-paille, qu'à cette expression d'angoisse douloureuse, il se serait empressé de palper l'épigastre dans l'idée d'y trouver quelque tumeur pylorique de mauvaise nature. Ce fiévreux, en effet, paraît plutôt atteint d'une profonde cachexie cancéreuse que d'un empoisonnement miasmatique chronique. Le fiévreux, en vérité, ne souffre pas, il languit; et puis, où est cet œdème des chevilles, cet empâtement du ventre, cette bouffissure des paupières, cet air d'indifférence et d'abattement si bien décrits par Torti et par les observateurs modernes? — Mais tout cela, me dira M. Giraud, n'eût été ni beau à peindre, ni agréable à voir. — J'en conviens, répondrai-je; aussi pourquoi peindre un fiévreux? Le vôtre évidemment est une erreur de diagnostic.

N° 1567. — *Derniers moments de Napoléon*, par M. Georges Rouget. — « Napoléon, après un long abattement, s'était relevé sur son séant, dans son lit de douleur; il avait demandé qu'on lui ouvrît la fenêtre tournée du côté de la France; et après avoir adressé des adieux touchants à cette chère patrie....., le délire s'empara de sa tête, ses membres se roidirent par les convulsions, ses yeux devinrent fixes; on entendit encore ces mots sans suite... Tête armée... ma garde... mon fils... France... et il expira. » Non, monsieur Rouget, il n'expira pas, il s'endormit; c'est vous qui le dites avec votre pinceau. Il ne vous souvient donc plus du beau plâtre d'Antomarchi, de cette figure profondément amaigrie comme cela devait être après une maladie si longue et si cruelle, de ces yeux excavés, de cette bouche entr'ouverte, de ce nez effilé, de toute cette empreinte suprême d'une lente et infâme agonie? Puis-je la reconnaître dans ce visage frais et rose, dans cet embonpoint encore satisfaisant, dans ces muscles doucement contractés comme par un demi-sommeil? Ce n'est pas là le Napoléon mort à Sainte-Hélène, c'est l'Empereur dormant d'un heureux et paisible sommeil après la bataille d'Iéna.

N° 562. — *Le Prisonnier de Chillon*, par M. Edouard Dubufe.— « J'appelle encore, je crois entendre un bruit, je fais un effort; je brise ma chaîne, je m'élance vers mon frère; il n'était plus..... je saisis une main privée de mouvement, elle glace la mienne..... Que s'est-il passé depuis ce moment? Je ne le sais point et je ne l'ai jamais su... » C'est ce passage de lord Byron que M. Dubufe a voulu représenter. Cette toile est très belle; dessin, couleur, sentiment, expression, j'ai admiré tout cela. Pourquoi faut-il que ce jeune homme, qui vient de mourir, soit déjà en proie à une décomposition putride si avancée? Pourquoi ce ton verdâtre des chairs? Ce cadavre serait fort embarrassant dans une expertise médico-légale.

N° 1767. — *Bataille d'Isly*, par M. Horace Vernet. — Voilà de véritables blessés, du sang véritable, de la pâleur réelle, des morts bien morts. Voyez ce pauvre soldat avec cette large entaille dans la région carotidienne, et que l'on hisse sur un *cacolet*, quelle admirable vérité de l'état syncopal qui suit les grandes hémorrhagies ! Ne sentez-vous pas la sueur froide et visqueuse de sa peau? Et cet officier, dont une balle vient de traverser le poumon droit, n'est-ce pas qu'il a dû tomber ainsi? Et cet autre, à droite, avez-vous besoin de voir sa large plaie de la tête, et, rien qu'à cet air étrange et comme bébété, n'auriez-vous pas deviné que l'organe de l'intelligence avait été lésé? Ces gronpes de blessés sont parfaitement beaux, car ils sont parfaitement vrais. Cependant, je dois prévenir M. le docteur Philippe, presque en face et un peu à gauche, qu'il ne trouvera jamais l'artère radiale de la manière dont M. Horace Vernet la lui fait chercher.

N° 1082. — *La mort de Cléopâtre*, par M. Lassalle-Bordes. — Voici ce que dit Plutarque : « Tombée au pouvoir d'Octave après la bataille d'Actium et la défaite d'Antoine, elle apprit, à l'aide d'intelligences qu'elle s'était ménagées, qu'il se disposait à quitter l'Egypte et à l'emmener avec lui afin qu'à sa rentrée dans Rome elle ornât son char de triomphe. Elle n'hésita plus : elle résolut de se donner la mort pour se soustraire à la honte qui l'attendait. — Après lui avoir écrit sur des tablettes qu'elle scella pour lui recommander ses enfants et le prier qu'on réunît son corps à celui d'Antoine dans un même tombeau, elle renvoya tous ceux qui étaient dans l'appartement, excepté ses deux femmes Iras et Charmion. Alors, elle prit l'aspic qu'un homme de la campagne lui avait apporté en le cachant dans un panier de figues et s'en fit mordre au bras. — Lorsque César eut ouvert la lettre, les prières vives et touchantes de Cléopâtre lui firent connaître ce qu'elle avait fait. Il envoya près d'elle, en toute hâte, un de ses lieutenants pour la sauver s'il en était temps encore; mais elle venait d'expirer : Iras tombait morte à ses pieds; Charmion, qui venait aussi de s'empoisonner pour ne pas survivre à sa maîtresse, déjà appesantie par les approcbes de la mort et ne pouvant plus se soutenir, lui arrangeait encore le diadême autour de la tête. En entendant l'envoyé de César, elle ranima le peu de forces qui lui restaient et lui dit : « Tu cberches la fille des Ptolémées; tiens, regarde-la ! » Le soldat lui ayant dit en colère : « Voilà qui est beau, Charmion ! — Oui, très beau, ajouta-t-elle, et digne d'une reine issue de tant de rois ! » Après ce peu de mots, elle tomba morte au pied du lit. »

Je n'ai pu résister au plaisir de vous rappeler cet admirable passage du grand historien, car je ne trouve rien de plus simplement beau que ce récit. Le peintre a suivi Plutarque à la lettre et a pris le moment où le lieutenant d'Octave regarde avec colère Cléopâtre morte, que lui montre Charmion. Les critiques ont dû relever de grands défauts dans cette toile, mais cela ne me regarde pas. Je constate seulement que la peinture a, pathologiquement, très bien compris et rendu le genre de mort de la belle reine d'Egypte; c'est bien ainsi que doit agir le virus ophydien; voilà bien ces teintes bleuâtres de la peau qui annoncent la sidération dont est frappé le système nerveux et par suite la stagnation, la coagulation sanguine. Ce tableau fait le plus grand honneur aux études pathologiques de M. Lassalle.

N° 1085. — *Saint Pierre*, par M. Latil. — Voici ce qu'on lit dans les Actes des apôtres, chap. V, § II : « De sorte qu'on apportait les malades dans les rues et qu'on en mettait sur des paillasses, afin que lorsque Pierre passerait, son ombre au moins en couvrît quelqu'un d'eux, et qu'ils fussent délivrés de leurs maladies. » Il y a là de très beaux échantillons cliniques. Cet homme qui lève les bras est certainement atteint d'un épanchement pleurétique chronique à droite; pas n'est besoin d'auscultation et de percussion pour le diagnostic; voyez plutôt cette déformation du thorax, ces côtes bombées, l'omoplate saillante. Voilà une pauvre femme dont quelque organe important est désorganisé par le cancer; la teinte jaune-paille est caractéristique. Monsieur, Velpeau veuillez examiner cette magnifique hydarthrose du genou; et vous, monsieur Malgaigne, cette belle luxation de l'épaule. Je recommande cette toile à MM. les étudiants.

ment devra s'occuper des moyens de donner satisfaction aux intérêts au nom desquels nous réclamons. »

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des occlusions intestinales.

(Suite du numéro du 28 avril.)

Dans certains cas, il peut se faire que le canal digestif soit oblitéré par des corps étrangers. On a cité des cas où le pylore était complétement bouché par des noyaux de fruits, par des morceaux d'aliments très volumineux, par des amas de matières stercorales durcies.

Dans toutes les formes d'occlusions intestinales, il faut rechercher tout d'abord quel est le siége de la maladie, et en quoi consiste l'affection que l'on a à combattre. Il faut toucher par le vagin chez la femme; dans les deux sexes par le rectum, et, par ces deux cavités, il faut porter le doigt aussi haut que possible, pour tâcher de découvrir l'endroit où existe l'étranglement ou l'obstruction de l'intestin.

Il est enfin des circonstances dans lesquelles les corps étrangers se placent sur la valvule iléo-cœcale, et empêchent le jeu de l'espèce de soupape qu'elle forme. Dans les cas de cette espèce, les symptômes n'ont pas l'acuité qu'ils présentent dans l'étranglement; la marche des accidents est plus lente et subaiguë. Il n'est pas très rare de voir la compression exercée sur l'intestin par une tumeur abdominale étranglée à l'intestin déterminer des accidents de cette nature. Mais ces tumeurs se forment le plus souvent d'une manière chronique, et ne déterminent que lentement les accidents dont nous parlons. C'est, au contraire, de l'occlusion aiguë qu'il doit s'agir ici. Quelques tumeurs phlegmoneuses peuvent avoir quelque part dans la production de l'occlusion du conduit intestinal.

Si les sujets qui ont présenté ces symptômes viennent à succomber, on trouve comme phénomène constant et principal, une dilatation de l'intestin dans la portion située au-dessus de l'obstacle, et un rétrécissement non moins marqué de la portion inférieure à l'obstacle. C'est ce que vous avez pu voir dans les pièces d'anatomie pathologique que nous avons fait passer sous vos yeux. Dans l'immense mojorité des cas, pour ne pas dire dans tous, il y a inflammation secondaire du péritoine; cette péritonite consécutive est plus prononcée, plus intense, dans l'endroit où l'occlusion existe; mais elle peut se développer aussi dans des points plus éloignés. On trouve quelquefois, mais rarement, des ruptures ou des perforations de l'intestin avec passage des matières fécales dans la cavité péritonéale. D'autres fois encore, mais le plus rarement, les sujets meurent par le seul fait de l'étranglement, sans que l'on puisse constater aucun vestige d'épanchement dans la cavité séreuse.

L'autopsie de ces malades présente une particularité curieuse, surtout pour ceux qui ne sont pas habitués à des recherches de cette nature. On a cru à une péritonite pendant la vie; on n'a pas vu autre chose après la mort; la raison en est toute simple; c'est que l'on s'est borné à examiner extérieurement les lésions qui existent dans le péritoine, et que l'on a négligé de s'occuper de la dilatation de l'intestin. On n'a pas toujours noté l'odeur stercorale qu'exhale le pus de la péritonite dans des circonstances de cette espèce. L'étude anatomique de ces lésions présente souvent des difficultés assez grandes en raison des conditions qui ont amené l'occlusion de l'intestin.

L'invasion de cette maladie présente une particularité digne d'attention.

Tout au contraire des maladies aiguës ordinaires, il n'y a pas de frisson initial; ce frisson n'arrive que comme phénomène secondaire. C'est par une sensation de douleur extrêmement vive que la scène commence; cette absence du frisson initial des maladies aiguës suffit pour prouver qu'il n'y a pas là de phlegmasie spontanée, que l'on a affaire au contraire à quelque chose de fort différent de ce que l'on observerait dans la péritonite primitive. Ainsi, et tout d'abord, douleur vive, circonscrite dans un point de l'abdomen, et augmentant toujours d'intensité; tuméfaction progressive de l'abdomen. Les symptômes de l'occlusion sont ceux de l'étranglement externe; ils sont absolument les mêmes que ceux de la hernie étranglée. Vous cherchez une hernie, il n'en existe point. Il est également impossible au chirurgien de renvoyer le malade dans une salle de médecine, et au médecin de le faire passer dans une salle de chirurgie.

Le premier phénomène est donc une douleur qui débute par un point limité de l'abdomen, où elle se fait sentir avec une intensité extrême. Avec cette douleur surviennent des nausées, des vomissements; puis les phénomènes généraux, l'accélération du pouls, le hoquet, etc. Les matières que rejettent les malades sont d'abord les aliments qu'ils ont pris au dernier repas, solides ou liquides. Bientôt les vomissements changent de nature, deviennent bilieux, puis d'une odeur fade, nauséeuse; peu à peu leur odeur se prononce encore plus, et se rapproche davantage de l'odeur des matières fécales. On devra faire grande attention au hoquet, phénomène qui ne manque jamais de se faire entendre à une époque plus ou moins rapprochée de la mort.

En même temps que les matières sont rendues par les vomissements, la constipation survient, mais elle n'est pas d'abord absolue et complète; le malade commence à rendre par les selles les matières fécales que contient encore le gros intestin. Ceci pourrait faire croire, au premier abord, qu'il n'y a pas de constipation; mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par une apparence trompeuse. Tout ce qui était contenu dans l'intestin au-dessous de l'obstacle, sort pendant les premiers jours. Pendant tout le cours de cette maladie, on attache une grande importance à la connaissance de la nature des selles de l'individu que l'on observe. S'il ne sort que des matières solides, que l'on ait lieu de craindre qu'il y ait un obstacle à la valvule iléo-cœcale, le médecin doit concevoir les plus graves inquiétudes. Mais lorsqu'à la suite d'un purgatif le malade rend des matières liquides, on a lieu de croire que ces matières viennent de l'intestin grêle, et que l'obstacle qui existait est détruit et vaincu.

Les gaz eux-mêmes ne sortent plus par l'anus; il est d'observation que le gros intestin n'en sécrète qu'une très faible proportion, et que c'est de l'intestin grêle qu'ils viennent presque toujours. Le premier, le second jour, les sujets rendent encore quelques gaz par en bas; mais bientôt c'est par la bouche qu'ils sortent, et puis le ventre se gonfle.

A propos de cette tuméfaction de l'abdomen, il est un phénomène dont on n'a pas assez tenu compte suivant nous, et qui est cependant d'une grande importance, par cela même qu'il est constant ou presque constant, c'est la forme du ventre. Au lieu d'offrir une distension uniforme, un ballonnement régulier, on constate très souvent des inégalités, des bosselures, surtout chez les individus un peu maigres. Ces bosselures sont formées par des anses intestinales plus distendues dans certains points que dans d'autres, et qui se dessinent sous les parois du ventre. Cette disposition très fréquente n'est pas absolument persistante; quelquefois elle est momentanée et disparaît au bout de quelques heures.

Un autre phénomène fort curieux aussi, c'est un mouvement d'ondulation que déterminent les contractions successives des diverses portions du canal intestinal; le mouvement dont nous parlons est un mouvement de reptation, analogue à celui que produirait au-dessous des parois abdominales un ver gigantesque. La distension de l'intestin peut être générale ou partielle; il y a des cas où elle ne porte que sur l'estomac. Dans le cas que nous avons présenté à votre observation, il y avait un contraste frappant entre la saillie de la partie supérieure et le rétrécissement de la portion de l'intestin située au-dessous du point oblitéré.

Outre les gargouillements, les borborygmes que l'on est à même d'observer, il est des cas où l'exploration directe du ventre permet de constater l'existence d'une tumeur partielle à l'endroit précis où la première sensation douloureuse s'est fait sentir. Ceci permet au médecin de reconnaître le siége du point primitif de la maladie, chose fort utile et fort importante; cette détermination du siége de l'affection peut conduire à distinguer d'une manière sinon tout à fait certaine, au moins très probable, si l'occlusion intestinale est le résultat d'une invagination ou de toute autre espèce d'étranglement. Les moyens de traitement à employer ne sont pas les mêmes, suivant qu'il s'agit de telle ou telle lésion. Une des invaginations les plus dangereuses, les plus généralement funestes, c'est celle qui se produit dans le flanc droit, par exemple, celle qui reconnaît pour cause le passage d'une portion de l'intestin grêle à travers la valvule iléo-cœcale. Cette tumeur dure, résistante, ayant un siége spécial, offre une haute valeur diagnostique.

Comme nous vous le disions plus haut, la douleur, de circonscrite qu'elle était d'abord, devient bientôt générale; elle augmente à la fois d'étendue et d'intensité. Elle devient plus prononcée dans les premières heures; puis la tumeur disparaît; les vomissements deviennent plus fréquents; la fièvre redouble; le ventre est sensible partout; tous les phénomènes de la péritonite surviennent, et s'ajoutent aux phénomènes qui caractérisaient la première période de la maladie. Le sujet ne paraît plus faire d'efforts pour vomir; il ouvre la bouche, et les matières s'échappent par une sorte de régurgitation.

La durée de ces accidents est ordinairement fort courte; c'est vers le septième, le huitième, le dixième jour au plus que le malade succombe le plus communément. La mort n'est pas la terminaison inévitable et forcée de cette terrible affection. Lorsqu'il existe un étranglement externe, on peut quelquefois en obtenir la réduction soit par le taxis, soit par l'application de la glace; quelquefois, la réduction se fait spontanément. Ce que l'on obtient quelquefois pour la hernie externe, peut arriver de même pour la hernie interne. On peut, dans quelques cas, faire cesser les accidents d'un étranglement interne par des moyens semblables ou tout au moins analogues. On a vu, dans un petit nombre de cas, il est vrai, le cours des matières se rétablir spontanément. Cette solution heureuse arrive, par exemple, dans les cas où l'occlusion intestinale est déterminée par une accumulation de matières stercorales durcies dans un point de l'intestin. Dans d'autres cas, non moins rares, la portion d'intestin invaginée peut se sphacéler, se frapper de gangrène, se détacher, tomber, être rendue par les selles, et le cours des matières se rétablit, une adhésion s'étant faite qui restaure la continuité de l'intestin.

Lorsque c'est un abcès phlegmoneux, à marche aiguë, qui causait la compression de l'intestin et s'opposait au libre cours des matières fécales, il peut se faire que l'abcès s'ouvre dans l'intestin, et alors la sortie du pus par les selles, en même

---

N° 1306. — *Le Chien de Terre-Neuve*, par M. Louis Meyer. — Voici ce que dit le Livret: « En 1825, le bateau à vapeur *the Comet* fut, pendant la nuit, rencontré près des Gouroeck, dans le golfe de la Clyde (Ecosse), par l'*Ayr*, autre steamer, qui faisait une route contraire à la sienne. Les deux navires s'abordèrent et le choc fut si violent que l'un et l'autre coula sans que les passagers eussent pu quitter leurs cabines. Sur le *Comet* était un chien de Terre-Neuve; dans la confusion il saisit par le bras une jeune femme qui avait eu le temps de gagner le pont du bâtiment, où les flots l'avaient atteinte; cette dame s'accrocha au chien, qui la porta sur le rivage, où le lendemain elle fut trouvée et rendue à la vie. Six ans encore après cet événement, le chien de Terre-Neuve veillait sur la côte où il avait amené la naufragée. Il y mourut sans l'avoir jamais quittée, sans avoir voulu s'attacher à aucun des habitants de la localité la plus voisine, qui cependant eurent soin de lui tant qu'il s'obstina dans cette vie solitaire. » Je recommande d'abord cette petite notice aux membres de la Société des bêtes, et puis cette jeune femme naufragée à tous ceux qui ont observé l'asphyxie par submersion. C'est bien cela, asphyxie incomplète que les lèchements et la chaleur de ce pauvre chien vont faire disparaître. Cette petite toile est charmante.

N° 1114. — *La Convalescence*, par M. Achille Lecarois. — Scène d'intérieur infiniment touchante. Une jeune femme vient d'échapper à une grave maladie. Toute la famille est rassemblée; le médecin—c'est M. le professeur Chomel, la ressemblance est frappante, — vient de se livrer à un dernier examen, et annonce, doux instant! que toute inquiétude doit cesser, que la malade entre en convalescence. Le mari se précipite dans les bras du docteur, la mère lève les yeux au ciel, le père s'incline pour embrasser le front de sa fille, et une jeune personne que je soupçonne être la sœur, se jette à genoux en pressant sur ses lèvres les mains de la malade. Cet artiste a évidemment l'instinct *familial* très développé. Cependant, prenez-y garde, monsieur Chomel, cet abdomen me paraît encore bien développé; n'y aurait-il pas là-dessous quelque tumeur enkystée de l'ovaire? Et puis cette jeune fille dont le visage est inondé de larmes, pleure-t-elle réellement? Pourquoi donc ces yeux dans leur sérénité naturelle, ces muscles de la face si immobiles et si calmes; pourquoi cette absence complète de *fluxion* indispensable aux gens qui pleurent? Voyez bien si les voies lacrymales sont dans l'état normal, sur cette jeune fille, et si ces *larmes* sont réellement des *pleurs.*

N° 348. — *Portrait de M. le docteur de L...*, par M. Charlier. — Vigoureusement peint et d'une belle ressemblance; mais quelle idée, cher confrère, de vous être fait peindre avec cette barbe de sapeur?

N° 1351. — *Portrait de M. le docteur B....* (Lucien Boyer), par M. Naigeon. Cette tête manque de vigueur et de fermeté, non pas dans la couleur, mais dans le modelé, qui est plat et mou. Les accessoires sont très soignés, mais je n'aime pas ce double vêtement; en homme de bonne compagnie, M. Boyer aurait dû ôter son paletot.

N° 437. — *Portrait de M. le docteur S....*, par M. Court.—Voilà un portrait brillant. Dieu! les beaux fauteuils dorés, l'élégant et riche bureau, les luxueuses reliures! Ce mobilier de prince a un peu trop impressionné l'artiste, qui a implanté la tête de notre très honorable confrère d'une façon fort désobligeante pour ses muscles sterno-mastoïdiens; s'il a longtemps posé dans cette attitude, j'en ai un mal horrible à son cou. C'est dommage, car cette toile est vraiment belle.

N° 16. — *Portrait de M. le docteur Blache, médecin de S. A. R. monseigneur le comte de Paris* (*sic* dans le livret), par mademoiselle Clarisse Amic... — La tête me paraît un peu petite, mais elle est d'une ressemblance charmante. Je dis charmante, car je ne connais rien de plus doux et de plus bienveillant que la tête de M. Blache. Est-il bien possible que vous ayez d'aussi belles mains, très honoré confrère? Je vérifierai la chose à notre première rencontre.

N° 1560. — *Portrait de M. le baron Thénard*, par M. Jean Roller. — Tout est violet dans ce portrait; M. le baron Thénard s'est fait peindre dans le grand costume de conseiller de l'Université, et le satin de la robe a un peu déteint sur le coloris du visage.

N° 573. — *Vert-Vert*, par M. Dumas. —

> Malgré les soins de l'argus inflexible,
> Dans leurs loisirs souvent d'aimables sœurs,
> Venant le pleindre avec un air sensible,
> De son exil suspendaient les rigueurs.
> Sœur Rosalie, au sortir des matines,
> Plus d'une fois lui porta des pralines.

Sœur Rosalie, vous êtes charmante, et je voudrais bien être Vert-Vert; cependant si j'étais médecin du couvent, je vous prescrirais les pillules de Vallet, à cause de l'évident état chlorotique auquel le docteur a tort de ne pas remédier.

N° 723. — *Le Sommeil de Titania*, par M. Gariot. — « Je connais un terrain où croît le thym sauvage, où la violette se balance auprès de la primevère, et qu'ombragent le suave chèvrefeuille, de douces roses parfumées et le bel églantier. Là dort Titania à certaines heures de la nuit; là, lorsque les danses et le plaisir l'ont lassée, elle s'assoupit sur les fleurs. » (Shakspeare, le *Songe d'une nuit d'été.*) Je défie toutes les Titania du monde de dormir plus de dix minutes dans cette position pénible, même sur des fleurs.

N° 1090. — *Saint-Domnole, évêque du Mans au cinquième siècle, guérit un jeune boiteux*, par M. Jules Laure. — Assurément il n'a fallu rien moins qu'un miracle pour guérir cette ankylose, et Saint-Domnole, que je n'avais pas l'honneur de connaître, doit être un bien grand saint pour l'avoir opéré.

Voilà, à peu près, tout ce que j'ai rencontré de médical au Salon; je ne crois pas être trop sorti de mon domaine dans ce succinct récit de mon excursion: les nouvelles sont rares, plus rares les événements, permettez donc au *feuilleton*, quand tout lui fait défaut, de quitter quelquefois l'étroite route où les convenances et la spécialité de ce journal le forcent à marcher. Jean RAIMOND.

Comme nous l'avons annoncé, Ibrahim-Pacha a été visiter, vendredi dernier, l'Ecole de médecine et le Val-de-Grâce. Il était accompagné de plusieurs membres de sa famille, de M. le docteur Lallemand et de M. le colonel Thierry, aide-de-camp de M. le duc de Montpensier.

Il a été reçu à la Faculté par M. le doyen. C'est le musée d'anatomie comparée qui l'a le plus vivement frappé(1). Il l'a lentement parcouru, s'arrêtant souvent pour adresser des questions sur les objets qu'il avait sous les yeux. Il a été surtout émerveillé quand il a appris avec quelle rapidité le musée a été créé, et il a accueilli avec empressement la pensée que M. Orfila lui a suggérée d'en fonder un du même genre en Egypte. Il a promis à M. le doyen de lui envoyer des animaux, et lui a demandé une liste à cet effet. De la Faculté, Ibrahim a été conduit à l'Ecole pratique, où il a visité le musée Dupuytren, qui a fait aussi une vive impression sur lui.

Au Val-de-Grâce, le prince égyptien a été reçu par MM. les officiers de santé en chef et M. le directeur, qui l'attendaient à la porte de l'établissement.

La salle des conférences de MM. les professeurs avait été métamorphosée en une chambre orientale, grâce au mobilier algérien de M. Baudens, attention à laquelle Ibrahim s'est montré fort sensible. Il a trouvé des paroles très gracieuses pour le personnel de santé que lui a présenté M. Baudens, en ce moment président par quartier, et il a admiré l'ordre parfait qui règne dans l'établissement. A la manière dont il s'est exprimé, on peut espérer que les malades des armées égyptiennes se ressentiront de cette visite. Après s'être reposé et avoir fumé *seul*, aucune personne de sa suite, y compris ses propres fils, ne pouvant se permettre de fumer en sa présence, il a pris congé de MM. les officiers de santé, en leur témoignant qu'il confond dans une égale estime et une égale admiration le soldat qui affronte les maux de la guerre et le médecin qui les répare en s'y exposant lui-même.

(1) Puisque nous avons l'occasion de parler du Musée, réparons une erreur involontaire. M. Boulard, qu'on nous avait dit avoir travaillé sous la direction d'un autre anatomiste, est très capable de se diriger lui-même, et n'a été effectivement dirigé par personne dans les préparations qu'il a faites pour le Musée.

temps que la cessation des symptômes d'étranglement, sont des signes certains et incontestables de la nature de la lésion qui existait. Mais, nous l'avons dit plus haut, ces faits ne sont pas fréquents, et, dans la majorité des cas, les abcès se forment avec trop de lenteur, affectent une marche trop subaiguë pour qu'il puisse rester le moindre doute, et pour que l'on puisse confondre les accidents qu'ils déterminent avec ceux d'un étranglement interne.

Il est en général assez facile de distinguer l'occlusion des autres affections des intestins. Cependant, il est quelques maladies qui pourraient jusqu'à un certain point la simuler. En première ligne se trouve la hernie étranglée, et à cet égard une réflexion. Il est des cas où la portion d'intestin qui s'étrangle à l'anneau inguinal ou à l'anneau crural est tellement peu considérable qu'elle échappe aux recherches les plus minutieuses, et cependant, malgré cette petitesse, elle peut devenir la cause de tous les symptômes d'un étranglement, simuler une occlusion interne; dans ce cas, ce n'est pas un étranglement interne qui simule une hernie étranglée, c'est une hernie méconnue qui simule un étranglement interne. Ceci est plus commun chez les sujets très gras que chez les individus maigres.

Nous avons eu à la salle Saint-Lazare, il y a quelques années, une femme qui présentait tous les signes d'un étranglement interne. Nous fîmes avec l'attention la plus scrupuleuse l'examen des régions inguinales et crurales; quelques douleurs ressenties par la malade dans la fosse iliaque droite avaient attiré notre attention sur ces parties. Nous ne pûmes rien constater d'anormal. Les signes d'étranglement persistèrent, les symptômes allèrent en s'aggravant, la femme succomba au bout de quelques jours; à l'autopsie on trouva dans l'anneau inguinal droit une petite tumeur de la grosseur d'une petite noix à peine; c'était une tumeur herniaire formée par l'intestin grêle, et complétement étranglée. Il y avait bien au-dessus du point où existait cette tumeur trois ou quatre centimètres de graisse, et cette épaisseur de la paroi abdominale explique facilement l'erreur que nous avions commise, et rend compte de l'impossibilité du diagnostic. Il y a donc des cas dans lesquels il est possible, et malgré les efforts les plus scrupuleux, de confondre la hernie avec l'étranglement interne. Peut-être dans quelques cas, et lorsque des accidents d'étranglement se rencontrent chez des sujets très gras, qui ne présentent du reste aucune disposition à laquelle on puisse rapporter ces accidents, serait-il indiqué de pratiquer avec les plus grandes précautions une incision des téguments et du tissu cellulaire graisseux pour s'assurer s'il n'existe pas, comme dans le fait que nous venons de vous rapporter, étranglement d'une portion de l'intestin dans l'une des arcades inguinales ou crurales.

La péritonite est une des affections qui pourraient être le plus facilement confondues avec l'occlusion intestinale. Le plus souvent, quand il y a occlusion interne, on trouve à l'autopsie, des signes non équivoques de péritonite. La plupart des observateurs ont cru pendant longtemps que cette péritonite était primitive, c'est une erreur; elle n'est le plus ordinairement, et dans le cas actuel en particulier, que consécutive.

Une fois en garde contre ce fait, on s'aperçoit que l'étranglement présente des caractères particuliers que ne présente pas la péritonite. Dans la péritonite, il peut y avoir un peu de météorisme intestinal; mais ordinairement il n'est pas très fort, surtout chez les sujets qui sont fortement musclés; dans la péritonite puerpérale, ce météorisme est beaucoup plus facilement appréciable à cause de la flaccidité des parois de l'abdomen. Mais dans les cas ordinaires, loin de pouvoir être considéré comme phénomène commun, il est au contraire très rare.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des différentes espèces de tumeurs cancéreuses du sein. Des caractères de celles qu'on ne doit pas opérer.

Il est entré ces jours derniers à la Charité, une femme, marchande de vin, âgée de cinquante-huit ans, qui porte une tumeur au sein dont la nature nous fournira le sujet de quelques réflexions au point de vue de l'opération et des variétés de ces tumeurs qui la contre-indiquent.

Le sein de cette malade présente une masse bosselée, mobile et déjà ulcérée en un point; elle offre les caractères tranchés du tissu encéphaloïde à l'état cru, et paraît devoir être très facile à enlever. Cependant, c'est là une de ces maladies auxquelles on ne doit point toucher, par la raison qu'en examinant toute la mamelle, on rencontre de petites bosselures, comme en chapelet, jusque même sur le bord du grand pectoral; de plus, le mamelon, lui aussi, est affecté; enfin, c'est une affection cancéreuse disséminée, une de celles que nous ne voulons plus opérer, et qui sont pour nous de véritables *noli me tangere*.

Pour appuyer l'assertion que nous émettons ici, nous avons besoin d'entrer dans quelques explications. Ce n'est pas que nous voulions dire qu'à la suite de l'opération la plaie ne puisse se cicatriser et la malade guérir de l'opération elle-même; mais nous avons acquis aujourd'hui la désolante conviction que cette sorte de cancer récidivait infailliblement, et c'est une de ces espèces à placer à côté de ce que nous appelons le squirrhe ligneux, tubéreux, qui est aussi très commun, et qui toujours est suivi de récidive après l'opération.

Il y a, selon nous, bon nombre de tumeurs cancéreuses qu'on ne doit pas enlever chez les femmes, et c'est là une question excessivement délicate, parce que, en général, ces tumeurs, ou beaucoup d'entre elles au moins, peuvent, à la rigueur, être emportées par l'instrument; mais, comme les différentes espèces ne sont pas suffisamment connues de tous les praticiens, on propose souvent l'ablation de tumeurs qu'on devrait se garder d'opérer, tant est sûre la récidive.

Depuis Bayle et Laënnec, on a admis des différences entre les divers cancers; mais il s'en faut que tout le monde s'accorde sur ces différences. Pour quelques-uns, les tumeurs fibreuses mêmes, peuvent devenir cancéreuses; nous pensons, quant à nous, que c'est là une erreur; mais d'ailleurs, en enlevant ces sortes de tumeurs, elles ne repoussent pas. Parmi les espèces que l'on voit amener la récidive, toutes ne repullulent pas avec la même ténacité; voilà un point qu'il importe beaucoup de bien connaître; ainsi, toutes peuvent, à la rigueur, récidiver, sans doute, mais il en est quelques-unes pour lesquelles cette récidive est douteuse; il en est d'autres où elle est certaine. Ce sont celles de cette dernière classe que nous avons pris depuis longtemps déjà le parti de ne plus opérer.

Dans cette espèce, par exemple, où l'on voit la peau se racornir, se rétracter avec induration, rétraction du mamelon, où tous les téguments semblent être tirés en dedans; dans la variété ligneuse, où les parties dures, en plaques, ressemblent à de l'écorce; dans celle où la maladie débute, non par un point, mais par un grand nombre à la fois; quand cela commence par un tubercule dans la peau, on est sûr alors qu'il y en a plusieurs dans le sein; c'est, pour ainsi dire, comme une sorte de semis; dans tous ces cas, il n'est pas douteux que la récidive ne survienne.

Pour cette dernière variété, du reste, il n'est pas difficile de comprendre que la maladie reparaisse après l'opération. Il est évident que la vue, le toucher ne doivent pas pouvoir faire découvrir tous les petits grains cancéreux disséminés dans la mamelle; au-dessous du volume de ceux que les sens perçoivent, il en est d'autres que leur petitesse dérobe aux recherches: ce sont autant de germes qui ramèneront le mal après l'ablation. En vain, l'on fera tous ses efforts pour n'en point laisser, toujours il y en aura quelques-uns qui échapperont et seront la cause de la récidive. Il est important d'être prévenu de ces faits, pour ne pas se laisser aller à une opération facile, mais dont le résultat inutile ne saurait être douteux.

Parmi les espèces différentes de tumeurs cancéreuses du sein, il en est, comme nous l'avons dit, quelques-unes qui, plus que d'autres, exposent à la récidive. En première ligne, parmi celles qui repoussent toujours, il faut donc placer d'abord la forme disséminée et ligneuse. Quant à la nature des tumeurs toujours au point de vue de la récidive, on peut les ranger de la manière suivante:

Le cancer mélanique est rare au sein; ou bien il existe en même temps dans quelque autre partie du corps; néanmoins, s'il ne se présente qu'une seule tumeur de cette nature à la mamelle, il faut en faire l'ablation; car cette espèce ne repousse pas toujours.

Le cancer colloïde est à peu près dans le même cas; lorsqu'il n'existe qu'une seule tumeur, on peut opérer; la récidive n'est pas constante.

Le squirrhe proprement dit, permet aussi l'opération, et guérit quelquefois, excepté dans les cas où il est rameux, c'est-à-dire quand il envoie des racines dans différentes directions, d'où son nom de cancer, cancre; car alors il est rare que la maladie ne repullule pas. On conçoit qu'en effet, dans cette dernière espèce, le mal n'ayant pas de limites tranchées, il est impossible de savoir au juste jusqu'où il est nécessaire d'enlever pour être sûr de n'en laisser aucune portion.

L'encéphaloïde est encore une mauvaise espèce, parce que le plus ordinairement la tumeur du sein n'est pas la seule, et il en existe d'autres de même nature dans quelque point de l'économie, et même dans plusieurs parties à la fois. Si la masse encéphaloïde de la mamelle est seule, qu'il n'en existe d'apparente dans aucune autre région du corps, on peut tenter l'opération, il y a quelques chances de succès; nous avons guéri une quinzaine de ces tumeurs sur le nombre de celles que nous avons enlevées; enfin, nous voulons dire que dans les circonstances que nous supposons, l'opération peut être pratiquée, parce qu'elle a quelques probabilités de réussite. Mais, si l'on y réfléchit, on sentira promptement combien, malgré l'absence apparente de tumeurs encéphaloïdes ailleurs que dans la mamelle, combien, disons-nous, l'erreur est facile. Il ne sera évidemment jamais possible d'affirmer d'une manière positive qu'aucun organe ne renferme quelque petite tumeur de même nature, et que son peu de volume empêche d'apercevoir, et qui ne se trahit par aucun signe extérieur, ni par aucun symptôme. Ainsi, quelques-unes de ces tumeurs peuvent exister et existent assez fréquemment dans les viscères, et nous demandons comment, dans le principe, parvenir à les constater; il est clair que cela est impossible; cependant, si l'on opère alors, la maladie revient.

Il y a même à ce sujet des faits extrêmement curieux. Par exemple, on opère un malade; il meurt quinze jours après l'opération, et l'on trouve dans les poumons, dans le foie, une quantité de petites tumeurs encéphaloïdes. Nous nous rappelons un homme qui portait une tumeur encéphaloïde à la lèvre; nous en pratiquâmes l'ablation; le sujet était robuste, vigoureux, se portant bien d'ailleurs, dans des conditions excellentes, en apparence au moins. Cet homme meurt quatre jours seulement après l'opération, et l'on rencontre, à l'autopsie, des milliers de petites tumeurs encéphaloïdes dans le foie. Voilà un fait extrêmement singulier. Admettra-t-on, en effet, que cette immense quantité de petites tumeurs cancéreuses ne s'est développée que depuis l'opération; mais celle-ci datait seulement de quatre jours. Croira-t-on plutôt qu'elles existaient simultanément avec celle de la lèvre? Mais comment concilier la santé parfaite de cet homme avec la présence, dans le foie, d'une si grande quantité de petits cancers? C'est une question évidemment insoluble dans l'état actuel de nos connaissances; question par cela même qu'il est curieux de chercher à élucider.

On le voit, les tumeurs cancéreuses en général, et celles de la mamelle en particulier, demandent absolument à être classées, à être distinguées les unes des autres, et tant que cette classification n'aura pas été parfaitement établie et ne sera pas tout à fait la même pour tous les praticiens, il ne sera guère possible de s'entendre.

Quant à la malade qui fait le sujet de ces réflexions, nous ne lui pratiquerons pas l'opération malgré la possibilité évidente de le faire, parce qu'il n'est pas douteux un instant, pour nous, qu'elle serait suivie de la récidive de la maladie.

De la tuberculisation du testicule et de l'hydrocèle traitées par l'injection iodée. De la résolution tardive de la tumeur après l'emploi de l'iode dans l'hydrocèle simple.

Un malade s'est présenté à la Charité avec une affection tuberculeuse du testicule à gauche et une hydrocèle; il a été traité par l'injection iodée comme si l'hydrocèle eût été simple: il a guéri. Semblable chose est survenue à droite; nous avons le projet de nous en tenir au même traitement.

Nous possédons déjà une douzaine de faits semblables qui nous prouvent que quand l'hydrocèle existe avec un testicule tuberculeux, l'injection iodée suffit quelquefois. On ne nous fera pas dire, nous l'espérons, qu'on guérit toutes les tuberculisations du testicule par l'injection iodée; nous avançons seulement que l'iode, dans ces cas, est d'une utilité incontestable, et ceci est un résultat en opposition avec certaines idées. Ainsi, quand on regarde l'hydrocèle qui survient avec un testicule tuberculeux comme une des conséquences de la tuberculisation, il semble singulier qu'en s'attaquant à l'effet on se trouve combattre assez efficacement la cause; c'est ce que les faits démontrent pourtant.

A propos des injections iodées employées pour la cure radicale de l'hydrocèle, nous avons besoin de publier quelques considérations qui nous ont frappé. Nous avons remarqué que certaines personnes ne retiraient pas de ce moyen tous les bons effets que nous en obtenons nous-même uniquement par un défaut de patience, nous sommes d'autant plus disposé à signaler cette observation que nous sommes nous-même tombé dans cette faute. Aujourd'hui, l'expérience nous a appris à nous défier de trop de précipitation.

Ainsi, il est généralement vrai que l'hydrocèle opérée par la ponction et par l'injection iodée, disparaît complétement après le quinzième ou le vingtième jour; mais il arrive quelquefois d'abord que la tumeur diminue, puis qu'elle augmente, reste stationnaire pendant un certain temps, et finit enfin par disparaître tout à fait.

C'est à cause de ces alternatives longues quelquefois que certains chirurgiens ont cru à des récidives, à une époque où la tumeur ne pouvait pas encore être dissipée. Ainsi, quand on voit M. Fricke, par exemple, refaire l'opération au bout de quatorze jours, on comprend, quand on sait de quelle manière se comporte l'hydrocèle après l'injection iodée, qu'il était impossible que la résolution se fût opérée à une époque aussi peu avancée après l'opération. Du reste, nous le disions il n'y a qu'un instant, nous y avons été pris nous-même; nous avons réopéré un malade au bout de vingt-sept jours, et aujourd'hui nous avons la conviction que cette seconde opération était inutile, et que le malade eût fini par guérir. Voici comment nous avons acquis cette conviction. Un autre malade, à peu près dans les mêmes conditions que le précédent, devait être soumis de nouveau à l'opération; il fut forcé d'entreprendre un petit voyage, ce qui la fit reculer: il revint guéri. Ce résultat devait rendre plus patient pour l'avenir.

Nous avons observé cette année un fait très concluant, et qui est venu fortifier encore les idées que nous émettons ici. Un monsieur demeurant du côté de la barrière Fontainebleau portait une hydrocèle extrêmement volumineuse, de la grosseur de la tête à peu près. La tumeur avait été froissée; il en était résulté un épanchement de sang, une infiltration dans le scrotum. La ponction fut néanmoins pratiquée; il sortit une grande quantité de sérosité sanguinolente; il y avait près de la verge un caillot sanguin qui persista, bien entendu; l'injection fut faite, le malade ne se plaignit pas; la tumeur ne tarda pas à reprendre son volume primitif, mais sans signes d'inflammation bien marqués. Le médecin ordinaire et le malade commencèrent à désespérer de la guérison; il est vrai que trois semaines s'étaient écoulées sans apporter de diminution dans le volume de la tumeur. Au bout de quelque temps on parla de l'opérer; mais averti par l'expérience, nous conseillâmes d'attendre, parce que nous avions remarqué que la tumeur semblait un peu diminuer. Nous perdîmes ce malade de vue quelque temps; enfin nous le revîmes au bout de plusieurs mois, il était guéri complétement.

Ce sont vraiment des remarques importantes que celles-là; car on serait conduit infailliblement à croire à des récidives qui n'existeraient en définitive que parce qu'on ne saurait pas attendre. Il faut se hâter d'ajouter d'ailleurs que ces faits là ne sont que l'exception, et que généralement en quinze ou vingt jours la résolution est faite.

De l'ascite blennorrhagique et des caractères qui la peuvent faire aisément reconnaître.

Au n° 27 est un gros garçon, lymphatique, qui est entré à l'hôpital pour un mal de genou. Cette maladie a de l'intérêt parce qu'on peut à sa physionomie seule reconnaître son origine, et formuler un diagnostic exact sans interroger le malade.

La maladie a commencé depuis trois à quatre jours; il y a évidemment une collection; le genou présente plusieurs bosselures très saillantes, principalement au-dessus et sur les côtés; il n'y a pas de réaction fébrile; il faut tenir grand

compte de ce fait. De plus, ce malade est affecté de blennorrhagie.

Tous ces caractères ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une hydarthrose blennorrhagique, telle d'ailleurs que nous l'avons décrite dans le *Dictionnaire de Médecine*.

Le plus ordinairement la maladie s'empare du genou ; cependant on l'observe quelquefois ailleurs. Il faut remarquer qu'il y a dans l'arthrite blennorrhagique de la douleur, du gonflement, mais pas de rougeur aux téguments; en général aussi la douleur est modérée. Ces signes suffisent pour la différencier des affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Ainsi l'épanchement, à la suite de violences extérieures, est éclairé par la violence même; dans le rhumatisme articulaire, l'épanchement n'arrive pas si vite à un volume considérable; il y a des symptômes généraux; la maladie parcourt les articulations. Ici, au contraire, il existe à peine de l'inflammation; le gonflement est considérable; il y a de la tension; des bosselures; le malade est affecté d'un écoulement blennorrhagique depuis un mois à peu près; ces symptômes indiquent la nature de l'hydarthrose.

Ce diagnostic a, comme on le pense, une influence considérable sur le pronostic et aussi sur le traitement. C'est évidemment chez ces malades une disposition générale qui amène ces sortes d'affections : cependant le pronostic est moins grave que celui du rhumatisme articulaire; mais il l'est un peu plus que celui des arthropathies par violences extérieures.

La thérapeutique, elle aussi, est influencée par le diagnostic. Contre cette maladie, les sangsues, les ventouses scarifiées, les frictions résolutives peuvent être employées sans aucun doute; mais on se trouve bien surtout de l'usage des balsamiques, qui activent la résolution de l'épanchement.

En associant à cette médication l'emploi de quelques bains, on guérit ordinairement le malade en quinze ou vingt jours.

PAJOT.

REVUE GÉNÉRALE.

Cas de spina-bifida guéri par l'opération. — Le spina-bifida est une affection qui ne guérit jamais par les seuls efforts de la nature, et pour laquelle on a tenté des opérations rarement, il faut le dire, suivies de succès. Le docteur Latil de Thimécourt, de Trévoux, a obtenu un heureux résultat du mode opératoire employé dans le fait suivant et qu'il a publié dans la *Gazette médicale*.

Jean-Marie Chaillon, né à Belleville (Rhône), le 1er novembre 1844, est présenté à l'auteur vers le milieu de janvier suivant, portant à la région lombo-sacrée, au point de la réunion de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Elle tenait à la colonne vertébrale par un pédicule de 52 millimètres de hauteur, recouvert par de la peau et du tissu cellulaire. En enfonçant le doigt sur ce pédicule, on pénétrait dans une espèce d'hiatus borné des deux côtés par une crête ossense; mais, pendant ces explorations, l'enfant poussait des cris violents, était pris de mouvements comme convulsifs et d'accès de suffocation. La peau se terminait insensiblement sur les parois de la tumeur et vers sa base; le reste était constitué par une membrane mince, transparente, analogue au tissu de la vessie; la poche était remplie d'un liquide transparent, d'une couleur légèrement citrine, et elle était tellement distendue qu'elle paraissait sur le point de se rompre.

Voici l'opération que l'auteur tenta après avoir prévenu la mère du peu de chance de succès qu'il y avait à en attendre.

Vu la difficulté de se procurer d'autres instruments, M. Latil fit confectionner par un tourneur deux petites baguettes en bois très dur d'un diamètre d'environ 3 millimètres et d'une longueur de 10 centimètres; chacune de ces baguettes était percée à ses deux extrémités de trois trous placés à égale distance, en regard les uns des autres, de manière à permettre le passage d'un lien.

La tumeur fut comprise entre ces deux baguettes, serrées d'abord jusqu'au simple contact; puis elle fut évacuée à l'aide d'un trocart. Pendant que le liquide s'écoulait, on cherchait à refouler par des pressions délicates les portions nerveuses qui auraient pu être flottantes dans le liquide; et à mesure que cette manœuvre s'exécutait, les baguettes étaient rapprochées jusqu'au contact le plus parfait des membranes séreuses à la base du pédicule. Une fois la compression exercée aussi fortement que possible sur le point de communication entre la cavité de la colonne verlébrale et celle de la tumeur, celle-ci fut ouverte d'un coup de bistouri et laissée vide, flétrie, en dehors de cette espèce de ligature.

L'auteur pense que cette ligature en long a l'avantage sur celle en rond d'éviter les plissements et les froissements. Ce genre de déligation est l'imilation presque exacte, sauf l'application, d'un procédé pour la castration des animaux domestiques, encore en usage dans plusieurs pays, ct qui se pralique au moyen de deux petits bâtons disposés à peu près de la même manière.

Ainsi, dans l'opération de M. Latil, les baguettes se trouvaient immédiatement appliquées contre la colonne vertébrale dont elles fermaient l'hiatus. La base de la tumeur devint bientôt livide, et l'enfant, qui n'avait pas paru souffrir beaucoup pendant l'opération, passa le resle de la journée sans accidents; il prit le sein comme à l'ordinaire.

Le 22 janvier, l'enfant avail paisiblement dormi; la tumeur était devenue noire et avait presque repris son volume primitif par l'augmentation du liquide qu'elle renfermait. Elle fut incisée dans toute sa longueur, et séparée en deux lambeaux, qui furent renversés chacun sur la baguetle correspondanle, et la constriction fut encore augmentée à la base de la tumeur.

Le 24, les parois de la tumeur sont entièrement mortifiées.

Le 25, les lambeaux gangrenés de la poche sont relégués au niveau même des baguettes, dont la constriction est encore augmentée.

Le 27, l'enfant cst très bien. On se décide à enlever les baguettes avec précaution; mais à peine sont-elles écartées légèrement, qu'un jet de liquide s'échappe avec force du centre même du pédicule et vient frapper l'opérateur à la figure. Aussitôt les baguetles sont rapprochées, et de nouveaux liens maintiennent la constriction la plus exacte.

Le 1er février, l'enfant continue d'aller bien; les baguettes ne tiennent plus que par le pédicule membraneux, reste des parois internes de la tumeur. Le pédicule est saisi par précaution dans une anse de fil, et coupé au-dessous d'un coup de ciseaux pour détacher les baguettes et les parties gangrenées qu'elles contiennent dans leur intervalle. Il reste alors une plaie oblongue, assez étendue et d'un aspect satisfaisant. La ligature tombe le 5 février.

Le 12 février, l'enfant est dans un état de santé parfait. La plaie est réduite à la dimension d'une pièce de 1 franc. Les excrétions alvines et urinaires se font, depuis quelques jours, avec une parfaite régularilé et sans douleur; tandis qu'avant l'opération, chaque fois que l'enfant voulait aller à la selle ou uriner, il ne cessait de crier pendant quelques instants. Une des jambes, qui était paralysée avant l'opération, commence à exécuter quelques mouvements incomplets.

Au bout de six mois de guérison, cet enfant a été présenté à la Société médicale d'émulation de Lyon. L'enfant, âgé alors de plus de neuf mois, avait le développement des enfants de cet âge. Au-dessous de la cicatrice, à peine apparente, on pouvail sentir une dépression qui ne permettait cependant pas de pénétrer bien profondément, le doigt se trouvant arrêlé par une consistance comme cartilagineuse, due probablement à un commencement d'ossification de l'hiatus vertébral. Les membres pelviens étaient à peu près de même force et de même volume l'un et l'autre; seulement, on pouvail sentir que les chairs étaient plus molles et plus flasques au membre gauche, lequel avait été paralysé avant l'opération, et présentait encore un pied bot-varus-équin. Toutefois, le renversement pouvail être redressé sans trop d'efforts : ce qui n'était pas, à beaucoup près, aussi facile avant l'opération.

CERCLE MÉDICAL DE FRANCE.

L'intérêt de la science, la dignité de l'art, et surtout le resserrement des liens de confraternité, tel est le triple but vers lequel les vœux sont unanimes. Animés de semblables sentiments, et convaincus qu'il suffit de vouloir pour que ces vœux cessent d'être stériles, un grand nombre de médecins se sont assemblés, et n'ont point voulu se séparer sans nommer une commission chargée de réaliser leurs désirs. Quelques mois se sont à peine écoulés, et déjà l'œuvre marche; elle se réalise, elle est presque réalisée.

Le projet de règlement rédigé par les commissaires peut se résumer dans les propositions suivantes :

Il sera formé à Paris un Cercle qui portera le nom de *Cercle médical de France*, et qui se composera essentiellement de médecins; cependant, et par exception, les personnes qui se sont distinguées dans les sciences ayant quelque rapport à la médecine pourront en faire partie. Le Cercle, placé au centre de Paris, réunira tous les avantages qui se rencontrent dans les Cercles en général; il contiendra en outre une bibliothèque scientifique, toutes les feuilles que publie la presse médicale et une salle de conférences. La cotisation annuelle a été fixée à un prix si modique que le moins favorisé de la fortune ne saurait en être écarté. En outre, le Cercle médical voulant former un même corps non pas seulement des médecins de Paris, mais des praticiens de toute la France, ces derniers, moyennant le quart de la cotisation annuelle, jouiront des mêmes droils que leurs confrères parisiens. Enfin, être médecin français ou étranger autorisé à exercer en France et jouir d'une réputation intacte, tels sont les seuls titres que le Cercle demande aux membres de la grande famille.

Près de deux cents médecins, parmi lesquels on compte des académiciens, des professeurs de la Faculté de Paris, y compris M. le doyen et des praticiens éminents, se sont empressés de souscrire.

Après de tels résultats que ne doit-on pas attendre d'une publicité qui les portera à la connaissance du corps médical? Il est impossible que l'appel ne soit pas compris. Le monde, d'ailleurs, n'est déjà plus étranger à ce qui se passe : son bon sens l'avertit qu'il ne saurait être séparé des questions où il y a intérêt pour la science et pour les médecins. Encore quelques jours, encore quelques efforts, et le but est atteint.

NOTA. Les inscriptions d'adhésion seront reçues au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds, après la constitution du Cercle.

NOUVELLES.

M. Serres, membre de l'Institut, est nommé commandeur de la Légion-d'Honneur

— MM. les docteurs H. Combes (de Toulouse), Hœfer, Legrand, Lenoir, Michon, Oliffe sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— M. Duchesne-Duparc ouvrira, le mardi 12 mai 1846, à son Dispensaire dermatologique de la rue du Paon-Saint-André, n° 8 (près l'Ecole de médecine), *son Cours pratique annuel sur les maladies de la peau*: à dix heures, consultation et examen des malades; à onze heures, leçon orale : tout est public et gratuit. — Un second Cours *théorique* sur les maladies de la peau sera fait prochainement par le même professeur : les personnes qui désireraient le suivre, sont priées de s'inscrire, d'ici au 15 mai, à la clinique de la rue du Paon, 8, librairie Audot; il leur sera délivré des cartes d'entrée personnelle.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 56. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU.— M. ROSTAN.

Phlegmons de la fosse iliaque.

(Suite du numéro du 25 avril.)

Causes. — Les causes des abcès de la fosse iliaque sont le plus souvent assez obscures, si l'on s'en rapporte à l'examen attentif des faits, et si l'on ne cède pas aux idées préconçues. Nous avons dit précédemment que l'on regarde généralement les abcès de la fosse iliaque droite comme plus fréquents que ceux de la fosse iliaque gauche. Cette plus grande fréquence paraît, en effet, être constante si l'on examine les observations que l'on possède de phlegmons de ce genre. Mais nous avons dit aussi que peut-être n'est-ce là, jusqu'à un certain point, qu'un effet du hasard, et que l'on doit attendre encore avant de se prononcer d'une manière définitive. Les auteurs qui se sont occupés de travaux sur le sujet qui nous occupe, semblent rapporter cette fréquence plus grande à droite, à la disposition qu'affecte dans ce point le tube digestif. C'est, en effet, dans cet endroit que les matières alimentaires, obligées de circuler contre les lois de la pesanteur, s'accumulent en plus grande quantité. La diversité des lésions du cœcum devient aussi quelquefois une cause efficiente de phlegmasie pour le tissu cellulaire ambiant.

Lorsque les abcès se développent dans le cours de l'état puerpéral, quelques auteurs ont pensé qu'on les observait plus souvent à gauche. Nous pensons avoir, jusqu'à présent, rencontré à peu près également ces abcès du côté droit et du côté gauche chez les femmes. Les phlegmons iliaques sont plus communs chez la femme, pendant l'état puerpéral, que dans toute autre circonstance. Si, dans les maisons et les hôpitaux consacrés aux accouchements, ces phlegmons ont paru assez rares, c'est que les femmes quittent habituellement ces établissements quelques jours après leur accouchement, et que ce n'est quelquefois que dix, douze, quinze jours après qu'ils se développent.

D'après un observateur, les primipares seraient plus souvent affectées d'engorgement de la fosse iliaque, que celles qui ont eu plusieurs enfants. Bien que l'on ignore entièrement l'influence que peut exercer la longueur du travail, il est à présumer qu'un accouchement long et pénible doit prédisposer à la maladie, et c'est peut-être pour cela que les primipares en sont plus fréquemment atteintes.

Les phlegmons iliaques ne s'observent pas à tous les âges. C'est principalement entre vingt et trente ans qu'ils se produisent. Les saisons ne semblent pas avoir d'influence bien appréciable, non plus que les professions. Les perforations du cœcum et de son appendice arrivant spontanément ou par gangrène, résultant quelquefois de la présence de corps étrangers ou de matières fécales endurcies, déterminent assez souvent des abcès phlegmoneux et gangréneux assez semblables à ceux que l'on observe à la marge de l'anus, et qui sont ordinairement consécutifs à une crevasse de l'intestin, crevasse par laquelle les matières fécales s'infiltrent dans le tissu cellulaire voisin.

Lorsque la perforation du cœcum se fait dans un point où l'intestin est dépourvu de péritoine, les matières fécales s'épanchent librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, qui s'enflamme, suppure et se sphacèle. Mais si l'altération occupe la paroi antérieure du cœcum ou l'appendice vermiforme, il en résulte le plus souvent une péritonite suraiguë mortelle dans un très court espace de temps. Nous ne dirons rien de l'influence que peuvent avoir sur leur formation les maladies de l'utérus, rien ne prouvant d'une manière bien évidente que les phlegmons iliaques se développent plutôt chez les femmes affectées de maladies de l'utérus.

Des causes traumatiques peuvent déterminer la formation d'abcès iliaques. Une balle logée dans le flanc, une arête de poisson, un fragment d'os, peuvent amener le même résultat. Enfin, nous ne devions pas oublier de citer les contusions, les plaies, les efforts violents.

D'après M. Grisolle, auquel nous avons dit que l'on devait un très bon travail sur les phlegmons iliaques, tout en admettant comme possible la transmission de l'inflammation des tissus voisins au tissu cellulaire de la fosse iliaque, il n'est pas encore démontré que le phlegmon soit quelquefois la suite de l'entérite aiguë ou chronique.

Traitement. — Le traitement des abcès de la fosse iliaque varie suivant l'époque de la maladie à laquelle on est appelé; il n'est pas le même au début ou lorsque l'affection a déjà parcouru un certain nombre de ses périodes.

Tous les auteurs sont à peu près d'accord pour conseiller l'usage des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques quelle que soit la cause qui les ait déterminés. Les uns préconisent les saignées générales abondantes et faites à peu d'intervalle les unes des autres; les autres préfèrent les émissions sanguines locales, les sangsues, les ventouses scarifiées sur le point même qui est le siége du mal; la plupart combinent ces deux méthodes, les saignées générales et les saignées locales; c'est dans la première période de la maladie, tout à fait au début, que l'on met en usage ce traitement abortif, surtout chez les sujets qui sont forts et robustes.

D'après les observations que possède actuellement la science, il est assez difficile de se prononcer sur la valeur réelle et exacte du traitement par les émissions sanguines dans les cas de phlegmons iliaques. Cependant, nous allons revenir sur ce sujet et tâcher de vous présenter en quelques mots notre opinion sur ce mode de traitement.

Après les émissions sanguines, viennent les résolutifs, les vésicatoires, l'onguent mercuriel, etc. Toutes les fois que dans une partie quelconque du corps il existe un phlegmon, un engorgement inflammatoire, il faut avant tout et d'abord chercher à en provoquer la résolution. C'est un précepte général de thérapeutique, et, dans tous les cas, la résolution est la terminaison la plus favorable que l'on puisse espérer. Mais nous devons dire aussi que c'est la terminaison la plus difficile à obtenir, surtout pour les phlegmons consécutifs aux couches, et développés sous l'influence de l'état puerpéral.

Dans cet accord presque unanime des praticiens en faveur des émissions sanguines, il nous est cependant survenu quelques doutes relativement à l'opportunité et aux bons effets du traitement antiphlogistique opposé aux phlegmons iliaques.

L'an dernier, nous eûmes dans nos salles de l'Hôtel-Dieu deux malades affectés de phlegmons de la fosse iliaque. Nous les combattîmes par des émissions sanguines répétées et aussi abondantes que le permettaient les circonstances individuelles de constitution, l'intensité de la maladie, etc. Rien ne put empêcher la suppuration de venir aussi abondante qu'elle n'eût été sans l'emploi de cette thérapeutique antiphlogistique. Mais un grave inconvénient, c'est qu'affaiblis par les émissions sanguines nos malades n'eurent plus la force de supporter cette suppuration, et succombèrent en peu de temps. L'une de nos malades était couchée au numéro 14; elle présenta ceci d'extrêmement remarquable, c'est que le pus sortit par plusieurs voies différentes, et en excessivement grande quantité.

Des faits cités par M. Grisolle, il résulte évidemment que dans beaucoup de circonstances les saignées soit générales, soit locales ont une action très bornée sur la marche et sur la terminaison des phlegmons iliaques. Cet auteur pense que lorsque la maladie se montre avec une certaine intensité, on ne peut guère espérer la résolution de l'engorgement, quelle que soit l'énergie avec laquelle on emploie les émissions sanguines; il établit comme règle générale que la résolution sera une terminaison fort rare du phlegmon iliaque lorsque l'on en commencera le traitement après le cinquième ou le sixième jour à dater de l'apparition des premiers symptômes. Il dit avoir remarqué que les saignées générales n'ont guère eu d'influence que sur l'état fébrile qu'elles ont fait diminuer ou cesser; mais elles ont peu modifié l'état local, tandis que les sangsues calmaient la douleur, diminuaient la tension de la tumeur, et, dans presque un quart des cas, amenèrent un grand soulagement dès la première application: ces effets n'étaient pas obtenus avec la phlébotomie. En résumé, pour M. Grisolle, les émissions sanguines générales et locales sont utiles dans le traitement des phlegmons iliaques; car, bien qu'elles aient rarement pour effet de produire la résolution de l'engorgement, elles le circonscrivent néanmoins et en rendent la suppuration moins abondante et moins prolongée. Mais pour que les saignées soient avantageuses, il est nécessaire qu'elles soient pratiquées avant le sixième jour.

L'expérience des faits observés par nous n'a pas confirmé pleinement ces résultats. Nous nous sommes demandé, après avoir traité bon nombre de phlegmons de la fosse iliaque, si c'était un service à rendre aux malades que de chercher à prévenir la suppuration; s'il ne serait pas plus avantageux de chercher à obtenir la suppuration le plus tôt possible, sans chercher à l'entraver. S'il nous arrivait maintenant un abcès de cette espèce à traiter, nous ne savons point si nous

FEUILLETON.

DES EFFETS TOXIQUES DE LA BELLADONE, A PROPOS DE SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE;

PAR A. LEGRAND, MÉDECIN.

Le jeune X... rentra chez lui le 23 juin 1845 après avoir ressenti, chez un ami où il était venu pour dîner, un frisson de peu de durée, et avoir éprouvé une légère syncope. Déjà depuis deux ou trois jours il avait quelque difficulté à avaler, et il souffrait de l'articulation du coude droit. Ces deux symptômes s'étaient considérablement exaspérés depuis le matin; et au moment où X... prit le lit, il avait de l'altération et de la fièvre.

Il faut dire que le jeune malade est âgé de vingt et un ans, qu'il est fortement constitué, d'un tempérament sanguin, et qu'il venait d'avoir une blennorrhagie qui avait cédé à un traitement par les pilules de Belloste et les capsules de copahu.

Un jeune médecin, ami du malade, lui fit immédiatement une saignée du bras qui ne fournit que très peu de sang, et parce qu'elle ne fut point heureusement faite, et parce qu'il survint presque immédiatement une syncope. Il pratiqua dans le courant de la même soirée des frictions sur l'amygdale droite avec son doigt chargé d'alun calciné réduit en poudre impalpable.

Le 24 au matin, le médecin de la famille, homme de la plus grande distinction, et qui avait été prévenu, trouva l'amygdalite en voie d'amélioration, mais le rhumatisme plutôt augmenté que diminué. L'articulation malade était tuméfiée, rouge, très sensible au toucher, et le moindre mouvement y excitait une douleur poignante. Il proposa l'extrait de belladone en pilules donné par doses réfractées, jusqu'à ce qu'il se manifestât du délire. Cette médication, dont ce praticien prétendit avoir eu occasion d'apprécier les bons effets, fut accueillie par le premier médecin, qui, ne l'ayant jamais expérimentée, en ignorait la valeur, et qui de plus n'aurait pas cru pouvoir faire autrement que de soumettre son jugement à celui d'un médecin occupant à juste titre une position élevée dans la science. En conséquence, il prescrivit des pilules d'extrait de belladone de 5 centigrammes chacune à prendre d'heure en heure. On permit au malade une tisane de son choix, ce fut de l'eau froide, et on recommanda la diète la plus absolue.

Du 24, neuf heures du matin, au 25, deux heures de la nuit, X... prit dix-huit des pilules prescrites, et dès ce moment, qui fut celui où il se manifesta un délire doux avec des hallucinations agréables sans perte de la connaissance, on suspendit presque l'emploi de l'extrait, et il n'en fut plus donné que trois pilules, une à huit heures du matin, l'autre deux heures après, et la dernière à midi. A cette dernière époque, le malade avait donc pris un gramme cinq centigrammes d'extrait de belladone dans un délai de quinze heures. Je dois dire que ces trois dernières pilules ne furent données que sur le conseil du médecin qui avait indiqué cette médication, et que, ayant revu le malade, il avait bien recommandé qu'on soutînt l'effet produit en continuant le médicament, mais à doses plus éloignées.

Le délire avait continué avec des hallucinations érotiques; mais vers midi, alors qu'on administrait la dernière pilule, il devint tel qu'on arrachait difficilement le malade à ses préoccupations, et qu'il commença à se manifester une agitation extrême. Vers deux heures, X... fut pris successivement de deux accès de fureur: dans le premier, il méconnut une parente qui lui avait servi de mère, et de la meilleure des mères, et pour laquelle il avait toujours manifesté le plus tendre respect. L'œil enflammé, le regard fixe et menaçant, il lui enjoignit de se retirer si elle ne voulait pas qu'il lui arrivât malheur; et quand, se soumettant à une injonction si effrayante et si formelle, elle se fut cachée, X... se mit à fureter partout pour trouver une cassette qui renfermait des millions en or et dont il prétendait avoir la clef entre les mains. Quand il parut fatigué d'une recherche inutile, la même personne obtint de lui qu'il se remît au lit, où il resta assez calme pendant une demi-heure environ. Mais bientôt après il fut repris d'une nouvelle crise plus violente encore que la première, et dans laquelle sa fureur fut dirigée contre son ami le plus intime, à la tête duquel il lança une chaise qui était près de son lit. Cet ami réussit à le dompter en le saisissant à bras le corps et en comprenant dans sa puissante étreinte l'articulation malade; la vive douleur qu'il en éprouva fit revenir X... à lui, et on put le coucher de nouveau. Ces crises si violentes, si effrayantes à voir, si compromettantes, il faut bien le dire, pour la sûreté des personnes qui entouraient le malade, débutaient toujours par un sentiment de constriction dans le larynx, de resserrement dans la poitrine, par quelques inspirations bruyantes; puis l'œil devenait fixe, s'allumait, et la crise commençait pour suivre toutes ses phases.

Le père de X..., qui n'a pas quitté son fils d'un instant et auquel nous sommes redevable de tous ces détails d'un si haut intérêt, parvint à conjurer une de ces crises, mais elle prit alors une forme nouvelle, bien plus effrayante que les précédentes. Voyant son fils en proie à cette angine de poitrine qui était le prodrome de la crise de violence, l'infortuné père s'efforce de calmer son fils par quelques caresses, par de douces paroles, par de paternelles admonestations, afin de le maintenir dans le sentiment du devoir; il se passa alors une scène d'une autre nature, non moins terrible, quoique plus pathétique. Le jeune X... sans doute s'efforça de lutter par la volonté contre les effets du poison, qui pouvaient l'entraîner à manquer de respect à son père; mais le poison, pour modifier ses effets, n'en agit pas moins, et avec une nouvelle puissance. On vit X... tout à coup se roidir; la respiration se suspendre, la figure pâlir et s'altérer; les yeux se voiler et se convulser; le nez s'effiler; la circulation se ralentir; le pouls s'affaiblir; puis enfin il cessa de battre. Le pauvre père, qui était là, qui assistait à ce triste tableau; le pauvre père, qui avait assez de connaissance pour apprécier la valeur des effrayants symptômes qui se déroulaient sous ses yeux, crut son fils mort, un fils unique; car le choléra lui en avait pris un. Cependant X... revint à la vie, et il a déclaré depuis que dans cette forme de crise, qui ne s'est pas renouvelée, il avait conservé la conscience de son existence, et qu'il avait bien continué de se rendre compte de ce qui se passait autour de lui, sans qu'il lui fût, du reste, possible de donner quelque manifestation qui rassurât son père et les amis qui l'entouraient.

On ne pouvait plus douter de l'existence d'un empoisonnement par la belladone, et on ne dut plus songer qu'à le combattre afin d'ob-

ne laisserions pas de préférence marcher la maladie. En effet, la suppuration est la terminaison presque inévitable de l'affection. Or, nous vous faisons part de nos doutes ; pour nous, le traitement antiphlogistique est presque inutile, ne fait presque jamais résoudre la tumeur. Une fois que le pus est formé, si le malade est affaibli par d'abondantes déperditions sanguines, n'est-il pas évident qu'il tombera facilement dans le marasme, et qu'une terminaison funeste sera plus à redouter que si l'on a conservé à l'individu des forces suffisantes pour résister à l'affaiblissement considérable qui sera nécessairement la suite de la suppuration?

Si, malgré les moyens employés pour prévenir la formation de l'abcès, la maladie marche, la tumeur profonde peut s'ouvrir dans le rectum, la vessie, le vagin, la matrice. Dance pensait qu'il ne fallait point chercher à attirer l'abcès au dehors et à l'ouvrir, mais qu'il était préférable d'attendre l'évacuation de la matière purulente par l'intestin, et de rester spectateur de la scène qui va se passer. Cette pratique était fondée sur l'opinion qu'avait Dance, que l'ouverture de l'abcès dans l'intestin rectum était une terminaison favorable.

M. Grisolle ne partage point cette opinion. Rappelant les nombreux accidents qui peuvent résulter d'une accumulation plus ou moins considérable de pus au milieu d'un tissu cellulaire lâche comme est celui de la fosse iliaque, il croit qu'il serait imprudent de rester inactif dans des circonstances pareilles ; sous ce rapport il partage l'avis des chirurgiens du dernier siècle, qui, du moment où ils soupçonnaient la présence du pus, étaient vivement préoccupés jusqu'à ce qu'ils eussent évacué ce produit morbide. La crainte de voir séjourner le pus dans le ventre leur faisait souvent pratiquer des incisions avant qu'ils eussent une certitude tout à fait complète du siége et de la profondeur de la collection purulente. Si quelquefois le succès a couronné leur hardiesse, leur précipitation a dû être souvent la source de nombreux accidents. M. Grisolle pense que l'on ne doit faire l'incision qu'après s'être bien assuré qu'il y a fluctuation, et lorsque l'on saura si le foyer adhère à la paroi abdominale, afin de prévenir tout épanchement dans la cavité du péritoine. Pour céla, on recherchera si la paroi du ventre glisse encore au-devant de l'abcès, ou si, au contraire, elle fait corps avec lui ; enfin, l'empâtement et surtout l'œdème sont pour M. Grisolle des phénomènes qui devront encore engager à pratiquer l'incision.

Quant à la manière dont cette ouverture devra être faite, si l'abcès est très superficiel, on pourra plonger le bistouri tout d'un coup jusque dans le foyer. Mais pour peu qu'il soit profond, dans la crainte que, dans le point qu'on va inciser le foyer n'adhère pas aux parois abdominales, on devra prudemment, dit M. Grisolle, inciser couche par couche, avec les mêmes précautions que pour la hernie. Enfin, le foyer une fois ouvert, on favorisera l'écoulement du pus par la position déclive de la plaie, par des pansements répétés même plusieurs fois par jour, par des injections émollientes poussées doucement dans la plaie ; on soutiendra les forces par une alimentation convenable, et souvent aussi à l'aide de quelques toniques ; on empêchera que l'ouverture se ferme prématurément ; on combattra avec énergie l'inflammation du foyer, si elle venait à se déclarer ; enfin, dans les derniers temps, une compression méthodique sera avantageuse pour provoquer l'écoulement du pus et favoriser la cicatrisation.

Nous pensons, pour notre part, qu'il y a témérité à aller chercher l'abcès lorsqu'il est situé profondément. Dans les cas de cette nature, et bien que l'on soit positivement certain de la présence d'une collection purulente, nous pensons que l'on ne doit point chercher à l'ouvrir. Nous nous bornons à prescrire au malade des boissons émollientes, une diète sévère ; ainsi, dans les commencements de la maladie, des cataplasmes émollients ; des frictions avec l'onguent napolitain, et enfin plus tard l'incision, mais seulement lorsque l'abcès sera tellement évident, saillant, appréciable au toucher, que le moindre doute ne sera plus permis.

Ainsi donc, pour nous résumer en quelques mots, dans le plus grand nombre des cas la terminaison se fait par suppuration ; la terminaison par résolution est possible, mais elle est extrêmement rare. De ces résolutions, nous avons vu quelques exemples ; nous avons vu disparaître des tumeurs fluctuantes et renfermant évidemment du pus, sans savoir par où avait passé le pus. Nous avons observé un exemple, des plus remarquables, d'abcès de la fosse iliaque chez une personne qui avait succombé à une affection étrangère à celle-là. Nous trouvâmes quelques vestiges de pus dans le bassin. Dans ce cas, nous croyons que l'abcès qui avait été considérable et fort étendue, et qui ne s'était ouvert dans aucune des cavités naturelles formées par les organes du bassin, nous croyons que le pus avait été en grande partie résorbé.

Dans quelques cas, fort rares croyons-nous, on a vu la suppuration se faire jour, non pas seulement dans les organes que nous avons indiqués, la vessie, le rectum, le vagin, la matrice, mais dans la veine cave. Ceci est extrêmement grave, et constitue un accident inévitablement mortel. On a vu s'ouvrir un abcès de la fosse iliaque dans la cavité cotyloïde ; mais pour qu'un accident de cette nature se produise, il est de toute nécessité que l'os soit profondément altéré dans sa texture ; c'est le plus ordinairement soit à l'extérieur par la peau de l'abdomen, soit par le rectum ; on a vu l'abcès s'ouvrir au-dessous du ligament de Fallope ; probablement dans ce dernier cas, il s'était formé au-dessous de l'aponévrose. Chez la femme dont nous vous avons parlé plus haut, et qui était couchée au n° 14 de la salle Saint-Antoine, nous avons rencontré des abcès au-dessous de l'os des iles.

Il arrive assez souvent que le pus se fraie un passage par le vagin ; de tous les modes d'évacuation du pus, celui-là devrait être un des plus heureux, suivant Dance, parce que dans ce cas l'ouverture est toujours placée au-dessous du niveau du foyer. Cependant, sur six malades qui ont présenté ce mode de terminaison, il en est une qui a succombé. On compte quelques exemples, mais plus rares, de phlegmons iliaques qui se sont ouverts dans le corps même de la matrice. La femme du n° 14 rendait le pus par le vagin, par le rectum et par la vessie, indépendamment des ouvertures qui s'étaient faites à la peau de l'abdomen au-dessus de la crête de l'os des iles.

Si l'affaissement de l'abcès et des symptômes de péritonite suraiguë démontrent que le pus s'est épanché dans le péritoine, on ne pourrait guère compter sur les antiphlogistiques pour conjurer les accidents qui enlèvent si rapidement les malades. En pareil cas, M. Grisolle conseille d'employer l'opium à très haute dose ; méthode qui paraît avoir quelquefois été suivie de succès. On condamne alors le malade au repos le plus complet et le plus absolu ; on éviterait d'exercer sur le ventre aucune pression capable d'augmenter l'épanchement purulent. On prescrirait des pilules d'un grain d'opium que l'on donnerait d'heure en heure, et dont on suspendrait naturellement l'administration dès que des symptômes de narcotisme viendraient à se manifester.

Suivant le même auteur, les frictions mercurielles, dans les cas où le pus ne se fraie pas lui-même une issue au dehors, et lorsque placé trop profondément il ne peut être évacué par une incision, les frictions mercurielles ne semblent avoir aucune efficacité pour déterminer la résorption du pus réuni en foyer ; mais on pourra s'en servir avec avantage pour résoudre les indurations qui persistent quelquefois longtemps après la guérison des abcès.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 12 mai 1846. — Présidence de M. Roche.

La correspondance contient la lettre suivante, de M. Aubert-Roche :

Messieurs, en février 1841, j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie un mémoire sur les substances antelminthiques de l'Abyssinie, employées dans ce pays contre le tænia, dont les Abyssiniens sont généralement affectés. Ce travail, après un savant rapport de M. Mérat, a été inséré dans le IXe volume de vos Mémoires.

Parmi les substances que je signalais, je citais surtout le cousso, comme étant le plus généralement employé ; j'en fis usage sur moi-même. J'ai décrit la nature, le mode d'administration et les effets de cette substance. A l'appui de mes recherches, je ne pouvais fournir à l'Académie les moyens d'expérience. Aujourd'hui, vous pourrez vérifier les résultats que j'ai eu l'honneur de vous énoncer.

M. Rochet (d'Héricourt), qui est venu après nous en Abyssinie, se trouve de retour d'un second voyage. Il a rapporté une assez grande quantité de cousso. Je suis chargé par lui de présenter à l'Académie une certaine quantité de cette substance, afin que vous puissiez faire des expériences. M. Rochet vous offre aussi une grappe de fleurs entière et parfaitement conservée, pour être déposée dans la flore médicale de l'Académie.

— *M. Honoré* lit une note sur un cas de pellagre qui existe actuellement dans son service à l'Hôtel-Dieu.

Le bruit des conversations particulières nous empêche d'entendre un seul mot de cette communication.

M. Emery conteste que ce soit là un cas de pellagre. La dermatose des mains n'offre pas les caractères de cette maladie ; les symptômes généraux peuvent, avec plus de raison, être rapportés à un ramollissement du cerveau ou de la moelle.

MM. Emery et Rayer sont invités à aller voir cette malade.

— *M. C. Broussais* achève la lecture de la seconde partie de son travail. Cette seconde partie traite des maladies de l'Algérie.

On est plus fréquemment malade en Algérie qu'en France, puisque 50,000 hommes donnent, par an, 60,000 malades, le même homme entrant plusieurs fois à l'hôpital. Les maladies sont aussi plus meurtrières, puisque l'armée perd, en Afrique, 8 1/2 pour cent, tandis qu'elle ne perd que 2 1/2 dans l'intérieur. Mais la morbilité et la mortalité ont notablement diminué depuis l'occupation, puisqu'en 1843, le nombre des malades est déjà au-dessous de l'effectif, et que la mortalité est tombée à 6 pour 100. Sous ces deux rapports, l'avantage est à l'Algérie sur les colonies anglaises, où le nombre des malades est le double de l'effectif des troupes, et où la mortalité est de 10 pour 100.

Février, mars et avril sont les mois où il y a le moins de malades. Juin est le signal du retour de la saison dite épidémique ; mais en juillet, le nombre des malades s'accroît tout à coup, au point qu'il est le double de ce qu'il était en juin : c'est en août qu'il atteint son maximum ; il décroît ensuite jusqu'à la fin de l'année. Le nombre des morts suit à peu près la même progression, mais beaucoup moins rapidement. Il est encore très faible en juin, s'élève en juillet, plus encore en août, mais n'atteint son maximum qu'en octobre. Quant à la mortalité, elle est faible, non-seulement en juin et juillet, mais encore en août, et n'atteint son maximum qu'en décembre, parce qu'alors il n'entre que peu de malades, que tous ceux qui étaient légèrement atteints sont sortis, et qu'il ne reste que les plus profondément frappés. Aussi ce ne sont point les maladies aiguës ni les fièvres pernicieuses qui sont les plus meurtrières en Algérie, ce sont les affections chroniques.

Si l'on compare le nombre des affections endémo-épidémiques à celui des sporadiques, on trouve que ces dernières ne forment jamais plus de la moitié des maladies, et qu'elles n'en sont plus que le sixième lors de la saison des chaleurs.

Peu d'hommes échappent à l'influence climatérique. Sur 100 hommes qui entrent à l'hôpital, 6 seulement ont échappé à cette influence, et n'ont eu que des affections sporadiques ; 20 ont eu les fièvres, 20 la diarrhée ou la dysenterie, et 54 les fièvres et la diarrhée ou la dysenterie. La diarrhée est l'affection la plus commune ; très peu de personnes y échappent.

M. C. Broussais traite dans un même chapitre de la diarrhée et de la dysenterie, ces deux affections étant unies par d'étroits liens, étant déterminées par les mêmes causes, se manifestant aux mêmes époques de l'année, alternant dans leur cours et passant d'une forme à l'autre ; produisant les mêmes altérations dans les organes ; guérissant par des moyens analogues, et ne différant que par l'exhalation sanguine qui existe dans la dysenterie et manque dans la diarrhée. Le nombre de ces flux intestinaux, faible de janvier à mai, doubla tout à coup en juin, celui des fièvres restant le même, et continua à augmenter jusqu'en septembre, puis il commença à diminuer en octobre, et bientôt les colites aiguës furent remplacées par les chroniques. La chaleur suffit à elle seule, dit M. Broussais, pour déterminer la dysenterie et la diarrhée.

Après avoir mentionné les lésions graves des gros intestins, caractéristiques de la dysenterie, ce médecin indique le traitement qu'il a employé : ce sont les antiphlogistiques et les narcotiques ; et, dans quelques cas légers, les purgatifs. M. C. Broussais n'a perdu aucun diarrhéique ; et, sur 85 dysentériques, il n'a eu que 2 morts. Il n'en a pas été de même des colites chroniques, dont la mortalité a été très forte. C'est cette maladie qui est la véritable plaie de l'Algérie. Des analyses du sang n'ont fait découvrir aucune altération de ce fluide dans la dysenterie, si ce n'est une augmentation de la fibrine dans un certain nombre de cas.

Bien que la dysenterie soit évidemment pour M. C. Broussais une maladie inflammatoire, l'influence épidémique doit être scrupuleusement appréciée, car elle sera tantôt bénigne et tantôt maligne au suprême degré ; de sorte que, malgré le traitement le plus habilement dirigé, on éprouvera de nombreux revers à une époque, quand on aura eu les plus brillants succès à une autre par les mêmes moyens.

---

vier aux conséquences fatales qu'on était en droit de redouter encore. Un jeune chirurgien militaire fort distingué, ami du malade, et qui avait été un des témoins de la dernière crise, conseilla le café faible, ce qui fut immédiatement adopté et immédiatement mis en pratique ; et les bons effets qu'on en pouvait espérer ne se firent point attendre. A ce délire furieux, effrayant, succéda un délire calme, toujours loquace sans doute, toujours pleins de rêves d'une grande magnificence, mais auxquels on arrachait facilement le malade pour le ramener à la vie réelle. A deux ou trois reprises même, X... s'y arracha de lui-même pour lire les journaux du soir ; lecture dont sans doute il ne conservait pas le souvenir, mais qu'il paraissait cependant comprendre. Enfin tout permettait d'espérer la fin prochaine et heureuse d'un état qui avait inspiré à tout le monde un si juste effroi, quand la fatale obstination du médecin qui avait conseillé la belladone remit tout en question.

Revenu à quatre heures du soir auprès du malade, il désapprouva formellement tout ce qui avait été fait pour combattre les effets toxiques de la médication qu'il avait conseillée, et défendit l'usage du café, en même temps qu'il prescrivit de nouvelles doses d'extrait de belladonne ; la première partie de son ordonnance fut seule suivie, et, rappelé à onze heures du soir par la tante du malade, il put juger par lui-même des effrayantes conséquences de ses prescriptions. Depuis neuf heures, en effet, X... n'avait plus ce qu'on nomme habituellement le délire, il était fou, fou dans toute l'acception du mot, et par moments fou furieux, méconnaissant de nouveau l'autorité de son père, auquel il ne parlait qu'avec la plus grande dureté et en ne tenant aucun compte de ses observations, encore moins de ses admonestations qui l'irritaient au plus haut degré, et auxquelles il ne répondait que le regard enflammé par la colère et avec des paroles menaçantes. Ce fut surtout contre celui qui l'avait mis dans cet état que se manifesta toute sa fureur, alors que, ayant donné le conseil de lui faire mettre la camisole de force, il s'approcha de X... pour l'engager à être plus calme ; on vit aussitôt celui-ci, se redressant sur ses genoux, brandir de sa main gauche une demi-bouteille vide qu'il avait soustraite, malgré la surveillance exercée sur lui, et menacer d'en briser la tête de son malencontreux médecin.

Toute la nuit se passa dans cet état, sans que le sommeil vînt apporter un instant de répit à cette terrible agitation. Le pauvre père, qui était là soignant son fils, qui pour un instant l'avait cru mort, eut l'angoisse non moins pénible peut-être de le croire à jamais privé de sa raison. Comment aurait-il pu se défendre d'une semblable pensée, en entendant son fils parler d'une voix calme, quoique brève et avec un ton de profonde conviction, des trésors qu'il avait gagnés, du luxe qu'il allait développer autour de lui, quand il le vit se dépouiller de sa chemise et vouloir rester dans l'état de nudité le plus complet, quand il s'entendit accuser du vol imaginaire de sommes d'argent imaginaires aussi, et que son fils cherchait partout avec une triste et colérique obstination, voulant les trouver là où elles n'auraient su être quand elles auraient existé, prétendant qu'elles avaient été emportées par des issues impossibles?

Ce ne fut que vers huit heures du matin, vingt-quatre heures au moins après la prise de sa dernière pilule, que X... eut la conscience de son état, et il faut lui rendre cette justice, qu'il comprit immédiatement ce qu'il avait de mieux à faire pour s'arracher à un si pénible état. Il voulut s'habiller, et, grâce à une volonté qui luttait contre les effets du poison qui l'avait dominé jusqu'alors et qui menaçait à tous moments de le dominer encore, il y réussit, malgré son bras *aussi malade qu'avant* qu'il ne prît de la belladone. Puis il voulut sortir, aller prendre l'air, s'arracher par la vue des objets extérieurs à la folie dont il sentait encore les étreintes : « Laisse-moi faire, disait-il à son père, si tu ne veux pas que je devienne tout à fait fou ! ». On ne tarda point à le voir dans la rue, pâle comme un mort, vacillant comme un homme ivre, se diriger vers un café voisin, où il prit un potage ; puis, plus tard, il alla déjeuner chez cette même parente, où il mangea abondamment, et, après ce repas substantiel, il prit une forte tasse de bon café. Il fit ensuite, avec le bras de sa tante, une longue promenade de plusieurs heures, pendant la durée de laquelle il ne discontinua point un instant de parler. Il dîna aussi abondamment et aussi substantiellement qu'il avait déjeuné, prit encore du café et vint se coucher. Sauf une heure de rêvasseries et d'agitations verbeuses, le sommeil fut bon et réparateur, et, le lendemain, il ne restait de tous ces effets toxiques que cette grande loquacité, qui persista encore près de deux jours. Quant au rhumatisme, il ne parut avoir été modifié en rien et céda à l'action du temps aidée de l'application de corps chauds autour de l'articulation malade.

J'ignorais tout à fait la médication dont le fait que je viens de relater donne une idée suffisante et qu'on paraît devoir à M. le docteur Lebreton, qui cependant ne donne qu'un quart de grain de l'extrait stupéfiant d'heure en heure, mais aussi jusqu'à l'apparition du délire, ce qui a lieu ordinairement le deuxième jour ; mais alors il continue, quelle que soit la violence des accidents cérébraux, jusqu'à ce que la douleur et la tuméfaction soient entièrement dissipées. Quant à moi, après avoir entendu le récit que je me suis efforcé de reproduire le plus fidèlement possible, je n'ai point hésité à me ranger à l'opinion de MM. Pidoux et Trousseau (Traité de thérapeutique, t. I, p. 225), et je n'hésite pas à partager les craintes qu'ils expriment dans les termes suivants :

« Nous avouerons que sur la foi de ce praticien (M. le docteur Le-
» breton), nous avons tenté cette médication ; mais nous avons été
» sur-le-champ effrayé par le délire, et nous n'avons pas osé conti-
» nuer...., » etc.

Je dois dire maintenant qu'en relisant l'histoire de X..., je me suis demandé si on ne pouvait tirer aucun parti d'un médicament aussi héroïque ; je me suis demandé si, faisant une application de la méthode substitutive ; méthode qui n'est certes pas sans valeur, on ne pourrait point espérer retirer quelques bons effets de l'emploi de la belladone dans le traitement de la folie, alors que cette plante en fait développer si bien les symptômes? J'ai eu l'occasion de soumettre cette pensée au jeune chirurgien qui avait conseillé à X... le café faible, qui me paraît être le meilleur contre-poison de la belladone, et il m'a appris que son père, chirurgien en chef d'un de nos hôpitaux coloniaux, en avait essayé chez huit aliénés et qu'il avait été assez heureux pour voir une fois cette tentative couronnée d'un plein succès. Il serait bien à désirer que ces essais fussent renouvelés dans un de nos établissements d'aliénés, sous les yeux de quelque médecin sage et expérimenté.

A. Legrand, d.-m.

Passant à l'histoire des fièvres intermittentes et rémittentes, M. C. Broussais signale leur mode de manifestation. C'est sous l'influence des chaleurs que ces maladies deviennent épidémiques; et cependant au mois de juillet 1845 ces fièvres étaient encore en petit nombre; tout à coup il quadrupla en août, et atteignit son maximum en septembre.

Sur 396 fièvres intermittentes ordinaires que M. C. Broussais a eu à traiter, il n'y a point eu de mort, et la maladie a facilement cédé, soit au régime seul, soit aux lavements froids, soit au sulfate de quinine à dose modérée.

Point de mort non plus parmi les 111 fièvres rémittentes qui sont entrées dans son service, et dans le traitement desquelles il a fallu ajouter aux moyens précédents quelques autres moyens ayant pour but de combattre l'affection continue qui existe toujours, suivant M. C. Broussais. Ici ce médecin se livre à une discussion que nous ne pouvons suivre, et de laquelle il résulte que les fièvres pseudo-continues ne sont que des fièvres rémittentes, que par conséquent les fièvres de l'Afrique se réduisent à deux ordres : 1° les intermittentes, et 2° les rémittentes. M. C. Broussais trouve toujours dans ces dernières, dans celles qui ont le plus l'apparence de la continuité, des phénomènes continus d'un côté, et des phénomènes intermittents de l'autre.

Ce sujet le conduit aux fièvres pernicieuses, qui sont ou des fièvres intermittentes ou des fièvres rémittentes, dans lesquelles se montre, suivant l'assertion de Torti, un symptôme extraordinaire, féroce, menaçant de mort. M. C. Broussais en a eu 24 à traiter, et il en a perdu 3. Sur ces 24 : il y en avait 8 comateuses, 5 délirantes, 2 épileptiformes, et une délirante; total, 16 à forme cérébrale, et de plus 4 cardialgiques, 1 hémorrhagique, 1 algide, 1 pneumonique et 1 cholérique.

Le traitement des fièvres pernicieuses est le même que celui des fièvres rémittentes. Quand les saignées sont indiquées, il faut les pratiquer sans crainte; rarement est on forcé d'y revenir; mais aussitôt après, presque en même temps, il faut administrer le sulfate de quinine à la dose de 1, 2, 3 et quelquefois 4 grammes dans un jour. Les révulsifs extérieurs sont utiles, mais ne suffisent pas, et les antiphlogistiques, bien qu'ils fassent quelquefois passer le malade de la mort à la vie pour ainsi dire, n'empêchent pas le retour des accès. D'un autre côté le sulfate de quinine, quand il est employé seul, trouve souvent des fièvres rebelles; il faut donc associer ces deux ordres de moyens, et l'on obtient alors des résultats très avantageux.

M. C. Broussais passe ici en revue les engorgements de la rate et du foie et les hydropisies, dans lesquelles il a souvent trouvé les urines albumineuses; et la plessimétrie, pratiquée avec soin, lui a permis de suivre l'augmentation et la diminution des organes parenchymateux.

Suivant M. C. Broussais, la chaleur du climat de l'Algérie suffit pour déterminer la manifestation épidémique des fièvres intermittentes et rémittentes, bénignes et pernicieuses; seulement, les émanations marécageuses ajoutent incontestablement à cette cause une fâcheuse intensité. Ce médecin a vu un assez grand nombre de fièvres naître dans des lieux qui n'étaient nullement marécageux, par la seule influence de la saison chaude, sans aucun passage du chaud au froid.

Certainement, il existe des miasmes dans les localités marécageuses; mais ces miasmes ne modifient nullement la composition du sang, ainsi qu'un grand nombre d'analyses l'ont prouvé; et ce fluide ne s'altère qu'à la longue, par la répétition des accès qui finissent par amener une cachexie particulière.

M. C. Broussais termine son travail par quelques considérations sur la phthisie pulmonaire. Sur 930 malades, il n'a eu que huit cas de tubercules pulmonaires découverts pendant la vie, dont deux seulement sont devenus mortels, quatre autres ayant guéri complétement ou s'étant notablement améliorés, tandis que deux autres malades sont partis en convalescence laissant peu d'espoir de guérison. M. C. Broussais n'a trouvé que trois fois des tubercules pulmonaires chez des malades qui avaient succombé à d'autres affections. Il conclut de ces faits que la phthisie pulmonaire est rare en Algérie et que les tuberculeux y ont des chances heureuses de guérison. D'ailleurs, il a vu la phthisie se développer chez des hommes qui étaient en Afrique depuis plusieurs années et qui avaient même été atteints plusieurs fois de la fièvre.

La conclusion générale du travail de M. C. Broussais, c'est qu'il existe en Algérie des constitutions médicales qui sont engendrées par les constitutions saisonnières.

— *M. Belhomme* présente le cerveau de deux aliénés qui ont succombé après avoir présenté les phénomènes de la paralysie générale.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mai 1846. — Présidence de M. ÉLIE DE BEAUMONT.

Dans cette séance, on a proclamé les prix décernés et les sujets de prix proposés.

— *M. Arago* a prononcé la biographie de Gaspard Monge.

— *Rapport sur le prix relatif au développement du fœtus*, proposé en 1837 pour 1839, remis au concours pour 1843, et de nouveau pour 1846. (Commissaires : MM. Duméril, de Blainville, Flourens, Velpeau, et Serres, rapporteur.)

L'intérêt qui s'attache aux études de l'organogénie et de l'embryogénie comparée s'accroît d'année en année; plus on pénètre profondément dans les voies mises en œuvre par la nature pour développer les êtres organisés, plus on voit s'agrandir le cercle de leurs applications.

Afin de suivre ce mouvement de la science, et de la diriger vers une partie trop négligée, l'Académie avait remis au concours, pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1843, la question suivante :

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changements chimiques, physiques et organiques qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les batraciens.

» Les concurrents devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront, par des expériences directes, l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Un seul mémoire a été envoyé au concours, et l'auteur, au lieu d'envisager la question sous le point de vue expérimental, ainsi que le recommandait le programme, ne l'a considérée que d'une manière hypothétique. Il n'en a pas même effleuré la solution.

D'après cette circonstance, la Commission eût proposé à l'Académie de retirer la question du concours; mais des communications faites à l'Académie ont fait connaître que deux personnes s'en sont occupées d'une manière très sérieuse.

Le temps seul a manqué aux concurrents pour pouvoir déposer leur mémoire au terme prescrit par le programme. — D'après cette considération, la Commission propose à l'Académie de laisser encore la question au concours jusqu'au 1er avril 1846.

— *Annonce des prix décernés pour l'année* 1844. — *Sciences physiques.* — *Prix de physiologie expérimentale.* — *Rapport sur le prix de physiologie expérimentale pour l'année* 1844 (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Serres, Magendie, de Blainville, et Flourens, rapporteur).

La Commission n'a reçu aucun ouvrage de *physiologie expérimentale* proprement dite. En conséquence, elle a dû porter son attention sur les ouvrages qui lui ont paru se rapprocher le plus de cette science.

Or, entre les ouvrages adressés pour le prix de *physiologie expérimentale* de l'année 1844, il s'en est trouvé deux qui lui ont offert ou des vues de physiologie générale très importantes, ou des matériaux précieux pour l'embryologie animale. Le premier de ces deux ouvrages est de M. Agassiz, et se compose de deux parties, dont l'une est l'*histoire des poissons fossiles*, et l'autre l'*histoire des poissons d'eau douce de l'Europe centrale*.

La Commission accorde le prix de physiologie expérimentale à M. Agassiz, pour ses travaux sur les *poissons vivants* et sur les *poissons fossiles*.

Le second ouvrage pour lequel la Commission propose à l'Académie d'accorder aussi un prix est de M. Bischoff, et il a pour titre : *Histoire du développement de l'œuf et du fœtus du chien.*

Enfin, la Commission accorde une *mention honorable* aux observations par lesquelles M. Raciborski a étendu à l'espèce humaine le résultat des belles recherches de M. Pouchet (couronnées l'année dernière par l'Académie), concernant l'ovulation spontanée des mammifères.

— *Prix de médecine et de chirurgie.* — *Rapport des prix de médecine et de chirurgie pour l'année* 1844. (Commissaires : MM. Rayer, Serres, Roux, Magendie, Duméril, Velpeau, Andral, Pariset, et Milne-Edwards, rapporteur).

La Commission a terminé son rapport de la manière suivante :

En résumé donc, la Commission a jugé qu'aucun des travaux soumis à son examen ne contenait une découverte assez importante pour mériter un prix; mais elle a pensé que plusieurs étaient dignes de récompense ou d'encouragements, et, conformément aux décisions qu'elle a prises, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'accorder :

1° Une somme de 1,500 fr. à M. Amussat, comme *récompense*, pour ses expériences et ses observations sur les blessures des vaisseaux sanguins;

2° Une somme de 1,200 fr. à M. Bonnet, comme *récompense*, pour ses recherches sur les maladies des articulations;

3° Une somme de 600 fr. à MM. Alfred Becquerel et Rodier, comme *encouragement*, pour leurs travaux sur la composition du sang de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie;

4° Une somme de 500 fr., également à titre d'*encouragement*, à M. Réveillé-Parise, pour ses observations sur l'emploi des feuilles minces de plomb dans le pansement des plaies;

5° Une pareille somme, au même titre, à M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les luxations de la clavicule.

Enfin, la Commission propose aussi de décerner une *mention honorable* à M. Donné, pour ses travaux de microscopie appliqués à l'étude pathologique des liquides de l'économie, et d'accorder la même distinction à M. Clias pour ses méthodes de gymnastique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 avril 1846. — Présidence de M. FOUQUIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— La correspondance comprend : 1° une brochure de M. Brandies, docteur en médecine à Tours, intitulée : Mémoires et observations pour servir à l'étude de l'aliénation mentale. L'auteur adresse avec ce travail la demande du titre de membre correspondant. (M. Belhomme, rapporteur).

2° Une lettre imprimée de M. le docteur Chrestien, de Montpellier, relative aux eaux minérales du midi de la France, et dans laquelle il vante principalement les eaux de Balarue.

— *M. Pedelaborde* lit un rapport sur un Mémoire de M. Alex. Mayer, de Besançon, dont le titre est : Considérations sur le traitement de la blennorrhagie urétrale chez l'homme et sur le danger des remèdes secrets en usage contre cette maladie.

M. Mayer est partisan des injections caustiques par le nitrate d'argent à haute dose dans le traitement de la blennorrhagie urétrale, qu'il a dans la plus grande partie des cas il a vues suivies de succès; jamais il n'a observé, à la suite de ces injections, aucun de ces accidents dont on s'est plu à épouvanter les partisans de la méthode substitutive, soit orchites, bubons, cystites, ophthalmies blennorrhagiques, etc. Les douleurs causées par l'injection ont toujours cédé au bout de quelques heures, et cela sans nécessiter l'emploi de moyens actifs directs. M. Mayer admet que dans l'urétrite aiguë, ces injections, lorsqu'elles ne font pas avorter la maladie, l'abrégent au moins très notablement, et la simplifient au point qu'après elles, quelques nouvelles injections purement astringentes suffisent pour en faire justice.

A la fin de son travail, M. Mayer appelle l'attention sur une nouvelle méthode de traitement de la blennorrhagie, méthode qui consiste dans l'association des drastiques aux balsamiques et astringents; cette méthode a déjà donné quelques succès dans les mains de l'auteur. M. Pedelaborde propose d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments.

M. Foucart, à propos des réflexions de M. Mayer sur les injections à haute dose, dit avoir en tout maintenant trente-cinq cas, dans lesquels il a mis en usage cette méthode de traitement de la blennorrhagie; chez les dix-huit malades qu'il a observés depuis un an, date de son premier travail sur ce sujet, il n'a observé aucune espèce d'accidents, même les plus légers; chez la plupart d'entre eux l'écoulement a cessé complétement du troisième au cinquième jour; il est bien entendu qu'il a toujours employé concurremment avec les injections caustiques, les pilules de cubèbe, d'alun et de ratanhia. D'une expérience de près de trois ans maintenant, il résulte pour M. Foucard cette conviction que plus la blennorrhagie est rapprochée du début, plus elle est facile à arrêter; mais que cependant, à moins qu'il n'y ait des symptômes inflammatoires tellement graves qu'ils constituent une blennorrhagie phlegmoneuse, on peut employer ces injections à toutes les périodes de la maladie. Du reste, ces blennorrhagies inflammatoires très intenses sont assez rares pour que M. Foucart n'en ait encore depuis plusieurs années rencontré que deux cas.

M. Sorlin demande quelques explications sur cette assertion émise par le rapporteur d'après M. Mayer, que souvent les rétrécissements de l'urètre sont l'œuvre des charlatans. Boyer et son école rejetaient les injections comme étant la cause déterminante, suivant eux, des rétrécissements urétraux. L'observation journalière a démontré que leur formation était due plutôt à la persistance du travail inflammatoire.

M. Pedelaborde. L'auteur du Mémoire admet comme juste et comme véritable l'explication de la formation des rétrécissements par suite de la persistance de l'inflammation; les charlatans, dit-il, sont incontestablement les auteurs des rétrécissements en ne guérissant pas l'inflammation urétrale et la laissant au contraire devenir chronique.

M. Coursserant pense que l'auteur du travail a été trop loin en attribuant à la *goutte militaire*, blennorrhée chronique, l'influence fâcheuse qu'il lui accorde. Il a vu beaucoup de malades affectés de ce suintement habituel ne rien communiquer à leurs femmes. M. Ricord partage cette opinion, et pense qu'une fois arrivée à une certaine période la goutte militaire n'est plus contagieuse.

M. Guillon croit que la goutte militaire est presque toujours entretenue par une affection locale de l'urètre; elle peut durer pendant des années entières, et n'est jamais susceptible de déterminer de blennorrhagie.

M. Dancel. On appelle goutte militaire un suintement ordinairement conséquence d'une chaudepisse; c'est toujours une affection chronique; on dit qu'elle n'est pas contagieuse, cependant il est des cas où elle peut communiquer du mal, lorsque l'homme qui la porte fait des excès soit de boisson, soit de femme. Cet écoulement varie continuellement dans la quantité; lorsque, par une cause quelconque, il est augmenté, il peut causer une blennorrhagie; j'ai vu un fait de cette espèce chez un jeune homme qui, à la suite d'excès de tout genre, rendit une maîtresse malade, bien qu'il n'eût qu'une goutte militaire. Je dois dire de plus que deux injections de nitrate d'argent à haute dose le guérirent complétement. J'ai déjà eu l'occasion d'employer plusieurs fois ces injections à haute dose, et très souvent avec succès. Une condition qui me semble être favorable à la réussite de la médication, c'est que le sujet ne soit pas doué d'une sensibilité exagérée. Elles réussissent moins bien chez les individus très nerveux, d'un tempérament irritable; cependant, je dois dire encore que jamais je ne les ai vues suivies d'accidents véritablement sérieux. Les plus graves ont été quelques vomissements.

M. Guillon croit que c'est une erreur que d'attribuer la production d'une blennorrhagie à la goutte militaire. Un homme, dit-il, fait un excès de boisson, puis se livre au coït avec une femme d'une manière immodérée; l'un se trouve avoir, quelques jours après, une urétrite, l'autre une vaginite; cependant, ils n'avaient rien ni l'un ni l'autre auparavant. Ce n'est point à la goutte militaire, mais aux excès commis par les malades qu'il faut rapporter la production de la blennorrhagie dans les cas analogues à ceux dont a parlé M. Dancel.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Belhomme* lit un rapport sur un Mémoire de M. Bourdin relatif au suicide. Pour M. Bourdin, le suicide est toujours le résultat d'une monomanie; son travail est tout entier consacré au développement de cette thèse, à la réfutation des objections qu'on pourrait lui opposer, et à l'examen critique d'observations soit propres à l'auteur, soit tirées de l'histoire, à la discussion enfin des faits les plus célèbres de suicides anciens ou modernes.

M. Belhomme ne conclut pas aussi rigoureusement que M. Bourdin que tous les suicides sont des monomanes. Il croit que dans la majorité des cas de suicide la volonté n'est pas entière, et qu'il y a aliénation mentale; mais il y a des exceptions. Peut-on, ajoute M. Belhomme, regarder comme fou cet homme qui, arrêté en flagrant délit d'un crime, et conduit en prison, se donne la mort, soit avant, soit après le jugement; ne voit-on pas là un malheureux qui veut échapper à la honte, et préfère la mort à la peine qu'on veut lui infliger? En définitive, le suicide involontaire est la règle, et le suicide volontaire est l'exception. En résumé, les conclusions de M. Belhomme tendent à adresser à l'auteur des remercîments pour l'envoi de son mémoire, et au dépôt de son livre dans les Archives de la Société.

M. Fouquier, à propos des résultats auxquels est arrivé M. Bourdin, et de sa manière d'envisager la question, cite un fait singulier qu'il a eu occasion d'observer. Quelques personnes lui ont affirmé que lorsqu'elles s'élèvent sur une tour très haute, sur un rocher très élevé, elles avaient été prises, en regardant l'espace, d'un besoin irrésistible de se précipiter. Trois personnes lui ont fait cet aveu, qui lui a paru d'autant plus remarquable que généralement on a plutot de la tendance à s'éloigner de l'abîme qu'à s'en approcher. Cette propension que quelques individus lui ont avouée, a paru à M. Fouquier appartenir un peu à l'aliénation mentale; c'est une perversion du sentiment naturel qui porte l'homme, par l'instinct de sa conservation, à s'éloigner d'un endroit où il pourrait être précipité. Les personnes dont il vient d'être fait mention sembleraient, suivant une expression de Shakspeare, être attirées par l'abîme.

M. Masson, tout en pensant qu'il est certaines questions qu'il est prudent de ne pas soulever parce qu'elles touchent de trop près aux croyances religieuses, n'admet pas que le suicide soit toujours un acte de folie; il est quelquefois déterminé par des circonstances étrangères à l'individu, des revers de fortune, etc.

M. Dancel ne peut point admettre non plus qu'il y ait toujours monomanie dans le suicide. Il a souvent vu des cas dans lesquels l'individu qui s'était donné la mort s'était entouré de précautions et avaient agi avec un sang-froid prouvant évidemment que l'intelligence était parfaitement saine. De ce qu'un père et un fils se sont suicidés, cela ne prouve pas qu'il y ait maladie héréditaire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. L. Boyer* présente un nouvel instrument porte-fil, pour la section des polypes du col de la vessie.

Le secrétaire annuel, Dr A. FOUCART.

Bibliographie.

Formulaire thérapeutique et matière médicale concernant les maladies de l'enfance,

Suivis de préceptes relatifs à l'allaitement naturel et artificiel, au choix d'une nourrice, au sevrage, aux soins, à l'hygiène et à l'éducation physique et morale des enfants. Par A. BERTON, docteur en médecine, chirurgien-major, membre de la Légion-d'Honneur, etc., etc., et LEHUBY, pharmacien, à Paris.

Opportunité et utilité ... Telle devrait être l'épigraphe de cet ouvrage, certainement un des plus utiles, un des plus commodes et presque un des plus indispensables qui aient paru depuis longtemps. En l'ouvrant on trouve de suite, par ordre alphabétique, ce qu'il y a à faire dans un cas donné de maladie; toutes les indications, formules et prescriptions possibles : le tout bien classé, bien déduit, clairement exposé et de la manière la plus succincte..... On trouve également tous les renseignements désirables sur telle ou telle substance médicamenteuse que l'on veut employer, ou telle ou telle formule appropriée à telle maladie que l'on a à soigner, et enfin aussi tous les préceptes touchant les soins à donner au jeune enfant, ou concernant l'allaitement, le sevrage, l'hygiène, l'éducation physique et morale, etc. Tout cela est méthodiquement exposé dans divers chapitres spéciaux, et, nous le répétons, par ordre alphabétique; ce qu'il y a de plus commode au monde. En un mot ce livre, éminemment pratique, forme une sorte de *memento* pour l'homme de l'art, de guide et de garant pour la personne qui supplée et attend le médecin.

L'étude des maladies de l'enfance a été fort cultivée depuis quelquelques années, et des ouvrages remarquables ont été publiés sur cette partie spéciale de la médecine; mais il manquait une sorte de manuel ou guide pratique qui, en dehors de toute théorie spéculative, de toute discussion scientifique, indiquât de suite ce qu'il y avait à faire, *tout* ce qu'il y avait à faire près d'un enfant malade.

Nul autre mieux que M. le docteur Berton, qui s'est depuis longtemps livré à des recherches multipliées sur cette matière, et auquel on doit de nombreuses publications sur la pathologie de l'enfance, parmi lesquelles nous citerons un Traité complet des maladies concernant le jeune âge, ouvrage annoté par M. le docteur Baron et arrivé rapidement à sa deuxième édition, nul, disons-nous, n'était plus apte que ce médecin à remplir la lacune dont nous avons parlé.

Ajoutons qu'il l'a fait avec toute la conscience, l'exactitude et l'ap-

titude qu'on lui reconnaît. Il a donné pour ainsi dire un nouveau témoignage de sa loyauté scientifique en faisant remplir le chapitre particulier qui traite des substances médicamenteuses par un homme spécial, un jeune pharmacien déjà avantageusement connu pour son instruction et son mérite.

La forme portative de ce livre et son prix si peu élevé le mettent d'ailleurs à la portée de tous, et c'est avec la pleine conviction de son opportunité que nous le recommandons.

BERTRAND (Lepelletier-), D.-M.-P.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule d'un nouveau mastic pour les dents; par M. BERNOTH, pharmacien à Wavasdin.

M. Bernoth prescrit de préparer ce mastic de la manière suivante :

Mastic en larmes pulvérisé,	100 grammes;
Ether sulfurique,	40

Faire digérer pendant quelques jours S. A. ; puis passer au travers d'une toile et ajouter

Alun pulvérisé,	Q. S.

Mêler en épistant avec soin jusqu'à ce qu'on ait obtenu une masse plastique bien homogène qu'on divise dans des flacons de verre de la capacité de 8 grammes, en ayant la précaution de les tenir bien pleins.

Avant de remplir ces petits flacons, on doit verser dans chacun d'eux

Alcool camphré,	2 grammes;
Huile volatile de girofles,	1 goutte.

Les flacons doivent être bouchés le plus hermétiquement possible, et constamment déposés dans un lieu frais.

On introduit promptement ce mastic dans la cavité, préalablemens bien essuyée, des dents cariées, et il s'y durcit avec une grande rapidité.

Sur l'association du bichlorure de mercure à la pommade stibiée d'Autenrieth; par M. le docteur BERTINI, de Turin.

Cette association, proposée par Stanay, consiste à préparer la pommade stibiée d'après la formule suivante :

Axonge purifiée,	48 grammes.
Tartre stibié en poudre très fine,	8
Bichlorure de mercure,	30 centigr.

M. et F. S. A. une pommade d'une homogénéité parfaite.

M. Bertini a très souvent prescrit dans sa pratique l'emploi de la pommade d'Autenrieth ainsi additionnée, et il affirme qu'après la deuxième, on au plus après la troisième friction, il a constamment vu se développer des boutons nombreux, boutons qui ont aussi l'avantage de passer plus rapidement à la suppuration que ceux qui sont dus à l'action de la pommade émétisée simple. Du reste, ce médecin assure n'avoir jamais observé que l'addition du sel mercuriel ait donné lieu an ptyalisme, pas plus qu'à la formation d'eschares sur les téguments soumis aux frictions.

NOUVELLES

M. le professeur Paul Dubois est promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

MM. Grisolle, Lagasquie, Mandl et Rampon ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Le Conseil général des hôpitaux, dans sa séance du 30 avril dernier, vient d'autoriser M. le docteur P. Chencau à faire l'application de sa méthode de traitement contre l'épilepsie, sur les malades de l'hospice de Bicêtre atteints de cette affection.

— La Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine vient de compléter, ainsi qu'il suit, son conseil d'administration pour l'année 1846-47 :

Président, M. Flon; vice-président, M. Martin (Alexandre); secrétaire-général, chargé du placement des élèves, M. Louradour; secrétaire-adjoint, M. Buignet; trésorier, M. Vuaflart. Conseillers: MM. Blondeau, Dubuisson, Duroziez, Cadet-Gassicourt, Hottot, Boutigny. Commission permanente: Président, M. Hauduc; secrétaire, M. Cabadé; membres: MM. Lepère (Victor), Bissey, Abbadie, Labordette, Collas.

— M. Raspail comparaissait aujourd'hui devant le tribunal de police correctionnelle, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine. Les poursuites ont été, de l'aveu même de M. l'avocat du roi, provoquées par l'association des médecins de Paris. M. Raspail se présentait en personne ; il a demandé la remise de la cause pour préparer sa défense et assigner ses dénonciateurs. Le tribunal a consenti à sa remise à huitaine.

— Il n'y a pas que les propriétaires du bassin houiller de la Loire qui forment des coalitions dans leur intérêt particulier : le commerce des sangsues est aussi devenu un monopole. Trois spéculateurs, après s'être fait une guerre acharnée, se sont réunis pour acheter, à Strasbourg, toutes les sangsues qui arrivent en France. Ils ont leur dépôt rue Montmartre, 26, et réalisent des bénéfices considérables en rançonnant les pharmaciens et les malades. Le prix d'une sangsue, grâce au privilége que se sont arrogé les monopoleurs, est aujourd'hui de 40 centimes!

— M. Alexandre de Humboldt, que G. Schlegel a surnommé le circum-navigateur de la science, vient d'être nommé docteur en philosophie par l'Université d'Erlangen (Bavière). Cet illustre savant se trouve avoir maintenant *dix-neuf* chapeaux de docteur à sa disposition. Voilà une espèce de cumul qui n'est pas à la portée de tout le monde! (*Gaz. méd. belge.*)

— Le professeur Antoine Nanula, l'un des restaurateurs des sciences anatomiques en Italie, vient de mourir à Naples à l'âge de 66 ans. Il a été l'élève et l'ami de Scarpa. L'anatomie était tombée dans le plus complet abandon, lorsqu'il revint à Naples en 1809. C'est lui qui a fondé la belle collection d'anatomie pathologique de l'Université de cette ville. Chirurgien-inspecteur de l'hôpital des prisons, chirurgien de l'hôpital de Sainte-Marie, il acquit une grande célébrité comme professeur, et eut constamment un nombreux auditoire composé principalement d'étrangers. Il paraît que sa mort a été causée par l'excès de travail auquel il s'adonnait pour enrichir sans cesse son musée. C'était, à proprement parler, un anatomiste de laboratoire ; car on n'a de lui aucun ouvrage bien important.

— Il est question d'établir à Alger une succursale de l'hôtel royal des Invalides, dans le genre de celle qui existe déjà à Avignon, et d'y entretenir particulièrement les soldats invalides affectés de certaines maladies auxquelles le climat d'Alger est très favorable.

— Les professeurs de la Faculté de médecine de Copenhague sont mal rétribués, et, par suite, consacrent la plus grande partie de leur temps à la pratique médicale. Un projet de règlement, présenté au roi par le sénat académique, accorde une notable augmentation de traitement à tous les professeurs qui feront la promesse de ne plus se livrer à la pratique, et de s'occuper exclusivement de leur enseignement. Une pareille mesure prise en France trouverait certainement au profit de la science et de l'enseignement. (*Gaz. médico-chirurg.*)

— Il vient d'arriver à Macou, dans la Géorgie, une singulière aventure médicale. Le docteur Ambroise Bader, le plus vieux et le plus accrédité des médecins de cette ville, avait donné à un malade une prescription dans laquelle entrait de l'acide prussique; le pharmacien qui la prépara l'accompagna d'un bout de billet dans lequel il orut devoir dire que tout individu qui boirait cette prescription serait tué inévitablement. Le malade refusa d'avaler la drogue ; mais, en apprenant cela, le docteur traita le pharmacien d'ignorant, d'ignorantissime et, pour en donner la preuve, il avala lui-même la potion. Au bout d'une demi-heure, il était mort.

— Un musée d'anatomie pathologique vient d'être fondé dans l'hôpital de Norwich par la libéralité et les efforts de M. Dalrymple. Plus de 2,000 pièces y sont déjà réunies, ainsi qu'une collection de 579 calculs vésicaux, provenant des collections de A. Cooper, Grainger, Crosse, etc.

— Une maladie qui frappe en ce moment les animaux dans les provinces méridionales de la Russie, présente tous les symptômes du choléra. Les personnes qui ont observé la marche de ce fléau en 1830 et 1831, assurent que chez les animaux atteints de l'épidémie on retrouve les mêmes phénomènes que chez les individus frappés par le choléra à cette époque.

— Le nombre des étudiants en médecine qui fréquentaient l'année dernière les cours de l'université d'Athènes était de 74, celui des étudiants en pharmacie de 23. L'Université elle même fait d'année en année de notables progrès; toutefois, ses produits scientifiques nationaux sont en petit nombre, la plupart des ouvrages classiques sont des traductions des auteurs allemands.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

Le docteur Canstatt a présenté à une des dernières séances de la société de médecine d'Erlangen, un malade atteint de la maladie de Bright, avec une hydropisie tellement intense que tout espoir semblait perdu. La guérison a été promptement obtenue, d'après la méthode de Hausen, par l'administration d'un mélange d'acide et d'éther nitriques. Une amélioration notable a encore été provoquée à l'aide de l'acide nitrique dans un autre cas où l'on avait constaté au microscope la présence de petits cylindres fibrineux, découverts dans l'urine par Simon et Henle.

— Le docteur Meinhard, à Pétersbourg, s'il faut en croire un journal allemand, a fait l'autopsie d'une femme chez laquelle il n'a rencontré aucun vestige de la rate et des vaisseaux spléniques. Avis à ceux qui ont découvert les fonctions de cet organe.

— La plique polonaise paraît devoir rentrer dans le cadre des affections qui ont pour cause un produit végétal vivant par lui-même. Le professeur Walther, de Kiew, examinant au microscope la matière qui réunit les cheveux pliqués, y a reconnu la présence d'une infinité de petits corpuscules arrondis ou ovales, ayant au centre un ou deux noyaux qui semblent le germe de nouveaux corpuscules. Ces recherches confirment en grande partie celles de Günsbourg.

— M. A. Devergie ouvrira sa clinique sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 15 mai, à neuf heures, et la continuera les vendredis suivants. — La visite des malades aura lieu à huit heures.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 16 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 57. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr Fabre, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 15 MAI 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

A propos d'un exemple remarquable de péricardite qui s'est présenté dans son service, M. le professeur Rostan a tracé, dans un résumé essentiellement pratique, l'esquisse de l'histoire générale de cette affection.

Le traitement ne saurait être un objet d'hésitation; et sur ce point le professeur a peu insisté. Mais le diagnostic est difficile, particulièrement dans la première période. Souvent le sujet ne souffre pas; il ne se croit pas malade, et s'étonne d'être soumis à un traitement dont la nécessité ne frappe que le médecin. Aussi, peut-on affirmer qu'un grand nombre de péricardites guérissent sans avoir été reconnues. Nous avons parlé d'un cas d'adhérence générale du péricarde au cœur, résultat d'une péricardite à laquelle on ne pouvait rapporter pour unique symptôme qu'une douleur précordiale éprouvée longtemps auparavant. Dans ce cas, que nos lecteurs doivent se rappeler, et que nous avons emprunté au service de M. le professeur Champouillon, le sujet succomba à une énorme hypertrophie du cœur, liée, sans aucun doute, au moins en grande partie, à l'adhérence. Il y a donc ceci de très remarquable, que la péricardite elle-même, en tant qu'inflammation aiguë, guérit; mais que les adhérences qui en sont si fréquemment la suite gênent les mouvements du cœur et peuvent l'hypertrophier en le forçant à agir avec plus de force.

Voici, en abrégé, l'observation du malade de M. Rostan :

Un jeune homme de vingt-deux ans, robuste, avait depuis une quinzaine de jours une douleur à la région précordiale et à l'épaule gauche, et respirait difficilement en marchant. Il était venu à l'hôpital à pied. La région précordiale était mate dans une étendue de 14 centimètres en hauteur, sur 12 de largeur. Les bruits du cœur étaient sourds; le premier était masqué par le second; 128 pulsations régulières. Peau chaude et brûlante. Pas d'étouffement; pas d'œdème. On entendait la respiration partout. (Saignée de 500 gram.) Le lendemain, 1er mai, on constate : matité dans l'étendue de 13 centimètres sur 11; battements du cœur tumultueux et obscurs; 104 pulsations. (Nouvelle saignée de 500 gram.) Le 2 mai, mêmes symptômes. (Saignée de 400 gram.) Le soir de ce jour, les battements sont sensibles à la main. On entend un bruit de frottement distinct, couvrant les deux bruits, au-dessous de la troisième côte, près du sternum : il est constant lorsque, le malade étant couché, on appuie la tête un peu fort sur la poitrine; si l'on ausculte de manière à n'exercer aucune pression, on n'entend le frottement que toutes les sept ou huit pulsations. Dans l'attitude assise, le frottement est plus profond et moins rude. A trois ou quatre travers de doigt autour du point précité, il ne couvre plus complétement les deux bruits; plus loin, en se rapprochant de l'extrémité interne de la clavicule, on les distingue parfaitement, et l'on n'entend plus le frottement que de temps à autre. Les jours suivants, les symptômes diminuent insensiblement. Dans les derniers temps, on perçoit, après le bruit diastolique, qui est normal, un troisième bruit donnant lieu au bruit de rappel (*tic, tac-tac*). Ce troisième bruit est-il dû au frottement péricardique? Est-ce un souffle imputable à une endocardite concomitante?.. Le 9 mai, la santé est rétablie, et le malade mange les deux portions.

Voilà donc un cas dans lequel le malade n'a pas été arrêté par les accidents de la première période d'une péricardite. Ce n'est qu'au quinzième jour de la maladie, lorsque l'épanchement était considérable, qu'il est entré à l'hôpital, et il y a été à pied.

Pouvait-on supposer une affection ancienne du centre circulatoire? Non, certes, puisque le malade n'accusait ni palpitations, ni oppression antérieures, ni, en un mot, aucun symptôme qui pût donner le soupçon d'une affection semblable.

La maladie était donc aiguë, et alors à quoi pouvait-on rapporter une matité si étendue sinon à un épanchement, et à quoi attribuer cet épanchement sinon à une péricardite?

On a vu que le bruit de frottement ne s'est fait entendre que lorsque, sous l'influence des saignées, l'épanchement a eu diminué. Cela est tout simple : tant qu'il y a beaucoup de liquide entre le péricarde et le cœur, il ne peut y avoir de frottement entre l'un et l'autre ou le frottement est peu marqué, et le bruit par conséquent ne peut se produire. A mesure que l'épanchement diminue, deux choses arrivent. D'abord l'eau de la matière épanchée est résorbée, et les parties solides, les tractus albumino-fibrineux demeurent; ensuite, le cœur et le péricarde pariétal sont moins éloignés. De ces deux circonstances, il résulte que le frottement devient de plus en plus facile, et que, s'exerçant entre des surfaces recouvertes de fausses membranes, il est plus marqué.

— On se rappelle l'ingénieuse opération pratiquée par M. Blandin, sur un homme, pour l'extirpation d'une amygdale devenue cancéreuse après l'extirpation du voile palatin également cancéreux. Le cancer s'est étendu autour du siége de l'amygdale enlevée, et le malade, après avoir langui quelque temps, a succombé aux progrès de la cachexie cancéreuse. Ce cas a fait dire à M. Blandin que l'immense majorité des cancers sont opérés dans de mauvaises conditions, c'est-à-dire trop tard, lorsque l'économie est infectée. Reste à savoir si l'économie n'est pas infectée primitivement, c'est-à-dire si le cancer n'est pas une affection diathésique, comme le pensent beaucoup de médecins. M. Blandin a en ce moment dans ses salles un homme affecté de cancer du voile palatin, plus limité que ne l'était celui du premier sujet : il se dispose à l'opérer par la ligature.

— A l'occasion d'un cas de gangrène spontanée qui se trouve dans son service, M. A. Bérard a fait plusieurs leçons sur cette affection toujours symptomatique. La question thérapeutique est la seule que nous examinerons. Elle se formule ainsi : Faut-il, la gangrène étant limitée, laisser la nature opérer la séparation de la partie sphacélée ou bien faut-il amputer dans les parties saines? Il y a des arguments en faveur de l'une et de l'autre manière d'agir; mais, comme on le verra, il y a une raison péremptoire pour laisser faire la nature.

L'issue est plus prompte par l'amputation. La nature est plus lente, beaucoup plus lente que l'art : elle met quelquefois un temps très considérable pour opérer l'élimination d'une partie sphacélée : premier avantage de la chirurgie active.

En second lieu, la plaie qui résulte d'une amputation est bien mieux disposée pour la cicatrisation que la plaie irrégulière résultant de l'élimination d'une partie sphacélée, et la cicatrice de la première est, en général, autrement favorable à la prothèse que celle de la seconde.

Troisièmement, l'amputation enlève, avec la partie sphacélée, un foyer putride où l'économie peut puiser des éléments pernicieux et qui en tout cas est incommode pour le patient.

Voilà donc trois circonstances en faveur de l'opération chirurgicale.

Mais l'opération naturelle est bien moins douloureuse.

Ensuite, et voilà ce qui tranche le débat, la statistique a prouvé que les résultats définitifs sont beaucoup meilleurs quand on abandonne la partie sphacélée aux forces de la nature que lorsqu'on la retranche en portant le couteau dans le vif.

En d'autres termes, il meurt plus de malades que l'on ampute pour cette affection qu'il n'en meurt parmi ceux pour lesquels on attend l'élimination naturelle.

Cette raison, comme l'a dit M. Bérard, est sans réplique. Et, en effet, qu'est-ce que la promptitude de l'issue, qu'est-ce que la régularité de la plaie, qu'est-ce que l'enlèvement d'un foyer putride qu'il est possible de neutraliser, et qui d'ailleurs n'existe guère qu'en théorie, attendu que les parties sphacélées sont sèches le plus souvent, qu'est-ce que tout

---

FEUILLETON.

DE L'ACTION DES CANTHARIDES SUR LA VESSIE;

Observation recueillie par J.-F.-A.-Troussel, d.-m. (Janvier 1846.)

Dans un cas de pleurésie aiguë avec épanchement considérable, chez un homme de cinquante ans, j'avais fait appliquer sur la partie postérieure du côté gauche de la poitrine un large emplâtre-vésicatoire (1) cantharidé dit par incorporation, mais sans addition de camphre; douze heures après, le malade éprouva une vive et très douloureuse irritation de l'urètre et du col de la vessie, des envies continuelles d'uriner, qui l'excitaient à des efforts n'aboutissant qu'à lui faire rendre quelques gouttes d'urine. Cette anxiété très pénible dura environ douze heures, cessa brusquement, et ne laissa après elle aucune douleur, aucune gêne vers les organes génito-urinaires.

Au bout de six jours, l'état du malade m'ayant déterminé à revenir au même moyen, un second emplâtre moins grand que le premier (2) fut appliqué sur le même côté de la poitrine, mais plus en avant, dans la direction et au-dessous de l'aisselle. J'avais eu soin, cette fois, d'y faire ajouter du camphre, dans l'espoir d'empêcher le développement des mêmes accidents vers la vessie; mais cette précaution fut inutile; car vingt-quatre heures après l'application de ce vésicatoire, et huit heures après qu'il eut été détaché de la peau, avec la précaution de ne pas enlever l'épiderme, le malade se plaignit de nouveau d'ardeur douloureuse en urinant et de ténesme vésical, qui durèrent depuis six heures du soir jusqu'à huit heures du matin.

Dans cet espace de temps, le malade était parvenu à rendre à peu près 500 grammes d'urine, mais en un grand nombre de fois.

A mon arrivée, on s'empressa de me montrer cette urine, parce qu'en vidant l'urinal en faïence dont le malade s'était servi toute la nuit, on avait remarqué qu'il s'y trouvait un corps solide semblable à une *espèce de peau*.

J'examinai avec beaucoup d'attention ce produit : c'était en effet une pellicule membraniforme de l'étendue d'une soucoupe moyenne, de 10 à 11 centimètres de diamètre. Elle était blanchâtre, opaque, légèrement colorée par du sang sur quelques points de son étendue. Elle était de forme arrondie, moins épaisse sur ses bords qu'à son centre. Cette production offrait l'aspect d'une masse albumino-fibreuse, ou d'une gelée assez consistante, et ressemblait tout à fait aux pseudo-membranes, plus ou moins épaisses, qu'on trouve souvent entre le derme et l'épiderme soulevé par l'action des vésicatoires actifs, ou laissés longtemps appliqués sur la peau. Cette analogie était telle, que j'aurais cru qu'une de ces fausses membranes avait été jetée dans le vase de nuit. après le premier pansement du vésicatoire, si moi-même la veille je ne m'étais chargé de ce soin, en ayant eu la précaution de ne pas enlever l'épiderme.

Cette substance se trouvait dans de l'urine assez colorée, mais transparente, et dans laquelle il y avait encore d'autres petites masses pseudo-membraneuses de forme irrégulière, floconneuses, rougeâtres, repliées sur elles-mêmes.

M. le professeur Andral, qui avait déjà vu ce malade avec moi, devant revenir ce même jour, je fis conserver ce produit et l'urine dans laquelle on l'avait trouvé, pour que nous pussions les examiner ensemble.

A la première vue, M. Andral me dit que c'était positivement une fausse membrane, développée à la surface de la muqueuse de la vessie, sous l'influence du vésicatoire. Il ajouta que cet effet s'observait rarement, et qu'il se rappelait qu'assistant un jour à l'ouverture du cadavre d'une femme, il avait vu sur la membrane muqueuse de la vessie des espèces d'ampoules ou de phlyctènes à peu près semblables à celles que les vésicatoires occasionnent quand ils sont appliqués sur la peau.

L'aspect albumino-fibrineux de cette production, que je n'avais pas encore eu occasion d'observer, quoique pratiquant la médecine depuis plus de vingt-cinq ans, me donna l'idée d'analyser l'urine dans laquelle on l'avait trouvée. Je versai donc de l'acide nitrique concentré dans une certaine quantité de cette urine, et aussitôt elle devint trouble, laiteuse. J'en mis une autre partie sur le feu, et un peu avant d'entrer en ébullition, de claire qu'elle était elle devint trouble et prit l'aspect laiteux. Cette urine contenait donc inévitablement de l'albumine en dissolution.

M. Andral expliqua le fait en disant que cette urine n'était devenue albumineuse que dans la vessie, et non au moment de sa sécrétion dans les reins; que ce n'était donc pas un cas d'albuminerie, mais tout simplement de l'urine contenant une certaine quantité de sérosité albumineuse, exhalée à la surface de la membrane muqueuse de la vessie sous l'influence des cantharides appliquées sur la peau, et analogue par sa nature à la pseudo-membrane en question.

Le même jour, quand nous examinâmes le malade, toute douleur en urinant avait cessé; une pression assez forte, exercée au-dessus du pubis, ne causait ni douleur ni gêne; l'urine était rendue avec facilité et trouble comme elle l'était les jours précédents. Elle ne contenait plus d'albumine, aussi ne devint-elle pas laiteuse par l'addition de l'acide nitrique, ni par l'action du feu.

Cet accident, qui n'eut pas d'autre suite, nous contraria toutefois, puisqu'il nous parut de nature à nous forcer de renoncer à l'emploi de nouveaux vésicatoires cantharidés, dont l'indication persistait. Il fut convenu qu'on emploierait la pommade ammoniacale.

En effet, quelques jours plus tard, j'établis par ce moyen un troisième vésicatoire au-dessous de la clavicule gauche, et j'eus soin de recommander au pharmacien qu'il donnât pour les pansements de la pommade au garou sans addition de cantharides.

Cependant, au bout de quelques jours et malgré mes précautions, les douleurs en urinant reparurent, et le malade rendit encore par la verge des débris membraniformes. Je fis examiner la pommade qui avait été délivrée par le pharmacien, et j'acquis la certitude que, malgré ma recommandation, elle se trouvait comme d'habitude préparée avec les cantharides.

Tenant à entretenir la suppuration de ce troisième vésicatoire, je me procurai de la pommade préparée avec le garou, mais sans addition de cantharides : elle me réussit parfaitement, et rien ne se manifesta plus du côté des voies urinaires.

Quelques jours après avoir observé ce fait de pratique qui était nouveau pour moi, je rencontrai le docteur Cayol fils à qui j'en parlai, et j'appris de lui qu'un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Morel-Lavallée, avait lu à l'Institut (1) un mémoire très intéressant sur la cystite cantharidienne.

La première observation, faite sur lui-même, date de l'année 1837.

J'ai lu avec le plus vif intérêt le travail de M. Morel-Lavallée, dont on trouve l'analyse dans plusieurs journaux ou ouvrages (2).

Pour en revenir à mon observation, qui a tant d'analogie avec celles de M. Morel-Lavallée, et a été recueillie par moi avant que j'eusse connaissance de son travail, je me permettrai de dire à ce sujet toute ma pensée.

En considérant l'étendue de la pseudo-membrane trouvée dans l'urinal dont mon malade s'était servi; en égard à l'aspect de ce produit, à sa consistance presque gélatineuse, à sa forme arrondie, avec des bords unis un peu plus minces que le centre; à sa disposition étalée, nullement repliée sur elle-même; à son aspect qui n'offrait aucune trace vasculaire, aucun indice d'organisation; à son volume total, qui ne permettait guère de penser que ce corps, quelque replié, quelque enroulé qu'on le supposât avoir été, eût pu être rendu facilement par l'urètre d'un homme : je suis porté à croire que cette substance, sous

---

(1) De 13 centimètres sur 10.
(2) De 11 centimètres sur 8.

(1) Séance du 1er juillet 1844.
(2) Le journal l'Expérience, n° 368, 18 juillet 1844.
L'Encyclographie médicale de M. Lartigue, 1844, t. V, p. 406.
La Bibliothèque du Médecin praticien, article cystite cantharidienne, t. V, 9e livraison, juin 1845.

cela quand l'intervention de la chirurgie a des chances défavorables en comparaison de l'élimination naturelle ?

Du reste on peut, sans prétendre à suppléer la nature, lui venir en aide, et retrancher la partie sphacélée auprès de la limite de la gangrène. Là, point d'artères à lier, point de phlébite à redouter, puisque veines et artères sont oblitérées. On écarte les chairs, et, à la faveur de ce simple écartement, on peut scier l'os dans le vif.

Mais de deux choses l'une : ou l'on scie l'os dans le vif, comme nous venons de le dire, et alors on a les chances de la phlébite osseuse, ou bien on le scie dans le mort, et c'est comme si l'on n'avait rien fait, attendu que peu importe, pour le temps que durera l'élimination, qu'il y ait plus ou moins de la longueur de l'os à éliminer. C'est sur la *largeur* de la diaphyse que porte le travail éliminatoire.

Au demeurant, le plus sage est de ne pas toucher à la partie vivante du membre, si ce n'est pour favoriser l'élimination naturelle par quelques mouvements et des pansements appropriés. La partie morte peut-être retranchée jusques auprès du vif, si elle incommode par ses émanations ou si par sa vue elle exerce une fâcheuse influence sur le moral du patient.

Mais il y a des cas dans lesquels la nature ne fait rien pour l'élimination de la partie sphacelée. Loin de là ; le mal, sans cesse envahissant, menace de gagner le tronc ; alors une question difficile se présente. Faut-il tenter de le borner par l'amputation ? Divers chirurgiens ont résolu, soit théoriquement, soit dans la pratique, cette question par l'affirmative, et telle est aussi l'opinion de M. le professeur Bérard.

— Ce professeur a montré à sa clinique une femme qu'il a opérée d'une fistule lacrymale suivant la méthode à laquelle il donne la préférence dans la majorité des cas, le placement d'une grosse canule dans le canal nasal.

La particularité qu'il a signalée dans ce cas est la formation presque journalière d'un petit abcès vis à vis le sac lacrymal assez longtemps après l'opération, accident dû à l'élévation de la canule qui venait presser contre les parties molles. La canule a été abaissée à l'aide du mandrin, et les abcès ne se sont plus reproduits.

— Le même chirurgien a pratiqué avec une dextérité parfaite une petite opération qu'il a dit être très facile, et qui n'exige pas moins une certaine habileté et de l'habitude. Nous voulons parler de l'excision d'un kyste palpébral. La tumeur avait son siége presque immédiatement au-dessus de la marge de la paupière supérieure : elle était peu volumineuse ; la peau sus-jacente était rouge. Une petite incision a été faite sur le kyste ; la lèvre supérieure de l'incision a été disséquée, puis l'inférieure, et ainsi la tumeur a été isolée par en haut et par en bas ; après quoi elle a été saisie à l'aide de pinces à dents de souris, et une partie en a été excisée. Le fond est resté. Telle est la méthode suivie par M. Bérard, qui s'en loue et ne craint pas que le kyste se reproduise parce qu'il n'a pas été enlevé en entier. Il a fait une observation fort juste, quand il a dit que ce n'est pas un moyen d'obtenir la réunion par première intention que de cautériser le fond du petit sac. Mais il n'est pas moins juste de dire que la suppuration peu abondante qui suit la cautérisation ainsi pratiquée ne rend pas la cicatrice plus apparente : c'est ce que nous avons vu récemment encore. M. Bérard croit qu'il y a moins de chances d'intéresser le cartilage tarse en excisant ces kystes par la peau, qu'en les attaquant par la conjonctive. Dans la dissection des lèvres de la plaie, ce professeur, autant que possible, évite de se servir de pinces, pour ne pas mâcher les bords de l'incision.

— Nous avons vu aussi dans le service de M. Bérard, un jeune garçon qui, à la suite d'une plaie contuse de la face, avait les paupières de l'œil droit fortement portées en bas et en dehors, et tellement rapprochées, que la vision était extrêmement gênée de cet œil. Une profonde incision a été pratiquée au dessous de l'œil ainsi déplacé, de manière à laisser en haut le bord de la paupière inférieure, garni encore de poils; puis les lèvres de l'incision ont été disséquées et écartées afin de recevoir un lambeau emprunté à la région temporale. Ce lambeau fut maintenu en place à l'aide de simples compresses, sans points de suture, pratique que nous avons déjà dit être familière à M. Bérard. L'œil s'est trouvé relevé de toute la hauteur du lambeau, qui s'est parfaitement agglutiné. Mais les paupières étaient encore rapprochées, bridées, leur ouverture était oblique en bas et en dehors, et le globe n'était que très incomplétement découvert. Il fallait refaire une commissure interne et lui donner une direction qui rétablit la ligne interpalpébrale dans sa rectitude. C'est ce que M. Bérard a réalisé au moyen d'une incision dont, à la faveur d'une dissection habilement ménagée, l'une des lèvres a été doublée avec un petit lambeau de peau, et l'autre avec un petit lambeau de muqueuse. Ainsi doublées, elles ne se sont pas agglutinées; ce qui n'eût pas manqué d'arriver sans cette précaution. On voit là un procédé semblable à celui qui a été employé pour remédier à l'atrésie labiale. C'est la seconde fois que M. Bérard y a recours. Il nous a montré une femme dont la face a été horriblement déformée par une brûlure, et chez laquelle il a rétabli l'ouverture des paupières de cette manière. La vue était très difficile, à raison de l'occlusion presque complète de ces voiles.

— Rares sont aujourd'hui les opérations de strabisme. M. Jobert en a pratiqué une sur une jeune fille affectée d'une forte déviation de l'un des yeux en dedans, avec diminution très notable de la faculté visuelle de cet œil, suivant l'ordinaire. Deux circonstances ont été commentées après l'opération : d'une part, le muscle a paru sensiblement plus épais qu'il ne l'est généralement ; de l'autre, les fibres musculaires se prolongeaient plus que d'ordinaire vers la cornée.

M. Jobert accorde une grande importance, dans l'étiologie du strabisme, à cette prolongation des fibres musculaires, et l'on doit concevoir, en effet, que plus la fibre sera rapprochée de la cornée, plus le muscle aura de puissance pour attirer l'œil dans sa direction.

On a beaucoup cherché la raison de la fréquence du strabisme interne ou convergent par rapport à l'externe ; les causes, tout anatomiques, nous paraissent faciles à déduire, et consisteraient :

1° En ce que le muscle droit interne s'insère plus près de la cornée que l'externe ;

2° Dans la moindre longueur du premier;

3° Enfin dans son épaisseur plus considérable.

Voici quelques mesures que nous avons prises à cet égard. Nous faisons abstraction des obliques.

Droit supérieur : A. *Longueur du muscle :* 53 millimètres. B. *Distance de l'insertion scléroticale à la cornée :* en dehors, 11 millim. ; en dedans, 8 millim. (L'insertion de ce tendon est donc oblique de dedans en dehors, et d'avant en arrière.)

Droit inférieur : A. 53 millim. B. En dehors, 10 millim. ; en dedans, 7. (Même obliquité de l'insertion scléroticale que pour le précédent.)

Droit externe : A. 60 millim. B. 7 millim.

Droit interne : A. 47 millim. B. 6 millim.

La jeune opérée de M. Jobert ne présente pas cet enfoncement de l'œil du côté interne, si commun à la suite de l'opération du strabisme convergent. M. Baudens, pour éviter cette dépression et la saillie de l'œil, fait comprimer le globe oculaire à l'aide d'une éponge soutenue par une bande, pendant deux ou trois jours après l'opération. M. Jobert, à l'exemple d'autres chirurgiens, s'astreint à diviser le moins possible la conjonctive, qu'il incise seulement assez pour pouvoir saisir le muscle. C'est, à notre avis, la pratique la plus convenable. X...

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Pied plat chez une jeune fille de la campagne survenu accidentellement. Réflexions cliniques sur cette difformité. Opération.

A propos d'un cas de pied plat chez une jenne fille, M. Robert fit les réflexions suivantes, qui nous ont paru dignes d'intérêt.

Le pied, dit-il, à l'état normal, est concave dans sa face plantaire ; par le bord externe, il touche le sol, ainsi que par le calcanéum et la face inférieure de l'articulation du gros orteil et des os métatarsiens.

C'est par ces points qu'un pied normalement constitué s'appuie sur le sol. Il existe une difformité au pied, dans laquelle la voûte plantaire est plus ou moins effacée; le bord externe du pied se relève, et cette partie du membre inférieur est portée dans une abduction plus ou moins prononcée. C'est ce qu'on appelle vulgairement le pied plat. Cette difformité gêne beaucoup dans la marche ; aussi ceux qui en sont affectés sont de mauvais marcheurs, et chez les hommes, elle constitue une cause d'exemption du service militaire.

Il y a deux espèces de pied plat ; l'un congénial, qui est un degré du valgus proprement dit ; l'autre accidentel. Cette dernière espèce se développe principalement chez les jeunes gens de tempérament lymphatique au moment de la croissance, et lorsqu'ils se trouvent placés dans des conditions hygiéniques peu favorables.

L'histoire de cette difformité n'a pas encore été bien faite. On trouve bien çà et là quelques faits épars dans les publications modernes ; M. Rognetta en a même parlé avec quelque soin dans un de ses mémoires sur les maladies du système osseux ; mais malgré tous ces faits, l'histoire anatomique du pied plat, et surtout sa thérapeutique, laissent encore beaucoup à désirer.

Le cas dont nous nous occupons maintenant a trait à une jeune fille de la campagne. Elle est, en apparence, d'une bonne santé, très colorée dans la figure, mais un peu lymphatique ; elle dit n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale ni habité d'endroit humide.

A l'âge de quinze ans, lorsqu'elle n'était pas encore réglée, en se levant du lit un matin, elle ressentit des douleurs aux deux pieds. Un médecin que ses parents consultèrent diagnostiqua un mal de croissance, sans conseiller aucun traitement. Au bout de quelque temps, les pieds se déformèrent, et peu à peu arrivèrent à l'état qu'ils présentent maintenant.

Les pieds sont portés dans une abduction légère, et leur pointe est un peu déviée en dehors. Le bord externe est relevé, et la voûte plantaire à peu près effacée. Au-dessous de la malléole interne, se voit une saillie large, arrondie, dure, un peu douloureuse à la pression, et manifestement formée par l'astragale et le calcanéum. Presque tous les tendons du dos du pied sont légèrement tendus ; mais il existe surtout en dehors une corde dure, saillante, appartenant au muscle moyen péronier latéral. Ces altérations et déformations sont plus prononcées sur le pied gauche que sur le droit. La malade ne souffre point quand elle est assise ou couchée ; mais quand

---

forme de membrane quand elle m'a été présentée, n'était autre chose que de l'albumine peut-être unie à une certaine proportiou de fibrine, et ayant de l'analogie avec la couenne du sang ; qu'enfin cette albumine, mélée à l'urine encore contenue dans la vessie, s'était précipitée en dépôt dans l'urinal.

Je pense que les autres débris membraniformes trouvés dans l'urine, et qui avaient un peu plus de consistance, étaient plus colorés par du sang, et repliés sur eux-mémes, se sont formés dans la vessie sous l'influence de la même cause, et ont pu être expulsés par le canal urinaire.

J'ai lieu de présumer que pareille chose est arrivée après l'application du troisième vésicatoire, établi au moyen de la pommade ammoniacale, puis pansé pendant plusieurs jours avec de la pommade au garou préparée à mon insu avec les cantharides.

En effet, ce qu'on trouva cette fois dans l'urine, après les douleurs que le malade avait de nouveau ressenties malgré mes précautions, c'était une pseudo-membrane repliée sur elle-même, comme enroulée, plus consistante que l'espèce de peau qui m'avait été montrée la première fois, et beaucoup moins étendue, puisque, déplissée, elle n'était guère plus large qu'une pièce de deux francs.

Quelque intéressants que soient les faits signalés pour la première fois par mon honorable confrère le docteur Morel-Lavallée, et auxquels vient se joindre celui que je publie, je ne pense pas qu'ils doivent empêcher, dans aucun cas, d'avoir recours aux vésicatoires cantharidés toutes les fois que l'indication s'en présentera, et d'y revenir lors même qu'ils auraient eu l'inconvénient de causer de l'irritation vers les voies urinaires, une dysurie plus ou moins douloureuse, et même de donner lieu à la formation et à l'expulsion de pseudo-membranes.

Ce qui me paraît venir à l'appui de mon opinion, c'est qu'il est à remarquer que, dans les cas cités par M. Morel-Lavallée, dans celui dont je donne l'observation, et toutes les fois que les malades ont été tourmentés par la dysurie à la suite de l'application des vésicatoires, et il n'est pas de praticien qui n'ait observé bien souvent cet accident, cette irritation, plus ou moins douloureuse, plus ou moins persistante, n'a guère duré plus de quelques heures, sans jamais déterminer l'inflammation positive de la vessie ou de l'urètre.

Toutefois, je pense qu'il y a lieu de s'abstenir de l'emploi du vésicatoire cantharidé lorsqu'il s'agit de maladies des voies urinaires, et qu'alors il est plus prudent de n'établir les vésicatoires qu'on croit nécessaires qu'au moyen de la pommade ammoniacale. Mais, en m'exprimant ainsi au sujet de l'emploi des emplâtres vésicants cantharidés, je ne prétends pas nier que les cantharides ne puissent déterminer l'inflammation de la vessie, et je partage l'opinion de M. Valleix, qui, dans son excellent ouvrage (1), dit :

« Parmi les causes occasionnelles de la cystite, nous trouvons d'abord l'action des cantharides sur la vessie. Dans les expériences faites pour étudier les empoisonnements, et dans les cas où l'on a pu pratiquer l'autopsie des sujets qui ont succombé à l'intoxication par cette substance, on a trouvé une inflammation de toutes les parties des voies urinaires et surtout de la vessie ; cette inflammation est quelquefois très profonde. »

Un passage d'un ouvrage de M. le professeur Gerdy (2) prouve qu'il a aussi observé un fait analogue à ceux publiés par M. Morel-Lavallée et celui que je viens de signaler. Voici ce qu'il dit :

« Enfin les cantharides ont une action spéciale sur l'appareil urinaire, qu'elles irritent et enflamment ; de là les accidents de dysurie, quelquefois même de pissements de sang observés par les auteurs après l'application de larges vésicatoires. Ces effets sont dus évidemment à l'absorption des principes actifs de la cantharide, et, suivant MM. Mérat et Delens, ces accidents sont d'autant plus fréquents et plus énergiques, que la préparation employée contient ces insectes plus en nature et plus grossièrement pulvérisés ; aussi sont-ils plus rares après l'application du vésicatoire par incorporation et du taffetas épispastique. Toutefois, il faut le dire, on a quelquefois exagéré l'action spéciale des mouches vésicantes sur les voies urinaires, et c'est surtout après leur administration à l'intérieur que l'on a vu de graves et dangereux phénomènes se manifester vers la vessie, l'urètre et l'appareil extérieur de la génération chez l'homme. Paré, Cabral, M. Barbier et les auteurs de médecine légale en rapportent une foule d'exemples. Enfin, si de nos jours ces faits sont plus rares, cela tient sans doute à la raison que nous empruntions à MM. Mérat et Delens, et aux progrès de l'art de la pharmacie. « Néanmoins, j'ai vu un vé» sicatoire de deux pouces carrés sur la poitrine d'une fille de vingt » ans, causer une violente irritation de la vessie, et au bout de dix » heures environ, elle a rendu par les urines des flocons de fausses » membranes. »

Quant au camphre qui passe pour pouvoir prévenir l'irritatinn de la vessie dans le cas d'application d'emplâtres vésicants cantharidés, on voit par le fait que je publie qu'il n'a pas empêché l'action des cantharides sur la vessie, qui a été au moins aussi prononcée après le vésicatoire imprégné de camphre, qu'à la suite de l'application du premier vésicatoire, qui n'était pas camphré.

J'avouerai, pour ce qui me regarde, que je n'ai jamais été convaincu que l'addition du camphre aux vésicatoires s'opposât à l'irritation des voies urinaires.

Je me permettrai de citer, à ce sujet, ce que j'ai lu dans un ouvrage du docteur A. Jamain (1).

« La propriété sédative du camphre empêche souvent l'action des cantharides sur les organes génito-urinaires; mais cette précaution est quelquefois insuffisante, ainsi que j'ai pu l'observer à l'hôpital de la Charité sur un malade affecté d'épanchement pleurétique, et chez lequel l'application d'un vésicatoire déterminait, quoique camphré, une irritatinn de la vessie, assez grande pour que l'on ait été obligé d'abandonner le vésicatoire pour les cantharides. »

M. le professeur Orfila, dans sa Toxicologie (2), cite l'observation suivante qui lui a été communiquée par le docteur Pignet de La Houssiette :

« Une jeune fille de quinze ans qui, dans l'intention de mettre fin à son existence, avala environ huit grains de poudre de cantharides, éprouva le premier jour entre autres symptômes une chaleur brûlante dans la région hypogastrique, une ardeur avec prurit dans les parties génitales, et un besoin constant d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire que goutte à goutte, et au milieu des souffrances les plus cruelles. Elle fut en proie aussi à des convulsions horribles, et perdit souvent connaissance Un traitement antiphlogistique et délayant calma les accidents, et les jours suivants elle ne se plaignait plus que de douleur en urinant, et d'élancements de temps en temps autour du méat urinaire. Son urine était alors très rouge et *couverte de pellicules noires.* »

Enfin, je crois qu'on ne lira pas sans intérêt une petite observation qui m'a été communiquée, et qui prouve que les émanations seules des cantharides, les principes âcres, volatils qui s'en exhalent dans certaines circonstances, peuvent déterminer l'irritation des voies urinaires aussi bien que lorsque les cantharides ont été appliquées sur la peau sous forme d'emplâtre, de pommade, de taffetas, de teinture, ou mises en contact avec la membrane moqueuse gastro-intestinale. Voici le fait :

Un élève en pharmacie ayant été chargé de pulvériser un kilogramme de mouches cantharides, ne les trouva pas parfaitement séchés, et fit chauffer le mortier dont il devait se servir.

Pendant l'opération, qui eut lieu vers huit heures du matin et dura environ deux heures, ce jeune homme n'éprouva que quelques picotements aux yeux et sur le bord des lèvres. Mais, vers cinq heures du soir, il ressentit une chaleur brûlante dans l'urètre, de la pesanteur vers la région hypogastrique, des envies fréquentes d'uriner, une anxiété générale fort pénible. Enfin tout à coup, après de violents efforts pour uriner, il rendit par la verge, avec de l'urine, une masse

(1) Guide du Médecin-Praticien, tome VII, page 426.
(2) Traité des Pansements proprement dits, 2e édit., p. 182.—1839.

(1) Manuel de petite chirurgie, page 137 (1845).
(2) 2e édition (1818), tome Ier, page 588.

elle est debout ou qu'elle marche, elle éprouve assez promptement de la fatigue, puis de la douleur au cou de-pied et au-dessous de la malléole interne. Enfin, lorsqu'on porte le pied dans une adduction un peu forcée ou sa pointe dans la rotation en dedans, on augmente immédiatement la tension de ce tendon, et on détermine d'assez vives douleurs.

Pour établir les indications du traitement, il faudrait d'abord avoir des données exactes sur l'état des os, des ligaments, des muscles dans le pied plat; or, jusqu'à présent, cette étude n'a pas encore été bien faite. Il est évident que, chez notre malade, il existe divers déplacements dans les os du pied; mais un premier fait important à établir, c'est que ces déplacements n'existent point dans les os du métatarse, non plus que dans ceux de la rangée du tarse; ils affectent évidemment la rangée postérieure composée du calcanéum et de l'astragale. Les deux os qui contribuent plus que tous les autres à former la voûte plantaire, ont exécuté un mouvement de bascule ou de rotation sur eux-mêmes, tel que, d'une part, le calcanéum se relevant en dehors par sa face inférieure, s'est affaissé en dedans par sa face opposée, et que l'astragale, exécutant un mouvement inverse, s'est renversé en dehors dans sa portion tibiale, tandis que sa partie inférieure a suivi le calcanéum en dedans. Il est résulté de ce double déplacement :

1° La saillie considérable que forme en dedans la partie interne de ces deux os, et surtout de l'astragale;

2° La disparition presque complète de la voûte plantaire constituée par ces deux os.

Ce déplacement est-il primitif ou résulte-t-il d'une altération du tissu osseux du calcanéum et de l'astragale? Ceci est difficile à admettre, car ces os ne paraissent pas déformés, et ne sont pas le siége de ces douleurs sourdes, profondes et constantes qui accompagnent ordinairement l'inflammation de ce tissu même. Il est plus probable que ce déplacement tient à une altération des ligaments placés à la plante du pied et plus spécialement du ligament calcanéo-scaphoïdien, calcanéo-cuboïdien, et du ligament interosseux qui réunit entre eux le calcanéum et l'astragale. Je serais même porté à croire, d'après le siége et la nature des douleurs accusées par notre malade, que c'est par eux que la maladie a commencé, et que ces ligaments ont été le siége d'un état inflammatoire s'exaspérant par la station et la marche, état qui lui-même a été la cause immédiate de leur ramollissement. Aujourd'hui, l'examen attentif des os ne m'a rien indiqué chez eux, aucune altération organique quelconque.

Quant à la tension des tendons du cou-de-pied, et notamment du muscle moyen péronier latéral, est-elle une des causes de la maladie ou n'en est elle que le résultat? Cette dernière hypothèse me paraît la seule admissible. En effet, chez notre malade, la tension des muscles extenseurs et jambier antérieur est très peu considérable. Quant à celle du muscle moyen péronier latéral, qui est beaucoup plus prononcée, je puis affirmer qu'elle ne pourrait à elle seule déterminer la formation du pied plat.

J'ai vu en 1843 un jeune homme de quatorze ans qui, ayant été obligé dans une nuit froide de l'hiver de faire la chaîne pour un incendie et d'avoir pendant plusieurs heures les jambes mouillées, fut affecté de contracture des deux muscles péroniers latéraux. Lorsqu'il entra à l'hôpital Beaujon quatre mois après l'invasion de cette maladie, il existait une douleur vive continuelle tout le long de la partie externe de la jambe gauche; l'on sentait les tendons des deux muscles péroniers latéraux trop fortement tendus; le pied était porté dans une légère abduction, mais il n'existait rien qui approchât de la forme du pied plat. Je pratiquai immédiatement au-dessous et en avant de la malléole externe la section sous-cutanée de ces deux tendons; à l'instant même, les douleurs cessant, le pied put être sans difficulté ramené à sa rectitude normale. Un bandage dextriné fut appliqué, et au bout de trois semaines ce jeune homme sortit de l'hôpital complétement guéri. Ici, comme on le voit, il existait une contracture des muscles péroniers latéraux, mais point de pied plat. D'un autre côté, j'ai la même année pratiqué la même opération sur un jeune homme affecté de deux pieds plats très marqués et accompagnés d'une tension considérable des deux muscles péroniers latéraux.

Ce jeune homme, qui était âgé de dix-huit ans, d'une très haute stature, était d'une constitution lymphatique, et garçon épicier, profession qui l'exposait à marcher beaucoup, chargé souvent de pesants fardeaux. La maladie chez lui était survenue dix-huit mois auparavant, et avait débuté par des douleurs sourdes autour du cou-de-pied, s'exaspérant beaucoup par la marche. Peu à peu la voûte plantaire s'était affaissée, et le jeune homme était devenu presque incapable de se livrer à aucun travail. Les pieds offraient une forme analogue à celle qu'on observe chez notre jeune fille. Au moment où les tendons des muscles péroniers latéraux furent coupés, le pied se porta brusquement dans l'abduction; mais j'observai avec inquiétude que seulement l'avant-pied exécutait ce mouvement.

La saillie formée par le déplacement du calcanéum et de l'astragale resta la même, et la voûte plantaire ne fut point rétablie. Un bandage dextriné fut appliqué longtemps autour du pied; mais l'état du jeune homme est resté le même, et j'ai eu besoin de recourir à l'usage des bottines orthopédiques pour le faire marcher.

Ces deux faits établissent d'une part que la contraction des muscles péroniers latéraux ne saurait à elle seule causer le pied plat; de l'autre, que la section de ces muscles contractés dans le cas de pied plat ne fait en rien disparaître cette difformité.

Quelle est donc chez notre jeune malade la cause de cette tension du muscle moyen péronier latéral, de même que de quelques autres tendons du dos du pied; tension que l'on observe à un degré plus ou moins prononcé dans tous les autres cas de pied plat? Je crois qu'elle résulte ici de l'état inflammatoire des ligaments du pied. Ne voit-on pas en effet dans les arthrites, les arthralgies, les tumeurs blanches, en un mot dans toutes les maladies des articulations, survenir des contractures dans les muscles qui avoisinent ces articulations malades? C'est un fait que tous les praticiens ont observé, et que M. Guérin a généralisé dans quelques mémoires publiés dans ces derniers temps sur les arthralgies.

Tout en admettant que la tension anormale du moyen péronier latéral et de quelques autres muscles du dos du pied n'est ici qu'un résultat de la cause morbide, c'est-à-dire de l'état inflammatoire dont les ligaments indiqués furent le siége, est-ce à dire qu'à l'état actuel de la maladie, ce résultat, cet effet lui-même ne fût pas pour quelque chose dans la persistance de la difformité? Nous le croyons fermement. En effet, toute cause qui empêche ou gêne la liberté des mouvements du pied, doit nécessairement contribuer à entretenir l'état de déformation dont il s'agit; or, il est positif que, par suite de cette contraction ou tension permanente des muscles susdits, les os primitivement déplacés sont maintenus dans leur position vicieuse, car le bord externe du pied étant porté en haut, l'astragale et le calcanéum sont retenus dans cet état de rotation dont nous avons parlé, et il n'y a pas de raison alors pour que la difformité de pied plat dont il est question ne persiste indéfiniment.

Il est très important d'établir ce fait pour le traitement; en effet, il en découle, à notre avis, l'indication bien évidente de la ténotomie desdits tendons contractés. Ce n'est pas que la section de ces tendons remédiera entièrement à la cause véritable de la difformité; mais, comme nous venons de le dire, elle fera disparaître un des obstacles qui actuellement s'opposent au rétablissement des parties osseuses dans leur position normale.

C'est à la suite de ces considérations que nous nous sommes décidé à opérer la jeune fille, en lui coupant le muscle moyen péronier latéral surtout, qui formait cette corde dure et saillante dont nous vous avons parlé, et relevait en haut le bord externe du pied. Après cette petite opération, le pied a paru se redresser un peu; nous avons appliqué consécutivement un appareil dextriné qui embrassait le pied et une grande partie de la jambe, et ordonné le repos. Quelques jours après, nous avons permis à la malade d'essayer de marcher; elle nous dit qu'elle marche un peu mieux et plus librement qu'auparavant, mais nous n'en sommes pas bien sûrs car elle reste au lit tout le temps qu'elle ne marche pas, c'est-à-dire la plus grande partie de la journée. Nous nous proposons, par conséquent, de la faire rester entièrement levée, pour mieux juger du résultat définitif de notre traitement.

Dans tous les cas, lorsque la malade sera rétablie de la petite opération qu'elle a subie, il sera nécessaire de la soumettre à l'usage d'une bottine mécanique. Dupuytren avait l'habitude de faire porter à ses opérés du pied plat un gros talon, qui réussissait quelquefois à aider dans la marche, mais qui souvent échouait aussi, et peut-être finissait-il par gêner les malades. Nous avons adopté une bottine présentant en dehors un montant destiné à repousser en dedans le bord externe du pied, pourvue d'une semelle fortement bombée au côté interne, là où existe à l'état normal la voûte plantaire, et garnie de liége. J'ai déjà fait usage de ces bottines chez le jeune homme affecté de pied plat accidentel dont je vous ai parlé, et il s'en est bien trouvé. On appliquera cet appareil sur notre malade, on en étudiera les effets, et on aura soin de rendre compte plus tard du résultat qu'on en aura obtenu.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 6 mars 1846. — Présidence de M. LARREY.

M. Brierre de Boismont, chargé de faire un rapport sur un mémoire de M. Théophile Roussel, ayant pour titre : De la pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement, rappelle qu'il y a dix-sept ans environ, il a lui-même observé, en Italie, l'affection sur laquelle il a, le premier, appelé, en France, l'attention dans une brochure consacrée à l'aliénation mentale, et dans laquelle la folie pellagreuse fut l'objet d'un examen très attentif.

La pellagre consiste dans une altération des fonctions digestives, nerveuses et cutanées. Ses désordres ont plus particulièrement leur siége sur les parties exposées au soleil. Elle se remarque surtout chez les paysans mal nourris, mal vêtus, et soumis aux privations de toute espèce. Elle debute au printemps. Lorsqu'elle est récente, elle cesse pendant l'hiver pour reparaître au printemps suivant; mais bientôt elle laisse dans l'économie des traces indélébiles, et devient mortelle quand elle a duré un certain nombre d'années. Les différentes formes de la folie en sont une des complications ordinaires.

M. Roussel a fait une analyse fort exacte des symptômes de la maladie, et démontré l'analogie frappante qui existe entre l'affection pellagreuse observée au centre de la France et celle qui règne en Italie. Il a en outre démontré la coïncidence de l'apparition de cette maladie nouvelle avec l'introduction de la culture du maïs dans nos contrées. La pellagre résulterait, en effet, de l'abus et des altérations de cette céréale. D'importantes considérations hygiéniques, relativement à ses avantages et à ses dangers, abondent dans le livre de M. Roussel.

M. Brierre, après une analyse détaillée, termine ainsi son rapport :

---

floconneuse sanguinolente qu'il n'examina pas d'assez près pour en indiquer précisément la nature. Les douleurs, la dysurie, la sensation d'ardeur dans l'urètre durèrent jusqu'à deux heures du matin, c'est-à-dire neuf heures, et l'irritation des voies urinaires cessa alors aussi brusquement qu'elle s'était manifestée.

D'après la déclaration de M. Andral et celle de M. Louis, qui me dit aussi n'avoir jamais observé ce mode d'action des cantharides sur la vessie, on serait porté à croire qu'en effet cela doit arriver rarement : mais je pense que si l'urine avait été bien observée, analysée avec plus d'attention toutes les fois que des malades ont été tourmentés de dysurie à la suite de l'application des emplâtres vésicants cantharidés, on aurait souvent constaté qu'elle tenait en dissolution de l'albumine, et qu'il s'y trouvait des flocons pseudo-membraneux. C'est ce que de nouveaux faits mieux observés ne tarderont pas à prouver, maintenant que l'attention est éveillée sur ce point de pratique par l'intéressante communication de M. Morel-Lavallée.

Notice sur un contre-poison chimique généralement applicable aux cas d'empoisonnement par les substances minérales et les composés de cyanogène, par M. le docteur DUFLOS.

Les propriétés que doit essentiellement posséder un contre-poison chimique sont une action rapide et sûre, l'absence de toute qualité nuisible soit par lui même, soit par la combinaison qu'il peut former avec le poison ingéré, et enfin l'impossibilité de mettre à nu un corps toxique par la décomposition du poison Si à ces qualités se trouve unie celle d'être applicable non-seulement à l'empoisonnement par quelques substances, mais encore à l'intoxication déterminée par une classe entière de corps faciles à distinguer, le composé qui offre cette précieuse réunion peut, à bon droit, être cité comme un contre-poison général. On peut citer, comme exemple de ce genre, la magnésie douce pour tous les acides caustiques, et l'acide oléique pour tous les alcalis caustiques. Mais pour un autre groupe de poisons, dont les espèces sont beaucoup plus multipliées et auxquels doivent être rapportés le plus ordinairement les empoisonnements, soit accidentels, soit volontaires, que l'on a l'occasion d'observer, nous voulons parler des poisons minéraux, on a manqué jusqu'ici d'un contre-poison général doué d'une efficacité réelle. La vertu spécifique des moyens employés dans les cas de ce genre est plus ou moins circonscrite à quelques-uns de ces poisons, tandis qu'elle est nulle pour les autres; ce qui est d'autant plus fâcheux pour le praticien, qu'il est rare que ce dernier puisse acquérir assez promptement la notion exacte de la nature véritable du poison dont il s'agit dans un cas donné, et qu'en outre les symptômes peuvent souvent induire en erreur sur l'espèce de substance toxique par laquelle ils sont déterminés. On conçoit qu'alors on est exposé à perdre, dans les recherches indispensables pour arriver à la connaissance de l'espèce de poison ingérée, un temps précieux, pendant lequel les accidents prennent de moment en moment une intensité plus grande. L'efficacité du sulfure de fer hydraté proposé, il y a quelque temps, comme antidote, par M. Mialhe, est en effet plus étendue que celle du blanc d'œuf; mais ce composé chimique a l'inconvénient de donner naissance à un protosel de fer par sa combinaison avec la substance vénéneuse, ce qui n'est pas sans danger dans certains cas : en outre, il reste impuissant contre le plus vénéneux de tous les sels mercuriels, savoir le cyanure de mercure, qui, dans les dernières années, a été en France la cause de plusieurs empoisonnements terminés par la mort; en effet, par la combinaison de ce sel avec le sulfure de fer hydraté, il se produit du sulfure de mercure, du protoxyde de fer et de l'acide cyanhydrique.

Des essais multipliés entrepris par M. Duflos pour vérifier la justesse des assertions de M. Mialhe, l'ont enfin conduit à ce résultat que l'addition de la magnésie au sulfure de fer hydraté est un moyen de faire disparaître les inconvénients indiqués plus haut. En effet, un mélange de sulfure de fer hydraté, de magnésie pure et d'eau prévient complétement l'action vénéneuse des poisons minéraux; y compris le cyanure de mercure, et sans donner lieu à la transformation du sulfure de fer en protosel soluble : le cyanure de mercure est transformé en sulfure de mercure inerte et en cyanure de fer de magnésium.

Ce résultat favorable a engagé M. Duflos à faire des essais avec l'acide cyanhydrique pur, mais les propriétés toxiques de ce composé ne furent pas neutralisées, car il se forma, à côté d'un peu de rhodanure de magnésium (*Rhodonmagnesium*), beaucoup de cyanure de magnésium vénéneux. En ajoutant, au contraire, une certaine quantité de protoxyde de fer hydraté aux autres substances, l'action antidotique du mélange devint complete, et, à l'instant même, l'acide cyanhydrique disparut, en même temps qu'il se produisit du cyanure de fer et de magnésium. Fort de ce résultat, M. Duflos n'hésite pas à recommander instamment comme antidote chimique général, dans les cas d'empoisonnement par les substances minérales et les combinaisons de cyanogène, un mélange de sulfure de fer hydraté, de protoxyde de fer et de magnésie pure avec de l'eau.

M. Duflos ajoute même que, dans les empoisonnements par les alcaloïdes (sels de strychnine, morphine, etc.), ce nouveau médicament ne reste pas non plus tout à fait sans résultat, parce que la magnésie qui en fait partie décompose les sels facilement solubles, et les ramène à l'état de base; or, on sait que les alcaloïdes purs sont presque insolubles et par conséquent très difficiles à absorber. Un soluté d'azotate de strychnine ayant été agité avec une certaine proportion de ce mélange, puis filtré, le liquide se trouva ne pas contenir plus de strychnine, ou même moins que l'eau pure n'aurait pu en dissoudre. On pouvait constater ce fait par la saveur même du liquide; et encore en ajoutant à ce dernier, d'abord une goutte d'acide azotique pur, puis le double d'acide sulfurique concentré, le degré d'intensité de la teinte jaune d'or qui apparaît, permet de porter une conclusion et d'apprécier la proportion relative de la strychnine existant dans la liqueur. Le moyen d'investigation qui vient d'être indiqué est le plus sûr lorsqu'il s'agit de constater la présence de la strychnine en solution très étendue. Voici la manière de préparer le contre-poison qui fait l'objet de cet article.

On sature parfaitement, avec le gaz acide sulfurique, 100 grammes d'ammoniaque liquide d'un poids spécifique de 0,970; on délaye le sulfhydrate d'ammoniaque obtenu, dans une bouteille susceptible d'être bouchée hermétiquement, avec 1,500 grammes d'eau distillée, puis on y ajoute, en agitant, une solution de 75 grammes de protosulfate de fer cristallisé dans 500 grammes d'eau. On remplit alors la bouteille entièrement par l'addition d'une suffisante quantité d'eau, et on la ferme hermétiquement au moyen d'un morceau de vessie, puis on laisse se former le précipité. Le liquide surnageant est ensuite enlevé à l'aide d'un siphon; après quoi on ajoute de nouveau de l'eau pure, et on laisse déposer, etc,

D'autre part, on dissout 75 grammes de protosulfate de fer dans 500 grammes d'eau distillée, on verse le soluté dans une bouteille qui peut être bouchée solidement, et on y ajoute 30 grammes de magnésie calcinée préalablement triturée avec de l'eau, de manière à former une sorte de lait bien homogène; on secoue le tout, puis on achève de remplir la bouteille avec de l'eau; enfin on la ferme, et on laisse déposer. On retire le liquide devenue limpide, et on édulcore le précipité comme le précédent.

On termine en réunissant les deux précipités dans une même bouteille, que l'on garantit avec soin de l'accès de l'air.

On pourrait désigner ce mélange par la dénomination d'*oxysulfure de fer avec la magnésie.*

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Leudet, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé, par voie de permutation, professeur de clinique externe dans ladite école. M. Couronné, professeur de pathologie interne, est nommé, par voie de permutation, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants. M. Des Allenrs, professeur titulaire hors cadre, chargé de l'enseignement de la pathologie générale, est nommé, par voie de permutation, professeur de pathologie interne. M. Flaubert, docteur en médecine, suppléant, est chargé des fonctions de professeur-adjoint. Aucun traitement n'est attribué à ces fonctions. M. Flaubert est spécialement chargé, en ladite qualité, du cours de clinique externe, conjointement avec le professeur titulaire de cette chaire.

« Cet ouvrage est un bon livre, un peu exclusif sans doute, mais qui n'en présente pas moins, d'une manière beaucoup plus complète qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, la question de la pellagre, et qui, par la masse de faits qu'il a rassemblés sur le maïs, exige que des recherches nombreuses et consciencieuses soient entreprises sur cet intéressant sujet. »

Les conclusions du rapporteur sont de déposer le travail de M. Roussel aux archives, et d'accorder à l'auteur le titre de membre résident de la Société qu'il sollicite.

M. Giraldès demande si les accidents nerveux qu'on observe chez les pellagreux ne précèdent pas l'altération de la peau caractéristique de la maladie.

M. Brierre répond que les troubles gastriques se montrent les premiers dans beaucoup de cas, mais non d'une manière constante, ce qui, du reste, s'explique par la cause de la maladie, qui dépend d'une mauvaise alimentation.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. Le candidat est élu au scrutin.

— *M. Larrey* informe la Société des démarches qu'a faites la Commission Bichat. Le corps municipal s'est associé à la souscription ; le ministre de l'instruction publique l'a accueillie également avec bienveillance, et doit y prendre part.

— *M. Chailly* montre un céphalotribe auquel il a apporté diverses modifications, et qui a été, de la part de M. Depaul, un sujet de réclamation relativement à la priorité. Il convient que le principe est le même, mais que le mode d'exécution diffère notablement.

— *M. Cherest* lit un rapport sur un Mémoire adressé par le docteur Cappon-Veillon, et intitulé : *Notes sur les maladies du foie observées au Chili et particulièrement à Valparaiso.*

Parti de l'Ecole de Paris imbu des idées qui y sont généralement professées, M. Veillon s'est trouvé surpris, en arrivant à Valparaiso, d'y entendre parler des affections du foie comme des maladies très communes, le climat de ce pays ne lui semblant pas en rapport avec cette prédominance. — Tous les auteurs qui depuis près d'un siècle ont écrit sur les affections propres aux pays chauds, Lind (1768), Crawford (1772), Clark (1778), Murray (1779), Duncan (1801), Saunders (1805), Annesley, Schnurrer, Hasper, Larrey (Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient, 1803), Villela, Broussais (Histoire des phlegmasies chroniques), se sont accordés à dire que les affections du foie sont très communes dans ces contrées. M. Levacher (Guide médical des Antilles) va jusqu'à dire qu'il est peu d'habitants aux colonies qui ne soient plus ou moins affectés d'hypertrophie, de granulations, ou de quelque état anormal et morbide du foie. Franck combat cette opinion exagérée sans doute ; mais, malgré les assertions contraires de Bell, de Johnson, de MM. Louis, Ferrus et Bérard, il ne reste pas moins démontré que les maladies du foie sont très communes dans les pays chauds, qu'elles y sont beaucoup plus fréquentes que dans les pays froids.

Or le climat de Valparaiso est l'expression du climat tempéré par excellence, jamais de chaleur excessive, jamais de froid extrême, jamais de glace ; le ciel y est presque toujours d'une transparence et d'une pureté admirables. Il y a donc là un fait étrange, et M. Veillon, qui ne tarda pas à observer, comme tous nos confrères du Chili, la fréquence des maladies du foie à Valparaiso, chercha à s'en rendre compte ; son mémoire est l'exposé des observations qu'il a faites. Ayant habité quatre ans l'Amérique du Sud, il se trouvait à même de traiter à fond de la climatologie de ce pays, et il l'a fait avec le talent d'un observateur sérieux et d'un écrivain élégant. Il résulte de cette partie de son travail, que de la fin d'avril au mois de septembre la pluie tombe très abondamment, que toutefois elle persiste rarement plus de trois à quatre jours de suite, et que les journées intermédiaires sont généralement les plus tempérées de l'année ; on éprouve pendant ces intervalles une sensation de tiédeur, de pesanteur, comme il nous arrive par un temps d'orage dans nos climats. C'est précisément à cette époque que paraissent ou que s'exaspèrent les souffrances hépatiques. La concordance de ces circonstances momentanées avec l'instant de la manifestation des phénomènes morbides est un fait capital, eu égard à la pathologie spéciale de Valparaiso, et en ce sens qu'il confirme la donnée scientifique recueillie sur tant de points du globe, en faisant disparaître l'espèce d'anomalie signalée d'abord. On ne peut se dissimuler cependant que cela ne rend que très incomplétement compte de la multiplicité des affections hépatiques, et on aura lieu d'être d'autant moins satisfait qu'on sera plus disposé à accepter une opinion accréditée dans le pays et partagée par des personnes peu âgées encore, à savoir : qu'il est étonnant de voir les ravages des maladies du foie, dont, dans leur temps, on n'entendait pas parler.

A cela d'abord, dit M. le rapporteur, il y a une observation à faire, qui, s'appliquant à toute la médecine du temps qui n'est plus, s'applique bien davantage aux opinions populaires : c'est que notre belle science du diagnostic appartient à notre siècle. En admettant donc que la prédominance de ces maladies n'ait pas été signalée, on ne saurait affirmer qu'elle n'ait pas existé. Il est fort possible, au reste, qu'elle ait encore augmenté, et M. Veillon est disposé à l'attribuer à l'introduction dans ces pays des usages européens : la mode anglaise y a énormément prévalu. Une alimentation trop copieuse et succulente, les vins et les liqueurs fortes auraient puissamment concouru à multiplier les maladies du foie. A ces causes, il faut ajouter les nécessités qu'ont fait naître le luxe et la vie active à laquelle créoles et colons ont été contraints de se livrer par suite de l'accroissement des populations, qui, en augmentant la concurrence, a rendu la tâche de chacun plus laborieuse.

Dans un paragraphe suivant, l'auteur établit que la fréquence porte sur toutes les maladies dont le foie peut être le siége, mais que là aussi ce sont les maladies chimiques qui se voient le plus.

Dans un autre, il traite de la part que peuvent prendre la gastrite et la duodénite à la production des états morbides du foie : il la restreint à de justes limites.

Enfin, traçant en quelques mots ce qu'il peut y avoir de spécial dans le traitement, il déclare n'avoir jamais vu à Valparaiso de guérison stable obtenue par l'usage des antiphlogistiques seuls. Leur association aux purgatifs lui a toujours paru de nécessité absolue. Parmi ceux-ci, les mercuriaux, et surtout le calomel, jouissent d'une préférence que l'expérience justifie. C'est presque toujours une condition essentielle pour obtenir tout le bénéfice qu'on en attend d'en continuer l'usage jusqu'à production du ptyalisme. Peut-être l'action de ce médicament ne se borne-t-elle pas à provoquer une augmentation des sécrétions bilieuses, et par un mode particulier, soit par son action sur les liquides, modifie-t-il la constitution morbide de l'organisme? Dans l'hypothèse d'une action hyposthénisante, on comprend aussi le grand secours qu'on tire du mercure dans ces contrées où l'organisme se déprime si profondément et si vite sous l'influence des déplétions sanguines.

Conclusions du rapport :

1° Dépôt du mémoire aux archives;

2° Admission de M. Cappon-Veillon parmi les membres résidents de la Société.

M. Gillette désirerait qu'on précisât ce qu'on entend par maladie du foie. Si les affections chroniques ou subaiguës de cet organe sont fréquentes, les affections aiguës sont rares. Les autopsies montrent que dans un grand nombre de maladies chroniques le foie présente quelques traces d'altération. En général, l'ictère seul dénote l'existence d'une hépatite aiguë. D'après les médecins qui ont exercé dans l'Inde, les affections du foie y sont fréquentes, tandis qu'à Paris on les observe rarement. Il est à regretter que le mémoire de M. Veillon n'établisse pas cette distinction.

M. Cherest répond qu'il tient de M. Veillon lui-même que les deux formes de maladie, aiguë et chronique, se rencontrent également à Valparaiso.

La Société, adoptant les conclusions du rapporteur, nomme au scrutin M. Cappon-Veillon membre résident.

Le secrétaire-général, Henry BLATIN, D.-M.-P.

CERCLE MÉDICAL DE FRANCE.

L'intérêt de la science, la dignité de l'art, et surtout le resserrement des liens de confraternité, tel est le triple but vers lequel les vœux sont unanimes. Animés de semblables sentiments, et convaincus qu'il suffit de vouloir pour que ces vœux cessent d'être stériles, un grand nombre de médecins se sont assemblés, et n'ont point voulu se séparer sans nommer une commission chargée de réaliser leurs désirs. Quelques mois se sont à peine écoulés, et déjà l'œuvre marche ; elle se réalise, elle est presque réalisée.

Le projet de règlement rédigé par les commissaires peut se résumer dans les propositions suivantes :

Il sera formé à Paris un Cercle qui portera le nom de *Cercle médical de France*, et qui se composera essentiellement de médecins ; cependant, et par exception, les personnes qui se sont distinguées dans les sciences ayant quelque rapport à la médecine pourront en faire partie. Le Cercle, placé au centre de Paris, réunira tous les avantages qui se rencontrent dans les Cercles en général; il contiendra en outre une bibliothèque scientifique, toutes les feuilles que publie la presse médicale et une salle de conférences. La cotisation annuelle a été fixée à un prix si modique que le moins favorisé de la fortune ne saurait en être écarté. En outre, le Cercle médical voulant former un même corps non pas seulement des médecins de Paris, mais des praticiens de toute la France, ces derniers, moyennant le quart de la cotisation annuelle, jouiront des mêmes droits que leurs confrères parisiens. Enfin, être médecin français ou étranger autorisé à exercer en France et jouir d'une réputation intacte, tels sont les seuls titres que le Cercle demande aux membres de la grande famille.

Près de deux cents médecins, parmi lesquels on compte des académiciens, des professeurs de la Faculté de Paris, y compris M. le doyen et des praticiens éminents, se sont empressés de souscrire.

Après de tels résultats que ne doit-on pas attendre d'une publicité qui les portera à la connaissance du corps médical ? Il est impossible que l'appel ne soit pas compris. Le monde, d'ailleurs, n'est déjà plus étranger à ce qui se passe : son bon sens l'avertit qu'il ne saurait être séparé des questions où il y a intérêt pour la science et pour les médecins. Encore quelques jours, encore quelques efforts, et le but est atteint.

NOTA. Les inscriptions d'adhésion seront reçues au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds, après la constitution du Cercle.

Première liste des adhérents au Cercle médical de France.

MM. Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*.
Cherest.
Audiganne.
Boinet,
Andrevetan.
Buet-Devillard.
Beaufort.
Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris.
Cisset.
Caffe.
Garnier (de Bagneux).
Ferrus, membre de l'Académie royale de médecine.
Decuve.
Lebreton.
Dondenne.
Humbert.
Isidore Bourdon, membre de l'Académie royale de médecine.
Miramont.
Pajot.
Serre (d'Alais), membre correspond. de l'Acad. royale de méd.
Norgeu.
Recurt.
Taillefer.
Amussat, membre de l'Académie royale de médecine.
Vernois, médecin du Bureau central des hôpitaux.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 58. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornbill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

Tumeur cancéreuse de la joue gauche. Ablation. Réunion de la muqueuse par deux points de suture entrecoupée, et de la peau par trois points de suture entortillée.

Au n° 54 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Frey (François), âgé de cinquante-quatre ans, journalier. Cet homme, d'une bonne constitution, a toujours joui d'une santé parfaite; il n'a jamais vu chez les membres de sa famille se développer de tumeurs analogues soit au sein, soit dans d'autres régions. Il y a deux ans environ qu'en se rasant il s'aperçut qu'il portait dans l'épaisseur de la joue gauche une petite tumeur dure, indolente même à la pression; elle était roulante sous le doigt, sans adhérence à la peau, et pouvait avoir alors la grosseur d'un pois. Un an plus tard, la tumeur conservait encore les mêmes caractères, mais elle avait acquis le volume d'une noisette.

Durant la deuxième année, la tumeur grossit encore, mais peu à peu. Enfin vers la fin de mars dernier, et à partir seulement de cette époque, le malade et les personnes avec lesquelles il vivait s'aperçurent que la tumeur acquérait un volume sensiblement plus considérable. Cette dernière circonstance décida cet homme à entrer à l'hôpital pour se faire opérer de cette tumeur. Il entra donc dans les salles de M. Jobert le 6 mai 1846.

Le 8 mai, on constate l'état suivant: la tumeur a maintenant la grosseur d'un œuf de poule; sa plus grande partie fait saillie à l'extérieur en soulevant la peau de la face, et l'autre partie fait saillie à l'intérieur de la cavité buccale en soulevant un peu la muqueuse. Cette tumeur développée entre la peau et la muqueuse de la joue gauche est située au niveau de la commissure labiale gauche, mais à un centimètre environ en arrière de cette commissure, au-dessous du bord inférieur de l'os malaire et à trois centimètres environ de l'angle de la mâchoire inférieure. Elle est dure, indolente même à une forte pression, sans adhérence au feuillet cutané. Aucun point de sa surface ne donne de fluctuation manifeste. La peau qui la recouvre ne présente aucune altération, et conserve même sa coloration habituelle.

La glande parotide du même côté, parfaitement distincte de la tumeur, n'offre aucun développement anormal, et son conduit excréteur, malgré ses rapports avec cette tumeur, continue à livrer passage à la salive. On ne remarque enfin aucune gêne dans les fonctions soit de la parole, soit de la mastication, de la déglutition, etc. Aussi le malade, dit-il très explicitement, que, s'il était persuadé que la tumeur restât toujours telle qu'elle est aujourd'hui, il ne consentirait jamais à s'en faire opérer.

L'état général est, du reste, très satisfaisant.

Le 12 mai, on procède à l'ablation de cette tumeur de la manière suivante:

Le malade, assis dans une chaise, la tête fixée par un aide, qui a le soin de comprimer en même temps l'artère faciale du côté gauche.

L'opérateur, armé d'un bistouri, circonscrit sur la tumeur un lambeau de peau, enfonce une érigne dans la tumeur et, la tirant à lui légèrement, il la sépare bientôt des tissus voisins; mais s'apercevant alors de l'existence d'une deuxième tumeur, qui, située plus profondément, remontait jusque derrière l'os de la pommette, il la saisit, l'enlève, en se voyant contraint d'intéresser toutefois la muqueuse buccale dans une petite étendue. Cette deuxième tumeur, en effet, adhérait intimement par un point de sa surface à la muqueuse, et ne put en être séparée quelque soin que l'on prît à cet égard.

L'ablation de la tumeur terminée, on s'occupa d'abord de lier quelques artérioles qui avaient été divisées; ceci fait, il restait à combler deux pertes de substance: l'une, longue d'un centimètre et demi environ, faite à la muqueuse buccale; l'autre, longue de quatre à cinq centimètres, pratiquée sur la peau de la face.

C'est alors que M. Jobert se décida à employer la suture entrecoupée pour rapprocher les lèvres de la plaie de la muqueuse; mais, pour en obtenir une réunion plus prompte, il voulut adosser entre elles les surfaces saignantes dans une assez grande étendue, et il y parvint de la manière suivante: Avec une aiguille courbe, il traverse deux fois une des lèvres de la plaie, d'abord de dehors en dedans, puis de dedans en dehors; il en fait autant sur l'autre lèvre, et termine en nouant le fil. Un second point de suture tout à fait semblable est encore pratiqué.

De cette manière, les surfaces saignantes de la muqueuse buccale sont en contact dans l'étendue d'un centimètre environ, et les bords libres de la plaie sont traversés en dedans du côté de la cavité buccale. Quant à la perte de substance de la peau, les lèvres de la plaie sont réunies à l'aide de trois épingles et de la suture entortillée. Un morceau d'agaric cératé est placé sur la plaie, quelques compresses et quelques tours de bandes servent à maintenir l'appareil du pansement. L'opéré est renvoyé à son lit et mis à la diète.

A la visite du soir, aucun phénomène de réaction n'est survenu; pas de céphalalgie; pas de chaleur à la peau; pas de fréquence du pouls. Le malade a bon appétit, et se plaint de n'avoir pris qu'un bouillon. Une salivation fort abondante est survenue peu de temps après l'opération, ce qui nécessite une expuition fréquemment répétée.

Le 13 mai, on enlève le premier pansement, et on le remplace par un pansement fait avec un linge cératé recouvert de charpie trempée dans l'eau de guimauve froide. La salivation est disparue, et aucun trouble fonctionnel général n'est survenu. Le malade, qui avait dormi pendant la nuit qui suivit l'opération, n'a pu goûter de repos dans la nuit du 13 au 14; une douleur peu vive mais continue, occupant la moitié gauche de la face l'en a empêché.

Le 14 au matin, on trouve, en effet, une légère tuméfaction et une teinte érysipélateuse qui occupent les bords de la plaie ainsi que la moitié correspondante des lèvres. Du reste, il n'existe encore chez ce malade ni céphalalgie, ni fièvre, ni nausées; en un mot, on n'observe point cette série de symptômes qui précèdent si fréquemment les érysipèles intenses.

Aussi est-on porté à penser que cette légère inflammation de la peau est plutôt survenue à la suite des épingles à suture que sous l'influence d'un état général, et qu'elle disparaîtra d'elle-même en enlevant les épingles.

M. Jobert enlève les trois points de suture entortillée; la réunion immédiate des lèvres de la plaie n'avait point eu lieu. Un peu de sang s'était accumulé dans l'épaisseur de la joue, on l'en expulse à l'aide d'une légère pression.

Les points de suture de la muqueuse buccale ne sont point tombés, et aucune communication n'est établie entre la plaie extérieure et la cavité buccale. Le malade n'ayant point eu de garde-robes depuis quelques jours, on prescrit: hydromel; pansement simple et deux bouillons.

Le 15 mai, la tuméfaction des bords de la plaie et des lèvres, loin d'augmenter, est au contraire notablement diminuée. Le malade a très bien dormi cette nuit; point de fièvre, point de céphalalgie, bon appétit. — Deux potages.

Le 16 mai, aucun accident n'est survenu; le malade se lève depuis deux jours. Tout fait espérer que, sans aucun phénomène de réaction, la réunion immédiate de la plaie de la muqueuse s'est opérée, résultat dû sans doute à la modification apportée par l'opérateur dans la suture entrecoupée. Quant à la plaie extérieure de la joue, son état satisfaisant et l'absence de toute complication donnent lieu de croire qu'une réunion par deuxième intention ne tardera point à s'établir.

Quoi qu'il advienne, cette observation nous a paru mériter l'attention pour deux points capitaux relatifs, l'un au diagnostic, l'autre à la médecine opératoire. En effet, si, comme il est arrivé chez ce malade, on ne peut s'accorder sur la nature d'une tumeur qui est enlevée, incisée en tout sens, examinée avec le plus grand soin et avec des yeux exercés à l'anatomie pathologique, on comprendra à plus forte raison combien de difficultés nous offre encore aujourd'hui le diagnostic des tumeurs sur le vivant.

Voici du reste la description succincte de cette tumeur:

Cette tumeur se divise en deux parties: l'inférieure, plus volumineuse, put être enlevée sans intéresser la muqueuse; l'autre, d'un moindre volume et remontant derrière l'os molaire, est encore recouverte d'une petite portion de la muqueuse à laquelle elle adhérait intimement.

La première tumeur, loin d'être adhérente à la muqueuse, en était séparée par des fibres musculaires rouges, qui, par leur direction transversale, paraissaient appartenir au muscle buccinateur.

Incisée, elle présentait un mélange de deux tissus: l'un est un peu dur, comme fibrineux, mais moins ferme et surtout plus injecté que ce dernier; de plus, à la pression, il s'en écoule quelques gouttelettes d'un liquide blanc opaque. L'autre est disposé comme en foyers remplis d'une substance non compacte, grumeleuse, s'écrasant sous le doigt et d'une coloration rouge.

Cette dernière espèce de tissu entre seule dans la composition de la deuxième tumeur.

A ces caractères, M. Jobert regarda cette tumeur comme

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Séance annuelle de l'Institut. — Discours de M. Arago. — L'éloge et la biographie. Les beaux jours Montyon sont passés. — Les dentistes et la Cour de cassation. — *Puffistes* inédits. — *Lisez l'Époque.* — Polémique affligeante. — M. Raspail et ses dénonciateurs. — Question grave de presse. — La discussion sur la peste. — Impatience des prétendants.

Sous l'élégante coupole du palais de l'Institut, un auditoire d'élite, tout émaillé de jolies femmes, s'était réuni lundi dernier. Il ne s'agissait pas cependant de ces retentissantes solennités littéraires où le beau monde parisien se précipite avec ardeur. Ce n'était pas pour entendre un poète aimé, un littérateur célèbre, un homme politique éminent. Non; l'Académie des sciences tenait sa séance annuelle; on devait entendre l'éloge d'un géomètre illustre prononcé par un astronome, par M. Arago; et ce programme, tout sérieux, tout austère qu'il fût, n'a pas empêché une foule compacte et distinguée d'envahir jusqu'aux derniers recoins l'amphithéâtre et les tribunes. Ce succès d'empressement prouve toute la popularité de M. Arago, même en dehors du monde savant proprement dit. L'hémicycle réservé à l'Institut était, en effet, rempli par les représentants des cinq académies; et dans l'auditoire, des noms célèbres dans les lettres et dans les arts, étaient indiqués et remarqués par le public.

M. Arago avait à faire l'éloge de Monge; je dis éloge, et c'est à tort; ce mot, ambitieusement académique, M. Arago le répudie pour lui substituer celui qu'il croit plus modeste de biographie. Dans cette simple substitution de mots, il y a tout un système. Qui dit éloge, éloge académique surtout, dit discours pompeusement paré, périodes abondantes, élévation constante du style, forme apprêtée et visant à l'effet littéraire. L'éloge se prête peu au récit des actions intimes et familières de la vie; dès l'abord, il pose son héros sur un piedestal et ne l'en fait plus descendre; s'il montre l'homme, ce n'est qu'à travers le nuage parfumé de l'encens; c'est surtout le drame des émotions, l'éclat de la vie publique qu'il cherche à reproduire, et la solennité des actions ne peut s'accommoder que de la solennité du récit, de la pompe des images, d'une certaine majesté de style et de diction.

La nature des facultés de l'illustre secrétaire perpétuel l'éloigne complétement de cette forme apprêtée et solennelle. Son esprit chercheur se plaît aussi bien dans les intimes détails de la vie privée que dans l'histoire de la vie publique. Ce qu'il cherche avant tout, c'est la vérité, la ressemblance; l'homme tout entier dans sa grandeur comme dans ses misères, avec son courage comme avec ses défaillances, sur le grand théâtre des événements du monde, comme dans le cercle rétréci de l'amitié et de la famille, M. Arago cherche à tout rappeler, à tout caractériser. Aussi, son récit emprunte-t-il aux circonstances diverses des couleurs variées; tantôt grave et élevé comme l'histoire, tantôt simple et anecdotique comme une chronique, jamais uniforme et monotone, toujours intéressant et instructif. Les notices de M. Arago sont des études biographiques faites avec la maturité et la conscience du savant, le soin et le fini de l'artiste, la liberté et l'indépendance de l'historien, le courage et l'austérité du citoyen. Donc, rien d'étonnant que la foule se presse quand la bonne fortune lui est offerte d'entendre M. Arago. Elle sait que l'orateur se tirera avec un bonheur infini des difficultés considérables de sa position; que devant cet auditoire complexe et composé d'éléments aussi hétérogènes, il se fera écouter et comprendre de tous; qu'aux savants, il tiendra un langage digne de la science; qu'aux littérateurs et aux poètes, il fera aimer la science par la lucidité extrême de son exposition; qu'aux femmes mêmes, il arrachera quelque gracieux sourire, quelque sympathique approbation en faveur des savants par quelque touchant récit qui mettra à nu le côté humain de leur nature.

Tous ces succès, M. Arago les a obtenus lundi dernier dans sa biographie de Monge; et, quoique son discours ait duré plus de trois heures, l'auditoire a supporté cette longue séance sans fatigue et sans ennui.

Ce discours avait été précédé par la proclamation des prix. L'Académie s'est montrée très parcimonieuse, cette année, à l'endroit de la médecine et de la chirurgie. Comme autrefois, la riche dotation Montyon n'a pas versé ses trésors sur notre science; la part qui lui a été faite est assez maigre, et jamais je n'avais vu d'aussi piètres récompenses. On assure que les largesses des années précédentes ont produit un déficit qu'il faut absolument combler; et c'est surtout sur la dotation relative aux sciences médicales que l'économie a dû porter. J'espère, pour les nombreux concurrents de l'année prochaine, que le déficit sera couvert.

— La Cour de cassation, persévérant dans sa jurisprudence, vient de casser un arrêt de la Cour royale de Paris, qui déclarait exercice illégal de la médecine l'art du dentiste pratiqué par des personnes non pourvues de titres légaux. Ainsi, d'après la Cour suprême, tout individu peut exercer cette branche de l'art, il est loisible à tous d'ouvrir un cabinet de dentiste, car la loi, dit l'arrêt, n'a rien prévu à cet égard, et les maladies dentaires ne sont pas des maladies qui exigent l'étude et l'observation exigées par les autres. On conçoit à peine qu'une pareille interprétation ait pu être donnée par des jurisconsultes aussi éminents. J'ai idée que la denture de ces messieurs est dans un parfait état de conservation; assurément des mâchoires souffrantes n'eussent pas rendu un pareil arrêt. Voilà donc une prime donnée à cette publicité effrénée, dont certain mécanicien exotique fait le plus incommensurable usage. C'est véritablement effrayant jusqu'où ces messieurs poussent l'art de la réclame. L'un fait courir dans Paris une espèce de groom à livrée éclatante, portant une sacoche en cuir verni sur laquelle une élégante plaque en cuivre laisse lire le nom et l'adresse du dentiste son maître. Cette annonce ambulante se rencontre surtout dans les plus beaux quartiers de la ville; on le voit entrer dans les plus somptueux hôtels où sa discrète main dépose avec mystère un pli armorié renfermant un prospectus ébouriffant. N'avez-vous pas vu, dans des journaux récents, que ce brave Ibrahim-Pacha a servi de réclame à l'un de ces industriels? S. H. aurait accepté, disait un *puff* énorme, la dédicace d'une encyclopédie dentaire!... Un autre pousse la galanterie jusqu'à envoyer des voitu-

étant de nature maligne, de nature cancéreuse, s'appuyant sur sa consistance, son injection et l'espèce d'ichor qui s'en écoulait.

Bien que le plus grand nombre des personnes qui examinèrent cette tumeur partageassent l'opinion de M. Jobert, quelques autres cependant hésitèrent à regarder cette tumeur comme de nature cancéreuse, et pensèrent qu'elle pouvait n'être que le résultat d'une hypertrophie des glandules salivaires si abondantes dans l'épaisseur de la joue.

A l'appui de cette opinion, elles faisaient valoir que la tumeur adhérait à une portion de la muqueuse et que le liquide qui s'en écoulait à la pression leur semblait être le produit altéré d'une sécrétion glandulaire.

Quoi qu'il en soit, la présence d'un tissu altéré, dégénéré était évidente, et son ablation parfaitement indiquée. Ajoutons, enfin, que l'état peu avancé de la dégénérescence cancéreuse, en admettant même qu'elle existât, permet d'espérer de cette opération un heureux résultat.

Quant à ce qui a trait au mode de réunion employé pour combler la perte de substance faite à la muqueuse buccale, pour en faire ressortir les avantages, nous ne pouvons mieux terminer qu'en citant une des deux propositions consignées dans l'excellente thèse du docteur Vaussin, ancien interne et lauréat des hôpitaux.

« Dans les opérations autoplastiques, le succès dépend de » l'étendue des surfaces avivées; il faut, en un mot, affronter » des surfaces saignantes et non pas des bords, éviter en » même temps le tiraillement des lambeaux. C'est là, je » crois, l'explication des belles cures obtenues dans ces der» niers temps par M. Jobert dans le traitement de l'anus anor» mal, des fistules urinaires de l'homme et de la femme. » (Vaussin; Thèse; mars 1846.)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Traitement chirurgical du croup.

(Suite et fin.)

Soins consécutifs à l'opération de la trachéotomie. — C'est de ces soins que dépend presque tout le succès. Nous avons dit précédemment que lorsque la trachéotomie a été ouverte, et que des tentatives suffisantes ont été faites pour retirer les lambeaux de fausses membranes accessibles aux instruments, on place une canule.

A ce propos, nous devons revenir en peu de mots sur la description de la canule de M. Bretonneau, et rendre une justice complète au chirurgien qui le premier, dans ces derniers temps, a remis en honneur l'opération si importante sur laquelle nous avons présenté quelques considérations.

La canule dont M. Bretonneau est l'inventeur, est sans contredit l'instrument le plus ingénieux, et qui remplit le mieux toutes les indications. Elle est composée de plusieurs pièces, et c'est là, nous devons le dire en passant, l'un de ses inconvénients; nous aurions presque dit le seul de ses inconvénients. Cette canule est composée de trois pièces; d'abord, deux gouttières ou demi-cylindres pouvant s'engager l'un dans l'autre dans toute leur longueur, et rester maintenus en rapport au moyen d'une double mortaise. Chacune de ces deux gouttières présente à son extrémité postérieure, ou tracheale, un petit crochet large, en forme de pied de botte, formant un angle droit avec la gouttière. Ce crochet se trouve répété à l'extrémité antérieure ou externe. Sur l'une des gouttières existe une mortaise, et sur l'autre un tenon destiné à se loger dans la mortaise correspondante. Cette double disposition permet aux deux pièces, dont elle facilite l'enchevêtrement, de ne plus former qu'une seule pièce, consistant en un cylindre creux complet.

Lorsque l'ouverture trachéale est pratiquée, et que l'on veut placer la canule, on introduit d'abord le demi-cylindre inférieur, en le présentant à l'ouverture par le pied de botte qu'il présente à son extrémité. Ensuite la pièce supérieure se glisse perpendiculairement dans la gouttière précédente, et lorsque le pied de botte que présente cette seconde pièce se trouve engagé dans la trachée, on ramène les deux pièces parallèlement, et l'on engage les tenons de l'une dans les deux mortaises de l'autre. On conçoit que les deux pieds de botte des extrémités trachéales empêchent la canule d'être expulsée, quels que soient les efforts de toux; mais on comprend aussi que cette canule puisse s'enfoncer un peu trop, et aller s'appliquer contre la paroi postérieure de la trachée. Pour parer à cet inconvénient, M. Bretonneau a imaginé un manchon en liége entouré d'un cercle métallique, percé dans son centre de manière à embrasser la canule exactement, et mobile d'arrière en avant et d'avant en arrière, à la volonté du médecin. Suivant que la plaie est plus ou moins tuméfiée, l'on pousse ou l'on retire ce manchon, de manière à fixer solidement la canule, les parois de la trachée se trouvant ainsi comprises entre le bied de botte, en arrière, et le manchon en avant. Muni de son manchon, la canule ne peut toucher la paroi postérieure de la trachée; de cette façon, si le passage de l'air se rétablit dans le larynx, la respiration redevient normale, sans que l'on soit obligé d'enlever la canule, qui ne s'oppose point au passage de l'air.

La troisième pièce de l'apparail est une canule méplate, qui présente dans ses parois une certaine élasticité, qui peut s'introduire dans le cylindre creux formé par la réunion des deux gouttières. Cette troisième partie a l'avantage de pouvoir être retirée pour être nettoyée lorsque la canule se trouve obstruée par des mucosités concrètes. Il y a vingt-cinq ans que M. Bretonneau a inventé et fait exécuter cette canule, et, sauf le désavantage qu'elle a de présenter plusieurs pièces, elle n'a point encore été remplacée par un appareil plus complet, plus ingénieux, plus disposé pour toutes les éventualités. Que les fausses membranes soient dans le larynx ou dans la trachée, on pourra également introduire des baleines munies d'éponge, et les passer dans toute l'étendue du tube aérien sans heurter l'extrémité de la canule. Mais nous ne saurions trop le répéter, un des grands avantages de cet appareil est celui-ci, que l'on peut s'assurer, sans retirer la canule et en la fermant momentanément, soit avec le doigt, soit avec un bouchon, si le passage de l'air est rétabli dans les voies aériennes supérieures.

Après les avantages immenses et incontestables de la canule ingénieuse de M. Bretonneau, nous devons rappeler brièvement les légers inconvénients qu'elle présente. C'est, nous l'avons déjà dit, qu'elle est formée de plusieurs pièces et assez difficile à expliquer; c'est ensuite qu'il est nécessaire de faire une incision bien exactement proportionnée au volume du cylindre qu'elle représente: trop petite, elle ne peut être placée; trop grande, les crochets de l'extrémité trachéale seraient exposés à sortir entre les lèvres de la plaie; et la canule ne saurait être solidement fixée. Nous avouons que tout en rendant la plus entière justice à l'ingénieuse invention de M. Bretonneau nous préférons dans la plupart des cas nous servir de la canule recourbée, à double cylindre, imaginée par M. Rousseau, de laquelle nous avons précédemment décrit la disposition, et à laquelle nous avons fait adapter un pavillon très large. Ce pavillon permet de placer pour maintenir l'instrument un ruban de fil très large, et l'empêche d'entrer dans la plaie.

Une fois l'opération chirurgicale terminée et l'instrument en place, il s'agit de mettre l'enfant dans des conditions hygiéniques favorables à la guérison de la maladie.

Ces conditions sont les suivantes:

La transpiration doit être assez élevée, mais douce, sans trop de sécheresse. Il ne faut pas que l'air de la chambre d'un malade dont la trachée artère est ouverte, soit trop chaud et trop sec. Pour le rendre suffisamment humide, il est bon, comme l'ont conseillé quelques auteurs, de faire évaporer de temps en temps dans les chambres, plusieurs fois dans la journée, des décoctions émollientes; de racine de guimauve, par exemple. Quelques médecins ont conseillé les fumigations émollientes directes; le point le plus difficile, l'indication la moins aisée à remplir, c'est d'avoir toujours une température convenable; pour arriver à ce résultat, nous avons depuis longtemps conseillé le moyen suivant, bien simple et cependant d'une efficacité incontestable, dont nous ne saurions trop recommander l'usage. C'est de placer au-devant du cou, sans le serrer, un de ces cache-nez en gros tricot de laine, très léger, à mailles fort larges. Par ce moyen, l'air n'arrive pas directement et froid dans la canule trachéale; mais il arrive en dessus et en dessous le long du cou de l'enfant, et de cette façon la nappe d'air qui sert à la respiration s'échauffe toujours plus ou moins le long des téguments du cou.

La sécheresse de l'air inspiré par le malade est une cause de concrétion prompte des mucosités bronchites dans la canule, et oblige à la nettoyer fréquemment. S'il n'y avait que cette nécessité de nettoyer souvent le tube métallique, le mal ne serait pas grand; mais on risque, en introduisant une éponge mouillée, de repousser dans la trachée quelques-unes de ces concrétions, et de déterminer des accidents graves. Nous conseillons donc de ne jamais écouvillonner la canule avec une éponge, mais de retirer la canule interne. Lorsque l'on juge convenable d'écouvillonner la trachée, il faut se servir de baleines très flexibles et très fines, dans la crainte de léser la muqueuse des voies aériennes si l'on se servait de baleines trop grosses et trop rigides. A ce propos disons, en passant, que la baleine large, en spatule et coudée, munie d'une éponge, et dont on se sert pour cautériser le pharynx et l'épiglote, est de l'invention de M. Bretonneau.

Il est des cas dans lesquels des concrétions se forment non pas seulement dans la canule, mais dans la trachée elle-même, où elles constituent des noyaux durs de véritables corps étrangers. Il faut alors retirer les deux canules, maintenir les lèvres de la plaie béantes et écartées, faire tousser le malade à plusieurs reprises. Cette précaution suffit souvent et vaut mieux à coup sûr que d'écouvillonner le tube aérien. Ce n'est que lorsque ces concrétions durcies ont été expulsées que l'on doit passer l'éponge humide dans l'intérieur de la trachée.

Quelquefois après l'opération, et les fausses membranes une fois enlevées, il s'en produit de nouvelles. Si, comme il peut arriver, ces fausses membranes sortent facilement par l'ouverture et par la canule, il ne faut rien faire, et laisser agir la nature.

Nous avons donné nos soins à une petite fille qui, après avoir subi l'opération de la trachéotomie, rendit en cinq ou six jours plein un petit verre à liqueurs de fausses membranes. Nous avons dit encore que, pendant les premiers temps, MM. Bretonneau et Trousseau avaient l'habitude d'employer des solutions très concentrées de nitrate d'argent pour cautériser la muqueuse laryngienne et trachéale. C'est une méthode à laquelle ils ont depuis renoncé dans la plupart des cas, et maintenant ils se contentent de solutions beaucoup plus faibles.

A quelle époque convient-il de retirer la canule? Si, au bout de quelques jours, vous voyez sortir par la canule des mucosités bronchiques de bonne nature, la matière d'une expectoration muqueuse sans aucun mélange de fausses membranes; si l'enfant respire bien par le larynx, ce dont on s'assure en bouchant momentanément la canule ou en la retirant, il est indiqué de fermer la plaie.

Pour notre part, nous ne l'avons jamais fait avant le dixième jour; M. Trousseau dit avoir pu retirer l'instrument le troisième ou le quatrième jour. Cet auteur conseille également de ne point enlever la canule de suite et brusquement sans avoir habitué le malade à respirer de nouveau par le larynx. A cet effet, il bouche ou enlève la canule pour la première fois pendant une heure au plus; quelques heures après, on recommence mais plus longtemps. Si la respiration reste facile, on enlève définitivement l'appareil.

Faut-il chercher à rapprocher les lèvres de la plaie? Nous avons dit que cela nous paraît impossible. Une plaie qui a suppuré ne pourra jamais se réunir par première intention; de plus, si l'on applique des bandelettes agglutinatives, les mucosités qui s'échapperont par la plaie les auront bientôt soulevées et décollées. En peu de jours, d'ailleurs, les lèvres de la solution de continuité seront rapprochées presque complétement, et la formation des bourgeons charnus achèvera la

---

res à ses clients. Nous avions déjà vu un chapelier qui payait l'*omnibus* à ses pratiques; voilà comme tout se perfectionne.

— Mais que dis-je! et pourquoi m'irriter contre ces scandales infimes, quand de plus déplorables exemples sont donnés dans des régions plus élevées? *Lisez l'Epoque*, vous dirai-je, mais avec douleur, et vous y trouverez la polémique la plus triste, la plus affligeante entre deux spécialistes, polémique réelle ou supposée — car les opinions sont partagées sur ce point — qui dépasse tout ce que nous avions vu jusqu'alors. Quoi! toutes ces présentations académiques n'étaient donc qu'un premier pas vers une publicité plus retentissante? Et ces atteintes à la réalité de l'art, à la dignité professionnelle, à l'union confraternelle, faut-il qu'elles partent d'hommes que l'opinion publique entourait jusqu'ici d'estime et de considération? L'honneur de notre corporation vous en conjure, messieurs; ne portez plus devant le public étonné vos récriminations injurieuses, vos accusations réciproques, vos réclamations plus ou moins légitimes. Vous ne pouvez que perdre vous-mêmes dans cette triste exhibition de nos misères intérieures; faites que la presse médicale n'ait pas à intervenir plus énergiquement dans ces affligeants débats.

— Un autre scandale judiciaire se prépare à la sixième chambre, c'est l'affaire de M. Raspail poursuivi pour exercice illégal de la médecine sur la plainte portée par l'association des médecins de Paris. On sait que M. Raspail a obtenu la remise de sa cause et la comparution de ce qu'il appelle ses dénonciateurs; or, ceux-ci ne seraient autres que les membres du bureau de cette association, c'est-à-dire MM. Orfila, Fouquier, Perdrix et Vosseur, président, vice-président, secrétaire-général et trésorier de cette compagnie. Une affaire pendante devant la justice exige toute réserve de la part de la presse, et je n'ai nulle envie d'aggraver la position d'un inculpé. J'attendrai donc les développements et la terminaison de cette affaire pour dire mon sentiment sur le côté moral de la question indépendamment de son côté légal que j'abandonne aux avocats.

— Il se passe à Montpellier un fait grave qui intéresse la presse tout entière et dont j'ai été invité à dire quelques mots à mes lecteurs. Voici ce fait dans toute sa simplicité: M. le docteur Chrestien est rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Montpellier*; en cette qualité, il a publié un article sur un concours de cette Faculté, article dans lequel les juges de ce concours se sont trouvé diffamés. M. Chrestien est aussi agrégé de la Faculté; or, les juges qui se trouvent diffamés, au lieu de citer M. Chrestien, journaliste, devant les tribunaux ordinaires, n'ont vu que M. Chrestien, agrégé, et l'ont cité, en vertu des décrets impériaux, devant le Conseil académique. J'ignore au moment actuel les résultats de cette citation.

Je dis que si cette citation est légale, que si M. Chrestien peut encourir et subir une condamnation académique quelconque pour le fait qui lui est imputé comme journaliste, cette législation est la plus perfide, la plus dangereuse et la plus draconnienne des législations, et qu'à l'égard de la liberté de la presse tout membre de l'Université est placé hors du droit commun. La Charte dit que tout Français a le droit de publier ses opinions en se conformant aux lois. Pour les membres de l'Université, il paraît qu'il est sous-entendu qu'ils se conformeront aussi aux décrets impériaux qui régissent l'Université. La Charte a aboli les tribunaux exceptionnels; mais non pas à ce qu'il paraît pour les membres de l'Université, qui, même en dehors de tout acte universitaire, ont perdu sans retour leurs droits de citoyen et ne sont justiciables que des conseils académiques. On voit qu'il s'agit donc de savoir si en publiant un journal M. Chrestien a fait un acte de citoyen qui le place dans le droit commun, ou s'il a fait un acte universitaire qui le rend justiciable des décrets impériaux. Quelle que soit l'issue de cette affaire, la question demande à être examinée avec soin; elle touche, en effet, à des intérêts considérables, car si les prétentions de messieurs de Montpellier étaient fondées, il n'est peut-être pas un seul journal de médecine qui n'en reçût une perturbation plus ou moins grande par les appréhensions qu'elles pourraient jeter parmi leurs collaborateurs attachés à l'Université. Nous attendons la nouvelle des résultats de ce procès singulier; annonçons seulement à M. Chrestien qu'ici nous ne lui ferons pas défaut dans la lutte qu'il soutient contre une législation exorbitante. Nous ne prétendons pas apprécier le fond même de la plainte et excuser ou blâmer l'article qui est en cause. La question seule de juridiction nous intéresse, c'est celle aussi que nous nous proposons d'examiner lorsque le jugement du Conseil académique de Montpellier nous sera parvenu.

— C'est demain mardi que l'Académie de médecine commence la discussion du rapport sur la peste et les quarantaines. Cette discussion sera longue, j'en préviens le public. M. Dubois (d'Amiens), qui est le premier inscrit, croit que son discours emploiera toute la première séance. M. Rochoux, qui est le second, sera plus court; mais M. Pariset a préparé un long mémoire; bonne fortune dont nous nous réjouissons tous. Nous ferons ici tous nos efforts pour reproduire impartialement toutes les opinions, nous réservant toujours notre droit d'examen et d'appréciation.

Pendant cette discussion, que deviendra l'élection nouvelle, et que fera l'Académie pour ces prétendants nombreux à la banquette vacante? Nul ne le sait encore, et c'est ce qui désole l'impatience légitime de ces prétendants. Un peu de patience, messieurs, la nomination sera toujours trop prompte pour ceux à qui le scrutin prépare une amère déception.

Jean RAIMOND.

Voici une nouvelle dont nous ne garantissons pas l'exactitude:

Un jeune ménage, demeurant à Madrid, avait un enfant nouveau-né que sa mère allaitait. Insensiblement cette femme, qui pourtant était d'une constitution robuste, commença à dépérir d'une manière inquiétante. Il était question pour elle de renoncer à nourrir. Une nuit le mari ayant entendu du bruit dans l'appartement se leva, et, la chandelle à la main, il fit la visite de l'appartement; on pourra juger de sa stupeur lorsque, s'approchant du lit où sa femme reposait, il vit une couleuvre qui humait avec délices le lait destiné au nourrisson.

La couleuvre s'enfuit aussitôt. Le mari dès le lendemain, n'ayant pas pu trouver l'animal, s'empressa de déménager.

guérison.

Lorsque, par une circonstance quelconque, l'incision se trouve, au moment où l'on vient de la faire, être trop grande pour le placement de la canule, on place à la partie inférieure de la plaie une ou deux épingles, et l'on cherche à réunir cette portion de la solution de continuité par première intention. Nous avons eu plusieurs fois recours avec succès à ce mode de procéder.

Avant de terminer, disons que le croup est une affection tellement grave, si constamment mortelle, que souvent on devra recourir à l'opération sans attendre que la maladie soit arrivée à la dernière période. « Tant que la trachéotomie, dit M. Trousseau, a été dans nos mains une arme presque toujours infidèle, j'ai dit : Il faut la pratiquer le plus tard possible; mais maintenant que je compte de nombreux succès, je dis : Il faut la pratiquer le plus tôt possible; et cette époque doit être celle où, par les indications connues, il ne reste plus aucune chance de succès. » Nous partageons l'opinion de M. Trousseau, et nous croyons qu'il ne faut jamais reculer devant l'opération. En effet, sur cent trente-six opérations qu'il a faites, M. Trousseau a sauvé trente deux enfants, à peu près un sur quatre. Sans avoir été aussi heureux que ce professeur, nous pensons être, après lui, le chirurgien qui ait fait le plus grand nombre d'opérations de trachéotomie dans le cas de croup, et, sur trente-six cas, nous avons obtenu quatre fois un succès complet. Ces résultats sont assez beaux pour faire une loi au médecin de pratiquer la trachéotomie dans les cas de croup, et de tenter la dernière chance de salut plutôt que de laisser fatalement et inévitablement succomber un enfant atteint de cette terrible affection.

Fracture des deux os de l'avant-bras.

Au numéro 19 de la salle Saint-Côme a été couché un garçon de treize à quatorze ans, qui nous a présenté un de ces faits malheureux que l'on rencontre quelquefois dans la pratique. Il avait fait une chute, et s'était fracturé les deux os de l'avant-bras droit. Un médecin de la ville qui fut appelé sur-le-champ, appliqua immédiatement l'appareil de la fracture d'avant bras, appareil qui, d'après ce qui nous a été raconté depuis, ne paraît pas avoir été l'appareil convenable; on nous a dit, en effet, que le médecin avait commencé par entourer le membre d'un bandage roulé, sur lequel il plaça des attelles de carton correspondant à la face antérieure et à la face postérieure du membre. A la suite de ce pansement, le médecin dont nous parlons resta deux jours sans venir voir le blessé. Ce ne fut que le quatrième jour qu'il vint lever l'appareil. Il trouva une partie de l'avant-bras gangrenée; la main était bouffie, énormément tuméfiée; les doigts immobiles. On fit des pansements simples avec le cérat, et le malade nous fut apporté quinze jours après l'accident.

Au moment où nous vîmes le blessé pour la première fois, nous pûmes constater un sphacèle fort étendu dans divers points de la peau de l'avant-bras, principalement à la partie antérieure, sphacèle s'étendant à la masse musculaire. Il y avait immobilité des doigts, insensibilité complète, et anesthésie de la main, dans laquelle on pouvait, sans que le malade en eût la conscience, enfoncer profondément des aiguilles. D'après cet ensemble de phénomènes, nous portâmes un pronostic des plus graves. Nous n'avions ici cependant qu'une seule indication à remplir : faciliter la chute des eschares, et attendre. L'amputation du bras était une dernière ressource à laquelle nous ne devions point recourir encore. Une fois les eschares tombées, nous pûmes juger la profondeur de la gangrène; le corps des muscles était sphacélé, complétement détruit; il ne restait que les tendons, et aujourd'hui l'on conçoit que toute espèce de mouvement soit impossible; l'avant-bras, extrêmement mince, n'est formé que des os, des tendons et des téguments. L'insensibilité persiste dans les doigts, la main entière et la partie inférieure de l'avant-bras.

Ce cas, des plus malheureux, doit vous mettre en garde contre les applications trop hâtives d'appareils à fractures, et contre le danger d'une constriction trop forte après une fracture toute récente. Il y a des chirurgiens qui pensent qu'il faut appliquer l'appareil immédiatement après la fracture. D'autres croient qu'il vaut mieux attendre pendant quelques heures, quelques jours même. Ce sont des accidents de cette nature qui nous ont fait dire que, si l'on applique l'appareil le premier jour, et nous croyons que, comme règle générale, c'est une bonne méthode en ce qu'elle prévient la déchirure du périoste, il faut ne le placer que d'une manière contentive; on doit éviter de le serrer, une constriction trop forte pouvant avoir pour résultat, comme dans le cas actuel, la production d'une gangrène des parties molles qui environnent la fracture. Du reste, et quelle que soit la règle de conduite que l'on croie devoir adopter, si le malade souffre, il faut lever l'appareil dans la journée même. Dupuytren, qui a donné tant et de si beaux exemples, revenait souvent dans la journée visiter à l'Hôtel-Dieu les malades auxquels il avait appliqué le matin un appareil à fracture.

Enfin, comme dernière remarque relative au fait actuel, nous vous ferons observer la mauvaise méthode qui avait été suivie dans l'application de l'appareil actuel. On avait commencé par placer une bande roulée autour de l'avant-bras. Il est évident qu'une pareille manière de procéder a l'immense inconvénient de rapprocher les fragments des deux os en détruisant l'espace interosseux. On sait, et nous n'avons pas besoin de vous le rappeler, qu'il est toujours indiqué, peut-être moins impérieusement, il est vrai, chez l'enfant que chez l'adulte, de placer des compresses graduées sur l'espace interosseux au-dessous des attelles, pour maintenir les deux os de l'avant-bras à une distance normale l'un de l'autre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance de mars 1846. — Présidence de M. Gaide.

M. Mialhe développe ses idées sur la théorie des purgatifs et sur les conséquences pratiques qui en découlent. — Parmi les substances purgatives, les unes, dit-il, n'agissent qu'à hautes doses, telles que la manne, les huiles, etc.; d'autres, comme certains sels, agissent à faibles doses. Les unes purgent promptement, les autres longtemps après leur administration. Les premières sont très actives, actives par elles-mêmes et irritantes : les secondes ne doivent le développement de leurs propriétés qu'aux réactions qu'elles déterminent sur l'économie. Ainsi, par exemple, l'huile de croton tiglion est directement active, tandis que la magnésie, le calomel, les résines, etc., n'agissent que lentement et après combinaison. Si donc on veut déterminer l'effet purgatif en même temps sur l'estomac et sur le tube intestinal, il ne faut pas choisir les résines qui n'ont d'action que sur cette dernière partie du tube digestif; et, si l'on veut éviter une action irritante sur la muqueuse, l'huile de croton tiglion ne doit pas être prescrite.

Les purgatifs salins agissent directement par eux-mêmes sans avoir besoin de subir de transformation dans les organes qu'ils parcourent; les résines, au contraire, telles que le jalap, la scammonée, la gomme gutte, toutes substances qui n'exercent point d'action sur l'estomac, se transforment lorsqu'elles sont mises en contact par leur séjour dans les intestins avec les sucs alcalins qu'ils contiennent. La gomme gutte, par exemple, qui est insoluble dans la salive et par conséquent insipide, n'est point absorbée dans les premières voies. Elle les traverse sans les irriter et sans produire l'effet purgatif. Elle devient au contraire très soluble, sapide et purgative lorsqu'elle a le contact des sucs intestinaux qui sont alcalins. Mais si à la gomme gutte, tout à l'heure insipide, on ajoute un alcali, elle devient très sapide, purge l'estomac pour lequel elle était auparavant inoffensive et produit le vomissement. Si on ajoute à une dose de jalap, qui est insipide, une certaine proportion de carbonate alcalin, sa saveur devient âcre et se rapproche beaucoup de celle de l'huile de croton tiglion.

Le calomel introduit dans nos organes y produit toujours du sublimé, quoiqu'il agisse à la manière des purgatifs. C'est au moment de la transformation que l'effet évacuant se développe. Une partie du sel est constamment absorbée.

M. Mialhe parle incidemment des préparations ferrugineuses, et fait remarquer que les plus efficaces sont les plus solubles, pourvu qu'elles soient précipitables par les alcalis du sang. Celles là sont absorbées, passent dans l'économie, et y modifient les éléments du système sanguin. Les moins solubles sont éliminées et rejetées par les urines.

M. Ségalas ramenant l'intéressante communication de M. Mialhe sur les purgatifs, demande l'explication de la théorie relative à l'action de ces médicaments qui tantôt agissent directement, tantôt après leur combinaison avec les sucs intestinaux.

M. Mialhe répond que le purgatif agit au moment où l'absorption a lieu, et que pour que cette absorption se fasse, il faut que le médicament arrive en nature, c'est-à-dire non dissous, dans la partie où son effet doit se produire. La même substance sera tantôt vermifuge, tantôt purgative : vermifuge si elle n'est point absorbée; purgative si son absorption a lieu.

M. Mercier pense que si quelques purgatifs agissent par suite de leur absorption, certains autres au contraire n'agissent que là où ils déterminent une irritation, et l'on sait que l'irritation provoque une sécrétion plus ou moins abondante qui s'oppose à ce que le médicament puisse être absorbé. L'aloès, qui fait expulser beaucoup de bile, n'agit-il pas en provoquant dans le duodénum et le voisinage du foie, où se rencontre beaucoup d'alcali, une irritation sécrétoire?

Quant au calomel, il purge au moment où il se transforme en sublimé, et par conséquent en une substance irritante.

M. Ségalas pense comme M. Mercier que l'irritation produite par un médicament provoquant une sécrétion, s'oppose sinon complétement, du moins en grande partie à l'absorption de la substance médicamenteuse.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire-général, Henry Blatin, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Perforation de l'appendice cœcal suivie d'abcès et de péritonite. — Ce fait, dû au docteur Paterson, et que nous extrayons du Journal des Connaissances médicales pratiques, est un exemple fort remarquable de ces cas de perforation de l'appendice qui ont été signalés en si grand nombre depuis quelques années par la presse médicale, et qui, malgré le soin avec lequel ils ont été le plus souvent rapportés, n'ont cependant pas encore suffisamment occupé l'attention des praticiens sur leur fréquence, sur les conditions dans lesquelles ils se présentent, et spécialement sur le mécanisme de la perforation dans la plupart de ces cas.

Le fait rapporté dans cette communication est celui d'une jeune fille qui, au milieu de la plus belle santé, fut prise d'une légère douleur dans l'hypocondre droit, laquelle augmenta en descendant dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et sensation d'une tumeur circonscrite, plus distincte dans la région cœcale. Sous l'influence d'un vésicatoire appliqué sur ce point, et d'un traitement par le mercure, elle allait beaucoup mieux et était regardée comme en complète convalescence, quand le douzième jour elle fut prise des symptômes les plus graves d'une péritonite par perforation, terminée le lendemain par la mort. A l'autopsie on trouva, outre une grande quantité de pus dans l'abdomen et des adhérences récentes entre les intestins, les traces circulaires d'une cavitée placée entre le cœcum et la paroi antérieure de l'abdomen, et qui semblait avoir contenu du pus depuis plusieurs jours. On rencontra aussi une petite concrétion d'apparence terreuse, mais qui, en réalité, était composée de poils agglutinés et de mucus, près de l'appendice du cœcum, qui lui offrait à son extrémité une petite ouverture par laquelle la pression sur le cœcum déterminait la sortie de bulles d'air. Tout le tissu cellulaire qui entoure le cœcum et l'appendice vermiforme était enflammé et infiltré. Cette communication est terminée par une intéressante discussion entre deux médecins, qui ont suivi la malade, sur la cause du développement de ces accidents mortels, dont l'un la trouverait dans l'abcès dont on a observé les traces en avant du cœcum, lequel abcès, en s'ouvrant dans l'abdomen, aurait déterminé une péritonite générale; tandis que, pour le second, la cause première aurait été l'existence du corps étranger indiqué dans l'appendice vermiforme, et dont la pression aurait amené successivement l'irritation, l'inflammation, l'ulcération et enfin la perforation de la partie des tissus de l'appendice avec lesquels il était en contact, et par suite le passage du corps étranger dans l'abdomen avec le pus, puis la péritonite et la mort.

Cette dernière opinion nous paraît la plus probable; elle est d'accord avec un grand nombre de faits analogues. Nous dirons, avant de terminer, que l'on a appris, depuis la mort de cette jeune fille, qu'elle avait depuis deux ans l'habitude de se rendre à une vacherie où elle prenait du lait chaud et non passé, et que c'est à cette dernière circonstance que l'on a attribué l'accumulation du poil qui constituait le corps étranger.

Hernie congénitale étranglée chez un enfant de six semaines guérie par l'opération. — Le Journal de chirurgie publie le fait suivant dû au docteur Jones Long, de Liverpool, et qui est trop rare pour ne pas être lu avec intérêt.

Le 10 mai, dit l'auteur, je fus appelé près d'un petit garçon né le 29 mars, et conséquemment âgé de six semaines; il avait crié toute la nuit, n'avait rendu ni selles ni vents, avait fait des efforts fréquents, et avait vomi une matière jaunâtre. Je trouvai une hernie scrotale du côté droit du volume d'un œuf de poule; la masse de cette hernie fut réduite après quelques difficultés; mais il en resta une portion de l'épaisseur du petit doigt occupant le canal inguinal, et ayant le testicule à sa base; elle était excessivement douloureuse au toucher, et tous mes efforts pour la faire rentrer furent inutiles. Bain chaud, applications froides, lavements, injection forcée d'eau chaude à travers un long tube; rien ne réussit, soit à déterminer l'expulsion de selles ou de gaz, soit à rendre la hernie réductible. Ces moyens avaient pris toute la journée du 10 et la majeure partie du lendemain; et l'abdomen commençant à se météoriser et à se montrer douloureux, je proposai l'opération, qui fut pratiquée le 11 à la manière accoutumée.

Mon intention, après avoir divisé l'anneau, était de réduire l'intestin sans ouvrir le sac. Mais, trouvant la chose impossible, j'ouvris le sac, il contenait une anse d'intestin d'une couleur vineuse légèrement en contact avec le testicule, et retenue adhérente à cet organe par un ruban de lymphe coagulable, qui fut aisément rompu. Le débridement complété, les cris de l'enfant poussèrent au dehors plusieurs anses d'intestin dont la couleur contrastait fortement avec la portion étranglée; et la ligne de démarcation imprimée par l'étranglement formait une limite distincte entre les deux. La partie la plus difficile de l'opération fut de réduire l'intestin, les efforts et les cris de l'enfant faisant un obstacle insurmontable, jusqu'à ce qu'une syncope eût fait disparaître toute difficulté. La plaie fut réunie par trois sutures, recouverte avec des compresses et une bande. La mère, qui avait été vivement effrayée, fut écartée jusqu'au lendemain matin; et l'enfant ne dut rien prendre que de l'eau d'orge. Durant la nuit, il eut deux selles, la première excessivement fétide; et dans la journée du lendemain, deux autres selles.

Le 13, dans la soirée, on enleva les sutures.

Le 14, on administra une cuillerée à thé d'huile de ricin.

Le 17, l'enfant était tout à fait bien, la plaie guérie, etc., et je discontinuai mes visites. Il n'y avait aucun indice du retour de la hernie.

Bibliographie.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne;
par le docteur Grisolle.

(Deuxième édition.)

Une chose curieuse et qui nous a toujours singulièrement frappé, c'est que, parmi cette multitude véritablement effrayante de livres consacrés aux sciences médicales qui se publient chaque jour, il n'existait pas, jusqu'à ces dernières années, un seul traité récent et complet de pathologie interne. Des mémoires isolés en grand nombre, des monographies intéressantes, des travaux d'une haute valeur sur tel ou tel point de la science et de l'art, des articles de dictionnaire signés presque tous des noms contemporains les plus distingués, des *cliniques* offrant des séries de faits particuliers relatifs à un certain nombre de maladies, faits commentés et suivis de réflexions applicables seulement aux circonstances propres à chaque observation, voilà tout. Mais de livre résumant toute cette collection de précieux matériaux répandus çà et là et sans ordre, les rassemblant suivant une méthode générale, en formant un ensemble complet, de traité de pathologie interne en un mot, nous le répétons, il n'en existait point.

Pour combler cette lacune, il fallait un homme qui pût, jeune encore, consacrer de longues heures à un rude travail d'extraits, d'analyse et de discussion, mais il fallait, de plus, que praticien aussi, et non purement érudit de cabinet, il eût vu par lui-même et pendant des années entières tout ce qu'il devait décrire; qu'il eût examiné avec soin et attention les formes si souvent diverses que peut revêtir chaque affection; qu'il les eût suivies dans toutes leurs phases, qu'il eût étudié au lit du malade les divers modes de traitement, les résultats des méthodes thérapeutiques; enfin qu'il joignît la pratique à la théorie, qu'il possédât l'expérience clinique, et pût contrôler par son observation propre les assertions des auteurs sur les travaux desquels il serait appelé à se prononcer.

Cette tâche laborieuse, M. Grisolle n'a pas craint de l'entreprendre, et mieux que personne il était en état de la remplir avec bonheur. Ancien chef de clinique de la Faculté, médecin des hôpitaux, connu dans le monde médical par d'importantes publications, il possédait tous les éléments nécessaires à la réussite. Inutile de dire, l'événement l'a prouvé, qu'il a tenu tout ce que l'on s'était cru en droit d'attendre de lui. La première édition de son livre, enlevée en moins de dix-huit mois, a témoigné de la réalité du besoin auquel répondait le Traité de pathologie interne, en même temps que de la manière satisfaisante dont il était exécuté.

Nous ne dirons que peu de choses de la classification adoptée par M. Grisolle. Rejetant l'ordre alphabétique qui ne peut convenir qu'à des dictionnaires ou à des manuels, et la méthode anatomique, qui, bien que préférable à la précédente, a cependant encore l'inconvénient grave de disperser les maladies congénères, et, rapprochant les affections les plus différentes par leur essence, de porter la confusion dans l'esprit des commençants, il a choisi l'ordre philosophique, ou pour parler plus exactement, la méthode nosologique, qui proposée par Félix Plater et Sydenham, a servi de guide aux Vogel, aux Cullen, aux Pinel, chacun de ces hommes de génie lui imprimant les modifications rendues nécessaires par la marche incessante de la science.

« La nosographie, dit M. Grisolle, ne doit-être, quant à présent du moins, ni exclusivement organique, ni exclusivement étiologique, ni exclusivement symptomatique, mais revêtir ce triple aspect. La méthode mixte est donc celle qu'il faut suivre, à moins de tronquer la science ou de l'égarer dans les hypothèses les plus aventureuses. » D'après ce principe, il a divisé les maladies en dix classes : 1° les fièvres; 2° les maladies constituées par un vice de proportion du sang; 3° les inflammations; 4° les hémorrhagies; 5° les sécrétions morbides; 6° les empoisonnements; 7° les lésions de nutrition; 8° les transformations organiques et les produits morbides accidentels; 9° les névroses; 10° les maladies propres à certains organes ou à certains tissus. Cette division est à peu de chose près la même que celle de la première édition; dans celle-ci, cependant, les hémorrhagies étaient rangées dans la classe des sécrétions morbides. Comprenant avec raison que, d'après leur définition même, les hémorrhagies ne peuvent être regardées comme une sécrétion morbide, l'auteur a jugé convenable d'en constituer une classe particulière.

La nouvelle édition du Traité de pathologie n'est pas une simple réimpression. Presque tous les articles ont reçu des additions plus ou moins nombreuses; on en pourra juger lorsque l'on saura que ces additions forment à elles seules la matière de plus de 200 pages. Nous nous contenterons d'en signaler quelques-unes des plus importantes.

Et d'abord, dans le premier volume, l'article *fièvre* a été considérablement étendu, et renferme entre autres quelques nouveaux paragraphes sur la fièvre considérée comme élément de diagnostic et de pronostic, et sous le rapport thérapeutique. La suette miliaire, cette affection exanthématique rangée par les dermatologistes parmi les maladies de la peau, et qu'avec beaucoup de justesse M. Grisolle regarde avec la rougeole, la variole et la scarlatine comme une maladie générale en raison de l'état fébrile qui la précède et l'accompagne, a été

l'objet de grands développements pour lesquels M. Grisolle a mis à profit les travaux de MM. Rayer, Guéneau de Mussy et Landouzy, et Parrot, de la Dordogne. Les histoires de la gastrite chronique, forme ulcéreuse, et de l'œdème de la glotte, qui n'avaient peut être pas reçu dans la première édition un développement suffisant, renferment des détails plus complets et qui les mettent tout à fait au niveau de l'état actuel de la science.

La pellagre, cette intéressante et terrible affection, primitivement considérée par M. Grisolle comme une maladie particulière de la peau, compliquée d'altérations graves du côté du tube digestif et du système nerveux, a dû être, d'après les recherches les plus nouvelles, et en particulier le livre remarquable de M. Roussel, rangée parmi les empoisonnements. Les rapports que l'on a observés entre l'alimentation par le maïs et la production de la pellagre, ont déterminé l'auteur à la placer immédiatement après l'ergotisme; pour M. Grisolle, l'éruption n'est qu'un épiphénomène, tandis que la maladie est une « maladie générale résultant d'un véritable empoisonnement produit probablement par l'usage exclusif d'une certaine alimentation. »

Les perforations de l'appendice du cœcum, l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, au sujet de laquelle ont été mises à profit les recherches intéressantes publiées il y a quelques années par Mondière, quelques paralysies musculaires, et particulièrement la paralysie du grand dentelé, dont la *Gazette des Hôpitaux* a publié quelques faits curieux, font, dans les nouvelles additions, le sujet d'articles spéciaux. Enfin, nous ne terminerons pas sans mentionner des considérations pratiques importantes ajoutées à l'histoire des kystes de l'ovaire, des calculs biliaires, de la phthisie pulmonaire, du diabète, etc.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit combien sont considérables et essentielles les additions faites par M. Grisolle à son Traité de pathologie. Mettant à profit avec intelligence les travaux récents publiés dans ces dernières années, comme aussi les bienveillants conseils qui lui ont été donnés par la presse médicale, l'auteur s'est efforcé de rendre son livre aussi parfait que possible. Quels que soient l'école à laquelle on appartienne, le système médical auquel on se soit rallié, on conviendra, après une lecture impartiale et de bonne foi, que l'ouvrage de M. Grisolle a été exécuté en dehors de toute idée préconçue, que l'auteur a toujours tâché de prendre pour guide l'observation des faits, et qu'autant qu'il a pu, il a rendu justice à qui de droit. Pendant longtemps encore, le Traité de pathologie interne de M. Grisolle restera un ouvrage véritablement classique, et nous croyons n'être que juste en prédisant à la seconde édition un succès égal à celui qu'a obtenu la première.

D[r] A. FOUCART.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Suite de la septième liste.

MM. le docteur Bourdin, à Boulogne (Seine), 5
le docteur Sobaux, au Bourget, 5
Morel, pharmacien, à Auteuil, 5
Garnaud, id., à Neuilly, 5
Tiessé, id., ib., 5
Burg, id., à La Villette, 5
Moreau, id., à La Chapelle, 5
le docteur Cortin, à Montmartre, 5
le docteur Souchard de La Voreille, aux Batignolles, 5
le docteur Sus, à Noisy-le-Sec, 5
le docteur Fenet, à Clichy, 5
le docteur Logerais, à Angers, 10
le docteur Lefol, à Paris, 10
le docteur Girault, à Onzain (Loir-et-Cher), 5
le docteur Couture, au Havre, 20
le docteur Gillet, à Villeneuve-le-Roy (Yonne), 5
Schœuffele, pharmacien, membre du jury médical, à Thann, 5
le docteur Gintrac, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, 20
le docteur Boin, ancien député, à Bourges, 5
le docteur Cambournac, ib., 5
le docteur Brullet, ib., 5
le docteur Dagnault de Jumigny, ib., 5
le docteur L'Homme, ib., 5
le docteur Pierquin de Gembloux, inspecteur de l'Académie, ib., 5
le docteur Lebas, ib., 5
le docteur Ripart, ib., 5
Philippe, chirurg.-major au 2[e] régim. d'artillerie, ib., 1
Berthemont, chirurgien aide-major, ib., 2
le docteur Maurice Treille, à Paris, 10

MM. le docteur Venot, de Bordeaux, 5
le docteur Pellarin, à Paris, 5
le docteur Vidal (de Poitiers), ib., 10
le docteur Chapnis, à Saumur, 5
le docteur Ch. Tronillard, ib., 5
le doct ur Carrère, à Paris, 10
le docteur Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Orléans, 5
le docteur Debron, chirurgien-adjoint, ib., 5
le docteur Chantreau, à St-Jean-d'Angely, 20
Patu, méd.-vétérinaire à Braine (Aisne), 5
le docteur Aliès, président du Comité médical de Luce, à Luxeuil, 3
le docteur Jouënne, rue et île St-Louis, à Paris, 5
La Société médico-pratique de Paris, 100
Association médicale de Moissac, par son président F. Perès, 25
de Schacken, président de l'Association médicale de Nanci, 5
Simonin (Edmond), secrétaire, ib., 5
Dalien, membre de l'Association médicale de Nanci, 3
Winher, id., 3
Collot, id., 3
Archambault, id., 3
Levylier, id., 3
Bertin, id., 3
Lemoine, id., 5
Valentin, id., 5
Simonin père, id., 5
Graodjean, id., 5
Bechet, id., 5
Godfroy, id., 3
Torio, id., 3
Gillet, id., 3
Parisot (Léon), id., 3
Demange, id., 3
Nicolas, id., 3
Neret, id., 3
le docteur Raoul, à Joux-la-Ville (Yonne), 5
le docteur Villedieu, à Avallon, id., 5
le docteur Champenoy, à Pucy-le-Bois, id., 5
le docteur Pruneau, à Lille sur le Serein, id., 5
le docteur Bremond père, 5
le docteur Bremond fils, 5
Boudard, médecin à Lisieux, 2
Lefresne, id., ib., 2
Droulin, id., 3
le docteur Levillain, id., 5
Fouin aux, médecin, id., 1
le docteur Hue, id., 5
le docteur Escoffier, médecin des hôpitaux de St-Etienne, 5
le docteur Thomas, id., 5
le docteur Quioc, id., 5
le docteur Vial, id., 5
les officiers de santé de la marine du port de Brest, par M. le docteur Quoy, 100
le docteur Montandon-Barat, à la Souterraine, 10
le docteur Rossen, à Vesoul, 3
le docteur Billot, id., 3
le docteur Jallot, id., 3
le docteur Herrière, à Faverney, 3
le docteur Melzquer, à Montbozon, 3
le docteur Champreux, à Cintrey, 3
le docteur Jacoutot, à Port-sur-Saône, 3
le docteur Racine, à Scey-sur-Saône, 3
le docteur Letellier, à Faverney, 3
le docteur Joly, à Breuney, 3
le docteur Pasteur, à Borey, 2
le docteur Chiclet, à Comberjon, 2
Pinguet, médecin à Rioz, 1
Herrot, médecin à Scey-sur-Saône, 3
Olagne, médecin-vétérinaire à Vesoul, 1
Athey, id., ib., 1
André, id., à Port-sur-Saône, 1
Studeuski, id., à Combeaufontaine, 1
Soulets, id., à Maizière, 1
Maniglier, pharmacien à Vesoul, 1
Grandjean, id., ib., 1
Bilquez, id., ib., 1
Marvellet, id., ib., 1

MM. le docteur Paris, à Gray (Haute-Saône), 5
le docteur Duperthuis (maison de convalescence), à Champigny (Seine), 2
le docteur Devilliers fils, chef de clinique d'accouchem. à Paris, 5
Devilliers, méd.-vétérinaire à Corbeil, 5
le docteur Magne, à Blesle (H.-Loire), 2[e] souscrip., 3
Société médicale de Douai, 25
Gama, chirurg. major aux ambulances, à Mascara, 2
Valin, chirurg. major au 4[e] chasseurs d'Afrique, 2 90
Vincent, id., au 1[er] bataillon d'infant. légère d'Afrique, 2

Total général de la souscription jusqu'à ce jour, 4590 15

L'Académie de médecine a voté un jeton de présence. — Mémoire.

PREMIER SUCCÈS. — Le gouvernement vient de déclarer à la tribune, jeudi 14 mai, qu'il adoptait le principe de compter le temps du voyage pour la quarantaine. Voici les paroles du ministre des finances en réponse à une interpellation de M. Lestiboudois, l'un de nos honorables confrères, député.

« La question des quarantaines a été examinée avec tout le soin et » toute la sollicitude qu'elle mérite. Le ministre du commerce a fait » faire toutes les études sur les lieux; il a fait recueillir tous les renseignements possibles. Le gouvernement enfin s'est occupé de cette » question, et il a reconnu qu'il n'y avait pas lieu pour la France de » se tenir dans un régime différent de l'Autriche et de l'Angleterre. » Il a pensé *que le temps employé dans la navigation devait comp-* » *ter pour la quarantaine*. Il ne s'agit plus que d'exécuter le principe que le gouvernement a adopté. »

Cette décision mérite une approbation générale. Toutefois, nous relèverons une erreur de M. le ministre des finances, qui semble attribuer aux études et aux recherches faites par ordre du ministre du commerce, l'adoption du nouveau principe. Il n'en est rien, la dernière brochure publiée par ordre du ministre du commerce, écrite par M. Ségur-Dupéron, envoyé en Orient, repousse formellement le nouveau principe. Ce ne sont donc pas ces recherches qui ont amené le gouvernement à déclarer que le temps employé dans la navigation devait compter pour la quarantaine, mais bien le rapport de la commission de l'Académie et les publications de M. Aubert-Roche.

NOUVELLES.

La présentation pour la place dans la section de médecine opératoire à l'Académie de médecine, est arrêtée comme suit, les candidats étant classés par ordre alphabétique :

MM Huguier, H. Larrey, Malgaigne, Manec, Robert, Vidal (de Cassis). — C'est M. Laugier qui est chargé de faire le rapport.

— M. le docteur Blache vient d'être nommé officier de la Légion-d'Honneur; M. le docteur Lebaudy et F. Hatin ont été nommés chevaliers.

M. Achille Comte, chef de bureau des affaires médicales au ministère de l'instruction publique, a aussi été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur; cette nomination sera généralement approuvée des médecins pour lesquels M. A. Comte a conservé beaucoup de sympathie et qui sont assurés de trouver chez lui un accueil bienveillant.

— La prochaine leçon de M. Le Roy-d'Etiolles, dans laquelle il traitera des maladies de la prostate, aura lieu vendredi à quatre heures dans le Musée Dupuytren.

— M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera demain mercredi son Cours sur les maladies de la peau, et le continuera les mercredis et samedis suivants.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 59. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 20 MAI 1846.

DISCUSSION DU RAPPORT SUR LA PESTE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un auditoire nombreux assistait hier à la séance de l'Académie, et les banquettes des académiciens elles-mêmes étaient plus garnies que d'habitude. Quelques membres que l'on n'y voit pas d'ordinaire, étaient remarqués avec satisfaction ; M. le docteur Lestiboudois, membre correspondant et député, avait abandonné hier le Palais-Bourbon pour l'enceinte plus modeste de la rue de Poitiers.

Le feu contre le rapport a été ouvert par M. Dubois (d'Amiens) ; cette expression ne paraîtra pas exagérée quand on aura lu le discours de l'honorable académicien, que nous donnons tout entier dans le compte-rendu de la séance. Son attaque a été vive, nette, décidée Il s'est placé résolument sur le terrain de la logique, y a établi ses batteries, et les a dirigées, quelquefois avec bonheur, souvent avec esprit, toujours avec convenance, contre ce qu'il a qualifié les contradictions du rapport. Suivons-le un instant dans ses manœuvres.

En toute bonne philosophie, il s'agit d'abord de bien définir les mots, si l'on veut s'entendre sur les choses. Il a été beaucoup parlé, dans cette séance, de contagion et d'infection ; tout le monde est-il d'accord sur le sens de ces mots ? Nous craignons le contraire après ce que nous avons entendu. Cependant une définition rigoureuse serait bien importante, car la confusion qui règne à cet égard nous paraît avoir singulièrement servi à l'établissement et au maintien de tout l'édifice sanitaire actuel.

Pour nous — et c'est le point de vue auquel nous nous placerons sans cesse dans cette discussion, c'est là que nous ramènerons toutes les opinions qui vont se produire — la contagion résulte du toucher direct et sans intermédiaire de l'air, tandis que l'infection signifie empoisonnement par l'air et par les surfaces absorbantes de l'air. Avec la Commission nous disons que la peste n'est pas contagieuse puisqu'elle ne se communique pas par le contact, mais qu'elle est *infectieuse* puisqu'elle se transmet par l'air. En d'autres termes, et pour bien préciser notre pensée, nous dirons que la vérole, par exemple, se *gagne*, et que la peste se *transmet*.

M. Dubois (d'Amiens) ne nous a pas semblé admettre cette différence, et il a déclaré que, pour lui, toute maladie qui se transmet est contagieuse. Cette doctrine, quoique l'orateur l'ait appuyée sur l'autorité d'un grand nombre d'auteurs, ne nous semble pas destinée à prévaloir sur l'opinion générale aujourd'hui. Du reste, contagion et infection, influence du contact et influence de l'air, M. Dubois rejette tout ; car la transmissibilité de la peste, d'une manière ou d'autre, ne lui paraît nullement prouvée par le rapport de la Commission.

Ici a commencé l'attaque de l'orateur contre le défaut de logique qu'il reproche au rapport. Quoi, s'est-il écrié, vous démontrez l'insalubrité profonde de l'Egypte, vous renoncez à peindre la misère inénarrable de ses habitans, les déplorables conditions hygiéniques sous l'influence desquelles ils passent leur misérable vie, vous vous étendez longuement sur l'efficacité de ces causes productrices de la peste, et vous vous taisez complétement sur les auteurs de cette barbarie ? Et vous ne jetez pas votre austère et scientifique réprobation contre les coupables chefs de ces populations malheureuses ? Vous dites le mal et vous ne remontez pas à la source ? Vous ne la signalez pas dans cette barbare immobilité du Turc qui écrase, empoisonne et dépeuple ce pays où la civilisation des Pharaons fut si longtemps florissante ?

A ce moment, nous avons vu le chirurgien célèbre d'un auguste voyageur, fort pâle et fort ému, prendre des notes avec rapidité, ce qui pronostique une apologie probable du gouvernement égyptien.

Sur ce point, M. Dubois a vivement reproché à la Commission de n'avoir pas osé conclure d'après les prémisses qu'elle avait posées.

Le discours tout entier de M. Dubois a été dirigé vers ce but : indiquer des contradictions dans le rapport. Peut-être trouvera-t-on que trop souvent il s'est appesanti sur des points peu importants ; peut être reprochera-t-on à sa discussion de sentir un peu la chicane. Mais on trouvera aussi qu'il y a des parties vraiment importantes ; et la plus remarquable est certainement l'examen des faits rapportés par la Commission à l'appui de son opinion sur la transmissibilité de la peste. Il a, ce nous semble, clairement démontré que les quatre faits cités sont loin d'avoir la valeur qu'on leur attribue, qu'ils ne prouvent absolument rien ; en un mot, qu'ils sont nuls.

Nous signalerons aussi tout ce qu'a dit M. Dubois (d'Amiens) sur Marseille, sur l'esprit de ses habitants, sur l'état déplorable de son port, et autres passages de ce discours écouté avec une attention soutenue.

Mais, hélas ! et que la parabole évangélique de la paille et de la poutre est éternellement vraie ! M. Dubois, qui venait de blâmer énergiquement la Commission de ses conclusions illogiques et timides ; M. Dubois, qui venait de prononcer un véhément réquisitoire contre la contagion et la transmission de la peste ; M. Dubois, qui pour être logique, et nous nous y attendions tous, devait pourfendre l'institution sanitaire actuelle, détruire les quarantaines et brûler tout au moins les lazarets, M. Dubois n'a pas conclu du tout, M. Dubois n'a rien demandé, n'a pas voulu que la Commission demandât plus que lui, rien, si ce n'est le doute, ce doux mais perfide oreiller sur lequel la paresse repose tout aussi souvent que la prudence, le doute vertu eunuque qui rend toute science inféconde et stérile.

Pour se décider à croire, à agir, M. Dubois veut que l'Académie attende la venue d'un nouveau Chervin qui fasse pour la peste ce que cet homme énergique et probe fit pour la fièvre jaune. Nul plus que nous n'a de respect et de vénération pour la mémoire de Chervin ; il n'est pas même inutile de rappeler ici que nous n'avons pas attendu sa mort regrettable pour rendre le plus sincère et le plus complet hommage à son courage et à sa probité. Nous avons depuis raconté sa vie glorieuse. Mais notre admiration pour les morts ne nous rendra jamais injuste envers les vivants. Ce que Chervin fit pour la fièvre jaune ne peut pas se faire pour la peste, et ce qui peut se faire a été fait, noblement fait par des confrères, par des compatriotes qui ont dignement payé leur tribut à la science et à l'humanité, qui ont jeté les plus vives lumières sur les questions actuelles, à qui l'on doit cette préoccupation générale des esprits sur le grave sujet que l'Académie discute en ce moment, à qui le commerce et les relations de la France seront tôt ou tard redevables d'un très grand bienfait.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'urétrite blennorrhagique et de son traitement.

(Suite du numéro du 7 mai.)

Nous avons, dans un précédent article, présenté quelques considérations sur les abcès urétraux qui peuvent être la suite de la blennorrhagie. Ces abcès sont de deux sortes, ou dépendant de l'état aigu phlegmoneux, ou conséquence d'un rétrécissement déterminé par une blennorrhagie chronique. On conçoit que le diagnostic soit important à établir en raison de la différence qui doit exister entre la thérapeutique des abcès aigus et celle des abcès qui peuvent se former à la suite d'une blennorrhagie chronique qui a déjà amené des altérations organiques du canal, des diminutions de calibre, etc. Nous avons dit aussi que très souvent cet écoulement, connu sous le nom de goutte militaire, n'avait pas pour siége la fosse naviculaire, mais les parties de l'urètre les plus rapprochées de la vessie, et dans lesquelles on observe souvent des lésions organiques. A part les points sujets à ces altérations organiques par persistance de la blennorrhagie, aboutissant aux différents rétrécissements, à part ces points bien connus, ce que l'on observe souvent, et alors que la totalité de l'urètre est libre, ce sont des lésions de la région prostatique. Chez ces malades, on voit sortir par les orifices prostatiques, et sourdre comme par un crible, en pressant la prostate entre les doigts, des gouttelettes de matière purulente. Toutes les fois que vous n'avez pas de rétrécissement de l'urètre pour vous rendre compte de la persistance d'une goutte militaire, c'est à des écoulements prostatiques que vous avez affaire.

Nous avons dit encore que quelquefois, en pressant l'extrémité de la verge chez certains sujets, on voit sourdre le pus par de petits pertuis d'une finesse extrême, et dont l'ouverture ne se révèle que par l'apparition même de la goutte de pus. Mais d'autres fois, ce n'est plus dans l'ensemble des lacunes des follicules de cette région que l'on trouve le pus. Assez fréquemment, et c'est là un point neuf de l'histoire de cette affection, il n'y a qu'un ou deux follicules de l'urètre, et très voisins du méat, qui sécrètent le pus ; en les pressant, il s'écoule, par des ouvertures dont on ne soupçonnait même pas la présence à la simple inspection, une très grande quantité de matière purulente. Quelquefois ces orifices, qui répondent à des canaux d'une certaine longueur, s'oblitèrent momentanément ; périodiquement alors, et de temps à autre, il se forme de petits abcès, déterminés simplement par la distension de ces canaux par la matière purulente, analogues aux abcès des follicules vulvaires. L'extrémité du petit canal blanchit, prend l'aspect d'une vésico-pustule ; c'est tout simplement l'orifice du follicule qui se trouve soulevé par le pus. Cet accident nécessite une thérapeutique particulière. En vain faites-vous prendre aux malades du cubèbe et du copahu ; vous êtes obligé de fendre le follicule avec un couteau à cataracte. C'est chez les sujets affectés d'hypospadias que cet accident se constate le plus facilement, ce qui ne veut pas dire pour cela que les individus qui présentent ce vice de conformation y soient plus exposés que les autres.

Relativement aux injections caustiques constituant le traitement abortif de la blennorrhagie, peut-être n'avons-nous pas suffisamment insisté sur la distinction à faire entre les deux espèces de douleurs qui se font sentir chez les sujets qui les ont subies. La première est une sensation de cuisson plus ou moins vive, ordinairement très supportable au moment de l'injection et quelques minutes après, douleur qui cesse après un quart d'heure ou une demi-heure. La seconde, beaucoup plus vive, est celle qu'éprouve le malade au moment de la miction et après elle. Cette sensation douloureuse, qui se reproduit pendant les premières émissions de l'urine, ne dure, chaque fois, non plus que quelques minutes. On voit d'après cela quelle foi l'on doit ajouter à ces descriptions de douleurs atroces qui, suivant certains auteurs, auraient déterminé des accidents d'une gravité excessive.

Traitement hygiénique. — Si, du traitement abortif de la blennorrhagie par les injections caustiques et l'administration à l'intérieur du cubèbe et du copahu, vous voulez obtenir d'heureux résultats, vous devez veiller soigneusement à l'hygiène de votre malade ; changer son alimentation ordinaire ; elle devra, pendant le temps que durera l'affection, consister en bouillons, potages, légumes ; les boissons devront être peu abondantes. Une des indications les plus importantes, c'est de faire pisser le malade le moins possible, pour ne point fatiguer l'urètre. Ces boissons, peu abondantes, seront rafraîchissantes, consisteront en solutions de sirops agréables. On ne donnera point de tisanes. Si quelquefois, et dans quelques cas exceptionnels on est obligé de donner aux malades, pour les satisfaire, de la tisane de graine de lin, du chiendent ; ce ne sera jamais dans les circonstances où l'on pourra mettre en usage le traitement abortif.

On défendra le plus possible toute espèce d'exercice. Le malade devra peu marcher, ne point sortir en voiture ; il évitera avec soin tout ce qui pourrait déterminer des érections, les pensées et les lectures érotiques, la vue des personnes d'un autre sexe ; il est utile en pareille circonstance de s'occuper de travaux intellectuels qui détournent l'attention de toute idée lascive. Une substance médicamenteuse que nous recommandons comme un anaphrodisiaque par excellence, c'est le camphre, dont l'action est aussi puissante sur les organes génitaux que celle de la belladone sur d'autres appareils.

Voici comment nous l'employons :

Camphre, thrydace, de chaque, 3 grammes,
pour 20 pilules dont on peut prendre cinq ou six par jour, principalement le soir.

Bien que l'on ignore le mode d'action du camphre en pareille circonstance, le résultat de son administration est incontestable. Chez les individus qui ne peuvent prendre le camphre à l'intérieur en pilules, on se trouvera bien de suspendre soixante centigrammes de camphre à l'aide d'un jaune d'œuf dans un demi-lavement. Quelques personnes (et nous aussi il y a quelques années) joignent l'opium au camphre ; c'est un mauvais adjuvant ; l'opium contrebalance et détruit en partie les effets sédatifs du camphre ; nous avons dû y renoncer.

Après ces quelques considérations hygiéniques nécessaires à connaître, passons à la description du traitement interne auquel on doit soumettre les malades.

Médication interne, indirecte, révulsive. — Elle agit de différentes façons. Les médicaments internes préférables à tous les autres, sont le cubèbe et le copahu. Après eux viennent les balsamiques, la térébenthine, le baume du Canada, etc., mais dont l'efficacité est bien loin d'être la même que celle des deux premiers.

Comment agissent ces médicaments ? Est-ce comme révulsifs, et portant la révulsion sur les parties mêmes où ils sont appliqués ? Il y a bien évidemment des cas où certains écoulements sont taris, en raison de l'action gastro-intestinale du copahu ou du cubèbe. L'écoulement s'arrête par suite de la purgation que déterminent ces substances. M. le docteur Diday a publié dernièrement un petit travail dans lequel il cherche à établir que l'action du copahu réside principalement dans son effet purgatif. Mais Cullerier savait bien, et l'expérience nous l'a fait voir aussi, que lorsqu'un écoulement blennorrhagique disparaît sous l'influence de la purgation, la guérison n'est pas constante. Ainsi, comme règle gé-

nérale, ce n'est pas sur la purgation qu'il faut compter, mais sur l'action spécifique. Si vous avez affaire à une blennorrhagie urétrale, à une balanoposthite, à une ophthalmie blennorrhagique, purgez le malade, et vous aurez un temps d'arrêt dans la marche de la maladie; mais bientôt l'affection reparaît. Selon nous l'action purgative du copahu est celle qu'il faut le moins solliciter.

D'autres ont pensé que le copahu agit par une modification générale; il communiquerait au sang des propriétés en vertu desquelles, arrivant aux muqueuses, ce sang leur imprimerait une modification spéciale. D'après cette théorie, le sang deviendrait balsamique, qu'on nous passe cette expression. Cette explication n'est pas inadmissible; mais pourtant si on l'adoptait il faudrait conclure de là que le copahu aurait une action sur toutes les muqueuses blennorrhagiques égale à celle qu'il exerce sur l'urètre. Or il n'en est point ainsi. Autant le copahu et le cubèbe sont spéciaux et puissants contre la blennorrhagie urétrale, autant ils sont impuissants et dépourvus d'action quand on les administre pour combattre les autres variétés d'affections blennorrhagiques.

L'action véritable de ces substances médicamenteuses, nous la trouvons dans le passage des balsamiques au travers des voies urinaires. Il y a des élections de rejet au dehors, par telle ou telle voie d'élimination pour les divers agents thérapeutiques que l'on introduit dans l'économie. Pour les balsamiques, ce sont les voies urinaires, dans les cas normaux. Lorsque le médicament n'agit pas pathogéniquement, mais thérapeutiquement, c'est par les urines que passent les balsamiques. Ce qui prouve d'une manière péremptoire que c'est l'urine médicamenteuse chargée du principe actif des antiblennorrhagiques qui guérit l'écoulement, c'est que c'est surtout chez les malades où l'urine présente l'odeur de la substance mise en usage, que l'action curative se manifeste. Nous avons eu dans nos salles un homme dont l'urètre se trouvait divisé en deux portions distinctes, une moitié antérieure et une moitié supérieure séparées l'une de l'autre par une solution de continuité de la paroi inférieure du canal. Cet homme était affecté d'un écoulement qui siégeait dans le bout antérieur d'abord, et qui, par suite de l'écoulement du pus suivant les lois de la pesanteur, s'était étendu à la moitié postérieure. Nous fîmes prendre du copahu à cet homme, et il n'y eut que la blennorrhagie de la partie postérieure qui guérit, l'urine ne traversant point la moitié antérieure de l'urètre et sortant par la fistule. Nous fûmes obligé de pratiquer des injections dans la moitié antérieure du canal pour obtenir la guérison.

S'ensuit-il de là que l'on puisse guérir la blennorrhagie en injectant directement le médicament sur la muqueuse malade? Point du tout. Si vous injectez du cubèbe suspendu dans un liquide ou du copahu pur sur la muqueuse urétrale enflammée, vous n'obtenez rien, et souvent vous aggravez la maladie. Cette méthode est ou inutile ou nuisible, et tous ceux qui l'ont expérimentée ont observé les mêmes résultats. Il y a une grande différence entre le copahu pur et l'urine chargée de principe aromatique de la substance médicamenteuse. Il y a eu là quelque opération qui nous échappe due à la chimie vivante; quelle que soit l'explication qu'on veuille en donner, le fait est incontestable; comme complément et comme preuve, vous avez l'inefficacité du cubèbe et du copahu sur les écoulements blennorrhagiques des autres membranes muqueuses.

Action pathogénique du baume de copahu. — Par l'estomac, le copahu est le plus souvent toléré, au moins pour les premières doses. Il y a même des malades auxquels le goût n'en déplaît pas d'abord, qui le supportent pendant un temps plus ou moins long, et chez lesquels ce n'est qu'après dix, douze, quinze jours qu'il détermine des accidents. Le premier inconvénient qui résulte de son emploi, c'est l'intolérance, caractérisée par des nausées, une sensation pénible analogue à celle que produit le mal de mer; puis arrivent les vomissements, et l'irritation peut être portée à un point tel qu'une véritable inflammation gastrique se manifeste; d'autres fois, il n'y a que gastralgie. Après l'action sur la muqueuse gastrique, on doit noter celle que le copahu cause sur la muqueuse intestinale. Lorsque vous avez le malheur d'en arriver là, à la production d'une phlegmasie gastro-intestinale, vous vous créez des difficultés énormes pour le traitement de la blennorrhagie en excitant une inflammation qui vient compliquer la première et entre en synergie d'action avec elle.

Il y a des sujets chez lesquels le copahu détermine de la constipation, et ceci nous amène à vous entretenir d'une autre série d'accidents.

Une des actions pathogéniques du copahu les plus désagréables, sans aucun bénéfice, constituant heureusement un accident de peu de durée, c'est la production d'une éruption cutanée plus ou moins étendue, et dont la forme se rapporte le plus souvent à l'éruption rubéolique; quelquefois, c'est un érythème papuleux; des plaques presque érysipélateuses; des herpès; la forme classique, régulière, la plus commune, c'est la roséole. On l'observe principalement chez ceux qui ont les voies digestives en mauvais état, qui présentent ce que l'on est convenu d'appeler l'état saburral, chez ceux que la médication constipe.

Dans les temps froids et humides, au printemps, à l'automne, chez les individus qui font usage de certaines alimentations peu convenables, l'éruption peut se manifester d'une manière très vive, principalement à la face et dans les régions des articulations. Cette éruption ne dure jamais que fort peu de temps, mais elle est toujours nuisible, n'amende jamais l'écoulement, et l'on peut dire même qu'elle l'aggrave de telle façon que lorsqu'elle paraît il faut suspendre l'emploi du médicament.

Un effet fâcheux, et dont il est important de tenir compte lorsqu'il se manifeste, c'est l'action du copahu sur le système nerveux; les troubles de cette nature sont rares, mais enfin ils peuvent se rencontrer. Chez ces sujets, on observera que l'urine ne se charge pas du principe aromatique; c'est par la transpiration que ce principe s'échappe; il se fait chez les *roseolés* un travail de fluxion vers la peau. Un travail analogue peut se faire sentir aussi vers les centres nerveux. Nous avons montré dans nos salles une femme qui, à la suite d'une administration imprudente de trop fortes doses de copahu, fut prise d'une chorée avec hémiplégie. Peu de jours après, la roséole apparut, et les accidents nerveux cessèrent complétement. Une autre fois, nous fûmes appelé pour une jeune femme chez laquelle 25 grammes de copahu pris en lavement avaient déterminé presque instantanément, une heure après environ, une violente congestion cérébrale avec hémiplégie temporaire.

Le cubèbe est plus facilement toléré et produit beaucoup moins souvent que le copahu des accidents analogues à ceux que nous venons de mentionner. Nous avons tout récemment donné nos soins à un jeune sujet qui éprouvait de la dyspepsie, de la gastralgie sans symptômes inflammatoires, des douleurs stomacales. Cet homme a pris tant de goût au cubèbe qu'il lui arrive souvent d'en prendre une petite quantité pour exciter son appétit; inutile de dire que sa blennorrhagie est complétement guérie. Il a une action peptique diamétralement opposée à la dyspepsie que produit le copahu. Il peut déterminer aussi, mais beaucoup moins souvent que le copahu, les éruptions cutanées, et, comme pour le copahu, l'on observe très bien le passage de son principe aromatique par l'urine. La fréquence comparativement beaucoup moins grande des éruptions cutanées à la suite de l'administration du cubèbe dans le traitement de la blennorrhagie, lui fait donner la préférence chez les individus et dans les saisons où l'on a à craindre les éruptions cutanées.

Quelle que soit celle des deux substances dont nous venons de parler que l'on veuille administrer, il faut, pour obtenir des effets favorables de l'administration du médicament, le donner à dose assez élevée et ne pas harmoniser l'économie à son action; il faut dès le principe dominer l'économie. Pour le copahu, la dose ordinaire par jour doit être de dix grammes en deux ou trois fois. On peut aller à vingt et même à trente grammes par jour; le cubèbe se donne à la dose de 20, 30, 40 et même 60 grammes par jour. La dose moyenne, et à laquelle nous donnons habituellement la préférence, est en général de 25 à 40 grammes.

Tant que l'on s'aperçoit que la dose que l'on administre produit un effet curatif, on doit s'y tenir, surtout lorsqu'elle ne produit aucun accident, que les malades ne se plaignent ni de coliques, ni de diarrhée. S'il se produit des accidents résultant de l'administration du médicament, on en diminue aussitôt la dose, ou on le suspend même tout à fait. Faut-il en cesser l'usage dès que l'écoulement est guéri? Non pas; il ne s'agit pas seulement de couper la chaudepisse, il faut obtenir une résolution complète de la maladie.

Les formes pharmaceutiques du copahu sont extrêmement nombreuses. C'est un des médicaments qui ont été le plus travaillés et l'objet des modifications de formes les plus variées. Nous allons en quelques mots vous donner de suite une opinion pratique, résultant de notre propre expérience. Moins le cubèbe et le copahu ont été travaillés pharmaceutiquement et chimiquement, plus leur puissance est grande, leur action rapide, leur efficacité certaine. Pour le cubèbe, autant que possible, vous chercherez à le faire prendre aux malades en nature, soit délayé et suspendu dans l'eau, soit enveloppé simplement dans une feuille de *pain à chanter.*

Pour le copahu, il est difficile de le faire prendre pur aux malades, bien que quelques-uns consentent à l'avaler ainsi. L'une des meilleures manières de l'administrer, c'est la potion de Chopart; on a donné de cette potion plusieurs formules. Voici celle à laquelle nous nous sommes arrêté :

Baume de copahu,	de chaque, 30 grammes.
Eau de menthe,	
— de laitue,	
— de fleurs d'oranger,	
Sirop de pavot,	

Poudre de gomme adragante, *q. s.* pour faire une émulsion.

On recommande au malade de secouer la bouteille avant de prendre la potion. On commence par trois cuillerées par jour, et l'on augmente peu à peu la dose en la portant à 6, 8, 10 et même 12 cuillerées, à mesure que la tolérance s'établit. On peut, chez les sujets un peu susceptibles, corriger la tendance aux renvois en leur faisant prendre, après chaque dose, un demi-verre d'eau de Seltz. Nous devons dire cependant qu'il est peu de malades qui puissent supporter cette potion. Il en est un grand nombre qui, après les premières doses, éprouvent des nausées rien qu'en apercevant la bouteille qui la renferme.

Vous rencontrerez nombre de sujets qui ne peuvent supporter l'administration par l'estomac ni du cubèbe, ni du copahu. Chez ceux-là, vous pourrez tirer un bon parti des lavements contenant la substance médicamenteuse; mais, il faut que vous le sachiez tout de suite, autant le cubèbe et le copahu ont de puissance pris par la bouche, autant ils en ont peu et sont infidèles administrés par le rectum. N'ayez recours aux lavements que lorsqu'il vous sera tout à fait impossible de faire autrement. Voici, du reste, la formule du lavement au baume de copahu :

Baume de copahu,	25 à 30 grammes.
Décoction de têtes de pavot,	100 grammes.
Jaune d'œuf n° 1.	

Vous devez avoir soin de faire vider d'abord le rectum par un lavement simple; puis vous faites prendre au malade le lavement composé, à une très basse température, presque froid. Le lavement devra être gardé, s'il est possible. On peut, pour faciliter la tolérance, ajouter au mélange cinq ou dix centigrammes d'extrait gommeux d'opium, et quelques centigrammes de camphre. En général, autant que possible, nous faisons prendre ces lavements le soir, et nous conseillons aux malades de chercher à les garder toute la nuit.

On peut encore faire prendre le cubèbe et le copahu sous forme de bols, de capsules; une des conquêtes de la pharmacie moderne, c'est la forme capsulaire. Les capsules de gélatine ou de gluten ont l'avantage de masquer complétement, au moment de l'ingestion, le goût du médicament. Les capsules ne se rompent pas toutes dans l'estomac; la plus grande partie ne se brisent qu'après avoir cheminé plus ou moins longtemps dans l'intestin. L'avantage est donc double : d'abord, les nausées et les renvois sont moins fréquents; puis le médicament agit moins directement et en moins grande quantité sur l'estomac lui-même. Pour le dire en passant, nous préférons aux capsules gélatineuses les capsules de gluten, dites capsules de Raquin. Dans les premières, le baume de copahu est tout à fait pur; dans les autres, il entre une très faible proportion de magnésie en combinaison avec le baume, mais cette proportion est très minime. Nous prescrivons les capsules gélatineuses à la dose de six à douze par jour. Les capsules de Raquin contiennent 30 grammes de copahu pour 64 capsules. Nous en donnons de 16 à 20 dans les vingt-quatre heures.

Nous avons cherché à remplacer ces capsules par une préparation identique et moins coûteuse. Nous faisons solidifier 30 gr. de copahu avec 1 gr. 50 cent. de magnésie. Avec cette quantité, nous faisons faire 64 pilules que l'on recouvre de gélatine. Nous faisons souvent recouvrir de gélatine les bols de cubèbe, à peu près dans la même proportion, de telle sorte que 30 capsules représentent 30 grammes de poudre. En général, nous nous trouvons assez bien d'associer au cubèbe l'extrait de ratanhia.

Nous prescrivons souvent aussi l'addition au cubèbe d'une certaine quantité d'alun dans la proportion suivante :

Cubèbe,	30 grammes.
Alun,	2

pour 30 pilules.

Quelques sujets à tendance lymphatique, à tissus mous, d'une constitution chlorotique, pourront, comme adjuvant du cubèbe, prendre quelques préparations ferrugineuses. On leur prescrira avec avantage 2 à 3 grammes de sous-carbonate de fer par jour.

Les boissons que l'on fera prendre aux malades pendant le traitement seront peu abondantes. Elles consisteront en eau de Seltz en petite quantité, avec un peu de sirop d'orange; un peu d'infusion d'*uva ursi*, édulcorée avec le sirop de Tolu additionné de citrate de fer. Six à huit grammes de citrate de fer pour 500 gr. de sirop, vous donneront un sirop peu désagréable au goût, et d'une coloration agréable à l'œil, condition qui n'est pas toujours indifférente dans certaines classes de la société, et pour quelques malades difficiles.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 19 mai 1846. — Présidence de M. Roche.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport sur la peste.

M. Dubois (d'Amiens), premier orateur inscrit, a la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs, c'est sans doute encourir une défaveur que de venir reproduire ici des objections assez nombreuses contre un rapport aussi étendu et aussi important que celui de la Commission dont j'ai l'honneur de faire partie; mais, M. le rapporteur vous l'a déclaré lui-même à la fin de son travail, il y a eu une minorité dans le sein de la Commission, et cette minorité n'a pas signé ce rapport sans réserve; elle a stipulé qu'il lui serait permis de reproduire devant l'Académie les observations qu'elle avait en vain cherché à faire prévaloir dans la Commission. C'était à la fois un devoir et un droit pour nous. Un droit, puisqu'en entrant dans la Commission nous n'avions pas entendu abdiquer notre liberté de penser et de reproduire ultérieurement nos opinions; un devoir, puisqu'il s'agissait d'une question qui nous intéressait à la fois comme savants et comme citoyens.

Le plan que je me suis tracé, pour ma part, est bien simple. Je vais d'abord reproduire devant l'Académie les objections que j'avais faites à mes collègues de la Commission; j'exposerai ensuite avec sincérité les observations qu'une lecture plus attentive du rapport m'a ultérieurement suggérées.

Ces remarques ne porteront que sur l'ensemble de ce grand travail; ce sera, à proprement parler, une discussion générale. Plus tard, et à mesure que s'effectuera les votes des conclusions, j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques observations sur les faits particuliers.

Je me plais d'abord à reconnaître que le rapport lu par M. Prus est un travail consciencieux et considérable; mais, par le fait même de son étendue et de sa complexité, il embrasse des questions qui pouvaient être passées sous silence, et souvent il s'écarte du but que nous devions nous proposer.

Nous avions, il est vrai, à nous occuper d'une grande et vaste question; mais cette question était unique, bien limitée, bien circonscrite; le rapporteur l'a formulée lui même avec netteté; la voici : « La peste » est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? Doit-on » craindre que quelques cas importés en France y puissent devenir la cause d'une épidémie pestilentielle? »

C'était là, je le répète, toute la question : l'Académie, le gouvernement, les chambres, le pays enfin, ne nous demandaient pas autre chose; toutes nos recherches devaient être dirigées sur ce point. J'en avais fait la proposition formelle lors de notre première réunion; on n'a pas jugé à propos de l'adopter, et le rapporteur a été autorisé à faire ainsi, non plus un *rapport,* à proprement parler, mais une *monographie* sur la peste; monographie estimable assurément, qui a exigé bien du travail, bien des veilles de la part du rapporteur, qui témoigne de son zèle et de son talent, mais qui, avec ses trente conclusions scientifiques et un égal nombre au moins de conclusions pratiques, entraînera peut-être une discussion interminable.

Des trois grandes parties qui composent ce travail, *deux* auraient pu être écartées sans nuire en rien à la solution du problème qui nous était proposé; M. Adelon était du même avis, car il avait coutume de dire, dans nos discussions, que pour lui le rapport ne commençait véritablement qu'à la quinzième conclusion.

Un aperçu rapide sur l'ensemble du Rapport fera juger de la valeur de cette objection.

D'accord avec son rapporteur, la majorité de la Commission a posé en principe que toutes les conditions productrices de la peste peuvent être ramenées à trois chefs :

1° Conditions relatives à l'insalubrité des lieux et à la misère des habitants ;

2° Conditions relatives au génie épidémique ou à la constitution pestilentielle ;

3° Conditions relatives aux pestiférés eux-mêmes, ou à l'action des individus malades sur les individus sains.

Voilà, si je l'ai bien saisie, la pensée fondamentale de la Commission ; c'est ainsi qu'elle a voulu systématiser l'étiologie de la peste.

Mais on verra que de ces trois éléments producteurs de la peste, deux sont restés à peu près sans application dans le Rapport ; ce sont les deux premiers.

On n'en a tiré aucune induction pratique ; ce qui prouve ssns réplique qu'on aurait pu se dispenser de les traiter.

Toutefois, je me hâte de le dire, il est dans les premières parties du Rapport des questions qui ont été judicieusement exposées, et qui trouveront désormais leur place dans toute histoire générale de la peste. D'autres m'ont paru susceptibles d'objections assez graves ; je reproduirai celles-ci en peu de mots, et en suivant l'ordre établi dans le Rapport.

Je ne reviendrai pas sur l'histoire des *pestes spontanées;* j'aurais d'ailleurs peu de chose à dire sur cette excursion historique et politique. Les faits, je viens de le dire, y ont été non-seulement bien exposés, mais encore bien interprétés.

Je n'ai élevé, et je n'élève encore aucune objection contre cette première conclusion générale ; à savoir :

Que dans tous les pays où on a observé la peste *spontanée*, son développement a pu être *rationnellement* attribué à des conditions déterminées agissant sur une grande partie de la population ; conditions au nombre desquelles, ou plutôt en *tête* desquelles il faut placer une grande misère physique et morale, une alimentation malsaine et insuffisante, des habitations insalubres, etc., etc.

Et ici les exemples étaient faciles à trouver ; la Basse-Egypte offre toutes ces conditions ; il n'y a qu'une seule voix de la part de tous les voyageurs qui l'ont parcourue, ou plutôt il n'y a qu'un cri d'indignation ou de pitié. Le rapporteur n a donc pas été au delà de la vérité dans le tableau émouvant qu'il en a tracé.

Mais comment se fait-il qu'après avoir décrit les habitations ou plutôt les tanières du malheureux fellah, construites avec de la boue et consolidées avec des ossements d'animaux ;

Après nous avoir dépeint les haillons qui lui couvrent imparfaitement la ceinture et les épaules ;

Après nous avoir dit qu'il n'y a que l'Egyptien d'*exception* qui mange du pain de maïs ou de blé, qui se nourrit de bonne viande, tandis que le reste de la population ne peut toucher au blé qu'elle cultive, qu'il lui est défendu d'en user ;

Après nous avoir dit, qu'à défaut de pain, le fellah est obligé de se nourrir de semences de coton, de noyaux de dattes pilés et réduits en galettes ;

Après nous avoir dit enfin que quand le maître lui donner de la viande, cette viande provient d'animaux malades ;

Comment se fait il, dis-je, que la Commission, par l'organe de son rapporteur, se soit empressée de se défendre de la pensée qu'on aurait pu lui supposer, de faire retomber l'odieux de tant de calamités sur le gouvernement égyptien ?

« Loin de nous la pensée, dit le rapporteur, d'insinuer que si le
» gouvernement égyptien n'a pas encore obtenu dans les états qu'il
» régit, les résultats nécessaires à la sécurité de l'Europe, il faille
» accuser de cet insuccès l'homme de génie qui gouverne l'Egypte. »
(P. 679.)

Je sais avec quelle circonspection un corps comme l'Académie doit s'exprimer à l'égard d'un souverain en relations d'amitié avec la France ; mais mieux aurait valu ne rien dire.

Pour ma part, je ne veux pas chercher à me défendre de cette insinuation ; elle était dans ma pensée ; il me semblait que quand un pays est en proie à d'aussi horribles misères, c'est à son gouvernement qu'il faut s'en prendre.

Que dirai-je maintenant de certaines correspondances dont on a fait grand bruit depuis quelqne temps, et desquelles il résulterait que le gouvernement égyptien va enfin se mettre à l'œuvre ? Le vice-roi, dit-on, arrivé au terme de sa longue carrière, et après avoir si longtemps écrasé son peuple par ses monopoles, songerait enfin à améliorer sa position.

J'ai lu le curieux entretien qu'il aurait eu à ce sujet avec Gaëtani-Bey, son premier médecin.

Suivant Méhémet Ali, l'Europe a une *étrange opinion* sur l'Egypte (ce sont les mots qu'on lui prête). Elle persiste, contre toutes raisons, à tenir l'Egypte en *suspicion*, à la regarder comme un foyer permanent de peste à cause de son insalubrité ; de là, une barrière élevée entre l'Europe et l'Egypte au grand préjudice du commerce de Son Altesse.

Pour éclairer l'Europe, le vice-roi aurait eu d'abord l'idée d'enjoindre à son école d'Abou-Zabel de faire à ce sujet une déclaration collective, une sorte de manifeste.

Mais Gaëtani-Bey aurait fait entendre au vice-roi, avec tous les ménagements possibles, que la situation du peuple en Egypte *laissant encore quelque chose à désirer!* Sous le point de vue hygiénique, une démarche de ce genre pourrait ne pas être couronnée de succès. (*Voyez* le *Courrier de Marseille*)

On ajoute que le vice-roi, amené ainsi à reconnaître qu'on peut en effet conserver *quelques doutes* sur l'assainissement complet de l'Egypte, aurait arrêté que *trois villages modèles* seraient construits dans la Basse-Egypte, et que le général Clot-Bey serait chargé de la partie hygiénique des opérations.

Voilà le fait dont on a fait tant de bruit depuis quelque temps ; il était à l'adresse de l'Europe.

Certes, personne plus que moi ne désire que ce soit là le commencement d'une ère nouvelle pour l'Egypte ; mais, je l'avoue, je n'ai pas grande confiance dans le génie civilisateur des Turcs ; c'est une race qui a toujours tenu trop peu de compte de la vie des hommes, et j'ai bien peur que ce ne soit là le commencement de nouvelles misères pour les pauvres fellahs. Je sais, par expérience, comment les choses se pratiquent dans les pays soumis au despotisme oriental ; on réunira quelques milliers de fellahs, déjà on en fait le dénombrement, on les accablera de travaux, ils périront par centaines, et puis on fera dire dans toute l'Europe, qu'il y a en Egypte des villages modèles supérieurs à tout ce qui existe dans les pays civilisés.

Mais en voici assez sur ce point.

Je me résumerai en disant que cette première partie du rapport, bien qu'un peu étrangère à la solution du problème de l'importation de la peste en France, ne peut plus être retranchée du rapport : ce serait le mutiler ; je dirai plus, c'est la partie la moins contestable du rapport ; j'ai donc adopté pleinement cette pensée de la Commission : « Que la civilisation avait chassé en d'autres temps la peste des lieux » qu'elle désole aujourd'hui, et que c'est la barbarie qui l'y a ramenée. » Mais je suis d'avis qu'on laisse peser sur qui de droit tout l'odieux de cette barbarie.

§ II. Je passe maintenant à la seconde partie du rapport. Cette seconde partie traite, nous le savons, de l'influence du génie épidémique ou de la constitution pestilentielle.

Mais qu'est-ce que ce fameux génie épidémique qui à lui seul, et en dehors de toute influence de localités et de l'action des malades, suffirait pour produire la peste ? La Commission répond qu'on peut le reconnaître à *cinq* caractères bien distincts, et qu'elle a tout simplement appliqué à la peste l'ancienne doctrine des épidémies ; c'est, en effet, dans tous les vieux Traités de pathologie que la Commission a trouvé cette théorie générale. Reste à savoir si elle est vraie en elle-même. C'est là précisément ce que j'ai contesté dans le sein de la Commission ; il m'a paru qu'on s'éloignait tout à fait de la pratique pour se jeter dans une vaine théorie

Le premier paragraphe seul de cette dissertation m'avait paru exact ; le voici : *Une maladie est épidémique lorsque, dans un temps donné, elle attaque un grand nombre d'individus*. Voilà, je le répète, ce qui est incontestable ; mais la Commission prétend que ce n'est pas seulement par le *nombre* des malades ou par l'*intensité* du mal que se caractérise une épidémie ; elle sontient que, dans tous les cas, il y a cinq caractères spéciaux. On va voir à quel point ces caractères sont insignifiants.

D'abord, et c'est là le premier caractère, les épidémies de peste ont généralement trois périodes : une période de début, une période de déclin et une période de terminaison.

J'oserais presque dire que ce premier caractère est une naïveté ; en effet, une fois ceci reconnu que la peste, comme beaucoup d'autres maladies, peut de *temps à autre* attaquer un fort grand nombre d'individus, je voudrais bien qu'on me montrât une épidémie, ou même une simple recrudescence, sans période de début, de déclin et de terminaison ! et je demande comment on peut trouver en cela un prétendu caractère spécial du génie épidémique ?

Deuxième caractère. — Pendant le règne d'une épidémie, dit la Commission, les autres maladies sont moins nombreuses et reçoivent l'empreinte de l affection dominante.

Ceci est une erreur : avant l'invasion du choléra en France, on croyait à cette doctrine ; on allait jusqu'à dire qu'en temps d'épidémie le chiffre de la mortalité n'est pas de beaucoup augmenté ; qu'on meurt de l'épidémie au lieu de mourir des autres maladies ; mais, une fois le choléra à Paris, on a vu que les autres maladies n'étaient pas moins nombreuses et qu'elles suivaient leur cours sans être modifiées en rien par l'épidémie.

Quant à la mortalité, elle a été comme de coutume, en 1832, d'environ 22,000, et, en y joignant les 18,000 du choléra, on a eu pour l'année un contingent de 40,000 décès !

Troisième caractère. — Quand sévit une maladie épidémique, dit la Commission, il est assez rare que les personnes qui conservent leur santé ne ressentent pas plus ou moins l'influence générale.

Je dirai d'abord que ceci a été positivement nié quant à la peste ; au rapport de Desgenettes, plusieurs épidémies de peste ont eu lieu sans qu'on ait eu à observer cette influence générale ; qui ne sait ensuite que dans ces grandes calamités peu d'individus ont assez de fermeté pour demeurer impassibles ; que la plupart vivent dans des terreurs continuelles, passent leurs jours à analyser leurs sensations, à scruter leurs organes ?

Quatrième caractère. — Les maladies épidémiques reviennent et cessent souvent dans la même saison, et ont en général la même durée.

Il y a ici une véritable méprise ; ce sont les maladies *endémiques* qui ont ce caractère, et non les maladies *épidémiques*.

Essentiellement soumises aux influences des localités, les endémies ont en effet cette espèce de périodicité ; on peut communément en prévoir le retour et en assigner la durée. Pour les épidémies rien de semblable. On prétend, dans le Rapport, que les épidémies de peste se montrent en Egypte une fois environ dans l'espace de huit à dix ans, mais on convient que l'intervalle qui les sépare est très variable.

Cinquième et dernier caractère. — Une maladie épidémique est souvent précédée par d'autres affections plus ou moins graves, plus ou moins généralisées, qui lui servent en quelque sorte d'*avant-coureurs.*

Ce sont des avant-coureurs bien infidèles ; d'abord ils peuvent manquer, et ensuite quels sont-ils ? Des affections plus ou moins graves et plus ou moins généralisées. Mais quelle est la population qui n'est pas toujours travaillée par des affections plus ou moins graves et plus ou moins généralisées ? Faudrait-il en conclure qu'elle est par cela sous la menace perpétuelle d'épidémies ?

Ce caractère n'a pas donc plus de fondement que les autres ; c'est une théorie qu'on ne saurait admettre. J'ai dit que, du reste, la Commission n'en avait fait aucune application ; qu'elle l'a laissée dans le Rapport à l'état de théorie ; cependant, comme elle a mentionné dans la dernière partie du Rapport un sixième caractère particulier aux épidémies de peste, à savoir, que dans ces conditions la peste serait *communicable*, tandis quelle ne le serait pas à l'état sporadique ; en ce sens, il y avait lieu à faire une application de la théorie que nous venons d'examiner.

Si on se reporte aux conclusions pratiques, on verra en effet que la Commission propose de placer auprès des consuls, dans le levant, des médecins dits *sanitaires*, chargés de déclarer dans des certificats annexés aux patentes, si la peste est ou n'est pas épidémique, et partant si la patente doit être brute ou nette.

Je ne veux pas examiner pour le moment si ce sixième caractère est vrai ; ce que je veux faire remarquer, c'est que, même dans ces circonstances, la théorie en question ne serait d'aucune utilité ; le médecin sanitaire ne pourrait en faire aucune application.

En effet, vous voulez que pour s'assurer de l'épidémicité du mal, il se mette à rechercher si les cinq caractères existent. Il faudra donc qu'il se mette d'abord à rechercher s'il y a eu des avant-coureurs, c'est-à-dire, des maladies plus ou moins graves, et plus ou moins généralisées ? Mais comment n'en trouverait il pas ? Puis si les autres maladies portent l'empreinte du génie épidémique, etc., etc. Je puis assurer d'avance que si jamais des médecins sanitaires se trouvent attachés aux consulats, ils s'en rapporteront tout simplement à la notoriété publique ; ils se borneront à s'enquérir si la peste attaque ou n'attaque pas, dans un temps donné, un *grand* nombre d'individus ; et si cette dernière circonstance a lieu, ils certifieront qu'il y a épidémie. Cette théorie aura donc le sort de toute théorie fausse en principe ; elle ne sera d'aucune utilité dans la pratique.

J'arrive maintenant à la troisième et dernière partie du rapport, c'est assurément la plus importante ; je dirai même que le rapport tout entier est dans cette troisième partie, puisqu'elle est consacrée à la solution du problème qui occupe aujourd'hui tous les esprits.

§ III. L'INFLUENCE EXERCÉE PAR LES PESTIFÉRÉS EUX-MÊMES. — Ce que je reprocherai d'abord ici à la Commission, c'est de n'avoir pas eu la franchise de son opinion ; il s'agissait, pour elle, de se prononcer sur le fond de la question ; question, du reste, que son rapporteur avait parfaitement posée quand il s'est demandé *si la peste est transmissible en dehors des foyers épidémiques*; et pour qu'on ne s'y méprtt pas, il ajoutait : « C'est là, Messieurs, la plus capitale des questions que
» l'Académie doit résoudre : la solution est-elle affirmative, c'est le
» maintien du système sanitaire ; est elle négative, c'est la condamna-
» tion des lazarets et des quarantaines. (Page 773.) »

Je n'ai pas altéré un seul mot ; voilà textuellement la question posée par la Commission.

Comment a-t-elle répondu à cette question ? Chacun le sait : par l'affirmative, et par l'affimstive la plus nette, la plus absolue, la plus explicite, et qui n'admet pas le plus petit doute, qui donne le fait comme *incontestablement* reconnu.

Donc, et la conséquence est rigoureuse, c'est la Commission elle-même qui l'a tirée, elle veut le maintien du système sanitaire ; elle ne condamne nullement les lazarets et les quarantaines. Mais maintenant, ce qu'il y a de plus singulier, c'est que la Commission a la prétention de ne pas être *contagioniste!!* Elle voulait positivement le déclarer dans le rapport, en vertu d'une certaine définition de la contagion ; définition en usage, non pas dans la science, mais dans l'école d'Abou-Zabel.

Etablissons d'abord les faits. La Commission a formulé ainsi sa réponse ; c'est la seizième conclusion :

« Il est incontestable que la peste est transmissible en dehors des
» foyers épidémiques, soit à bord des navires en mer, soit dans les la-
» zarets d'Europe. » (Page 841.)

On le voit, il n'y a pas de place ici pour le plus petit doute. Dans les autres conclusions, on admet certaines restrictions ; on dit que le fait n'est pas entièrement prouvé ; qu'il n'a pas été positivement constaté, etc., etc. Ici le fait est donné comme incontestable ; et cependant, je le répète, la Commission voulait déclarer qu'elle n'était pas contagioniste, et elle l'avait déjà fait à l'aide d'un subterfuge.

On sait comment la contagion a été entendue dans la science depuis trois siècles, c'est-à-dire depuis Fracastor. On sait qu'il y a plusieurs *modes* de contagion ; que tantôt il faut une *inoculation*, il faut que les téguments soient entamés (*dilaceratur cutis*) ; que tantôt il suffit d'un simple *contact* (*solo contactu afficiuntur*) ; que d'autres fois la maladie se communique à distance (*contagionem transferunt ad distans*) ; que tantôt enfin, il suffit de faire usage de hardes et de vêtements (*quæ apta sunt conservare seminaria prima contagionis.* — Fracastorii *De contag.* lib. I, 220 et 221, Ludg., 1550).

Voilà comment la contagion a toujours été comprise dans les écoles d'Europe, et tout a été organisé dans les lazarets pour prévenir ces différents modes de contagion. C'est pour cela qu'on ne se borne pas à empêcher le contact avec les malades, mais qu'à l'aide de grilles de fer on les éloigne à douze ou quinze mètres ; qu'on brûle ou qu'on purifie leurs effets, etc., etc.

Mais la Commission, dans les premières épreuves du rapport, avait jugé à propos de restreindre la signification du mot contagion à un seul mode de transmission, celui qui se ferait par le contact et à l'air libre, ou dans un lieu bien ventilé. Et, partant de là, elle voulait hautement se déclarer *non contagioniste*. Mais M. Bégin, avec son bon sens ordinaire, a fait remarquer à la Commission que ceci paraîtrait une énormité, de dire qu'on n'est pas contagioniste quand on assure qu'il suffit de s'approcher d'un malade pour contracter sa maladie ; quand on assure que cette maladie peut être *importée* dans un de nos ports loin de tout foyer épidémique, et communiquée par un seul individu malade à toute une population saine.

Or, pour sortir de cette difficulté, qu'a proposé M. Bégin ? De ne pas dire un mot de la contagion, de ne plus en parler du tout dans le rapport ; ce qui serait un fait jusque-là inouï, que dans un rapport sur la peste on n'ait pas même prononcé le mot de contagion.

Mais maintenant voici ce qui est arrivé ; et ceci servirait à démontrer au besoin la puissance d'un mot, non pas mis en sa place, mais ôté de sa place.

C'est que beaucoup de gens, d'ailleurs bien intentionnés, s'y sont laissé prendre ; ils ont cru véritablement que la Commission, ne parlant pas de la contagion, était nécessairement contre la contagion, et que, partant, elle allait demander au gouvernement la suppression des lazarets et des quarantaines. Je ne sais si l'on n'a pas même fait courir le bruit que l'administration sanitaire, effrayée de cette hardiesse de la Commission, avait semé la division dans son sein. Si cela est, il faut convenir que jamais déception n'a été plus complète ; c'était au contraire la Commission qui était effrayée du radicalisme du gouvernement ; aussi propose-t-elle aujourd'hui de maintenir en suspicion les personnes et les choses qui viennent de Tunis et du Maroc, bien que le ministre ait aboli la quarantaine pour les provenances de ces deux contrées.

Mais en voici assez sur ce point ; je vais rechercher maintenant pourquoi la Commission, dans son rapport, s'est montrée plus contagioniste que le gouvernement ne paraît disposé à l'être, et plus contagioniste que les médecins égyptiens.

Ceux-ci, en effet, soutiennent que si la peste est contagieuse, c'est seulement dans les foyers épidémiques ; ils professent que la peste ne peut être *importée*, c'est-à-dire qu'une fois hors des foyers épidémiques, cette affection ne peut se transmettre d'un individu malade à un individu sain ; ils assurent que tous les pestiférés transportés dans des lieux non soumis à la constitution pestilentielle, meurent ou guérissent sans transmettre leur maladie à personne. Mais la Commission n'a pas admis cette opinion ; elle dit que le foyer épidémique n'est pas tellement inhérent aux lieux, qu'il ne puisse en être déplacé et transporté au loin ; elle dit que s'il y a des foyers immobiles, il y a des foyers *mobiles :* c'est l'expression de son rapporteur. « Il suffit, dit-il, qu'un
» pestiféré séjourne ou ait séjourné quelque temps dans un navire,
» pour qu'on voie bientôt la terrible maladie se reproduire dans une
» longue série d'individus. » (Rapp., pag. 803.)

De sorte que, d'après cette doctrine, un individu peut emporter en quelque sorte à la semelle de ses souliers toute une constitution pestilentielle ! Ce n'est pas tout, ajoute le rapporteur : « le pestiféré dé-
» posé dans un lazaret européen, y devient la cause qui développera
» chez d'autres individus l'affection dont il est atteint. » Il y a plus encore, le pestiféré n'est pas toujours nécessaire ; la chambre d'un navire ou d'un lazaret, une fois imprégnée des miasmes qui se sont échappés de son corps, renferme le poison pestilenticl et suffit pour communiquer la maladie ; telles sont, je le répète, les doctrines de la Commission, qui se défend néanmoins de croire à la contagion de la peste (*loc. cit.*).

Suivant elle, ces doctrines sont incontestables : « Elles sont la tra-
» duction logique, dit le rapporteur, d'observations authentiques et
» qu'on ne saurait nier. » (Page 803.)

Je prie l'Académie de bien remarquer ces mots, car l'examen auquel je vais maintenant me livrer aura précisément pour but de rechercher si ces observations sont en effet authentiques et s'il n'est pas permis de les nier.

Au dire de la Commission, ces observations seraient au nombre de dix et les cas au nombre de trente-trois ; nous disons, nous, qu'elles sont au nombre de *quatre*, et voici pourquoi : Que s'agit-il de prouver ? La contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques, ou, comme le dit la Commission, la transmissibilité de la maladie loin des lieux où elle a pu être contractée. Or, comme il est prouvé que la peste ne se déclare pas immédiatement, qu'il faut un temps d'*incubation* plus ou moins long, il est évident qu'il faut mettre de côté tous les cas dans lesquels la maladie a pu être primitivement contractée au foyer même de l'épidémie, et cela quel qu'ait été le temps de l'incubation ; donc, toutes les fois qu'il s'agira de cas de peste attaquant exclusivement l'équipage d'un navire venant de lieux où règne la maladie, ces cas ne pourront être acceptés comme propres à prouver la transmissibilité en dehors de tout foyer épidémique.

Nous ne pourrons accepter comme probants que les cas dans lesquels la peste se serait déclarée chez des individus étrangers aux équipages ; alors seulement, et si ces faits sont authentiques, la transmissibilité pourra être prouvée, puisque ces malades n'en auront pas été puiser le germe aux foyers épidémiques. Telles sont les raisons qui nous obligent à élaguer six observations des dix que nous présente la Commission.

Le rapporteur, je le sais, n'a pas cru devoir faire cette distinction ; toutes les fois que la maladie mettait plus de huit jours à se déclarer, ce n'était plus pour lui de l'incubation, c'était de la transmissibilité ; toutefois, il a fini par reconnaître qu'il y avait lieu au moins à une double interprétation.

Mais voyons chacun de ces faits en particulier.

Le premier relaté dans le rapport est celui du capitaine Contel, commandant la pingue l'*Etoile du Nord*, partie d'Alger le 9 juin 1741 et arrivée à Marseille le 19 du même mois. Ce cas est donné comme

un exemple authentique de transmissibilité de la peste dans le lazaret même de Marseille, la maladie ayant attaqué un chirurgien et un garde de santé renfermés dans l'enclos des contaminés.

Je ne dirai pas que ce premier exemple est mal choisi, la Commission n'en ayant que quatre devait tout accepter. Mais on va voir quel singulier dilemme s'est posé le rapporteur : « Le défaut de détails, » dit-il, nous met dans la nécessité ou de regarder ces faits comme » peu dignes de confiance ou de les accepter sans discussion. » (Page 776)

Maintenant quel parti va prendre le rapporteur? Rejettera-t-il ces faits, les acceptera-t-il les yeux fermés? Il les acceptera : « Nous pre» nons ce dernier parti, dit-il, qui nous paraît le *mieux fondé en* » *raison!* » (*loc. cit.*) Comment, le parti qui consiste à accepter des faits privés de détails suffisants, de détails propres à en assurer l'authenticité, est un parti mieux fondé en raison que celui qui consiste à les rejeter comme peu dignes de confiance! Voilà assurément ce que personne ne comprendra. Je ne veux pas insister, mais il est évident que cette première observation est de nulle valeur; je passe à la seconde.

Celle-ci est la troisième de la série; elle est relative au capitaine Millich, commandant le brick l'*Assomption*. Parti d'Alexandrie le 18 mars 1784, et arrivé à Marseille le 30 avril de la même année.

Le 23 mai, on constate la maladie d'un garde surnuméraire qui avait été employé auprès des passagers du capitaine Millich. Ce garde meurt le 26 mai. Le médecin et le chirurgien du lazaret déclarent qu'il a succombé à une *fièvre maligne*. (Page 780.)

Le 30 mai, un autre garde, également employé auprès des passagers, meurt après quelques jours de maladie; le médecin et le chirurgien du lazaret déclarent que « dans les symptômes par eux observés » pendant la vie, et dans les dérangements qu'ils ont appré» ciés après la mort, ils ne reconnaissent *aucun* signe de la maladie » contagieuse. » (Page 781.)

Nous avons vu tout à l'heure la Commission admettre un fait sans discussion, un fait privé de détails suffisants; ici elle trouve le médecin et le chirurgien du lazaret trop scrupuleux, elle demande si on n'est pas en droit de leur adresser un reproche : celui d'avoir dissimulé la vérité, ou celui de n'avoir pas vu la peste là où elle était. (P. 781) De sorte que la Commission est ici plus contagioniste que les médecins de Marseille en 1784.

Mais poursuivons :

Le 10 juin, un autre garde surnuméraire tombe malade; il meurt au bout de quelques jours; l'autopsie n'est pas faite. Le médecin et le chirurgien du lazaret trouvent que cette maladie n'a pas été caractérisée d'une manière bien claire pour eux; toutefois, ils ajoutent qu'ils ont les plus forts *soupçons* de la maladie contagieuse.

Que dit votre Commission? Ce malade s'appelait Aymès. « Nous » pensons, dit le rapporteur, que Sylvestre Aymès a succombé à une » peste contractée dans l'enclos. » (Page 782.)

Ainsi la Commission, qui a la prétention de ne pas être contagioniste à l'endroit de la peste, trouve trop timorés ou trop scrupuleux les témoins oculaires, et après plus d'un demi-siècle n'ayant par devers elle que des faits incomplets, incertains, elle voit la maladie contagieuse là où ceux-ci ne l'ont pas vue, là où ils ne l'ont que soupçonnée.

Poursuivons :

Le 13 juin, un chirurgien quarantenaire qui avait soigné les malades dont nous venons de parler, tombe malade lui-même. Il se plaint d'une grande diminution de forces de manque d'appétit. Il est d'une grande pâleur; il porte à l'aine droite une glande assez engorgée. Le 14, il est mieux, mais son bubon l'inquiète (ici je copie textuellement; on va voir comment se comporte le singulier bubon). Le 15 juin, M. Blanc croit avoir moins de fièvre; le 16, il vient à la grille; on reconnaît que son bubon est plus saillant, plus rouge, plus douloureux; le 17, il pratique lui-même deux incisions; le 18, il vient de nouveau à la grille; son bubon est moins douloureux; il fournit du pus. M. Blanc se trouve beaucoup mieux; il a bon appétit. (Page 783)

Suivent une série de certificats jusqu'à la cicatrisation du bubon et l'entière guérison du malade.

Ce fait est admis, comme les autres, par la Commission, c'est-à-dire, sans discussion. On ne se demande pas si le chirurgien Blanc, qui s'inquiète d'un bubon situé à l'aine droite, qui n'éprouve qu'un peu de malaise général, peu ou point de fièvre, bon appétit, etc., ne serait pas tout simplement atteint d'un bubon vénérien; ce fait est admis comme un cas de contagion incontestable.

Mais ce n'est pas tout, presque en même temps que M. le chirurgien Blanc, un autre garde de santé, le nommé Isnard était tombé malade; il portait à l'aine droite une glande engorgée de la grosseur d'un œuf de poule. Il succomba après six jours de maladie. L'autopsie n'a pas été faite. (Page 783)

Ici la Commission conçoit qu'on pourrait après tout conserver quelques doutes sur l'existence de la peste chez les malades dont nous venons de nous occuper; mais elle ajoute que si ces doutes existaient, ils seraient complétement levés par une déposition que le capitaine Millich a faite ultérieurement. Nous avons lu cette déclaration, elle n'a nullement trait aux malades dont nous venons de parler. Le capitaine se borne à raconter que plusieurs jours de suite il y eut des troubles extraordinaires parmi ses passagers barbaresques; que de temps à autre on jetait des cadavres à la mer, et qu'il perdit ensuite plusieurs hommes de son équipage.

Telle est en substance la seconde observation citée par la Commission. Je passe à la troisième.

Le capitaine Bernardy, commandant le vaisseau français la *Providence*, parti de Brest le 14 mai 1786, arrive à Marseille le 23 du même mois.

Il entre en quarantaine, et perd plusieurs hommes de son équipage. Le 20 juin, M. Paul, le chirurgien quarantenaire qui les avait soignés, s'avance à la grille, et déclare qu'il se sent lui-même malade. Il s'est aperçu, dit-il, qu'il porte à l'aine gauche une glande engorgée. Le bubon grossit les jours suivants; M. Paul, après beaucoup d'hésitations, en fait lui-même l'ouverture; une suppuration abondante et de bonne nature s'établit. M. Paul est complétement guéri le 7 septembre suivant. (Page 790.)

M. Paul est le seul malade étranger à l'équipage du capitaine Bernardy. Ce prétendu cas de peste aurait donc été communiqué dans le lazaret? Mais le rapporteur déclare lui-même que le malade n'a reçu les soins directs d'*aucun* de ses confrères; qu'il n'a été vu, et encore quand il venait à la grille, qu'à une distance de 12 mètres environ, et sans doute à l'aide d'une lunette d'approche. Que penser alors de l'authenticité de ce fait? Le rapporteur déplore la barbarie de ces procédés, il s'en indigne et avec raison; mais à côté de la question d'humanité, il y a la question de science, et c'est à ce double titre qu'il fallait s'élever contre cette manière de procéder; il en résulte en effet que les malades, dans ces circonstances, n'ont été ni traités, ni *observés;* donc il n'aurait pas fallu donner ces faits comme incontestables.

J'arrive à la quatrième et dernière observation. Elle est beaucoup plus récente; c'est la huitième série.

Le capitaine Anderson, commandant le navire la *Continuation*, parti de Sousse le 15 avril 1819, relâche à Tunis, et arrive à Marseille le 1er mai de la même année.

Le 13 mai, Michel Fabre, garde de santé employé sur le navire, tombe malade; il est bientôt trop faible pour venir à la grille. Mais il reçoit les soins d'un chirurgien quarantenaire. Le rapport qui rend compte de la maladie ne signale guère, sauf les bubons dont la découverte a été faite loin de l'inspection du cadavre, ne signale guère que des symptômes typhoïdes : hémorrhagies nasales répétées, céphalalgie, diarrhée, faiblesse extrême, délire, etc. La Commission se félicite d'avoir enfin trouvé un fait un peu plus détaillé que les autres; mais elle regrette que nos confrères de Marseille n'aient pas cru devoir se rendre chaque jour dans la chambre des malades pour observer par *eux mêmes* les symptômes et saisir en temps opportun les indications à remplir (Page 797.)

(Nous publierons dans notre prochain numéro la fin de ce discours)

— *M. Rochoux* commence la lecture d'un discours dont la fin est renvoyée à la séance prochaine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mai 1846. — Présidence de M. MATHIEU.

M. Bussy adresse une Note sur l'emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Le résultat de ce travail est :

1° Que le charbon animal purifié proposé récemment pour combattre l'empoisonnement par l'acide arsénieux, ne saurait être employé avec succès pour cet usage;

2° Que la magnésie pure, mais faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsénieux en dissolution, et former avec lui un composé insoluble même dans l'eau bouillante.

3° Qu'à l'état gélatineux elle l'absorbe plus promptement encore;

4° Que les animaux auxquels on a administré de l'arsenic, sont constamment sauvés lorsqu'on leur fait prendre des doses suffisantes de magnésie;

5° Que cet antidote présente sur ceux qui sont connus et employés, l'avantage de le rencontrer toujours prêt chez tous les pharmaciens; qu'il neutralise facilement et complétement le poison; qu'il peut être administré sans inconvénient à forte dose, et que ses effets thérapeutiques généraux sont par eux-mêmes en rapport avec les indications que l'on doit chercher à remplir dans ce genre d'empoisonnement;

6° Que la magnésie décompose l'émétique, les sels de cuivre, le sublimé corrosif, et qu'il y a lieu de croire qu'on pourra l'employer avec succès pour combattre et atténuer les effets de ces substances toxiques, et celui des sels métalliques en général;

7° Que les sels des alcalis organiques, morphine, strychnine, etc., étant également décomposés par la magnésie, l'emploi de cette substance dans les cas d'empoisonnement, par les produits organiques qui doivent leur action à la présence des alcalis végétaux, pourrait avoir pour résultat de retarder et de rendre plus difficile l'absorption du poison : c'est ce qu'il se réserve à vérifier par des expériences ultérieures.

— *M. Boudlot* adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur d'informer à l'Académie qu'après de nombreuses tentatives, je suis enfin parvenu à établir, sur les chiens, des fistules biliaires compatibles avec l'état de santé le plus parfait quoiqu'un seul atome de bile ne pénètre pas dans l'intestin.

Il est facile de comprendre tout le parti que la science peut tirer d'un fait de cette importance.

— *M. Morel-Lavallée* adresse deux nouveaux faits constatant l'action énergique que les vésicatoires peuvent produire sur la vessie; ces faits lui ont été fournis par M. Amédée Latour et par M. Troussel.

M. Raspail a comparu, ainsi que nous l'avons annoncé, le 19 mai, devant la 8e Chambre de police correctionnelle, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine.

M. l'avocat du roi soutient la prévention; M. Raspail prend la parole, et présente lui même sa défense.

Le tribunal, après quelques minutes de délibération à l'audience même, faisant droit aux conclusions du ministère public, a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'aux termes de la loi du 19 ventose an XI, il est interdit d'exercer la médecine sans diplôme;

» Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, que Raspail a exercé illégalement la médecine;

» Mais attendu que l'article 36 de la même loi ne fixe aucune peine pour ceux qui n'ont pas pris le titre de médecin;

» Que dès lors, il n'y a lieu d'appliquer qu'une amende de simple police;

» En conséquence, condamne Raspail en 15 francs d'amende et aux dépens. »

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 23 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 60. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 22 MAI 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un chancre assez commun est celui qui, existant des deux côtés du frein du prépuce, le détruit dans le milieu de son insertion et l'isole de manière à en faire une sorte de pont membraneux. Ce petit pont, cette bride, renferme une artère, l'artère du frein, et c'est même à cette circonstance anatomique qu'il doit vraisemblablement de résister à l'ulcération. C'est une règle établie, que lorsque le frein ne tient plus ainsi que par ses deux bouts, il faut l'exciser. Or, cette opération, si minime, si insignifiante qu'elle paraisse, n'est pas sans présenter une difficulté assez notable. Cette difficulté consiste dans l'hémorrhagie résultant de la division de l'artère du frein, petit vaisseau qui ne laisse pas que de donner beaucoup de sang, à tel point que, dans un cas cité par M. Ricord, l'opéré était tombé dans l'état lipothymique, tant l'hémorrhagie avait été abondante. Nous même, dans un autre cas, la ligature étant impossible et la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent ayant été insuffisante, avons été obligé de recourir à l'emploi d'un stylet chauffé à blanc.

Voici le procédé imaginé et pratiqué par M. Ricord pour obvier à cet inconvénient. Un double fil est introduit sous le pont membraneux que forme le frein ; l'un des fils, attiré en arrière jusqu'à la limite de la bride, sert à étreindre fortement cette dernière dans son point de jonction avec le prépuce : striction douloureuse, mais la douleur diminue assez promptement. L'autre fil est ramené à la limite antérieure du petit pont membraneux, où il sert également à étreindre la bride. Cette fois la striction est moins douloureuse, la sensibilité étant engourdie dans la partie par la première ligature. La bride se trouvant ainsi circonscrite entre deux nœuds, on la coupe par le milieu, et, au bout de quelques jours, les petits lambeaux étreints à leur racine tombent, laissant une surface très nette. Il est évident qu'on pourrait se passer de la division moyenne de la bride : le procédé consisterait alors dans l'application pure et simple de la ligature au cas particulier dont il s'agit.

— Il y a deux ophthalmies qui peuvent être produites par la blennorrhagie et que l'on doit s'attacher à bien distinguer l'une de l'autre : l'une est l'ophthalmie blennorrhagique proprement dite, due à l'inoculation de la matière virulente à l'œil par les doigts du sujet ou autrement, et que l'on pourrait appeler à cause de cela ophthalmie blennorrhagique inoculée ; l'autre, qui affecte évidemment la forme rhumatismale et qui est un accident purement sympathique, comme la gonalgie blennorrhagique, ophthalmie qui pourrait prendre le nom d'ophthalmie blennorrhagique rhumatoïde. M. Ricord a dans ses salles un bel exemple de l'une et de l'autre variété.

Dans l'ophthalmie blennorrhagique inoculée, c'est la conjonctive qui est lésée exclusivement; la marche est extrêmement aiguë ; l'œil peut se fondre en très peu de jours, ou même seulement dans l'espace de vingt-quatre heures. Il n'y a pas d'affection qui menace l'organe de la vue d'une manière plus imminente. Généralement un seul œil est pris.

Le malade affecté de cette variété a été sur le point de perdre l'œil. La cornée est érodée superficiellement dans sa demi-circonférence inférieure. Le traitement a été ce qu'il doit être, c'est-à-dire extrêmement énergique. L'œil a été cautérisé avec le nitrate d'argent en crayon, puis des instillations avec un collyre au même sel (40 centigrammes pour 100 grammes d'eau) ont été faites plusieurs fois par jour. Le malade a été saigné, purgé, des sangsues lui ont été appliquées. Pour achever la résolution, un vésicatoire a été placé à la nuque.

M. Ricord attache une grande importance à ce que l'œil soit abstergé et débarrassé constamment de la matière purulente. A cet effet, quand il le peut, il établit une sorte d'appareil irrigatoire destiné à entraîner incessamment les produits de la sécrétion morbide, et à empêcher son accumulation dans les rainures oculo-palpébrales, et à la surface du globe oculaire. A l'hôpital où ce moyen ne serait pas facile à employer, des injections aqueuses sont pratiquées dans l'œil toutes les demi-heures. Cette manière d'agir répond à une indication évidente, et il n'est pas douteux que ce lavage continu, entraînant le pus, qui dès lors ne peut agir sur l'œil par ses qualités éminemment irritantes, ne produise d'excellents effets.

M. Ricord recommande aussi avec insistance de larges onctions de belladone autour de l'orbite. La belladone est à l'œil ce que le camphre est aux corps caverneux : le sédatif par excellence.

Dans l'ophthalmie blennorrhagique rhumatoïde, les deux yeux sont pris ; l'affection oculaire, et c'est là un signe diagnostique essentiel autant que facile à constater, coïncide avec une ou plusieurs arthropathies survenues pendant la blennorrhagie. La conjonctive est atteinte comme plus haut ; il y a conjonctivite, mais celle-ci offre la forme sèche, la forme rhumatismale. Voici ce qu'il y a de plus particulier : La membrane de Descemet est affectée aussi, ou du moins peut l'être, et sécrète plus abondamment.

Il y a hydrophthalmie, comme dans les articles il y a hydarthrose. N'est-il pas très simple que la membrane de l'humeur aqueuse soit prise en même temps que les séreuses articulaires? Il y a plus : dans le cas de M. Ricord, la cristalloïde antérieure est devenue opaque (cataracte membraneuse antérieure). A notre avis, la membrane de Descemet, la capsule cristalline et l'hyaloïde sont des membranes de même nature, et nous n'avons pas plus de peine à nous expliquer l'inflammation de la cristalloïde dans la blennorrhagie que celle de la membrane de Descemet. Toujours est-il que voilà un fait important et précis à ajouter à l'étiologie de la cataracte.

— M. Ricord a institué et continue des expériences propres à démontrer la propriété neutralisante de la pâte de Vienne appliquée au bubon virulent. Dans un cas qu'il nous a montré, un bubon suppuré existait de chaque côté. L'un des bubons a été ouvert par l'instrument tranchant, l'autre par la pâte de Vienne appliquée sur toute sa surface. Le premier est resté virulent (pus inoculable), et a revêtu l'aspect chancreux ; dans l'autre le virus a été neutralisé, et la plaie résultant de l'escharification est en voie de réparation. Ce fait n'a rien qui ne soit très explicable. Le bubon suppuré ne diffère pas essentiellement de la vésicule produite par l'inoculation artificielle, et si la pâte de Vienne détruit le virus dans la vésicule, on ne voit pas pourquoi elle ne le détruirait pas dans le bubon. A la vérité, dans le bubon, l'*atmosphère virulente* est plus étendue en profondeur que dans la récente vésicule qui résulte de l'inoculation artificielle, et, cela étant, il peut arriver que le caustique n'atteigne pas le virus jusque dans sa dernière limite.

— Un malade chez lequel on a appliqué un cataplasme de farine de graines de lin sur le scrotum, a été pris d'un *eczema rubrum* extrêmement intense de tout le corps, sans autre cause. Il n'est peut-être pas de praticien qui n'ait vu, par un retentissement qu'explique l'identité de tissu, survenir des éruptions semblables, souvent beaucoup moins étendues, et par exemple bornées aux aisselles. Le cataplasme émollient n'est pas seul à produire cet effet, et l'emplâtre de Vigo est un des topiques qui l'occasionnent le plus fréquemment. Quand on voit l'application de certaines substances alimentaires à la surface de l'estomac, telles que les moules, déterminer des éruptions à la peau (probablement par répétition d'une éruption semblable de la muqueuse gastrique); quand on voit, comme chez une personne de notre connaissance, l'ingestion des œufs à la coque être suivie infailliblement d'une urticaire ; en présence de ces sympathies s'exerçant du tégument interne à l'externe, on ne s'étonne plus que ce dernier montre de si vives sympathies d'un point à un autre, ou même d'un point à toute sa surface, quand c'est lui qui est primitivement lésé.

— On pourrait se méprendre des accidents secondaires aux accidents de transition de la période secondaire à la période tertiaire, en ne tenant pas compte de la manière dont les ulcérations ont marché. L'ecthyma syphilitique, par exemple, en passant à la forme de rupia, peut en imposer pour un accident de la période de transition, puisque l'ulcération a envahi le tissu cellulaire sous-cutané et que les accidents qui attaquent ce tissu, comme le tissu sous-muqueux, ne sont plus des accidents secondaires, ceux-ci étant des accidents de surface, *superficiels*, comme si le virus faisait efflorescence. Ainsi, un malade de M. Ricord, atteint d'une syphilis constitutionnelle aiguë ayant marché avec une rapidité extrême et qui pourrait bien avoir, si nous en croyons une certaine anxiété et une douleur précordiale assez vive, quelque chose comme une péricardite rhumatoïde syphilitique, présente sur le front des ulcérations étendues en profondeur jusqu'au péricrâne. Ce n'est pourtant là qu'un accident de la période secondaire, et, ce qui le prouve, c'est précisément la marche des ulcérations. Dans l'accident secondaire, l'ulcération marche de la surface vers la profondeur ; dans l'accident de transition de la période secondaire à la période tertiaire, le tubercule s'ulcère de dedans en dehors parce que c'est le tissu cellulaire sous-dermique qui est affecté le premier.

— Nous voyons dans un article intéressant de M. Furnari, inséré dans les *Annales d'oculistique* du mois dernier, un fait à l'appui de l'opinion rappelée dans notre avant-dernier article sur les propriétés dissolvantes des humeurs de l'œil. Un campagnard opéré de la cataracte par M. Velpeau, suivant la méthode par abaissement, et parfaitement guéri, rentra au bout de quatre mois dans les salles du même chirurgien, pour un érysipèle de la face auquel il succomba. M. Richet fit l'autopsie, et trouva le cristallin dans la *chambre postérieure;* la lentille était très dure, très volumineuse, enveloppée en grande partie par sa capsule, et n'avait subi aucun changement depuis quatre mois qu'elle avait été abaissée. Nous avons souligné les mots « chambre postérieure » parce qu'ils sont impropres. La chambre postérieure est si petite qu'on l'a niée ; elle ne saurait donc contenir le cristallin quand il a été abaissé, et c'est au sein de l'humeur vitrée qu'il se trouve. Dans ces questions, difficiles à traiter et à comprendre, à cause de la ténuité et de la multiplicité des parties, on ne doit rien négliger pour éviter la confusion.

Ainsi, dans le cas précité de la clinique de M. Velpeau, le cristallin n'avait subi aucune diminution pendant quatre mois qu'il avait séjourné dans l'humeur vitrée. M. Furnari rapporte en outre un fait de sa pratique qui conduit à la même déduction ; savoir : que le cristallin déplacé peut être résorbé en avant de l'iris, et ne peut pas l'être en arrière. Un déplacement spontané du cristallin cataracté eut lieu chez un homme. La lentille se trouvait dans la chambre antérieure. M. Furnari la fit passer en arrière de l'iris au moyen de la dilatation artificielle de la pupille. Mais, au bout de quinze jours, par un mouvement brusque de la tête, le cristallin retomba dans la chambre antérieure. « Nous avons remarqué, dit M. Furnari, que pendant le séjour que le cristallin avait fait dans la chambre postérieure, il n'avait subi aucun changement, ni dans son volume, ni dans sa couleur, tandis que quelques jours de présence dans la chambre antérieure suffirent pour diminuer sensiblement son volume. » Une iritis nécessita l'extraction de la lentille.

Une question qui ressort de notre précédent article sur ce point est celle-ci : Quelle peut être l'influence de la persistance de la capsule cristalline sur la résorption du cristallin, soit dans l'humeur aqueuse, soit dans l'humeur vitrée ? Nous la livrons à l'examen des ophthalmologistes.

L'article de M. le docteur Furnari a pour sujet la traduction en latin d'une partie du Traité d'ophthalmologie d'Ali-Ben-Isa, qui vivait à Bagdad en 885, par M. le docteur Charles-Auguste Hille. M. Furnari cite un assez long passage de cette traduction, duquel il conclut que la membrane dite de Descemet était connue du temps d'Ali-Ben-Isa. Mais il est d'une entière évidence que le passage latin s'applique à la capsule cristalline, dont le rôle, par rapport au cristallin, est envisagé avec une justesse surprenante et vraiment admirable, quand on songe, d'une part, à la difficulté de distinguer des parties si ténues, et, de l'autre, au temps reculé auquel il faut rapporter des notions aussi exactes.

— On ne fait pas assez attention au testicule dans le traitement de l'hydrocèle. Il est cependant indubitable que, le plus souvent, l'irritation sécrétoire de la séreuse a pour cause un état morbide de la glande séminale. A ce point de vue, on comprend combien il est irrationnel de traiter exclusivement l'hydrocèle. Un homme se présente avec une tumeur scrotale. Cette tumeur est irréductible, indolore, transparente ; en un mot, il n'y a pas à en douter, elle est due en grande partie à l'accumulation d'un excès de sérosité dans la tunique vaginale. On la vide, et l'on y injecte un liquide irritant. Le testicule est plus ou moins engorgé. On n'y prend pas garde, et l'hydrocèle disparue, le malade est réputé guéri; puis, au bout de quelque temps, l'engorgement testiculaire augmente, ou l'hydrocèle se reproduit, parce que l'on n'a rien fait contre l'état morbide du testicule. Voilà une cause de récidive de l'hydrocèle dont on n'a pas tenu compte.

On n'est autorisé à affirmer la guérison qu'autant que le testicule a repris son volume normal; et, c'est à obtenir ce résultat que le chirurgien doit tendre après avoir vidé la tunique vaginale. L'injection est de trop dans l'hydrocèle compliquée d'engorgement testiculaire. Le liquide irritant peut bien, comme on l'a vu, en élevant la vitalité de quelques degrés dans la glande, amener la résolution ; mais il peut, au contraire, ajouter à l'engorgement. Il vaudrait donc mieux donner simplement issue à la sérosité, puis traiter le testicule. On pourrait, de cette manière, obtenir la guérison radicale de l'hydrocèle par la guérison de l'orchite chronique, cause probable de la supersécrétion séreuse. C'est ce que vient de faire M. Baudens dans le cas qui nous a fourni l'occasion d'écrire ces remarques.

— Par suite des marches que viennent de faire plusieurs régiments arrivés depuis peu à Paris, quelques soldats sont entrés au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal (de Calvi, avec des adénites inguinales. Le siége de ces tumeurs diffère de celui des adénites consécutives à une irritation siégeant dans le membre correspondant; et, par exemple, à une écorchure du pied. M. Marchal s'est attaché à faire saisir cette distinction aux élèves qui suivent sa visite. Les adéni-

tes, suite de marche forcée, se trouvent dans le pli même de l'aine, tandis que celles qui résultent d'une irritation de la partie inférieure du membre ont leur siége à deux ou trois travers de doigt au-dessous de ce pli. La raison de cette différence est bien simple : quand les vaisseaux lymphatiques du cou-de-pied, par exemple, sont irrités, ils transmettent leur irritation aux ganglions du haut de la cuisse qu'ils rencontrent les premiers, et ce sont les ganglions sous-inguinaux qui s'engorgent. Dans l'adénite suite de marche, l'irritation est pour les ganglions qui se trouvent froissés par les mouvements de la cuisse. Or, ces ganglions sont ceux qui se trouvent dans le pli de l'aine, et nullement ceux qui sont situés au-dessous. Le siége de cette dernière adénite étant le même que celui du bubon vénérien, il devient plus difficile de distinguer ces deux variétés, et nous pouvons affirmer que l'on s'y trompe généralement. Nous saisissons avec empressement cette occasion de rendre justice aux planches sur le système lymphatique que viennent de publier MM. Bonamy et Beau dans leur bel atlas anatomique. Elles feront comprendre aux chirurgiens ces transports de l'inflammation d'un point des membres à un point plus ou moins éloigné, et seront un guide précieux au moment d'engager le bistouri dans ces régions dangereuses, ou il se hasarde à poursuivre les ganglions rebelles à l'action des fondants locaux et généraux. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hydrocèle double. — Emploi de l'injection vineuse d'un côté, suivi d'insuccès. — Emploi de l'iode de l'autre côté, guérison.

On se rappelle sans doute un homme entré à la Charité au commencement de mars dernier, qui portait dans le scrotum deux tumeurs de nature différente. A gauche, la tumeur présentait les caractères d'une hydrocèle à peu près simple ; à droite, le malade avait subi une injection vineuse, aussi pour une hydrocèle, mais la résolution ne s'était pas faite, et était apparue une tumeur fort embarrassante pour le diagnostic.

Cet homme ayant été opéré, on trouva un grand sac rempli d'une matière tenant le milieu entre le pus et la lymphe coagulable. Deux incisions furent faites; le sac vidé, un séton passé, l'inflammation marcha modérément, une suppuration assez abondante se manifesta : le malade alla bien.

Il y a dans ceci un fait singulier que nous ne voulons pas passer sous silence. Tous les malades qui ont subi de semblables opérations, soit que tout ait marché régulièrement, soit qu'il survint quelque accident, ont mis tous à peu près le même temps à guérir ; c'est toujours environ six semaines à deux mois.

Ce cas présente de l'intérêt en ce qu'il nous offre un sujet chez lequel les deux traitements de l'hydrocèle sont pour ainsi dire en présence, puisque des deux hydrocèles que portait ce malade, l'une a été traitée par l'injection vineuse, l'autre par l'injection iodée. A propos de l'injection vineuse, nous avons vu ces jours-ci un cas très curieux où le malade a été traité par ce moyen.

Dans la curation de l'hydrocèle, il est un point qui n'est pas encore parfaitement éclairci ; c'est celui de savoir s'il faut, pour la cure radicale de cette affection, qu'il y ait de toute nécessité adhérence des deux feuillets de la vaginale. On le croit généralement, Nous ne sommes cependant pas intimement convaincu que cela arrive toujours et soit absolument nécessaire. Dans la discussion académique, on a, il est vrai, touché ce point en passant ; mais il n'a été qu'effleuré, et nullement approfondi.

Si cela semble singulier, qu'on ne soit pas parfaitement fixé sur cette question ; qu'on réfléchisse que les occasions d'examiner les individus opérés de l'hydrocèle sont rares. Les malades ne meurent en effet jamais ou presque jamais à la suite de cette opération, ils succombent dix, quinze, vingt ans après : on ignore s'ils ont été opérés, le chirurgien les perd de vue, et la question reste irrésolue. Cependant on a pu observer quelquefois comment les choses se passent. M. Roux citait trois ou quatre cas dans lesquels il avait pu vérifier, il a trouvé les feuillets soudés. Nous avons eu nous-même l'occasion de disséquer trois ou quatre fois aussi les parties d'individus opérés de l'hydrocèle ; une fois nous avons trouvé autour du testicule deux petites lamelles, et quelque chose qui ressemblait fort à une tunique vaginale nouvelle. Ce fait est très important pour nous ; il peut éclairer peut-être le mode de formation des cavités closes, et l'on sait quelles sont les opinions que nous avons soutenues à ce sujet. Pour nous, ces cavités se reconstruiraient mécaniquement quand elles ont été détruites. Ce fait viendrait à l'appui de nos idées.

M. Gimelle a pu aussi examiner deux fois des individus opérés d'hydrocèle, il a trouvé les feuillets soudés.

Ceci établi, revenons au fait que nous avons observé. Un monsieur, Espagnol, vint nous consulter ces jours-ci ; il avait été opéré en 1829, à gauche, par l'injection vineuse. Il est resté parfaitement guéri jusqu'à l'année dernière ; mais depuis un an l'hydrocèle revient, et c'est bien du côté où il a été opéré, il en est tout à fait sûr. Or, n'est-il pas clair que si ce malade est resté guéri seize ans, il était bien réellement guéri ? et cependant aujourd'hui l'hydrocèle revient. Que conclure, si ce n'est que la guérison peut avoir lieu sans adhérence des deux feuillets ? Déjà, en 1832, nous avions soutenu que le collement des deux feuillets n'était pas indispensable pour la guérison.

Mais, selon nous, ce fait a encore une autre valeur. Dans la discussion à l'Académie, ceci a été avancé ; à savoir : que la cure de l'hydrocèle était radicale avec l'injection vineuse, et seulement temporaire avec l'iode. Nous croyons que voici un fait qui prouve le contraire, sans réplique. On ajoutait même qu'avec le vin la réaction était plus vive, et moins forte avec l'iode. Mais avons-nous besoin de dire que ce ne sont pas les inflammations intenses qui amènent les adhérences le plus sûrement ? Qui ne sait que dans la plèvre, par exemple, une inflammation ne doit pas aller jusqu'à la suppuration pour produire des adhérences ?

Quant à la douleur, la question pouvait être résolue par cet homme, qui a subi les deux injections, on a pu voir qu'aucun doute ne restait à cet égard dans son esprit.

De la fracture de l'olécrane et de la fracture de la rotule.

Au n° 6 se trouve un garçon d'une quinzaine d'années, graveur, qui est entré à l'hôpital pour une maladie du coude gauche. Après une chute sur cette région, ce garçon s'est présenté avec une enflure considérable de la moitié supérieure de l'avant-bras; cette tuméfaction, survenue au bout de vingt-quatre heures, ne pouvait tenir à de l'inflammation : c'était donc le résultat de la contusion ; le malade souffrait plus à la pointe du coude que partout ailleurs; on put constater une fracture de l'olécrane.

Dans des circonstances semblables à celle-ci, la fracture de l'olécrane est difficile à reconnaître, d'abord parce que le gonflement est considérable, ensuite parce que l'écartement des fragments étant léger, les signes particuliers de ces sortes de fractures dont nous parlerons tout à l'heure échappent à une observation même attentive.

Les opinions émises par les auteurs classiques sur ces sortes de fractures sont vraies pour une certaine catégorie d'entre elles ; mais si l'on veut généraliser ces opinions et les appliquer à toutes les fractures de cette partie, elles ne sont plus aussi exactes ; on peut même dire qu'elles n'ont de véritable application qu'à l'exception. Ainsi, en adoptant les idées des auteurs, on serait tenté de croire que toute fracture de l'olécrane ou de la rotule entraîne inévitablement un écartement considérable entre les fragments, et que l'on trouvera toujours un espace de trois à quatre centimètres entre les portions divisées ; ce serait une erreur, nous le répétons, si on l'admettait pour la généralité des cas ; le plus souvent, l'intervalle n'excède pas un centimètre et se borne assez souvent à quelques millimètres.

En réfléchissant à la manière dont se font ces fractures et aux parties qu'elles intéressent, on se rendra compte facilement de ces faits. Les fracture de l'olécrane ou de la rotule (il y a un exemple de cette dernière à côté de la fracture de l'olécrane) se produisent ou par l'action musculaire ou par des violences extérieures ; mais quand l'os est brisé, si la cause a épuisé son action, les fragments ne peuvent en général s'écarter beaucoup parce qu'ils sont entourés de tissus fibreux qui s'y opposent invinciblement. Ainsi, l'olécrane est au milieu des tissus fibreux du triceps, la rotule est comme une sorte de sésamoïde enchâssé dans les tendons des gros muscles de la cuisse; toutes les fois que les lames fibreuses latérales sont intactes, elles maintiennent l'os en place et s'opposent à un écartement considérable des fragments. Pour que les fragments puissent s'écarter beaucoup, il faut absolument que la brisure se prolonge en dehors et très en dehors de l'os lui-même; alors une rétraction énergique peut les entraîner, et l'intervalle entre les deux fragments devenir plus étendu.

Les choses ne se sont point passées de la sorte chez ces deux malades; aussi n'y a-t-il guère qu'un centimètre entre les deux fragments : c'est ce qui arrive ordinairement.

Quant au diagnostic, il faut être prévenu qu'il n'est point le même que celui des fractures en général; les signes généraux ne se rencontrent pas ici; ils sont remplacés par d'autres. Le croisement, le déplacement selon la direction, la crépitation sont des symptômes qui manquent ; on le comprend, on trouve une dépression, de la faiblesse dans le membre ; enfin, la façon dont s'est produit l'accident est aussi susceptible d'éclairer.

Le pronostic est moins grave qu'on ne le croit généralement, à la condition de traiter ces fractures d'une certaine manière, c'est-à-dire autrement qu'on ne le fait d'ordinaire.

Nous avons vu déjà pour l'olécrane, trois malades qui avaient eu des fractures de cette apophyse qui n'avaient pas été traitées, soit parce qu'on ne les avait pas reconnues, soit parce que ces malades ne se doutaient pas d'avoir eu des fractures; ils se servaient parfaitement de leur membre.

S'il était permis de faire de pareils essais, nous ne traiterions pas cet enfant, et nous sommes convaincu qu'il garderait l'agilité de son bras. Il en est de même pour la rotule. Nous avons rapporté (Histoire des fractures, *Gazette des Hôpitaux*, 1844) l'observation de cette dame qui se brisa successivement les deux rotules, qui ne voulut se soumettre à aucun traitement, et qui guérit et marcha sans boiter.

Faut-il conclure qu'on ne doit point traiter ces fractures? Non sans doute; mais bien, qu'il faut les traiter par des moyens qui soient exempts d'inconvénients plus fâcheux que ceux produits par la fracture elle-même. Aussi le seul résultat qui puisse survenir chez ce garçon, si on ne le traitait pas, serait de ne pouvoir placer le bras dans une extension tout à fait complète. Pour la rotule, il n'en résulte qu'un peu plus de faiblesse dans le membre, une matière fibreuse résistante venant combler l'intervalle des fragments, matière fibreuse presque aussi solide que l'os lui même, et permettant par conséquent le plein exercice des fonctions de cet os, qui, comme on sait, a surtout pour action de détruire le parallélisme entre la puissance et la résistance, les muscles, les tendons et les os.

En résumé, notre conclusion est celle-ci : Si l'on n'avait pas d'autres moyens de traiter ces fractures que d'imposer au genou et à la jambe deux mois d'immobilité, il vaudrait mieux n'appliquer aucun traitement; car les inconvénients du traitement, roideur invincible, œdématie du membre, seraient pires que ceux de la maladie.

Chez ce garçon on placera le membre dans l'immobilité et l'extension modérée; on appliquera le bandage en 8 de chiffre, puis on le mettra dans l'appareil dextriné pendant trois semaines à un mois.

Pour qu'on ne nous accuse pas d'exagérer l'innocuité de ces fractures, ajoutons qu'elles ont des mouvements très réels quand l'écartement est considérable. Nous avons vu un diplomate belge chez lequel la rotule est pour ainsi dire au milieu de la cuisse; il marche cependant. Nous avons parlé déjà de ce capitaine de vaisseau dont les fragments de la rotule étaient à quatre ou cinq travers de doigts l'un de l'autre; il boitait, mais à peine. On voit que, même dans ces cas, les conséquences ne sont pas des plus fâcheuses pour l'olécrane; l'écartement n'est jamais guère de plus d'un centimètre.

Plusieurs malades du service de M. Velpeau ont encore été pris d'érysipèles sans cause appréciable. Un jeune homme, entré pour une maladie des yeux, un autre qui porte une tumeur à la mamelle, en ont été atteints simultanément; ce dernier avec des symptômes graves.

Le cas le plus malheureux est celui de la vieille femme couchée au n° 14, qui a subi la résection des deux os de la jambe, dont nous avons parlé il y a trois mois, lors de son entrée, et qui pouvait être considérée comme guérie. C'est un cas extrêmement remarquable, et un très beau succès; elle a été prise d'un érysipèle ambulant; épuisée par son long séjour au lit, cette pauvre femme ne peut trouver que bien peu de ressources dans la thérapeutique, et il serait désolant qu'elle succombât après avoir survécu à un accident et à une opération aussi graves. Son état s'est un peu amélioré ces jours-ci. PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. Addition à la séance du 19 mai 1846.

M. Dubois (d'Amiens). — Suite. — Telles sont les observations invoquées dans le rapport de la Commission. C'est à ces documents que se réduisent les faits de contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques. On peut en apprécier maintenant la valeur; la Commission les a trouvés de la plus haute importance. « Nous ne craignons » pas, dit-elle en terminant, que vous nous reprochiez de nous être » trop appesantis sur ces faits, qui n'ont jamais été publiés avec les » détails nécessaires pour les faire apprécier. » (Page 802.)

La Commission doit se rassurer; ce n'est pas là le reproche qu'on sera tenté de lui adresser; elle ne s'est pas trop appesantie. On lui reprochera plutôt d'avoir été trop sobre de réflexions, d'avoir manqué de sévérité, d'avoir cru donner des détails là où elle n'en donnait pas; d'avoir donné enfin à ces faits une valeur qu'ils n'ont pas.

Suivant la Commission, ces faits résolvent affirmativement la question de transmissibilité de la peste dans les lazarets d'Europe. « Comment en douter, dit le rapporteur, quand on a étudié ces faits sans » prévention ? » (Page 802.)

Je répondrai à cela que c'est précisément parce que j'ai étudié, pour ma part, ces faits sans prévention aucune, que j'ai fini par être ramené au doute le plus complet sur ce point. Une étude peu attentive m'avait d'abord conduit à partager l'opinion de la Commission; je ne m'en suis pas caché; je n'ai jamais fait mystère à mes collègues des variations par lesquelles a passé mon esprit. J'ai donc été d'abord fortement ébranlé; mais plus j'ai étudié les faits de Marseille, plus j'en ai senti l'insuffisance, et j'ai été ramené, je le répète, au doute le plus complet sur cette grande question de la contagion de la peste dans les lazarets d'Europe.

Il faudrait donc en appeler à de nouveaux faits; mais ces faits, où les trouver ? A qui les demander ? Je parle de faits, non pas négatifs, mais positifs; et, pour le dire en passant, n'est-ce pas chose bien remarquable, qu'une Commission comme la nôtre, formée de onze membres, qui tous ont demandé, par excès de zèle, à en faire partie, après plus d'une année de recherches, après avoir fait comparaître en quelque sorte devant elle les défenseurs de toutes les opinions; après avoir pris connaissance de tous le ouvrages publiés sur la matière; après s'être fait ouvrir les cartons des ministères et des intendances sanitaires; après avoir remonté au delà d'un siècle dans ces vieilles archives; n'est-ce pas chose bien remarquable, dis-je, qu'elle n'ait trouvé, en fin de compte que *quatre* observations en faveur de l'opinion qui veut que la peste soit contagieuse en dehors des foyers épidémiques, c'est-à-dire dans les lazarets d'Europe!! Quatre observations seulement, dont l'une manque absolument de détails, et qu'on propose d'adopter de confiance, sans discussion; et dont les autres portent sur des sujets ayant eu des symptômes équivoques, ou qui ont été vus à distance, à travers des lunettes d'approche, ou plutôt à travers le prisme de la terreur.

Il faut en effet s'être transporté sur les lieux pour savoir avec quelles préventions et sous l'empire de quelles idées on accueille, à Marseille, tout ce qui, de loin ou de près, se rattache aux maladies réputées contagieuses.

Dès le début de nos travaux, j'avais pensé que, puisque nous ne pouvions observer la peste par nous-mêmes, nous devions au moins aller chercher un supplément d'instruction dans cette cité tournée vers l'orient, et qui, grâce à la vapeur, n'en est plus distante que de quelques jours.

Notre honorable secrétaire et M. Mélier avaient eu sans doute la même idée; car, à peu de jours de distance, nous nous trouvâmes tous les trois à Marseille.

L'art médical a, comme l'art militaire, ses champs de bataille; et pour bien connaître les grandes scènes qui s'y sont passées, il faut visiter le terrain; il faut voir sur les lieux comment le fléau s'y est comporté, et quels souvenirs il a laissé dans les populations.

Parti de Paris le 18 août dernier, le 24 j'étais à Marseille; je n'avais aucune espèce de mission; j'étais un simple voyageur curieux de voir et voilà tout.

Je voulais à la fois interroger les lieux et les hommes; mais jamais je n'ai aussi bien reconnu à quel point il est difficile de trouver la vérité. A l'exception de quelques hommes véritablement instruits, et que j'ai rencontrés surtout parmi les médecins, je n'ai trouvé que des esprits prévenus, je dirai presque exaspérés. Marseille m'a paru une ville couverte de la rouille de tous les préjugés en ce qui concerne les maladies réputées contagieuses; et il faut prendre garde d'y dire trop haut tout ce qu'on pense à ce sujet. A Marseille, le peuple, d'ailleurs si impressionnable, est élevé dans la crainte de Dieu, de la peste et de la fièvre jaune. En vain le gouvernement central avait modifié le régime sanitaire; l'intendance n'exécutait pas les ordonnances, elle les considérait comme non avenues. Quelques médecins en gémissaient, mais ils n'osaient rien dire. Si nous émettions notre opinion à ce sujet, disaient-ils, et que plus tard une maladie quelconque vînt à régner épidémiquement dans la ville, le peuple s'en prendrait tout d'abord à nous, et nous mettrait en pièces.

La croyance à la contagion est donc générale dans l'ancienne ville des Phocéens; c'est presque un passion, et elle y est encore attisée par l'esprit de parti. La Gazette du Midi s'attache à entretenir ces

terreurs par le récit des histoires les plus lamentables. On conçoit que dans un tel état des esprits, il y avait peu de renseignements à obtenir; la science n'a rien à faire là où s'agitent les passions populaires et les intrigues politiques. Je dus, en conséquence, me reporter vers l'étude des conditions locales. Les souvenirs de la peste de 1720 sont encore vivants dans cette ville. A l'aspect de son port et des quartiers du vieux Marseille, on conçoit avec quelle fureur a dû sévir le fléau. La nouvelle ville elle même, quoique spacieuse, propre et bien aérée, n'en est pas moins groupée autour d'un port dont l'infection est proverbiale. Sept à huit cents bâtiments du commerce, sans compter les bateaux à vapeur, étaient rangés le long des quais, plongés dans une eau noire et fétide.

J'avais pris une barque pour aller visiter, en compagnie d'un jeune médecin du pays très distingué (1), les îles de Pomègues de Ratonneau et du château d'If. On sait quelle est la pureté et l'excessive transparence des eaux de la Méditerranée; mais une fois entré dans le port, il faut littéralement se boucher le nez à chaque coup de rame, tant sont infectes les exhalaisons qui s'en échappent; et c'est dans ce cloaque immonde que vivent les équipages d'un millier de bâtiments.

A l'aspect de ce port et des rues qui l'avoisinent, je me représentais les épouvantables épisodes de la peste qui à pareil jour, le 25 d'août il y avait cent vingt-cinq ans, y déployait tout ses fureurs. Ce port était une sentine dans laquelle on jetait à la fois et des cadavres de pestiférés et les chiens qui les dévoraient. Ce devait être alors une ville de la Basse-Egypte, et comme en Orient, vers la fin de l'épidémie, pour toute mesures hygiéniques, on se bornait à blanchir à la chaux les chambres qu'avaient occupés les pestiférées. Quant au port, on ne songea pas même à le désinfecter, et depuis lors les choses sont restées à peu près dans le même état. On ne comprend pas cette incurie dans une ville aussi riche et aussi active. Marseille débourse en ce moment 20 millions pour se faire apporter les eaux de la Durance; des travaux gigantesques ont été entrepris; le seul aqueduc de Roquefavour coûte 3 millions, et on n'a encore rien fait pour assainir le port! Marseille veut à tout prix boire de l'eau pure, et ne s'inquiète nullement de respirer un air insalubre.

Quelques-unes de ces remarques ont été faites dans le rapport de la Commission; mais on n'en a pas tiré de conclusions pratiques à l'égard de Marseille, tant on était préoccupé des idées de contagion et d'importation.

J'y reviendrai tout à l'heure; pour le moment, j'insiste sur ce fait, que l'opinion contagioniste à Marseille ne repose sur aucun fait authentique: on vous cite des anecdotes, et voilà tout. On parle de milliers de faits, et quand on demande des preuves scientifiques, on ne donne que des témoignages suspects. Ceci explique pourquoi la Commission, qui voulait mettre un peu de sévérité dans ses recherches, n'a pu tenir compte que des documents fournis par l'intendance; ces faits nous sont connus, je n'y reviendrai pas. Je vais maintenant, et pour terminer, examiner rapidement en quoi consistent les conclusions pratiques du rapport soumis à l'Académie, et je le ferai en très peu de mots...

Nous avons vu que la partie scientifique ou médicale du rapport, avec ses trente conclusions, est divisée en trois sections:

La première, comprenant tout ce qui peut résulter de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitants;

La seconde, comprenant tout ce qui peut résulter de la constitution pestilentielle ou du génie épidémique;

La troisième, tout ce qui peut résulter de l'influence exercée par les pestiférés eux-mêmes.

Mais la Commission n'a pas voulu seulement poser des principes, établir des faits purement scientifiques; elle a joint à son rapport un supplément pratique, une série de déductions. Elle a voulu elle-même, comme elle l'a dit, interpréter les faits; d'autres auraient pu aller trop loin, ou rester en deçà: elle s'est chargée elle-même de ce soin.

Mais, je l'ai dit en commençant, la Commission a laissé sans interprétation les deux premières parties de son rapport. Après avoir exposé longuement tout ce qui a trait à l'insalubrité des lieux, principalement dans les contrées brûlantes qui avoisinent la Méditerranée, elle n'en a fait aucune application, pas même en ce qui concerne le seul port français en relation avec ces mêmes contrées; elle n'a pas jugé à propos de demander, avant tout, l'assainissement du bassin de Marseille.

Après avoir fait l'histoire des constitutions pestilentielles, elle n'en a également rien inféré pour la pratique.

La Commission n'a tiré de déductions pratiques que de la troisième partie du rapport, et cette interprétation a été un nouveau *règlement* à l'usage des lazarets!

J'ai souvent entendu prononcer le nom de M. Chervin dans nos discussions de la Commission; M. Bégin avait fini par dire que la peste ressemblait furieusement à la fièvre jaune; et quand on lui citait les faits de Marseille, il répondait: Allez à Cadix, on vous en citera bien d'autres, et de la même force, pour la fièvre jaune.

Notre honorable rapporteur, qui croyait, dans son étiologie de la peste, avoir substitué la doctrine de l'infection à celle de la contagion, a souvent invoqué le nom de Chervin; c'était, en effet, une grande autorité; mais si ce regrettable collègue était encore parmi nous, je voudrais bien savoir ce qu'il penserait en voyant ses doctrines aboutir, entre les mains de la Commission, à la promulgation d'un nouveau Code à l'usage des lazarets!

C'est à cela, en effet, et à cela seulement qu'aboutit, en fin de compte, le travail de la Commission.

Ce n'était point là cependant ce que devait se proposer la Commission; le gouvernement ne nous avait pas demandé un nouveau règlement pour les lazarets, c'est là ce que la minorité de la Commission s'est efforcé de prouver; nous devions nous borner, disions-nous, à demander des *réformes* et rien de plus: nous n'avons pas mission de faire des règlements administratifs.

La majorité de la Commission nous a fait une concession; elle nous a accordé de placer en tête de ses propositions réglementaires qu'elle les émettait sous forme de *vœux*; mais rien n'a été changé dans la forme de ses propositions. C'est toujours la forme impérative d'un règlement, soit qu'il s'agisse de mesures à prendre au départ des navires, soit qu'il faille les prendre pendant la traversée, ou à l'arrivée en France.

Ces propositions sont divisées en 5 sections et 37 paragraphes, ce qui, avec les 30 conclusions du rapport, fait plus de 60 paragraphes à discuter et à mettre aux voix, indépendamment du corps du rapport.

Nous avons dit, dans la Commission, quelles seraient les difficultés d'exécution en séance académique si la Commission persistait à présenter son règlement; nous n'y reviendrons pas ici.

Nous nous bornerons à résumer nos objections sur l'ensemble du travail soumis à l'Académie, et c'est par là que nous terminons.

Nous avons dit que ce travail nous avait paru trop étendu et que, dans beaucoup de parties, il s'éloignait du but que devait se proposer la Commission.

Nous ne proposons pas à l'Académie de le mutiler; il y a d'excellentes choses dans toutes ses parties, même dans celles qui n'étaient pas rigoureusement nécessaires.

Seulement, en ce qui concerne la première partie, nous demanderons qu'on en tire du moins une application relative au port de Marseille, et qu'on passe sous silence tout ce qui a trait au gouvernement égyptien: la peinture de ce malheureux pays est exacte, laissons à qui de droit la responsabilité des maux qui accablent ses infortunés habitants.

(1) M. le docteur Jeanselme. Qu'il me soit permis de remercier ici publiquement M. le docteur Cauvière de l'accueil bienveillant et cordial qu'il a bien voulu me faire.

Pour ma part, je ne propose d'accuser personne, mais je ne veux pas m'associer à ce verdict de disculpation.

Disons comment la civilisation pourrait de nouveau chasser la peste de l'Egypte; mais prenons garde de faire l'éloge de ceux qui jusqu'à ce jour n'ont été peut-être que des oppresseurs.

Quant à la seconde partie du rapport, je n'en demanderai pas non plus le retranchement; on peut la conserver comme un résumé des opinions des auteurs sur les épidémies en général: je demanderai seulement que les cinq caractères des épidémies soient mentionnés sous la forme du doute, si la Commission tient à les conserver

Mais la troisième partie du rapport me paraît devoir être profondément modifiée.

Les observations qui en forment la base ne paraissent pas suffisantes pour que l'Académie se prononce d'une manière aussi absolue sur la question de la contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques, et conséquemment sur le maintien des lazarets et des quarantaines, du moins d'une manière définitive.

L'Académie ne me paraît pas autorisée, d'après les faits, à admettre comme *incontestable*, ce sont les termes mêmes du rapport, à admettre comme incontestable, dis-je, la contagion de la peste dans ces conditions; toutefois, elle ne me paraît pas non plus autorisée à rejeter, à nier cette contagion d'une manière absolue.

La question scientifique, dans l'état actuel des choses, n'est donc pas résolue; il faut la remettre à l'étude, et conséquemment il ne faut pas se prononcer.

L'Académie des sciences, interrogée par le gouvernement, n'a pas cru devoir répondre, du moins jusqu'à ce jour; gardons-nous de mettre trop de précipitation dans notre réponse, nous qui répondons de nous-mêmes, sans avoir été interrogés.

Quant à la question administrative, c'est-à-dire, au régime des lazarets et des quarantaines, je ne proposerai pas à l'Académie d'en demander la suppression immédiate et complète: je me rallierai à toute proposition qui aura pour but d'y introduire les réformes demandées de toutes parts.

Attendons que la question de la peste soit aussi bien éclaircie que celle de la fièvre jaune; qu'il se rencontre un homme de la trempe de Chervin, un homme qui puisse un jour donner à la science des documents aussi décisifs; c'était le vœu qu'il formait lui-même à ses derniers moments: Qu'il surgisse de mes cendres! semblait-il dire: *Exoriare aliquis nostris ex ossibus*.....

Alors, et seulement alors, nous pourrons demander l'abolition complète de ce système; jusque-là, je le répète, demandons des réformes, mais ne posons pas, ne consacrons pas des entraves.

— *M. Rochoux*. Messieurs, au point de vue de la discussion actuelle, une appréciation complète du savant, du consciencieux et peut-être un peu long rapport de votre Commission, doit embrasser les faits et les doctrines dont il est le produit, et leur application à notre système sanitaire. Les faits nombreux qu'on y trouve si richement accumulés sont la reproduction ou les analogues de ceux dont les écrits des contagionistes avaient depuis longtemps mis la vérité au-dessus de toute contestation, et dont l'évidence m'était démontrée il y a déjà longues années. Je ne puis par conséquent refuser mon approbation pleine et entière à ces faits pris dans leur ensemble. Aussi me bornerai-je presque entièrement à discuter les doctrines de la Commission et les applications qu'elle croit devoir en faire. Delà les deux paragraphes d'un travail qui aura reçu sa meilleure récompense s'il parvient à attirer un instant votre attention.

§ I. *Doctrines*. — Quiconque entreprend de renverser une doctrine, comme c'est mon intention, doit être en mesure de la remplacer immédiatement par une autre. Il lui faut sur-le-champ abattre et reconstruire. Faire cette remarque est assez montrer, Messieurs, que si je ne remplis pas bien ma tâche ce n'est pas faute d'en connaître la plus difficile obligation. Je me mets donc à l'œuvre sans autre préambule.

Notre police sanitaire repose sur un système de contagion dont les bases, singulièrement remaniées depuis, ont été posées par Fracastor, ce médecin poète qui croyait certaines ophthalmies susceptibles de se communiquer par le simple regard des malades. Il faut bien dès lors vous présenter un exposé rapide de ce système....

Ici, M. Rochoux expose les opinions sur lesquelles reposent les principes de la contagion et les applications qu'on en a tirées.

Une fois admises comme vraies, ces opinions ne pouvaient manquer de devenir la source intarissable des conséquences les plus déraisonnables, car, comme l'enseigne Aristote, *Posito uno absurdo multa sequuntur*. Les contagionistes devaient donc être naturellement conduits à proposer et à faire mettre en pratique des mesures prétendues préservatives dont l'extravagance le dispute à l'atrocité. Ainsi, non content d'être parvenu à établir des cordons, des lazarets, des quarantaines et des purges, on a pu brûler des villages atteints de peste (1) aux applaudissements de la foule, qui croyait trouver son salut dans ces barbares exécutions, et livrer au dernier supplice des malheureux accusés d'avoir empesté une ville en frottant les rampes des escaliers avec des emplâtres chargés de pus de bubons pestilentiels. On trouvait tout naturel de recommander aux prêtres de se servir d'une baguette d'environ un mètre de longueur pour administrer le saint-viatique aux pestiférés sans s'exposer à gagner leur mal. Le fils devait dénoncer à l'autorité son père atteint de la peste; en même temps, il était défendu sous peine de mort de porter secours à des naufragés partis de lieux mis à l'index de l'intendance sanitaire avant d'y avoir été autorisé par elle. Le général en chef de l'armée d'Egypte, débarquant à Fréjus sans permis, aurait dû être immédiatement fusillé au dire de ce bénin Foderé, qui certainement eût vu sans émoi un bâtiment, repoussé à coups de canon comme suspect d'avoir le choléra, courir la chance de périr corps et bien en vue du port où la tempête le forçait à chercher un refuge, ainsi que cela s'est vu en 1831. Comparé à ces abominations, l'abandon inhumain des malades est presque de la charité.

De pareilles précautions auraient dû ce semble mettre un terme aux appréhensions des contagionistes les plus trembleurs. Point du tout. M. Robert, qui appelle *Livre d'or* le recueil des règlements de l'intendance de Marseille, imagine, pour mettre les médecins et les infirmiers à l'abri de la peste, le plus grotesque des accoutrements. Emule de Foderé, M. Albi signale, le cœur plein d'amertume, les infractions commises à chaque instant dans les lazarets, et tellement graves à ses yeux que si l'on ne se hâte d'y remédier des établissements destinés à nous préserver de la peste finiront infailliblement par la répandre en Europe. Il nous apprend, en outre, combien on doit craindre ces rats qui passent sans plus de façon d'un bâtiment contagié sur un bâtiment salubre.

A Marseille, l'idée fixe de l'intendance est de chercher incessamment les moyens de porter au plus haut degré de perfection possible les mesures préservatives. Effrayée par avance des améliorations que le gouvernement s'apprête à introduire dans notre système sanitaire, elle s'est mise en révolte ouverte contre tout projet de réforme, bien assurée d'avoir en cela l'appui de son public, car vous ne pouvez pas l'ignorer, tout enfant de Marseille est élevé dans la crainte de la peste et le respect de l'intendance. On lui rappelle, comme s'ils étaient d'hier, les désastres de 1721, dont l'anniversaire a été célébré au bout de cent ans par une publication administrative des pièces concernant la peste de cette époque. Ainsi s'entretient dans sa vigueur native, et sans jamais faillir un seul instant, cette hideuse superstition signalée par Lucain, racontant la joie stupide à laquelle se livrent les Marseillais assiégés dans l'espoir que le sacrilége commis par César ne peut manquer de recevoir un prompt châtiment:

> Muris sed clausa juventus exsultat,
> Quis enim impune putaret læsos esse deos!

(1) Cremata est villa, una cum familia cujus erat, quæque ibi se receperat. (Gassendi, *Noticia ecclesiæ Diniensis*.)

Assurément, Messieurs, il n'est pas nécessaire de réfuter avec détails des chimères que dans cette enceinte personne ne songe à défendre. Mais il était indispensable de vous les rappeler sommairement puisqu'elles ont encore la vérité légale pour elles. Ce sera, en outre, un terme de comparaison très propre à faire voir quelle serait la valeur d'un système sanitaire basé sur l'étude approfondie des deux ordres de causes morbifères, la contagion et l'infection, dont nous allons essayer d'apprécier l'influence.

1° *Contagion*. — Pour nous, *il y a contagion quand une maladie se transmet n'importe comment de malade à sain*....

Toute maladie contagieuse doit cette funeste propriété à l'existence d'un germe ou virus qui se produit chez les malades pendant une portion plus ou moins considérable de la durée des affections virulentes. Il diffère des poisons proprement dits en ce que ceux-ci agissent toujours en proportion de leur dose. Au lieu de cela les virus possédant, comme l'avait très bien vu Fracastor, une véritable propriété de germination analogue à celle de la graine d'un végétal, une parcelle extrêmement petite du délétère suffit aussi bien qu'une plus grande quantité pour faire naître le mal. Et cela arrive également sous chacun des trois états, savoir solide, liquide et gazeux, que le virus est plus ou moins apte à prendre.

Quoique réunies par un caractère commun, les maladies contagieuses se divisent, eu égard à l'activité de leurs germes, en deux ordres. Les unes ont un germe persistant doué d'une très grande puissance de reproduction: ce sont la variole, la syphilis, la rage, la morve, la pustule maligne, etc. Les autres ont un germe beaucoup plus faible, facile à détruire: ce sont les typhus proprement dits, au nombre desquels on doit principalement comprendre la peste d'Orient, le typhus des camps, le typhus nosocomial et le *typhus-amaril*, si mal à propos confondu avec la fièvre jaune.

La contagion pure et simple, c'est-à-dire l'absorption du virus, suffit à elle seule, dans toutes les maladies du premier ordre, pour les développer et les répandre. Beaucoup moins actif, le germe des typhus a besoin d'être aidé dans son action par le concours d'un certain nombre de conditions extérieures, en l'absence desquelles le mal perd bien vite son activité et s'éteint promptement; cela arrive, même dans des circonstances les plus propres, s'il fallait en croire les contagionistes, à le propager. Ainsi, lors d'une peste à Rome en 1520, le peuple, fatigué de la voir continuer ses ravages malgré l'emploi des mesures de séquestration les plus rigoureuses, se réunit en masse pour célébrer une sorte de sacrifice expiatoire à la manière des païens. Chose remarquable, ajoute Paul Jove, le mal commença dès lors à diminuer et ne tarda pas à cesser. Quant aux autres typhus, le fait de leur prompte extinction, malgré la fréquence des communications lorsque leurs autres causes ont cessé d'exister, est maintenant admis par tout le monde.

On ne tardera sans doute pas à en arriver là pour la peste. En attendant rappelons que comme, suivant Calvert, les médecins les plus éclairés des temps anciens l'avaient reconnu, le délétère auquel elle doit son développement se trouve presque toujours répandu dans l'air à l'état gazeux, ce qui rend le contact des pestiférés à peu près sans danger, alors que la respiration des miasmes sortant de leurs corps exerce la plus fâcheuse influence, ainsi que Napoléon en fait la remarque au sujet de la peste de Jaffa. Cela étant, on ne peut scientifiquement pas s'appuyer sur une définition évidemment défectueuse de la contagion pour déclarer non contagieuse une maladie que l'on reconnaît être transmissible. Les anticontagionistes purs n'ont jamais eu recours à ces ambages; par exemple, Lassis et Ch. Maclean, en niant la contagion de la peste, voulaient en même temps qu'elle fût intransmissible.

2° *Infection*. — Le mélange avec l'air d'émanations miasmatiques, inaccessibles aux réactifs, constitue le seul genre d'infection dont nous ayons à nous occuper. Aussi variables dans leur composition, que peuvent l'être les circonstances sous lesquelles s'effectue la décomposition putride des matières organiques dont elles proviennent, ces émanations produisent, par leur introduction dans l'économie, des affections très variées par rapport à leur type, à leur persistance, à leur gravité, et toujours subordonnés d'une part à la qualité, de l'autre à la quantité ou à la dose du principe infectant. Ainsi, ce n'est pas par l'état aériforme que, comme on le pense généralement, l'infection se distingue de la contagion, puisque le virus de la variole, celui de la morve, sont susceptibles de le revêtir; mais parce que dans un cas l'air contient un principe toxique, et dans l'autre un principe virulent. Il n'est pas alors seulement infecté, il est contagié. Au lieu de s'appuyer sur une différence accidentelle d'état, la distinction se trouve avoir pour base la nature même de l'agent délétère, qui demeure invariable malgré ses changements de formes, comme l'oxyde d'hydrogène est toujours le même composé à l'état de glace, d'eau et de vapeur...

En s'attachant à ce système, M. le rapporteur considère avec raison l'air comme faisant simplement l'office de véhicule, eu égard au transport des particules toxiques, dont l'absorption est la véritable cause du mal. Par lui-même l'air est toujours vraiment passif, sans en excepter aucun des cas où la Commission lui accorde de l'activité, par exemple les maladies développées sous l'influence de certaines conditions météorologiques; car c'est évidemment comme froid ou chaud, sec ou humide, calme ou agité, etc., que l'air agit alors, et non en raison de ses qualités incohérentes, comme composé d'oxygène et d'azote.

Quant à l'épithète de paludéen, que la Commission paraît disposée à appliquer à l'air infecté producteur de la peste, l'adoption d'un mot détourné de sa signification primitive me semble parfaitement inutile. A quoi bon, puisque paludéen veut dire marécageux, faire air paludéen, synonyme d'air vicié, à l'exemple de beaucoup de médecins, fort peu dignes en cela d'être pris pour modèles?...

Ces réflexions, malgré leur petit nombre et leur brièveté, eu égard à l'importance du sujet, doivent vous convaincre, Messieurs, que les idées de véritable étiologie, en conséquence desquelles on explique aujourd'hui par l'infection et la contagion le développement des affections typhiques, remontent à une époque fort ancienne, et n'en valent pas moins à cause de cela. Il nous reste maintenant, pour achever l'appréciation de la portion doctrinale du Rapport, à vous parler, entre autres choses, du caractère épidémique de la peste, sur lequel la Commission a cru devoir longuement disserter...

Disons-le, puisque tel est la vérité, la seule manière scientifique et rationnelle de dénommer et de classer les maladies, consiste à les envisager sous le rapport de leurs causes, des lésions d'organes, et enfin des symptômes qu'il nous est possible d'observer. Toute autre considération est secondaire, celle du nombre surtout, bien qu'elle puisse suffire à elle seule pour faire donner à une maladie le titre d'épidémique.

D'après cela, je ne m'arrêterai pas à rechercher si le caractère épidémique de la peste est bien prouvé par son retour à des époques indéterminées, ou par sa domination sur les autres maladies, qu'on voit plus ou moins complétement disparaître quand elle règne. Si l'apparition de fièvres intermittentes ou de typhus doit faire croire l'arrivée du fléau imminente; s'il en est de même des douleurs survenant dans les anciennes cicatrices des bubons, etc. Je dirai seulement quelques

mots sur la distinction de la peste en sporadique et en épidémique, fondée par la Commission sur la non contagion de la première, et la contagion de la seconde. Mais avant, je dois faire remarquer que la période décennale à laquelle M. Hamont veut assujettir le retour de la peste épidémique, est déjà dépassée de près d'un an et demi. Est-ce que cette loi, dont la Commission s'est peut-être un peu trop empressée de cautionner l'exactitude, serait destinée à faire le pendant de la prédiction de M. Pariset, annonçant, en 1822, que la fièvre jaune s'était emparée, pour n'en plus sortir, d'une partie de la malheureuse Espagne, où cependant elle n'a pas reparu depuis? Chacun est libre de résoudre cette question à son gré. Je la laisse donc, et j'en viens aux deux espèces de peste.

« La ressemblance, dit Montaigne, ne fait pas tant un comme la » différence fait autre. » Par exemple deux polygones réguliers, de diamètres égaux, ayant l'un mille, et l'autre neuf cent quatre-vingt-dix-neuf côtés, ne sauraient être distingués l'un de l'autre au premier coup d'œil. Mais si l'on compte exactement leurs côtés, la question sera bien vite résolue. Or sous le rapport de la pathologie, la contagion ou l'absence de contagion ne saurait être comparée à une de ces différences légères, et néanmoins suffisantes, pour détruire une identité faussement établie. La contagion est un caractère important, et peut être le plus important des maladies qui le présentent. On aurait par conséquent grand tort de le considérer, à l'exemple de quelques médecins, comme un phénomène accidentel et de peu de valeur en pathologie. C'est pourquoi s'il était bien prouvé qu'à l'opposé de la peste épidémique, la sporadique fût dépourvue de toute contagion, il faudrait rejeter bien loin une dénomination propre à rapprocher deux maladies qui, dans cette hypothèse, seraient encore aux antipodes l'une de l'autre, quand même il serait prouvé que la sporadique n'apparaît qu'aux lieux où s'observe l'épidémique. J'en appelle à M. Gaultier de Claubry, qui bien certainement renoncerait à faire du typhus et de la dothinentérie une maladie identique, s'il lui était prouvé, comme à beaucoup d'autres, que l'une d'elle est contagieuse et l'autre non.

Cette remarque me servira à clore l'examen des doctrines d'un rapport riche en faits, judicieusement discutés, et, à l'exception de deux ou trois, n'ayant rien à craindre de la controverse. Cela étant, je n'hésite pas à présenter, comme conséquence irrécusable de leur saine interprétation, la proposition suivante, savoir que, *née de l'infection et sans aucun germe préexistant, la peste se montre contagieuse à la manière des autres typhus; devient comme eux susceptibles d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et par diverses autres circonstances à elles étrangères; et, comme eux, perd promptement sa propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des malades, l'aération et l'emploi d'une hygiène éclairée.*

Cette donnée, dont personne à présent n'oserait contester l'exactitude, offre un moyen assuré d'apprécier la valeur de nos règlements sanitaires. Elle m'est en même temps une occasion de dire que depuis 1814, où les idées de M. Drogart sur la contagion du typhus sont devenues miennes, la lecture des auteurs originaux, jointe à l'observation clinique, m'a permis de confirmer, d'étendre, de développer ces mêmes idées, sans avoir jamais rien eu à en retrancher. Plus heureux en cela que M. Keraudren, qui après s'être porté défenseur de la contagion de la fièvre jaune et du choléra, est venu récemment, dans l'intérêt de la science, soutenir à cette tribune l'opinion opposée. Maintenant il ne me ferait plus, comme autrefois, une sorte de crime d'avoir dit devant vous que les mesures adoptées par le Gouvernement contre l'introduction du choléra, étaient prises à l'aveuglette et sans discernement. Notre savant et respectable collègue a fait depuis lors trop de chemin dans la bonne route pour jamais reculer à ce point. Nous devons, au lieu de cela, nous attendre à le voir bientôt grossir le nombre déjà imposant des médecins qui demandent l'abandon complet du système fracastorien; question que nous allons chercher à résoudre de notre mieux.

(*La suite à un prochain numéro*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'une guérison par cicatrisation d'un abcès profond du foie. — Nous recevons de M. Cathloup, médecin-adjoint à Tlemcen (Algérie), la lettre suivante, relative à un fait des plus intéressants et des plus rares.

Le 21 octobre 1845, le nommé Bourdet, âgé de vingt-cinq ans et demi, soldat au 10e bataillon de chasseurs d'Orléans, d'une forte constitution, depuis quatre ans en Afrique, entra par évacuation à l'hôpital de Tlemcen, et fut placé dans ma division.

En remontant aux antécédents du malade, je trouvai dans mes notes qu'il était déjà venu dans mon service, le 3 juin dernier, pour une hépatite compliquée de diarrhée. Cette affection, combattue énergiquement, ne le retint pas longtemps à l'hôpital, et B..... sortit le 8 juillet suivant, n'offrant aucun indice de souffrance, ni d'altération du côté du foie.

Pendant son séjour au camp de Lalla-Maghnia, B..... contracta une fièvre quotidienne, qui fut bientôt suivie d'intumescence de l'abdomen, tenant en partie au gonflement de la rate, qui occupait tout l'hypochondre gauche, et en partie à une grande quantité de sérosité péritonéale.

Tel était l'état du malade quand il se présenta à l'hôpital de Tlemcen le 21 octobre.

Depuis son entrée, la fièvre, qui avait été d'abord combattue par le sulfate de quinine, revint encore plusieurs fois pour disparaître. Le ventre offrit des alternatives de gonflement et d'un affaissement notable. Mais B..... tomba à la longue dans une cachexie grave, au milieu de laquelle il fut pris d'une pneumonie double, qui mit fin à ses jours le 29 janvier 1846.

Autopsie — Pneumonie double au deuxième degré, occupant la base des poumons. L'abdomen est rempli d'une grande quantité de sérosité citrine; la rate, très ramollie, est triplée de volume.

Foie. Son volume est plutôt diminué qu'augmenté. Sa surface supérieure, libre de toute adhérence pathologique avec les parties voisines, nous offre une dépression de la largeur d'une pièce de 5 francs, qui dépendait visiblement d'une perte de substance faite au parenchyme. Le péritoine n'offre rien de particulier; l'abcès dont cette dépression était la conséquence manifeste, n'avait donc pas intéressé la tunique péritonéale. En faisant une incision dans toute la largeur de cette dépression, et en passant par le centre beaucoup plus enfoncé que la circonférence, nous avons fendu un petit noyau de matière fibreuse, jaunâtre, situé à cinq millimètres à peu près de profondeur. De ce noyau, de la grosseur d'un pois, partait une ligne de tissu fibreux, dense, jaunâtre, qui s'enfonçait à quatre centimètres de profondeur dans le tissu hépatique. Cette ligne ressemblait parfaitement au tissu fibreux d'une cicatrice solide. Le tissu circonvoisin du foie paraissait condensé autour de cette cicatrice à une distance de quelques millimètres, tandis que partout ailleurs le parenchyme était à l'état normal, n'offrant aucune altération de densité, de vascularité ou de coloration.

La bile et la vésicule n'offrent rien de remarquable.

— Voilà donc un nouvel exemple d'abcès du foie guéri par résorption du foyer purulent et sans adhérences aux parties voisines, à ajouter à celui rapporté par Sœmmering.

MM. Mérat et Chassaignac ont regardé comme des cicatrices d'abcès guéris, des plaques fibreuses, stellaires, que l'on voit quelquefois à la surface du foie. Mais ce ne sont là que des soupçons que nous avons aussi très souvent l'occasion d'avoir en Afrique. Dans mon mémoire sur la coïncidence de l'hépatite et des abcès du foie avec la dysenterie (Recueil des mémoires de médecine militaire, tom. LVIII), j'ai fourni des exemples qui m'ont fait fortement supposer que j'avais affaire à des cicatrisations d'abcès du foie. Dans un cas la cicatrisation était complète, mais je n'avais pas été témoin des symptômes antérieures de l'hépatite; dans l'autre, l'abcès du foie n'était qu'en voie de résolution.

Mais dans le cas que j'offre aujourd'hui, j'ai observé l'hépatite, et j'ai pu constater six mois plus tard la cicatrice d'un abcès dépendant de cette hépatite.

Cette observation suggère des remarques pratiques très importantes. On sait combien les abcès du foie sont fréquents en Algérie, et combien les symptômes de l'hypérémie du foie ou d'hépatite qui en signalent le début sont souvent obscurs, peu saillants et de courte durée. Si cependant on n'attaque pas avec énergie des symptômes qui paraissent si peu significatifs pour le médecin qui les observe pour la première fois, on sera étonné plus tard de voir apparaître dans l'organe hépatique de vastes foyers dont l'origine ne s'est annoncée que par des symptômes aussi légers et peu nombreux.

Malgré le petit nombre de symptômes locaux, malgré la faible réaction générale, nous avons l'habitude d'attaquer l'hépatite ou l'hypérémie du foie (nous n'en donnerons pas ici les symptômes) par un traitement antiphlogistique énergique, par des saignées jugulantes; nous faisons pratiquer jusqu'à trois saignées, s'il le faut, en deux jours pour dégorger complétement le foie. J'ai déjà pu vérifier qu'avec cette méthode le nombre des abcès du foie est beaucoup moins considérable à Tlemcen qu'à une époque où je n'attachais pas une aussi grande importance à une affection primitive qui devait avoir plus tard d'aussi terribles résultats.

Nous ne sommes pas toujours assez heureux pour saisir la maladie au début, et souvent les malades arrivent des camps avec des abcès confirmés. Mais je suis maintenant convaincu que si le plus petit symptôme annonçant soit une hypérémie, soit une inflammation dans le foie était combattu de bonne heure par les saignées générales et locales, on éviterait la formation de grand nombre de foyers purulents, presque toujours mortels, et on diminuerait de beaucoup le chiffre de la mortalité dépendant de cette cruelle affection.

Deuxième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Labarraque.
Jules Cloquet, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Fnissac.
Baret.
Villette.
De Bonis.
Bernadet.
Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants.
Charrier.
Fournier.
Hermel.
Lemaistre-Florian.
Bayle, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.
Delarue.
Chomet.
Henry (A).
Henry (J).
Delthil.
Mélier, membre de l'Académie royale de médecine.
Chevé (Emile).
Gimoin.
Deval.
Gondret.
Dechambre.
Becquerel.
Roche, membre de l'Académie royale de médecine.
Bizet.
Campardon.
Collin.
Jobert (de Lamballe), membre de l'Acad. royale de médecine.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 26 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 61. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 33.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FAIRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des occlusions intestinales.

(Suite et fin.)

Nous avons dit que l'étranglement présente des caractères qui ne sont pas ceux de la péritonite. Dans la péritonite, il peut y avoir un peu de météorisme intestinal; mais ordinairement il n'est pas très fort, surtout chez les individus dont les muscles abdominaux sont très prononcés et très forts. Dans la péritonite puerpérale, ce météorisme est plus facilement appréciable, la distension qu'a éprouvée l'abdomen pendant plusieurs mois, par l'utérus chargé du produit de la conception, ayant rendu ses parois plus résistantes, et d'une flaccidité plus grande. Mais dans l'état ordinaire, loin de pouvoir être considéré comme phénomène commun, il est, au contraire, très rare, à moins que la femme qui en est affectée n'ait eu un grand nombre d'enfants. D'ailleurs, toutes les fois qu'existe ce mouvement de reptation dont nous avons plus haut signalé l'existence, et qui mériterait presque d'être considéré comme un signe pathognomonique d'étranglement interne, il est impossible de croire à l'existence d'une inflammation du péritoine.

Les anciens auteurs avaient admis l'existence d'une affection à laquelle ils donnaient le nom d'iléus nerveux; ils pensaient qu'au lieu du mouvement péristaltique normal de l'intestin, un mouvement antipéristaltique pouvait se produire spontanément et sans cause appréciable, de bas en haut. Ce mouvement intestinal anormal empêchait, suivant eux, le bol alimentaire et les matières fécales de suivre leur cours ordinaire, et les forçait de remonter de l'iléon vers l'estomac. On était tellement persuadé de la réalité de l'existence de ce phénomène pathologique, que l'on a été jusqu'à dire que des suppositoires introduits dans le rectum avaient fini par venir ressortir par la bouche. Inutile de vous dire que nous ne croyons pas à ces faits; que sûrement ils ont été mal observés, et que l'on n'a jamais pu en constater un semblable depuis que les faits sont recueillis d'une manière authentique et scrupuleuse. Dans les cas d'occlusion intestinale, le mouvement antipéristaltique n'a lieu que partiellement, au-dessus de l'obstacle, et seulement en raison de l'étranglement dont il est un symptôme.

Lorsque l'on s'occupe de matières aussi sérieuses que celles qui font le sujet de notre étude, il est sage de ne pas augmenter par des suppositions gratuites le nombre des maladies. Nous rejetons donc complétement l'iléus nerveux, dont l'admission n'aurait d'autre résultat que d'embarrasser inutilement le diagnostic et qui n'a probablement jamais été réellement observé. De plus, si l'on regardait comme possible cette forme particulière d'iléus, il y aurait bientôt, par suite des évacuations par l'extrémité supérieure du tube digestif, un affaissement complet du ventre, ce qui n'arrive jamais dans les cas d'occlusion.

Il est des circonstances où les phénomènes que l'on serait tenté de rapporter à un étranglement interne débutent tout d'abord par une douleur vive, circonscrite à un point limité de l'abdomen; douleur violente, soudaine, et qui s'accompagne presque aussitôt de nausées, de vomissements, et plus tard de mouvements fébriles. Lorsque l'on constate cette invasion soudaine sans frisson préalable, il est naturel de penser que c'est moins à un étranglement interne qu'à une perforation intestinale que l'on a affaire. Il est de la plus grande importance de bien différencier deux états pathologiques dépendant de causes essentiellement différentes, et qui réclament des moyens de traitement qui sont loin d'être les mêmes. On tiendra compte, pour établir le diagnostic, de l'invasion subite de la douleur devenant rapidement d'une intensité extrême, et qui ne s'accompagne de fièvre qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

Ces conditions particulières rendent les moyens de traitement d'une application très difficile.

Il est facile de concevoir que dans la perforation l'on devra s'abstenir de tous les médicaments auxquels on aurait recours si on avait lieu de supposer qu'il s'agît d'un étranglement, tels que les purgatifs, la glace sur le ventre, les douches ascendantes dans le rectum; thérapeutique dont les résultats seraient, la plupart du temps, désastreux. Il y a donc des conditions qui peuvent laisser le diagnostic incertain; mais alors on s'aidera des circonstances qui auront précédé le développement des accidents. Le plus souvent, les perforations surviennent chez les individus placés dans des conditions à peu près connues pour la plupart, à la fin ou pendant la convalescence d'une maladie typhoïde. Elles sont fort rares à la suite de l'état puerpéral. Chaussier avait bien recueilli quelques cas de cette dernière espèce, mais ils n'en sont pas moins rares même dans les maisons spéciales d'accouchements, à la Maternité par exemple. Dans la dernière période d'une fièvre typhoïde chez des malades qui depuis plusieurs semaines n'ont pas quitté le lit, qui sont soumises à une diète rigoureuse, il serait difficile, à la vue de pareils symptômes, d'admettre la possibilité de l'étranglement de l'intestin.

C'est surtout lorsque l'on peut craindre une perforation de l'appendice vermiforme, perforation qui souvent est le résultat de la présence d'un corps étranger dans cet appendice, d'une arête de poisson, d'un petit os, d'un noyau, etc., qu'il est quelquefois très difficile au premier abord de porter un diagnostic positif. Dans les cas de cette nature, les accidents font explosion dans des conditions de santé parfaite, et leur apparition soudaine offre la plus grande analogie avec les accidents de l'étranglement intestinal. Mais bientôt l'incertitude cesse, et la marche de la maladie dissipe les doutes qui pouvaient rester dans l'esprit de l'observateur. La péritonite s'étend de proche en proche et d'une manière rapide; de plus, la liberté du ventre, qui persiste chez les malades affectés de cette inflammation aiguë, vient le plus souvent éclairer le médecin quelques heures après le début de l'affection. Dans la plupart des cas du moins il en est ainsi; mais il y en a d'autres heureusement plus rares dans lesquels les accidents marchent avec assez de lenteur pour que l'incertitude règne pendant un certain temps. Lorsque l'on est dans le doute, il est plus sage d'agir comme si l'on était sûr d'avoir affaire à une perforation, qu'en se plaçant dans l'hypothèse contraire; ainsi, l'on donnera les préparations d'opium à hautes doses, par exemple: thérapeutique indiquée dans les cas de perforation, et qui ne peut être nuisible lors même qu'il y aurait étranglement. Les révulsifs plus ou moins énergiques que l'on dirigerait contre une occlusion présumée, soit par invagination, soit par étranglement, seraient au contraire presque à coup sûr mortelle, si la perforation était la cause de la maladie.

Pronostic. — Le pronostic des occlusions intestinales est toujours excessivement grave; si l'obstacle mécanique ne peut être détruit, la mort est certaine. Il est possible, à la rigueur, de supposer que l'intestin puisse quelquefois se dégager dans les cas d'invagination. Cette terminaison est beaucoup plus rare, sinon impossible, lorsqu'il y a eu torsion du paquet intestinal sur lui-même, où étranglement de l'intestin pris sous une anse vicieusement disposée.

Traitement. — Le traitement comprend deux ordres de moyens différents. D'abord il y a inflammation aiguë du péritoine; partant, indication de l'emploi des moyens antiphlogistiques propres à combattre l'inflammation, saignées générales et locales, frictions mercurielles sur le ventre, tous moyens dont on peut retirer des avantages positifs dans quelques cas de péritonite, même secondaire.

Quelle que soit l'affection à laquelle on ait affaire, il ne faut jamais perdre de vue l'inflammation dont le péritoine est le siége. Mais cependant s'il y a étranglement, le point principal n'est pas là; les antiphlogistiques ne suffisent pas; la première indication, c'est de rechercher quelle est l'espèce d'étranglement que vous avez à combattre. Ce point de diagnostic différentiel est des plus importants à établir; c'est celui qui doit tout d'abord fixer l'attention du médecin, et qu'il doit chercher à éliminer au moyen des méthodes malheureusement trop bornées d'exploration que possède la science.

Une fois à peu près certain qu'il existe une occlusion intestinale, on cherchera à déterminer si cette occlusion est l'effet d'un étranglement ou d'une invagination. L'invagination qui produit l'occlusion ne se rencontre presque jamais que dans les cas où l'intestin grêle pénètre dans le gros intestin. C'est alors dans la région du flanc droit correspondant à la valvule iléo-cœcale que l'on constate une insensibilité extrême à la pression, une douleur qui est le symptôme de l'altération pathologique. De plus, il y a toujours plusieurs épaisseurs d'intestin, puisqu'au lieu de former un tube continu, une portion s'est enfoncée dans le calibre d'une partie située plus bas. Le mucus sécrété par la membrane interne de l'intestin dans le point étranglé s'accumule, et forme bientôt une tumeur plus ou moins volumineuse.

Lorsqu'il n'y a qu'un simple étranglement, la tumeur est peu prononcée; l'anse étranglée peut même conserver de la souplesse, de la sonorité, caractères qui manquent dans l'invagination. L'étranglement peut se faire dans tous les points de l'abdomen; l'invagination ne se fait guère que dans une seule région, dans celle du flanc droit, puisque, comme nous l'avons déjà dit, c'est dans l'immense majorité des cas dans le gros intestin que s'invagine l'intestin grêle à travers la valvule de Bauhin.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le procès Raspail. — Répugnance à en parler. — Souvenir historique. — Discussion sur la peste à l'Académie. — Danger des discussions générales. — Motifs pour y couper court. — Les armes dangereuses. — La publicité excentrique. — Le public et les médecins. — Agression et défense. — Le testament de M. Bouillaud.

Je ne dois pas oublier, et je n'oublierai pas, que j'ai l'honneur de m'adresser à un public d'élite, à des lecteurs médecins qui trouveraient superflue, et peut-être de mauvais goût, une réfutation en règle de l'étrange plaidoirie de M. Raspail devant la police correctionnelle. Les confrères qui ont été l'objet de ses attaques n'ont pas besoin de mon faible secours pour en être vengés; et la profession en masse a bravé d'autres colères et de plus puissantes que celles de M. Raspail. Quant à la science, elle planera longtemps encore au-dessus de ces nuages, et ce serait en méconnaître l'auguste dignité, de la faire descendre à se commettre avec des imputations dont l'outrecuidance l'emporte sur l'absurdité. M. Raspail, s'enveloppant dans le manteau respectable de la charité, et faisant payer vingt francs ses consultations camphrées, offre un spectacle moins irritant que douloureux. Détournons-en les yeux, si vous le voulez bien, et jetons pieusement un voile sur ces aberrations intellectuelles et morales. — Il y a plus de trois cents ans de cela, un homme — au moins il était médecin —, poussé par un incommensurable orgueil, conçut la folle pensée de renverser toutes les croyances médicales de son temps, pour leur substituer ses rêveries astrologiques et chimiques. On le vit courant les villes, brûlant ici les œuvres d'Hippocrate, là celles de Galien; partout, insultant les anciens et les modernes, et les accusant d'être moins savants que son bonnet. Le public, éternellement dupe et victime, accourait aussi à ses consultations. Ces extravagances eurent aussi leur temps de gloire et de prospérité, et les biographes assurent que l'homme dont je parle était chéri du peuple. Parlant avec le plus profond mépris de ses prédécesseurs et de ses contemporains, il était intarissable sur les éloges qu'il se donnait à lui-même. Mais bientôt son orgueil, sa médisance et ses injures le firent honteusement chasser de la ville où il exerçait et professait la médecine. Dès lors, menant une vie errante et vagabonde, abandonné de ses disciples et plus encore de ses clients, il s'associa aux magiciens, aux bohémiens, aux charlatans de toute sorte, avec lesquels il parcourut le monde, jusqu'à ce que, jeune encore, mais exténué par la misère, il vint mourir dans un lit d'hôpital. — Cet homme cependant, fut le précurseur de la chimie moderne; d'admirables découvertes furent faites ou pressenties par son génie; nos matières médicales porteront toujours l'ineffaçable empreinte de ses travaux; eh bien! sa gloire, son génie, ses malheurs ne l'ont pas préservé des sévérités de l'histoire, et son inexorable burin a gravé en mêmes traits les talents et le fol orgueil de Paracelse.

— Revenons à l'Académie de médecine et à la séance de mardi dernier. A la manière dont la discussion s'est engagée, on ne saurait prévoir où elle va nous conduire, et quand, dans une intention louable, M. le président a proposé de la diviser en discussion générale et en discussion des articles, il ne prévoyait pas, sans doute, ce qui indubitablement va arriver. Ce qui va arriver, c'est que chacun des orateurs, et ils seront nombreux, viendra, à l'exemple de M. Rochoux, réciter son petit traité sur la peste, et parlera de tout, excepté du rapport. Les discussions générales sont l'écueil des assemblées délibérantes. Voyez au parlement tout ce que coûtent de temps et d'ennui les premières séances consacrées aux grandes discussions; réservées aux ambitions oratoires de troisième et quatrième ordre, elles servent comme de soupape complaisamment et prudemment ouverte à une accumulation de discours qui pourrait faire explosion dans un moment moins opportun. Ce n'est qu'après que ce flux s'est écoulé, ce n'est que lorsque la question nette et précise commence à s'énucléer de ces enveloppes loquaces, que les maîtres de la parole s'en emparent, qu'ils l'entourent de lumière, qu'ils la posent hardiment sur le terrain de la pratique. Au Congrès médical l'écueil fut heureusement évité; cette grande assemblée, avec cette admirable bon sens dont elle fit preuve en tant de choses, comprit, dès le premier jour, tout le danger des discussions générales, et renferma les orateurs dans le cercle des propositions émises. A mon sens, l'Académie devrait procéder de la sorte; dans l'espèce surtout, la mesure serait urgente. Laisser s'égarer l'éloquence académique dans les trois cent vingt-cinq pages du rapport de la Commission, c'est, en vérité, lui donner un champ trop vaste: limitée en un petit espace, mise sur la plus étroite voie, on a tant de peine déjà à l'empêcher de dérailler — qu'on me passe cette expression —; que sera-ce, si on lui permet d'aller heurter ici les sources de la peste, là son étiologie, plus loin sa transmissibilité, et les soixante et quelques conclusions que propose le rapport? Que l'Académie veuille bien y réfléchir; chaque chapitre du rapport et la conclusion qui le termine seront le sujet d'une longue discussion, si elle laisse l'attention et l'intérêt se fatiguer par une discussion préliminaire tout au moins inutile; elle perdra d'abord un temps précieux, il lui faudra plus d'un an pour arriver à terme; et quand viendront les grandes questions d'application elle ne trouvera plus qu'une assemblée inattentive et pressée d'en finir. Je proposerais donc de couper court à la discussion générale, et d'entrer immédiatement et successivement dans la discussion des chapitres.

Cependant, je rendrai hommage au discours net et ferme de M. Dubois (d'Amiens). Nous l'avons déjà dit dans ce journal, une seule chose a manqué à cette allocution, mais une chose importante, une conclusion. Reconnaissez néanmoins, et ceci revient à ma thèse de tout à l'heure, que les divers points traités dans ce discours auraient parfaitement trouvé leur place dans la discussion des chapitres. A l'occasion des sources et des causes de la peste, M. Dubois aurait très bien placé ce qu'il a dit de l'Egypte et de son gouvernement, et ainsi de suite des autres questions abordées par l'orateur. Le bons sens général de l'Académie lui fera bientôt comprendre que les orateurs seront forcés de faire double emploi de leurs discours, et quelle peut opérer une économie considérable de son temps et de son attention.

— Il est des armes fort dangereuses, auxquelles il est difficile de

Dans tous ces caractères plus ou moins tranchés, suivant les cas, vous trouvez souvent ces éléments suffisants pour établir un diagnostic presque positif, et du diagnostic découlent tout naturellement les indications. Si vous avez affaire à un simplement étranglement, c'est d'abord par l'emploi des purgatifs que vous devez débuter ; il faut exciter de la manière la plus certaine et la plus prompte les contractions de l'intestin. Par les purgatifs, vous déterminez une sorte d'effort de la portion encore libre de l'intestin ; vous cherchez à provoquer les contractions des parties situées au-dessous de l'obstacle, à distendre le canal alimentaire. Le mouvement péristaltique tend à se transmettre des régions supérieures aux régions inférieures qui sont le siége de l'étranglement, et se trouve puissamment secondé par l'action des purgatifs et par la distension qui en est la conséquence. En se conformant à cette indication, on a quelque chance d'opérer le retrait de la portion étranglée de l'ouverture anormale par laquelle elle s'est introduite. Les espérances que l'on est en droit de concevoir ne se réalisent malheureusement pas toujours.

Un autre moyen de traitement qui n'a pas moins d'importance, c'est l'emploi de la glace et son application sur l'abdomen. Un médecin de Copenhague a publié, il y a quelques années, un mémoire sur l'*iléus*, mémoire dans lequel il a publié un fait d'étranglement interne guéri par l'administration de lavements d'eau glacée et l'application de la glace sur le ventre. Dans les cas de ce genre, les choses se passent de la même manière que dans la hernie étranglée, affection que l'on a vue quelquefois céder à des applications réfrigérantes sur la région de l'abdomen correspondant à l'étranglement de l'intestin. Ces applications de glace sur la hernie inguinale ou sur la hernie crurale constituent un des moyens thérapeutiques les plus énergiques.

Il est une autre méthode de traitement qui a paru spécialement indiquée dans les cas où l'invagination de l'intestin grêle s'est faite dans le gros intestin à travers la valvule iléo-cœcale ; c'est l'emploi des douches ascendantes dans le rectum ; cette médication est toute mécanique. On conçoit aisément que si quelque chose peut aider la réduction de l'altération pathologique par déplacement, c'est la distension des parties voisines. Si quelque chose aussi peut repousser l'intestin grêle hors du cœcum, c'est la pression exercée par le liquide que l'on pousse dans ce dernier ; c'est une des méthodes les plus rationnelles qui nous permettent d'arriver à un heureux résultat. Plus la distension pourra être portée à un haut degré dans l'intestin, plus on aura de chances de réussite ; nous disons chances, car le succès est loin de couronner toujours et infailliblement les efforts du médecin. Nous avons employé ces douches ascendantes dans plusieurs cas. Un des plus remarquables est celui que nous avons observé chez un parfumeur de la rue Richelieu, près duquel nous fûmes appelé pour un étranglement interne avec tumeur dans le flanc droit, et tous les symptômes rationnels et probables d'une invagination. Nous n'avions pour le moment, chez le malade, aucun instrument convenable. On trouva une énorme seringue pouvant contenir plusieurs litres d'eau. On administra au malade cinq à six lavements de toute cette seringue chacun ; au bout de vingt-quatre heures, tous les symptômes alarmants avaient disparu.

Depuis lors, et dans la crainte de nous retrouver dans la même position au dépourvu d'instruments, nous avons cherché à faire faire des appareils plus convenables ; maintenant, on fabrique des appareils à l'aide desquels on peut donner des douches ascendantes dans le rectum, établir un courant continu et prolonger cette projection du liquide avec force et pendant longtemps. Ces moyens, il faut le dire, employés chez beaucoup de malades, ne réussissent pas absolument chez tous. Nous devons même avouer que les insuccès sont plus nombreux que les réussites. Mais il n'en est pas moins indiqué de les tenter lorsque des accidents de ce genre se manifestent. Ici même, à l'Hôtel-Dieu, nous avons dans un cas pareil, et à l'aide d'une douche ascendante, obtenu un succès complet. Le malade a entièreement recouvré la santé, et nous pouvons sans exagération dire qu'il est passé de la mort à la vie.

Nous le répétons, tout énergique et puissant qu'il est, ce moyen ne réussit que dans quelques cas exceptionnels. Le plus ordinairement, il n'est pas capable de surmonter les obstacles qui s'opposent au retour des parties dans leurs rapports normaux. Pour qu'il y ait des adhérences, la réduction devient physiquement et matériellement impossible. On a la preuve qu'il peut en être ainsi par les résultats des explorations anatomiques chez les sujets qui ont succombé, on l'a souvent encore par l'analogie ; ce qui se passe quelquefois dans des cas de hernie inguinale ou crurale étranglée peut aussi bien survenir dans des étranglements internes, les parties vicieusement disposées étant les mêmes.

Dans les cas où l'étranglement siége dans un point du canal digestif très rapproché de son extrémité inférieure, on a proposé, lorsque ce serait possible, de remédier à l'occlusion et de rétablir le cours des matières fécales en pratiquant un anus artificiel dans la région lombaire, et faisant usage du procédé dit *procédé de Callisen*, remis en honneur et pratiqué plusieurs fois avec succès dans ces derniers temps par M. Amussat ; ce chirurgien ne l'a point, il est vrai, mis en usage dans des affections de la nature de celles dont nous nous occupons ici, mais seulement soit chez des enfants présentant une imperforation congéntiale de l'anus, et voués par cela même à une mort certaine, ou chez des individus d'un âge plus ou moins avancé, dont une tumeur, un polype, un cancer oblitéraient l'extrémité inférieure du rectum. Ce qui a réussi dans ces derniers cas pourrait aussi bien réussir dans les cas dont nous vous entretenons ; que si l'on objectait la gravité d'une opération pareille, et l'infirmité dégoûtante qui résulterait d'un anus artificiel dans la région lombaire, M. Amussat a suffisamment prouvé que ces inconvénients sont beaucoup moindres qu'on ne l'avait prétendu. Un bandage circulaire muni d'un ressort flexible, et portant à son extrémité libre un petit obturateur, une pelote convenablement disposée, suffit pour empêcher les matières fécales de s'écouler au dehors malgré la volonté du malade. Quelques soins de propreté suffisent pour éviter toute odeur désagréable, et toute souillure des vêtements et des pièces d'appareil. L'opération de l'anus artificiel par le procédé de Callisen constitue une précieuse ressource, dont on aurait le plus grand tort de se priver ; ressource extrême, applicable seulement dans les cas où l'étranglement aurait pour siége le gros intestin, et devant laquelle on ne devrait reculer que si l'intestin grêle était intéressé.

— Peut-être ne lira-t-on pas sans quelque intérêt un fait analogue à ceux dont il a été question dans les leçons précédentes de M. le professeur Chomel, et que la *Gazette médicale* a rapporté d'après les journaux anglais :

« Une dame de cinquante ans, mère de nombreux enfants, avait réclamé les soins du docteur Lever un an auparavant pour des symptômes semblables à ceux qui accompagnent le passage des calculs biliaires, c'est-à-dire des douleurs très vives sur le trajet des conduits et revenant par accès ; de l'ictère, des nausées, des urines rares et fortement colorées, de la constipation, etc. Tous ces symptômes disparurent par un traitement convenable ; à l'exception de la teinte jaunâtre, qui persista. Entre cette époque et le moment où cette dame fut prise de l'affection qui l'entraîna au tombeau, elle fut exposée à une constipation des plus rebelles ; en même temps, pour peu qu'elle surchargeât un peu son estomac, elle était prise de vomissements. Il survint un jour tout à coup des douleurs extrêmement vives, bornées principalement à la région de la vésicule, et présentant des exacerbations de temps en temps ; vomissements presque continuels ; teinte ictérique générale ; évacuations alvines peu abondantes ; urines rares et fortement colorées. — Saignée locale, calomel et opium, lavements.

» Malgré ce traitement, la constipation persista ; cependant les lavements ramenèrent, le lendemain, une petite quantité de matières féculentes. A deux reprises différentes on introduisit une sonde dans l'intestin, quoique avec une certaine difficulté. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre. L'affaiblissement marcha rapidement, et la malade mourut pendant qu'elle était sur un vase de nuit.

» A l'examen du cadavre, on trouva : Foie volumineux, d'une couleur brunâtre et fortement congestionné ; pas de traces de vésicules biliaires. L'extrémité pylorique de l'estomac, le foie et la tête du pancréas étaient soudés par adhérences. L'orifice pylorique de l'estomac était considérablement rétréci par suite de l'épaississement de ses parois et des dépôts qui s'étaient faits entre les membranes. Un changement analogue s'était produit dans le tiers supérieur et le tiers moyen du duodénum, qui avait tellement perdu de sa capacité qu'à peine si l'on pouvait y introduire une plume. Le tiers inférieur du duodénum avait un diamètre bien plus considérable, le jéjunum et l'iléon avaient leur capacité normale. Le cœcum et le colon ascendant avaient aussi perdu de leur capacité, mais ils avaient conservé l'aspect du gros intestin, tandis que le colon transverse, le colon descendant et le rectum ne le présentaient plus ; à peine si l'on apercevait leurs faisceaux longitudinaux, et leur cavité était si étroite qu'on aurait eu peine à y passer le petit doigt. Au centre de l'iléon, on trouva un calcul biliaire du volume d'une noisette ; il était enchatonné en partie, quoique mobile. »

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Cas d'héméralopie chez un ouvrier travaillant dans une carrière de grés. Guérison. Remarques cliniques sur cette rare affection.

Nous avons dans le service, dit M. Robert, un cas très intéressant et assez rare pour mériter toute votre attention ; c'est un cas d'héméralopie. C'est, comme vous savez, cet état morbide de la vue dans lequel les malades ne voient que dans le jour, et se trouvent comme aveugles pendant la nuit. Il y a des cas d'héméralopie congénitale ; mais celle ci est en dehors de la question, d'autant plus que l'art ne peut rien contre elle. C'est de l'héméralopie accidentelle que je me propose de vous entretenir quelques instants, à propos du malade dont je vais d'abord vous esquisser l'histoire.

Le sujet affecté de cette maladie est un homme de vingt-sept ans, journalier ; il travaille depuis deux ans à Marcoussy, près Linas, dans une carrière de grès destiné au pavage des rues de Paris. Ces pierres, d'une couleur blanche et exploitées à ciel ouvert, reflètent, sous l'influence du soleil, une vive lumière sur les ouvriers. Cependant il ne paraît pas que la vue de ces derniers en soit affectée, si ce n'est quand ils arrivent à un âge avancé.

Le pays que notre malade habite est bas sans être marécageux, et possède une petite rivière et un étang. Au printemps et à l'automne, il y règne quelques fièvres intermittentes. Quant à notre sujet, il est ouvrier gagnant 2 fr. 25 centimes par jour, et mène une conduite assez régulière, se nourrissant convenablement ; sa santé est bonne ; il n'a jamais eu d'ophthalmie. Mais depuis qu'il travaille à Marcoussy, il lui arriva plusieurs fois, dans l'été surtout, que le soir, en rentrant chez lui, lorsque la nuit approchait, il n'avait plus la faculté de voir ; mais le lendemain, au jour, il retournait à son ouvrage, sa vue étant revenue aussi bonne qu'auparavant.

Ce phénomène se représentait un ou deux jours de suite et n'avait nullement fixé l'attention du malade. Mais il y a quinze jours, à la suite d'une journée tellement fatigante par le soleil et la chaleur qu'il avait été obligé de suspendre son travail pendant plusieurs heures, il éprouva quelques étourdissements, et le soir il fut de nouveau frappé de cécité à tel point qu'un de ses camarades dut le reconduire chez lui. Le lendemain, il se rendit à son travail avec la vue entièrement rétablie ; mais, le soir, il retomba dans le même état, et rentra chez lui en se dirigeant à l'aide d'un bâton. Depuis lors son état n'a plus changé.

Il fut admis à l'hôpital et dans notre service le 29 avril dernier. A son entrée, il se trouvait dans l'état suivant : Les yeux n'offrent extérieurement aucune lésion bien notable ; cependant, le gauche paraît plus brun que le droit. Les vaisseaux de la sclérotique sont injectés vers l'angle externe ; les

---

toucher sans se blesser, et ces armes ne ressemblent pas à la lance d'Achille, elles ne guérissent pas les blessures qu'elles ont faites. La publicité excentrique, cette publicité que quelques-uns de nos confrères demandent à la presse politique, est une de ces armes. J'appelais, mardi dernier, l'attention de mes lecteurs sur une polémique étrange et affligeante entre deux spécialistes, ouverte dans le journal de *l'Epoque*. Cette polémique a continué pendant toute la semaine, et s'est terminée samedi par le dernier mot de l'agresseur. Je conçois, cette fois ; les deux contendants n'avaient plus rien à se dire, ils s'étaient enferrés, ils se voyaient tous les deux gisants sur le carreau. Il en sera toujours ainsi quand nous exposerons devant le public nos misères intérieures. Le monde, déjà si méfiant à notre endroit, accepte avec empressement nos accusations réciproques, et nous avons beau les entrelarder de nos éloges et du récit de nos travaux, il ne croit qu'à une chose, à la réalité de nos accusations. Et de cela ce n'est pas l'individu seul qui souffre, mais encore la dignité de l'art et de la profession, leur considération dans le monde, leur influence sur les esprits.

Quant au public médical, c'est bien une autre affaire, vous ne lui ôterez pas de la tête que toute cette colère n'est qu'une comédie, qu'au fond règne la plus cordiale entente ; et l'histoire célèbre de deux serruriers, vous l'entendez sortir de toutes les bouches. Après avoir suivi cette polémique avec plus d'attention qu'elle n'en méritait ; après avoir pris la peine de me renseigner moi-même, je ne puis partager cette opinion commune. C'est avec intention que je parlais tout à l'heure de l'agresseur. En effet, il y a eu agression évidente, non légitime, non provoquée, agression d'une dureté brutale, qui a foulé aux pieds tous les égards, toutes les convenances de la confraternité. J'invoque pour l'attaqué la circonstance atténuante d'une légitime défense. Bien mieux eût valu sans doute qu'il ne répondît pas, qu'il ne suivît pas son adversaire sur ce terrain extrascientifique ; mais, enfin, il n'est pas donné à tous les tempéramments de dire *Au contraire* à qui vous marche sur le pied. Je ne veux pas creuser plus avant dans cette triste affaire. J'espère qu'on ne me mettra pas dans la pénible nécessité d'y revenir armé de toutes pièces.

— Puisqu'il s'agit de *l'Epoque*, je ferai remarquer aux rédacteurs de la partie médicale que trop souvent se glissent des articles qui ont donné lieu à des interprétations fâcheuses, bien éloignées, j'en suis certain, de l'intention des rédacteurs. Ainsi, par exemple, toutes les fois qu'il s'agit de la clinique de M. Gendrin, on voit que les maladies les plus graves, celles contre lesquelles les ressources de l'art sont en général impuissantes, arrivent, dans ce service, à des guérisons phénoménales. Vous recourez vite à l'indication des moyens employés, silence complet ou indications tellement vagues qu'il est impossible d'en rien retirer. On dirait l'antique médecine des temples ; le dieu paraît, examine, décrit, puis s'enveloppe d'un nuage et disparaît sous la fumée de l'encens. C'est adroit, mais est-ce bien médical ?

— J'annonçais, il y a quelque temps, l'apparition prochaine d'un grand ouvrage de M. le professeur Bouillaud ; cet ouvrage a paru sous le titre de *Traité de nosographie médicale*. Un autre que moi fera dans ce journal l'analyse de ce livre, et je ne veux pas déflorer son travail. Je ne citerai de cet ouvrage qu'une ligne qui m'a frappé, tristement frappé, je puis dire. Elle se trouve à la page XXII de la préface : « Désormais, dit M. Bouillaud, l'âge, les fatigues et les ennuis me » commandent la retraite, et j'aspire au repos. » Je vous préviens, monsieur Bouillaud, que vos contemporains ne peuvent pas entendre de cette oreille-là. Qu'est-ce à dire l'âge ? Mais vous êtes encore à celui où l'intelligence possède toute sa plénitude et son activité, l'âge auquel Broussais terminait son *Examen*, Laënnec découvrait l'auscultation, Dupuytren brillait du plus vif éclat ; mais vous êtes le plus jeune professeur de clinique de la Faculté. Les fatigues ? La gloire les fait oublier. Les ennuis ? C'est-à-dire, sans doute, l'opposition, l'injustice, les mauvaises passions des hommes, qui s'attachent à toute renommée ; mais c'est l'aiguillon des fortes âmes, et, d'ailleurs, ces ennuis ont-ils jusqu'ici barré votre chemin, vous ont-ils empêché d'être un professeur aimé, un clinicien suivi, un auteur respecté ? Votre réputation est-elle inférieure à votre mérite ? Pourquoi donc ces tristes paroles, pourquoi ce découragement ? N'y a-t-il plus dans le monde des vérités à découvrir, un peu de bien à faire ? La retraite, l'impuissance seule doit en sonner l'heure ; le repos, on n'y doit aspirer que lorsque les défaillances de l'esprit annoncent sa caducité. Dans l'énergie de l'âge et de l'intelligence, le repos est un suicide intellectuel : vous devez compte à Dieu et à l'humanité de votre courage et de vos forces, et, au nom de vos contemporains, je vous dis que nous répudions votre testament, car votre succession n'est pas ouverte.

Jean RAIMONN.

Boîte aux Lettres

A *M. D...*, à Tours. — Vos conseils sont excellents, mais à qui s'adressent-ils ? Je ne reconnais pas le masque.

— A *M. L....t*, à Lille. — Reçu votre philosophique épître. Que de choses en quelques pages ! Le difficile n'est pas de trouver des problèmes, mais de les résoudre.

— A *M. Ch...*, à Montpellier. — Nous sommes sans nouvelles de votre affaire. Nous ne pouvons rien sans documents.

La question suivante a été décidée mercredi par le tribunal correctionnel de Bruxelles. La dame H.... avait obtenu, de la commission médicale du Hainaut, un diplôme pour l'exercice de l'art du dentiste. Elle vint s'établir à Bruxelles, et présenta, aux termes de la loi sur la matière, son diplôme au visa de la commission médicale du Brabant, qui refusa de remplir cette formalité. La dame continua, malgré cela, l'exercice de sa profession ; des poursuites eurent lieu contre elle au chef d'exercice illégal de l'art de guérir, et le ministère public soutint que la prévenue, n'ayant aucune qualité pour exercer dans la province de Brabant, était passible d'amende. Le tribunal en a jugé autrement ; il résulte du jugement prononcé, que la commission médicale du Brabant ne pouvait point refuser le visa et que, la prévenue s'étant conformée aux prescriptions de la loi, aucune peine ne lui était applicable. En conséquence, elle a été acquittée. (*Gaz. méd. Belge.*)

pupilles sont modérément dilatées, régulières et mobiles; la gauche est plus contractée que la droite. Pendant le jour et à la lumière diffuse ordinaire, le malade voit très bien les objets qui l'entourent, il peut lire les caractères très fins et en les plaçant au foyer visuel ordinaire; mais, depuis le 15, la portée de sa vue est considérablement diminuée, car à trente ou quarante pas il ne peut rien distinguer, tandis qu'auparavant il pouvait voir très nettement à de très grandes distances. Une lumière vive le fatigue.

Le soir, après le coucher du soleil, sa vue s'affaiblit, et, quand le crépuscule arrive, il ne peut se conduire qu'à tâtons. Cependant la vue n'est pas complétement abolie, car il peut voir les lampes qui éclairent la salle, et très confusément les objets placés près de lui.

La première question à débattre a été de savoir si nous n'avions pas à faire à une héméralopie revenant périodiquement sans être influencée par la présence ou l'absence de la lumière solaire?

M. Stœber, praticien de Strasbourg, a rapporté en effet dans les *Annales d'oculistique*, l'observation d'une jeune fille épileptique qui fut affectée d'héméralopie dont les accès commencèrent d'abord le soir au coucher du soleil pour disparaître le lendemain matin; puis ils se manifestèrent au milieu du jour. Cette circonstance fit penser à ce praticien qu'il s'agissait d'une fièvre intermittente larvée à forme héméralopique, et il guérit la malade en lui administrant le sulfate de quinine. Pour décider cette question, j'ai donc voulu placer pendant le jour le malade dans les conditions où il se trouve le soir en l'absence de la lumière solaire; je l'ai fait descendre dans une des caves de l'hôpital, en faisant subir à la lumière divers degrés de dégradation, jusqu'à un état voisin de l'obscurité, et j'ai constaté qu'il retombait dans le même état du côté de la vue que dans la nuit, c'est-à-dire, qu'il ne pouvait rien distinguer, et devenait même incapable de se conduire.

Nous avons donc affaire ici à un cas pur et simple d'héméralopie, et il nous reste à établir la cause qui a pu le déterminer chez notre malade.

Quelles sont les causes de cette maladie? On a bâti à cet égard beaucoup d'hypothèses. On a observé l'héméralopie épidémiquement dans les lieux bas et humides; les médecins militaires l'ont observée dans les garnisons où les sentinelles sont exposées à des vapeurs marécageuses. Boyer l'a vue régner dans un pensionnat de Paris, placé dans des conditions hygiéniques défavorables.

Chez notre malade on ne peut guère accuser une influence de cette nature, bien que le pays qu'il habite contienne un étang et présente fréquemment des fièvres intermittentes, car il ne nous a pas dit que d'autres ouvriers eussent été affectés en même temps que lui.

L'héméralopie est aussi assez fréquente aux Antilles, sur les côtes de l'Afrique. On l'a observée épidémiquement à bord des navires naviguant dans les régions intretropicales.

M. Fleury, chirurgien de marine, fit connaître il y a quelques années une semblable épidémie observée à bord de la frégate *la Didon* pendant la traversée de Saint-Domingue à la Martinique. Dans ces cas, la maladie doit être attribuée sans contredit à un état d'atonie de la rétine résultant de l'excitation vive et prolongée de cette membrane, par suite de la réflexion des rayons solaires sur la surface de la mer. Notre malade a été exposé à des conditions analogues. Ainsi que nous l'avons fait observer, il est attaché à une carrière d'exploitation de grès qui se fait à ciel ouvert, de telle sorte que ses yeux sont continuellement sous l'action de la vive réverbération de la lumière solaire.

Je ne crois pas qu'on puisse élever de doute sur l'étiologie que nous venons d'établir. Ainsi considérée, l'héméralopie pourrait être rapprochée de l'ambliopie, ou amaurose, qui se développe fréquemment à la suite des mêmes causes, comme on le voit chez les ouvriers dont les yeux sont exposés à l'éclat d'une vive lumière, tels, par exemple, que les fondeurs, les verriers, etc. Une circonstance observée chez notre malade milite en faveur de ce rapprochement, c'est que, chez lui, depuis que l'héméralopie existe, la portée de la vue s'est tellement raccourcie, qu'il ne peut bien distinguer que les objets à la distance de trente pas tout au plus.

Nous venons de rapprocher, à l'exemple de Scarpa et de quelques auteurs modernes, l'héméralopie de l'amaurose. Or, de même qu'il existe deux espèces principales d'amaurose, l'une inflammatoire sthénique, l'autre torpide ou asthénique, on doit aussi, je crois, distinguer deux formes d'héméralopie, l'une sthénique, l'autre asthénique. Cette distinction me paraît importante pour le traitement. Je rattacherai volontiers à l'espèce asthénique les héméralopies observées à la suite d'émanations marécageuses, de l'habitation dans les lieux bas et humides, ou signalées dans la première période du scorbut; mais dans le cas actuel, je pense qu'il s'agit d'une héméralopie congestive ou sthénique. En effet, l'apparition de cette maladie a été précédée d'étourdissements et de céphalalgie. Actuellement encore, le malade accuse une assez vive sensibilité à la lumière; ses pupilles ne sont point dilatées; la gauche même est un peu contractée, et le globe oculaire de ce côté est notablement injecté. Le malade, en outre, est jeune et d'une bonne constitution.

Ces idées nous serviront de base dans le traitement que nous allons adopter; traitement qui se composera d'applications de sangsues à l'anus associées au tartre stibié en lavage, aux pédiluves et au repos complet des organes malades. Du reste, l'héméralopie est beaucoup moins grave que l'ambliopie proprement dite, et j'ai tout lieu de croire qu'il ne faudra pas longtemps pour en triompher.

Le malade fut en effet soumis à un traitement analogue à celui que M. Robert s'était proposé, et il en retira tout l'avantage possible. Voici, du reste, ce qu'on lui a fait jour par jour.

Le 3 mai (il était entré la veille), on lui appliqua 15 sangsues à l'anus; un purgatif par les pilules écossaises lui fut administré le soir, en même temps que des pédiluves et des lotions fraîches sur les yeux.

Le 4, il n'y avait aucun changement notable dans son état. On lui fit prendre par cuillerées, d'heure en heure, 20 cent. de tartre stibié dans un julep, qui produisit quelques vomissements et des déjections alvines abondantes.

Le 5 au matin, on trouva dans l'état du malade une amélioration très notable. Il distinguait les objets de beaucoup plus loin que la veille. La nuit précédente, il avait distingué aussi des objets placés près de lui; ce qui ne lui était pas arrivé depuis quelque temps. On a répété l'administration du tartre stibié, qui donna lieu à des vomissements abondants.

Le 6, l'état du malade était un peu moins satisfaisant; on suspendit l'usage de l'émétique et on se borna aux pédiluves.

Les 7, 8 et 9, on le soumit encore à l'action purgative des pilules écossaises; il en résulta une amélioration progressive tellement rapide, quo le 11 il a demandé à sortir de l'hôpital, se trouvant aussi bien qu'avant sa maladie. En effet, la portée de sa vue était revenue à son type normal.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de février et mars 1846. — Présidence de M. H. LABARRAQUE.

M. Richelot demande la parole pour communiquer un fait d'observation pratique. Une demoiselle, jouissant d'une bonne santé, s'est mariée il y a un an avec un fabricant de boutons de cuivre; depuis ce temps, elle n'a cessé de maigrir, et cependant l'examen le plus attentif ne permet pas de constater la moindre maladie. Cette dame habite un appartement placé dans des conditions telles que le jour et la nuit elle vit au milieu d'une atmosphère chargée d'acide nitreux. M. Richelot se demande si de telles conditions ne suffiraient pas pour expliquer cette maigreur croissante.

M. Benet-Deperraud penche pour cet avis. Il a vu de jeunes enfants maigrir sous l'influence de semblables causes, et leur maigreur disparaître lorsqu'ils furent soustraits à l'action délétère du gaz nitreux.

M. Charrier insiste pour savoir si elle ne tousse pas et si l'état de l'utérus est connu. Bien souvent il existe des lésions latentes de cet organe qui altèrent profondément la santé des femmes.

M. Dobigny pense que le coït suffit quelquefois chez une jeune mariée pour expliquer un semblable amaigrissement. Il faut, en effet, que les jeunes femmes se soient habituées à cet acte physiologique dont elles abusent quelquefois au début de leur mariage.

Suivant M. Richelot, la poitrine est saine; il y a bien un peu de flueurs blanches, mais incapables d'expliquer un pareil amaigrissement; cependant, il tiendra compte de l'observation de M. Charrier.

M. Benet fait observer encore que les ouvriers travaillant dans ces usines ont de vives douleurs épigastriques, et que, malgré l'âcreté du gaz, ils ne sont pas sujets à tousser.

Après avoir fait remarquer que les tendances des doctrines localisatrices ont dû souvent éloigner le médecin de l'observation d'un certain ordre de phénomènes difficiles à rattacher à certains organes et par conséquent faire souvent négliger des indications thérapeutiques précieuses, *M. Richelot* rapporte qu'il a eu dernièrement à se louer de l'emploi du sulfate de quinine dans un cas de fièvre typhoïde. Sans attacher au sulfate une importance exagérée, il pense qu'il est bon, dans la constitution qui règne depuis deux ans environ, de tenir compte de l'élément intermittent qui domine un grand nombre de maladies, et que c'est à cette cause, qui échapperait peut-être à des médecins imbus de doctrines exclusivement localisatrices, qu'il faut probablement attribuer les succès du sel de quinine dans bon nombre de maladies depuis quelques années.

Notre confrère donnait, il y a quelques semaines, ses soins à une jeune dame de vingt-quatre ans, qui, pendant les huit premiers jours de son affection typhoïde, n'offrit que des symptômes vagues peu prononcés simulant un embarras gastrique, sans diarrhée; seulement, vers le milieu du jour, elle était prise d'un léger frisson et d'un redoublement fébrile peu intense qui était suivi d'une nuit agitée. Cependant, ces phénomènes ne présentaient pas de gravité, car la malade, qui avait peu changé, trouvait fort singulier qu'elle fût l'objet de soins attentifs. Pendant ces huit jours, elle fut soumise à un régime assez sévère et à l'emploi de purgatifs huileux, afin de combattre les quelques phénomènes qui se présentaient du côté des voies digestives. Cette maladie marchait donc d'une manière bénigne, lorsque sans cause appréciable, au milieu de la nuit, elle fut prise d'un accès de fièvre pernicieuse délirante qui dura jusqu'au matin. Lorsque notre confrère revit la malade, elle était complétement changée: son visage était devenu cadavéreux; la langue, qui n'était d'abord que saburrale, était fuligineuse et sèche.

Dans la crainte d'un accès pareil, notre confrère fit prendre immédiatement une potion contenant un gramme de sulfate de quinine. La potion fut heureusement prise exactement. La nuit suivante, en effet, elle eut encore un accès, mais petit et incapable de faire naître des inquiétudes; la langue avait repris sa disposition antérieure; la peau était moite, la chaleur douce. On continua le sulfate de quinine encore pendant quelques jours. On avait enrayé la complication intermittente; mais la fièvre typhoïde, débarrassée de cet élément, reprit sa marche régulière, ses symptômes se dessinèrent mieux et prirent même une certaine gravité. M. Richelot mit alors la malade à l'usage des purgatifs modérés d'une manière continue, et obtint une amélioration marquée. La suspension des purgatifs ayant été suivie d'un retour des symptômes typhoïdes, cette médication fut reprise jusqu'à guérison complète.

M. Richelot insiste de nouveau sur l'apparence bénigne du début, sur la difficulté qu'il eut à saisir le phénomène d'intermittence, et sur la nécessité qu'il y a en médecine pratique à ne pas se laisser séduire par des doctrines exclusives, qui trop souvent détournent l'attention en la concentrant avec trop de soin sur l'examen des organes. Il fait remarquer également l'heureuse influence que le sulfate de quinine eut dans ce cas de fièvre typhoïde, qui certainement avait contracté le mode intermittent sous l'influence de la constitution régnante.

Répondant en outre, à une question posée par M. Thirial, M. Richelot établit que cette dame n'a pas habité de lieux marécageux où règne la fièvre intermittente, que l'état de la rate n'a pas été constaté, et qu'au début elle n'avait pas de diarrhée; que ce symptôme n'est arrivé que plus tard.

M. Thirial, se plaçant au point de vue de M. Richelot, soutient que depuis deux ans environ la constitution médicale a un caractère intermittent très prononcé, que les fièvres typhoïdes ont souvent revêtu ce caractère dont on doit tenir grand compte comme indication thérapeutique; que, pour lui, il a déjà eu occasion d'observer un certain nombre de cas de ce genre, mais que dans la plupart de ces cas les malades avaient antérieurement séjourné dans des endroits marécageux, qu'ils avaient présenté un développement considérable de la rate; que l'intermittence et le gonflement splénique avaient diminué sous l'influence du sulfate de quinine à haute dose; et qu'enfin, le début de ces fièvres avait été marqué par une absence totale de diarrhée.

Cependant, ajoute M. Thirial, la forme intermittente de la fièvre typhoïde peut se manifester sans un séjour préalable dans un endroit marécageux; seulement les accès de grande intensité de fièvre dite pernicieuse n'ont généralement lieu que chez les individus qui ont été exposés aux émanations paludéennes.

Sans attacher à la rate l'influence qui lui est attribuée par des hommes du plus haut mérite, M. Thirial admet que lorsque cet organe est grandement développé au début d'une affection fébrile, c'est un indice qu'on aura affaire à une fièvre avec redoublements marqués.

M. Chereau cite l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans qui fut atteinte de fièvre typhoïde et d'accès intermittents caractérisés par les trois stades bien tranchés.

M. Belhomme, répondant à M. Richelot, dit que les doctrines organiciennes négligeaient trop souvent de tenir compte de l'état général dans les maladies pour s'occuper des détails de localisation; les organiciens ne voient dans l'état général qu'une réaction de quelque souffrance des organes; lorsqu'ils l'ont trouvé, ils adressent les moyens thérapeutiques au point de l'économie qui est malade, dans l'intention de faire disparaître tous les phénomènes morbides.

M. Richelot vient de dire qu'il avait donné des purgatifs dans un cas de fièvre typhoïde, et qu'il avait soulagé le malade. C'est vrai; mais si le sujet, au lieu d'avoir une constitution lymphatique, avait eu un tempérament sanguin, croit-il qu'il n'aurait pas mieux fait d'insister sur des évacuations sanguines? Il faut que le médecin n'adopte pas de médications exclusives basées sur des doctrines également exclusives.

On a blâmé Broussais d'avoir abusé de l'emploi des sangsues, et l'on a bien fait; mais croit-on que le système de Brown n'a pas aussi son côté défectueux? Il faut prendre dans chaque méthode, dans chaque système ce qu'il y a de bon, et rejeter ce qui est mauvais.

Quant à l'intermittence dans les fièvres thyphoïdes, je crois et j'ai observé qu'il n'y a pas de maladies graves sans intermittence; il y a le plus souvent un jour plus grave que le suivant, et successivement. Pour mon compte je l'ai observée même chez mes aliénés, qui ont une sorte d'alternative de lucidité et de folie.

M. Dobigny se joint à M. Belhomme pour défendre l'organicisme. Un professeur disait qu'il y avait impossibilité d'expliquer l'intermittence avec l'organicisme; et cependant à la suite d'explications échangées entre le professeur et lui, le professeur finit par avouer qu'il n'y avait pas impossibilité absolue.

A l'appui de sa doctrine, M. Dobigny rappelle que des fièvres intermittentes réelles caractérisées par ces trois stades, et non pas des paroxysmes, naissent quelquefois à la suite des affections chirurgicales.

M. Hermel rapporte qu'il a connu un médecin distingué dont la doctrine consistait à regarder la fièvre typhoïde comme étant toujours une fièvre rémittente. Entre cette doctrine et l'autre, qui considère la fièvre typhoïde comme continue, il y a un écueil qu'il faut éviter; car les conséquences thérapeutiques pourraient en être fatales au malade. Dans la supposition de la rémittence, le quinine en effet serait un médicament héroïque; dans l'autre cas, au contraire, il deviendrait un médicament funeste.

Dans les cas signalés par M. Dobigny, il ne voit pas une intermittence franche; il craint qu'il n'ait confondu avec des rémittences ou de simples paroxysmes.

M. Hubert Valleroux dit que souvent l'on néglige trop l'élément intermittent. Ainsi, en Algérie, les épidémies graves revêtent ce caractère, et le sulfate de quinine réussit merveilleusement, tandis que la mortalité est effrayante si l'on soigne les malades par une autre méthode.

M. Thirial fait observer que l'Algérie a été fatale aux doctrines dites physiologiques. Il fait remarquer qu'il est une circonstance importante qui a dû tromper beaucoup de médecins habitués à observer sur d'autres théâtres, c'est que les fièvres paludéennes d'Afrique revêtent très rarement la forme continue ou subcontinue, etc.; que lorsqu'on a essayé de les traiter par les saignées les malades mouraient, tandis qu'ils guérissaient par le sulfate de quinine.

M. Benet-Deperraud conteste que les traitements broussaissiens soient aussi funestes que semblerait l'indiquer cette discussion. Il a suivi Broussais, et il n'a pas vu que sa méthode fût suivi de plus d'insuccès que toute autre. Ce qu'il importe surtout de faire lorsqu'on exerce la médecine à l'étranger, c'est de tenir compte des nécessités du climat. Peut-être est-ce le tort des médecins de n'en pas tenir assez compte.

M. Labarraque termine la discussion en faisant remarquer que la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente ont des points de contact nombreux, qui augmenteront nécessairement par l'étude plus approfondie de ces deux maladies.

— *M. Charrier* rapporte l'observation d'une incontinence d'urine chez une jeune fille de quinze ans, qui se reproduisait toutes les nuits. Il eut recours à l'extrait de belladone, qui d'abord réussit merveilleusement; mais au bout de quelque temps son action devint plus faible (l'incontinence se manifesta d'une manière intermittente d'abord) et finit pas n'avoir plus aucune efficacité. Aujourd'hui la malade est dans une situation analogue à celle qui avait précédé le traitement. Après avoir fait remarquer que ce médicament, dont on avait vanté l'efficacité constante, n'est pas infaillible plus que les autres, M. Charrier fait encore observer que ce médicament, administré progressivement de 1 centigramme jusqu'à 9 et 10, détermine une sorte de tolérance, et n'amène aucun narcotisme, et à peine la dilatation pupillaire. M. Charrier termine en notant qu'il avait essayé, mais inutilement, de tous les moyens vantés en pareil cas, même la noix vomique.

M. Thirial a été moins malheureux que M. Charrier. Pour son compte, il a vu réussir la noix vomique plusieurs fois entre ses mains, entre autres chez une dame âgée de quarante ans, qui, forcée de retenir son urine pendant un spectacle public, fut prise à la suite d'une incontinence par affaiblissement de la vessie. Il tenta d'abord les bains froids, les lotions astringentes sur le périné; et enfin, fatigué de ses insuccès, il eut recours à la noix vomique, qui réussit complétement. Au bout de quinze jours de son emploi, elle était radicalement guérie, et la guérison s'est maintenue.

M. Szokalski fait remarquer que plusieurs fois il a observé, comme M. Charrier, que la belladone administrée graduellement perdait sa propriété de faire dilater la pupille.

M. Mercier a réussi à faire cesser l'incontinence d'urine chez des adultes, en cautérisant le col de la vessie.

M. Favrot se range à l'avis de M. Mercier, et pense que, dans certains cas de relâchement de la muqueuse, on doit avoir recours à l'emploi de moyens locaux excitants. Ainsi, dans un cas d'incontinence d'urine survenue à la suite d'une blennorrhagie traitée par les émollients, il la fit cesser en employant les injections astringentes dans le canal de l'urètre.

M. Aubrun. Le traitement, en tant que moyen de combattre l'incontinence, ne peut être formulé d'une manière absolue; les causes de cette maladie varient trop; son diagnostic est tellement incertain, qu'il est bien difficile d'arrêter les bases de sa thérapeutique. Ainsi, il a vu chez une phthisique atteinte d'incontinence, le sulfate de quinine uni à l'opium, donné en vue de combattre des accès intermittents, amener une amélioration sensible sur l'incontinence. Ce succès était peut-être dû l'opium, qui n'est pas sans action sur le col de la vessie, ainsi que le remarque M. Mercier.

M. Boudet rapporte l'observation d'une jeune personne de dix-huit ans, qui est prise à chaque époque menstruelle d'une incontinence d'urine qui paraît liée au relâchement du col vésical et non à une ir-

ritabilité extrême de la vessie, ainsi qu'on serait en droit de le penser, en tenant compte de l'état menstruel. Du reste, c'est pendant la nuit qu'elle est incontinente.

M. Hermel fait observer que les aliénées sont surtout sujettes à gâter pendant leurs règles.

M. Belhomme n'a pas eu occasion de constater ce fait. On a pu, du reste, le constater ailleurs. Mais si ce fait ne se lie pas essentiellement à la menstruation, il n'est pas moins certain que l'incontinence d'urine est un symptôme commun chez les aliénés, qu'elle soit due à la paresse, à l'incurie du malade ou à une paralysie de la vessie. Mais c'est surtout dans les paralysies générales qu'on voit ce phénomène.

— *M. Szokalski* est appelé en ce moment à donner ses soins à un enfant de trois ans qui présente un *nœvus maternus*. Ce nævus, dont les parties présentent des colorations différentes, et dont les veines deviennent souvent variqueuses et hémorrhagiques, occupe toute la cuisse à partir de la crête iliaque jusqu'au genou. Il y a donc nécessité à l'enlever ; mais quel sera le procédé opératoire qui devra être suivi ? Après avoir comparé l'excision et la cautérisation, après avoir fait remarquer leurs avantages et leurs désavantages, M. Szokalski penche pour l'excision partielle.

M. Charrier ne pense pas qu'on doive avoir recours à l'excision ; les hémorrhagies consécutives, l'étendue du mal et la difficulté d'aller à des profondeurs convenables sont, suivant lui, une contre-indication à cette opération. La cautérisation avec le caustique de Vienne, employée partiellement et avec lenteur, de dix en dix jours, lui paraît au contraire offrir de nombreuses garanties, et la science possède à cet égard des cas nombreux de succès.

M. Homolle partage l'opinion de M. Charrier relativement à la cautérisation. Il a employé un procédé qui présente quelque analogie avec celui de M. Charrier, et qui consiste à appliquer sur la surface cutanée envahie par le nævus un morceau de sparadrap troué, à intervalles égaux de deux centimètres, de petites perforations circulaires d'un à deux millimètres de diamètre, que l'on recouvre de pâte de Vienne, sur laquelle on place un second morceau de sparadrap : on ne doit pas laisser durer l'application plus de douze à quinze minutes.

M. Mercier, comparant le nævus aux tumeurs érectiles, est porté à croire que le procédé de M. Lallemand ne serait pas inutile; seulement, il pense que les aiguilles à acupuncture multipliées devraient être mises en rapport avec un courant galvanique.

Par ce moyen, dit-il, on obtiendrait la coagulation du sang et la rétraction du système capillaire par absorption du coagulum.

M. Richelot rappelle à la Société que l'emploi du caustique de Vienne appartient à M. Laugier, qui l'a employé avantageusement dans plusieurs cas de tumeurs analogues. Il regarde, en outre, le procédé de M. Homolle comme très prudent et conseille à M. Szokalski de l'employer.

M. Charrier croit que le procédé indiqué par M. Mercier ne peut être bon que dans les cas où la tumeur est pédiculée. Jusqu'à présent les succès ont été douteux. Quant au procédé de M. Homolle, il craint qu'il ne suffise pas dans le cas actuel, attendu qu'il n'atteint pas le mal assez profondément.

M. Homolle ajoute qu'il serait impossible d'obtenir la guérison par une seule cautérisation, mais qu'on doit y revenir graduellement, et qu'alors le succès est aussi certain que possible.

Cette discussion est suivie de quelques remarques pratiques sur l'emploi de la pâte de Vienne, et est close par le président, qui fait remarquer que la Société paraît donner son approbation au procédé de M. Homolle.

Le secrétaire annuel, VINCHON.

M. Belhomme a lu, dans la séance de l'Académie de médecine du 12 mai, une note faisant suite à son mémoire sur *la paralysie des aliénés*, et *les altérations du cerveau dans cette maladie*.

Après avoir exposé qu'il ne vient pas ouvrir de nouveau le champ des hypothèses sur la nature de la maladie qui produit le ramollissement cérébral, il rapporte deux faits qui prouvent incontestablement que les lésions sont superficielles et profondes, et qu'elles procèdent dans leur développement de la circonférence au centre.

Il met sous les yeux de ses auditeurs deux cerveaux, dont l'un a appartenu à un homme de cinquante-cinq ans qui était affecté de paralysie générale, et qui a succombé à une double pleurésie ; l'autre cerveau était celui d'un homme de trente-huit ans qui est mort par suite d'accès épileptiques foudroyants, et qui avait présenté pendant la vie tous les phénomènes de la paralysie générale.

Dans l'un et l'autre cerveau il y avait des lésions superficielles et profondes, telles qu'un ramollissement de la substance corticale, du corps calleux, de la voûte à trois piliers, des organes ventriculaires, des pédoncules cérébraux et du cervelet.

Il termine son exposé des lésions cérébrales par les considérations suivantes : La paralysie des aliénés est la conséquence du ramollissement de la pulpe cérébrale ; on ne peut douter de l'affection qui produit le ramollissement ; il y a des rapports entre les lésions et les phénomènes observés pendant la vie, tels que la perte plus ou moins complète des mouvements volontaires et de l'intelligence.

Il fait ensuite le résumé des principales lésions du cerveau, pris sur les 17 observations qu'il a exposées précédemment.

Les membranes cérébrales sont toujours injectées, graissées et opaques ; 14 fois sur 17 elles sont adhérentes à la surface cérébrale.

La substance corticale était ramollie 14 fois sur 17.

La substance médullaire est moins consistante, et même ramollie 12 fois sur 17 ; lorsqu'elle n'est point ramollie, elle est indurée 5 fois.

Le corps calleux et la voûte à trois piliers sont ramollis 14 fois sur 17.

Les tubercules quadrijumeaux et les organes ventriculaires sont plus ou moins ramollis, 13 fois sur 17.

La protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux sont ramollis 6 fois et indorés 3 fois.

Les parois du quatrième ventricule sont ramollies 14 fois, indurées 3 fois.

Le cervelet est ramolli 6 fois.

Le bulbe rachidien ramolli 6 fois, induré trois fois.

Tels sont les rapports que M. Belhomme a trouvés entre les lésions cérébrales et la paralysie générale des aliénés.

Bibliographie.

Des boins de mer. Guide médical et hygiénique du baigneur;
par le docteur LECOEUR (de Caen).

(Premier volume.)

L'usage des bains de mer, comme méthode thérapeutique, s'est depuis quelques années grandement répandu en France ; tous les médecins ont reconnu leur utilité dans un grand nombre d'affections subaiguës ou chroniques, dans un grand nombre d'états généraux de la constitution, caractérisés principalement par la débilité, l'anémie, etc. Tandis qu'il existe une foule d'ouvrages exclusivement et spécialement consacrés à l'étude et à l'emploi des eaux minérales des diverses localités de la France et de l'étranger, il n'y a pas un seul livre dans lequel on ait cherché à exposer d'une manière complète quels sont les avantages que l'on peut retirer des bains de mer, dans quelles circonstances ils doivent être prescrits, comment et suivant quelles règles ils doivent être pris par les malades. C'est cette lacune que M. Lecœur a voulu combler; fixé depuis longues années dans une ville que l'on peut considérer comme maritime, à quelques kilomètres à peine d'un des points les plus fréquentés par les baigneurs sur les côtes de Normandie, il a été à même de pouvoir étudier à loisir, d'une manière complète et éminemment pratique, les diverses questions que nous venons d'indiquer, et c'est le résultat de son expérience personnelle qu'il soumet aujourd'hui, non-seulement au public médical, mais encore aux nombreux baigneurs qui, soit pour leur plaisir, soit pour leur santé, se rendent chaque année aux établissements qui se multiplient chaque jour sur les côtes de France.

Voici l'ordre qu'a suivi l'auteur; il a divisé son livre en quatre parties.

La première comprend quelques considérations sur les bains en général, aux diverses températures; sur la mer, et ses phénomènes variés, qu'il importe au baigneur de connaître; sur l'eau de mer, et ses divers effets; de son application au corps humain, considérations qui constituent, à proprement parler, l'étude du médicament.

La deuxième renferme l'appréciation des cas où conviennent les bains de mer ; les chapitres qui la composent contiennent les instructions relatives à la manière qui semble à l'auteur la plus rationnelle de les prendre, et à tout ce qui se rattache à cet objet : aux bains de mer pris en baignoire, à la lame, à la marée base, à la marée montante, au choix de l'heure du bain, aux précautions à prendre avant, après et pendant le bain, etc.

Dans la troisième partie, sous le titre de variétés, l'auteur expose les préceptes d'application qu'il n'aurait pas eu moyen de classer méthodiquement ailleurs; quelques aperçus sur le meilleur mode de préparation et de conservation des hydrophytes et des oiseaux de mer, sur la manière de former des herbiers de plantes marines, etc. Cette dernière section est terminée par quelques études sur la submersion, l'énumération des secours à donner aux asphyxiés.

Le livre de M. Lecœur, écrit avec une rare élégance, un style clair et toujours chatié, intéresse et attache autant qu'il instruit. Il est destiné à devenir le manuel indispensable, le *vade-mecum* du baigneur. Adressé plus particulièrement aux malades et aux gens du moode, il sera lu avec fruit par les médecins, qui y trouveront une foule de préceptes utiles et y puiseront des données précises sur une méthode thérapeutique énergique d'une valeur incontestable, et encore peu connue de la plupart des praticiens.

L.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec on grand intérêt, dans votre numéro du 12 de ce mois, les éclaircissements que M. Velpeau a donné à sa clinique *sur les différentes espèces de tumeurs cancéreuses du sein et sur les caractères de celles qu'on ne doit pas opérer*. Mais j'ai vu avec regret qu'il garde le silence sur ce qu'il reste alors à faire. Faut-il abandonner les malades à elles-mêmes, c'est-à dire à une mort certaine, lente et douloureuse, ou bien faut-il les traiter médicalement comme je me suis efforcé de le faire comprendre dans le travail que j'ai publié en 1844 (*Recherches sur le traitement médical des tumeurs qui peuvent devenir cancéreuses*)? Je prie M. Velpeau par votre entremise, M. le rédacteur, de compléter sa pensée à cet égard, afin de ne pas laisser supposer qu'il partage cette vieille et désespérante doctrine : *Rien à faire quand on ne peut opérer*; et aussi pour ne pas laisser ses élèves dans le vague et attiédir ainsi leur esprit naturellement investigateur, ce qui leur serait nuisible sur tous les points, et surtout pour encourager les praticiens qui aiment le progrès et qui croient que si la médecine a commencé par des tentatives parfois hasardeuses et l'observation, on doit encore se comporter de cette manière toutes les fois qu'une affection quelle qu'elle soit n'est pas bien connue dans sa cause, dans sa nature ou dans son traitement.

Agréez, etc.

TANCHOU.





PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 MAI 1846. (19e ANNÉE.) N°. 62. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Cours sur les maladies de la peau.

« C'est dans cet hôpital qui, il y a quelques années à peine, retentissait de luttes vives et animées, qu'à la fin du dix-huitième siècle s'ouvrit l'ère de la spécialité des maladies de la peau; ère rendue féconde par les travaux des deux hommes qui l'ont illustrée, le professeur Alibert et Biett. C'est ici qu'Alibert, qui a fondé en France l'enseignement des maladies de la peau, porta le premier une main hardie sur cet inextricable chaos, dont nul n'osait affronter les ténèbres, et dont les plus entreprenants détournaient les yeux. S'élevant au-dessus de toutes les difficultés, il trouva en lui-même la force de surmonter tous les dégoûts qui l'attendaient; et, fondateur d'école, il sut captiver l'auditoire attentif par l'entraînement de sa parole, par le brillant de sa faconde, par la finesse avec laquelle il mettait à la portée de tous les traits les plus saillants de cette science nouvelle.

» C'est dans cet hôpital qu'un peu plus tard, Biett, interprête de Willan, attirait à son enseignement plus modeste tous ceux que surent captiver sa parole, nette et sûre comme la pensée qui l'inspirait, et sa pratique studieuse et intelligente, et surtout ses conférences cliniques, où il partageait avec les élèves les trésors de sa longue expérience. Partis de ces deux points opposés, ces deux maîtres se sont voués à la recherche du même but, et ont ainsi concouru au même résultat : faire sortir l'étude des maladies de la peau du chaos où elle était plongée, créer l'ordre, la méthode, l'appréciation graphique, là où régnait une confusion qu'on pouvait croire irrémédiable; appeler enfin l'attention et l'intérêt sur des affections complètement méconnues, les enlever à l'exploitation aveugle de l'empirisme, et jeter enfin les bases d'une thérapeutique rationnelle.

» Aussi, c'est de ce double enseignement que sont sortis tous les ouvrages qui depuis ont traité, de différents points de vue, des affections cutanées, et que les héritiers plus ou moins directs de ces maîtres ont recueilli tous les éléments de la science qu'ils avaient à continuer et à parfaire. »

Après avoir payé ce juste tribut d'estime et de reconnaissance, M. Cazenave a passé rapidement en revue les travaux de tous les savants qui se sont, à différentes époques, occupés des maladies de la peau; il a rappelé Mercuriali, qui, dès 1576, divisait ces affections suivant leur siége; Hafenreffer, qui, en 1630, admettait quatre grandes classes de maladies cutanées : les *éruptions*, les *taches*, les *ulcères* et les *blessures*; Turner, qui devait servir de modèle à Alibert en séparant ces maladies selon qu'elles affectaient ou la tête, ou le corps; Plenck, qui, plus tard, tentait une classification générale basée sur les caractères extérieurs des éruptions; Lorry, qui reproduisait, en leur donnant toute le charme de son style académique, les idées de Turner; le mémoire de Poupart sur les dartres; arrivé enfin aux diverses classifications d'Alibert et de Willan, M. Cazenave en a fait ressortir les vices et les avantages; mais il s'est surtout attaché à démontrer que le principal effet de ces travaux avait été de mettre en relief les maladies de la peau, de les faire sortir du cadre de la pathologie générale, de les spécialiser, en un mot, pour en rendre l'étude plus facile, pour les soumettre enfin aux règles d'un diagnostic qui permît de ne plus les méconnaître.

A ce point de vue, l'œuvre de nos devanciers est aujourd'hui complète. Ils nous ont appris à quels signes on peut distinguer un lichen d'un eczéma, un impétigo d'un psoriasis; mais faut-il s'arrêter là; faut-il dire à la science qu'elle n'ira pas plus loin? M. Cazenave regarde, au contraire, tous les résultats obtenus comme les éléments d'une nouvelle science tout entière à créer.

On a spécialisé les maladies de la peau pour les caractériser et les faire connaître; maintenant, il faut que tous les efforts des praticiens tendent à généraliser leur étude, à la faire entrer dans la voie plus large de la philosophie, à la soumettre enfin aux règles de la pathologie générale. Il ne suffit plus de reconnaître si une éruption est pustuleuse ou vésiculeuse, etc., il ne faut plus discuter sur la valeur ou l'à-propos de certaines dénominations, inventer de nouvelles espèces, définir des variétés inédites; l'appréciation pratique des formes est placée désormais en dehors de toute controverse; mais on peut rechercher quels rapports lient les maladies de la peau aux lois de la physiologie; et au lieu de ne voir dans toutes ces éruptions que des *boutons* ou des *dartres*, que l'on fait passer avec quelques pommades, rechercher si elles ne sont pas l'expression de troubles fonctionnels, d'un état morbide général plus ou moins marqué; si elles ne sont pas de véritables maladies organiques que l'on peut guérir par les ressources d'une thérapeutique raisonnée. Nous sommes aujourd'hui en mesure de faire face à toutes les difficultés d'une telle entreprise. D'une part nous sommes forts de tout ce qu'ont fait nos maîtres, et de l'autre nous trouvons dans les incessantes découvertes de l'anatomie, des ressources qui manquaient à nos devanciers.

Les anciens considéraient la peau comme une enveloppe unique, composée de couches superposées, sans rapports appréciables avec le reste de l'organisme. On conçoit dès lors qu'ils aient été amenés à regarder les maladies de cette enveloppe comme les expressions variées d'un même mal, qu'ils appelaient le vice herpétique ou dartreux : on comprend enfin comment ils ont confondu sous un même nom, celui de *dartres*, des phénomènes qui, différant dans la forme, mais identiques au fond, appartenaient à une seule maladie qu'ils appelaient en conséquence multiple et protéiforme. Aujourd'hui nous n'en sommes plus aux idées de Malpighi, ni à l'anatomie de Gauthier. La science s'est enrichie des travaux de Cruischank, d'Eichorn, de Blainville, de Dutrochet, de Kreuh, de Weber, de Flourens; enfin MM. Breschet et Roussel de Vauzène ont émis, sur l'anatomie de la peau, des idées nouvelles, qui doivent jeter un grand jour sur l'étude des affections cutanées. Ils ont admis, et M. Cazenave admet avec eux, le derme, espèce de lacis fibro-celluleux, dans lequel fonctionnent divers organes très importants; les papilles, appareil présidant aux phénomènes d'innervation de la peau, et aboutissant à la face externe sous forme de petits renflements; l'appareil sudoripare, composé de petits canaux qui sécrètent la sueur; un appareil d'exhalation lymphatique; un appareil blennogène, chargé de sécréter la matière muqueuse qui vient au dehors s'étendre sur la peau pour la lubrifier et la protéger; enfin un appareil chromatogène, qui sécréterait la matière colorante de la peau. Comme on le voit, il ne s'agit plus d'une enveloppe inerte, où viennent s'étaler fatalement les effets du vice dartreux, sans qu'aucune loi rationnelle préside à leur développement, à leur marche, à la diversité de leurs caractères. Nous avons affaire à un ensemble d'organes qui peuvent être différemment affectés, et qui d'avance nous font pressentir quels liens peuvent exister entre certains troubles fonctionnels généraux et les maladies cutanées. Sans doute il ne faudrait pas se baser seulement sur la connaissance anatomique de la peau pour prétendre résoudre tous les problèmes qui se rattachent à l'étude de ces maladies; mais quels résultats ne peut-on pas espérer, si l'on rapproche les connaissances acquises de l'observation pathologique; si l'on compare ce que nous enseignent la physiologie organique de la peau et le jeu normal de ses fonctions, avec les phénomènes morbides qui traduisent l'état normal de cette partie de l'organisme! Nous savons, par exemple, que la peau renferme un appareil d'innervation très important; voilà pour la physiologie. Cherchons si dans les maladies qui affectent la peau, il n'en est pas une qui présentera quelque rapport avec ce que nous a fait connaître l'anatomie. Nous verrons plus tard qu'il y a des affections caractérisées surtout par une exagération excessive de la sensibilité; ce sont les éruptions papuleuses, le *lichen* et le *prurigo*. Eh bien, le prurit, qui est ici le symptôme dominant, souvent le symptôme unique, trahit une véritable affection nerveuse, et la papule, qui est la lésion élémentaire de ces formes, doit être considé-

FEUILLETON.

ETUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE;

Par le docteur SICHEL.

(Suite du n° 107 de l'année 1845.)

IV. *Essai préliminaire de statistique des résultats d'opérations de cataracte.*

Nous avons consacré le dernier article, que nous avons publié dans ce journal, à l'exposition des indications des méthodes opératoires puisées dans la nature même des cataractes. Aucune méthode opératoire ne pouvant réclamer une préférence absolue, l'éclectisme bien compris est, selon nous, la base la plus solide sur laquelle on puisse fonder l'espérance des succès les plus nombreux. Nous nous proposions d'étayer ces indications et, en général, les règles que nous établissons pour l'opération de la cataracte sur une série d'observations détachées, mais liées entre elles par des considérations et des rapprochements raisonnés, des conclusions pratiques. Mais au moment de reprendre le cours interrompu de ces études, nous nous sommes vu arrêté par un défi qui nous a causé quelque surprise. Voici comment s'exprime M. Furnari (*Gazette des Hôpitaux*, 1845, n° 106, *Feuilleton*) :

« Dans une lettre adressée à la *Gazette médicale*, M. Cunier explique ainsi les causes de ses résultats : « Les succès que j'ai obtenus l'an dernier, dit-il, tiennent, sans aucun doute, aux soins, aux précautions dont j'ai entouré mes malades; mais il faut surtout faire entrer en compte les enseignements que j'ai puisés dans les observations de M. Sichel sur le glaucome, la cataracte glaucomateuse et la névralgie oculo-circumorbitaire symptomatique. Tous ceux qui en Belgique et en Hollande ont médité le mémoire de M. Sichel, ont reconnu le fondement de ses observations; et aujourd'hui qu'ils suivent les préceptes de cet habile ophthalmologiste, ils réalisent des résultats qu'il leur était autrefois impossible d'atteindre. » Nous n'avons qu'un seul mot à répondre à cette explication; c'est que les résultats obtenus à Paris par M. Sichel sont bien loin de ceux rapportés dans le compte-rendu de M. Cunier : aussi nous défions M. Sichel de nous présenter sur 99 opérations de cataracte 83 succès complets, 7 demi-succès et 9 insuccès; or, serait-il possible que cet ophthalmologiste eût donné d'*excellents préceptes* à ses confrères sans commencer par en profiter lui-même? »

Quels motifs ont pu engager M. Furnari à nous immiscer dans cette discussion? De toute manière, nous étions complétement étranger à la question que cet honorable confrère se proposait d'élucider. Depuis plus de huit ans, il n'a pas suivi notre clinique; aucuns documents ne furent par nous publiés sur le nombre relatif de nos succès et de nos insuccès. M. Furnari manquait donc de toute espèce de données pour mettre en cause le résultat de notre pratique opératoire, et pour affirmer que « les résultats obtenus à Paris par M. Sichel sont bien loin de ceux rapportés dans le compte-rendu de M. Cunier. » Nous nous demandons ce qui de notre part a pu provoquer cet inexplicable défi, défi qui, dans tout état de cause, devait au moins être fondé sur des présomptions moins vagues, ou se formuler d'une façon moins catégorique. Nous en sommes d'autant plus surpris, que les rapports de bonne confraternité et de voisinage qui existent entre M. Furnari et nous, le mettaient mieux à portée que tout autre de nous demander des documents et des chiffres exacts. Il eût été, selon nous, plus sage de le faire avant de nous entraîner, bien malgré nous, dans une discussion qui ne nous regardait point et qui, de la part de l'un ou de l'autre de nous, pourrait bien, aux yeux d'une partie du public médical, avoir quelque chose de personnel et d'intéressé.

Qu'est-ce qui autorise M. Furnari à supposer que nos succès atteignent plutôt tel chiffre que tel autre, à insinuer, qui plus est, que nous reculerions devant la publication des résultats de nos opérations, et à proclamer de prime abord qu'ils ne souffriraient pas la comparaison avec les résultats publiés par M. Cunier? Jusqu'ici, à la vérité, fidèle à notre principe de faire connaître avec un même empressement, et plus exactement encore, nos revers que nos réussites, nous avons publié et fait publier par nos élèves un aussi grand nombre et même un plus grand nombre de non-succès que de succès. Si nous avons voulu de préférence les porter à la connaissance de tous, c'est qu'ils nous ont paru plus instructifs. C'est ainsi que notre mémoire sur le glaucome, § XVII (*Annales d'oculistique*, t. V, p. 246) et notre mémoire complémentaire sur le même sujet (*ib.*, t. XI, p. 157) ne contiennent que des observations de non-succès, à cause des importantes règles de conduite que pour la pratique on en pouvait tirer. Il en est de même de la thèse de M. Badinier (Paris, 26 juin 1844), jeune médecin que nous avons autorisé à publier des observations de non-succès recueillies à notre clinique, les succès, qui, selon ses expressions (p. 39), y sont les plus nombreux, n'ayant pas d'intérêt immédiat pour le sujet qu'il voulait traiter. Mais de ces échecs, à côté desquels nous n'avons pas placé un seul exemple de réussite, est-on en droit de conclure que nos opérations ne sont pas des plus heureuses? Ce serait agir, involontairement sans doute, à la manière de ce charlatan guérisseur de cataractes, qui, de propos délibéré, a poussé son insigne mauvaise foi jusqu'à prétendre, dans une brochure publiée et distribuée *ad hoc*, que l'opération de la cataracte est rarement suivie d'une heureuse issue, et, pour confirmer cette assertion mensongère, s'est appuyé sur mon Traité de l'ophthalmie et de la cataracte, dans lequel, disait-il avec une égale assurance, je n'avais pu citer que deux cas de succès. En effet, dans cet ouvrage, je n'ai décrit d'une manière détaillée que deux opérations pratiquées avec un succès complet *sur des cataractes éloignées de leur maturité*. Ce sont les seules qui soient rapportées tout au long, à cause de leur haut intérêt. Mais pour y adjoindre d'autres observations détachées, il eût fallu doubler le volume de l'ouvrage.

Jusqu'ici donc, personne, et M. Furnari moins que tout autre, ne pouvait apprécier le résultat général de nos opérations. Quant au nombre, en apparence excessivement grand, des succès de M. Cunier, surtout relativement à la moyenne des résultats obtenus à Paris, telle que l'établit M. Furnari, l'importance du résultat paraît, au premier abord, justifier le défi de notre honorable confrère; mais on ne tardera pas à s'apercevoir qu'il a trop précipité son jugement.

Pour qu'une statistique eût une valeur vraiment scientifique, et produisît un résultat d'une importance réelle; en un mot, pour qu'elle fût concluante, il faudrait qu'elle fût établie sur de grandes masses, avec tous les détails nécessaires pous permettre d'en déduire des conclusions rigoureuses, et c'est une tâche que nous n'avons pas encore pu remplir. Ce n'est pas que depuis longtemps nous ne préparions une revue circonstanciée d'un nombre imposant de faits; mais c'est un travail à part, que nous aborderons bientôt; travail tout à fait distinct de ces *Etudes cliniques*, dont le plan ne comportait pas de détails statistiques. Nous ne pensions pas que des préceptes raisonnés, basés sur l'expérience, placés si près des exemples et des observations comparatives, comme nous l'avons toujours fait, surtout dans les considérations pratiques qui nous occupent, eussent pu gagner beaucoup à se voir étayés sur des preuves purement numériques, sans aucune classifications ni commentaires capables de jeter quelque lumière sur les causes des succès et des non-succès. Telle n'est pas, nous le voyons bien, l'opinion de M. Furnari. Pour lui, quelque justes, quelque rationnels que soient des préceptes, quelque unanime que soit l'approbation qu'ils rencontrent auprès de tous ceux qui les soumettent à la sévère épreuve de l'expérience, des préceptes, pour notre honorable confrère, ne sont excellents que lorsque les chiffres sont venus à leur appui. S'il en était ainsi, le chiffre de 100 opérés nous semblerait bien insuffisant; à plus forte raison quand il arrive sans aucune espèce de détail concomitant sur l'âge, le sexe, la constitution des malades, les affections générales ou locales, antérieures ou actuelles, le siége et la nature des cataractes, les méthodes et procédés opératoires, les accidents pendant et après l'opération, et une infinité d'autres circonstances, toutes importantes et décisives pour le résultat opératoire. Mais l'élaboration d'une statistique telle que nous la croyons uniquement utile, ou l'achèvement de celle que, d'après ces principes, nous

rée comme une exagération de la papille anormalement développée. C'est primitivement une lésion de la sensibilité; et les papules qui constituent l'élément physique de l'éruption, ne sont plus qu'un phénomène secondaire. On peut en dire autant de l'impétigo, qui traduit évidemment une affection du système lymphatique de la peau; cela est suffisamment démontré et par l'anatomie et par l'observation. On arriverait à des résultats analogues, à propos de l'eczéma, dont le suintement particulier trahit une altération de l'appareil sudorifère, etc.

Dans le cours de ses leçons, M. Cazenave aura souvent occasion de revenir sur ces points intéressants, de les développer, et d'en tirer toutes les conséquences qu'ils comportent. Toutefois, on peut voir dès à présent quelle route nouvelle s'ouvre à l'observation, et sur quelles données devra s'appuyer désormais l'étude des maladies de la peau.

De ces considérations, M. Cazenave conclut que le règne de la spécialité a dû finir le jour où elle avait donné tout ce qu'on pouvait attendre d'elle, c'est-à-dire la science du diagnostic; qu'il faut maintenant *spécialiser*, si l'on peut dire ainsi, les maladies de la peau, et, reprenant en sens inverse l'œuvre des spécialistes, faire rentrer ces affections dans le cadre et sur les lois de la pathologie générale. On devra conserver la théorie de Willan comme étude, comme base de diagnostic; mais jetant la vue au delà de cette classification, on devra chercher à classer les maladies d'après une méthode plus philosophique, d'après des caractères d'affinité plus généraux, d'après un plan qui tienne à la fois compte et de l'élément anatomique et de l'élément pathologique. C'est en procédant vers ce but, que depuis cinq ans déjà M. Cazenave a présenté non pas une classification absolue, mais un plan qui appelle la sanction de l'avenir et qui range autant que possible les maladies selon les rapports de l'élément morbide avec l'état physiologique.

M. Cazenave admet huit groupes: le premier renferme, sous le titre d'*Inflammation*, toutes les phlegmasies de la peau quelle que soit leur nature, quels que soient aussi leurs caractères; on y retrouve toutes les affections qui ont pour base l'inflammation avec tous ses produits : la rougeur, la congestion, le gonflement, la purulence, les croûtes, etc. ; mais il devait se présenter des circonstances d'acuité, de chronicité, de contagion, etc., qui ont exigé la division de ce groupe en quatre genres : le premier contient les *éruptions non spécifiques pouvant exister à l'état aigu ou chronique* : ce sont l'érythème, l'érysipèle, l'urticaire, le strophulus, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus, l'impétigo, l'ecthyma et le sycosis; le deuxième renferme les *éruptions non spécifiques existant toujours à l'état chronique*; ainsi, le rupia, la lèpre, le psoriasis, le pityriasis, la pellagre; au troisième appartiennent les *éruptions spécifiques aiguës;* ce sont la roséole, la rougeole, la scarlatine, la variole, la vaccine, la varicelle et la miliaire, bien qu'il y ait quelque réserve à faire pour les deux dernières formes; enfin, le quatrième contient les *éruptions spécifiques chroniques*, les syphilides qui seules constituent ce genre.

Le deuxième groupe réunit les *lésions de sécrétion* partagées en trois genres :

1° *Lésions de la sécrétion folliculeuse*, l'acné et le porrigo favosa;

2° *Lésions de la sécrétion de la matière épidermique*, l'ycthyose et les productions cornées;

3° *Lesions de secrétion de la matière colorante*, subdivisées en décolorations, albinisme et triuligo, et colorations, teinte bronzée, éphélides et nævi pigmentaires.

Le troisième groupe renferme les *hypertrophies*, que l'on peut appeler essentielles; ainsi, l'éléphantiasis des Arabes, la molluscence, le frambæsia, les verrues, les nævi vasculaires.

Le quatrième groupe contient les *dégénérescences* avec tendance absolue à détruire les parties affectées; ce sont l'éléphantiasis des Grecs, le routin d'Alep, la kéloïcle, le lupus, le cancer.

Le cinquième groupe renferme les *maladies hémorrhagiques;* ainsi, les hémorrhagies de la peau proprement dites, maladie très rare, le purpura et la mélanose.

Dans le sixième sont réunies les *lésions de la sensibilité de la peau;* en plus, c'est l'hyperthésie générale ou locale, le lichen et le prurigo; en moins, c'est l'anesthésie.

Au septième appartiennent les *corps étrangers*, l'acarus, cause de la gale, le pediculus et le pulex.

Enfin, dans le huitième sont rangées les *maladies des annexes :* les maladies des poils, l'alopécie, la canitie et la plique; les maladies des ongles, l'onyxis.

L'exposé de ce tableau fait suffisamment comprendre quels rapports d'affinité M. Cazenave a voulu établir entre les diverses affections de la peau. Mais pour l'étude particulière de chacune des maladies, pour la description individuelle de chaque forme, M. Cazenave conservera la méthode de Willan, c'est-à-dire qu'il prendra pour base la lésion élémentaire. Cette marche était d'autant plus nécessaire que, dans l'étude de ces lésions, on retrouve une foule de données intéressantes, qui coïncident avec ce que nous savions déjà du siége anatomique. Il rappelle à quels signes on doit reconnaître ces lésions : les exanthèmes, les vésicules, les bulles, les pustules, les papules, les squames, les tubercules et les macules.

Il ajoute que c'est seulement avec la connaissance exacte de ces lésions que l'on peut arriver à reconnaître une maladie. En effet, une éruption étant donnée, si l'on veut constater son identité, on devra procéder par élimination pour arriver à un diagnostic positif. Si l'on a à apprécier un herpès, par exemple, on rejettera toutes les lésions élémentaires qui ne se rapportent pas à la maladie; quand on aura reconnu la nature vésiculeuse de l'éruption, il ne s'agira plus que de définir à quelle espèce la maladie appartient, et en procédant, d'une part, par voie d'exclusion pour les autres formes: pour la gale, dont les vésicules sont discrètes, disséminées; pour l'eczéma, dont les plaques sont irrégulières, largement répandues, suintantes, etc. ; de l'autre, en constatant la forme arrondie, agglomérée de la maladie, on reconnaîtra l'herpès. Il en doit être ainsi pour toutes les formes, pour toutes les espèces.

Après avoir ainsi posé les principes qui doivent présider à l'étude des maladies de la peau, M. Cazenave entre dans des considérations générales sur l'étiologie de ces affections. Ce point a pour lui une grande importance, car il touche à la nature même des maladies et, partant aux règles qui doivent diriger une thérapeutique bien entendue.

Les causes des maladies de la peau peuvent être rapportées à trois types principaux, que M. Cazenave définit ainsi : les *causes accidentelles et directes*, les *causes sympathiques*, les *causes spéciales organiques*. Les premières sont celles qui agissent directement sur la peau; l'insolation, le froid, le contact des vêtements, des matières sébacées amassées en certains points, des flueurs blanches, l'action de certains topiques, etc. On comprend combien sont en général légères les affections de ce genre, puisque, pour les guérir, il suffit, dans la plupart des cas, de faire cesser la cause qui les produit. Les secondes sont constituées par toutes les influences internes; et dans ce cas, la maladie est l'expression, le retentissement à la peau de troubles fonctionnels plus ou moins étendus, plus ou moins éloignés. Il n'est pas toujours facile d'apprécier ces causes, et cependant c'est vers ce but que doivent tendre tous les efforts du praticien. En effet, dans la plupart des cas, la maladie est ou produite ou entretenue par un trouble interne, et la guérison dépend essentiellement de la cessation de ce trouble lui-même. L'acné, par exemple, est presque toujours influencé chez les femmes par des troubles utérins ; on aura beau la combattre par des topiques savamment combinés, l'éruption ne disparaîtra que quand, par des moyens rationnels, on aura fait cesser le trouble qui l'entretient et la perpétue. Il faut en dire autant de l'eczéma, lié souvent à des désordres du côté des voies digestives; du prurigo, né sous l'influence de troubles nerveux; de l'impétigo, développé sous l'influence d'une constitution lymphatique, etc. Il peut arriver qu'une cause accidentelle développe une éruption qui, trouvant chez l'individu affecté des conditions favorables, y prend droit de domicile ; dans d'autres cas, c'est une cause accidentelle qui, trouvant une prédisposition inexplicable, réagit sur la peau et y produit certaines éruptions. Dans ces causes, il faut ranger les aliments, les émotions, les veilles, etc. C'est aussi à cette seconde classe de causes qu'il faut rapporter ce que l'on a dit des suppressions, de la répercussion et des métastases. Ici évidemment le fond était le même, les mots seuls étaient changés, et il ne faut plus voir dans ces vaines théories que la constatation des causes générales internes. Enfin il faut entendre, par cause spéciale organique, un état particulier et une sorte de constitution anormale de la peau, sous l'influence desquels se développent ces maladies étranges qui existent pendant des années entières sans porter atteinte à la santé générale du malade, le psoriasis et la lèpre vulgaire. Ici il n'y a pas à apprécier de causes directes accidentelles, car il n'y a pas de topique, si puissant qu'il soit, qui puisse faire naître une plaque de psoriasis, jamais non plus on ne pourra constater de cause interne, puisque ces éruptions inexplicables emportent avec elles le triste privilége de durer indéfiniment, sans qu'aucun trouble se manifeste dans l'économie.

A ces considérations générales sur les causes, il faut joindre l'influence de l'âge, du sexe, des saisons, des climats, la contagion, l'hérédité, la nature épidémique, etc.

Le pronostic des maladies de la peau est en général, et absolument parlant, peu grave : si l'on excepte certains faits rares de fièvres éruptives, l'éléphantiasis des Grecs et le pemphigus, ces affections menacent rarement la vie du malade : cependant elles peuvent présenter une certaine gravité relative ; ainsi la calvitie qui résulte du porrigo, la difformité que produisent les cicatrices du lupus, l'ennui même que peut causer l'acné siégeant au visage chez une jeune fille, enfin la ténacité de certaines formes, toutes ces circonstances doivent être sagement pesées dans le pronostic ; il faut d'ailleurs, et avant tout, tenir compte de l'état du malade, des circonstances qui ont présidé au développement de l'éruption.

Maintenant doit-on toujours guérir, peut-on toujours guérir une maladie de la peau ? A cette question, M. Cazenave répond d'une manière générale que l'on peut toujours la guérir ; mais s'il ne faut pas s'arrêter aveuglément au préjugé de la répercussion, il ne faut pas non plus s'affranchir de toute réserve, et ne pas savoir respecter une éruption qui, comme l'eczema, peut avoir succédé à un asthme, etc. : il faut alors tenir compte de l'affection qui a disparu, ménager le traitement ; mais en s'armant de cette prudence, on peut toujours guérir.

Le traitement des maladies de la peau est soumis aux propositions générales qui ont été exposées à propos de l'étiolo-

---

avons depuis longtemps commencée, demandent un temps infiniment plus long. D'un autre côté, une assertion comme celle que vient de hasarder notre estimable confrère, pouvant nuire à la cause que nous soutenons dans nos Etudes cliniques exige, avant de passer plus loin, une réponse péremptoire tirée des faits eux-mêmes. Malgré notre répugnance pour une statistique aussi incomplète, selon nous, il a donc fallu nous décider à réunir sur les mêmes bases que le compte rendu de M. Cunier, un résumé numérique et comparatif des dernières 100 opérations que nous avions pratiquées à notre clinique au moment de la publication du feuilleton de M. Furnari.

Pour atteindre ce but, nous n'avions qu'à compulser le livre dans lequel sont inscrits tous les malades que nous opérons. Pour chacun d'eux nous avons soigneusement annoté le sexe, l'âge, la profession, et le domicile, et, de plus, spécifié la nature de la cataracte et consigné le résultat de l'opération. Il nous suffisait d'en faire le dépouillement sur les mêmes bases que M. Cunier pour obtenir un résultat comparatif. C'est ce que nous avons réalisé, dans l'intention de mettre ce parallèle sous les yeux des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, aussitôt que la grande question du Congrès médical n'absorberait plus l'attention générale. On verra que le rapport des succès aux non-succès est à peu de chose près semblable à ce que M. Cunier a observé dans sa pratique. Ce qui résulte des recherches de M. Jæger (de Vienne), dont nous parlerons plus bas, sur le même point de statistique oculaire, tend à démontrer aussi que les succès annoncés par M. Cunier n'ont absolument rien d'incroyable ou d'exagéré. C'est une preuve de plus en faveur de ce fait d'expérience, à savoir que l'insuccès en matière d'opération de la cataracte, quand elle est pratiquée d'après des méthodes et indications rationnelles, est réellement l'exception, tandis que le succès est la règle. Si M. Furnari n'a pas été trop modeste dans l'appréciation du nombre de ses propres réussites, et s'il a parlé en historien bien informé des faits observés dans la pratique des autres chirurgiens de Paris qu'il a cités, notre revue comparative et statistique, basée sur les résultats des opérations pratiquées par MM. Cunier, Jæger, et par nous même, doit donner à penser à tous nos confrères qui sont intéressés dans la question. Ils réfléchiront aux méthodes et procédés dont, jusqu'à présent, ils auront fait usage. surtout si, se restreignant à un seul mode opératoire, ils lui ont donné une préférence absolue. Nous avons l'espoir de les voir ne négliger, comme nous, aucun des détails, que nous exposerons scrupuleusement dans la suite de ces études cliniques sur les cataractes, et dans le grand travail statistique que nous espérons pouvoir publier bientôt. Ils ne s'obstineront plus à repousser, comme chose de peu d'importance et puérile, le diagnostic différentiel d'après le siége, la consistance et les autres caractères des opacités de l'appareil cristallinien. Ils y verront, au contraire, la base de toute indication pratique et rationnelle pour le choix des méthodes et procédés opératoires. Ils apprécieront combien il est dangereux de brusquer la manœuvre de l'opération; ils attacheront la plus haute importance aux phénomènes inflammatoires consécutifs, qui, en général, sont plus violents après les opérations à l'aiguille, et ils porteront une attention soutenue au traitement consécutif qu'elles exigent. Ils se préoccuperont enfin plus sérieusement d'une foule de circonstances qui, aux yeux des chirurgiens habitués aux grandes opérations, sont inférieures, et qui, nous osons le dire, ne concourent pas moins au succès que la dextérité manuelle la plus éblouissante. Car nous l'avouerons ingénument, si nous avons obtenu, comme nous ne pouvons nous empêcher de le croire d'après l'assertion de M. Furnari, sur la moyenne des succès constatés à Paris, un plus grand nombre de résultats favorables, c'est moins le fait d'une habileté plus grande que d'un choix mieux raisonné des différentes méthodes et des procédés divers que nous mettons en usage d'après les indications fournies par le siége, la nature, la consistance et les autres caractères des cataractes.

M. Cunier, dans son Résumé historique (*Annales d'oculistique*, tome XIII, page 271) qui a donné lieu aux remarques critiques de M. Furnari, ne s'est pas expliqué sur la valeur qu'il assigne aux expressions de succès, insuccès et demi-succès. Pour ne laisser aucune espèce de vague dans la signification des termes que j'emploie, je dirai que j'appelle *succès complet* ou simplement *succès* le résultat d'une opération de cataracte qui permet au malade de se conduire facilement, sans lunettes, à l'intérieur de l'appartement ou dans des endroits peu fréquentés, de sortir seul dans les rues et de distinguer des objets assez distants à l'aide de verres convexes entre les n°s 10 à 4 (d'un foyer de 10 à 4 pouces ancienne mesure), et enfin de lire, écrire, coudre, ou d'exercer, avec ménagement toutefois, sa profession habituelle. en se servant des lunettes à cataractes entre les n°s 72 et 27 (ayant un foyer de 72 à 27 lignes).

Tout cas où la vue n'a pas cette perfection, que cela dépende de lambeaux capsulo-cristalliniens opaques restés dans la pupille ou d'autres circonstances, n'est à nos yeux qu'un *demi-succès*, un *succès incomplet*. On peut y ranger les cataractes secondaires qui privent les malades de l'usage de la vue, mais qu'une nouvelle opération peu dangereuse est en état de guérir. Si notre mémoire est fidèle, parmi les demi-succès compris dans nos cent cas, il ne s'est pas trouvé de cataracte secondaire complète, par la raison qu'en général nous réopérons, avant de leur accorder leur sortie, les malades qui en sont affectés.

L'insuccès complet a lieu toutes les fois qu'un malade, reconnu atteint de cataracte simple et opérable. reste ou devient complétement et incurablement aveugle après l'opération. Ce résultat arrive le plus souvent par la fonte purulente du globe oculaire à la suite de l'extraction, et par l'amaurose consécutive à l'ophthalmie interne après l'abaissement et le broiement. Cette issue funeste n'a pas été fréquente dans les cent cas dont nous avons fait le dépouillement; mais, nous nous sommes déjà empressé de le dire, l'insuccès complet aura pu se montrer moins rarement dans un nombre égal d'opérations que nous avons pratiquées à une époque antérieure ou postérieure.

Il sera bon de faire remarquer que tous les résultats sont notés le jour de la sortie du malade, et qu'ils peuvent se modifier en sens contraire, après un certain temps, par des circonstances qu'il est impossible de prévoir. Ainsi, un malade parfaitement guéri, mais chez qui la cristalloïde antérieure restée en place s'est phlogosée tardivement et chroniquement, peut perdre la vue plus ou moins complétement par une cataracte capsulaire secondaire, et avoir besoin de recourir à une nouvelle opération. En revanche, un malade noté à sa sortie comme constituant un demi-succès ou un insuccès incomplet à cause d'une cataracte secondaire plus ou moins marquée et formée par des débris capsulo-cristalliniens, peut spontanément recouvrer l'intégrité des fonctions visuelles par la résorption de ces débris. Ces alternatives dans les effets, qui, du reste, se contrebalancent par une fréquence à peu près égale des changements avantageux et défavorables, ne doivent point tomber à la charge de l'opérateur ou de l'auteur d'un parallèle numérique. Une bonne foi à toute épreuve n'y peut rien. Il est impossible d'ajourner au delà de leur sortie et indéfiniment le recensement des malades et de les convoquer à un terme plus ou moins éloigné, des mois ou des années après leur sortie d'une clinique ou d'un hôpital. Citons un exemple. Le 24 septembre 1844, nous avons opéré des deux yeux et par extraction un Auvergnat nommé Salix, alors âgé de soixante-quinze ans, et qui était affecté de deux cataractes demi-molles. Le succès fut complet pour l'œil droit; dans l'œil gauche, il resta une cataracte secondaire incomplète, sur la résorption intégrale de laquelle l'âge avancé du malade ne nous permettait pas de compter avec certitude. Cet œil fut donc porté sur ma statistique comme demi-succès. Le 20 avril dernier, ce malade se présenta à ma clinique. Il n'offre plus la moindre parcelle de débris cristalliniens dans les pupilles; la netteté de sa vue, bien qu'il ne fasse pas usage de lunettes, a étonné toutes les personnes présentes; dans le nombre se trouvent trois praticiens de Paris, MM. les docteurs Aladane, Désir et Pellepont, que je puis citer comme témoins de ce fait et des résultats de mes opérations de cataracte en général. Voici donc positivement un succès complet qui, dans mon tableau statistique, continue à figurer comme demi-succès.

---

gie. Si la cause est accidentelle, il suffit de la faire cesser; si la cause est interne; il faut que tout l'effort du médecin soit dirigé contre la cause elle-même; si celle-ci est constitutionnelle, alors on a fatalement recours à des moyens empiriques, qui agissent d'une manière indéfinie, mais en modifiant profondément la constitution. Quant aux moyens de traitement, ils sont innombrables, et il est impossible d'en présenter ici un tableau tant soit peu succinct et utile. Il en sera question à propos de l'histoire de chacune des maladies.

En résumé, on a dû isoler les affections de la peau, faire une spécialité de leur étude, et cela dans le but d'en bien préciser le diagnostic. Aujourd'hui ce but est complétement atteint, et l'heure est venue de soumettre ces formes, bien connues désormais, aux lois d'analyse qui président à l'étude des autres maladies; il faut pénétrer jusqu'au fond de leur nature même, et asseoir enfin sur l'étude de leurs véritables éléments morbides les bases d'une thérapeutique rationnelle.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 26 mai 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Henri lit un rapport officiel sur des eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées.

— *M. Rochoux* est appelé à continner son discours sur le Rapport de la peste.

§ II. *Applications ou bases de la police sanitaire.* — Il faut, dirai-je encore une fois, supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines, et voire même les purges. Qui oserait soutenir le contraire en présence des faits que le Rapport a mis sous vos yeux? Aussi la Commission a-t-elle déjà accordé la moitié de ma demande En effet, elle n'hésite pas à condamner les cordons, que l'illustre rénovateur de la philosophie d'Epicure, le pieux et vertueux Gassendi assure avoir été si funeste dans la peste de Digne, sa patrie. En gardant le silence sur les quarantaines faites à bord, la Commission semble avoir proscrit cette pernicieuse pratique. Elle se moque avec raison du plus grand titre de gloire de l'intendance, sa classification des marchandises en *contumaces*, *non contumaces* et *suspectes*. Enfin elle exige que l'existence d'un virus susceptible de s'attacher aux marchandises, lui soit démontrée pour adopter la pratique des purges, et dès à présent en démontre l'inutilité, par ce fait atterrant pour les frascatoriens, savoir que depuis 1721 il n'y a pas eu un seul cas de peste sur les portefaix chargés de déballer les marchandises. D'où il suit que la France ne doit pas plus aux purges de Marseille d'avoir été préservée de la peste, qu'aux astronomes de l'Observatoire de n'avoir pas été écrasée par la chute de la lune. (Hilarité.)

Malgré cela, cependant, la Commission attribue à l'adoption des mesures sanitaires en usage parmi nous, l'avantage qu'a depuis dix ans la Turquie d'être à l'abri de la peste. Mieux renseignée, elle aurait su qu'en Turquie notre système sanitaire n'a jamais existé que de nom. Je tiens le fait de Bulard lui-même, chargé par le sultan de l'organiser dans ses états. Jamais, m'a-t-il dit, je n'ai pu faire comprendre à mes subordonnés la nécessité d'observer les pratiques de nos lazarets; jamais je n'ai pu les y dresser. Et on le croira facilement, si l'on se rappelle qu'à sa rentrée en France, M. Pariset a oublié de désinfecter ses cahiers de visites, et s'est conduit comme un Turc. (Hilarité générale.) Mais la Commission est parfaitement fondée à conseiller l'évacuation prompte des lieux atteints par la peste, et à exiger rigoureusement la mise en pratique de tous les moyens hygiéniques propres à assurer le succès de cette importante mesure. Peut-être néanmoins M. le rapporteur s'est il étendu avec un peu trop de complaisance sur un sujet approfondi, il y a longtemps, comme le prouve un vieux distique, dont voici le sens: Il faut, pour se préserver de la peste, partir tôt, aller loin, et revenir tard.

> Hæc tria tabificam tollunt adverbia pestem:
> Mox, longe, tarde; cede, recede, redi.

Que si ce précepte ne peut absolument pas se passer de commentaire, il n'en demande sans doute pas un bien long.

Comment après s'être prononcée de la sorte, et reconnaissant très bien les objections élevées par Clot-Bey contre l'efficacité de l'isolement, la Commission peut-elle proposer le maintien des quarantaines et des lazarets? Uniquement en se fondant sur ce motif, ou plutôt sur ce prétexte, que dans le doute on doit se conduire comme si la contagion de la peste était démontrée. Or cette contagion, prise dans le sens fort peu rationnel des frascatoriens actuels, est évidente, puisqu'il existe vraiment des cas d'inoculation. Ainsi un médecin anglais s'inocule la peste et en meurt. Un médecin russe inocule, avec un déplorable succès, le mal à des prisonniers. Sur quatorze inoculations faites par Sola, sept développent des bubons. Quant à la transmission par la respiration, à laquelle on ne saurait sans une sorte de subterfuge fort peu scientifique refuser le titre de contagion, il me suffira, pour montrer combien elle est à redouter, de rappeler la mort de dix-neuf élèves sur vingt de ceux qui étaient chargés de soigner les pestiférés, et d'opposer à ce fait ce que nous a offert le choléra, pendant toute la durée duquel l'approche des cholériques n'a pas eu plus d'inconvénients que n'en pourrait avoir le pansement d'une fracture de jambe.

La peste est donc bien certainement contagieuse. Mais parce qu'une maladie se communique, ce n'est pas une raison de recourir, contre sa propagation, à des moyens jugés extrêmes, comme les quarantaines et les lazarets. Il faut d'abord chercher à connaître jusqu'où va cette propriété de se communiquer En tout, il y a des mesures, des proportions à observer. Ainsi, les compagnies d'assurances, qui ne raisonnent pas mal, la prospérité de leurs affaires en est la preuve, élèvent le taux des primes en raison de la grandeur du danger. Elles assurent, en conséquence, un entrepôt de briques à meilleur marché qu'un atelier de liquoriste. Au lieu d'adopter une conduite aussi rationnelle, la Commission propose de prime abord d'opposer à la peste les moyens de prophylaxie qu'elle juge les plus efficaces. Eh bien! même à cet égard, son infaillibilité n'est peut-être pas incontestable.

En effet, si, comme le reconnaissent tous ceux qui ont étudié avec soin le sujet, le meilleur moyen d'arrêter la peste et les autres typhus, est, avant tout, la dispersion des malades; il s'ensuit nécessairement que leur concentration dans les lazarets, et les nombreuses pratiques irrationnelles adoptées dans ces établissements, sont des moyens à peu près infaillibles d'aggraver le mal dont on cherche à arrêter les progrès. Au reste, ce n'est pas la première fois que les hommes ont tourné le dos au but qu'ils cherchaient à atteindre. Ainsi, autrefois on sonnait partout les cloches, et on les sonne sans doute encore en beaucoup d'endroits, pour éloigner le tonnerre, tandis que rien n'est plus propre à l'attirer. A Marseille, on croit avantageux de murer les maisons où sont morts des pestiférés, tandis que c'est le moyen le plus certain de conserver le mal dont on cherche à se garantir. Quoique contagioniste, Mead se serait assurément bien gardé d'approuver cet inepte précepte, lui qui, après avoir proposé les quarantaines et les cordons comme préservatifs de la peste, reconnaît que quand le mal a pris une grande extension, malgré leur emploi, le seul parti à suivre est de lever les cordons et de disperser les malades à la campagne. Or, s'il est vrai que qui peut le plus peut aussi le moins, doit-on douter que le remède capable de dompter une maladie au fort de son développement, ne soit le plus propre à l'empêcher de naître?

La certitude de parvenir à éteindre promptement la peste, en donnant aux pestiférés les soins dont l'expérience a démontré l'efficacité, serait à elle seule un motif suffisant pour faire rejeter résolument notre système sanitaire. A plus forte raison devra-t on en venir là s'il est démontré, comme la Commission le pense elle-même sur vérification des faits avancés par M. Aubert-Roche, que l'incubation de la peste n'a pas plus de huit jours de durée. N'est il pas dès lors évident qu'il n'y a aucun risque à admettre sur le champ à libre pratique tout bâtiment qui, parti depuis huit ou dix jours d'un lieu où règne la peste, n'a pas eu de malade pendant la traversée? Telle est la conduite des Anglais, non pas seulement depuis dix ans, comme on le suppose généralement, mais depuis au moins 1824, c'est-à-dire depuis vingt-deux ans, ainsi que dans le temps je vous en ai fourni la preuve.

Lorsque aujourd'hui le fait est notoire pour tout le monde, lorsqu'on voit de hauts fonctionnaires du gouvernement, des intendants, des consuls, des ambassadeurs, etc., prendre la voie de l'Angleterre, et par ce moyen se mettre en mesure d'assister aux soirées du château à une époque où ils auraient encore eu douze ou quinze jours de quarantaine à subir s'ils fussent débarqués à Marseille, l'autorité pourrait-elle, sans entrer en révolte avec le sens commun le plus vulgaire, persister à tenir la petite porte hermétiquement fermée, tandis que la grande reste largement ouverte, et porter du même coup une atteinte ruineuse à nos intérêts commerciaux déjà compromis par tant d'autres causes? Les mesures sanitaires actuelles auraient tous les avantages qu'on leur attribue à Marseille qu'en un tel état de choses nous devrions y renoncer à moins d'être assez forts pour contraindre les autres peuples de l'Europe à les observer avec nous comme par le passé.

Si une expérience d'au moins vingt-deux ans, faite sur la plus grande échelle et continuée sans interruption pendant la peste désastreuse de 1834 à 1835, qui n'a ralenti en rien l'activité des relations commerciales de l'Angleterre avec l'Egypte, ne suffisait pas pour dissiper la crainte de voir la maladie s'introduire en France, nous trouverions un supplément de sécurité dans l'étude et la connaissance des causes auxquelles elle doit originairement sa naissance. Sous ce rapport, MM. Lachèze et Hamont nous fournissent, relativement à la malheureuse Egypte, des documents d'une grande valeur. Les redoutables foyers d'infection qu'elle renferme ne se trouvent plus chez nous. Il n'est pas de grande ville où on laissât, comme à Marseille en 1721, s'accumuler dans les rues et sur les places plusieurs milliers de cadavres humains, des monceaux de hardes, de matelas, d'ordures, de fumiers de toute espèce, des tas d'animaux morts etc., comptant pour rien d'aussi énergiques causes d'insalubrité et attribuant avec une foi des plus robustes tous les ravages du mal au *contagium*.

De nos jours, fort heureusement, l'hygiène est mieux comprise, et aucun homme sensé n'hésite à croire que Marseille a dû à son incroyable incurie, à ses déplorables préjugés, à son aveugle superstition la plus grande part, sinon la totalité, des maux qui l'ont accablée il y a 125 ans. On achève de s'en convaincre quand on réfléchit un instant au grand nombre de villes, de localités, de contrées plus ou moins vastes devenues salubres ou insalubres suivant qu'on y observait bien ou mal les préceptes de l'hygiène. Exemple, l'ancienne Egypte, quoique sa salubrité ait sans doute été exagérée par la Commission un peu trop empressée peut-être d'adopter à cet égard les idées de M. Pariset En effet, l'histoire parle, au temps de Sésostris, d'une peste meurtrière sans doute accompagnée de bubons, comme on peut raisonnablement l'inférer d'un fragment de Rufus d'Ephèse, d'où il résulte que la peste à bubons a été observée dès avant Jésus-Christ et par conséquent remonte à une antiquité illimitée. D'un autre côté, Epicure attribue avec grande raison au climat insalubre de l'Egypte la lèpre, si improprement appelée de nos jours éléphantiasis des Grecs, qui de son temps n'en étaient jamais atteints. Enfin, Pugnet nous permet d'assurer qu'avant, pendant et depuis les Pharaons la peste n'a pas abandonné l'Egypte.

Mon intention n'est pas de conclure de ces faits que l'assainissement de cette contrée est impossible: loin de là, je le crois très réalisable, mais jusqu'à présent il n'y a véritablement rien eu de fait en vue de l'obtenir Le pacha, dont on vante sans doute avec raison le génie puissant, paraît forcé de consacrer toutes ses ressources à l'entretien d'une force militaire ruineuse pour le pays soumis à sa domination. Le sort des masses l'inquiète très médiocrement: peut-être même ignore-t-il leurs horribles souffrances. Cependant, la population diminue; plus de cent mille fellahs périssent à creuser un canal, et si quelqu'un de ces infortunés a lu notre La Fontaine, il a dû se rappeler plus d'une fois avec amertume cette pensée si vraie:

> Notre ennemi, c'est notre maître.

En pareille occurrence, nous sommes fortement intéressés à user de toute notre influence pour hâter l'assainissement de l'Egypte. Car, si la peste en était une fois chassée, les plus entichés fracastoriens consentiraient volontiers sans doute à l'abandon de précautions devenues désormais inutiles, comme elles sont déjà irrévocablement condamnées par tous ceux qui savent à quel point elles méritent les reproches que leur ont adressés Fouqueville, Lassis, et ce généreux Chervin mort trop tôt pour assister au triomphe d'idées à la propagation desquelles il a si pieusement contribué.

Dans l'intention de ne rien négliger pour amener un résultat des plus importants à tant d'égards et comme tel impatiemment attendu, je voterais s'il le fallait contre le rapport à cause des points de doctrine, suivant moi très contestables, qu'il renferme. Je vote seulement contre les conclusions, d'abord parce qu'elles sont trop loin du but où je tends, et ensuite, bien plus encore, parce qu'elles sont en opposition avec les conséquences légitimes des faits sur lesquels elles auraient dû s'appuyer. Je suis donc disposé à me rattacher à tout amendement moins éloigné de ce qui, à mon sens, aurait dû être proposé par la Commission.

— *M. Castel* lit un long discours au milieu des conversations particulières. Il n'en parvient rien jusqu'à nous.

— La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— *M. Aug. Bérard* présente deux malades: sur l'un, il a détruit des adhérences anciennes qui tenaient la jambe fléchie sur la cuisse par suite de cicatrices vicieuses résultant d'une brûlure; sur l'autre, il a pratiqué la restauration de la paupière inférieure et de la joue par l'autoplastie.

— La séance est levée après cinq heures.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 1er avril 1846. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance se compose d'une brochure de M. Laborie, intitulée: Du débridement du col de l'utérus dans les cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement, et du numéro de mars du Journal de médecine vétérinaire.

— La discussion sur la pellagre est reprise.

MM Brierre de Boismont et *Roussel* exposent, au sujet du fait observé à la Charité et considéré par le premier comme un exemple de pellagre, ce qu'a nié le second: M. Brierre de Boismont, que, malgré l'absence de plusieurs des symptômes ordinaires de la pellagre, il persiste dans son opinion, car les maladies ne sont pas seulement caractérisées par un ou plusieurs syymptômes, mais par un cachet, par ce qu'on a appelé leur génie; or, le fait observé à la Charité présentait bien le génie pellagreux; M. Roussel, qu'en thèse générale il faut être très sobre de décisions sur l'apparition de quelques symptômes seulement, que la coordination des symptômes caractérise surtout le pellagre, que les désordres nerveux et ceux du tube digestif sont de la première importance, et qu'en raison de leur absence dans le cas précité, il ne saurait le rapporter à la pellagre.

M. Depaul, à propos de l'influence attribuée per M. Roussel à l'usage du maïs, fait observer que dans les Basses-Pyrénées, département qui lui est parfaitement connu, et dans lequel le maïs constitue l'alimentation presque exclusive des paysans, la pellagre est au moins extrêmement rare. Il a souvent entendu dire à des praticiens du pays qu'ils ne l'avaient jamais rencontrée. Il se demande si l'abus de poissons salés, abus si largement fait qu'il l'est dans le département des Landes, ne produirait pas plutôt cette maladie.

M. Roussel répond que M. Depaul doit être dans l'erreur, car il a en main une lettre de M. Subervielle qui lui promet un nombre considérable d'observations recueillies dans les Basses-Pyrénées. Le maïs, au reste, est très certainement un bon aliment; il ne produit pas la pellagre par lui-même, c'est à son altération qu'elle doit tenir. En Bourgogne, où l'on a l'habitude de passer le maïs au four, comme on fait pour le blé dans le nord de l'Europe, on n'observe pas cette maladie.

M. Brierre de Boismont. Je ne veux ni infirmer, ni attaquer les conclusions posées par M. Roussel; je voudrais seulement des éclaircissements, une démonstration scientifique. C'est depuis longtemps une opinion soutenue que le maïs détermine la pellagre. Récemment on a fait cette distinction, que c'était le maïs altéré, et l'altération a été décrite par M. Balardini; mais pour donner à cette opinion la valeur qu'elle doit avoir, il faudrait qu'elle eût été vérifiée et confirmée par les médecins qui ont étudié le sujet; il aurait fallu que M. Roussel observât l'altération décrite par M. Balardini, dans les différents pays où la pellagre est commune. Ainsi se serait trouvée jugée une question fort importante d'hygiène publique.

M. Roussel est de l'avis de M. Brierre de Boismont. Le sujet est tout à fait nouveau; il croit tout à faire. Mais jusqu'à ce que la science prononce définitivement, il accepte l'étiologie la plus communément admise, étiologie à laquelle cependant ne croient pas la plupart des médecins italiens Plus M. Roussel l'a étudiée, plus elle lui a paru vraie. Il a entendu tous ceux des médecins du midi de la France auxquels il a demandé des renseignements, s'accorder à dire que la pellagre se produisait chez les gens nourris de mauvais maïs, le bon étant emporté dans les villes et le mauvais restant dans les villages.

M. Larrey dit avoir eu de fréquentes occasions de s'entretenir avec des médecins des Hautes-Pyrénées, et qu'ils se sont généralement accordés à reconnaître le bon maïs comme sain. Il demande à M. Roussel si parmi les nombreux auteurs qu'il a étudiés, il en a vu quelques-uns comparer les accidents du maïs à ceux de l'ergot de seigle.

M. Roussel répond que l'idée en est en effet venue au premier auteur qui ait parlé de la pellagre, Touvenel, inspecteur des eaux minérales; il a dit qu'elle avait du rapport avec une maladie fréquente dans la Sologne. Quant au département des Hautes-Pyrénées, il peut encore servir à la confirmation des opinions exposées ci-dessus. M. Fontan y a observé quelques cas de pellagre; mais il les croit rares. Or, ce département fournit beaucoup de maïs, et il y est généralement de bonne qualité.

— *M. Laborie* résume oralement la brochure indiquée ci dessus, et intitulée Du débridement du col de l'utérus dans les cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement.

M. Caffe rappelle que l'incision du col est quelquefois exigée par des circonstances tout autres que celles en vue desquelles l'auteur a écrit son travail, et il en cite un curieux exemple. Une femme chez laquelle on ne trouvait pas d'ouverture du col éprouvait les douleurs de l'enfantement; MM. Velpeau, Jules Hatin et Loir constatèrent le fait. M. Caffe pratiqua sur la partie oblitérée une quadruple incision; l'accouchement fut très heureux. L'enfant et la mère vivent. Cette oblitération avait été la conséquence d'une inflammation produite par une injection de décoction de lessive de cendres, faite dans le but de déterminer l'avortement.

M. Forget, en raison même de la gravité des motifs signalés par M. Laborie, voudrait avoir l'indication des moments dans lesquels il n'y a plus à hésiter. Jusqu'où faut-il attendre? Dans quelles conditions faut-il opérer immédiatement?

M. Laborie répond par la lecture d'un passage de son travail.

M. Depaul fait les deux remarques suivantes: 1° Les états de rigidité du col s'accompagnent ordinairement d'irrégularité des contractions; celles-ci sont séparées par peu d'intervalles, et elles sont suivies de peu de résultats; 2° les incisions ont une certaine gravité; cela est démontré par une observation recueillie par M. Depaul et publiée dans le travail de M. Laborie, qui prouve que les déchirures du col peuvent être graves; à cette observation, il faut joindre la suivante: Une femme, accouchée depuis un quart d'heure, perdait du sang rouge artériel; par l'écartement des lèvres, on le voyait jaillir par saccades; le toucher du col faisait reconnaître une échancrure assez profonde; le doigt placé dans l'échancrure, l'hémorrhagie s'arrêtait. Il y fut maintenu quelque temps, puis on fit des injections froides et des injections acidulées. La guérison fut facile; mais, néanmoins, il résulte de ces deux faits que l'hémorrhagie, quoique peu à redouter, est possible. Cela, au reste, est facile à comprendre; il y a des artères si volumineuses que le doigt en perçoit quelquefois les battements au point qu'on peut les confondre avec ceux qui ont lieu dans le cordon.

M. Laborie désire qu'on ne prenne pas à la lettre ce que dit M. Depaul; M. Dubois a fait plusieurs fois cette opération, M. Danyau l'a pratiquée six fois, M. Cazeaux trois, jamais elle n'a été suivie d'accidents. Si on avait le malheur d'en rencontrer un, ce serait donc un fait exceptionnel. La physiologie est d'ailleurs en harmonie avec la pratique. Ce que l'on perçoit, c'est un battement d'ensemble des capillaires; il n'y a pas d'artère volumineuse dans la partie incisée. Et puis, cette incision n'est faite qu'après amincissement complet du col. En résumé, l'auteur maintient qu'en incisant un centimètre du col aminci, il n'y a pas chance de rencontrer un vaisseau, et qu'en supposant qu'on en rencontrât, ils devraient être tellement aplatis qu'il n'y aurait rien à craindre.

M. Forget rappelle que, dans les affections cancéreuses du col, il y a des artères isolées d'un calibre énorme. Quand on voit dans une amputation, le couteau entamant le tiers de l'épaisseur du col, survenir une hémorrhagie par jets saccadés, il n'y a pas de doute à conserver sur la présence de ces vaisseaux; l'histoire des polypes ne manquerait pas non plus de fournir de fortes inductions; combien en voit-on qui, venant du col, contiennent des vaisseaux bien formés! La vascularité est-elle la même dans l'état de gestation? On ne saurait l'affirmer; mais la prédominance fonctionnelle dont tout le système utérin est alors le siége le rend très probable. Il est probable qu'il y a des artères isolées.

M. Depaul déclare fait démontré la présence d'artères très volumineuses dans le col; il les a souvent disséquées; aussi ne serait-il nullement étonné de voir une hémorrhagie abondante si l'incision intéressait une de ces artères. Assistant M. Dubois dans un cas d'amputation du col, il fut témoin d'une hémorrhagie épouvantable dont la femme mourut. Il s'étonne aussi que M. Laborie ne parle que d'incisions d'un centimètre, car elles peuvent intéresser jusqu'à la partie vaginale. On a incisé de deux centimètres et plus.

Malgré ces observations, M. Depaul établit que d'une *manière générale* il est d'accord avec l'auteur sur l'innocuité du moyen.

M. Laborie termine en disant encore que dans la partie que l'on

incise il n'y a pas d'artère volumineuse, autrement il serait fort étonnant que dans le cas d'accouchements journaliers qui s'accompagnent presque toujours de déchirures, il n'y eût pas d'hémorrhagies.

— *M. Caffe* lit un rapport sur un mémoire ayant pour titre : Observation d'amaurose abdominale ; par le docteur J.-N. Scherrer, de Constance (duché de Bade).

L'auteur a appelé ainsi une amaurose torpide liée par voie de sympathie à l'état pathologique des organes abdominaux. Il en a recueilli l'observation à New-York, en juin 1841, sur un nommé Henri Cooper. En voici le résumé : Ce malade, âgé de vingt et un ans, est d'une constitution bilieuse, d'une taille élevée; sa figure est terreuse. Bien portant jusque-là, il a été atteint un an auparavant d'une maladie qu'on a dit être une entérite. Depuis, sa santé est restée dérangée, l'appétit perdu, les digestions difficiles. Il a des nausées et des rapports glaireux. Les déjections alvines sont irrégulières; le ventre est habituellement resserré; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre pointillé de jaune; l'abdomen est plus développé que dans l'état normal, surtout du côté gauche, où il est tendu, dur, saillant, mais indolent sous la pression. Pendant sa convalescence, M. C. s'est aperçu de l'affaiblissement graduel de l'œil droit; il voyait alors des étincelles, des mouches volantes; des nuages opaques le tourmentaient; il éprouvait de temps en temps des tintements d'oreilles et des vertiges. Par l'exagération des symptômes, la vue de l'œil droit s'est affaiblie à un tel degré, qu'il put à peine distinguer les contours de grande dimension. En aucun temps le malade n'a éprouvé ni maux de tête, ni douleurs dans l'œil. Un an environ s'est écoulé sans que la vue de l'œil gauche fût troublée. Quelques semaines cependant avant de consulter le docteur Scherrer, le malade s'est aperçu que cet œil commençait à s'affaiblir; des mouches volantes, des vertiges et des tintements d'oreilles à partir de ce moment, l'ont tourmenté de nouveau; il en est arrivé à ne plus distinguer qu'avec peine les plus gros caractères; lorsqu'il s'efforce de les regarder fixement, les objets se brouillent et se couvrent d'une gaze; il voit moins mal le matin et au grand jour que le soir, ou lorsqu'il fait sombre.

L'examen minutieux des yeux fait constater les signes suivants? Légère injection de la conjonctive palpébrale; teinte jaune de la sclérotique; elle est entourée d'arborisations vasculaires, irrégulièses, à ramifications bifurquées, surtout dans l'œil droit. Lenteur dans les mouvements du globe oculaire et des paupières; regard morne; globes saillants; l'iris de l'œil droit est moins vif que celui de l'œil gauche, il est de couleur brune. Le diaphragme est un peu bombé en avant et immobile. Le bord interne est libre et renversé, de manière qu'une partie de l'urée se présente sous la forme d'un petit anneau. Pupille non dilatée, mais transversalement déviée. L'iris de l'œil gauche est sensible à la lumière, d'un brun foncé, arrondie. Les mouvements sont lents.

Cet exposé légitime pleinement, d'après le rapporteur, le diagnostic de notre confrère,

Il prescrivit un traitement approprié à l'affection abdominale, consistant surtout dans l'emploi des purgatifs; il fit en même temps faire quelques émissions sanguines locales, et recourut à quelques remèdes excitants auxquels l'expérience a fait accorder une influence spécifique sur la rétine, tels que la pulsatile et l'arnica montana.

La guérison de l'amaurose était complète le 28 juillet, c'est-à-dire au bout de deux mois. Le malade, examiné de nouveau après cinq semaines, était resté bien guéri. La pupille de l'œil droit avait repris sa forme; le renversement de l'iris avait disparu, ainsi que l'aspect nébuleux du fond de l'œil et l'injection de ses diverses parties; le malade lisait une page entière de texte moyen sans interruption. L'œil gauche était complétement sain.

Conclusions. Remercîments à l'auteur; inscription de son nom sur la liste des membres correspondants.

Les conclusions sont adoptées. M. Scherrer est nommé membre correspondant.

— *M. Blatin* met sous les yeux de la Société des échantillons de capsules ayant la forme d'un dé à coudre, et destinées à porter dans le vagin du coton, de la charpie, des poudres médicamenteuses et des médicaments à l'état de pâte plus ou moins solide. Ces capsules sont composées de miel et de gélatine, de façon que, trempées dans l'eau, elles deviennent très glissantes et pénètrent facilement jusqu'au col de l'utérus. Failes très minces, elles sont promptement dissoutes par les mucosités; et ainsi les médicaments se trouvent en contact avec la muqueuse. Leurs dimensions sont appropriées à celles du vagin. M. Blatin annonce l'intention d'employer ce moyen pour porter des médicaments dans d'autres cavités que le vagin, telles que le rectum, l'urètre, etc. M. Blatin y donne le nom de *capsules introductrices*.

— La séance est levée à dix heures.

D[r] J. Cherest, *secrétaire annuel*.

REVUE GÉNÉRALE.

Sur l'hématocèle spontanée. — La *Gazette médico-chirurgicale* a publié récemment un travail de M. le professeur Bérard, relatif à l'hématocèle spontanée. Boyer regardait toujours l'hématocèle comme le résultat d'une cause traumatique. Les deux faits suivants recueillis, l'un par M. Gosselin dans le service de M. Blandin, l'autre dans le service de M. Bérard, à la Pitié, prouvent que l'hématocèle, soit extravaginale, soit intravaginale, peut être spontanée, ou du moins qu'il peut être très difficile de la rattacher toujours à une cause appréciable.

Première observation. — Un jeune homme de quinze ans s'aperçoit depuis dix jours d'un gonflement douloureux dans les bourses, sans changement de couleur à la peau. Le gonflement augmente rapidement, puis reste stationnaire. Les courses à cheval augmentent ses douleurs. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu le scrotum froissé pendant ses courses. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, est située à gauche; elle est molle, fluctuante. Le testicule, situé à la partie supérieure et interne du scrotum, est parfaitement distinct de la tumeur; il a son volume normal, et peut se déplacer de haut en bas et de bas en haut. Pas de transparence. Une ponction exploratrice donne issue à un demi-verre de sang très liquide; mais, le gonflement persistant encore et offrant une dureté plus considérable, M. Blandin fit, à la partie antérieure du scrotum, une incision de cinq centimètres environ, qui donna issue à des caillots sanguins assez mous et colorés en rouge. On s'assura alors que la collection n'était point dans la tunique vaginale, le testicule n'étant point dans la poche actuellement ouverte. Pansement simple. Au bout de quinze jours la plaie est cicatrisée, et le malade sort guéri.

Deuxième observation. — Un homme de vingt-cinq ans se présente l'année dernière à la Pitié pour un gonflement des bourses, datant de plus d'un an, et ayant acquis graduellement le volume du poing. Aucune cause traumatique appréciable. Douleurs d'abord très médiocres; plus tard, tiraillement dans l'aine et dans les reins, puis élancements dans la tumeur. Celle-ci est oblongue, à grand diamètre vertical, à enveloppes amincies et vascularisées. Pas de transparence. Le poids est celui d'une tumeur solide; on y perçoit, en la touchant, la sensation d'un corps solide, à surface généralement lisse, quoiqu'un peu irrégulière. Cette tumeur n'est pas manifestement fluctuante; dans les points ou la mollesse est plus prononcée, on croit sentir un tissu ramolli et rénitent, comme l'est l'encéphaloïde à un certain degré d'évolution. Sa surface n'est pas bosselée et irrégulière comme celle d'un squirrhe; elle ne présente pas non plus les saillies mamelonnées du testicule tuberculeux. Le testicule est manifestement confondu dans la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire; bon état général.

Une ponction exploratrice ne produisit rien. M. Bérard pensa alors qu'il avait affaire à un sarcocèle, et il procéda à l'opération. Mais il s'aperçut de son erreur à l'ouverture de la tunique vaginale. Celle-ci contenait une grande quantité de caillots solides à couches concentriques dans quelques points; le testicule était comme coiffé par l'épanchement sanguin; il avait conservé, d'ailleurs, son état normal; deux onces environ de sang liquide. Le malade sortit guéri un mois après l'opération.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Dysphagie spasmodique combattue par le cathétérisme. — Nous avons reçu de M. Rousse, de Bagnères en Bigorre, un exemple curieux de dysphagie spasmodique combattue par le cathétérisme, exercé, non plus comme dans un fait de M. Dieulafoy, de haut en bas, mais de bas en haut. Cette observation nous a paru digne d'intérêt, et nous en insérons ici l'extrait détaillé.

Jeanne Duclos, âgée de soixante-huit ans, maigre, débile, habituée aux plus dures privations, ne se nourrit de viande que fort rarement, en raison de sa profonde misère. Les jours de grande fête, elle avale plutôt qu'elle ne mange, et sans les mâcher, n'ayant plus de dents molaires, quelques morceaux de viande qu'elle éprouve toujours une grande difficulté à faire passer dans l'œsophage.

Le 28 novembre dernier, à la suite d'une réunion de famille, elle avale environ cent grammes de viande de brebis rôtie. A peine parvenu au milieu de l'œsophage, le bol alimentaire s'y arrête, et ne laisse plus rien passer. La respiration est libre. Les personnes qui l'entourent lui assènent quelques coups de poings entre les deux épaules, puis on la met au lit sans plus s'en occuper.

Le lendemain, soif vive, que la malade ne peut satisfaire, les boissons ne pouvant être avalées. Cependant Jeanne se lève, et, regardant son incommodité comme passagère, vaque à ses occupations habituelles.

Néanmoins, la journée du 30 ne lui apporte aucun soulagement. Elle éprouve une soif ardente sans pouvoir la calmer; plus, le sentiment d'un corps étranger dans le tube alimentaire, qui va en augmentant d'heure en heure. Le même état persiste le 1[er] décembre, sans que l'on y accorde une attention plus sérieuse.

Le 2, la face de la malade est cadavéreuse; l'épigastre est douloureux, ses yeux sont hagards et brillants; l'haleine brûlante; la peau sèche, pâle et aride. Elle va, vient, ne sait ce qu'elle fait, ce qu'elle veut; son pouls est petit et intermittent; sa respiration fréquente; son cœur bat faiblement, la soif est ce qui la tourmente le plus; pas de selles; quelques gouttes d'urine sont rendues avec difficulté.

Appelé le 3 septembre seulement, j'apprends que la malade, après avoir avalé de la viande, s'est plaint aussitôt d'une obstacle vers la moitié environ de l'œsophage, point qu'elle indique parfaitement. N'ayant pas de sonde œsophagienne, je prends ce qui tombe sous ma main, une tige fraîche d'osier de la longueur de cinquante centimètres, de la largeur de dix millimètres environ, que je courbe après l'avoir malaxée pour qu'elle ne se brise point et qu'elle cède aux parois de l'œsophage, afin de l'introduire dans ce tube. J'attache à son bout inférieur un petit tampon de linge fin, en laissant toutefois ses bords libres de se replier à leur sortie. Un fil assez fort entoure cette branche. Après quelques tentatives, je franchis l'obstacle sans pouvoir le faire tomber dans l'estomac. Je retire la tige d'osier, et, à mon grand étonnement, elle entraîne sans beaucoup d'efforts environ 30 grammes de viande noirâtre. Comme la malade est à peu près dans le même état, trois nouvelles introductions sont faites, et toujours les bords du tampon, se relevant en formant un bourrelet autour du bout de cette tige, ramènent des fragments de viande et désobstruent en entier l'œsophage.

Quelques minutes après l'opération, on fait boire à la malade de l'eau froide en très petite quantité, puis du bouillon et du lait tiède, et enfin, après dix à douze heures, elle est revenue à son état primitif de santé, abstraction faite d'une petite douleur qu'elle ressent le long du trajet de l'œsophage.

NOUVELLES.

Le bruit courait à Constantinople, à la date des dernières nouvelles, que le choléra avait éclaté dans l'armée russe du Caucase.

— La Société médicale allemande de Paris vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui se composera, pour l'année 1846-47, de MM. Szokalski, président; Strohmeyer, vice-président; Feldmann, secrétaire-général, et Schuster, secrétaire-adjoint.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 29 MAI 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un cas du plus grand intérêt s'est présenté, il y a quelque temps, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur P. Dubois. Il est rapporté avec détail dans une bonne dissertation soutenue ces jours derniers à la Faculté (1). Nous allons le résumer; nous exposerons ensuite les remarques qu'il suggère.

Une jeune femme âgée de dix-neuf ans, primipare, bien constituée, fut portée à l'hôpital le 14 mars, à huit heures et demie du soir. Elle était infiltrée; l'infiltration avait commencé par les pieds, s'était étendue, vers le milieu du sixième mois de la grossesse, à la totalité du membre inférieur, était restée quelque temps stationnaire, et enfin était devenue générale dans les trois jours qui avaient précédé le travail. On disait que la malade avait eu huit attaques d'éclampsie de deux heures de l'après-midi à huit heures. Trois nouvelles attaques eurent lieu à l'hôpital jusqu'à dix heures, époque à laquelle, la dilatation du col étant complète, madame Calé termina l'accouchement au moyen du forceps. La présentation était celle du sommet, position occipito-cotyloïdienne gauche antérieure. L'enfant né faible, puis ranimé, a succombé au bout de quelques jours. De dix heures à midi, il y eut vingt-trois nouvelles attaques. Le coma, devenu de plus en plus profond, ne laissait plus le moindre intervalle de lucidité entre les accès.

Le soir, dès l'entrée de la malade, on lui pratiqua une saignée de 500 grammes, qui fut renouvelée à dix heures et demie. Vers onze heures, on commença à administrer des paquets de calomel à dose purgative; des cataplasmes sinapisés furent appliqués sur les membres inférieurs, et des compresses d'eau froide sur la tête.

Ces prescriptions résument la méthode de traitement de M. le professeur Dubois contre l'éclampsie.

(1) De l'éclampsie pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement; par J.-J. Labat.

Le lendemain, 15, l'agitation a succédé au coma. On est obligé de recourir à la camisole de force. On met 40 sangsues derrière les oreilles. Pouls fréquent et dur; respiration stertoreuse; intelligence complétement abolie.

Le 16, selles liquides abondantes: calme; somnolence. La malade n'ouvre les yeux qu'avec difficulté. Œdème toujours général; *urines fortement albumineuses.*

Le 17, mieux; l'œdème diminue, ainsi que la proportion d'albumine dans l'urine.

Le 27, plus d'œdème; plus d'albuminurie. La mémoire, qui était perdue, est revenue complétement.

Nous avons dû passer sur quelques détails qui n'importent pas essentiellement au point de doctrine que nous cherchons à élucider.

Ce qui frappe, ce qui est, disons-le, *capital*, dans cette observation, c'est l'albuminurie. Les symptômes cérébraux sont consécutifs. La maladie, c'est l'état organo-pathique qui a pour effet la séparation de l'albumine par le rein.

Le cas du service de M. le professeur Champouillon, que nous résumions dernièrement, fait comprendre celui-ci, et peut nous aider, avec lui, à soulever le voile qui, jusqu'à présent, a caché la nature de l'éclampsie.

Qu'avons-nous vu dans le cas de M. Champouillon? Un homme inondé de sueur se lave à froid et boit de l'eau froide; bientôt il présente un œdème général. Il entre à l'hôpital, et on trouve une énorme proportion d'albumine dans ses urines. Après peu de jours passés à l'hôpital, il est pris de véritables accès d'épilepsie qui se renouvellent plusieurs fois dans la même journée, et il meurt dans la neuvième attaque. A l'autopsie, on constate une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, sans autre lésion des centres nerveux.

Très évidemment, les accès épileptiques ne sauraient être rapportés à une autre circonstance que la compression du cerveau par l'infiltration sous-arachnoïdienne, résultat de l'albuminurie, elle-même liée à une hypérémie des reins, constatée aussi à l'autopsie.

Or, dans le cas du service de M. le professeur Dubois, que voyons-nous? Des accès d'épilepsie chez une albuminurique infiltrée généralement. Puisque partout, à l'extérieur, il y avait de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, n'est-il pas légitime d'admettre qu'il y en avait dans celui qui double l'arachnoïde, et de rattacher les accès convulsifs à la compression cérébrale?

Plus l'on y réfléchira, plus on sera frappé de la lumière qui jaillit du rapprochement de ces deux faits.

Et maintenant, si dans le cas du Val-de-Grâce, si dans celui de la clinique d'accouchements, c'est à la compression du cerveau que doivent être attribué des accidents, qui dans le premier se rapprochaient de l'éclampsie, et dans le second se confondaient avec elle, à tel point qu'il est compté pour une observation de cette maladie; s'il en est ainsi, que penser de la nature de l'éclampsie elle-même? question qui n'est pas posée d'une manière expresse dans la dissertation, très estimable d'ailleurs, que nous avons citée, où il est dit seulement, à l'occasion du traitement, que pour divers auteurs l'éclampsie est une congestion cérébrale.

Faut-il nous borner (et ce n'est que trop l'habitude de ce temps-ci) à recruter les faits et à les compter? Déplorable matérialisme de la science qui s'acharne aux recherches et s'épuise sans rien créer, sans rien fonder, parce qu'on ne voit guère que le corps des faits.

Puisqu'il nous a été donné de voir l'épilepsie liée à une compression du cerveau par de la sérosité chez un homme infiltré, puisque chez une femme également infiltrée il y a eu des symptômes semblables à ceux de l'éclampsie, et très analogues à ceux de l'épilepsie, nous pouvons conclure, au moins très vraisemblablement, que l'éclampsie est due aussi à la compression du cerveau. Expliquons-nous.

Certes, nous n'entendons pas dire que, dans l'éclampsie, il y ait toujours une infiltration *séreuse* du tissu sous-arachnoïdien. Nous entendons dire, nous supposons, en nous fondant, non pas sur une vue de l'esprit, mais sur des faits, comme on vient de le voir, nous supposons qu'il y a toujours compression du cerveau dans l'éclampsie, compression qui détermine les accès épileptiques et le coma de l'intervalle des accès.

La compression pourra être produite par une infiltration séreuse. Ce sera le cas des femmes grosses albuminuriques, et, soit dit en passant, malgré les réserves d'un observateur éminent, plus compétent qu'aucun autre, il est impossible de voir une albuminurie cesser peu de jours après l'accouchement, sans traitement spécial, et de ne point penser qu'elle était occasionnée et entretenue par une cause purement mécanique, la compression des reins par le fœtus. Chez les femmes grosses il y a pléthore séreuse; la nature délaie pour ainsi dire le ciment vital qui doit servir à former l'être nouveau, et si le rein sépare de l'albumine, la tendance à l'infiltration est plus grande que chez un individu dont le sang ne renferme que la proportion d'eau normale.

Dans les autres cas, la compression sera produite par le sang lui-même, distendant les vaisseaux de la pie-mère.

Les exemples d'épilepsie due à une compression du cerveau par un corps solide, dans lesquels par conséquent la cause de l'accident n'était pas douteuse, sans être communs, ne manquent pas à la science.

Nous avons parlé ici de celui qui s'est présenté il y a quelque temps dans le service de M. Serre, à la Pitié. L'épilepsie dépendait d'un enfoncement des os du crâne. M. Bérard a appliqué le trépan, et le malade n'a plus d'accès.

Un des plus beaux cas du service de M. Ricord est celui d'un homme qui avait des accès d'épilepsie résultant d'une exostose crânienne (accident tertiaire), accès qui ont cessé

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN

(*Aix-La-Chapelle, Ems, Hombourg, Kissingen, Kreutznach, Nauheim, Schlangenbad, Schwalbach, Soden, Spa, Wiesbaden*);

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine.

(Premier article.)

Introduction.—La France possède plus de huit cents sources d'eaux minérales: tous les jours on en signale qui ont une valeur médicale assez importante; et c'est à peine si le gouvernement central, si les représentants des intérêts des communes et des départements daignent détourner les yeux sur la source nouvelle. Il n'en est plus de même en Allemagne. Si l'on découvrait à quelques lieues de Francfort, de Munich, de Darmstadt une source comme celles de Passy ou d'Enghien, qui sont aux portes de Paris, bientôt mille écrits célébreraient à l'envi les vertus de ces eaux; de hardis spéculateurs construiraient de nombreux et splendides hôtels, peut-être même le jeu et ses chances décevantes viendraient-ils offrir aux baigneurs un attrait de plus, et fixeraient-ils la vogue à tout jamais.

Avant d'avoir parcouru l'Allemagne, nous nous rendions mal compte des raisons qui valaient aux sources minérales de ce beau pays une renommée que nos eaux ne pouvaient obtenir; nous le comprenons mieux aujourd'hui.

Nous sommes un peuple sceptique: nous croyons avec peine ce que l'habitude fait croire si facilement aux autres; c'est tout au plus si nous prenons au sérieux les choses que partout on regarde comme saintes et respectables: notre esprit railleur est d'abord disposé à accueillir avec un sourire ce qu'on lui propose le plus sérieusement.

Si ce genre d'esprit a quelque chose d'utile, il ne laisse pas que d'avoir ses inconvénients. Il nous habitue à révoquer en doute les choses les plus incontestables, et bientôt, ballottés d'incrédulités en incrédulités, nous finissons par arriver à l'indifférence scientifique, comme nous sommes arrivés depuis longtemps à l'indifférence religieuse, comme nous arrivons à l'indifférence politique.

En Allemagne, la tendance des esprits est bien différente: on prend tout au sérieux. A côté des spéculations philosophiques les plus élevées, des plus vagues rêveries; à côté de la littérature la plus sévère et la plus châtiée, le dévergondage le plus incroyable du style et de la pensée; à côté des hardiesses les plus avancées en politique et en religion, une crédulité, une confiance qui semble appartenir à l'âge d'or. Avec tout cela, il est difficile de ne pas devenir Allemand par le cœur, quand on a connu beaucoup d'Allemands; leur intelligence nous captive, leur simplicité nous charme, leur bonté nous séduit, et nous ne savons trop s'ils gagneront beaucoup à ce mouvement de fusion générale qui pousse aujourd'hui tous les peuples les uns vers les autres, comme naguère le démon des batailles les poussait les uns contre les autres.

La médecine des deux pays a dû participer aux tendances communes des esprits. La médecine française a arboré l'étendard du pyrrhonisme le plus exagéré; la médecine allemande est restée une science, un art et, dans quelques points, un *dogme.*

Chez nous Pinel, avec son esprit sec et nomenclateur, a ébranlé toutes les vieilles croyances médicales; Broussais, qui l'a suivi et qui n'était en réalité que le disciple de Pinel, a entraîné presque tout dans le torrent de son ardente passion; l'école anatomique, moins profonde, mais plus correcte, avec le faux-semblant de l'exactitude, avec le charlatanisme de la statistique, a achevé l'œuvre de destruction, et éteint même les semences ensevelies sous les débris des doctrines du siècle passé.

Nous avons tous assisté à ces révolutions en France; quelques-uns d'entre nous ont osé relever le front un instant courbé par le vent de cette tempête; nous avons essayé de garantir ce qui ne devait pas être renversé; de rajeunir ce que la poussière du temps faisait regarder comme vermoulu; de restaurer le vieil art médical dont les traditions s'étaient perdues, et de relier ainsi le présent au passé.

Aujourd'hui, et grâce à la direction nouvelle des écoles françaises, la thérapeutique, cette fin de toute vraie médecine, a reconquis la place dont on l'avait si violemment chassée; peu à peu la nouvelle génération médicale s'est habituée à manier les médicaments, à en étudier, à en apprécier les effets, et ceux même qui étaient le plus profondément imbus des idées de l'école anatomique ont fini par subir l'influence commune; et, contraints de marcher en avant, ils ont fini par croire à quelque chose.

En Allemagne, les vieilles traditions thérapeutiques sont restées debout comme ces ruines souvent insignifiantes que l'on est convenu d'admirer sur les bords du Rhin. Bien que les connaissances nouvelles dont nous a enrichis la chimie soient dans ce pays monnaie courante et que l'Allemagne puisse revendiquer à juste titre une large part dans le mouvement scientifique qui entraîne notre époque; bien que les médecins y soient en général tout aussi bien instruits que les nôtres, ils n'en respectent pas moins certaines opinions surannées auxquelles, Dieu merci! nous ne sommes pas près de revenir. Il est peu de praticiens qui ne croient aux vertus sudorifiques de la bourrache; sa sœur, l'innocente consoude, est encore de l'autre côté du Rhin en possession, avec le riz, de guérir les flux et les hémorrhagies; nous n'oserions pas affirmer que la pulmonaire n'est pas sérieusement conseillée dans le traitement des catarrhes bronchiques. A coup sûr, le raisin d'ours est encore lithontriptique en Allemagne, et la morelle, dont l'énergie peut être comparée à celle de la pomme de terre, jouit dans ce pays de vertus stupéfiantes fort recommandables.

Nous ne serons donc plus étonnés de la confiance souvent exagérée que les médecins allemands accordent à leurs eaux minérales; nous comprendrons pourquoi ils en connaissent ordinairement à merveille la composition et les principales propriétés; tandis que, chez nous, les praticiens les plus répandus affectent de ne pas croire aux vertus des eaux minérales; c'est à peine s'ils connaissent la composition de quelques sources. Ils se doutent que les eaux de Barége, de Bagnères de Luchon, de Bonnes, d'Enghien, d'Aix en Savoie sont sulfureuses; ils savent que celles de Vichy sont alcalines; mais demandez-leur la composition de Balarue, de Bourbonne-les-Bains, de Niederbrunn, presque tous l'ignorent parfaitement; que de fois nous voyons prescrire de l'eau de Contrexeville à des graveleux, par des médecins qui lui croient la même composition qu'à l'eau de Vichy!

Certes, un certain nombre de médecins des grandes villes de France connaissent quelques-unes des sources situées dans le voisinage des lieux qu'ils habitent; mais la généralité, il faut l'avouer, ne sait rien sur les eaux minérales.

Cette ignorance se comprend et s'excuse. Il y a peu d'années encore, les professeurs qui présidaient à l'enseignement, affectaient de ne pas croire aux eaux minérales, que d'ailleurs ils ne connaissaient pas; il en résultait que leurs élèves regardaient l'étude des eaux comme un hors-d'œuvre, comme une chose de luxe, dont ils auraient grand tort de s'occuper lorsque tant de choses intéressantes réclament leur attention.

Mais quand il s'agit des eaux minérales étrangères, l'ignorance passe toutes les bornes. On envoie à Wiesbaden, à Ems, à Louesch, des malades dont on désire la guérison; et nous connaissons des praticiens haut placés qui sont convaincus que les eaux de Wiesbaden sont sulfureuses.

Cette ignorance a les plus fâcheux inconvénients. Il n'est pas douteux qu'on ne soit utile aux goutteux à Wiesbaden, à Hombourg, à Ems; il est certain que les rhumatisants ont à se louer d'Aix en Savoie, de Wiesbaden; Ems se recommande dans certaines maladies de l'utérus, de la poitrine, dans les affections rhumatismales;

depuis que, par l'emploi de l'iodure de potassium, a été obtenue la résolution de la tumeur osseuse.

Enfin, nous avons cité nous-même (*De la Prosopalgie traumatique*) le fait d'un militaire qui, ayant une perte de substance du crâne, et portant une perruque à trame métallique, était pris subitement d'accidents épileptiformes, lorsque, l'action du cœur venant à être soudainement accrue, comme dans le rapprochement sexuel, la masse cérébrale était poussée avec force contre le corps étranger.

Si la compression par un corps solide peut produire l'épilepsie, on ne voit pas pourquoi des accidents du même genre ne pourraient pas être déterminés par la compression au moyen d'un corps liquide, qui sera ou de la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien (cas le plus rare), ou le sang lui-même distendant les vaisseaux de la surface du cerveau.

On comprend bien, étant donnée l'idée d'une congestion cérébrale, qu'il n'y ait pas, comme le dit M. Labat, d'anatomie pathologique de l'éclampsie. La congestion cérébrale disparaît en grande partie après la mort, comme disparaissent, dans la syncope, la rougeur et l'intumescence de l'hypérémie conjonctivale; comme s'affaissent et se réduisent, après l'amputation, ces tumeurs cancéreuses que leur riche circulation a fait appeler *hématodes*. Notons, toutefois, avec M. Labat, que l'on a signalé « comme phénomènes assez constants, l'existence d'une quantité exagérée de sérosité dans la cavité arachnoïdienne; une injection plus ou moins notable du cerveau ou de la moelle; un œdème des poumons. »

Quant aux lésions que l'on rencontre dans les cas de dystocie, et qui ont été rattachées à l'éclampsie, elles ont sans doute une certaine influence, mais seulement sur la production de la congestion cérébrale.

Il est maintenant avéré que le traitement par les saignées à haute dose est le plus efficace contre l'éclampsie. Hamilton veut qu'on tire 2 kilogrammes de sang. M. Dubois prescrit une saignée de 600 à 800 grammes, et la fait renouveler au besoin. Ces bons effets d'une soudaine et abondante déplétion viennent bien à l'appui de l'idée d'une compression du cerveau par le sang ou par sa sérosité.

— M. Trousseau vient d'obtenir, dans son service de l'hôpital Necker, deux guérisons assez remarquables par l'emploi de l'iode, l'une sur un enfant atteint d'hydrocèle, l'autre sur une femme adulte qui avait une carie de la colonne vertébrale avec paraplégie.

L'enfant, âgé de quatre mois, portait une hydrocèle volumineuse qui s'accroissait rapidement. Quoique le testicule fût descendu dans les bourses, on n'était pas certain que la communication avec le péritoine fût parfaitement fermée, et par conséquent une injection dans la tunique vaginale ne pouvait être tentée. M. Trousseau fit faire une solution hydroalcoolique d'iode, 4 grammes de teinture d'iode pour 10 grammes d'alcool et autant d'eau, et le scrotum de l'enfant fut continuellement enveloppé de compresses imbibées de cette mixture. Il y eut, après huit jours, une amélioration notable, et trois semaines de traitement suffirent pour la guérison. On ne peut pas affirmer que la cure sera définitive bien que l'âge de l'enfant permette de l'espérer.

— Ce fait nous rappelle une observation de M. le docteur Brée, chirurgien principal d'armée, consignée dans le tome LIII du *Recueil des Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*. Un homme ayant été opéré d'une hydrocèle du côté droit par l'injection vineuse, et l'hydrocèle ayant récidivé, fut opéré de nouveau, un an après, par le même moyen. La tumeur s'étant encore reproduite, et ayant repris, dans l'espace d'un mois, le volume qu'elle avait avant l'opération, M. Brie employa la méthode suivante : Matin et soir le scrotum était imprégné avec une demi-cuillerée de teinture d'iode ; l'épiderme se détacha, semblable à une pelure d'iognon. L'iode, discontinué pendant quelques jours, fut repris jusqu'à un nouveau dépouillement des bourses.

Après un mois environ de ce traitement, pendant lequel le scrotum du côté droit s'était dépouillé trois ou quatre fois de son épiderme, l'hydrocèle disparut, et le sujet sortit de l'hôpital. Reste à savoir si la tumeur n'a pas récidivé. Toujours est-il qu'il y aurait lieu d'étudier ce moyen thérapeutique.

— L'autre cas observé dans le service de M. Trousseau était beaucoup plus grave. Il s'agissait d'une femme de 35 ans, paraplégique depuis six mois. On trouvait, dans les lombes, une saillie de trois apophyses épineuses. Cette gibbosité s'était manifestée rapidement, après une longue continuité de douleurs dans les reins : la paralysie des extrémités inférieures avait suivi immédiatement l'écrasement des vertèbres.

Quoi qu'il n'y eût pas d'abcès par congestion, il était difficile de méconnaître le mal vertébral de Pott. M. Trousseau fit appliquer deux larges cautères sur les deux côtés de la gibbosité, et en même temps il prescrivit la teinture d'iode à l'intérieur suivant la méthode de Patterson de Dublin. La teinture d'iode ne fut pas portée au delà de 25 gouttes par jour.

Après trois mois de traitement, la paraplégie avait entièrement cessé. La malade est restée encore un mois à l'hôpital, continuant à prendre de l'iode, et elle est sortie guérie, à cela près de la gibbosité.

Ce fait, rapproché de ceux qui ont été publiés par Patterson, a une grande valeur, et il est propre à encourager les praticiens, qui négligent trop souvent d'héroïques moyens déjà consacrés par l'expérience, et auxquels on devra toujours recourir, bien que les exemples de guérison soient malheureusement fort rares.

— Un militaire entra au Val-de-Grâce le 23 mai. On l'avait apporté sur un brancard. Il répondit aux questions du chirurgien de garde; mais, une heure après, il tomba tout à coup dans un coma profond, avec roideur des membres. Une saignée abondante fut pratiquée. La mort eut lieu dans la soirée. L'autopsie, faite avec tout le soin possible sous la direction de M. le professeur Laveran, a offert les circonstances suivantes :

A l'ouverture du crâne et après l'incision de la dure-mère, on constate un état de distension, de turgescence de la substance cérébrale, comme dans l'hypertrophie du cerveau. Les circonvolutions sont serrées, aplaties, et les anfractuosités comme effacées. Il ne s'est pas écoulé de sérosité, et la transparence de l'arachnoïde, l'aspect de la pie-mère, permettent d'établir que les méninges ne sont pas le siége du mal. En retirant le cerveau de sa boîte osseuse, il s'écoule par une déchirure du lobe postérieur gauche une traînée de pus qui met sur la voie de l'altération.

L'hémisphère gauche est le siége de trois abcès, l'un situé dans la masse médullaire au-dessus du corps calleux; le second derrière la corne postérieure du ventricule; le troisième à la base dans l'épaisseur des circonvolutions qui bornent en dehors les corps frangés. Le premier logerait un œuf de pigeon, l'inférieur une noisette; l'autre est d'une grandeur intermédiaire. Tous trois sont tapissés par une fausse membrane très distincte, parcourue de stries vasculaires qui sont examinées sous l'eau. C'est le foyer inférieur qui s'est déchiré à l'extérieur, tandis que celui qui est derrière la cavité ancyroïde s'est ouvert dans le ventricule. Le tissu cérébral autour des abcès est altéré à différents degrés par l'inflammation.

Un coma profond avec contracture des membres devait faire diagnostiquer un épanchement ventriculaire ou méningé, et tel, en effet, a été le diagnostic. Seulement, de quelle nature était l'épanchement? C'est ce qui ne pouvait être décidé, vu le défaut de commémoratif.

Les militaires sont envoyés à l'hôpital aussitôt qu'ils présentent quelque symptôme d'une certaine gravité. C'est la règle établie, et les chirurgiens des corps n'ont garde d'y manquer. Il est donc certain que chez cet homme il n'y a pas eu, jusqu'au dernier moment, de signes annonçant l'altération qui se formait dans son cerveau, et qui, comme le prouvent les détails de l'autopsie, était assez ancienne au moment de son entrée au Val-de-Grâce. A ce point de vue, le cas que nous venons de résumer peut être rapproché de plusieurs autres que nous avons rapportés précédemment, et qui prouvent combien les altérations de l'épaisseur du cerveau diffèrent de celles de sa surface interne et externe, quant à l'époque de leur manifestation, les unes généralement si lentes, les autres généralement si promptes à se traduire au dehors par les signes qui leur sont propres.

— Nous allons maintenant donner place à quelques faits du service de M. Ricord, qui devaient faire partie de la dernière *Revue*.

— Un malade du service de M. Ricord a un chancre *induré* de la portion balanique de l'urètre. On sent l'induration en pressant sur le gland dans le sens antéro-postérieur. Exercée dans le sens transversal, la pression ne donne pas une notion exacte de l'état des parties, et l'induration peut être méconnue. La matière de l'écoulement est caractéristique; les taches qu'elle laisse sur la chemise sont *rouillées*, expression dont se sert M. Ricord avec une justesse frappante. Il y a, de chaque côté, dans l'aine, plusieurs ganglions engorgés, de petit volume et indolores. Une éruption offrant tous les caractères physiques de la varicelle existe, plus particulièrement sur la face postérieure du tronc. Le malade présente donc à la fois un accident primitif passé à l'état secondaire, et un accident proprement secondaire (l'éruption). L'induration du chancre marque la transition de la période des accidents primitifs aux secondaires, comme les tubercules sous-muqueux ou sous-cutanés marquent la transition des secondaires aux tertiaires.

Ces chancres de la portion balanique de l'urètre, et plus encore ceux du méat, servent à faire comprendre les chancres de la profondeur du canal, ou *larvés*, seuls capables, à leur tour, de rendre compte des accidents consécutifs attribués à la *blennorrhagie*.

On le sait bien maintenant; ce n'est pas la blennorrhagie qui donne lieu aux accidents constitutionnels, c'est le chancre, dont la blennorrhagie n'est que le symptôme ou l'accompagnement. Le chancre est le seul accident syphilitique primitif, et la syphilis, comme le dit très spirituellement M. Ricord, n'*entre jamais que par effraction*, formule qui exclut le bubon d'emblée.

Supposons que le malade dont nous venons de parler fût entré à l'hôpital avec des accidents secondaires, son accident primitif (le chancre) ayant disparu, ainsi que la blennorrhagie. Il aurait accusé pour tout accident vénérien antérieur une blennorrhagie, et le médecin, étant donnée l'ignorance de l'état actuel de la question, aurait admis qu'une simple urétrite peut produire la syphilis constitutionnelle.

C'est ainsi, sur des faits mal observés ou mal interprétés, qu'avait été établie la doctrine de la blennorrhagie considérée comme accident proprement syphilitique capable d'infecter l'économie. On comprend combien il est essentiel de distinguer la simple blennorrhagie du chancre urétral avec écoulement. La première est et reste encore un accident local;

Hombourg et Soden, dans les maladies de l'appareil digestif; mais ne dirons-nous pas la même chose de Vichy, du mont Dore, de Plombières, de Saint-Nectaire, de Forges; faute de connaître la composition de ces eaux si diverses, on expose ses malades aux plus terribles accidents. Wiesbaden, Hombourg, Kreutznach, guérissent des goutteux, que tueraient Ems et Carlsbad, et réciproquement Carlsbad, Ems, doivent être conseillés dans certains cas de goutte, où Hombourg et Wiesbaden seraient dangereux. C'est qu'il ne peut être indifférent de donner à des malades un tonique aussi énergique que le chlorure de sodium, et un altérant comme le bicarbonate de soude.

Ce sera avec un grand avantage que vous dirigerez sur Ems, dont les eaux un peu alcalines sont en général tempérantes, les personnes sujettes à ces congestions sanguines qui se portent alternativement vers l'utérus, les poumons, le cœur, le cerveau, tandis que vous leur feriez courir de grands risques en les envoyant à Schwalbach, à Hombourg, à Kreutznach, à Wiesbaden.

L'étude des principales sources minérales de la France est donc nécessaire pour nous; il ne nous est guère permis non plus d'ignorer les propriétés des eaux que l'on trouve en si grand nombre sur les bords du Rhin. Il importe à un Français de savoir que Wiesbaden et Kreutznach peuvent être remplacés par Bourbonne-les-Bains et par Balaruc; Ems, par Saint-Nectaire et par la Bourboule; Schwalbach et Spa, par Passy, Forges, et tant d'autres; Schlangenbad, par Plombières.

Dans le travail que nous publions sur les eaux minérales des bords du Rhin, nous avons pour but principal de faire connaître aux médecins de notre pays la composition, les propriétés des sources allemandes les plus voisines de la France; en même temps, chaque fois que l'occasion se présentera, nous indiquerons avec soin les eaux qui jaillissent sur notre sol avec les mêmes propriétés que celles que nous allons chercher si loin de chez nous.

Mais tout en confessant hautement la juste confiance que nous avons dans les sources minérales, tout en déclarant qu'elles rendent à la médecine des services que nous demanderions en vain à d'autres agents thérapeutiques, nous ne pouvons pourtant abjurer notre indépendance scientifique, imposer silence aux révoltes de notre raison, et passer condamnation sur les prétentions singulières de la plupart des médecins qui ont écrit sur les eaux minérales.

Qu'il nous soit donc permis d'entrer dans quelques considérations générales avant d'aborder d'une manière plus spéciale l'histoire thérapeutique des eaux de l'Allemagne rhénane.

Premier chapitre. — *Des Eaux minérales et de leurs propriétés spécifiques.*

Chaptal, que les chimistes regardèrent peut-être comme un grand ministre, et que les hommes d'état considéraient comme un chimiste éminent, a dit quelque part : « *En analysant les eaux minérales, » on en dissèque le cadavre.* » L'un des hommes dont le talent et la bonne foi sont le moins contestables, a imprimé pareillement que les eaux minérales, transportées loin de leur source, sont dans une condition analogue à celle des fluides extraits du corps vivant où on trouve tout, hormis le principe de la vie.

Les gens du monde incapables de juger en connaissance de cause, et frappés surtout par les cures inespérées dont ils étaient témoins, ont été sans doute les premiers à attribuer aux sources minérales des puissances mystérieuses et surnaturelles. Les médecins ont laissé dire; il ne leur déplaisait pas qu'on vît, dans l'eau prise à la source, des principes insaisissables où résiderait sa vertu. C'était proclamer l'excellence d'une médication à laquelle on ne peut plus en substituer d'autres; en dehors même de tout intérêt local, c'était donner aux malades la confiance, qui aide si bien à la guérison.

Lorsque les eaux sont pauvres en principes minéralisateurs, comme à Plombières, au mont Dore, à Schlangenbad, on accueille volontiers ces qualités occultes qui échappent à l'analyse des sens et à celle de la chimie, et ne se constatent que par les résultats thérapeutiques. Quand les eaux sont riches, comme à Carlsbad, à Vichy, à Bourbonne, à Hombourg, on fait meilleur marché du merveilleux; peut-être même, serait on disposé à tomber dans l'excès contraire en rattachant à leur composition chimique toutes les propriétés des eaux, sans donner une égale importance à leur mode d'administration.

Il résulte de ces vues contradictoires des inconvénients et des avantages. Partout où la quantité des substances actives est insuffisante, les plus grands soins sont réservés aux circonstances accessoires; les moindres détails sont prévus et réglés, la sévérité du régime supplée à la puissance du médicament. Les eaux douées par elles-mêmes de propriétés manifestes, s'administrent d'une façon moins savante. La richesse, en général, ne rend pas ingénieux. Il est d'ailleurs plus facile de modérer des réactions trop vives, que de créer artificiellement des influences thérapeutiques.

Pour le médecin qui veut apprécier les résultats, c'est une chose précieuse d'apprendre d'un côté ce que peuvent les sels minéraux livrés pour ainsi dire à leurs seules ressources, et, de l'autre, ce qu'on est en droit d'attendre des modifications dont la chimie ne prévoit ni ne calcule les indications.

Aussi trouve-t-on deux parts à faire dans l'étude des sources minérales : d'abord les propriétés qui découlent essentiellement de leur composition, ensuite celles qui sont dues à leur mode d'emploi, en bains froids prolongés ou chauds, en douches, en boissons ou en lavements. Il en reste encore une troisième, et peut-être n'est-elle pas la moins importante, nous voulons parler des conditions atmosphériques, du changement d'habitudes et de nourriture qui tiennent une place si méritée dans les considérations médicales.

Les vertus surnaturelles, on le croira sans peine, trouvent en nous peu de sympathies. On aurait tort partout ailleurs d'accorder à de tels préjugés l'honneur d'une réfutation; ici ce n'est plus la même chose. Les gens du monde se croient une certaine autorité pour décider de l'eau minérale qui convient à leur maladie; ils s'en remettent aux lumières de leur jugement; ils cherchent dans leurs alentours, dans les récits des voyageurs les motifs de leur préférence, et, comme le remède ne ressemble pas à ceux qu'on leur prescrit d'ordinaire, ils s'abstiennent sans scrupule des conseils du médecin. Les histoires merveilleuses circulent ainsi et se propagent à tel point que les eaux sont en faveur ou en discrédit, sont fréquentées ou délaissées sans qu'on puisse l'imputer à un caprice médical.

Les enseignements scientifiques n'entrent pour rien dans ces déterminations; il faut aux ouï-dire de plus vagues données. On fait appel à la foi et à l'espérance, deux vertus qui ne réclament jamais de démonstrations et se plaisent aux choses incroyables.

En veut-on des exemples? La température d'une eau thermale est encore aujourd'hui regardée par bien des gens comme un phénomène surnaturel. Ils croient qu'on peut boire sans se brûler un verre d'eau minérale à un degré de chaleur qui serait insupportable dans une tasse de thé. On a beau leur montrer, en plaçant un thermomètre dans les deux liquides qui servent de terme de comparaison, que le thermomètre monte rigoureusement au même point quand la sensation éprouvée par la main ou par le palais est la même, ils n'en tiennent pas compte et veulent du miracle.

L'enthousiaste en bonne santé a des faits à son service qu'il interprète à sa façon, mais l'enthousiaste malade les embellit et les commente avec une verve de prosélytisme qui serait ridicule si elle n'avait de plus fâcheuses conséquences. Il voit bouillir le kochbrunner de Wiesbaden, et il soutient que cette ébullition est un phénomène identique à celui qui se passe dans une chaudière à vapeur. Vient-il à plonger la main dans l'eau de la source sans la retirer dépouillée, il triomphe et vous défie de renouveler ailleurs l'expérience.

Essayez de lui faire comprendre comment cette ébullition est due à un dégagement de gaz et ne diffère en rien de celle qu'il verrait se produire aux sources glaciales de Hombourg, de Selters ou de Contrexeville, il refusera l'explication et gardera le merveilleux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

l'autre peut amener la syphilis constitutionnelle.

— Si à la suite d'un premier chancre, passé à l'induration et actuellement cicatrisé, un individu est affecté d'un accident secondaire tel que l'ecthyma, par exemple, une pustule ecthymateuse peut se produire sur le siége du chancre, s'ulcérer, et alors on croit à un chancre récent, tandis que l'accident local fait partie du symptôme général. On dirait dans ce cas que la vérole, après avoir fait le tour de l'économie, revient à son point de départ. Un malade de M. Ricord présente un exemple de ce genre, moins l'erreur bien entendu.

— Pendant qu'à la suite d'un premier chancre induré et cicatrisé, un individu est atteint d'un accident secondaire, par exemple d'une roséole syphilitique, il peut contracter un nouveau chancre. Alors, sous l'influence du traitement mercuriel, on voit l'accident général, l'accident secondaire, la roséole, diminuer et s'éteindre, tandis que l'accident local continue sa marche indépendante sans être influencé par le mercure. C'est encore ce que nous avons observé sur l'un des malades actuellement en traitement dans le service de M. Ricord. Cet observateur si sagace et dont à nos yeux toutes les assertions ont le plus grand poids, traite le chancre *non induré* par les moyens purement locaux, et n'a recours au mercure qu'autant que l'ulcère s'est induré, l'induration comme nous l'avons dit étant pour lui l'infaillible signal de la syphilis constitutionnelle. A cet égard, il n'est pas aisé de comprendre que le mercure, tout-puissant contre les accidents secondaires, n'ait aucune action sur l'accident primitif. Souverain contre le virus généralisé, il ne pourrait rien contre le virus localisé dans le chancre non induré. Voilà qui est contradictoire. Mais nous savons combien les raisonnements les plus solides en apparence peuvent nous abuser, et, si nous soulevons une difficulté logique, nous ne prétendons pas nous inscrire contre l'observation. X...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Des hydropisies et de leur diagnostic différentiel.

On a donné le nom d'hydropisie à une foule de maladies différentes, et qui sont loin de rentrer dans la classe des véritables hydropisies; aussi ne croyons-nous pas déplacé, dans les quelques considérations que nous allons présenter, de jeter un coup d'œil rapide sur les plus importantes de ces affections, et d'indiquer à quels symptômes il est possible de les distinguer.

Dans ces derniers temps, on a donné le nom d'hydropisie à une infusion de liquide dans une cavité séreuse ou dans les mailles du tissu cellulaire. Ce sont là celles qui seules nous paraissent mériter le nom sous lequel on les désigne. Quant aux hydropisies enkystées, elles constituent des maladies particulières, essentiellement différentes et pour leur siége, et par leur nature, de celles dont nous voulons vous entretenir.

Les hydropisies, quelles qu'elles soient, du reste, ont été, de nos jours, étudiées avec beaucoup plus de soin, et d'une manière éminemment plus philosophique que dans les temps anciens, qu'au commencement de ce siècle même. Autrefois, on les regardait comme des affections idiopathiques essentielles; aujourd'hui elles ne constituent plus qu'un symptôme; on ne les regarde plus que comme un phénomène se rattachant d'une manière directe, mais consécutive, à une affection organique quelconque, le plus souvent appréciable, soit pendant la vie, soit après la mort. C'est là, il faut en convenir, un pas considérable de fait. Cette tendance à rapporter à des lésions organiques les affections considérées jusqu'alors comme essentielles, ce n'est point aux hydropisies seulement qu'elle s'est appliquée; il est une classe de maladies tout au moins aussi importantes que l'on a voulu rattacher à des altérations d'organes ou d'appareils d'organes; nous voulons parler des paralysies.

Nous aurons occasion de vous faire voir, en vous parlant des paralysies, dans le cours de ces conférences cliniques, à quel degré d'appréciation on est arrivé dans le diagnostic des lésions qui les déterminent, et de quelle importance est cette distinction relativement au pronostic et à la détermination du traitement à mettre en usage pour les combattre. Le traitement et le pronostic des hydropisies ne s'est pas moins ressenti de cette tendance à la localisation des maladies. Ces considérations préliminaires posées, entrons immédiatement en matière.

Et d'abord, une hydropisie étant donnée, à quelle affection organique appartient-elle? Puisque c'est un symptôme, de quelle altération dépend-il? Les altérations qui peuvent produire l'hydropisie sont très nombreuses et très différentes; elles sont ou générales, ou locales.

L'épanchement d'un liquide dans une cavité séreuse ou dans le tissu cellulaire, peut survenir sans lésion apparente, c'est-à-dire sans lésion circonscrite et matérielle, appréciable à nos moyens d'investigation. Il peut y avoir altération du sang, diminution de quantité de quelques-uns de ses principes constituants, augmentation de quelques autres. Il y a plus; certains auteurs pensent que cette altération du sang est constante, et qu'il n'y a point d'hydropisie dans laquelle on ne la rencontre.

M. Andral pense que chez tous les sujets qui sont affectés d'hydropisie, il y a toujours diminution dans la proportion d'albumine du sang. Nous ne pouvons être aussi absolu que ce professeur; nous ne savons jusqu'à quel point il n'y a pas un peu d'exagération dans cette manière de voir. Toujours est-il, et c'est là un fait hors de toute contestation, que l'on observe, l'hydropisie, soit du ventre, soit du tissu cellulaire, dans tous les cas de pléthore comme dans les cas d'anémie et de chlorose, chez les sujets dont le sang est d'une richesse exubérante, comme chez ceux où il est pauvre et pour ainsi dire séreux; on la rencontre chez les scorbutiques; enfin, dans tous les cas où le sang a subi une altération considérable en plus ou en moins; où la proportion de ses divers principes constituants est différente de la proportion normale.

Nous avons vu un assez grand nombre de cas dans lesquels la suffusion séreuse a été produite par un état général, sans altération matérielle appréciable d'aucun organe ou d'aucun appareil. Nous avons cité plusieurs fois déjà, dans nos cours, l'exemple d'un jeune séminariste, par lequel nous fûmes un jour consulté; d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, athlétique, ce jeune homme, qui, du reste, avait toutes les vertus de sa profession, était atteint d'une hydropisie des extrémités inférieures. Il n'avait, ainsi que nous pûmes nous en convaincre par un minutieux examen, ni maladie du cœur, ni affection bronchique ou pulmonaire; la peau était chaude; son pouls fort, vibrant; le visage injecté; il était en proie à une hypérémie des plus prononcées, des mieux caractérisées. Cette hydropisie, dans ce cas, je ne crus devoir la rapporter à aucune autre cause qu'à une pléthore déterminée très probablement par une continence trop sévère et trop absolue; je fis comprendre au jeune malade quelle était ma pensée à son égard; il renonça à la prêtrise, et j'eus occasion de le voir plusieurs mois après jouissant d'une santé florissante, et débarrassé de toute espèce d'hydropisie.

Lorsqu'au lieu de dépendre d'un état de pléthore, d'une hypérémie générale, l'hydropisie reconnaît pour cause une faiblesse, une anémie, une proportion insuffisante de certains principes constituants du sang, ce n'est plus un régime débilitant qu'il faudra prescrire aux malades; c'est un traitement essentiellement différent qu'il sera nécessaire de leur faire suivre; les toniques, les amers, les excitants, une alimentation substantielle. Nous y reviendrons du reste plus loin; nous ne voulions que signaler ici ce fait, à savoir que, comme l'anémie, la pléthore pouvait produire l'hydropisie.

Il y a véritablement des hydropisies que, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons rapporter même à une modification dans la composition du sang, et que l'on semble forcé d'appeler essentielles, idiopathiques. Dans les premiers temps où nous professions les principes de l'organicisme, nous avions bien de la peine à admettre qu'il pût exister des maladies dites *essentielles*. Nous éprouvions une si vive satisfaction à reconnaître une lésion matérielle, que lorsque nous ne pouvions parvenir à la rencontrer, nous laissions l'observation de côté comme incomplète, et ne pouvant être d'aucune utilité. C'est ainsi que pendant assez longtemps nous laissâmes un assez grand nombre de maladies en dehors du cadre nosologique. Nous ne pouvions convenir qu'il existât des hydropisies symptomatiques; nous soutenions de la manière la plus formelle qu'il y avait toujours une lésion organique quelconque, soit dans les humeurs et dans les liquides de l'économie, soit dans la structure ou la conformation des organes. Cette opinion, qui est maintenant généralement admise, nous étions alors presque le seul qui osassions la professer, et nous rencontrions, il faut le dire, beaucoup d'opposition. Plus tard, nous avons été obligé de revenir un peu sur cette manière de voir trop exclusive; l'homme de science, le médecin surtout, ne doit avoir en vue que la recherche de la vérité; il ne doit point faire plier les faits à ses théories, et discuter seulement au point de vue d'une opinion systématique.

Nous fûmes obligé de convenir qu'il y a des hypropisies, en effet, qu'il est de toute impossibilité de rattacher à une lésion, soit du sang, soit d'un organe ou d'un tissu organique quelconque, et en cela nous nous écartons des doctrines des auteurs modernes, qui rejettent complétement toute espèce d'hydropisie essentielle. Voici le fait qui a modifié notre manière de penser, et qui nous a fait admettre cette forme exceptionnelle de suffusion séreuse.

Pendant que nous faisions un service à la Salpêtrière, une jeune fille de dix-sept ans, parfaitement bien conformée, d'une bonne santé, ne présentant aucune lésion pathologique, soit générale, soit locale, reçut d'une de ses compagnes et par manière de plaisanterie, un seau d'eau froide sur la tête et sur tout le corps, en passant sous une porte. Cette jeune fille, au moment de cette aspersion, était dans un état de transpiration générale; elle venait de courir, avait très chaud; de plus, et circonstance importante à noter, elle était à la période menstruelle. Elle fut surprise au milieu de la santé la plus parfaite. Dans l'espace de quelques heures, elle s'infiltra de la tête aux pieds; l'abdomen se remplit d'eau, se distendit considérablement; elle fut amenée à l'infirmerie de la Salpêtrière, présentant une des hydropisies les plus graves et les plus intenses que nous eussions encore vues. Cette jeune fille n'avait point de lésions organiques; l'hydropisie était le fait d'une suppression subite de la transpiration et de la menstruation; de bon compte, il était impossible de la rattacher à une cause que l'on pût appeler organique. Malgré toute la propension que nous avons à dire qu'il n'y a, qu'il ne peut y avoir que des hydropisies symptomatiques, il faut bien admettre ici que la suffusion séreuse est idiopathique ou essentielle.

En règle générale, toutes les fois que vous aurez à traiter une hydropisie, cherchez d'abord la lésion locale qui a pu la déterminer, et presque toujours dans l'immense majorité des cas vous finirez par la rencontrer. Mais ne regardez pas toujours comme sans valeur une observation soigneusement et scrupuleusement recueillie, parce que cette lésion vous aura échappé; car l'exemple que nous venons de faire passer sous vos yeux est une preuve que, par exception, la suffusion séreuse peut être idiopathique. Ces cas, nous ne saurions trop le répéter, sont excessivement rares, et forment la très petite minorité.

Les hydropisies sont nombreuses, qui reconnaissent pour cause une altération organique primitive. Les progrès qu'a faits dans ces derniers temps l'anatomie pathologique, et la perfection à laquelle sont arrivées les méthodes d'exploration, ont permis de les distinguer dans un grand nombre de circonstances, et de les classer dans les cadres nosologiques. Nous examinerons successivement ces hydropisies sous le rapport de leurs causes et des altérations morbides auxquelles on les rattache.

Les troubles de la circulation, et les affections organiques des diverses parties qui composent le système vasculaire sanguin produisent souvent l'hydropisie. Il n'est pas un de vous qui ne connaisse les travaux qui ont été faits sur ce point de la pathologie, et spécialement le mémoire publié dans les *Archives de médecine*, par M. Bouillaud; travaux desquels il résulte qu'un obstacle au cours du sang veineux détermine l'œdème du membre correspondant aux gros troncs veineux dans lesquels le cours du sang est interrompu; lorsque l'obstacle au cours du sang veineux est central, ce sont les deux membres inférieurs qui s'infiltrent de sérosité. Cette opinion, du reste, que l'on a eu tort de donner comme nouvelle, est très ancienne; Boerhaave la connaissait, et en a fait mention. Morgagni de même, dans son immortel ouvrage *De sedibus et causis morborum*, en a parlé fort au long en plusieurs endroits, et vous trouverez dans quelques-unes de ses lettres des exemples d'obstruction et d'oblitération des veines ayant produit l'œdème des membres; de tumeurs des veines axillaires ayant déterminé des infiltrations du bras, etc. Ces faits ne forment point dans le livre de Morgagni le sujet d'un chapitre spécial, mais se trouvent disséminés çà et là, et comme une chose tellement connue et si fréquente, qu'on ne sentait pas le besoin d'y attirer l'attention d'une manière toute spéciale. Nous devons dire cependant que cette cause avait été presque oubliée des médecins modernes, et que les travaux dont nous venons de parler ont eu pour effet d'y rappeler l'attention, et d'en faire ressortir l'importance.

Nous croyons, pour notre part, que cette cause, dont nous admettons parfaitement l'existence et l'influence dans un certain nombre de cas, est assez rare. On a prétendu, dans ces derniers temps, que lorsqu'il y avait un obstacle au cours du sang, situé dans le ventricule droit du cœur, cet obstacle donnait lieu à la production d'une suffusion séreuse, beaucoup plus tôt que les obstacles au cours du sang artériel. Cette manière de voir, suivant nous, n'est point absolument exacte. Voici notre proposition:

Toutes les fois qu'il y a obstacle au cours du sang, quel que soit cet obstacle, qu'il siége dans le système vasculaire artériel ou veineux, nécessairement, et dans un espace de temps qui peut être variable, il doit survenir une suffusion séreuse. L'explication que nous donnons est bien simple; l'on a quelque lieu de s'étonner qu'elle ait échappé, ou qu'elle n'ait point été admise par ceux qui se sont occupés des travaux les plus récents sur cette question.

Donnons un exemple. Supposons qu'un obstacle existe dans l'aorte, à l'orifice ventriculo-aortique, et abstraction faite de tout état pathologique du cœur lui-même. Que doit-il arriver? Le ventricule gauche pousse le sang dans l'aorte; si à l'orifice aortique se rencontre un obstacle, le ventricule se contractera en vain, le sang stagnera en partie dans le ventricule, d'où il ne pourra être expulsé complétement, malgré les contractions énergiques des parois musculaires. Par suite, il y aura stagnation du sang dans l'oreillette gauche, dans les veines pulmonaires et dans les poumons eux-mêmes; il y aura stase du sang également dans les artères pulmonaires, dans le ventricule et l'oreillette droits, dans les veines caves; l'obstacle au cours du sang dans le système artériel produira donc forcément un ralentissement dans la circulation veineuse, conséquemment il surviendra une suffusion séreuse. Nous pensons, d'après cela, et vous comprendrez avec nous que les personnes qui ont écrit que les épanchements ou les infiltrations séreuses n'étaient déterminés que par les obstacles au cours du sang veineux, et placés dans le système veineux, que ces personnes, disons-nous, ont commis une grave erreur.

Dans toutes les affections du cœur, il suffit que le sang ne puisse pas circuler librement pour qu'il y ait hydropisie; cette cause est très fréquente, et nous n'y insisterons pas plus longuement. On a dit que les suffusions séreuses ne reconnaissent jamais pour cause une altération du poumon, même chronique. Cette assertion est erronée; nous avons entendu, il y a déjà bien longtemps, professer l'opinion contraire par Chaussier, qui soutenait, et avec raison, comme le démontre l'expérience de chaque jour, qu'il y avait souvent des suffusions séreuses produites par des altérations chroniques et organiques de l'appareil pulmonaire. Voici comment il expliquait ce fait: « Lorsque le poumon, disait-il, est fortement comprimé, il est évident que ses fonctions ne peuvent point s'exécuter facilement; une des fonctions les plus importantes, c'est la perspiration pulmonaire; si cette perspiration cesse de se faire, le sang doit devenir plus séreux qu'il n'est habituellement, en raison du séjour dans l'économie d'une quantité de liquide plus abondante qu'à l'état normal. Par le fait seul du défaut de la perspiration pulmonaire, le sang contenant donc une plus forte proportion de sérosité, une hydropisie doit survenir. » Les auteurs dont nous combattons l'opinion se sont efforcés de trouver toujours, dans les cas de cette espèce, une lésion organique autre que l'affection pulmonaire. Mais nous avons vu des phthisiques qui n'ont d'autre affection que leur tuberculisation pulmonaire, et chez lesquels cependant survient un œdème des membres inférieurs, quelquefois un épanchement abdominal.

Les hydropisies peuvent quelquefois dépendre d'une affection d'un organe contenu dans l'abdomen. C'est un médecin anglais, Bright, qui a le premier fixé l'attention sur une des maladies les plus graves et les plus importantes dont puissent être atteints les reins, maladie qui porte aujourd'hui le nom de maladie de Bright, vu l'impossibilité où l'on s'est trouvé

jusqu'à présent d'en trouver un plus convenable. L'altération des reins qui est particulière à cette affection n'est pas nouvelle ; longtemps avant Bright elle avait été observée et décrite ; on savait qu'elle produisait l'hydropisie, et l'on avait déjà remarqué qu'il y avait à la fois moins d'albumine dans le sang, plus d'albumine dans les urines ; mais ces rapports de cause à effet n'avaient été que vaguement entrevus, et ce n'est véritablement que des travaux du docteur Bright que date la connaissance exacte que l'on en possède maintenant. Nous aurons occasion de revenir plus en détail sur cette maladie ; qu'il nous suffise de vous dire aujourd'hui qu'il existe une altération des reins qui peut produire une hydropisie ascite, et qui détermine la présence de l'albumine dans les urines.

Bien plus souvent que les autres, comparativement à leur fréquence, les maladies du foie déterminent la suffusion séreuse dans la cavité péritonéale. Le mécanisme en est facile à comprendre. Quelle que soit la maladie du foie à laquelle on ait affaire, il y a compression ou oblitération de la veine porte, et obstacle à la circulation veineuse. S'il y a obstacle à la circulation, forcément il y a hydropisie et exhalation séreuse à la surface du péritoine. Toutes les altérations possibles du foie peuvent donner lieu à une suffusion séreuse soit générale, soit péritonéale.

Quelques-unes des affections chroniques organiques des viscères abdominaux déterminent encore des hydropisies, et cela de deux manières : d'abord, il peut y avoir compression des veines abdominales, par la présence de tumeurs cancéreuses, par exemple, situées dans leur voisinage et sur leur trajet ; puis, ensuite, ces affections carcinomateuses, qui sont éminemment des affections générales, portent un trouble profond dans l'organisme entier ; l'altération du sang qu'elles déterminent est certainement susceptible de produire des hydropisies. Il est hors de doute pour nous que le cancer, arrivé à une certaine période, peut déterminer l'affection symptomatique dont nous vous entretenons ici. Les maladies organiques portent leur action sur l'économie entière. Les maladies du foie, de la rate, des intestins, soit qu'elles produisent des tumeurs qui comprennent ou non les vaisseaux, soit qu'elles agissent seulement par retentissement sur l'organisme entier, peuvent certainement produire souvent des hydropisies.

Les auteurs qui se sont occupés de l'histoire des hydropisies n'ont point admis l'inflammation comme cause déterminante ; on a prétendu, par exemple, que la péritonite ne la produisait jamais. Cependant, dans la phlegmasie du péritoine il y a constamment des traces d'épanchement plus ou moins abondant de sérosité dans l'abdomen. Si l'inflammation est aiguë, l'exhalation sera peu considérable ; mais si les symptômes inflammatoires diminuent d'intensité et d'acuité, sans que pour cela la phlegmasie devenue chronique cesse d'exister, la suffusion séreuse peut augmenter, et alors, évidemment, elle sera la suite et la conséquence de l'inflammation.

Nous avons tout lieu de croire que les hydropisies que nos devanciers ont désignées sous le nom d'hydropisies actives n'étaient autre chose que le résultat de quelques inflammations ou subinflammations. Lorsque Breschet a publié une dissertation sur les hydropisies actives, les faits qu'il a donnés à l'appui de ses opinions n'étaient évidemment, ainsi qu'il résulte de leur analyse, que des observations d'hydropisies symptomatiques d'inflammations. On admet que dans les hydropisies dites actives, il y a chaleur de la peau, soif vive, etc. ; que les sujets qui en sont atteints sont pour la plupart jeunes, pléthoriques, à circulation forte, à pulsations artérielles développées ; rien, ce nous semble, n'autorise à rejeter l'inflammation comme cause de la production de l'ascite ; probablement cette inflammation n'aura pas été reconnue, peut-être parce qu'elle n'était pas parfaitement caractérisée. Ce qui viendrait encore à l'appui de notre manière de voir, c'est que dans les cas de cette nature le liquide épanché contient une quantité d'albumine plus considérable que celle que l'on rencontre dans les autres hydropisies. D'après les auteurs qui ont de la tendance à admettre cette opinion, il y aurait irritation sécrétoire. Quelle différence faites-vous entre cette irritation sécrétoire et l'inflammation ? où devra-t-on s'arrêter dans ces distinctions ? N'est-il pas plus simple d'admettre l'existence d'une inflammation moins intense, moins étendue.

Ainsi, pour nous, les hydropisies hypersthéniques actives peuvent être rapportées à un travail inflammatoire ; les hydropisies passives seront celles qui sont déterminées par un obstacle au cours du sang. Nous avouons, du reste, que nous tenons fort peu à cette division, et que nous y attachons bien peu d'importance.

Comment s'y prendre pour distinguer les causes de l'hydropisie ? Nous avons dans nos salles plusieurs malades qui présentent une tuméfaction et une augmentation notable du volume du ventre. Quelle est la cause de cette augmentation de volume ? Sont-ce des gaz, est-ce un liquide simplement répandu dans la cavité de la séreuse ? Est-ce une hypertrophie de quelque organe vésical ? Il est toujours possible et le plus souvent très facile de reconnaître s'il y a une simple tympanite. De tout temps, on a su établir le diagnostic différentiel entre la présence des gaz et celle des liquides dans l'abdomen. La sonorité exagérée du ventre, une résonnance, comme l'indique du reste le nom même de la maladie, analogue à celle que l'on produirait en frappant sur un tambour, sera un signe infaillible de la présence de gaz dans la cavité du ventre. Maintenant, ces gaz sont-ils renfermés dans le tube digestif ? sont-ils dans le péritoine lui-même ? C'est une question secondaire et qui nous occupera plus tard.

Une fois démontré ce point important, que la tuméfaction abdominale n'est point due à des gaz, une autre question se présente. Les matières contenues dans le ventre sont-elles solides ou liquides ? La percussion vient encore à l'aide de l'observation, et constitue sans aucun doute le meilleur procédé de diagnostic.

Est-ce un liquide ? Lorsque vous pratiquez la percussion sur un des côtés de l'abdomen, la main placée sur le côté opposé à celui sur lequel vous frappez sent manifestement l'impulsion, le flot du liquide. Il y a des cas où cette sensation de flot ne peut être perçue, soit qu'il existe des cloisons qui divisent en plusieurs loges la poche qui contient le liquide, soit par toute autre cause. Mais alors, et quand on ne peut produire ce signe caractéristique, en percutant d'un côté à l'autre, on percute sur de petites portions de l'abdomen en diminuant l'intervalle qui sépare les deux mains. Mais il vous sera toujours facile de reconnaître que c'est un liquide et non pas des gaz qui sont contenus dans le ventre.

La statistique officielle publiée par le ministère du commerce porte le nombre de tous les aliénés en France, tant ceux des établissements publics que ceux qui existent en dehors, à 18,350, terme moyen de sept recensements annuels et généraux de 1835 à 1841. Il y a certainement une augmentation progressive dans le nombre des aliénés. Ainsi, les admissions, qui étaient au nombre de 3,947 en 1835, se sont élevées en 1841 à 5,851 ; et dans le même laps de temps, le nombre total des aliénés, qui était en 1835 de 14,486, s'est porté à 19,738. Il en résulte une augmentation bien évidente dans le nombre des aliénations mentales.

NOUVELLES.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : *Officiers :* MM. les docteurs Viguerie, de Toulouse ; Coze, de Strasbourg. — *Chevaliers :* MM. les docteurs Sgaud, de Toulouse ; Michel Lévy, de Metz ; Rampon ; Puydebat, professeur à Bordeaux ; Vastel, professeur à Caen ; Robin, professeur à Grenoble ; Pointe, professeur à Lyon ; Roussel, professeur à Marseille ; Parchappe, professeur à Rouen ; Tonnellé, professeur à Tours ; MM. Guibourg et Félix Boudet, professeurs à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Sur la présentation du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur : MM Long, médecin de l'hospice civil à Tours ; Bravet, médecin civil chargé du service de santé du Fort-Barraux (Isère) ; Chassinat, chirurgien du ministère de l'intérieur ; Hubert, médecin de l'hôpital civil de Mayenne ; Hutin, médecin de l'hôpital de Joinville (Haute-Marne) ; Cagnon, médecin de Vitry-le-Français ; Briard, médecin à Montbrison ; Jousseran, docteur-médecin de Lons-le-Saulnier ; Billardet, médecin à Beaune ; Bernard, médecin à Moulins.

— M. Emile Chevé ouvrira un nouveau cours d'anatomie le mercredi 3 juin, à 1 heure, chez lui, rue Saint-André-des-Arts, 60.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 64. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 1er JUIN 1846.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE.

La Commission a l'honneur de prévenir messieurs les adhérents que l'impression des *Actes du Congrès* est terminée, et que le volume auquel ils ont droit est en distribution.

Pour éviter la confusion et les erreurs qui pourraient résulter d'une distribution aussi considérable, la Commission a cru devoir prendre certaines mesures qui sont indiquées dans la *circulaire n° 4*, en ce moment en voie d'être adressée à tous les adhérents. Ceux de messieurs les adhérents qui par erreur, omission, fausse adresse, inexactitude de la poste, n'auraient pas reçu cette circulaire avant le 15 juin, sont priés de la réclamer (*franco*) à M. le docteur Amédée Latour, secrétaire-général de la Commission, rue Richer, n° 44, à Paris. Cette circulaire est, en effet, indispensable pour la remise du volume.

Des devoirs nombreux et urgents ont été imposés à la Commission permanente;

Faire imprimer les *actes du Congrès*, travail long et pénible qui a exigé plus de temps qu'il n'était permis de s'y attendre;

Poursuivre la *réalisation des vœux du Congrès* auprès des autorités compétentes; ce qui a nécessité des entrevues fréquentes avec messieurs les ministres de l'instruction publique, de l'agriculture et du commerce, de l'intérieur, de la justice et de la guerre, toutes administrations chargées de présenter ou d'harmoniser les projets de loi relatifs à l'enseignement, l'exercice et la police des trois branches de l'art de guérir; administrations avec lesquelles la Commission a dû se mettre en rapport, afin que la concordance qui a régné dans les vœux du Congrès se retrouvât dans les divers projets de loi;

Organiser l'*Association médicale en France*, mission grave, hérissée de difficultés qu'il lui a été permis de surmonter dans le plus grand nombre de cas, qui a nécessité une correspondance immense, des relations suivies avec le plus grand nombre des arrondissements de la France, travail non encore terminé, mais dont le tableau fidèle sera incessamment mis sous les yeux de messieurs les adhérents par la circulaire générale n° 5;

Entretenir avec le corps médical, soit plus ou moins généralement au moyen de *circulaires*, soit individuellement en répondant aux nombreuses demandes qui lui ont été adressées sur des intérêts généraux ou particuliers, des relations confraternelles et utiles;

Tels étaient les devoirs pressants et actuels qui étaient d'abord imposés à la Commission, tels sont les devoirs qu'elle s'est empressée jusqu'ici de remplir avec dévouement. La mission, le mandat qui lui ont été confiés par le Congrès n'étaient pas autres; elle n'a pu, elle n'a dû que s'y conformer.

Aujourd'hui qu'un peu plus libre de ces soins importants elle peut consacrer plus de temps à l'étude d'autres questions, la Commission les a mises à son ordre du jour, et, parmi elles, celle d'un Cercle médical de France proposée par quelques honorables confrères de Paris.

Aux demandes qui lui ont été adressées à cet égard, la Commission répond qu'elle ne peut voir qu'avec le plus vif intérêt les tentatives faites pour resserrer les liens de confraternité parmi le corps médical de Paris et des départements, qu'elle en désire ardemment le succès. Mais, comme Commission du Congrès et pour parler au nom de cette grande réunion, elle est obligée de reconnaître que ses idées, sur cette question, objet des préoccupations sérieuses et honorables d'un grand nombre de nos confrères, n'ont pas encore été par elle le sujet d'un travail assez étendu, assez complet pour qu'elle puisse se prononcer dès aujourd'hui d'une manière décisive.

Les études faites en dehors de la Commission, celles auxquelles elle va se livrer elle-même, lui permettront plus ou moins prochainement sans doute, elle l'espère, elle le désire, de s'associer plus explicitement à cette belle entreprise.

Voici quelques fragments de la circulaire n° 4 adressée en ce moment par la Commission à MM. les adhérents du Congrès médical de France, qui sont instamment invités à la communiquer à ceux de leurs confrères qui n'ont pas pris part à cette manifestation.

« .... Aujourd'hui, en vous annonçant la publication de l'ouvrage contenant les actes du Congrès, la Commission permanente trouve une occasion toute naturelle de vous entretenir des intérêts généraux du corps médical et de vous faire connaître la situation réelle de nos affaires. Chargée de la mission importante de poursuivre la réalisation des vœux du Congrès, la Commission doit à tous ceux qui ont pris part à cette manifestation un compte fidèle de ses démarches et de ses actes, elle leur doit la vérité tout entière; car ce n'est que par la connaissance exacte de la position que le corps médical pourra se faire une idée juste des difficultés du moment, et prendre les mesures nécessaires pour les surmonter.

» Quel était notre espoir à tous après le 15 novembre? Que la présente session législative ne se passerait pas certainement sans que la loi promise sur l'organisation de l'enseignement et des professions médicales ne fût présentée, présentée en temps utile pour être discutée et adoptée.

» Les promesses faites à cet égard avaient été si solennelles, accueillies par des acclamations si unanimes, que le Congrès se sépara sous une impression à la fois de confiance et d'espoir.

» Cependant la session s'achève et le projet de loi n'a pas été présenté; il le serait aujourd'hui qu'assurément il ne pourrait pas être discuté; de sorte que la réalisation de nos vœux est retardée au moins d'une année, et encore dans l'imminence d'une législature nouvelle, qui pourrait prévoir les modifications politiques qui surgiront des prochaines élections générales?

» La Commission a fait tout ce qui était en son pouvoir pour que la loi fût présentée cette année..... Dans toutes ses entrevues, elle a renouvelé ses instances, elle a rappelé les promesses faites, et toujours il lui a été répondu que ces promesses avaient été sérieuses et sincères, qu'elles seraient certainement tenues, et que l'intention du gouvernement était de présenter la loi aux chambres dans cette session même.

» Quels que soient les empêchements graves et imprévus qui sont venus paralyser d'aussi bonnes intentions, toujours est-il que l'événement ne les a pas encore justifiées.

» Cette occasion si propice paraît être perdue, la Commission le reconnaît, avec une douleur d'autant plus vive, qu'elle a plus longtemps conservé ses espérances; mais elle manquerait à son devoir le plus impérieux si elle ne le déclarait pas avec sincérité; elle estime, en effet, que le danger sera d'autant moins grand qu'il sera mieux connu.

» Ce danger, il est tout entier dans la position que va prendre le corps médical dans ces graves circonstances. Si ce retard le jette dans le découragement, s'il retombe dans l'isolement et l'indifférence; s'il perd surtout sa confiance en lui-même; alors, sans aucun doute, la situation sera pire qu'elle n'était avant le Congrès, car alors il sera démontré que toute cette agitation aura été stérile, qu'elle s'est éteinte impuissante devant les premiers obstacles qu'elle a rencontrés.

» Mais que de motifs pour qu'il n'en soit pas ainsi!

» Le plus grand, le plus puissant, nous devons le trouver dans la nature même de nos vœux. Le Congrès, en effet, n'a pas été une manifestation seulement professionnelle, mais encore et surtout une manifestation sociale; nos intérêts propres n'étaient pas seuls en cause, mais encore les intérêts de la société. Nous sommes-nous bornés à demander au gouvernement aide et protection pour nous seuls? Nos restrictions, nos exigences, est-ce à nous seuls qu'elles doivent profiter? Le déplorable état de nos institutions médicales, est-ce à nous seuls qu'il est préjudiciable? Veuillez y réfléchir, Monsieur et très honoré collègue; la participation que vous avez prise au Congrès vous impose la condition de la persévérance, la persévérance sans laquelle les plus généreux efforts restent sans résultats. Car, dans ce conflit extrême des idées, des principes et des intérêts quelles améliorations peuvent être obtenues aujourd'hui sans fermeté dans la demande, sans opiniâtreté dans la lutte? Ce que nous demandons est légitime, moral, essentiellement humanitaire; nos sollicitations ne sont pas celles d'une industrie aux abois, qui réclame à l'Etat des secours, au pays des sacrifices; non. A la société nous demandons, pour elle, sécurité; pour nous, protection; et cette demande n'est pas seulement un acte professionnel, c'est un acte de citoyen que nous sommes tenus d'accomplir jusqu'au bout.

» Veuillez remarquer, d'ailleurs, que, quoique nos espérances soient pour le moment déçues, l'effet moral du Congrès n'en a pas moins été considérable; c'est une raison de ne pas laisser l'impression s'en effacer, le souvenir se perdre, et précisément, n'ayant rien obtenu, nous restons avec toute la légitimité de nos griefs et une urgence plus grande encore d'en obtenir la réparation.

» Il serait d'ailleurs injuste de ne pas rappeler à MM. les adhérent que M. le ministre de l'instruction publique a montré la vive impress

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La presse médicale excentrique.

A l'occasion de quelques réflexions présentées dans mon dernier article sur la publicité donnée dans un journal politique aux faits d'un service public d'hôpital, j'ai été invité par un de mes amis, confrère honoré et honorable, aux conseils de qui j'ai l'habitude de me rendre, j'ai été invité à donner mon opinion sur cette invasion de la presse politique dans nos affaires médicales, sur cette publicité que j'appelle excentrique, recherchée aujourd'hui avec empressement, innovation récente qui tend à se répandre, et dont par conséquent il importe d'examiner la valeur, la nature et le but

Cette question me paraît complexe, et peut être examinée sous le triple point de vue, 1° de la moralité, 2° de l'utilité générale ou individuelle, 3° des conséquences.

1° *Moralité*. Pour résoudre ce premier point, il est nécessaire d'interroger le sens intime et la conscience publique sur les idées généralement admises relativement à la publicité médicale. Toute question de moralité doit passer sous ces fourches caudines. Ici, les opinions individuelles ne sont rien. Interrogez cent individus un à un, vous n'obtiendrez que des réponses variables et diverses; parce qu'il est variable dans son développement, le sens moral dont nous sommes doués. Interrogez les en masse, et la part de chacun va produire une somme importante que tout esprit judicieux ne pourra pas négliger.

Or, il est incontestable que l'immense majorité des médecins considère comme une chose peu digne, peu morale, la publicité excentrique. Avant l'innovation dont je parle, qui en faisait usage? Les charlatans seuls. Pourquoi cette répugnance générale? Parce que l'austère dignité du médecin n'a jamais souffert une assimilation avec les arts, les industries, les métiers dont la publicité est l'âme et la vie, parce qu'elle n'a jamais voulu que le médecin mette une enseigne à sa porte comme le tailleur, parce que l'exercice de la médecine a été regardé comme un sacerdoce qui doit toujours se placer au-dessus des intérêts purement matériels.

Ces principes, sévères si l'on veut, peu en harmonie, j'en conviens, avec les tendances générales de la société, sont néanmoins réels, vivaces, généraux; ils existent, et, à ce compte, qui les brave ou les méprise fait acte de légèreté et d'imprudence.

Dans l'opinion publique, donc, la publicité médicale, en dehors de ses limites naturelles, c'est-à-dire des journaux spéciaux, est une action blâmable, contraire à la dignité de la profession, à la moralité de l'art.

En effet, dit cette opinion publique, que cherche-t-on dans la publicité excentrique, à faire ou à faire faire son éloge, à vanter son habileté, son diagnostic, son traitement. Le charlatan fait-il autre chose?

— Non, mais il le fait à la quatrième page, en style d'annonce et la trompette à la bouche, tandis que nous régnons dans le corps du journal en style académique, et le bonnet doctoral au front.

— S'enivrer au cabaret ou au Café de Paris, avec du champagne ou du vin bleu, c'est toujours de l'ivrognerie.

— Oui; mais nous tuons ainsi la réclame.

— Non pas, vous l'imitez.

— Nous chassons le charlatanisme du journal.

— Pour lui substituer l'éloge complaisant.

— Nous élevons la publicité en l'épurant.

— Vous abaissez la profession en descendant à la publicité.

Sur ce terrain des principes, je ne crois pas que la publicité excentrique pût tenir longtemps; aussi, pour échapper aux étreintes de l'argumentation morale, besoin lui sera de se retourner du côté de l'application et du *modus faciendi*.

Ce côté du sujet est grave; mais comme je n'ai pas ici beaucoup d'espace et que je ne puis qu'indiquer en courant, je poserai tout de suite cette question à la publicité excentrique:

A part les conditions de talent et d'instruction faciles à trouver, y a-t-il dans la littérature médicale un écrivain assez courageux, assez indépendant des hommes et des choses, assez libre d'affections ou d'antipathies pour traiter, dans un journal politique, les questions d'art et de pratique médicale au point de vue de l'examen, de l'appréciation et de la critique?

J'assure que je n'en connais pas un seul.

Et que si on me disait: En voici un; je répondrais tout de suite: C'est un grand malheur.

C'est un grand malheur pour la dignité de l'art que le public soit incessamment mis dans la confidence de nos erreurs, de nos fautes, de nos divergences, de nos doutes, de nos indécisions.

C'est un grand malheur pour le malade qui lit la critique de son médecin, de perdre sa confiance et son espoir en lui.

C'est un grand malheur pour le médecin de voir le public lui retirer son estime

Mais ce malheur n'est pas à craindre, et j'affirme qu'au point de vue critique, la publicité excentrique n'est pas possible.

L'élément critique lui manquant, que fera-t-elle? L'insertion pure et simple des articles donnés, c'est-à-dire de la complaisance.

Ce sera M. tel qui guérira tous les asthmatiques de son service, M. tel autre toutes les paralysies, celui-ci les hernies, celui-là l'hydrocèle, tous une maladie très fréquente, très répandue, qui encombre le salon d'excellents clients.

Ce sera, qu'on me passe l'expression, le *chantage* à la consultation. Oui, ce résultat est fatalement inévitable même avec les rédacteurs les plus honnêtes, et j'adjure tout le monde d'y réfléchir sérieusement.

Sous ce premier point de vue, la moralité, la question me paraît résolue par les principes; Dieu veuille qu'elle ne le soit pas bientôt aussi par les faits.

2° *Utilité*. Je cherche en vain à quels intérêts généraux la publicité excentrique pourra être utile.

Sera-ce à la science?

Nul ne le pense. La science a besoin de plus d'espace que l'étroite colonne des journaux politiques; elle a besoin de lecteurs plus recueillis, plus compétents. La science n'est pas possible dans ce milieu-là; elle n'y serait pas accueillie, son austère langage effraierait, ennuierait le public de ces journaux. La science a ses recueils, ses journaux, ses lecteurs; sa publicité n'est pas en souffrance, au contraire, il y a pléthore, double et triple emploi sur tous les points, chaque idée a son organe, chaque élément de la science sa tribune. La publicité excentrique n'est donc utile à aucun intérêt scientifique, aucune espèce de besoin ne s'en fait sentir.

Sera-ce à la profession?

Pas davantage, et, au contraire, j'y vois un danger pour elle, pour la profession en masse, pour son élément le plus nombreux, l'élément tiers-état. Que l'on y réfléchisse; croit-on que la publicité excentrique puisse s'adresser au praticien modeste, mettre en lumière le savant ignoré, encourager le travail jeune et inconnu? Non, il lui faut de grands noms, des réputations consacrées, des académiciens, des professeurs. Or, comme cette publicité ne peut pas être critique, je l'ai prouvé, comme elle est fatalement vouée à la complaisance et à l'éloge, elle est fatalement vouée aussi à nuire à la profession en masse en poussant incessamment le flot de la bonne clientèle vers l'élément aristocratique. Encore une fois, pensez-y, développez ces idées que j'indique seulement, et vous verrez au bout un grand péril que je vous conjure d'éviter. Exemples tout récents. — Une dame de province, atteinte d'une maladie de la moelle, est confiée aux soins intelligents et probes d'un jeune confrère de Paris. Il y a quelques jours, parut dans un journal une leçon d'un médecin d'hôpital sur ces maladies. Le lendemain, lettre du mari, qui enjoignait à sa femme d'aller consulter au plus vite l'auteur de la leçon. — A moi-même est arrivé ceci: Je donne des soins à un monsieur atteint de la même maladie, et paraplégique depuis dix ans. A ma dernière visite, j'ai

sion que les travaux du Congrès avaient produite sur son esprit; ainsi il a généreusement participé à la souscription du monument que nous voulons élever à la mémoire de Bichat; il a souscrit pour trois cents exemplaires à la publication des actes du Congrès; enfin il a prouvé, en provoquant récemment une ordonnance royale, que, dans son opinion, et en vue de la présentation prochaine de la loi, l'institution des jurys médicaux avait fait son temps, puisque, au lieu de les renommer pour trois ans comme le veut la loi, il a prorogé d'une année seulement leur composition actuelle.

» Ainsi donc, ce que nous avons fait l'année dernière n'a pas été complétement stérile; les pouvoirs de l'état s'en sont émus, pas suffisamment sans doute, mais beaucoup plus qu'ils ne l'avaient fait depuis trente ans. Eh bien! sachons persévérer, et l'effet purement moral que nous avons produit finira par se traduire en actes réels et durables; opiniâtrons-nous à la poursuite de nos droits, et ce que nous n'avons pas obtenu hier nous l'obtiendrons demain.

» Pour cela que faut-il faire?

» Deux choses :

» 1° Au moment des élections générales, il faut que tout adhérent au Congrès emploie toute son influence personnelle, directe ou indirecte, à faire connaître aux candidats à la députation la légitimité de nos griefs, l'urgence de nos vœux.

» En donnant ce conseil, la Commission permanente n'entend pas dire aux adhérents de faire abnégation de leurs sympathies, de leurs convictions politiques. A Dieu ne plaise qu'elle fasse cette injure au corps médical de supposer qu'un seul de ses membres puisse oublier ses devoirs de citoyen pour ses intérêts de profession.

» Ce que seulement la Commission veut dire, ce que seulement elle recommande, c'est que, dans un moment où les candidats à la députation font leur programme, celui que les adhérents auront choisi, ou sur l'élection duquel ils auront une influence quelconque, mette dans son programme les intérêts du corps médical, que ces intérêts lui soient chaudement recommandés, et qu'il arrive à la chambre bien renseigné, bien disposé, de manière que la Commission ensuite n'ait plus qu'à lui rappeler ses engagements et ses promesses.

» Veuillez remarquer, Monsieur et très honoré collègue, et ceci est très important, que la nature, le but de la loi que nous sollicitons, mettent toutes les opinions politiques à l'aise, ne peuvent répugner à aucune, que l'adoption ou le rejet de cette loi ne peuvent avoir aucune influence gouvernementale, et que par conséquent l'engagement que vous solliciterez de votre député comme membre du corps médical peut de tous points se concilier avec l'engagement que vous pourriez lui demander comme citoyen.

» Cette circonstance est complétement favorable, et si, dans cette occasion, le corps médical agit avec ensemble et tenue, la prochaine session ne se passera pas certainement sans qu'il ait reçu satisfaction.

» Les *actes du Congrès* que vous allez avoir entre les mains, et dont la Commission vous engage à bien vous pénétrer, vous fourniront tous les motifs, tous les arguments que vous pourrez faire valoir pour édifier votre député sur les questions qui vous intéressent. Un exemplaire en sera remis à chaque député lui-même, dès le début de la session prochaine, par les soins de la Commission permanente, qui ne manquera pas de faire ici toutes les démarches nécessaires.

» 2° Ces moyens tout individuels dont la Commission vous engage avec instance à vous servir, doivent être appuyés, fortifiés par de mesures générales, et qui puissent impressionner plus vivement encore les législateurs.

» Après mûre réflexion, la Commission a pensé qu'une pétition immense et collective, présentée à la chambre des pairs et à celle des députés par un de leurs membres dès le début de la session prochaine, serait un moyen d'une grande puissance pour agir aussi bien sur les bonnes dispositions des ministres que sur le zèle des législateurs.

» A cet effet, la Commission a rédigé et a l'honneur de vous transmettre un projet de pétition que vous trouverez ci-après.....

» La Commission permanente ne cessera de le répéter au corps médical, c'est en lui seul que sera sa force, c'est par lui seul qu'il obtiendra la réalisation de ses vœux, c'est par la fusion complète de ses intérêts et par la généralité de ses réclamations qu'il arrivera au but qu'il veut atteindre. Le Congrès a admirablement senti ce besoin de fusion générale, il a merveilleusement prévu tous les résultats que l'on peut en attendre en votant l'institution des *Associations médicales* dans les arrondissements de la France.

» Chargée de l'importante mais difficile mission de provoquer et d'organiser cette institution, la Commission l'a acceptée, et elle croit l'avoir remplie avec zèle et dévouement. Elle est heureuse d'annoncer que ses efforts ont été suivis de succès. Le tableau qu'elle mettra prochainement sous vos yeux de l'état actuel de l'*Association médicale* en France est de tous points très satisfaisant. Elle a lieu d'espérer que, par cette publication, elle excitera le zèle des localités où l'association n'existe pas encore, et que partout aujourd'hui, et dans les circonstances actuelles, le corps médical sentira le besoin de concentrer ses éléments de force et de moralité pour obtenir un résultat commun.

» On comprend, en effet, que là où l'association existe, les démarches et les mesures recommandées par la Commission auront un caractère plus imposant, fixeront bien plus vivement l'attention, émanées du Corps médical de tout un arrondissement, que celles qui ne seront que l'acte isolé d'un membre de la famille médicale. Que Messieurs les adhérents veuillent bien le comprendre, toute amélioration, pour être obtenue, exige le concours et les efforts du plus grand nombre; c'est la généralité, l'uniformité des vœux qui en font la puissance, qui attirent l'attention; qui conduisent au succès. L'association est le moyen par excellence pour obtenir cette généralité, cette uniformité. Si vous voulez la fin, il faut vouloir les moyens, et pour cela il ne faut pas se laisser décourager par les premiers obstacles qui se rencontrent. Dans quelques arrondissements, on nous objecte l'indifférence générale, l'esprit de rivalité et les mauvaises passions qui en résultent, qui s'opposent à ce que les hommes bien intentionnés se mettent en avant.

» Mais quel est donc le but de l'association, si ce n'est précisément de faire cesser cette indifférence, de mettre un terme à cette rivalité professionnelle et aux passions qui en découlent? N'est-ce pas là, précisément, où ces passions existent, que l'association est appelée à rendre le plus de services? D'ailleurs, souvent on s'exagère le mal, on grossit les difficultés, et souvent il ne faudrait qu'une tentative un peu généreuse pour qu'on fût surpris de voir les obstacles s'éloigner et disparaître. Qui vous a dit que ces mêmes sentiments que vous éprouvez de regret et de désir d'amélioration, ne soient pas partagés par un grand nombre de nos confrères? Qui vous a dit qu'ils seraient sourds à votre appel qu'ils attendent peut-être? Et, en définitive, le mal dont vous vous plaignez ne le ressentent-ils pas eux-mêmes? S'ils s'éloignent les uns des autres, a-t-on fait quelque chose pour les réunir?

» Essayez donc, Monsieur et honoré collègue, si votre localité est encore dans l'exception, faites toutes les tentatives possibles, réunissez d'abord un petit noyau de collègues, comme vous dévoués, agissez de proche en proche, et vous verrez peu à peu par le seul caractère moral et bienfaisant de l'association, le succès couronner votre œuvre, comme ont eu la satisfaction de le voir tant d'honorables collègues à qui nous devons le progrès de cette institution.

» La circulaire n° 5 à laquelle la Commission travaille en ce moment, vous présentera le tableau consolant de tous les efforts qui ont été faits en France pour réaliser les derniers vœux du Congrès et les résultats vraiment remarquables qui ont été déjà obtenus.

» Dans la circulaire n° 6, qui la suivra immédiatement, la Commission rendra compte aux adhérents de l'emploi des fonds provenant de la cotisation pour le Congrès.

» Nous avons l'honneur d'être,

» Monsieur et très honoré Collègue,

» Vos dévoués serviteurs,

» SERRES, BOUILLAUD, SOUBEIRAN, AMÉDÉE LATOUR, F. BOUDET, RICHELOT, VILLENEUVE, MALGAIGNE, MIQUEL, BLATIN, VÉE, ALP. GARNIER, HAMONT, LEBLANC, COLLIGNON. »

HOPITAL NECKER. — M. LENOIR.

Phlébite du sinus latéral gauche consécutive à une inflammation de l'oreille moyenne, avec carie du rocher de ce côté. Diathèse purulente. Mort. Autopsie.

Fouque (Alexandre), âgé de quarante-six ans, paveur, d'un tempérament bilioso-nerveux, et d'une assez bonne constitution, est entré à l'hôpital le 13 janvier 1846.

Il n'y aurait, à son dire, dans sa famille, ni scrofuleux, ni phthisique. Il nous assure d'ailleurs n'avoir jamais eu de maladie vénérienne.

Vers la fin de 1844, Fouque eut une fièvre typhoïde qui le retint à l'hôpital jusqu'au 15 janvier suivant. Trois ou quatre mois après, il ressentit dans la tête des douleurs vagues, mais assez vives, et accompagnées d'un peu de surdité, qui durèrent cinq ou six jours. Vers la fin de juin, il fut pris presque subitement d'une violente céphalalgie qui l'empêcha de continuer son travail. Depuis quelque temps il éprouvait déjà des douleurs vagues dans la tempe, et même dans tout le côté gauche de la tête. Au bout d'une vingtaine de jours, elles cessèrent de nouveau pour devenir plus constantes et plus fortes, dans le mois d'octobre de la même année, et ne l'ont plus quitté depuis cette époque. Ces douleurs étaient très vives, lancinantes, et se faisaient sentir dans toute la moitié gauche du crâne et dans l'oreille du même côté. Le malade d'ailleurs n'entendait plus de cette oreille. Ces douleurs ont toujours été en augmentant; plus violentes tantôt dans l'oreille même, tantôt dans la région temporale. Depuis quelques mois il n'éprouve, du reste, aucun autre symptôme important, quoi qu'il m'ait dit avoir un peu maigri depuis plusieurs semaines. Le traitement employé jusqu'ici a consisté dans l'application, sur la région malade, de 40 sangsues et de 3 ou 4 vésicatoires volants.

Le 14, lendemain de son entrée, Fouque se plaint de douleurs sourdes dans toute la région temporale et dans l'intérieur même de l'oreille gauches. Il est complétement sourd de cette oreille. En arrière de cet organe, on voit une tumeur à large base, peu proéminente, et le doigt y perçoit un empâtement indiquant une suppuration profonde. Il n'y a, du reste, dans cet endroit, ni rougeur, ni douleur forte à la pression. Il se fait en outre, par l'oreille de ce côté, un écoulement purulent que le malade me dit exister depuis trois ou quatre ans.

L'examen des principales fonctions ne nous offre d'ailleurs rien de particulier à noter. L'appétit est diminué depuis quelques jours. Il y a un peu de constipation. Pouls normal; respiration naturelle. — Limonade; cataplasmes émollients sur la tumeur; pédiluves sinapisés; injections d'eau de guimauve dans l'oreille; 1 portion.

Le 15, la tumeur est un peu plus saillante, mieux circonscrite; elle n'est, comme la veille, ni rouge, ni très douloureuse à la pression. Le malade y accuse néanmoins de temps en temps quelques douleurs sourdes et profondes. La constipation persiste. — Même prescription; et de plus, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le soir, j'apprends que le malade a eu dans la journée quelques frissons de peu de durée.

Le 16, la tumeur présente une fluctuation assez manifeste pour que M. Lenoir croie devoir faire, immédiatement en arrière de l'oreille, une incision verticale de 3 centimètres environ de longueur, comprenant toutes les parties molles de cette région, et qui donne issue à une assez grande quantité de pus un peu fétide. En introduisant un stylet par l'ouverture de la plaie, on constate une dénudation de l'apophyse mastoïde dans une étendue assez considérable. La constipation a disparu. Le malade n'a point eu de nouveaux frissons. — Limonade; pédiluves sinapisés; cataplasmes émollients sur la tumeur; diète absolue.

Le 17, il ne s'est point écoulé une très grande quantité de pus. Le matin, sur les huit heures, et le soir, sur les quatre heures, le malade a éprouvé pendant deux ou trois heures des frissons qui ont été suivis de chaleur, puis de sueurs considérables. Il s'est endormi immédiatement après ces frissons. Inappétence; diarrhée; peau légèrement terreuse. Le malade semble abattu, et il faut l'exciter pour qu'il réponde nettement aux questions qu'on lui adresse. — Même prescription.

Le 18, Fouque a dans la journée des frissons qui ont présenté les mêmes caractères que ceux de la veille; ils ont cependant été moins violents. Sentiment de faiblesse, de prostration.

---

trouvé ce pauvre malade, le journal en question à la main, et fort embarrassé pour me dire qu'il avait aussi envie de consulter le médecin qui guérissait si bien. J'avoue qu'il aurait pu mieux s'adresser qu'à moi pour un pareil conseil. Je l'ai laissé libre, cependant. L'a-t-il fait? Je l'ignore.

Sera-ce au public?

Non, mille fois non. Grâce à Dieu, la masse médicale est éclairée, probe, instruite; le niveau moyen des connaissances est à une hauteur satisfaisante; nous pouvons nous dire ces choses entre nous : c'est que dans les cas graves, difficiles, périlleux, nous sommes tous, grands, moyens ou petits, nous sommes tous..... confrères, et, dans les cas ordinaires, il n'y a d'autre suprématie que celle du savoir-faire. Un de nos plus respectables confrères, le vénérable Ribes, a dit ceci : « D'après la connaissance que nous avons de notre organisa- » tion, et des désordres qui peuvent y survenir, nous voyons que le » médecin inhabile peut ne pas sauver un malade; mais heureuse- » ment, quelle que soit son impéritie, il doit causer très rarement la » mort, tant la nature a de ressources pour surmonter et détruire les » effets des plus mauvaises médications. » Plus on s'avance dans l'expérience médicale, plus on sent la profonde justesse de cette observation. J'en tire cette conclusion : c'est que le médecin inhabile étant aujourd'hui une exception rare, il est à peu près indifférent pour le public d'être traité par une sommité médicale ou par le tiers-état; que celui-ci appelle la consultation moins pour éclairer sa religion et sa conscience, que pour abriter sa responsabilité sous le manteau de quelque nom célèbre, et qu'en définitive, la publicité excentrique n'aura d'autre avantage pour le public que celui de lui faire plus largement ouvrir sa bourse.

Quant aux intérêts particuliers, sera-ce aux journaux eux-mêmes?

Ici je dois dire, et je dirai avec sévérité que l'introduction de la publicité médicale dans les journaux politiques a été basée sur un calcul injurieux pour les médecins. Heureusement ce calcul est faux. On a cru les attirer par l'appât de quelques publications en harmonie avec leurs études et leurs travaux de tous les jours; et quelle que soit la couleur du journal, on a dit : Ils oublieront, en présence de leurs intérêts de profession, leurs convictions, leurs sentiments de citoyens.

Injure et erreur.

Injure, le corps médical n'a donné à aucune opinion le droit de lui dire : Vous m'appartiendrez le jour où je ferai invasion dans votre domaine. Non, l'indépendance et le patriotisme du corps médical ont résisté à de plus séduisantes épreuves; il veut avant tout la gloire, la liberté de la patrie, et ses intérêts de profession il les sacrifierait à ses devoirs de citoyen.

Erreur; l'événement l'a prouvée, il le prouvera plus encore; on a compté sur une masse abonnable fictive, en dehors de toute réalité. Le corps médical, ses ressources, sa fortune générale, ses opinions, ses goûts, ses habitudes, ils n'ont rien étudié, rien apprécié, aussi la déception a été grande, et tel journal qui avait annoncé des publications médicales quotidiennes, n'en font guère plus qu'à huitaine et même à quinzaine.

Donc, utilité générale nulle, utilité particulière plus que contestable.

3° *Conséquences.* Elles découlent naturellement de ce qui précède :

Dignité de l'art affaiblie,
Moralité de la profession blessée,
Critique impossible,
Complaisance obligée,
Elévation des grands,
Humiliation du tiers-état,
Avantages généraux et particuliers nuls,
Dangers réels.

Voilà ce que je vois de plus clair dans la publicité médicale excentrique telle qu'elle existe, telle qu'on pourrait la projeter encore.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire? Est-ce à dire que notre science doive affecter une pruderie ridicule, s'éloigner du mouvement général des intelligences, et ne pas prendre aussi sa place au soleil de la publicité? Est-ce à dire que des éléments divers dont se composent les sciences médicales il n'en existe pas quelques-uns qui ne puissent, ne doivent point entrer dans les masses comme moyen d'instruction et de bien-être?

Au contraire, et le champ est immense, fertile, et promet d'abondantes moissons à qui saura le cultiver.

Eloignez-vous de la médecine pratique proprement dite; car là, un écueil menaçant se dresse devant vous.

Mais, l'hygiène publique et privée, et ses innombrables applications;

Mais, quelques questions de médecine légale, de jurisprudence médicale, de police sanitaire;

Mais l'examen critique de toutes ces déceptions scientifiques dont le public est dupe : l'homœopathie; le magnétisme, le camphre et tant d'autres mystifications;

Mais, le charlatanisme sous toutes ses formes;

Mais, quelques points intéressants de l'histoire de notre art, de nos hôpitaux, de nos institutions scientifiques ou bienfaisantes;

Mais, quelques appréciations nettes, courtes, bien senties, sur le rôle du médecin dans la société et dans la famille;

Mais, une immensité d'autres questions dans lesquelles notre art et notre profession se montreront sous leur véritable jour bienfaisant et moralisateur;

Voilà ce que vous êtes appelés à faire dans la presse politique; et ces conditions bien remplies, vous serez véritablement utile à la société en lui apprenant à aimer, à honorer, à respecter notre art.

JEAN RAIMOND.

NOUVELLES.

La Société de médecine de Paris se réunira en séance générale, sous la présidence de M. Devilliers père, le vendredi 5 juin prochain, pour célébrer le 50ᵉ anniversaire, depuis qu'elle est fondée, de 3 à 5 heures, salle St-Jean, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour. Coup-d'œil historique sur les travaux de la Société depuis sa fondation; par M. Sandras, secrétaire-général.

Quelques aperçus sur la calorification, par M. Robert Latour.

Mémoire sur l'extirpation de l'œil, par M. le professeur Bérard.

Du crétinisme et de l'éducation des crétins, par M. Fauconneau-Dufresne.

Compte-rendu des Mémoires qui ont obtenu les prix offerts par la Société en 1845, par M. Gibert.

— M. R. d'Amador, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Sur la demande du professeur Rech, médecin en chef de l'Asile public des aliénés de Montpellier, un concours spécial sera ouvert le 1er juillet prochain pour une place d'interne dans cet établissement. La durée des fonctions sera de trois ans. Outre un traitement annuel de 350 fr., l'interne aura, dans l'hôpital, la nourriture, l'éclairage et le chauffage.

— On vient de créer à la Faculté de médecine de Montpellier une place de chef des travaux chimiques, et M. Brousse, professeur-agrégé, a été appelé à remplir cet emploi nouveau.

— M. le docteur Aubanel, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Marseille, propose à ses confrères qui s'occupent de la même spécialité de se réunir en congrès à Paris, sous la présidence de M. l'inspecteur général, pour jeter les bases et arrêter les statuts d'une association générale des médecins des asiles d'aliénés, dont le foyer serait à Paris et les rayons dans les diverses localités de France où se trouvent des asiles. C'est une heureuse idée à laquelle nous applaudissons et que nous désirons voir se réaliser.

— M. le docteur Pajot a commencé son nouveau cours d'accouchements pour les sages-femmes le lundi 1er juin 1846, à deux heures, rue du Paon, 8.

Il sera terminé aux vacances.

Le 19, les frissons reviennent encore aux mêmes heures. Cette régularité de frissons et leur longue durée font espérer un moment qu'il s'agit simplement ici d'accès de fièvre intermittente, quoique la teinte ictérique de la peau, qui se prononce chaque jour de plus en plus, et l'aspect de la physionomie, fassent redouter une infection purulente. Du reste, le malade a toujours la diarrhée, et se plaint de quelques douleurs légères dans la tête. Quoi qu'il en soit, on lui donne 60 centigrammes de sulfate de quinine dans une potion à prendre en deux doses à deux et à six heures; diète; cataplasmes; injections émollientes.

Le 20, la tumeur de la région mastoïdienne a complétement disparu, quoi qu'il sorte encore par l'ouverture une certaine quantité de pus. Les frissons ne sont point revenus ce matin. Le malade semble aller mieux. — Même prescription.

Le 21, toux légère. Expectoration de crachats blancs mousseux. A l'auscultation, on entend du râle muqueux dans plusieurs points de la poitrine. Inappétence; soif médiocre; diarrhée assez considérable. — On continue le sulfate de quinine malgré la cessation des frissons.

Les 22 et 23, le malade semble aller un peu mieux; il ne se plaint d'aucune douleur, et se trouve bien. Les frissons n'ont point reparu. — On cesse le sulfate de quinine le 23.

Le 24, un peu de toux; crachats muqueux; point de dyspnée. La respiration est un peu moins nette à droite qu'à gauche, et cela surtout en arrière, où l'on entend quelques bulles de râle sous-crépitant.

Bruits du cœur faibles et comme éloignés. Point de matité anormale; pouls plein, légèrement vibrant, quoique dépressible; 70 pulsations environ.

Bouche amère, pâteuse; léger enduit blanchâtre sur la langue; inappétence, soif vive; point de nausées; diarrhée abondante; absence de douleurs abdominales; urines jaunâtres, épaisses, un peu sédimenteuses; l'amaigrissement pas très notable.

La plaie ne présente point un trop mauvais aspect, et laisse écouler une quantité de pus assez considérable. Plus de gonflement des parties molles. En introduisant un stylet, on sent parfaitement la dénudation de la face externe de l'apophyse mastoïde. Cette dénudation s'étend surtout en haut et en avant, où l'on passe l'instrument au dessus de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe. Du reste, le malade n'accuse aucune douleur dans l'oreille, non plus que dans la région temporale. Il ne semble plus depuis quelques jours y avoir d'otorrhée. La plaie est d'ailleurs en grande partie cicatrisée, et il ne reste plus à sa partie supérieure qu'une petite ouverture arrondie de quelques millimètres de diamètre, et présentant l'aspect des orifices extérieurs des trajets fistuleux. — Cataplasmes émollients; diète. On donne au malade une tisane de gomme sucrée un peu chaude.

Le 25, aucun changement notable dans l'état de Fouque. — Même prescription.

Le 26, le malade semble aller mieux.

Le 27, pouls un peu fréquent, toujours vibrant; langue et gencives sèches et fuligineuses; soif très vive.

Le 28, rien de nouveau.

Le 29, le pouls est plus fréquent (100 pulsations); il est un peu plus mou et dépressible que les jours précédents; diarrhée toujours abondante. — Même prescription.

Le 30, le malade va plus mal. A l'auscultation, on entend du râle ronflant et sibilant dans toute la partie antérieure de la poitrine du côté droit, Ce râle présente quelque chose de tout spécial qui le rapproche du râle typhoïde. Il existe en outre, en avant et en bas, du râle crépitant humide à grosses bulles. Du côté gauche, la respiration est plus nette, quoiqu'on entende çà et là quelques râles difficiles à caractériser. Peau jaune, terreuse; coloration jaunâtre de la sclérotique; 104 pulsations; un peu de délire la nuit; stupeur de la face. Fouque a eu hier dans la journée des frissons pendant une heure environ.

Le soir, le pouls est plus mou, plus dépressible et plus fréquent. Délire dans la journée; des frissons pendant une heure environ.

Le soir, le pouls est mou, plus dépressible et plus fréquent. Délire dans la journée.

Le 31, pouls beaucoup moins dépressible que la veille au soir; 100 pulsations environ; moins de stupeur de la face et de sécheresse de la langue. Le malade n'a point eu de nouveaux frissons; il pousse des plaintes toute la nuit plutôt qu'il ne délire. En arrière et à droite de la poitrine, on entend quelques bulles de râle crépitant et sous-crépitant, en partie masquées par du râle ronflant et sibilant. En arrière et à gauche, ce dernier râle seule existe. Des deux côtés, en arrière, il y a une matité légère dans toute l'étendue de la poitrine, et surtout en bas et à droite. La respiration est plus nette en avant, quoi qu'il y ait encore, principalement du côté droit, un peu de râle crépitant et sous-crépitant. — Même prescription.

Le 1er février, le malade va de plus mal en plus mal; il pousse constamment des plaintes. Selles presque liquides; langue et gencives très sèches et fuligineuses; stupeur et somnolence; quelques frissons. Le pouls est cependant encore assez plein et n'est point plus fréquent (90 pulsations).

Le 2, pouls plus mou et moins fréquent. Tous les symptômes de la veille persistent et présentent plus de gravité.

Le 3, le malade est dans un état de plus en plus désespéré. Il meurt à huit heures du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — Dénudation de toute la partie supérieure de la face externe de l'apophyse mastoïde s'étendant, dans un espace de 25 à 30 centimètres carrés, à 3 centimètres en arrière du conduit auditif externe, à 4 centimètres environ au-dessus de la racine horizontale de l'apophyse zygomatique. Le périoste est enlevé dans toute cette étendue, excepté au-dessus du conduit auditif, où l'exfoliation est incomplète. Il y a également dénudation de la partie postérieure du conduit auditif lui-même dans l'étendue de 1 centimètre environ, où la portion cartilagineuse est séparée de la portion osseuse du conduit. On aperçoit çà et là, et surtout à ce niveau, quelques petits trous remplis de pus et qui semblent, au premier abord, être des orifices vasculaires.

La surface du cerveau, au niveau de la partie moyenne du lobe sphénoïdal gauche, et la partie voisine du cervelet, présentent, dans l'étendue de 9 à 10 centimètres carrés, une teinte brun-violacé. En enlevant à ce niveau la pie-mère et le feuillet séreux qui la double en dehors, on voit qu'il y a là un ramollissement superficiel et peu étendu de la substance grise. Les centres nerveux ne présentent rien autre chose de particulier.

En examinant la face interne de la dure-mère du côté gauche, on aperçoit une teinte bleuâtre, médiocrement foncée, au niveau de la face supérieure de la base du rocher et du sinus latéral, c'est-à-dire dans les points correspondant aux lésions signalées plus haut à la surface du cerveau et du cervelet. La dure-mère est facile à détacher dans ces deux points. La partie qui tapisse la base du rocher est comme recouverte d'une fausse membrane à sa face externe, qui paraît ulcérée.

Le sinus latéral est enflammé depuis la base du rocher jusqu'au golfe de la veine jugulaire interne. Ses parois sont très épaisses. Sa face interne est tapissée par une fausse membrane également très épaisse, qui n'en obture cependant point complétement la cavité, et dont le centre est rempli de pus. Au niveau de la base du rocher, la cavité du sinus est complétement oblitérée par une espèce de cloison qui isole la partie malade du canal de la partie postérieure, qui ne présente aucune altération.

La veine jugulaire interne est également enflammée jusqu'à sa terminaison; et même au delà de sa jonction avec la sous-clavière, elle présente dans une petite étendue une teinte violacée à sa face interne. On voit à ce niveau un caillot sanguin peu consistant et mobile, qui se prolonge dans le tronc veineux brachio-céphalique. La cavité de la jugulaire n'est complétement oblitérée dans aucun point de son étendue. Comme celle du sinus latéral, elle est remplie de pus renfermé lui-même dans une espèce de fausse membrane en contact avec les parois du vaisseau. Celle-ci est plus épaisse dans la partie inférieure du canal que dans sa partie supérieure.

La veine jugulaire est d'ailleurs entourée d'un tissu cellulaire assez dense; et cependant il ne semble point y avoir compression du nerf pneumo-gastrique, que j'ai pu parfaitement isoler de la veine. On constate également un engorgement des ganglions et des vaisseaux lymphatiques situés autour de la partie supérieure de la jugulaire.

La face supérieure de la base du rocher présente un trou à bords irréguliers, de 4 à 5 millimètres de diamètre, et communiquant dans les cellules mastoïdiennes les plus internes, qui sont remplies d'une substance que l'on pourrait assez exactement comparer à de la matière tuberculeuse à demi ramollie. De la destruction des parois des cellules résulte une cavité unique, d'un centimètre cube à peu près, située au-dessus et en arrière du conduit auditif externe. Cette cavité communique, d'une part, avec l'oreille interne dont les osselets sont en partie détruits par la suppuration, ainsi que la membrane du tympan, et, d'autre part, avec l'extérieur par les petits trous qu'on aperçoit en dehors dans la partie postérieure du conduit auditif externe.

Cœur. Il y a dans le ventricule droit un petit caillot sanguin qui ne se prolonge pas dans l'oreillette.

Poumons. Epanchement assez considérable dans les deux cavités pleurales d'une sérosité roussâtre mélangée d'un peu de matière purulente. Adhérences assez fortes du poumon droit, en arrière et sur les côtés Ulcérations arrondies, à fond grisâtre, disséminées sur quelques points de la surface des poumons, surtout au niveau du bord antérieur du poumon droit; ces ulcérations semblent résulter de l'ouverture dans la plèvre de petits abcès métastatiques superficiels.

Le poumon gauche présente dans plusieurs points, et surtout dans son lobe inférieur, un grand nombre de petits abcès de la grosseur d'une noisette, d'un haricot ou d'une lentille, renfermant du pus généralement très liquide, grisâtre, sanieux; les plus petits forment des noyaux plus durs, friables. Autour de ces collections purulentes, le tissu pulmonaire est induré dans une épaisseur de 1 à 2 millimètres; puis un peu plus en dehors, il est infiltré d'un liquide sanguinolent. Tout le lobe inférieur gauche est congestionné. Le lobe supérieur du même côté ne présente que trois collections purulentes, dont l'une, située près de son bord postérieur et de la grosseur d'une petite noix, est entourée dans une certaine étendue d'une infiltration purulente, une autre, plus petite, se voit près du sommet et en avant; la troisième siége sur le bord antérieur.

Le poumon droit est moins altéré; cependant il présente çà et là, dans ses trois lobes, et surtout en avant, quelques petits abcès, en tout semblables à ceux que nous avons déjà décrits. Le bord postérieur de ce poumon est fortement congestionné; la partie antérieure l'est beaucoup moins.

Du reste, tous ces petits abcès, à quelques exceptions près, sont superficiels, et se décèlent au dehors par une dureté particulière et, souvent même, une teinte jaunâtre ou violacée de la surface de l'organe.

Foie. La vésicule, gonflée, renferme au moins de 150 à 200 gram. de bile. Il n'y a pas de collections purulentes dans le foie; mais on observe çà et là, à sa surface, de petites ecchymoses, des taches, noirâtres marbrées, premier degré des abcès métastatiques.

La *rate* est manifestement ramollie. Son tissu, dont la couleur est loin d'être partout la même, est comme formé d'un mélange de sang et de pus. Son volume ne semble pas augmenté.

Les *reins* présentent à leur surface les mêmes ecchymoses et taches noirâtres que le foie.

Nous n'avons rien noté de particulier dans l'estomac et les intestins; non plus que dans les bourses synoviales, le tissu cellulaire et les muscles.

— L'observation qu'on vient de lire offre plusieurs points sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention.

Abercrombie (*Edimb. med. and surg. Journal*, July 1848) est le premier auteur qui ait signalé les connexions qui existent quelquefois entre la phlébite des sinus de la dure-mère et les maladies de l'oreille, et il rapporte une observation très intéressante de cette complication; mais, soit que les remarques du médecin anglais soient passées inaperçues, soit qu'on n'ait point été à même d'observer de nouveau cette maladie d'ailleurs assez rare, toujours est-il que les auteurs qui ont écrit après lui l'ont à peine signalée. Ce n'est qu'en 1820 qu'un de ses compatriotes, le docteur James Bruce, appela de nouveau l'attention sur ce fait important dans un mémoire publié dans le nº de janvier de la *Gazette médicale de Londres*, et dont M. Marchessaux a donné un extrait dans le cahier du mois de mai 1841 des *Archives générales de médecine*.

Le seul fait que le docteur Bruce rapporte avec détails, présente avec le nôtre beaucoup de points de ressemblance. Les deux autres observations qui lui sont personnelles, et les cinq qu'il a rencontrées dans les ouvrages de Hooper (Anatomie pathologique du cerveau), d'Abercrombie (Maladies de l'encéphale) et de Bright (Medical Reports, t. II, p. 66) sont très incomplètes et sommairement rapportées; elles ont néanmoins une très grande importance au point de vue des connexions qui peuvent exister entre les maladies de l'oreille et la phlébite des sinus de la dure-mère. Dans toutes, il y avait carie et perforation à l'intérieur du crâne de la portion externe et supérieure du rocher, coïncidant avec une inflammation soit du sinus latéral seul, soit des sinus latéral et pétreux supérieur; dans deux seulement, il se développa un abcès extérieur; dans les autres, il n'y eut qu'une otorrhée purulente.

A quoi doit-on attribuer l'abcès qui, chez notre malade, s'est formé au niveau de l'apophyse mastoïde? Résulte-t-il d'une communication directe entre cette collection purulente et la lésion située à la face interne de l'os, ou bien, comme le croit M. Bruce pour les cas par lui observés, de la suppuration des cellules mastoïdiennes? Nous serions plutôt porté à penser que la dénudation de l'apophyse mastoïde a été le résultat obligé du décollement du périoste de la face interne du temporal, de la dure-mère qui tapisse la face supérieure du rocher.

Le mode de développement de la maladie, et surtout les lésions anatomiques que nous avons trouvées à l'autopsie, pourraient peut-être nous fournir quelques remarques peu favorables à la doctrine de M. Tessier sur l'infection purulente; mais nous n'insisterons point sur un fait qui se présente si souvent à l'observation, et que nous ne devions signaler ici que d'une manière incidente.

L. LUNIER.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Tumeur énorme occupant toute la partie antérieure et latérale droite du cou.

Au nº 5 de la salle Saint-Côme a été couché un enfant de six ans et demi, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Les parents de ce malade paraissent jouir d'une assez bonne santé; des renseignements pris, il résulte qu'il n'y a dans la famille aucun exemple de goutte, de cancer, de tubercules. Une de ses sœurs a seulement quelques ganglions tuméfiés au cou. Cet enfant est né dans un pays assez humide; on compte, nous ont dit ses parents, cinq ou six personnes goîtreuses dans son village; on n'a point observé de terminaison funeste de cette affection goîtreuse. Le garçon dont nous parlons naquit bien portant; jusqu'à l'âge de dix-huit mois, il jouit d'une parfaite santé.

A cette époque, ses parents vinrent habiter Paris. On s'aperçut alors pour la première fois qu'il portait deux tumeurs grosses comme un haricot chacune, et développées sans que personne l'eût remarqué, l'une dans la région sus-claviculaire, l'autre un peu plus en arrière, et sur la partie latérale droite du cou. Il n'y avait point de changement de couleur à la peau; on fit prendre à l'enfant quelques toniques; on frictionna ces tumeurs avec des pommades, dont les parents ne se rappellent pas la composition.

Malgré l'emploi de ces moyens, qui, du reste, ne furent pas continués pendant longtemps, les deux tumeurs avaient augmenté chacune de leur côté, avaient gagné en étendue et en grosseur, s'étaient réunies, et ne formaient plus qu'une seule tumeur, du volume environ d'un œuf de poule. Peu à peu le volume s'en accrut encore, et devint égal à celui du poing. Jusque-là, les fonctions n'étaient nullement gênées, la respiration se faisait bien, de même que la déglutition. Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, la tumeur s'étendait au corps typhoïde en avant jusqu'à la clavicule en bas, limitée en haut par la mâchoire inférieure. Elle était d'un volume énorme, parsemée de veines variqueuses et très saillantes, rejetant la tête en arrière et un peu à gauche, tirant la face à droite. Elle était divisée en deux parties principales par un sillon antéro-postérieur, et un peu obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Elle était composée, du moins à ce que permettait de le constater le toucher, de noyaux durs et comme tuberculeux; entre ces noyaux on sentait un tissu qui semblait assez analogue à du tissu cellulaire un peu induré.

Il y a quelques mois, la tumeur parut maigrir et dimi-

nuer. A la fin de février, elle reprit son même volume; elle était alors de la grosseur environ de la tête d'un adulte.

Le 12 mars, elle s'était considérablement accrue, s'étendait au-dessus de la clavicule, formant une sorte de bourrelet. Les tumeurs partielles qui la constituaient empiétaient les unes sur les autres. La voix était devenue un peu rauque; la respiration cependant était toujours libre.

Vers le 27 mars, les accidents s'aggravèrent; l'enfant qui jusqu'alors s'était levé chaque jour pour se promener dans les salles et dans le jardin, fut obligé de garder le lit.

Le 31, la face offrait une teinte véritablement cyanosée. La respiration devint difficile; la voix était très faible, difficile à entendre, comme étranglée. L'enfant mourut le 1er avril, dans un véritable état d'asphyxie.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, on ne lui fit aucun traitement. M. Guersant crut devoir rendre compte des motifs qui l'avaient déterminé à rester ainsi spectateur inactif de la marche de la maladie. Dans un cas de ce genre il ne pouvait y avoir que deux choses à faire. Ou prescrire un traitement interne, et laisser la tumeur faire des progrès et se développer pendant ce traitement, ou, ce qui eût été plus utile et plus efficace, si cela eût été possible, enlever la tumeur à l'aide de l'instrument tranchant. La position de la tumeur, ses rapports avec la trachée artère éloignaient l'idée de toute opération; de plus, des vaisseaux importants et volumineux pouvaient être compris dans la base de la tumeur. Cependant, comme à la rigueur, il pouvait arriver que l'on parvînt à faire la ligature de l'artère carotide, et à ne pratiquer l'ablation qu'après cette ligature, sans courir le risque d'une hémorrhagie abondante, M. Guersant mit ceci en question, s'il serait prudent d'enlever la tumeur avec le bistouri. Il présenta l'enfant à la Société de chirurgie, et pria ses collègues de lui donner leur avis sur un sujet aussi délicat.

Dans une des séances du mois d'octobre 1845, une discussion s'engagea sur la double question du diagnostic et du traitement. Nous rappellerons en quelques mots les principales opinions qui furent émises, et les raisons sur lesquelles les chirurgiens qui prirent part à la discussion se fondèrent. M. Huguier pensa qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde et non d'un engorgement ganglionnaire, soit simple, soit tuberculeux. Il rejeta toute opération, se fondant sur ce que la tumeur étant très volumineuse, ne pourrait être enlevée sans couper la veine jugulaire externe, qu'elle descendait très bas sous la clavicule, et qu'elle faisait tellement corps avec le col de l'enfant, qu'on devait la considérer comme enrayant sous le muscle sterno-mastoïdien des appendices impossibles à délimiter, et dont l'extraction exposerait à ouvrir des veines volumineuses de la base du cou, et à tous les dangers que peut entraîner ce dernier genre de lésion. M. Robert s'éleva contre l'opération, par les mêmes motifs. Il pensa que si l'on exécutait une opération, on rencontrerait peut-être, comme cela est arrivé dans des cas analogues, des prolongements beaucoup plus étendus qu'on ne le suppose d'après son étendue extérieure. Il rejeta même la ponction exploratrice. M. Maisonneuve conseilla comme M. Robert de ne point même faire la ponction exploratrice, faisant remarquer que souvent la ponction des tumeurs cancéreuses est accompagnée d'une stimulation d'une sorte de coup de fouet qui précipite la marche des accidents.

L'opinion unanime fut qu'il fallait rester inactif, et s'abstenir surtout de toute opération. M. Guersant se trouvant ainsi confirmé dans cette manière de voir, se contenta d'administrer à l'enfant l'iodure de potassium; ce médicament ayant été bientôt refusé par le malade, il fallut se résigner à constater chaque jour les progrès de l'affection. Une des raisons qui, outre les dangers immédiats de l'opération, engageaient encore plus M. Guersant à ne point la pratiquer, ce fut ceci, que des ganglions tuberculeux ou cancéreux n'auraient point manqué de se développer le long de la trachée-artère; des récidives eussent été inévitables.

Sans doute, la trachéotomie pratiquée chez cet enfant aurait pu peut-être prolonger sa vie pendant quelques jours; mais la mort étant de toute manière inévitable, et cela dans un très court espace de temps, on crut devoir épargner au jeune malade une douleur inutile, et une opération dont les résultats n'eussent été que passagers. Sous le rapport du diagnostic, il y eut quelques doutes parmi ceux qui examinèrent l'enfant pendant la vie; cependant le plus grand nombre fut d'avis que l'on avait affaire là à des ganglions tuberculeux; telle était aussi l'opinion de M. Guersant.

En pratiquant l'autopsie, M. Guersant voulut procéder avec les mêmes précautions qu'il eût prises si l'enfant eût vécu; en un mot essayer sur le cadavre si l'opération eût été possible, si elle eût offert quelque chance de succès.

Des fibres musculaires recouvraient la tumeur dans quelques points de son étendue. On trouva du côté de la trachée des prolongements fort étendus, prolongements dont on avait redouté et en quelque sorte prévu l'existence. Dans les parties les plus déclives, le tissu cellulaire était infiltré. On reconnut que les gros vaisseaux du cou n'étaient pas embrassés par la tumeur, mais que des branches très volumineuses y entraient. Elle était située en dehors du larynx, de l'artère carotide; mais les branches supérieures de la carotide venaient s'y distribuer. Plus en arrière, enfin, elle s'insérait obliquement dans l'intervalle des muscles scalènes; à sa surface rampaient d'énormes troncs veineux dont la ligature eût été nécessaire, toutes circonstances qui rendaient l'opération complètement impossible.

Quant à la substance de la tumeur elle-même, elle était formée d'une foule de lobules réunis entre eux par du tissu cellulaire. Chacun de ces lobules pouvait facilement être énucléé séparément; M. Guersant, après un examen attentif de plusieurs de ces lobules, dont les plus gros atteignaient le volume d'un gros œuf de poule, tandis que les autres n'avaient que celui d'une fève, d'un haricot, et dont le tissu blanc, dur résistait au scalpel et criait à la section, fut conduit à penser que la nature en était squirrheuse; on a souvent, suivant lui, enlevé des tumeurs de la mamelle que l'on a décrites sous le nom de tumeurs fibreuses, et qui n'étaient autre chose, comme celles-ci, que des tumeurs cancéreuses.

L'exploration minutieuse des poumons ne fit reconnaître dans ces organes aucune trace de tubercules, même à l'état de crudité ou de granulations miliaires. Sous la clavicule, s'étendait un prolongement considérable de la tumeur, qui ne put être enlevé qu'en sciant l'os, et qui descendait jusque dans le médiastin antérieur.

Les ganglions mésentériques ne présentaient non plus aucune trace de tuberculisation.

Fracture du bassin.

Au n° 11 de la salle Saint-Côme a été couché un enfant de trois ans, qui a été apporté à l'hôpital dans les circonstances suivantes :

Etant à jouer dans la rue, il fut renversé par une charrette pesamment chargée, dont la roue lui passa sur le corps au niveau du bassin. Un médecin de la ville appelé sur-le-champ fit faire une application de sangsues sur la région hypogastrique. Il fut apporté dans les salles de l'hôpital des Enfants le neuvième jour. Il présentait dans la région des aines des ecchymoses, qui se prolongeaient jusque sur les cuisses. Dès le premier examen, M. Guersant reconnut et annonça qu'il y avait fracture du bassin; il constata également que les pubis étaient écartés de manière à permettre une dépression par le doigt. La vessie était distendue, l'enfant n'urinait pas; une sonde d'argent fut introduite dans l'urètre; mais, au niveau de la région membraneuse, l'instrument pénétrait dans une déchirure en forme de cul-de-sac, et ne continuait pas à marcher dans la direction du canal.

M. Guersant fit rapprocher par un aide les os du pubis, prit une sonde de gomme élastique sans mandrin, et put enfin parvenir dans la vessie, d'où sortit une petite quantité d'urine claire, limpide. Cette sonde resta en place pendant quatre jours environ; pendant tout ce temps, traitement antiphlogistique énergique; nouvelles applications de sangsues; l'état général était meilleur; cependant le périnée, qui avait été distendu, présentait une tuméfaction considérable, une ecchymose étendue, et de la fluctuation. Une ponction fut faite, qui donna issue à un liquide rougeâtre, dans lequel on trouva un caillot volumineux. Dans le premier moment, on crut que ce liquide était de l'urine; un examen plus attentif fit reconnaître que ce n'était que de la sérosité, et que, s'il était mélangé d'urine, il n'y en avait qu'une très petite quantité.

Le lendemain et le surlendemain, l'enfant allait un peu mieux; mais il n'urinait pas par la sonde; on la retira, et depuis lors l'enfant urina par le canal et par la plaie, la plus grande partie de l'urine passant néanmoins par le canal de l'urètre. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les ecchymoses ont diminué dans la région de la fosse iliaque gauche. Les parties qui étaient contuses se sont sphacélées. Il y a eu chute de l'eschare, et alors on a pu voir non-seulement une dénudation des fibres musculaires des parois de l'abdomen, mais une destruction partielle de ces muscles permettant de plonger dans la fosse iliaque, mais seulement dans la portion située en dehors du péritoine. Cette plaie énorme et effrayante est couverte maintenant de bourgeons charnus, rosés; elle prend un bon aspect; la quantité du pus diminue de jour en jour; l'état général est bon; on donne au petit malade un peu d'alimentation, de viande blanche, du vin, du sirop de quinquina. On a besoin de maintenir l'enfant couché sur le dos, les jambes rapprochées par une cravate et par un coussin à cause de l'écartement des pubis. Malheureusement, le malade a toujours une grande tendance à se coucher sur le côté, position qui n'est pas aussi favorable au rapprochement des surfaces accidentellement séparées.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 4 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 65. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. MARCHAL (de Calvi).

De la péno-lymphangite et de la péno-phlébite.

Un homme en traitement d'une urétrite depuis un mois environ, s'étant plaint d'éprouver une douleur fixe, assez intense, dans un point de l'urètre, à l'angle péno-scrotal, on lui fit une application de sangsues, *loco dolenti.*

Quelques jours après cette application, le malade accusa une douleur sur la face dorsale de la verge, où l'on sentit un cordon dur, sous-cutané, d'environ quatre centimètres de longueur, commençant brusquement dans le tissu cellulaire du fourreau, vers la réunion du tiers moyen avec le tiers postérieur; d'abord arrondi, puis s'aplatissant et se perdant insensiblement dans le tissu cellulaire du pénil, obliquement de droite à gauche. M. Marchal s'attacha à faire observer que ce cordon pouvait être saisi *en entier* entre les doigts. Remarquons bien aussi qu'au lieu de s'enfoncer au-devant du pubis, il remontait dans le tissu cellulaire du pénil. Le fourreau et le prépuce n'étaient nullement infiltrés.

Ce cordon, qui, d'ailleurs, dans son plus grand diamètre, n'offrait pas plus d'un millimètre, n'était pas autre chose qu'un vaisseau lymphatique irrité et phlogosé par suite des piqûres de sangsues. C'est le même cas que celui dans lequel une irritation locale ayant son siége plus ou moins loin d'un ganglion, donne lieu à l'inflammation de ce ganglion, avec cette différence, que, chez notre malade, l'inflammation s'est arrêtée en chemin, au lieu de gagner les ganglions de l'aine.

M. Marchal a fait ressortir les différences qui existent entre ce fait d'une phlogose bornée à un seul vaisseau lymphatique, et deux exemples de péno-phlébite qu'il a eu précédemment dans son service.

Chez les deux malades qui les ont présentés, il y avait eu aussi, quelques jours auparavant, une application de sangsues le long du canal. Le prépuce était considérablement infiltré, ainsi que le fourreau, dans la plus grande partie de son étendue. Chez l'un d'eux, l'infiltration était le seul symptôme. Dans les deux cas, on sentait exactement, le long de la partie moyenne de la verge, un cordon dur, nettement limité, du volume d'une très grosse plume à écrire, s'étendant de la couronne du gland jusqu'à l'angle péno-pubien, au-dessous duquel on pouvait le suivre du doigt, jusqu'à une certaine profondeur, sur la face antérieure du pubis. Il ne pouvait être saisi en entier par les doigts, qui n'arrivaient pas à le sentir inférieurement, c'est-à-dire dans sa juxtaposition aux corps caverneux. Dans un de ces cas, comme nous l'avons fait pressentir, il n'y avait pas de douleur; dans l'autre, le vaisseau était douloureux, et même la pression n'était pas facilement supportée.

Chez celui qui n'éprouvait pas de douleur, on ne fit aucun traitement, et insensiblement le cordon, ainsi que l'infiltration, disparurent.

Chez l'autre, à raison de la douleur, et l'inflammation s'étant propagée au tissu cellulaire environnant, on prescrivit deux applications de sangsues, des cataplasmes émollients et de grands bains. Malgré l'emploi de ces moyens, un abcès se forma à l'angle péno-pubien; on l'ouvrit, et il en sortit du pus bien lié. L'ouverture de l'abcès se cicatrisa, le cordon diminua, l'infiltration se dissipa, et le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital.

M. Ricord se montre peu disposé, généralement, à croire à l'existence de la péno-phlébite; non pas, assurément, qu'il nie la possibilité de cette inflammation, mais il pense que le plus souvent on a pris une angéioleucite pour une inflammation de la veine.

D'abord, il faut distinguer deux sortes de lymphangites, une lymphangite diffuse, *lymphangite des réseaux*, et une lymphangite bornée à un tronc, lequel se développe sous forme de cordon, comme dans le cas que nous avons rapporté au commencement de cet article.

Or, dit M. Marchal, il faut mettre de côté la lymphangite diffuse, ou des réseaux, qui ne saurait être confondue avec l'inflammation d'une veine formant un cordon distinct. Reste donc, comme pouvant être confondue avec la phlébite, la lymphangite d'un seul tronc développé par l'inflammation et formant aussi cordon.

Il importe, avant d'aller plus loin, de présenter quelques considérations anatomiques sur les vaisseaux lymphatiques de la verge. Il existe dans nos musées peu de pièces relatives à ce point d'anatomie. M. Marchal en a examiné cinq au Musée des hôpitaux, à Clamart, et deux au Val-de-Grâce.

Une belle préparation est celle de M. Sappey, prosecteur des hôpitaux; pièce d'ensemble représentant les vaisseaux lymphatiques, surtout superficiels, de tout le membre inférieur, des organes génitaux et de la région lombaire antérieure, y compris le réservoir. En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques de la verge, on y aperçoit un réseau lymphatique peu abondant sur le gland, et, sur la région péno-dorsale, deux troncs distincts, de petit volume, croisant la ligne médiane vers le milieu de sa longueur, pour se rendre dans les ganglions de la rangée supérieure de l'aine gauche. Il n'y a pas un seul tronc lymphatique du côté droit; disposition qui explique, soit dit en passant, comment des chancres d'un côté du gland donnent lieu à un bubon du côté opposé.

La pièce de M. Ernest Cloquet est spécialement relative aux lymphatiques du pénis. On y voit un réseau lymphatique extrêmement riche et serré sur le gland; un réseau plus lâche, à plus grosses mailles, enveloppant les corps caverneux dans leur moitié antérieure, et d'où émergent deux petits troncs, dont un seul suit la direction de la veine dorsale: ces troncs remontent d'un côté et de l'autre sur le pénil, pour gagner les régions inguinales.

Sur une petite verge d'enfant, préparée par M. Chayet, trois troncs lymphatiques naissant du réseau du prépuce, se dirigent parallèlement le long de la ligne médiane du dos de la verge, et se bifurquent au pubis pour se porter à droite et à gauche dans les aines.

Une pièce d'adulte, également préparée par M. Chayet, présente un réseau commun au prépuce et au gland, formant couronne autour de la base de ce dernier. De ce réseau partent plusieurs troncs qui, après un trajet de deux centimètres environ, se réunissent en un seul d'un petit diamètre, lequel se porte directement en arrière, juste sur la ligne médiane, et se rend vers la région inguinale gauche, aux ganglions de la rangée supérieure, suivant l'ordinaire.

Une dernière pièce, sans désignation d'auteur, et qui offre un admirable réseau sur le dartos, montre sur toute la surface de la verge plusieurs troncs lymphatiques, dont trois sont médians ou très rapprochés de la ligne médiane.

Enfin, des deux pièces du Val-de-Grâce, préparées par M. Parise, l'une offre un réseau balanique serré, un second réseau en couronne à un centimètre environ en arrière de la base du gland, et un seul tronc lymphatique du côté gauche du dos de la verge, à plus d'un centimètre de la ligne médiane, émergeant du second réseau; l'autre présente aussi un riche réseau balanique, mais surtout un beau réseau en couronne derrière la base du gland, et, partant de ce dernier, deux troncs lymphatiques, dont un seul suit la ligne médiane dans une petite étendue de son trajet en avant.

Trois circonstances résultent de ce rapide examen:

1° Le très petit diamètre des troncs lymphatiques, comparativement au volume de la veine;

2° La différence du trajet de ces troncs et de la veine, celle ci ayant une direction fixe, invariable entre les corps caverneux, les autres se trouvant aussi bien sur les côtés que sur la ligne médiane;

3° Cette circonstance plus particulière relative au trajet, que la veine s'enfonce au-devant du pubis, tandis que les vaisseaux lymphatiques se portent généralement sur les côtés du pénil pour gagner les ganglions de la rangée supérieure de l'aine.

Il suit de ces différences, que: premièrement, s'il existe un cordon volumineux sur la face dorsale de la verge, les troncs lymphatiques étant incomparablement plus petits que la veine, il y a lieu de supposer que c'est cette dernière qui est affectée; secondement, si le cordon se trouve exactement sur la ligne médiane, il est supposable encore qu'il est dû à la veine plutôt qu'à un tronc lymphatique, la direction de la veine étant fixe, invariable, tandis que les troncs lymphatiques peuvent se trouver sur les côtés aussi bien que sur la ligne médiane; troisièmement enfin, si le cordon s'enfonce au devant du pubis, derrière les corps caverneux, comme les troncs lymphatiques se portent dans les aines en longeant le pénil, c'est une raison de plus d'admettre qu'il est formé par la veine.

Notons que s'il s'agit d'un vaisseau lymphatique, il pourra être saisi *en entier;* tandis qu'on ne peut, en aucun cas, sentir la paroi inférieure de la veine qui repose sur la gouttière intercaverneuse.

Reste à examiner au point de vue différentiel la question de l'œdème. Dans les deux cas de péno-phlébite dont nous avons parlé, il y avait une véritable infiltration séreuse. Or, rien ne prouve qu'une infiltration semblable puisse résulter de l'inflammation et de l'oblitération d'un tronc lymphatique.

C'est une idée généralement admise et propagée sans réflexion, que l'oblitération des vaisseaux lymphatiques, comme celle des veines, peut produire l'œdème. Les observateurs sérieux qui ont le plus réfléchi à la question des hydropisies, M. Andral entre autres, ne mentionnent pas cette cause, qui n'a pas de faits en sa faveur et qui a l'induction contre elle.

Ainsi, dans l'angéioleucite circonscrite, il n'y a pas d'œdème, et c'est là un signe différentiel capital.

Dans l'angéioleucite diffuse du fourreau, on observe un engorgement spécial, une sorte d'empâtement mollasse caractéristique, qui fait que la verge tremblote sous le choc des doigts. Cet engorgement donne l'idée d'une infiltration *gélatiniforme* et non d'une infiltration séreuse. La peau est d'un rose assez intense, et le tissu cellulaire ne se laisse pas déprimer par le doigt.

En résumé, il existe une affection qu'on peut appeler *péno-phlébite* et une autre qu'on peut appeler *péno-lymphangite.* La première n'a été observée jusqu'à présent qu'à l'état adhésif (*phlebite oblitérante*); elle comporte deux variétés: dans l'une l'inflammation ne sort pas de la veine, dans l'autre elle s'étend au tissu cellulaire ambiant.

La péno-lymphangite présente aussi deux variétés: dans l'une, péno-lymphangite circonscrite, un seul tronc est affecté et forme cordon; dans l'autre, péno-lymphangite diffuse, tout le tronc est envahi.

La première de ces deux variétés peut être confondue avec la phlébite, attendu que dans les deux cas il se forme un cordon; mais elle s'en distingue par plusieurs circonstances facilement appréciables. Dans la seconde variété, il y a infiltration; mais infiltration *gélatiniforme* très différente de l'œdème et méritant au plus haut degré de fixer l'attention des pathologistes, attendu qu'elle peut faire comprendre le mécanisme de l'éléphantiasis.

GUICHE,
Chirurgien élève à l'hôpital militaire de perfectionnement.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. GOSSELIN.

Chute de matrice; pessaire dans le vagin depuis trente-cins ans; extraction.

Au n° 22 de la salle des femmes est couchée la nommée Lenoir (Françoise), âgée de soixante-dix ans, jardinière. Cette femme, qui a eu six enfants, venait d'accoucher de son quatrième lorsqu'elle sentit, en voulant se lever, une tumeur sortir du vagin. Au dire de la malade, cette tumeur, qui ne devait être autre chose que la matrice elle-même, pendait entre ses cuisses. Cet accident, survenu quinze jours après l'accouchement, ne disparut point par le simple repos au lit. Cette circonstance engagea la malade à consulter un médecin, qui lui conseilla l'emploi d'un pessaire, et le posa lui-même.

Pendant les deux ou trois premières années qui suivirent l'application de ce pessaire, la malade le retirait souvent pour le laver; aussi eut-elle encore deux enfants pendant ce laps de temps. Elle l'avait gardé chaque fois pendant tout le temps de sa grossesse, et avait été obligée de le replacer après l'accouchement pour prévenir un nouveau déplacement de la matrice. Quelque temps après son dernier accouchement, cette femme devint moins soigneuse de retirer son pessaire, et éprouva un jour des difficultés telles, que malgré tous ses efforts elle ne put y parvenir. Comme ce pessaire ne lui causait aucune douleur, elle le laissa ainsi pendant trente-cinq ans, se contenta de le laver et de l'essuyer de son mieux deux ou trois fois par semaine.

Au mois de décembre 1845, des douleurs assez vives et continues se firent ressentir dans le bas ventre; ces douleurs se prolongent vers les aines et s'accompagnent d'un sentiment de pesanteur au périnée. Après avoir consulté plusieurs médecins, qui tous conseillèrent l'extraction du pessaire, la malade se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques le 7 janvier 1846.

Le 9, après avoir tenté en vain l'extraction du pessaire avec le doigt, M. Gosselin se décida à employer les pinces de Museux; il espérait ainsi rompre le pessaire, et pouvoir ensuite en retirer tous les fragments. En effet, après que l'on eût exercé quelques tractions, le pessaire fut divisé en trois morceaux, que l'on retira très facilement. On pratiqua aussitôt deux injections d'eau tiède pour laver la cavité vaginale.

Le pessaire, qui avait séjourné trente-cinq ans dans le vagin, offrait l'état suivant: il était en liége et avait la forme d'une couronne ou gimblette; son diamètre était de 8 centimètres, et son épaisseur de 3 centimètres; toute la surface externe était recouverte d'une couche épaisse de dépôt calcaire. Le liege était noirci, un peu altéré dans sa consistance, et répandait une odeur extrêmement fétide.

Le 12 janvier, la malade est complétement débarrassée des douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre, et se plaint seulement encore de quelques légers tiraillements dans les aines. Du reste, eu égard à son âge, l'état général est très satisfaisant, et le 15 cette femme sort de l'hôpital.

Mydriase traumatique.

Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, reçut un violent coup de fouet qui contusionna l'œil droit, et produisit une petite plaie longitudinale au sourcil du même côté. Après le coup, il tomba à la renverse; mais il ne put se relever que quelques instants après.

Il entre à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Gosselin, deux jours après l'accident, et présente l'état suivant: les paupières de l'œil droit sont rouges, tuméfiées; la conjonctive est également rouge, fortement injectée; la chambre antérieure pleine de sang jusqu'au niveau de la moitié inférieure de la pupille. Il existe aussi une céphalalgie sus-orbitaires, et des douleurs intenses dans l'œil. — Saignées de quatre palettes, et compresses arrosées d'eau blanche sur l'œil.

Le lendemain, la tuméfaction des paupières est augmentée, et la conjonctive présente un chémosis. L'épanchement sanguin de la chambre antérieure a presque complétement disparu. L'iris présente une dilatation anormale de la pupille, dilatation que l'on ne modifie ni par l'action de la lumière, ni par des frictions avec le doigt. La vue de ce côté est encore trouble, mais un peu moins que la veille.

Le troisième jour, il ne reste aucune trace de l'épanchement de sang dans la chambre antérieure. La conjonctive est encore rouge et enflammée; la céphalalgie a disparu; mais des douleurs se font encore sentir dans l'orbite. L'iris est toujours dilaté et immobile, sa couleur est plus terne que celle de l'iris du côté sain. La vue est trouble; cependant le malade peut encore distinguer des objets assez petits.

Les jours suivants, la conjonctive revint à l'état normal, mais il n'en fut pas de même de l'iris; en effet, pendant tout le temps du séjour du malade à l'hôpital, la pupille est restée constamment dilatée et immobile, et l'on n'a pu par aucun moyen déterminer les contractions de l'iris, tandis que de l'autre côté cette membrane conservait toute sa mobilité. L'iris malade présentait en même temps une teinte légèrement grisâtre et un reflet plus mat que celui de l'iris du côté opposé.

Tels étaient les symptômes offerts par le malade lorsqu'il sortit de l'hôpital des Cliniques.

Six jours plus tard, ce malade revint à la consultation, et l'on put constater que la pupille restait considérablement dilatée et parfaitement immobile, que l'iris était moins brillant que celui du côté opposé, et qu'enfin cet homme pouvait distinguer tous les objets qu'on lui présentait, mais qu'il les voyait comme couverts d'un léger brouillard.

Le diagnostic de l'affection que présentait ce malade n'offrait aucune difficulté; en effet, la dilatation permanente de la pupille suffisait pour établir que c'était une mydriase due à la paralysie de l'iris. Mais cette mydriase était-elle essentielle ou idiopathique, ou bien symptomatique? Elle était évidemment idiopathique, car dans la mydriase symptomatique il y a toujours cécité, et la dilatation pupillaire n'est qu'un phénomène secondaire. Nous avons vu en outre que ce malade reconnaissait les objets qui lui étaient présentés, et cela n'eût point eu lieu s'il y avait eu amaurose. L'existence d'une mydriase idiopathique étant établie chez ce malade, ainsi que sa résistance aux moyens thérapeutiques ordinairement employés contre cette affection, quel en est le pronostic? Bien que la guérison soit la terminaison la plus ordinaire de cette maladie, deux choses peuvent néanmoins arriver chez ce malade: ou la mydriase restera longtemps sans faire aucun progrès, et la vision sera même améliorée, ou bien cette affection se terminera par l'amaurose. Cette dernière terminaison se remarque assez fréquemment, et peut-être expliquée par la fatigue de la rétine, qui reçoit, par la pupille très dilatée, une trop grande quantité de rayons lumineux.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 2 juin 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Henry lit plusieurs rapports sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées.

— La discussion du rapport sur la peste est reprise.

M. Hamont prononce un discours, dont voici le résumé:

1° Il n'existe pas de constitution pestilentielle autre que celle formée par les émanations des localités où naît la peste et les émanations des malades.

2° La peste est transmissible d'Orient en Occident.

3° Que cette transmission se fasse par des foyers d'infection ou autrement, l'Europe doit s'entourer de lazarets.

4° Il n'est pas démontré que la peste ne soit pas contagieuse.

5° La période d'incubation de la peste peut durer plus de huit jours.

6° La peste épidémique ne règne pas seulement tous les dix ans.

7° La peste se montre en février, mars, avril, mai, juillet, août, et peut continuer les mois suivants.

8° La peste existe constamment en Egypte.

9° Le nombre de cas sporadiques peut être assez considérable pour que toujours on doive craindre la propagation du mal.

10° L'institution de médecins sanitaires ne peut remplir le but désiré par la Commission.

11° Les conclusions de la Commission sur la durée des quarantaines à imposer aux bâtiments marchands, aux paquebots-postes ou navires de l'état, ne sont ni fondées, ni la conséquence d'un principe posé par elle.

Conclusions. Nous demandons:

1° Que toujours les provenances d'Egypte soient soumises au régime de la patente brute;

2° Qu'une quarantaine de quinze jours, voyage compris, soit imposée à tout bâtiment marchand ou autre venant directement d'Egypte;

Et 3° enfin, que la durée de la quarantaine soit fixée par l'administration sanitaire toutes les fois qu'une maladie suspecte, ou la peste, se sera déclarée à bord.

Voilà donc, Messieurs, où nous conduit le maintien forcé des lazarets. Quelles difficultés, quels embarras, quelles entraves! une grande administration sanitaire, des médecins au point de départ des navires, des médecins à bord, des médecins dans les lazarets.

Quelles complications dans tout ce qui touche aux quarantaines!

Il faut se garder des hommes, il faut se garder des marchandises, enfermer les uns, purifier les autres.

En définitive, où tout cela nous mène-t-il? Que donnons-nous de neuf? Quelles sont nos réformes? Qu'avons-nous fait pour l'humanité? Rien, ou peu de chose.

Sans doute, s'il arrivait aujourd'hui que la peste envahît l'Europe, il n'est pas un médecin qui ne courût au-devant du danger, qui ne s'enorgueillît de secourir son semblable.

Mais pourquoi des lazarets et toute cette kyrielle d'entraves?

Est-ce que le commerce, est-ce que les relations entre peuples, est-ce que la civilisation le veulent ainsi?

Non. Ces obstacles, ces retards, ce mal enfin, proviennent de quelques hommes, et de ce que les nations civilisées n'ont pas encore voulu qu'il en fût autrement.

La question des lazarets est certainement une question importante, mais ce ne peut être qu'une question en attendant.

Dans son travail, la Commission a laissé un vide que l'Académie doit remplir. Les causes de la peste étant connues, il est de son devoir d'en demander la suppression. Elle doit dire à la France, à l'Europe, comment la civilisation peut intervenir, comment elle assainira le Delta.

Eh! Messieurs, cette œuvre est facile. Un peu d'hygiène, un peu de pain, et vous aurez chassé du globe un mal dont la continuation marquerait au sceau de la honte la civilisation si vantée de notre époque.

Quand, dans une localité quelconque, un médecin est appelé pour combattre une endémie ou une épidémie, son premier soin est d'en rechercher les causes et de les signaler, pour les détruire, aux autorités compétentes.

Ici, qu'est-ce que l'Académie?

L'Académie est le médecin de toute l'humanité; elle sollicitera donc de l'Europe le desséchement de cette source infecte d'où jaillit la peste. Voilà son rôle; elle ne peut l'abdiquer.

Aujourd'hui, l'Egypte n'a plus qu'un semblant d'armée; sa flotte, création inutile, gouffre d'hommes et d'argent, pourrit dans le port d'Alexandrie.

En pleine paix, elle pourrait donc s'occuper activement d'asseoir une hygiène publique telle qu'on peut raisonnablement la désirer.

A ce point de vue, pourquoi la France, et même l'Europe, n'interviendraient-elles pas s'il le fallait?

Quand il s'agissait de guerre, quand, pour une province disputée au grand seigneur par un vassal, le feu manqua de prendre aux quatre coins de l'Europe, quatre grandes puissances intervinrent, et la paix fut signée.

Eh bien! cette peste qu'enfante le Delta, n'est-ce pas une menace de guerre incessante faite par une partie très infime du monde au monde entier? N'est-ce pas la mort planant toujours sur la tête de populations indigènes et exotiques?

Là, il s'agissait d'un intérêt matériel; ici, Messieurs, il s'agit de la vie des peuples.

Si l'intervention de l'Europe fut nécessaire dans le premier cas, elle doit l'être bien autrement dans le second.

L'existence, la fortune de milliers de familles ne peuvent plus être subordonnées aux éventualités d'une maladie que fait naître un ordre de choses incompatible avec la civilisation.

Pour atteindre ce but, l'Europe n'a pas besoin de déploiement de forces matérielles; un mot lui suffira, et en le prononçant, elle aura dit aux barbares que désormais l'empire ne peut exister que *là où est la lumière.*

Une sorte de solidarité règne entre les nations; aucune d'elles ne peut faire la guerre sans avoir reçu en quelque sorte l'assentiment de l'Europe. Au nom de l'humanité, nous demandons que cette solidarité s'étende davantage; qu'il ne puisse être permis à un peuple de compromettre volontairement, sciemment, la santé, l'existence des autres. C'est un principe d'hygiène internationale que nous désirons voir consacré; est-ce trop demander?

En terminant, j'ose appeler sur ces graves questions toute l'attention de l'Académie. Qu'elle veuille bien compléter un mandat qu'on ne peut lui nier. D'un pays couvert de plaies elle aura fait un lieu de délices, et les peuples en la bénissant, inscriront son nom parmi les noms des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

— *M. Gaultier de Claubry.* La Commission a démontré de la manière la plus incontestable l'endémicité de la peste en Egypte, sous l'influence de conditions, les unes inhérentes au sol ou propres à la population misérable qui l'habite, les autres liées à la météorologie même, et agissant toutes sur une grande partie de la population.

Existant le plus souvent à l'état sporadique, la peste, à certaines époques de l'année ou à certaines périodes de temps, s'y montre épidémique. Mais je ne puis admettre avec la Commission que cette différence dans le nombre des cas de peste soit le résultat d'une différence dans la maladie elle-même, et qu'il y ait deux sortes de peste, l'une sporadique de sa nature, et l'autre épidémique. Est-ce que les fièvres intermittentes, endémiques dans les contrées marécageuses, n'y sont pas, au printemps, sporadiques, légères, faciles à guérir, et, à la fin de l'été, beaucoup plus nombreuses, graves, pernicieuses même?

Les cas de peste sporadique n'offrent pas toujours des bubons; mais quand la peste règne épidémiquement, quelques sujets n'en présentent pas non plus. Seulement, il faut reconnaître que, par l'effet de l'épidémie, les foyers d'infection miasmatique, nés des malades eux-mêmes, sont irrégulièrement multipliés; que les miasmes acquièrent plus d'intensité par la concentration; que la transmission de la peste s'effectue plus souvent et plus facilement. Mais cela n'établit pas l'existence distincte de deux sortes de peste.

A certaines époques de l'année, ou à la distance de quelques années, les causes générales de la peste acquérant plus d'intensité, la constitution de la population entière en ressent une influence plus profonde; mais est-on fondé à admettre une constitution épidémique pestilentielle particulière, qui attacherait son cachet à la peste, et mériterait à cette dernière le nom propre de peste épidémique? Les douleurs que les anciens pestiférés ressentent quelquefois à l'avance dans les cicatrices de leurs anciens bubons, sont elles une indication de la préexistence de cette constitution épidémique; quand on voit d'anciens pestiférés ressentir, loin des contrées où la peste est endémique, ces mêmes douleurs par l'effet des changements de temps, de l'électricité de l'atmosphère, d'une simple erreur de régime?

La Commission s'efforce en vain de tracer, entre les deux pestes dont elle admet l'existence, une ligne de démarcation empruntée aux époques différentes de leur apparition. Mais ces époques se succédant sans interruption, la peste sporadique peut encore apparaître dans l'été, et la peste épidémique peut déjà se montrer à la fin du printemps.

Le nombre des cas de peste ne présente pas une base plus assurée pour faire distinguer ces deux sortes de peste. Celui des cas de la peste sporadique va toujours en croissant, à mesure qu'on approche de la saison propre à la peste épidémique. Cette dernière, au commencement, attaque simultanément un nombre effrayant de sujets. — La peste sporadique est quelquefois mortelle; la peste épidémique ne l'est pas nécessairement dans tous les cas.

D'après toutes ces considérations, quelles bases adoptera l'agence consulaire établie en Egypte, pour se prononcer, au départ des bâtiments, sur l'état sanitaire de cette contrée? Aussi la Commission, renonçant dans l'application pratique, à toute distinction systématique entre les deux pestes, établit-elle formellement que tout navire, quelle que soit sa patente, qui aura eu à bord un cas de peste ou de maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur.

Comme il paraît démontré que, loin des foyers d'infection, la peste n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après huit jours d'isolement, cette condition de la maladie peut très bien servir de base à un règlement sanitaire suffisant pour assurer les populations contre l'importation de la peste: dix jours à compter du départ, s'il n'y a pas eu de malades pendant la traversée; ou à compter de l'arrivée, s'il y en a eu un seul.

Cette durée à peu près septénaire de l'incubation assignée à la peste acquiert une puissante confirmation de ce qui a lieu pour le typhus, dont l'incubation est également de cinq à sept jours.

— *M. Bousquet.* Messieurs, je ne me propose pas de suivre pas à pas le texte du rapport; je me contente d'en examiner l'ensemble, et d'en signaler l'esprit...

D'où vient la peste? Comment se propage-t-elle? Deux grandes questions qui composent à peu près tout le travail de la Commission.

Premièrement, d'où vient la peste? quelle est sa patrie? et dans sa patrie, quelles sont les causes qui l'engendrent? Je comprends, Messieurs, tout l'intérêt de cette question, j'en comprends surtout les conséquences; la Commission hasarde là-dessus ses conjectures: je dis ses conjectures, car rien ne paraît moins prouvé que l'origne qu'elle lui assigne. Non, je ne crois pas que les terres d'alluvion, ni les terres marécageuses, ni les habitations basses et mal aérées, ni l'air humide et chaud, séparés ou réunis, contiennent, engendrent la peste. Des terres d'alluvion, il y en a à l'embouchure de tous les fleuves; les terres marécageuses abondent presque par tout pays; et d'autre part, les causes dont vous faites sortir la peste, les retrouvez-vous partout où la peste a été vue?...

Ce n'est pas tout: dites-moi, je vous prie, comment, les causes étant permanentes, l'effet ne l'est pas?...

Les maladies, dites-vous, fuient devant la civilisation! Lesquelles, je vous prie? A coup sûr, ce n'est ni la fièvre typhoïde, ni le typhus, ni la fièvre intermittente, ni la fièvre jaune, ni le choléra, ni la phthisie, ni la petite vérole, ni la rougeole, etc.

La peste fuit devant la civilisation! Vous oubliez que nous l'avons vue dans presque toutes les capitales de l'Europe, et qu'elle est inconnue aux sauvages de l'Amérique et aux autres...

En attendant qu'on trouve les moyens d'éteindre la peste à sa source, il est prudent de chercher à l'arrêter quand elle est née. Pour l'arrêter, il faut savoir comment elle se propage...

Si un pestiféré me communique sa maladie, il est évident qu'il m'envoie quelque chose qui la contient en puissance. Ce quelque chose, c'est un germe dans toute l'acception du mot. Si je touche le malade, ce germe me frappe directement; si je ne le touche pas, l'air le reçoit et me l'apporte, mais l'air est passif et ne sert que de véhicule.

Ainsi, la contagion n'emporte pas seulement l'idée de transmission, elle emporte aussi celle d'un germe, d'une semence, d'un œuf élaboré par un corps malade; et en effet, toute maladie contagieuse crée, avant de s'éteindre, un germe en état de la reproduire.

Tel est, j'ose le dire, l'idée qu'il faut se faire de la contagion...

Réserver la qualification de contagieuses pour les seules maladies qui se gagnent par le toucher, c'est dire tout à la fois que la petite vérole est contagieuse et qu'elle n'est pas contagieuse: contagieuse quand elle se transmet par attouchement, non contagieuse quand elle se transmet par l'air.

Si le poison pestilentiel se répand dans l'atmosphère, si je le respire avec l'air, il n'en est que plus subtil et plus dangereux; c'est toute la différence que j'y vois.

La Commission appelle cela de l'*infection*, elle en a le droit, car chacun est maître dans ses appellations; mais en prenant cette liberté, elle m'en donne une autre, celle de lui dire qu'alors même qu'elle parle sa langue, elle n'en met pas plus de précision dans ses idées. En effet, ce mot *infection*, elle l'entend au moins de deux manières: tantôt l'infection fixe, bornée, circonscrite engendre la peste, et alors l'infection c'est l'ensemble des causes que vous savez; tantôt l'infection variable, mobile naît des malades eux-mêmes et propage la peste, et alors l'infection c'est l'air chargé de miasmes pestilentiels.

Ainsi, il y a deux infections: une pour faire la peste, et l'autre pour la propager.

Il y en a même trois; car maintenant la Commission veut que la peste se propage activement, à la manière des épidémies. Et pourquoi tous ces détours? C'est pour laisser moins à faire à la contagion...

En vain la Commission voudrait-elle assujettir la peste aux lois des épidémies: elle suit invariablement celles des contagions. Les maladies épidémiques, suspendues en quelque sorte dans l'atmosphère, frappent çà et là sur plusieurs points à la fois. A proprement parler, il n'y a pas un premier malade, il y en a plusieurs, et ces malades reçoivent leur maladie des mêmes causes d'insalubrité. Ce n'est pas de cette manière que procèdent les contagions; on signale presque toujours un premier malade d'où sont sortis tous les autres...

Voulez-vous encore un autre caractère qui sépare les contagions des épidémies? Je le prends dans la peste elle-même. Quelque menaçante qu'elle soit, on lui échappe presque sûrement en s'isolant: remarquez que je ne dis pas en fuyant. Voulez-vous éviter une épidémie, la fuite est votre seule ressource; si vous restez dans son périmètre, vous courez toujours le même danger. Au contraire, on peut braver la contagion en restant au milieu d'elle. Comment? Je viens de le dire, en s'isolant, c'est-à-dire, en rompant tout commerce avec le reste des habitants...

Et c'est là l'objection du professeur Didier contre Chicoyneau. Si la peste, disait-il, n'est pas contagieuse, comment s'arrête-t-elle devant les maisons qui lui ferment la porte? Mais Chicoyneau ne répondit jamais...

La peste tient donc bien plus des maladies contagieuses que des maladies épidémiques; mais ce n'est pas assez de dire qu'elle se transmet, il faut dire encore comment elle se transmet; il est évident que la prophylaxie doit varier selon le mode de transmission.

Et d'abord, la peste se transmet-elle par inoculation? La Commission n'ose se prononcer. Le doute est souvent un signe de sagesse; mais je dirai avec Fénelon qu'on se trompe autant à douter quand il faut croire, qu'à croire quand il faut douter.

De mes lectures sur la peste et sur d'autres matières, il m'est resté dans l'esprit que la peste a été quelquefois inoculée avec succès. Samoïlovitz avait même proposé d'établir l'inoculation en système dans l'empire de Russie. Mais ces faits, je n'ai pu les retrouver: au fond, j'y ai peu de regret; ils sont anciens, et la Commission n'en veut que des nouveaux. Et, parmi les nouveaux, elle n'en trouve pas qui la satisfassent. En 1801, Dussap inocula la peste à quatorze personnes, qui toutes la reçurent. On ne tient aucun compte de ces expériences. Elles manquent d'authenticité! Qu'entend-on par là? Veut-on dire que Dussap en a imposé? Dussap est mort de la peste en 1835: on peut impunément outrager sa mémoire; mais, s'il entrait tout à coup dans cette enceinte, oserait-on lui tenir en face le même langage? Oserait-on lui dire que ce qu'il dit qu'il a fait, il ne l'a pas fait? Que ce qu'il dit qu'il a vu, il ne l'a pas vu?...

La Commission récuse le témoignage de Dussap, récusera-t-elle aussi celui de Gaëtani-Bey? Les expériences faites en 1801 ont été renouvelées en 1835 sur les mêmes lieux; elles ont eu pour témoins MM. Clot, Bulard, Fourcaud, Gaëtani, Hamont, et d'autres. Pour éprouver si la peste est inoculable, on s'essaya d'abord sur les animaux: les matières de l'inoculation étaient choisies par les médecins et essayées par M. Hamont. Quelques chevaux furent indisposés; ils eurent même des ecchymoses, des pétéchies dans les yeux, mais ils n'eurent pas la peste avec tous ses caractères. Des animaux, on passe aux hommes. Il y avait cinq criminels condamnés à mort; les médecins les demandèrent à l'autorité pour en faire les sujets de leurs expériences. Trois d'entre eux furent inoculés avec du sang au pli du bras et par trois piqûres: deux eurent la peste, le troisième résista.

Je ne parle pas ici des deux autres, bien qu'ils aient eu la peste; mais ils la reçurent d'une autre expérience.

Ces faits d'inoculation ne sont pas les seuls ; M. Rochoux vous en a cité d'autres.

Dira-t-on, cependant, qu'ils sont rares? Je n'ai pas de peine à le croire. D'une part, l'expérience est trop périlleuse pour avoir été souvent tentée, et, de l'autre, l'art d'inoculer les maladies n'est pas un jeu de hasard : il a ses principes et ses règles dont les expérimentateurs ne semblaient même pas se douter.....

Mais eussent-elles été plus fréquentes, elles n'auraient pas plus de valeur aux yeux de la Commission. Elle s'est fait un système avec lequel elle a réponse à tout.

L'inoculation échoue-t-elle? C'est que la peste n'est pas inoculable. L'inoculation donne-t-elle la peste? L'expérience ne prouve rien, car elle a été faite dans le foyer d'infection. Et où voulez-vous qu'on expérimente si ce n'est sur le théâtre de l'épidémie?

A cette objection si souvent répétée, je me contenterai de répondre que lorsqu'on inoculait la petite vérole, on ne s'avisa jamais de dire que les inoculés recevaient la maladie de l'influence épidémique et non de l'opération.....

Si la Commission était bien convaincue que la peste est inoculable peut-être ne se demanderait-elle pas si elle se transmet par le toucher.

J'avoue d'ailleurs que, quoiqu'elle ne soit séparée de l'inoculation que par l'épaisseur de l'épiderme, la transmission par attouchement n'est pas facile à démontrer. Pour vous faire une idée de cette difficulté, proposez vous le même problème à l'égard de la petite vérole. Nous croyons tous que toucher un varioleux, c'est s'exposer à prendre sa maladie; mais si on nous demandait les fondements de cette opinion, nous serions peut-être embarrassés pour répondre.....

Et, cependant, la Commission n'hésite pas à déclarer que le toucher est sans danger. Elle tire toutes ses preuves de l'épidémie de 1835 en Egypte, comme s'il n'y en avait pas d'autres. Elle dit que les médecins de l'hôpital du Caire touchaient, maniaient les pestiférés, et qu'ils bravèrent tous la contagion, hors pourtant le docteur Rigaud, qui en mourut.

Elle a oublié que la peste ne se montra pas si douce pour les élèves. Elle oublie que sur vingt élèves que l'école d'Abouzabel fournit à l'hôpital, il en mourut dix-neuf.

Elle oublie un fait, un grand fait, qui balance tous les autres, c'est que ceux qui, en temps de peste, se séparent de la foule ; ceux qui s'isolent, ceux enfin qui se cloîtrent, se préservent presque tous, et cela sans déserter les lieux infectés et sans cesser de respirer le même air..

Elle oublie, enfin, qu'à Moscou, en 1771, on observa que ceux-là prenaient la peste qui touchaient les pestiférés : tels les chirurgiens et sous-chirurgiens qui les pansaient ; les prêtres qui leur administraient les sacrements, les domestiques qui les servaient, tandis que les médecins qui les approchaient sans les toucher, les chefs militaires qui les visitaient, les riches qui se tenaient à l'écart résistaient à la contagion.....

La peste est-elle transmissible par les vêtements?

Cette question me rappelle cette réponse d'un publiciste célèbre : *Je ne le sais pas, mais je l'affirme.*

Il serait en effet bien extraordinaire que les germes pestilentiels qui s'élèvent des corps malades pussent se répandre dans l'air et qu'ils ne pussent pas s'attacher à des corps aussi poreux que le sont, par exemple, le linge, les étoffes de coton et de laine!

Mais, en pareille matière, on ne peut se contenter de simples présomptions. Il faut des faits directs et positifs.

M. le docteur Grassi, médecin du lazaret d'Alexandrie depuis sa fondation en 1831, donne comme un exemple de transmission de la peste par les habits le fait suivant :

En 1837, deux religieux du couvent de Saint-Jean-d'Acre périrent de la peste. Deux ans après, le nouveau président fit ouvrir une caisse oubliée dans un coin; elle contenait des vêtements de moines; le religieux qui l'ouvrit eut la peste et la transmit aux autres au nombre de huit : ils succombèrent tous.

Je ne sais si avant sa conversion M. Clot eût accepté ce fait; mais aujourd'hui il lui paraît suspect, et cela suffit pour que la Commission n'en tienne compte.

Récusera-t-elle aussi le témoignage de M. Gaëtani, le collaborateur et l'émule de M. Clot?

Dans cette trop fameuse peste de 1835, il a été fait une expérience solennelle, que chacun raconte un peu à sa manière. Des cinq criminels dont nous avons parlé, trois, avons-nous dit, furent inoculés, et deux périrent de la peste : les deux autres revêtirent la chemise et les caleçons de quelques pestiférés en sueur; ils firent plus, ils se couchèrent dans le lit qu'ils venaient de quitter. Ils eurent la peste tous les deux ; un en mourut.

Ici on ne peut nier les faits; celui qui les raconte en a été témoin oculaire, et il est là pour se défendre; mais on en décline les conséquences. Qui sait, dit-on, si les sujets de ces expériences reçurent la peste des linges qu'ils s'appliquèrent sur le corps ou du milieu dans lequel ils vivaient?

Vous le voyez, c'est toujours le même système. De deux choses l'une, ou les faits sont faux, ou c'est l'interprétation qu'on en donne.....

Je n'insiste pas, Messieurs, sur ce mode de transmission. Il est sujet aux mêmes objections que tous les autres. Tout fait recueilli, toute expérience entreprise sur le théâtre de la maladie paraissent suspects à la Commission; car l'air est toujours là. Et soit que vous touchiez un pestiféré, soit que vous touchiez les choses à son usage, si vous avez la peste, on vous dira toujours que c'est l'air qui vous l'a donnée.

Car, dans l'opinion de la Commission, l'air est le grand réservoir et le seul véhicule des germes pestilentiels. S'il n'y avait pas d'air, passez-moi la supposition, la peste ne serait pas transmissible; avec l'air, c'est la plus subtile et la plus dangereuse des contagions. Les preuves abondent dans le Rapport. Un seul malade suffit pour infecter toute une maison, au point que les personnes qui l'habitent et celles qui y mettent les pieds prennent presque infailliblement la peste. Alors même que le malade n'y est plus, la maladie y est encore. Dans son premier langage, la Commission appelait cela de l'infection. Singulière infection qu'elle fait voyager sur les ailes du vent d'Alexandrie à Marseille!...

La peste se transmet-elle hors du foyer d'infection? La Commission n'en doute pas. Comment se transmet-elle? Comme au sein du foyer, au moyen de l'air.

Si elle peut se transmettre par le toucher, c'est l'objet d'un chapitre de sept lignes.

Celui qui traite de la transmission par les hardes et vêtements n'a que deux pages. C'est pourtant un des plus importants.

La Commission conclut qu'il n'est pas au pouvoir des vêtements de se charger des miasmes pestilentiels et de les communiquer. La conclusion est un peu hardie. Je ne le serai pas moins peut-être dans un autre sens. Pour moi, j'avoue que quand même les faits directs me manqueraient, ce que je sais de la contagion en général me porterait à croire à la transmission de la peste par le contact immédiat. Et je comprends sous ce titre, non-seulement les hardes, mais encore les marchandises...

On dit que le souvenir de la peste de 1720 est encore vivant dans les murs de Marseille; je n'ai pas de peine à le croire. Il en est de même partout où la peste a pénétré; oui, partout où elle a porté ses ravages; en Orient comme en Europe, on la considère comme le plus redoutable des fléaux; on n'a de courage contre elle qu'en Occident, et là où elle n'est connue que de nom.

Comment Marseille ne serait-elle pas sur le qui vive? Depuis 1720, elle l'a reçue quatorze fois dans ses lazarets, et malgré toutes les précautions qu'on y prend, elle a sévi plusieurs fois parmi les employés. La Commission ne le nie pas; elle ne discute que sur les moyens de transmission. Le dernier exemple d'importation est de 1819. Le capitaine Anderson, venant d'Alexandrie, perd trois hommes pendant la traversée. A son arrivée à Marseille, un malade restait à son bord; on le transporte au lazaret; on reconnaît la peste. Le garde de santé la gagne, et meurt.

Quand il n'y aurait d'autre preuve de la contagion de la peste hors de sa patrie que la qualité des malades, on n'en pourrait pas douter. Ce sont toujours des employés des lazarets, des infirmiers, des chirurgiens quarantenaires.

Mais comment se fait cette transmission? La Commission répond toujours par l'air, rien que par l'air. Ainsi elle réduit le plus qu'elle peut les modes de contagion, et celui qu'elle adopte, car il lui en faut un, elle le renferme dans les bornes les plus étroites.

Par exemple, elle dit que la peste n'est réellement contagieuse que quand elle règne épidémiquement; elle ne l'est pas quand elle se tient à l'état sporadique. Voilà certes une singulière distinction....

Secondement, la Commission, toujours flottant entre les dangers de la contagion et les intérêts du commerce, essaie de tourner la difficulté et de se tirer d'embarras en limitant la durée de l'incubation...

La Commission donne à la peste huit jours d'incubation; en sorte qui, d'après elle, tout sujet qui serait entré dans un foyer pestilentiel, s'il n'a pas la peste huit jours après en être sorti, n'a plus rien à craindre.

J'avoue, Messieurs, qu'il me répugne de prescrire ainsi des bornes à la nature. Et cependant j'y serais peut-être plus autorisé que bien d'autres; car, moi aussi, j'ai voulu savoir combien dure l'incubation de la petite vérole; et, chose singulière, je suis arrivé presque au même résultat. De 13 faits étudiés dans ce dessein, il y en a

8 où la variole s'est montrée le	9ᵉ jour.
3	8ᵉ
1	7ᵉ
1	10ᵉ

D'où l'on voit que c'est du 8ᵉ au 9ᵉ jour après l'absorption que paraîtrait la petite vérole.

Mais nous ne voudrions pas affirmer cependant que le virus varioleux ne couve jamais au delà de ce terme, et moins encore le virus pestilentiel. On cite des faits, en petit nombre il est vrai, où ce temps a été dépassé.

S'il est une maladie bien réglée dans sa marche, c'est la vaccine. Trois jours après l'insertion du vaccin, on est à peu près sûr de voir les premiers signes de l'éruption; et cependant je les ai attendus quelquefois jusqu'à quinze jours.

Et remarquez qu'en en portant artificiellement le germe dans les chairs, je lui épargne bien du chemin et facilite singulièrement la suite de ses opérations. Les semences végétales elles-mêmes ne lèvent pas toutes à la même heure. Il en doit être de même des maladies qui naissent d'un germe, et à bien plus forte raison, car rien n'est variable comme les organisations. Quelque régulières qu'elles soient, il faut craindre de les renfermer dans des limites trop étroites. Chaque science a son génie; celui de la physiologie est de connaître les variations de la nature vivante et d'y conformer ses lois.

Enfin, la Commission, dans son extrême désir de couper les ailes à la contagion, lui refuse la faculté de se répandre assez dans notre Europe pour créer une épidémie, à moins, ajoute-t-elle, qu'elle ne soit secondée par une *constitution pestilentielle*. Nul doute que la peste ne trouve plus de facilités de reproduction dans sa patrie originelle. Néanmoins, il ne faudrait pas s'y fier. Rappelez-vous, Messieurs, la petite vérole; elle n'est pas d'origine européenne; c'est une étrangère parmi nous; mais il faut convenir qu'elle a bien gagné ses lettres de naturalisation.

Encore, si on pouvait nous dire nettement en quoi consiste cette constitution pestilentielle, sans laquelle la peste ne peut vivre et se perpétuer parmi nous. Quels sont ses signes, ses caractères? Est-il un médecin assez clairvoyant pour l'annoncer seulement huit jours à l'avance? Non : on dit qu'il y a constitution pestilentielle lorsque la peste règne épidémiquement; en sorte que l'épidémie s'explique par la constitution, et la constitution par l'épidémie.

Dans cette théorie, la contagion, c'est l'étincelle qui enflamme la poudre; mais si, en 1720, Marseille n'eût pas reçu cette étincelle du capitaine Chataud, la peste serait-elle née dans ses murs sous la seule influence des causes locales? La Commission n'est pas éloignée de le croire.

Il n'est pas de système plus désolant. Dans l'hypothèse de la contagion, si on ne peut prévenir la peste, on a du moins l'espoir de s'en rendre maître; mais si elle peut se produire d'elle-même, sans ferment, comment y échapper? Ainsi, la Commission place Marseille entre deux feux, ou plutôt entre deux pestes. L'une lui vient d'Orient; l'autre, plus menaçante, couve dans ses murs. Je ne doute pas que Marseille ne soit sensible à tant de sollicitude; mais elle ne craint que la peste d'Orient.

— *M. Guillon* adresse la lettre suivante : Comme j'ai intérêt à ce que l'Académie connaisse le plus promptement possible ma méthode, au moyen de laquelle on guérit complétement, et ordinairement dans un temps assez court, ces rétrécissements calleux urétraux, qui jusque dans ces dernières années *avaient été jugés incurables*, je viens vous prier d'avoir la complaisance de presser le rapport de la Commission nommée en janvier 1839, à l'effet d'examiner ce mode de traitement.

Pour constater si la guérison des rétrécissements fibreux de l'urètre, obtenue par le genre de traitement que j'ai introduit dans la thérapeutique, était durable, s'il ne survenait pas de récidives au bout d'un certain laps de temps; pour apprécier enfin cette méthode à sa juste valeur, il était nécessaire que plusieurs années s'écoulassent. Il y a sept ans et demi, Messieurs, que la Commission, composée de MM. Lagneau, Roux et Velpeau, est nommée. Depuis cette époque, j'ai soumis à son examen, avant, pendant et plusieurs années après leur traitement, un certain nombre de sujets affectés de coarctations urétrales de nature fibreuse *réputées inguérissables*, dont la guérison a été obtenue par mes procédés opératoires, et le dernier il y a environ six mois. Maintenant, ces trois honorables juges peuvent être en position de faire leur rapport. Ils doivent avoir aujourd'hui des idées tout à fait arrêtées sur la valeur de la méthode dont il s'agit, de mes incisions intra-urétrales pour guérir ces rétrécissements de l'urètre, contre lesquels les autres moyens sont impuissants; et cette méthode est, je crois, un progrès chirurgical assez important pour qu'elle mérite de fixer l'attention de l'Académie....

— La séance est levée après cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 15 avril 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Robert rend compte à la Société d'une opération pratiquée il y a douze à treize jours, pour un kyste hydatique du poignet. La femme qui portait ce kyste en avait aperçu les commencements il y a une quinzaine d'années; dernièrement, s'étant heurtée la main dans une chute, elle vit survenir une inflammation qui a été suivie de l'ouverture spontanée du kyste. C'est dans cette condition que la malade s'est présentée à l'hôpital Beaujon, où M. Robert a pratiqué deux incisions, l'une au-dessous, l'autre au-dessus du ligament annulaire. L'opérateur redoutait les accidents que Dupuytren a décrits comme étant la suite de l'ouverture de ce genre de tumeurs. Aussi, dans le but de les prévenir, a-t-il eu recours à l'irrigation continue d'eau froide. Aujourd'hui la malade est au quatorzième jour de l'opération, et aucun accident ne s'est déclaré; elle peut donc être considérée comme étant en voie de guérison. A l'occasion de l'effet des irrigations, M. Robert dit avoir été témoin de plusieurs cas dans lesquels ce moyen de traitement a été suivi de succès après l'ouverture de kystes semblables au poignet. Entre autres faits, M. Robert en cite deux qui ont été observés à la Pitié dans le service de Sanson, et un qui est dû à M. Pinel-Grandchamp.

Sous le rapport des matières renfermées dans l'intérieur du kyste, et auxquelles les incisions pratiquées ont donné issue, M. Robert a remarqué que c'était une espèce de bouillie analogue à du riz crevé, dont les grains n'étaient pas en suspension dans un liquide distinct de l'espèce de pulpe constituée par leur ensemble. Quelques-uns des grains présentent un aspect assez exactement ovoïde et sont lisses à leur surface extérieure, tandis qu'intérieurement ils renferment une matière comme pulpeuse analogue à celle de la substance intervertébrale molle que l'on observe chez les jeunes sujets. Dupuytren considérait ces corps comme des hydatides. Plusieurs d'entre eux recueillis par lui ayant été soumis à un examen attentif par Bosc et par M. Duméril, le caractère hydatique n'y a point été reconnu. Laënnec leur attribuait pourtant aussi ce caractère. M. Velpeau les considère comme des fragments albumineux ou fibrineux, qui s'arrondissent par le frottement. Cette dernière opinion est combattue par M. Robert, qui a soumis les corps extraits par lui à l'examen de MM. Rayer et Mandl. Ceux-ci regardent les corps ovoïdes comme étant le type de cette formation accidentelle, tandis que les fragments irréguliers et l'espèce de bouillie à laquelle ils étaient mêlés ne seraient qu'un produit du morcellement de ces corps. Les mêmes observateurs ne les considèrent pas comme étant des hydatides, mais ils pensent, suivant M. Robert, que ce sont des corps organisés et vivant d'une vie propre.

M. Chassaignac pense que le traitement de ces tumeurs par l'incision peut être avantageusement remplacé par celui qu'il a employé l'année dernière avec succès, à l'Hôtel-Dieu, chez un homme qui se présenta avec un kyste de cette nature et d'un volume considérable, divisé par le ligament annulaire en deux portions, l'une qui remplissait la paume de la main, l'autre qui occupait la partie inférieure antérieure de l'avant-bras. Un trois-quarts à hydrocèle ayant été porté dans la tumeur, on parvint, à l'aide de pressions fortes et répétées, à vider presque complétement les deux poches de la masse des concrétions qu'elles renfermaient. Après quoi une injection iodée fut poussée dans l'intérieur du kyste et détermina l'adhésion des parois de celui-ci dans la presque totalité de la tumeur, ce qui fut vérifié à l'autopsie. En effet, ce malade étant rentré à l'Hôtel-Dieu plusieurs mois après l'opération pour une affection de poitrine à laquelle il a succombé, on a été à même de constater que les adhérences s'étaient établies dans la presque totalité de la tumeur, et que cependant il était resté dans un point quelques-uns des corps étrangers.

M. Malgaigne n'est pas satisfait de la détermination de ces corps qu'on dit organisés et vivant d'une vie propre, bien que ce ne soient pas des hydatides. S'agit-il, en effet, d'une espèce déjà connue dans les classes du règne animal ou bien d'une espèce nouvelle, et la vitalité de ses corps est-elle différente de celle d'un grumeau sanguin?

M. Robert soutient que, d'après l'opinion de MM. Mandl et Rayer, ce sont des animaux vivant d'une vie indépendante. Il pense qu'il ne pourrait être au pouvoir d'une cause aussi éventuelle que le frottement de donner lieu à des formes plus ou moins régulièrement ovoïdes comme celle que présentent ces corps. Quant à la question du traitement, il s'élève contre l'usage de l'injection iodée, dit qu'on ne peut extraire par la canule d'un trois-quarts que des corps peu volumineux, et que par conséquent on ne pourrait espérer de vider assez complétement la tumeur. Il ajoute que, dans le cas dont il a entretenu la Société, il a mis deux jours à débarrasser complétement le kyste des concrétions qui s'y trouvaient renfermées; que l'ensemble du produit placé à l'intérieur du kyste étant composé d'une bouillie amorphe et de corps assez consistants, la première seule offrirait les conditions favorables pour son évacuation par la canule du trois-quarts; enfin, il invoque le fait même qui a été cité à l'appui de l'injection iodée comme étant une preuve que ce moyen de guérison est insuffisant, puisqu'une portion des corps étrangers se trouvaient encore dans un point du kyste.

M. Chassaignac répond que le fait dont il a parlé ayant été publié, il avait cru pouvoir négliger, en le rappelant, certains détails propres à mieux faire comprendre la probabilité de succès des injections iodées; d'abord la sortie des concrétions à travers la canule du trois-quarts, ne peut plus faire question, puisque dans le cas qui a été cité plusieurs centaines de ces corps ont été extraits par cette voie. Quelques-uns d'entre eux, et cela même a prouvé qu'ils jouissaient d'une grande élasticité, ont pu passer en sifflant à travers la canule; car même après leur sortie, ils offraient des diamètres plus considérables que ceux de la canule qu'ils avaient traversée. Une précaution propre à rendre plus complète l'évacuation de la tumeur, consista à injecter à deux ou trois reprises de l'eau tiède qui amena encore quelques restes des concrétions et de leurs débris, et ce ne fut qu'après ce lavage intérieur et lorsque l'eau revenait telle quelle était introduite, que l'on poussa l'injection iodée. Si M. Robert a éprouvé tant de difficulté à vider le kyste qu'il a opéré par incision, c'est que la tumeur ayant été le siége d'une inflammation assez vive pour en amener la perforation, ce cas ne saurait être assimilé à ceux dans lesquels se présente habituellement la tumeur; enfin même, en reconnaissant dans le cas rapporté par M. Chassaignac, la guérison n'a pas été radicale en ce sens que l'adhésion n'a pas eu lieu dans toute l'étendue de la tumeur sans exception. Ce fait suffit pour donner la mesure de ce que l'on peut attendre d'une méthode de traitement qui avait réduit la maladie primitive à des proportions tellement minimes, que le malade avait repris presque complétement l'aptitude aux fonctions de la main, et qu'une nouvelle opération du même genre eût facilement complété la guérison, si cela eût été nécessaire. D'ailleurs le mode opératoire qui a été suivi n'offrant presque aucun danger comparativement au traitement par incision, alors même que ce dernier est suivi de l'irrigation continue, il y a là un puissant encouragement pour les chirurgiens à tenter de nouveau l'usage des injections iodées dans cette affection.

M. Huguier dit que, parce qu'un corps de nouvelle formation dans l'économie serait organisé et vivant, il n'y aurait pas une raison suffisante de lui donner le rang d'animal dans l'échelle zoologique. En effet, les pseudomembranes sont bien des corps organisés et vivants, et cependant personne ne songe à les considérer comme des animaux. Quant à la question du traitement, il a observé un fait qui prouve que la simple évacuation d'une tumeur de ce genre, à l'aide du trois-quarts auquel on adapte une seringue aspiratrice, peut être suivie d'une guérison durable. C'est chez un malade reçu à l'hôpital de la clinique de l'Ecole, dans le service de M. le professeur Cloquet, suppléé à cette époque par M. Huguier, que le fait a eu lieu. M. Huguier s'est servi, pour l'opération, du trois-quarts et de la seringue modifiée par M. Guérin; il a revu le malade huit mois après, et la guérison paraissait complète. Il a cependant la conviction d'avoir laissé dans le kyste une partie des corps étrangers; mais il est loin de considérer cette condition comme un obstacle radical à la guérison, attendu qu'il est d'expérience que pour certains kystes, il suffit d'imprimer à la vitalité des parois certaines modifications pour en amener la guérison, alors même que les matières qui y sont renfermées ne seraient pas complètement expulsées. Il rappelle, à ce sujet, les cas d'hydrocèles qui guérissent après une simple ponction.

M. Morel cite également un fait dans lequel l'injection iodée a été suivie, entre les mains de M. Velpeau, d'une guérison durable chez une femme qu'il avait opérée pour un kyste semblable. M. Velpeau pensait de même qu'il était resté dans la tumeur quelques-unes des

concrétions organiques.

— *M. Marjolin fils* présente à la Société un enfant de trois ans et demi atteint d'une tumeur érectile qui a envahi la lèvre inférieure, le côté droit du cou et la moitié correspondante de la face et du crâne. La paupière surtout est prise dans toute son épaisseur, mais l'œil est sain. Cet enfant n'avant point été vacciné, M. Marjolin se demande si, dans le cas actuel, il n'y aurait pas quelque parti à tirer de cette circonstance en portant la vaccination sur la tumeur.

M. Robert pense que c'est surtout dans les tumeurs érectiles bien circonscrites et superficielles, que l'on peut attendre des résultats favorables par l'emploi de la vaccination; il pense que si l'on y avait recours dans ce cas, il faudrait porter simultanément les piqûres sur plusieurs points de la tumeur. Il rend compte, à cette occasion, de ce qu'il a observé sur un enfant qui présentait à la fois quatorze de ces tumeurs bien circonscrites sur diverses parties du corps, et qui a succombé par suite d'un érysipèle du cuir chevelu, qui s'est développé après la destruction de quatre de ces tumeurs par le caustique de Vienne, et à la suite de la dernière tentative faite avec le même moyen sur une de ces tumeurs qui siégeait à la paupière. L'érysipèle, qui avait commencé par le cuir chevelu, a envahi successivement toutes les parties du corps. Il y a eu ceci de remarquable, que les neuf tumeurs qui n'avaient pas été attaquées par le caustique se sont détruites spontanément, ou du moins sous l'influence de l'inflammation érysipélateuse, car on les a vues se couvrir de phlyctènes, s'affaisser, puis se détacher sous forme de croûtes.

M. Danyau, qui a traité quelques tumeurs semblables par la vaccination, a fait cette remarque, que l'abondance de l'écoulement sanguin à la suite des piqûres devenait un obstacle à la production de la pustule vaccinale, par suite de l'entraînement immédiat de la matière inoculée.

M. Huguier combat l'opinion de M. Robert sur la convenance de la vaccination dans ce cas, en se fondant sur ce que les tissus paraissent envahis à une trop grande profondeur.

M. Laugier a obtenu, par l'introduction de fils imbibés d'une solution de potasse caustique, la guérison de deux tumeurs érectiles, l'une siégeant au front, à la paupière et à la tempe, chez un enfant de quatre à cinq ans; l'autre chez un enfant de huit jours. Dans ce dernier cas, la tumeur était placée à la racine du nez. M. Laugier pense qu'on pourrait avec avantage faire usage des vésicatoires volants.

— *M. Malgaigne* fait connaître un nouveau signe pour le diagnostic différentiel de la fracture siégeant à l'extrémité inférieure de l'humérus et de la luxation du coude. Voici en quoi consiste ce signe qui se déduit de la situation comparativement au pli du coude, de la saillie qui existe à la partie antérieure de l'articulation dans l'un et l'autre cas. Quand il y a fracture, cette saillie, suivant M. Malgaigne, s'observe au-dessus du pli de la peau, tandis quelle est constamment au-dessous de ce pli quand il y a luxation.

— *M. Chassaignac* fait connaître à la Société un cas de fracture de l'humérus, dans lequel il fait avec avantage l'application du poids des membres à l'extension permanente. Voici dans quelle circonstance. L'année dernière, un malade fut amené à l'Hôtel-Dieu ayant une fracture située à l'extrémité inférieure de l'humérus, le trajet de la fracture était dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de manière que l'épitrochlée se trouvait divisée en deux portions, l'une appartenant au fragment inférieur, l'autre au fragment supérieur. Cette dernière formait sous la peau une saillie tellement anguleuse, qu'on aurait cru sentir la pointe d'un instrument aigu placé sous la peau, et que la perforation de cette dernière semblait devoir s'effectuer dans l'espace de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. Quelle que fût l'attitude que l'on donnât au membre, soit flexion, soit extension, on ne pouvait parvenir à diminuer l'acuité de cette saillie osseuse. Toutefois pendant les divers examens qui furent faits de ce malade, lequel a été vu per M. Blandin et par la plupart des élèves de l'Hôtel-Dieu, M. Chassaignac s'aperçut que le seul moment où la saillie osseuse diminuât était celui dans lequel le bras étant soutenu dans une position horizontale par les mains du chirurgien, l'avant-bras était abandonné à son propre poids et pendait en quelque sorte à l'extrémité du levier formé par l'humérus.

Afin de rendre permanente cette attitude, dans laquelle la réduction et le maintien de la réduction s'effectuaient spontanément, on eut recours au moyen suivant : Un coussin bien rembourré, de forme rectangle et portant à chacun de ses angles un lacs de fil, fut placé sous la face interne du bras relevé horizontalement; les lacs furent attachés dans une direction verticale à une traverse qui passait à la partie supérieure du lit, et l'avant bras fut abandonné à tout son poids dans une position à peine fléchie et en demi-pronation. Le malade, qui était un homme résolu et intelligent, a eu la patience de conserver cette attitude pénible pendant tout le temps nécessaire à la consolidation, qui a eu lieu sans difformité et avec conservation des mouvements du membre Dans les jours qui suivirent la première application de cet appareil, l'avant-bras et la main éprouvèrent une tuméfaction, qui se dissipa sous l'influence d'un bandage roulé imbibé d'eau-de-vie camphrée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la constipation nerveuse; par M. le professeur Lippich (de Padoue).

Lorsque la constipation résiste opiniâtrément aux moyens ordinairement employés pour la réprimer, et lorsqu'elle reconnaît pour point de départ un état spasmodique persistant, M. le professeur Lippich a l'habitude de recourir aux lavements suivants, dont il a toujours obtenu tout le succès désirable :

Asa fœtida,	12 grammes;
Vinaigre ordinaire,	30
Miel,	60
Eau d'orge,	300
Jaune d'œuf,	Q. S.

M. et F. S. A. une mixture émulsive aussi homogène que possible.

Pour deux lavements qui doivent être administrés à une heure d'intervalle l'un de l'autre.

Moyen contre les plaies par décubitus, par M. le docteur Landerer.

Pour prévenir les plaies par décubitus chez les malades, et les excoriations de la peau chez les enfants, on se sert, en Grèce, d'un vin aromatique avec lequel on lotionne fréquemment les surfaces exposées à ces accidents.

Ce vin est préparé en faisant macérer des sommités fleuries de serpolet et des fleurs d'oranger dans du vin rouge.

M. le docteur Landerer a pu observer des effets très remarquables de l'emploi de ce médicament.

Troisième liste des adhérents au Cercle médical de France (1).

MM. Belhomme.
Despaulx-Ader.
Bonnafond.
Velpeau, de l'Institut, professeur à la Faculté de méd. de Paris.
Lemaître.
Dizé.
Dufresse.
Boué (neveu).
Colombe.
Guillon.
Foy, pharmacien à l'hôpital Saint-Louis.
Bourdet.
Giron de Buzaringues.
Costa.
Lombard.
Maisonnabe, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.
MM. Dreyfus.
Machelard.
Janin.
Pillot.
Coqueret (A).
Manec, chirurgien à la Salpêtrière.
Le Roy-d'Etiolles.
Marlougélin.
Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Genest.
Regnard père.
Regnard fils.
Tessereau (Auguste).
Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

NOUVELLES.

M. Reynaud (Auguste-Adolphe-Marc) est nommé chirurgien en chef de la marine, en remplacement de M. Payen, décédé.

— La chambre des députés vient de rejeter l'allocation de fonds demandée pour la création de nouvelles chaires dans les Facultés de médecine, et pour l'amélioration des écoles secondaires. Cette question sera reprise lors de la présentation du projet de loi sur l'organisation de la médecine, qui est remise à la session prochaine.

— Il est question, au ministère de l'instruction publique, d'envoyer aux grandes Indes deux jeunes médecins pour étudier la marche du choléra.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 66. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 5 JUIN 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les fièvres pernicieuses comptent parmi les maladies les plus insidieuses, et dans les localités où elles ne sont pas endémiques, on s'y trompe souvent: témoin ce cas dont nous avons parlé ici, dans lequel une fièvre pernicieuse cystique fut prise pour une inflammation du col de la vessie, que l'on crut avoir maîtrisée comme par enchantement au moyen d'une large application de sangsues, et qui emporta le malade au second accès.

La fièvre pernicieuse *hystérique* est du nombre de celles qu'il est le plus facile de méconnaître. Charles Strack le pensait ainsi, et il l'exprime dans le passage suivant: « Febrium » autem intermittentium nulla cognitu difficilior est, quam » quæ passionis hystericæ larvam induit: siquidem cum ista » quidem mulierum affectio, propterea quod ipsa miras sæpe » atque alienas diversarum ægrotationum figuras admittit; » per se satis fallax est, potest utique talis febris, ubi similes » notas recepit, medico vehementer illudere. » Ludovico Mercado avait déjà signalé cette variété de fièvre pernicieuse, mais il en fait une tierce: « Secunda quidem hujus tertianæ » species suboritur, cum febrilis calor uterum in consensum » allicit, » etc. Sagar mentionne une hystéralgie fébrile curable par le quinquina et le castoréum, et Sydenham donne le quinquina comme un des meilleurs moyens à employer contre l'hystérie.

M. le professeur Puccinotti, dans son *Histoire des fièvres intermittentes pernicieuses de Rome*, publiée à Naples en 1838, dit que les douleurs abdominales et le sentiment de suffocation qui accompagnent cette fièvre pourraient la faire confondre avec les pernicieuses coliques et angineuses. Mais, ajoute-t-il, dans la fièvre hystérique on observe, en outre, des rapports acides, des borborygmes incessants, des alternatives de la température du corps même pendant le stade de chaleur, des urines pâles et abondantes, l'irrégularité du pouls, et par dessus tout les bizarreries de l'imagination, les épouvantes chimériques et la vive appréhension de la mort.

Ce pathologiste cite l'observation d'une femme de tempérament lymphatique, âgée de trente cinq ans, qui entra à l'hôpital, le soir, avec fièvre discrète, peau humide, tranchées au bas-ventre, loquacité fatigante, et qui refusa pour le moment de se soumettre à aucun moyen de traitement. La malade fut purgée le lendemain matin avec de la manne. Un peu avant midi elle fut prise de frissons intenses précédés de vives douleurs aux régions précordiale et sous-ombilicale; le visage devint pâle, les yeux s'excavèrent; elle éprouva des renvois acides fréquents, puis des ardeurs à l'œsophage et un sentiment de resserrement à la gorge.

La chaleur qui succéda au froid était bornée au tronc et brûlante à l'abdomen; les mains et les pieds étaient restés froids. Pouls tantôt lent, tantôt très fréquent. Plaintes répétées et mouvements de terreur; lipothymies. On entendait les borborygmes à quelque distance du lit. La voix était tantôt rauque, tantôt sibilante, tantôt étouffée.

Le jour suivant le paroxysme fut remplacé par une sueur abondante, très fétide. La malade eut huit heures de repos. Au bout de ce temps elle fut prise d'un paroxysme plus violent que le premier; à peine la fièvre fut-elle tombée, on administra le quinquina et les antispasmodiques. Il y eut un troisième et un quatrième accès, mais plus faibles que les précédents, et cette femme sortit guérie.

Maintenant, voici le cas récent (avril et mai) qui nous a fait penser à la fièvre pernicieuse hystérique. Il s'est présenté dans le service de M. Piorry.

Une jeune femme était affectée de névralgie intercostale, avec augmentation de volume de la rate, et de fièvre intermittente dont les accès revenaient tous les soirs. La rate diminua d'un tiers au moins sous l'influence du sulfate de quinine administré plusieurs fois à la dose d'un gramme; mais il fut impossible de la ramener à son volume normal, et elle ne cessa de présenter au moins douze centimètres de haut en bas. Les accès ne furent pas arrêtés. La malade éprouvait aussi quelques accidents vers les organes internes de la génération, tels que douleurs hypogastriques et inguinales. Depuis deux jours, la rate restant volumineuse malgré le sulfate de quinine, on avait suspendu l'administration de ce sel, se réservant d'y revenir à dose plus élevée. Un matin, dans un état de santé meilleur que les jours précédents, la malade étant descendue au jardin eut un paroxysme violent, avec sentiment de suffocation ascendante, perte incomplète de connaissance, pandiculations, etc. L'accès dura cinq minutes seulement. Le soir, il ne restait plus que de la courbature. La nuit fut tranquille. Le lendemain, à pareille heure, l'accès se reproduisit plus violent encore que le premier: il survint des contractions épileptiformes, et la malheureuse succomba d'une manière inopinée.

La mort avait été si imprévue que M. Piorry ne se décida à faire pratiquer la nécropsie que lorsque la putréfaction eut commencé sur quelques points du cadavre.

Les lésions furent recherchées avec le plus grand soin. On n'en trouva aucune absolument dans les lobes cérébraux, dans le cervelet, dans les tubercules quadrijumeaux, dans la protubérance, dans le bulbe et dans la moelle épinière. La rate avait le volume observé pendant la vie; son tissu était noirâtre et ramolli. Les ovaires étaient doublés au moins de volume; leur aspect était noirâtre. Ils offraient (surtout le gauche) des foyers hémorrhagiques sous leur tunique propre. On distinguait du reste les éléments organiques des ovaires. La matrice était exempte d'altérations.

Il y avait du sang dans les vaisseaux; il n'y avait pas d'écume dans les bronches, de sorte que l'on ne pouvait expliquer la mort ni par une syncope, ni par l'asphyxie.

Certes, si la description de M. le professeur F. Puccinotti a une valeur absolue, s'il ne peut y avoir de fièvre pernicieuse hystérique à moins des symptômes énumérés dans son observation, le cas que nous venons de résumer n'est pas un exemple de fièvre pernicieuse hystérique.

Mais si l'on pense que notre malade avait des accès quotidiens de fièvre intermittente et que la rate était augmentée de volume; si l'on considère que c'est après la suspension du sulfate de quinine qu'eurent lieu les deux paroxysmes, dont le second a enrayé la vie, on ne peut s'empêcher, malgré ce qu'il y a d'insolite dans des accès aussi courts, de trouver un grand rapport entre ce cas pathologique et une fièvre pernicieuse.

Les ovaires présentaient les caractères anatomiques d'une congestion assez violente pour que le sang eût pu sortir de ses vaisseaux et s'épancher, sous forme d'hémorrhagies partielles, à la surface de ces organes. Nous savons que, dans la fièvre pernicieuse pneumonique, par exemple, ce qui établit le caractère spécial de la maladie, c'est la congestion des poumons; que, dans la fièvre pernicieuse comateuse, c'est le cerveau qui est hypérémié. En un mot, dans la fièvre pernicieuse, on constate généralement une congestion de l'organe auquel se rapportent les symptômes spéciaux. Ici les symptômes spéciaux se rapportaient aux organes internes de la génération, et l'on a trouvé une forte hypérémie des ovaires. Seulement, bien avant les accès que nous supposons pernicieux, la malade avait éprouvé de la douleur à l'hypogastre et aux aines, preuve que cet état pathologique existait déjà probablement à un degré moindre. Voilà donc une femme chez laquelle existaient coïncidemment une hypérémie splénique et une hypérémie des ovaires, comme si la cause avait agi à la fois sur les deux organes. Peut-être est-ce le caractère des fièvres pernicieuses qu'il y ait ainsi une double action de la cause, tandis que la fièvre intermittente est simple si l'action ne dépasse pas la rate. Tant que le sulfate de quinine fut administré, la fièvre intermittente resta simple. Lorsque, la rate ne diminuant plus, le médecin, avec toute apparence de raison, eut

---

FEUILLETON.

ETUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE;

Par le docteur SICHEL.

IV. *Essai préliminaire de statistique des résultats d'opérations de cataracte.* (Suite du numéro 62.)

Passons maintenant à l'exposition numérique d'une série de 100 opérations. Nous la ferons suivre de quelques réflexions et de quelques commentaires. Et d'abord, il est bon d'établir que nous avons pris au hasard ces 100 cas d'opérations parmi un nombre extrêmement grand d'opérations semblables pratiquées sur des malades reçus à notre clinique. Nous avons eu soin de compléter cette série de 100 cataractés à partir de la dernière guérison obtenue au moment où fut commencé ce dépouillement, afin de pouvoir calculer sur les mêmes bases que MM. Cunier et Fornari. Tous ont été opérés en présence des personnes qui suivent notre clinique, et qui presque toutes ont déjà le titre de docteur.

100 yeux opérés sur 67 individus, dont 33 l'ont été des deux yeux, 34 d'un seul œil.

Succès complets, 85, dont 41 par l'abaissement ou le broiement, 42 par l'extraction, et 2 par l'extraction scléroticale.

Demi-succès, 8, dont 4 par l'abaissement ou le broiement, et 4 par l'extraction.

Insuccès complets, 7, dont 5 par l'extraction et 2 par l'abaissement ou le broiement.

Du nombre des insuccès, 1 doit être défalqué, comme étant dû à une amaurose reconnue et déclarée incurable avant l'opération. Dans ce cas, nous avions pratiqué l'abaissement du noyau d'une cataracte demi-molle, et le broiement de la substance corticale.

Sur les 67 individus, 65 ont recouvré la vue, 1 seul, opéré par extraction, l'a perdue complétement, et un second (celui qui était amaurotique) est resté aveugle.

On voit qu'il y a là, sous le rapport des résultats obtenus, une très grande analogie avec le tableau donné par M. Cunier. En effet, ce tableau présente 99 yeux opérés sur 66 individus, et, qu'on remarque ce singulier jeu du hasard! sur les 66 opérés, 33, précisément comme dans notre série, l'ont été des deux yeux, et 33 d'un seul œil. Sur ce nombre d'opérations, il y a eu:

81 succès complets;

12 demi-succès, en comptant pour des demi-succès 4 résultats incertains, dont quelques-uns, dans leur terminaison définitive, peuvent avoir été heureux ou entièrement défavorables.

a

Enfin, 6 insuccès complets.

On peut donc considérer comme à peu près identiques les résultats que M. Cunier et moi nous avons obtenus. Ils donnent au delà des quatre cinquièmes de la somme totale des yeux opérés en faveur des succès complets, et 93 succès sur 100 cas en y comprenant les demi-succès. Evidemment, le nombre des individus restés aveugles et devenus incurables est minime.

Mais les erreurs ou, pour mieux dire, les mécomptes peuvent être grands si l'on s'efforce de déduire des conclusions trop générales d'un nombre aussi limité que l'est celui de 100 cas, en comparaison de la quantité immense de cataractes opérées chaque année par la totalité des chirurgiens des différents pays. Et, cependant, c'est à un résultat général, pour ainsi dire universel et d'une valeur absolue, que doit viser une statistique vraiment scientifique. Un groupe de 100 cas non-seulement est trop borné, mais encore les groupes en sous-ordre dont il se compose ou dans lesquels on peut le décomposer sont trop variables.

Les séries d'opérations, qu'elles soient brèves ou longues, se suivent, mais ne se ressemblent pas, tant s'en faut. On y trouve les plus choquantes inégalités. Ici, 20 succès complets ou mêlés de demi-succès se sont succédé; là, il y en a eu 12; là, enfin, 6 de suite. Ils se sont suivis d'une façon non interrompue, sans que le moindre échec vînt troubler une veine heureuse. Il en est de même pour le résultat définitif des diverses grandes catégories de 100 cas au plus: souvent il est très dissemblable. Si nous avions continué notre dépouillement, nous aurions peut-être bientôt rencontré une réunion de 100 cas dans laquelle les non-succès auraient augmenté subitement et d'une manière assez marquée; nous ne répondrions pas qu'ils n'eussent pas été jusqu'à donner peut-être 4 à 6 insuccès de plus pour la centaine. Un résultat pareil ne nous aurait ni étonné, ni même affligé ou découragé dans la certitude où nous aurions été de reprendre bientôt notre revanche, de rencontrer enfin une série mieux favorisée où l'équilibre se serait rétabli. Il nous sera facile de prouver, et cela d'une façon éclatante, qu'ici, en indiquant cette grande versatilité dans le résultat des veines opératoires, nous sommes véridique, mais nullement détracteur de cette belle opération, si satisfaisante quand elle réussit, et d'une influence si désolante pour l'avenir de l'individu quand elle fait défaut. En prenant soin de mettre en lumière les séries malheureuses qui succèdent à des séries brillantes, nous fournirons à nos propres dépens la preuve que nous agissons avec la plus entière bonne foi, et que notre but dans cette statistique n'est nullement de nous faire valoir ou de nous élever au-dessus de nos confrères; loin de nous cette pensée! Le seul sentiment qui nous anime est de relever dignement un gant jeté à la légère, de venir en aide à la bonne cause, enfin de fixer l'attention sur les moyens d'arriver à des résultats satisfaisants sur un point si important de la médecine oculaire. En même temps, nous avons à cœur de prouver que la méthode numérique, pour atteindre à un résultat vraiment concluant, doit absolument s'exercer sur de grandes masses de faits et non sur de petites quantités d'observations réunies dans une seule localité et pendant un court espace de temps.

Voici donc comment nous essaierons de prouver ce que nous venons d'avancer:

La statistique des 100 cas rapportés était terminée; et, pour l'établir exactement, elle nous avait coûté plus de peine que ne le pourraient croire ceux qui n'ont pas l'habitude de recueillir, surtout de coordonner et de comparer numériquement des documents de ce genre. Malgré tout le soin que nous y avions mis, nous nous sommes aperçu à la fin de notre travail, qu'une erreur de pagination nous avait fait commencer la série par 16 cas opérés au commencement de 1844, tandis que les 84 cas qui la terminent avaient été opérés depuis la fin de novembre 1844 jusqu'en 1845. Comme la revue clinique de M. Cunier était basée sur une série non interrompue de cas opérés dans le courant d'une année, nous avons trouvé plus consciencieux et plus rationnel, bien que l'erreur qui pouvait en résulter n'eût rien de bien grave et de bien important, de retrancher en tête de notre série si péniblement construite, les seize premiers cas, et de les remplacer par seize yeux opérés immédiatement avant les autres. C'est ce que nous avons fait; mais ce ne fut pas sans peine. Les cas en question avaient été disséminés dans notre livre d'observations, au milieu d'autres cas opérés dans d'autres mois; ce qui nous causa de pénibles recherches et même un mécompte assez désagréable, puisque nous y avons perdu six succès et gagné quatre non-succès et deux demi-succès. Voici le tableau synoptique de ces 17 opérations pratiquées à notre clinique entre le 1er octobre et le 19 novembre 1844.

Dans notre statistique, le petit groupe que nous devions retrancher en tête était formé ainsi qu'il suit:

16 yeux opérés sur douze individus.

15 succès et un demi-succès en succession non interrompue.

12 individus complétement rétablis.

Cette série si heureuse portait le nombre total de nos succès à 93 sur 100, y compris 8 demi-succès, et ne laissait subsister que 7 insuccès complets sur 100, dont un d'ailleurs ne devait pas compter, puisque c'était une amaurose positivement diagnostiquée avant l'opération. Sur 67 individus il n'y en avait, en y comprenant l'amaurotique, que 2 qui fussent sortis aveugles.

Ce résultat si satisfaisant se trouva quelque peu réduit, après la rectification de l'erreur de date et le rétablissement de la succession régulière des opérations, par la substitution, en tête des 100 cas, de 17 opérations prises comme nous le disions à l'instant.

suspendu l'administration de ce médicament, dont il pouvait espérer, par cette suspension, de rendre l'action plus efficace quelques jours plus tard, l'élément pernicieux, jusque-là neutralisé par le spécifique, se déchaîna, et anéantit en deux coups la force vitale.

Si l'on admet que la cause morbide, quelle qu'elle soit, miasmatique ou autre, a produit à la fois l'hypérémie de la rate, d'où la fièvre intermittente, et l'hypérémie des ovaires, d'où les symptômes spéciaux, tout est clair dans cette observation importante, quoique malheureusement incomplète, à raison de la rapidité avec laquelle elle s'est terminée et qui n'a pas permis de recueillir tous les renseignements désirables.

Nous ne pouvons nous empêcher de revenir sur une circonstance d'un grand intérêt, l'élément congestif propre aux fièvres intermittentes pernicieuses. Cet élément indique une médication que nous avons vu appliquer sur une grande échelle et avec les résultats les plus satisfaisants : la déplétion sanguine. MM. Monard, médecins de l'armée d'Afrique, avaient pour habitude de prescrire, à la plupart des entrants affectés de fièvre pernicieuse gastro-céphalique (forme très commune), une saignée, trente sangsues sur la région épigastrique et vingt sur les régions jugulaires, plus le sulfate de quinine à haute dose après l'accès. Comme nous venons de le dire, cette méthode de traitement produisait les meilleurs effets. Il peut donc être utile, lorsque la rate hypérémiée et les accès résistent à l'action du sulfate de quinine, et que des symptômes coïncidents annoncent un état morbide, probablement hypérémique, d'un autre organe, de venir en aide au spécifique antipériodique par la déplétion sanguine.

Mais l'essentiel est d'empêcher, par l'emploi du sulfate de quinine, la fièvre intermittente de s'élever au type pernicieux.

L'exemple qu'il avait eu sous les yeux, et qu'il n'était guère possible de prévoir, exemple dont il a su tirer et faire ressortir les conséquences pratiques, n'a pas été et ne pouvait être perdu pour M. Piorry. C'est ce que l'on voit par le fait suivant.

— Une femme de vingt-six ans, qui avait accouché trois mois auparavant, avait été atteinte d'une utérorrhagie. A son entrée à l'hôpital elle était hydrémique, et se plaignait d'une douleur constante dans l'hypogastre. On trouva dans cette région, par la palpation et par la plessimétrie, un corps volumineux dur, mat et arrondi, qui dépassait de quatre centimètres le rebord pubien. Ce corps était très sensible au tact et à la percussion. Le lendemain, cette femme, qui n'avait jamais eu d'attaques d'hystérie, en éprouva une des plus intenses. Des moyens généraux et locaux avaient cependant été dirigés contre l'utéropathie. On songeait fort peu à la rate. M. Calvo, chargé d'examiner chaque jour la malade, reconnut une augmentation de volume de cet organe. On apprit alors seulement, que depuis quelques semaines cette femme éprouvait chaque soir des frissons suivis de chaleur.

Le fait précédent ne laissait pas de doutes sur la conduite à suivre, et l'on prescrivit 75 centigr. de quinine dissou dans l'alcool. On choisit cette préparation parce qu'elle est plus active que le sulfate de quinine. Sous l'influence de ce moyen continué pendant trois jours, la rate diminua rapidement, la fièvre cessa, et il resta seulement à traiter par les moyens ordinaires l'utéropathie, qui ne tarda pas à se dissiper.

Dans le premier cas, l'hystérie s'est montrée liée à un état pathologique des ovaires ; dans celui-ci, elle se rattachait à une affection de l'utérus (métrite).

Il y avait à craindre que la maladie ne revêtît, comme dans le cas précédent, le caractère pernicieux ; le sulfate de quinine a écarté cette éventualité.

C'est au diagnostic anatomique qu'il faut faire honneur de ce succès. C'est lui qui a révélé l'état de la rate, et qui a conduit le médecin à reconnaître les retours fébriles, dont la malade n'avait point parlé.

Nous n'avons ni le temps, ni l'espace nécessaires pour faire ressortir tout ce qu'il y a d'intéressant dans cette coïncidence, dans cette influence réciproque de la fièvre intermittente et de l'hystérie. Ce n'est pas ici que l'on doit s'attendre à trouver des développements. Nous signalons les faits ; nous indiquons les points de vue ; si nous sommes assez heureux pour apercevoir un indice, nous le montrons du doigt : c'est à d'autres de creuser le sol. Le journaliste ne renonce pas à suivre pour son compte la trace qu'il a découverte ; mais, dans son rôle de journaliste, il est surtout l'éclaireur qui cherche les sentiers pour l'utilité commune.

En réfléchissant aux deux faits de M. Piorry, on méditera cette phrase de M. le professeur Puccinotti : « Les cas d'hystérie qui ont cédé à l'usage de l'écorce du Pérou, n'étaient probablement que des fièvres intermittentes hystériques larvées, » et l'on méditera aussi ce passage de C. Strack : « Profecto etsi quidem frequens mulierum morbus hysterica passio sit, non tamen is adeo communis est, ac quidem vulgus sibi facile persuadet..... Sed sœpe febris intermittens istius noxæ causa est. »

— Dans l'article *Paupières*, du Dictionnaire de médecine, M. Velpeau a dit quelques mots d'un accident qui n'avait pas été signalé en France avant Dupuytren : l'emphysème des paupières. On l'a vu survenir par l'effet d'un éternuement (Weller), à la suite de l'enfoncement d'une canule dans le canal nasal, qui nécessairement avait été rompue (Blandin). L'emphysème traumatique des paupières implique une fracture des os qui concourent à former les fosses nasales, avec déchirure de la membrane de Schneider. On semble oublier que le fond de la gouttière lacrymale et la paroi interne du canal nasal font partie de la paroi externe des fosses nasales.

On connaît un assez grand nombre d'exemples, dont un tout récent (Bullet. de Thérap.), d'emphysème traumatique des paupières. Voici le cas qui vient de se présenter dans le service de M. Velpeau, à la Charité. Un homme âgé de vingt-six ans, robuste, fit sauter par accident un couteau dont le manche le frappa vers la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche. Il n'éprouva sur le coup que de légers éblouissements qui se dissipèrent bientôt. Vers le soir, il rendit du sang en se mouchant, et une épistaxis assez abondante succéda aux efforts réitérés qu'il fit pour se moucher. Pendant toute la soirée, quelques gouttes de sang s'écoulèrent par le nez.

Le lendemain matin, les paupières étaient gonflées, et le malade ne pouvait découvrir le globe oculaire. Dans la journée, il fit encore quelques efforts pour se moucher.

Le surlendemain, il entra à l'hôpital, et voici ce que l'on constata : Tuméfaction des paupières ; rougeur légère, mais point de chaleur dans la région de l'orbite. Le gonflement est élastique, et la percussion de la paupière supérieure donne une grande sonorité. Toutefois, la pression méthodiquement effectuée sur cette paupière ne produit pas la crépitation caractéristique. Le tissu cellulaire sous-conjonctival est boursouflé, la conjonctive pâle, et l'on constate un certain degré d'exophthalmie. Les milieux de l'œil sont transparents, la vision est conservée.

La moitié gauche de la face est tuméfiée sans chaleur ni rougeur. On produit aisément un certain degré de crépitation dans toute l'étendue de la joue depuis l'orbite de ce côté jusqu'à l'angle de la mâchoire. La région frontale n'offre rien de particulier.

Le malade n'accuse pas de douleur.

Des compresses résolutives sont appliquées sur l'œil. On recommande au blessé d'éviter de se moucher. Dans l'espace de trois jours la résolution est complète.

L'emphysème traumatique des paupières est une affection sans gravité. Il suffit, pour amener la guérison en peu de jours, de quelques applications résolutives, dont la nécessité n'est même pas démontrée, et d'empêcher le malade de faire des efforts expirateurs, qui auraient pour effet le passage de l'air, des fosses nasales dans le tissu cellulaire des paupières du fond de l'orbite et de la face à travers la fracture.

Dans le cas que nous venons de rapporter, on a lieu, à raison du point sur lequel la cause vulnérante a agi, de supposer qu'il y a eu fracture des parois du sinus frontal.

— Un jeune homme de seize ans, bien constitué, vient de succomber au tétanos traumatique, à la Pitié. La roue d'une voiture pesamment chargée lui passe sur le pied droit, et produit plusieurs plaies contuses et fractures comminutives aux trois derniers orteils. M. Gosselin, qui remplace M. A. Bérard, reçoit le blessé dans son service, et constate un peu de refroidissement et d'insensibilité aux deux derniers orteils, sans changement de couleur à la peau ; en arrière de ces orteils, sur la face dorsale du pied, une tuméfaction également sans changement de couleur à la peau, mais accompagnée de cette mollesse et de cette fluctuation qui indiquent l'attrition des couches sous-cutanées dans la contusion au troisième degré.

Il était aisé de prévoir que les deux derniers orteils seraient mortifiés, et qu'une eschare plus ou moins profonde se formerait sur le dos du pied.

En effet, dès le second jour les deux orteils étaient devenus noirs, froids et insensibles. Le troisième, des phlyctènes et une eschare noire s'étaient formées sur le dos du pied ; l'eschare se prolongeait jusqu'à quatre ou cinq centimètres en arrière de la racine des orteils. Au delà, sur le reste du pied et sur le bas de la jambe, existait un gonflement assez considérable avec rougeur et douleur à la pression. Point de fièvre.

Dans la crainte de voir la gangrène se propager par excès d'inflammation et par gêne de la circulation, M. Gosselin pratiqua sur le dos du pied deux incisions longues et profondes, et au bas de la jambe deux autres moins étendues.

Le 1er juin, à la visite du matin, la gangrène avait fait de nouveaux progrès. Cependant l'état général du malade était satisfaisant ; il avait encore mangé la veille deux portions, et avait dormi toute la nuit. Point de fréquence dans le pouls ; la langue est normale, il la tire avec la plus grande facilité.

A onze heures un quart, au moment où M. Gosselin terminait la consultation, on le prévint que le blessé ne pouvait pas boire et qu'il ouvrait difficilement la bouche.

La tête était renversée en arrière sur l'oreiller, on pouvait la mouvoir un peu latéralement ; le malade ne pouvait l'incliner en avant, et M. Gosselin lui-même ne put l'amener dans ce sens. Douleur dans la région de la nuque.

La mâchoire inférieure ne pouvait être abaissée complétement, et le sujet ne pouvait plus montrer que la pointe de la langue.

Poitrine bombée, tendue et immobile ; les côtes ne se meuvent pas dans la plus grande inspiration que peut faire le malade. La paroi abdominale est légèrement déprimée. — Saignée ; tisane d'arnica ; bain de vapeur d'une heure.

Le soir, à quatre heures, le trismus et l'opisthotonos n'ont pas fait de progrès ; thorax moins bombé ; les côtes se meuvent dans l'inspiration forcée. Le malade boit, mais difficilement ; et quand il avale trop vite, il y a suffocation. Rien

---

Ainsi, parmi 17 yeux opérés sur 9 individus, dont 8 des deux yeux et un seul d'un œil, 14 par extraction et 3 à l'aiguille, nous avons :

10 succès, dont 9 par extraction et 1 seul par abaissement.

3 demi-succès, dont 2 par extraction et un par abaissement.

4 insuccès complets, dont 3 à la suite de l'extraction, et un à la suite d'une opération pratiquée à l'aiguille.

Toutefois, ces quatre insuccès doivent être défalqués, comme provenant d'amauroses reconnues et déclarées incurables avant l'opération.

Neuf individus sont donc sortis, sur lesquels un complétement aveugle des deux yeux, à la suite de l'opération pratiquée simultanément par l'extraction sur l'un et l'autre œil ; un second aveugle d'un œil antérieurement opéré par un confrère, et de l'autre œil opéré par moi à l'aiguille. Ce sont là les deux malades déjà amaurotiques auparavant, et qu'on ne peut regarder comme étant affligés de cécité par suite de l'opération elle-même.

De là la modification suivante dans le résultat total des cas opérés.

100 yeux opérés sur 64 individus, dont 37 des deux yeux et 27 d'un seul œil.

Succès complets, 79, dont 41 par l'extraction, et 38 par l'abaissement ou le broiement.

Demi-succès, 10 ; 5 par l'une, 5 par l'autre méthode.

Insuccès complets, 11 ; 8 par l'extraction, 3 par des opérations pratiquées à l'aiguille.

Parmi ces derniers, 5 cas sont dus à des amauroses préalablement constatées, et par conséquent ils doivent être défalqués, ce qui réduit le nombre des insuccès à 6 sur 95.

Sur les 64 individus, 4 sont restés complétement aveugles. Cette fâcheuse issue ne pouvait être attribuée que chez un seul à l'opération, chez les autres, tous amaurotiques, l'opération n'ayant été qu'un essai désespéré. Eh bien ! sans même tenir compte de cette dernière circonstance, nous trouvons encore que les succès dépassent les quatre cinquièmes du nombre des opérations.

Nous maintenons toujours notre première opinion, qui consiste à dire qu'un ou deux groupes de 100 cas ne sauraient fournir un résultat définitif, par la raison qu'il peut varier beaucoup dans la série qui précède ou celle qui suit. Néanmoins, nous pensons qu'en comparant à celle de M. Cunier notre statistique, toutes préliminaires et tout imparfaites qu'elles soient l'une et l'autre, à cause du nombre insuffisant des opérations qui en font la base, on en peut tirer les conclusions suivantes :

Guérison de plus des quatre cinquièmes des cas opérés, en ne comptant que les succès complets, et des 89/95 ou des 18/19 environ, en y comprenant les demi-succès, et en mettant de côté les 5 cas d'amaurotiques privés de la faculté visuelle avant comme après l'opération.

Résultat infiniment supérieur à celui que M. Furnari a proclamé, je ne sais, à tort ou à *raison*, comme étant la moyenne de Paris. Cette moyenne, selon lui, serait :

Pour M. Roux : Sur 35 yeux, 13 succès complets, 8 demi-succès et 14 insuccès complets, ce qui fait pour les succès 13/35=3/9 ou environ le tiers du nombre total, en comptant seulement les succès, et 21/35=7/12 ou un peu plus de la moitié, en y comprenant les demi-succès.

Et pour les autres chirurgiens de Paris qui ne se servent que de l'aiguille pour l'opération de la cataracte, toujours d'après M. Furnari, à qui je laisse toute la responsabilité de cette statistique : Sur 50 opérations, 19 succès complets, 10 demi-succès et 21 insuccès complets, ou, en termes approximatifs, deux cinquièmes du nombre total pour les succès complets, et, en réunissant les succès et les demi-succès, trois cinquièmes.

Je ne désespère pas de voir le grand travail statistique que j'ai déjà commencé, et qui sera publié avec tous les détails et les preuves à l'appui nécessaires, me conduire à un résultat tout à fait conforme à celui que je viens de signaler pour ce qui me concerne. En attendant, ici j'ajouterai les chiffres définitifs obtenus dans une suite de dix-huit années et de mille et onze opérations pratiquées par mon maître et ami M. Jaeger, dont la bonne foi généralement reconnue ne permet pas le moindre doute sur l'exactitude des indications numériques qu'il nous donne. Cependant nous regrettons vivement que dans sa statistique ce célèbre ophthalmologiste ait omis une foule de détails, et surtout les distinctions entre les succès complets et les demi-succès ; cela fait que son travail n'a pas toute l'utilité pratique qu'une statistique semblable peut et doit avoir.

En dix-huit ans, depuis 1826 jusqu'en 1844, le professeur F. Jæger a opéré, à la clinique ophthalmologique de l'Académie Joséphine de Vienne, en Autriche, 1011 cataractes.

Ce nombre d'opérations est réparti en

Extractions, avec le lambeau supérieur,	728		
Avec le lambeau inférieur,	9		
Total des extractions,	737	Non-succès,	33
Extraction partielle,	58	Non-succès,	3
Broyement,	87	Non-succès,	6
Réclinaison,	129	Insuccès,	21
Total des opérations pratiquées,	1011	Total des insuccès,	63

Ce qui fait 6 1/3 non-succès sur 100, ou un sur 16, ou le seizième du nombre total des opérés, résultat qui confirme tout à fait celui que j'avais obtenu par mon premier dépouillement de 100 cas. Il est même plus brillant, bien qu'il soit impossible d'établir une comparaison d'une parfaite exactitude. Car dans la statistique de M. Jæger, les non-réussites ne sont indiquées que d'une manière très générale par les mots : *Individus devenus ou restés aveugles* (*erblindet*). Il est donc évident que les individus reconnus amaurotiques ou autrement incurables, et opérés seulement pour épuiser toutes les chances même peu probables, n'ont pas été défalqués.

D'un autre côté, les demi-succès n'étant pas mentionnés à part, doivent avoir été comptés comme des succès complets. Mais de toute manière on peut conclure de ce nombre total de 63 insuccès sur 1011 cataractes opérées, c'est-à-dire de 1 sur 16, qu'entre les mains d'un ophthalmologiste rationnel et expérimenté la réussite, comme nous l'avons dit, devient la règle, et la non-réussite l'exception.

Afin de contribuer pour notre part à la solution aussi complète que possible d'une question si importante, nous ne manquerons pas de publier la statistique comparative et détaillée d'un nombre considérable de cataractes opérées par les différentes méthodes. Nous dresserons dans ce but des tableaux synoptiques dont les colonnes indiqueront sommairement le siége et la nature des cataractes, leurs complications, le mode opératoire, les accidents pendant et après l'opération, et enfin toutes les circonstances capables d'exercer une influence sur le résultat.

En attendant que nous ayons fini ce travail, trop long et trop aride pour qu'on puisse s'y livrer sans interruption, nous allons poursuivre la publication de nos études cliniques sur l'opération de la cataracte. Le Congrès médical et la question préalable que nous venons d'agiter, nous avaient forcé de les interrompre ; mais nous nous empresserons de les reprendre dans un des prochains numéros.

Quant à l'exactitude de notre statistique, afin de la mettre au-dessus de toute contestation et même du moindre soupçon, nous avons prié l'honorable rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* d'examiner les matériaux qui nous ont servi et les feuilles sur lesquelles le dépouillement a été fait. Ces matériaux se composent de deux livres contenant l'un des observations complètes, l'autre des notes sommaires sur la nature des cataractes et le résultat des opérations ; mais, dans tous les deux, les noms et les adresses des malades sont d'ailleurs conservés par moi et à la disposition de ceux de nos confrères qui prennent intérêt à ce sujet. M. Furnari surtout sera le bienvenu s'il désire examiner ces documents ou établir lui-même, de concert avec nous, une nouvelle série statistique, en assistant pendant un certain laps de temps aux sorties des malades opérés à notre clinique. Ce sera chose facile, ces sorties n'ayant lieu que les vendredis. De notre part, cette offre est la meilleure preuve que nous acceptons sérieusement son défi. Désirant contribuer de notre mieux à trancher nettement et de bonne foi la question qu'il a agitée, nous soumettons de grand cœur au jugement de nos pairs notre opinion et les éléments dont nous nous sommes *servi pour la former*.

aux membres. Le pouls est à 100; peau chaude. (Le bain de vapeur a été pris il y a une heure et demie seulement.)

A neuf heures, nouveau bain de vapeur.

A onze heures, le malade est pris tout à coup de serrement très violent des mâchoires, de renversement plus prononcé de la tête en arrière. Les bras et les jambes deviennent roides, la respiration s'embarrasse. A onze heures trois quarts, mort.

On fait l'autopsie trente-trois heures après la mort : on trouve un engorgement sanguin des deux poumons, une quantité peu considérable de sang noir et liquide dans les cavités droites du cœur. Rien d'anormal dans le parenchyme du cerveau; accumulation de sang dans les veines superficielles de ses lobes. Nul épaississement des méninges rachidiennes, point de rougeur ni de gonflement sur le trajet des racines antérieures.

Congestion sanguine dans les veines de la surface de la moelle, comme dans celles du cerveau.

A la partie supérieure de la moelle, en avant, existe une légère teinte grisâtre dans une étendue de 5 à 6 centimètres; elle affecte la pie-mère, qui, du reste, n'offre aucun épaississement. La moelle, coupée dans un grand nombre de points, est remarquable par sa consistance relativement à la température élevée du jour.

La conclusion à tirer de l'autopsie est évidente, à nos yeux du moins. Sans doute on peut dire que l'hypérémie de la pie-mère cérébrale et rachidienne était due en partie à la gêne de la respiration; mais on ne saurait l'attribuer en entier à cette cause, qui d'ailleurs, ne peut rendre compte de l'opacité assez étendue constatée à la partie supérieure de la moelle, en avant.

Dans ce cas comme dans l'éclampsie (voir notre dernier article), c'est encore la congestion du centre cérébro-spinal (ici plus particulièrement de la moelle épinière) qui explique les symptômes. Rien ne paraît plus naturel que cette explication, et si les caractères anatomiques ne sont pas plus marqués, ne paraissent pas proportionnés aux troubles fonctionnels, on ne saurait oublier que la fluxion et la turgescence ne peuvent se conserver sur le cadavre au degré où elles existent lorsque l'impulsion du cœur remplit et distend les vaisseaux. C'est surtout pour les hypérémies que la nécropsie, comme on l'a dit, montre seulement le cadavre de la maladie. Si le sang, dans les parties hypérémiés, est sorti de ses vaisseaux, l'autopsie fait voir tout ce qu'il y avait durant la vie, ou presque tout; s'il y avait seulement réplétion et distension des vaisseaux, ce qui est très suffisant pour amener les troubles les plus graves quand il s'agit d'un organe tel que le cerveau, les vaisseaux reviennent sur eux-mêmes après la mort, par le passage au moyen de l'endosmose de la plus grande partie du sang qu'ils contenaient dans les tissus environnants, et l'on n'a plus qu'une faible image des désordres qui ont causé la mort.

— Nous recevons, relativement à l'opération du strabisme, une lettre de M. le docteur Philippe, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux. Nous répondrons à cet honorable confrère dans notre prochain article. X...

HOTEL-DIEU. — M. LOUIS.

Métro-péritonite puerpérale. Guérison.

Le 17 mars, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-François, n° 11, la nommée Anne D..., née à Bourbonne-les-Bains.

Cette femme, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé, a été réglée à quinze ans pour la première fois. La dernière évacuation menstruelle a eu lieu le 11 juin 1845. Elle était sujette à un écoulement leucorrhéique fort abondant pendant l'intervalle de ses règles. L'écoulement menstruel était abondant, et se faisait à des époques régulières. Elle est enceinte pour la première fois. Au moment de l'entrée, le col est volumineux, de consistance médiocre, non douloureux au toucher; offrant un commencement de dilatation, dévié à gauche légèrement. La malade nous dit que sa grossesse a été assez heureuse; il n'y a eu d'autres accidents que quelques vomissements.

Après un travail qui a duré environ quinze à dix-sept heures, cette femme est accouchée d'une fille bien portante et bien constituée. Après la couche, quelques frissons et tremblements, sans que cependant elle se plaignît de sensation de froid. Pendant toute la soirée, la nuit, et même la journée du lendemain, la malade se trouve dans de bonnes conditions; pas de coliques; les lochies coulent bien et assez abondamment. Le ventre n'est ni gonflé, ni douloureux, même à la pression, ni déformé. Les seins sont un peu gonflés, durs, douloureux à la plus légère pression. Il s'est écoulé quelques gouttes de lait par le mamelon.

Même état pendant la journée du 19.

Le 20, à six heures du matin, pendant qu'elle était en sueur, elle a senti tout à coup sa tête se refroidir; en même temps, elle a été prise d'étourdissements, de coliques très vives, occupant toute l'étendue de l'abdomen. Elle se plaint de douleurs très vives, qui, partant des régions lombaires, viennent se rendre à l'ombilic; ces douleurs sont gravatives, et simulent assez bien celles de l'accouchement. Sauf les premiers frissons qui ont été notés dans la journée d'avant-hier, il n'y en a point eu d'autres. L'hypogastre est souple, un peu développé, sensible à la plus légère pression. On ne sent pas manifestement l'utérus en palpant l'abdomen avec la main. Encore un peu d'écoulement lochial sanguin. Coliques vives. Les seins sont encore volumineux, moins durs cependant. Pas de selles; urines rares. La malade n'a encore uriné qu'une seule fois depuis qu'elle est accouchée; peau chaude, moite; pouls assez développé, à 120. La physionomie n'est pas altérée. Ni nausées, ni vomissements. — 30 sangsues à l'hypogastre; cataplasmes; julep avec extrait gommeux d'opium, 0,05; diète.

Le 21, la malade ne souffre que fort peu; l'utérus est encore situé près de l'ombilic, moins volumineux qu'hier; pas de frissons. Le ventre est moins tendu. Pas de selles; pouls à 120, assez large, régulier. Peau de température normale. L'abdomen n'est ni météorisé, ni déformé; il est assez souple, presque insensible à la pression. On reconnaît que la matrice est inclinée à droite, vers la fosse iliaque de ce côté, son fond semblant être encore à peu près au niveau de l'ombilic. Les lochies continuent à couler bien régulièrement. — Huile de ricin, 25 grammes; cataplasmes; injections; lavements émollients; chiendent; sirop de gomme; nitrate de potasse, 3 grammes par litre.

Le 22, l'utérus est encore volumineux, dur, sensible, lorsque l'on appuie sur l'abdomen; les douleurs de ventre sont un peu plus violentes qu'hier. Le volume du ventre est un peu augmenté, et sa forme est quelque peu modifiée. De chaque côté de l'ombilic existe une petite tuméfaction; on remarque que l'utérus dépasse plus la ligne médiane à droite qu'à gauche. L'épigastre est souple, insensible même à une forte pression. La malade perd encore assez abondamment en rouge. Quatre selles à la suite de l'administration du purgatif; urines libres. Chaleur douce de la peau; pouls régulier, faible, à 100 pulsations par minute. Les seins ne sont ni durs, ni gonflés, ni très volumineux. Langue humide, jaunâtre; ni nausées, ni vomissements. — Poudre d'épicacuanha 1 gr. 50 en quatre doses. Julep avec extrait gommeux d'opium 0,05; lavement; limonade citrique; chiendent édulcoré; nitrate de potasse, 2 grammes.

Le 23, ventre souple, insensible à une légère pression, douloureux lorsque l'on déprime fortement les parois abdominales. La matrice est encore volumineuse, dure, sensible au toucher. Elle est fortement inclinée à droite, s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic; cependant elle paraît avoir légèrement diminué depuis hier. La palpation du ventre dans la région de la fosse iliaque gauche fait accuser à la malade une douleur vive; cependant on ne rencontre dans ce point ni rénitence, ni douleur; pas de changement de couleur à la peau. A droite de l'ombilic, légère saillie qui correspond à l'utérus; les régions épigastriques et lombaires ne sont le siége d'aucune sensation douloureuse. Peau chaude et moite. Le pouls fort, régulier, large, à 96. Face altérée. Les yeux caves et ternes. Langue blanche, saburrale, humide; pas de selles; urines faciles. Respiration normale. — Même prescription. Diète.

Le 25, la nuit a été calme, sans douleurs; sommeil tranquille. Ni coliques, ni frissons; l'écoulement lochial continue à se faire d'une manière convenable. Ni nausées, ni vomissements. Expression de la physionomie assez bonne. Ventre souple, insensible même à une assez forte pression, légèrement développé. Les saillies dont nous avons signalé l'existence de chaque côté de l'ombilic, persistent encore. Pas de toux; respiration bonne. Trois selles dans la journée d'hier. — Bouillons.

Le 26, on administre un gramme de seigle ergoté en deux prises.

Le 27, la malade perd beaucoup en blanc; hier, les douleurs abdominales ont reparu assez vives; elle souffre plus le soir que dans la journée. Le matin elle se trouve un peu mieux. L'utérus a diminué de volume; il est maintenant à deux travers de doigts environ au-dessous de l'ombilic; le ventre est souple, insensible à la pression. Appétit; langue humide, un peu blanche; soif assez vive. Deux selles liquides. La respiration se fait bien. Pas de céphalalgie. — Seigle ergoté, 1 gramme 50 centigr., en deux paquets.

Le 28, l'utérus est, comme la veille, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; mais il semble être plus profond, moins large; il est à peu près situé sur la ligne médiane. Evidemment il a diminué de volume; la pression exercée sur lui n'est point douloureuse. Ventre toujours un peu ballonné, ovoïde, bosselé de chaque côté de l'ombilic, mais plus fortement à gauche; souple, non sensible à une pression modérée. Dans la fosse iliaque droite, la douleur reste vive au moindre contact. Expression de la face assez bonne. La malade mange de bon appétit une portion. Une selle; pas de fièvre. Langue humide; pas de mauvais goût dans la bouche. Les seins, non tuméfiés, sont tout à fait revenus à leur état normal.

Un quart d'heure après avoir pris son seigle ergoté, la malade éprouve des maux de reins; sensation qui se renouvelle après chacune des deux prises. Le pouls, hier au soir, donnait 90 par minute. Pas de chaleur de la peau. Les douleurs de reins ont duré quatre heures environ après le dernier paquet. — Même prescription.

Le 30, on supprime le seigle ergoté.

Le 31, la malade se trouve dans un état assez satisfaisant. Ni coliques, ni douleurs de ventre; ni nausées, ni vomissement; selles normales; pas de mouvement fébrile; le pouls à peu près normal, un peu accéléré, à 80-84. L'appétit est bon; la digestion se fait bien. La respiration et la résonnance normales dans toute l'étendue de la poitrine. Le ventre est encore un peu développé, toujours un peu plus bosselé à gauche qu'à droite; il est souple, tout à fait indolent à une faible pression. Lorsque l'on déprime fortement le ventre, on sent, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, un corps résistant, dur, qui glisse sous le doigt, et qui fait éprouver à la malade une légère sensation douloureuse; il occupe la partie médiane; c'est l'utérus dont les diamètres transversaux sont considérablement diminués, et qui est presque revenu à son état naturel. Leucorrhée assez abondante. Convalescence franchement déclarée. — Une portion.

Du 1er au 5 avril, la malade continue à se trouver dans un état satisfaisant. Ni vomissements, ni diarrhée. Le ventre est souple, élastique, tout à fait insensible même à une forte pression. On ne sent plus dans l'abdomen aucune tumeur. La sensation de glissement d'un corps dur, que nous avions signalée il y a quelques jours, a tout à fait disparu. Le ventre est bien conformé, sans ballonnement. Pas de céphalalgie. Pouls normal. Un petit furoncle est survenu sur un point occupé par une piqûre de sangsue. — On fait prendre quelques bains à la malade, qui sort complétement guérie le 11 avril.

La métro-péritonite dont a été atteinte cette femme, bien qu'elle ne fût pas des plus graves, a été cependant assez intense pour nécessiter l'emploi d'un traitement énergique. Deux émissions sanguines locales, la constitution lymphatique du sujet n'ayant pas permis de recourir aux saignées générales, quelques purgatifs, des bains, et l'emploi du seigle ergoté pour faire revenir promptement à son volume habituel la matrice qui restait dans un état d'hypertrophie ou de congestion passagère, ont suffi pour faire justice de la maladie, et faire rentrer les organes dans leurs conditions de santé normale.

Nous profiterons de cet exemple pour rappeler en quelques mots les principaux phénomènes que présentent ordinairement les femmes qui sont atteintes d'inflammation de l'utérus et du péritoine consécutivement à l'accouchement. Et d'abord, la péritonite peut débuter pendant le travail même de l'accouchement. Toutefois, ces cas sont assez rares. C'est le plus ordinairement vers le deuxième, le troisième ou le quatrième jour des couches que la plupart des femmes en sont atteintes. Plus que partout ailleurs, on rencontre ici le frisson initial plus ou moins intense, accompagné, précédé ou suivi d'une douleur abdominale vive, augmentant par la pression, la toux, etc.

Le plus souvent, elle commence par la région hypogastrique ou par une des fosses iliaques; elle ne tarde pas à se rapprocher de l'ombilic, et bientôt toute l'étendue de la membrane séreuse péritonéale se trouve prise. En même temps ballonnement du ventre, météorisme; presque toujours, lorsque la maladie se termine d'une manière funeste, on trouve les intestins distendus par des gaz. Dans le plus grand nombre des cas, les malades éprouvent des nausées, des hoquets, souvent des vomissements bilieux ou verdâtres. Il peut y avoir de la constipation, mais habituellement on observe une diarrhée jaune-verdâtre. La soif est vive, la langue humide, recouverte d'un enduit saburral, qui, lorsque la maladie fait des progrès, se dessèche, devient brun-noirâtre.

La chaleur de la peau est élevée; le pouls, parfois ample, dur, est le plus souvent petit et concentré. La face, d'abord animée, ne tarde pas à se gripper, et exprime la souffrance; quelquefois les lochies se suppriment ou diminuent d'abondance; très souvent, comme dans le cas actuel, elles n'offrent aucun changement. Lorsque la péritonite débute avant la fièvre de lait, la sécrétion lactée ne s'établit ordinairement point; si elle est postérieure à cette sécrétion, celle-ci est moins active, et les seins s'affaissent promptement.

La maladie continue-t-elle à faire des progrès, la douleur devient générale, s'irradie dans les lombes; le ventre se ballonne de plus en plus, et rend un son tympanique, excepté vers les flancs, où le liquide s'accumule. Cette distension des intestins par le gaz est la cause déterminante de la gêne de la respiration. Les vomissements se rapprochent; le pouls devient plus petit et plus fréquent encore, le visage devient anxieux, et les malades succombent dans un état comateux.

Dans les cas, au contraire, où la terminaison doit être heureuse, on voit peu à peu, et sous l'influence des traitements mis en usage, les phénomènes cesser, et les parties malades revenir à leur état normal. D'après l'ensemble de ces symptômes et, plus encore, d'après la connaissance de la cause sous l'influence de laquelle se développe la métro-péritonite puerpérale, il est facile de comprendre que, dans la plupart des cas, le diagnostic ne saurait être douteux.

REVUE GENÉRALE.

Hypertrophie de la rate guérie par des émissions sanguines. — On lit dans les journaux italiens un fait dû au docteur Giocondino del Zéo, dans lequel la nature vint en aide au médecin, et fit d'une manière heureuse pour le malade ce que l'art n'eût probablement point su faire.

Une jeune personne de vingt et un à vingt-deux ans, récemment traitée par les préparations de quinquina d'une longue maladie qui avait été considérée comme une fièvre continue lente avec symptômes adynamiques, voyant qu'elle restait néanmoins dans un état maladif continuel, fit appeler l'auteur, qui la trouva dans l'état suivant : Facultés intellectuelles diminuées ou perverties, avec une forte teinte de mélancolie : sommeil incomplet; face pâle et amaigrie; respiration embarrassée, stertoreuse, entrecoupée de bâillements et de soupirs; toux sèche; palpitations; voix enrouée et bégayante; dégoût pour tous les aliments; digestions difficiles; langue pâteuse, jaunâtre et croûteuse; pouls dur et petit; peau sèche, décolorée, visqueuse et froide; chairs flasques; marasme général; sensation d'un poids et de tiraillements du côté gauche de la poitrine; décubitus latéral très pénible, surtout à droite; urines brûlantes, tantôt claires, tantôt troubles; déjections alvines rares, dures, pénibles; pulsations à peine perceptibles dans les artères poplitées et dans les fémorales; aménorrhée depuis huit mois.

L'abdomen était volumineux comme dans une grossesse double arrivée près de son terme; les téguments en étaient durs et brûlants au toucher. La rate avait acquis un développemeot tel qu'elle était descendue jusque dans les fosses iliaques, et qu'elle remplissait la presque totalité du ventre. Il y avait tous les soirs un accès de fièvre rémittente, caractérisée par de la céphalalgie, une soif ardente et l'augmentation de la splénalgie. Ces symptômes cessaient vers le matin, mais sans que la malade fût dans uoe apyrexie complète.

L'auteur pensa que l'hypertrophie énorme de la rate à laquelle il avait affaire, dépendait d'une hypérémie active. Il prescrivit l'application de six sangsues de moyenne grosseur, moiti au siége, moitié à la vulve. Il laissa au choix de la malade de les remplacer par une forte saignée du pied.

Les parents de la malade comprenant mal les termes de l'ordonnance, appliquèrent au lieu désigné onze grosses sangsues qui donnè-

rent beaucoup de sang, et ils firent en outre pratiquer une saignée de près d'un kilogramme.

Le lendemain il y eut une grande diminution dans le paroxysme fébrile, ainsi que dans les phénomènes locaux; la saignée était recouverte d'une couenne épaisse; la langue devint humide; la peau fut moins sèche, et les urines sortirent avec moins d'ardeur pour la malade; le ventre avait déjà désenflé d'un tiers.

Le jour suivant, à la suite d'une excrétion alvine très pénible et composée de scybales, les piqûres de sangsues se rouvrirent et l'écoulement de sang reparut. Ce phénomène se reproduisit pendant deux semaines. M. del Zio se borna à rester simple spectateur des heureux effets produits par ces évacuations sanguines forcées. La malade fut complétement guérie au bout d'un mois. Les règles se rétablirent au bout de deux mois.

Observation de superfétation. — Nous lisons dans la *Gazette médico-chirurgicale* un cas de superfétation que nous croyons utile et intéressant de reproduire, et qui est dû à M. le docteur Mounier fils.

Catherine Fournier-Lafond, trente-deux ans, primipare, grande, maigre, bien conformée, a toujours été réglée assez régulièrement. En juin 1845, elle cessa de l'être; et quelque maladie qu'elle eut alors, lui fit présumer un état de grossesse. A la fin d'août ses menstrues reparurent à deux reprises; l'écoulement dura moins, fut un peu moins abondant; mais il se montra absolument comme le précédent, c'est-à-dire en mettant quinze à vingt jours d'intervalle. Cette circonstance éloigna toute idée de grossesse. Quelques vomissements eurent lieu à cette époque. Bientôt pourtant les signes annonçant cet état devenant de plus en plus évidents, et les règles d'ailleurs n'ayant plus reparu, force lui fut de revenir à sa première opinion. En effet, le 28 février, les douleurs commencèrent à se faire sentir; elles durèrent le lendemain et la nuit suivante. Vers le matin, elles semblèrent se ralentir; le col utérin était largement dilaté, et les eaux s'étaient lentement écoulées; de là, était résulté assurément l'état d'inertie dans lequel était plongé l'utérus.

L'enfant présentait une bonne position; j'administrai deux grammes de seigle ergoté. Sous cette influence, les douleurs se réveillèrent. Quelques contractions suffirent pour amener la sortie d'un enfant mort-né, fort bien constitué, ayant tous les attributs d'un fœtus à terme. Le placenta ne tarda pas à être expulsé. Vers les cinq heures du soir, neuf heures après l'accouchement, sans grandes douleurs, sans effort aucun, elle éprouvait la sensation d'un corps qui traversait le vagin. Elle crut à un déplacement, à la sortie de quelques organes du ventre, ce qui l'effraya considérablement. La sage-femme fut mandée en toute hâte. A peine eut-elle soulevée les draps, qu'elle trouva un second fœtus de quatre mois et demi à cinq mois, ayant tous les caractères de cet âge et possédant cordon, placenta encore saignant et enveloppes membraneuses, le tout parfaitement intact et bien conservé. Les deux produits étaient du sexe féminin.

Bibliographie.

Leçons sur les maladies de la peau, professées à la Faculté de Paris par le docteur CAZENAVE. 1re et 2e livraisons)

L'étude des maladies de la peau, encore dans l'enfance il y a quelques années à peine, a fait, depuis le commencement de ce siècle, des progrès tels, que la *dermatologie* constitue, à l'époque actuelle, une science complète, et nous osons presque dire toute spéciale Le mot de spécialité, que nous venons de prononcer, exige un éclaircissement de notre part. Pour nous, il existe deux sortes de spécialistes. Les uns s'adonnent, nous ne dirons pas à l'étude, mais à la culture d'une classe de maladies, dans un seul espoir de lucre. A cette espèce appartiennent ces hommes sans pudeur, l'opprobre de notre profession, dont les affiches éhontées couvrent, au grand scandale du public, les murs des grandes villes. Les autres sont des hommes de travail sérieux et d'intelligence, pénétrés du sentiment de leur dignité et de leurs devoirs, qui, soit par goût, soit par une circonstance fortuite quelconque, entraînés de préférence vers une des branches des connaissances médicales, ont dirigé leurs recherches dans un sens particulier, et consacrent leurs efforts à l'élucidation des points obscurs, à la discussion des questions litigieuses, malheureusement si fréquents encore, dans la science.

C'est à cette catégorie de travailleurs consciencieux, de spécialistes honnêtes et honorables qui s'enorgueillit d'avoir produit les Willan, les de Lorry, les Alibert, les Biett, qu'appartient le professeur dont nous annonçons le livre Par l'analyse rapide que nous essaierons de faire des deux premières livraisons de ce grand ouvrage clinique, nous espérons faire juger et de l'importance des travaux dermatologiques de M. Cazenave et de la réalité du service qu'il rend au monde médical.

Une des raisons les plus puissantes, sans nul doute, qui empêchent actuellement les élèves de Paris d'étudier suffisamment les maladies de la peau, c'est la position excentrique de l'hôpital où sont traitées ces affections, et l'énorme perte de temps qui résulte de cet éloignement pour ceux qui veulent suivre les visites. Afin de remédier à cet inconvénient grave, M. Cazenave a pendant trois ans, 1841-1844, fait des leçons sur ce sujet spécial dans un des amphithéâtres de la Faculté. Mais persuadé de la vérité de ce principe, qu'il n'y a de véritable médecine que la médecine clinique, que dans l'étude des maladies cutanées, il faut plus que partout ailleurs voir et toucher pour comprendre et pour retenir, à chacune des conférences le professeur présentait un certain nombre d'individus choisis comme types des affections diverses dont il venait d'exposer la symptomatologie, la marche et la nature. C'est le résumé complet et détaillé de ce cours qu'il publie aujourd'hui, accompagnant chaque description théorique de la représentation fidèle des portraits animés et vivants des malades qui avaient passé comme exemples sous les yeux de ses nombreux auditeurs.

En tête du cours, et de la première livraison, est placé un discours préliminaire servant d'introduction, dans lequel, après un historique rapide où se trouvent tracées à grands traits les différentes phases par lesquelles a passé la dermatologie, sont exposés les principes généraux qui doivent présider à l'étude de cette branche importante de la pathologie, les signes qui caractérisent les diverses espèces d'éruptions; en un mot, le diagnostic différentiel, établi d'une manière générale, des lésions élémentaires qui forment la base des nouvelles classifications. Exanthèmes, vésicules, bulles, pustules, papules, squammes, tubercules, macules, telles sont les huit lésions élémentaires sur la distinction desquelles est fondée maintenant la science des maladies de la peau. C'est assez dire qu'abandonnant les classifications arbitraires auxquelles Albert avait prêté le brillant de sa parole, M. Cazenave s'est rallié à l'ordre beaucoup plus logique de Willan, modifié par Biett; ordre fondé sur l'analogie de nature, sur l'identité du siége anatomique des éruptions.

On ne s'attend point que nous entrions dans les détails du système de Biett; il est généralement adopté maintenant, et assez connu pour qu'il soit inutile d'y revenir; mais nous dirons deux mots du plan suivi depuis plusieurs années par M. Cazenave dans ses cours. Tout en attachant une grande importance à la connaissance exacte de la forme qui mène directement à la connaissance du siége, le professeur, une fois une éruption reconnue, cherche à aller plus loin, pénétré de cette vérité, qu'après avoir fait d'ailleurs une large part à la valeur de la forme, le temps est venu aujourd'hui de rapprocher les maladies cutanées par des moyens d'affinité plus généraux.

M. Cazenave établit huit groupes: 1° *Inflammations*, comprenant les éruptions spécifiques et non spécifiques, tant aiguës que chroniques; 2° *lésions de sécrétion* des appareils folliculeux, épidermiques, et de la matière colorante; 3° *hypertrophies*; 4° *dégénérescences*; 5° *Hémorrhogies*; 6° *lésions de la sensibilité* de la peau; 7° *corps étrangers*, insectes, acarus, etc.; 8° *maladies des annexes*, poils, ongles. « Je suis loin, ajoute l'auteur, de regarder cette classification comme définitive; je crois, au contraire, que l'expérience et le temps lui apporteront des modifications et des perfectionnements, et je la donne ici comme un point de départ d'où nous devons nous diriger vers le but offert aux investigations de l'avenir. » L'érythème, l'urticaire et l'érysipèle sont les trois maladies inflammatoires par lesquelles l'auteur entre en matière, et dont il trace dans les deux premiers fascicules l'histoire dogmatique complète, accompagnée d'observations minutieusement recueillies dans les salles de l hôpital Saint-Louis.

Dix planches *in-folio*, admirablement gravées au burin par les premiers artistes de Paris, et coloriées au pinceau avec un soin tel que l'on croirait voir les modèles originaux d'après lesquels elles ont été tracées, représentent en grandeur naturelle trois variétés d'érythème, deux d'urticaire, trois d'herpès et deux d'eczéma. Nous ne croyons pas être en dehors du vrai, en affirmant qu'il n'est pas un seul ouvrage de dermatologie qui réunisse à une aussi belle exécution typographique un luxe aussi complet sous le rapport du fini précieux de la gravure et du coloris, et une expression plus saisissante de vérité dans la reproduction des lésions pathologiques qui peuvent affecter l'extérieur du corps humain. Un éditeur est heureux et mérite les plus justes éloges, qui croit, comme l'a fait M. Labé, ne devoir reculer devant aucun sacrifice pour attacher son nom à une publication aussi splendide que les *Leçons sur les maladies de la peau*.

Dr A. FOUCART.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Huitième liste.

MM. le docteur Giraudet, à Gannat (Allier),	5 fr.
le docteur Audiffrey, id.,	5
le docteur Martin, id.,	5
le docteur Trappenard, id.,	5
le docteur Boudant, id.,	5
le docteur Vialard, id,	5
Danval, officier de santé, id.,	5
Lefort, pharmacien, id,	5
Paturet, pharmacien, id.,	5
Charles Laronde, docteur à St Pourçain (Allier),	5
le docteur Rodde, id.,	5
le docteur Bideau, id.,	5
le docteur Duchet-f, id.,	5
le docteur Arnaud, id.,	5
Causse, pharmacien, id.,	5
le docteur Secretain, à Ebreuil (Allier),	5
le docteur Ponthenier, id.,	5
le docteur Salleneuve, à Charroux (Allier),	5
Grenand, médecin, id.,	5
le docteur Choisy, à Chantelle (Allier),	5
Martin, pharmacien, id.,	5
Bonnevin, ancien pharmacien de Paris, à Montmartre,	5
Total:	110

PRÉPARATIONS SULFUREUSES DU Dr QUESNEVILLE.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les préparations si efficaces et si actives que le docteur Quesneville a popularisées depuis quelques années.

Les Bains de Barèges inodores et le Sirop d'hyposulfite de soude sont en effet le spécifique par excellence des maladies de la peau.

Le Sirop d'hyposulfite de soude remplace à l'intérieur les eaux sulfureuses naturelles et artificielles; c'est le meilleur adjuvant des Bains de Baréges; il se prend, pendant qu'on fait usage de ces derniers, à la dose de trois à quatre cuillerées par jour; seul et sans le secours des bains, il produit également de bons effets, mais moins promptement.

Ces deux médicaments se trouvent à la pharmacie Quesneville, *rue Jacob*, n° 30, pharmacie que les médecins adoptent aujourd'hui avec raison, et qui se recommande du reste par la bonne préparation et le bon marché de ses produits.

M. ATOCH, chirurgien herniaire de l'hospice royal de Versailles, ayant la recommandation de tous les médecins de la ville, désire céder son établissement, rue Royale, n° 4, à Versailles.

La fabrique des instruments orthopédiques ne doit pas être confondue avec celle des instruments de chirurgie; car l'orthopédie proprement dite a pour but spécial de remédier aux difformités du corps humain par l'application d'appareils combinés, d'après les indications de la science. La maison du sieur BÉCHARD, rue de Tournon, 15, à Paris, est une de celles qu'ont le plus avantageusement fait connaître les récompenses qui lui ont été décernées par les jurys des expositions de 1839 et 1844. Aussi nous faisons-nous un devoir de la signaler de notre côté aux savants praticiens que nous comptons au nombre de nos lecteurs.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 9 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 67. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 8 JUIN 1846.

Nous croyons utile de reproduire ici quelques extraits de la séance du 3 juin à la Chambre des députés; l'intérêt de la question et la coïncidence de la discussion à la Chambre et à l'Académie, nous feront pardonner cette excursion dans le domaine parlementaire. Nos lecteurs y gagneront d'ailleurs un excellent discours de M. le professeur Bouillaud.

M. le ministre du commerce. La commission du budget reproche au gouvernement de n'avoir apporté depuis un an aucune amélioration dans notre régime quarantenaire, malgré l'opinion qu'avait exprimée la chambre à cet égard. Je la prie de me permettre de lui expliquer les causes du retard, malgré la volonté bien arrêtée du gouvernement de reviser entièrement nos règlements quarantenaires et de n'y maintenir que les précautions strictement nécessaires pour la garantie de la santé publique; déjà nous sommes entrés dans cette voie par la suppression de la quarantaine de la fièvre jaune, par l'admission à libre pratique des provenances de l'Algérie, du Maroc, de la Grèce et des îles Ioniennes. La chambre a su probablement quelle résistance a rencontrée l'ordonnance de mai 1845, qui prescrivait la plupart de ces modifications.

M. Berryer. Je demande la parole.

M. le ministre. L'intendance sanitaire de Marseille refusa d'en assurer l'exécution, donna sa démission et ne continua ses fonctions qu'à la condition qu'il serait pourvu à son remplacement. J'avais espéré que les hommes honorables qui la composaient se rendraient à mes justes observations, et qu'ils reconnaîtraient que le gouvernement, tout aussi prudent qu'eux, n'assumerait pas sur lui la responsabilité d'une telle mesure, sans la profonde conviction qu'elle ne pouvait compromettre ni la santé publique, ni les intérêts commerciaux du pays. Les négociations furent longues et n'aboutirent pas; le moment eût été mal choisi pour introduire de nouveaux changements; je mis le temps à profit. Tandis que l'Académie royale de médecine s'occupait des graves questions que soulève le régime des quarantaines, j'ai envoyé l'inspecteur des établissements sanitaires à Constantinople.

M. Bouillaud. Je demande la parole.

M. le ministre. Son rapport constate que les améliorations considérables apportées dans le régime sanitaire de l'empire ottoman permettent d'introduire de grandes modifications aux quarantaines dont sont passibles aujourd'hui les provenances de ce pays qui arrivent en patente nette. L'état de la santé publique en Egypte et en Syrie, où la peste a cessé de sévir épidémiquement depuis plus d'une année, autorise également à apporter dans le régime des quarantaines de ces deux pays des changements, qui, en se conciliant avec les précautions que la prudence prescrit, procureront à la France les avantages que doit lui assurer sa position sur la Méditerranée.

Quoique le travail de l'Académie royale de médecine ne soit pas terminé, il y a des points sur lesquels son opinion, conforme à celle du gouvernement, est assez arrêtée pour qu'il soit possible d'apporter dès à présent de grandes modifications au régime actuel. Ainsi les passagers arrivant de Constantinople en patente nette par les paquebots-postes et par les bâtiments de l'Etat, ayant un médecin sanitaire à bord, seraient mis immédiatement en libre pratique, lorsqu'il se sera écoulé neuf jours pleins depuis leur départ : en d'autres termes, la quarantaine commencera le jour du départ.

Les mêmes dispositions seraient applicables aux passagers des bâtiments de commerce en patente nette venant de Constantinople, ayant un médecin sanitaire à bord.

Les passagers des bâtiments de commerce en patente n'ayant pas de médecin sanitaire à bord seront soumis à une quarantaine d'observation de cinq jours.

Quant aux marchandises, elles suivront la condition des bâtiments qui les apporteront. Ainsi, dans les deux premiers cas, libre pratique; dans le troisième cas, quarantaine de cinq jours d'observation.

Provenances d'Egypte. Dans l'état actuel, les provenances d'Alexandrie sont toujours placées sous le régime de la patente brute ou de la patente suspecte. A l'avenir ces provenances pourront être en patente nette comme celles de Constantinople. Dans ce cas :

Les passagers des paquebots et des bâtiments de l'Etat, des navires du commerce ayant à bord un médecin sanitaire seraient admis à libre pratique douze jours pleins après leur départ d'Alexandrie. On sait que les dépêches de l'Inde sont expédiées sans quarantaine ni purification immédiatement après leur arrivée.

Les passagers des bâtiments du commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord seraient assujettis à une quarantaine d'observation de sept jours. Quant aux marchandises à bord de ces mêmes bâtiments, elles seraient soumises à une quarantaine très réduite, sur le régime de laquelle je ne suis pas assez fixé pour émettre une opinion.

Je viens, Messieurs, de vous exposer les modifications que le gouvernement a l'intention d'apporter à notre régime quarantenaire, et de rendre exécutoire, dans un prochain délai, après avoir pris les ordres du roi. Elles reposent sur un principe déjà admis par l'Autriche et l'Angleterre, et qui fait compter la durée du voyage dans la quarantaine. La révision de nos règlements quarantenaires sera la conséquence de cette réforme importante, et ce travail sera poursuivi de manière à être terminé dans le cours de l'année.

Nous espérons que, sous le mérite d'une déclaration aussi formelle, la chambre n'hésitera pas à renoncer à l'amendement qu'elle a proposé, l'exécution des mesures indiquées rendant indispensable le crédit demandé.

Je crois que quelques orateurs traiteront la question à la tribune quand j'aurai terminé. Je dois dire que je ne puis pas accepter ici une discussion scientifique; elle ne présenterait pas les faits dans leur vérité pratique, et ce serait le moyen de ne pas sortir de la difficulté.

Le gouvernement, en présentant à la sanction royale les modifications que je viens d'avoir l'honneur d'indiquer à la chambre, entre dans une voie sage et prudente, et on ne peut aller au delà avant d'avoir complétement étudié les faits. Nous ne pouvons pas non plus rester en deçà, parce qu'alors, je le répète, nous compromettrions nos intérêts commerciaux, et nous resterions sous un régime que rien ne justifie.

La situation nouvelle qui va résulter des modifications que je viens d'exposer est en rapport avec la réalité pratique des faits, elle est en harmonie avec ce qui se passe en pays étranger, elle ne compromet sous aucun rapport les droits sacrés de l'humanité. Ces explications, je crois, justifient la demande que je fais à la chambre du maintien total du crédit que j'ai réclamé, et qui m'est d'autant plus nécessaire que l'état de choses nouveau peut tendre, dans une certaine mesure, à augmenter les dépenses de l'Etat.

M. Berryer. Messieurs, nous avons à examiner la question au point de vue des intérêts commerciaux qu'il faut protéger. C'est déjà pour moi, il me semble, et il doit sembler aussi à beaucoup de membres de la chambre, une grave considération que celle-ci. Nous ne voulons pas être asservis à des préjugés, nous voulons servir les intérêts commerciaux. Or, voilà la ville la plus intéressée, la plus engagée dans ces grandes opérations commerciales, la ville qui est le centre de toutes les relations de la France avec les puissances méditerranéennes, la voilà qui s'expose à ce qu'on considère comme un inconvénient, comme une ruine, comme une cause d'inégalité dans la concurrence avec les autres puissances de la Méditerranée particulièrement.

Quand je vois des intérêts commerciaux tels que ceux de la ville de Marseille, confiés à des hommes aussi intelligents que les négociants de Marseille; quand je les vois être bien plus préoccupés des malheurs qui peuvent survenir que des inconvénients momentanés qui résultent des précautions prises contre la peste, c'est déjà pour moi un argument dans la question, un motif pour ne pas me laisser entraîner au nouveau mouvement d'idées qui nous domine.

Entendons-nous. Je dirai d'abord que dans l'état actuel des choses, vis-à-vis de toutes les nations de l'Europe, nous sommes encore aujourd'hui en avance sur tout le monde, c'est-à-dire que nous imposons à la marchandise les quarantaines les moins longues qu'aucun peuple de l'Europe. (Dénégations.) Je le maintiens, avec les statuts qui règlent les quarantaines, l'Angleterre et l'Autriche exigent de plus longues quarantaines que nous.

Je parle des marchandises et non des passagers.

M. le ministre du commerce. Vous avez raison.

M. Berryer. En présence de savants, je m'incline; mais cependant il y a des choses que les plus ignorants, comme moi, savent parfaitement. On ne veut pas que le virus puisse être transporté avec des effets, dans une malle, dans un coffre. Mais la plus magnifique des contagions, la plus belle transmission de virus, c'est celle de la vaccine probablement. Eh bien, j'ai vu dès ma jeunesse qu'on recueillait le virus du vaccin au bout d'une petite lancette, d'une goutte imperceptible, qu'on l'enfermait dans un tube de verre, que cette goutte imperceptible de virus arrivait à un état de dessiccation complète, et qu'au bout de plusieurs années on ouvre le tube de verre, on le place au-dessus de la vapeur toute bouillante, et à l'instant on ramasse avec la lancette cette goutte ainsi ranimée, et le virus est transmis, et nous sommes préservés du malheur de la petite vérole. (Mouvement.)

Voilà ce que j'ai vu dès mon enfance.

Qu'on vienne me dire que ce sont des idées absurdes; que des corps morts, que des vêtements, que des effets de coton ou de laine ne peuvent garder des miasmes et conserver le genre du mal, que c'est un des plus grands bienfaits de l'humanité que cela ne se réalise pas; je ne puis écouter les savants, j'en crois toujours la vieille expérience.

Je suis convaincu qu'il y a des transmissions par des secrets impénétrables pour notre esprit, et dont nous ne pouvons nous rendre compte.

J'admire la science toutes les fois qu'elle est aux prises avec les faits, que le sens extérieur de l'homme peut les saisir.

Ainsi, quand je vois un grand physiologiste, un grand anatomiste, d'après ses connaissances dans la science diagnostique, me parler des symptômes, du secret du siége de la maladie, je l'admire; mais je vois son impuissance, quand il parle des causes, de la nature du système de la transmission de la vie.

Il y a donc un ordre de choses dans le monde, le principe de la vie et de la mort, qui a échappé jusqu'à présent à la science des hommes.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'enseignement dans la distraction. — M. Thiers et la médecine. — Noble réponse de M. Bouilland. — Tous les hommes sont peuple à l'endroit de la médecine. — C'est la faute des médecins. — La presse et le charlatanisme. — Echantillon de la naïveté de ces messieurs. — Le côté ridicule et le côté triste. — Ibrahim-Pacha et son médecin. — Nouvelle impossible. — Un refus de cent mille francs. — Un miracle du magnétisme. — Le banquet mesmérien. — Les corps savants en chanson. — Il pousse des filles électriques. — La discussion de la peste.

Je ne voudrais pas commencer ma Causerie du jour comme un loustic de société, en disant : Je vais vous faire rire, moyen très sûr d'étouffer la gaieté des auditeurs. D'ailleurs, tout n'est pas risible dans ce que je dois vous raconter, cher et bien aimé lecteur; il faudra même que nous en tirions, vous et moi, quelques conséquences plus affligeantes que gaies; car, vous me rendrez cette justice, je l'espère, que ce n'est pas un vain plaisir que je cherche, une pure et stérile distraction que je voudrais vous donner dans ces communications hebdomadaires; plaisir futile, distraction condamnable si au bout ne se rencontraient un enseignement, une moralité quelconques, et, en vérité, là seulement tendent tous mes petits efforts. Voyons donc si nous trouverons quelque chose de semblable dans les événements du jour.

A tout seigneur tout honneur, et l'honneur du début je le dois à M. Thiers. Le célèbre député d'Aix a pris part à la discussion qui s'est élevée à la Chambre des députés relative au chapitre du budget sur les quarantaines, et sa première phrase, en réponse au discours remarquable de l'honorable M. Bouillaud, a été une épigramme très vive contre la médecine. Il va sans dire que M. Thiers a excité une grande hilarité dans la Chambre; Molière, au Théâtre-Français, ne produit pas une gaieté plus franche que n'en a produit M. Thiers sur ce parterre de législateurs. « Je ne viens pas parler médecine, a dit » M. Thiers, je viens parler bon sens. » Et le parterre, c'est-à-dire, la Chambre, de rire.

Il faut reconnaître que le bon sens de M. Thiers a été mis à une rude épreuve. Des exigences électorales et de localité l'ont forcé à prendre la parole sur une question que visiblement il ne connaît pas, qu'il ne peut pas connaître. C'était un spectacle pénible de voir cette haute intelligence aux prises avec des difficultés que son instinct lui faisait apercevoir et que sa mauvaise position lui commandait de cacher. Comme les gens d'esprit, et surtout comme les gens d'esprit de son pays, il a voulu se sauver par un bon mot, et cette ressource, quelque futile qu'elle soit, n'est pas encore à la portée de tout le monde. J'avoue que le souvenir de la piteuse mine que faisait M. Thiers à la tribune, lui, en d'autres circonstances, qui s'y trouve si puissant et si écouté, fait singulièrement baisser le ton juvénalesque qu'on pourrait prendre en cette occasion. D'ailleurs, notre science a été complétement vengée par une voix plus puissante que la mienne. La courte réponse de M. Bouillaud peut être regardée comme un modèle de tact, de goût et d'esprit. Elle a été fort approuvée par la Chambre, sur qui elle a produit la plus favorable impression.

Mais n'est-ce pas une chose qui produit un grand étonnement que cette singulière et générale manie, qui attaque les plus humbles comme les plus éminents esprits et qui les porte a jeter le ridicule sur notre science et sur notre art? Ils appellent cela faire du *bon sens!* C'est fort curieux, mais qui aurait la prétention de redresser un pareil et si général travers? Il y faut renoncer, d'autant plus que nous en sommes nous-mêmes la cause et que c'est nous qui en donnons l'occasion. On ne rit de la médecine que parce que les médecins rient publiquement entre eux les uns des autres; on ne ridiculise les médecins que parce que les médecins déconsidèrent eux-mêmes la médecine par leurs folles querelles et leurs vaniteuses prétentions; on ne jette le doute sur la réalité de l'art que parce que les artistes mettent imprudemment au grand jour leurs erreurs et leurs fautes. Certes, c'est fort humiliant d'entendre le sarcasme partir du haut de la tribune nationale et d'un homme aussi éminent que M. Thiers. Mais il y a quelque chose de plus humiliant encore, c'est de nous voir nous-mêmes donner des verges à cette société indifférente et oublieuse de nos services. Honorons-nous d'abord les uns les autres et la société ne tardera pas à nous honorer à son tour.

— De la tribune de la chambre des députés, passons à une autre puissance redoutable aussi, à la presse. Un fait grave s'y est passé cette semaine. Un journal sérieux, un journal honnête, la *Démocratie pacifique*, a inséré un long feuilleton de son gérant dans lequel il raconte que, frappé d'une maladie dangereuse, il allait succomber sous les soins de deux de nos honorables confrères, lorsque la Providence lui apparut sous les traits de ce médecin aux côtelettes suffisamment connu pour que je me dispense de dire ici son nom. Au point de vue de ce bon sens invoqué par M. Thiers, et même au point de vue littéraire, ce morceau est parfaitement ridicule. Voyez plutôt :

« C'était dans le temps même que le roi faillit être assassiné. Pendant que la Providence veillait si invisiblement, dans la forêt de Fontainebleau, sur les jours de Louis-Philippe, elle daignait descendre jusqu'à veiller sur les miens sous la forme très visible du docteur.....

» Il arrive donc un soir et s'assied près de mon lit. — Essayez de respirer fortement.... Bien ! ce n'est rien du tout !.... Monsieur, vous allez mourir si vous continuez la diète : il faut manger, et manger tout de suite....

» Que vous dirai-je? Après avoir bu un grand verre de vin, absorbé trois biscuits, puis une soupe énorme dans laquelle le pain faisait pardonner le bouillon, le docteur appela de nouveau la garde. Elle était derrière lui, interdite. — Avez-vous quelque chose..... de la viande grillée ou rôtie? Un morceau de bœuf? — Non, monsieur. — Du mouton? — Non, monsieur. — Vous avez au moins le poulet bouilli de ce matin? (La garde fit un signe affirmatif.) Apportez.... Cela est très mauvais, me dit-il; cela est desséché, difficile à avaler; mais, n'importe, il faut alimenter vos organes.... Et plongeant l'extrémité d'une aile dans la salière, il me la donne à manger. Mais les glandes salivaires ne faisaient pas leur service, les mâchoires étaient irritées et n'agissaient qu'à grand'peine; le vin seul déterminait la déglutition. A force de travail, d'acharnement, j'engloutis l'aile entière, mais j'étais inondé de sueur. »

Il va sans dire que cette médecine héroïque a guéri la maladie grave de ce monsieur. Aussi, dans ses élans de reconnaissance, il s'écrie : « Vous honorerez le docteur.....; vous lui demanderez des conseils d'hygiène quand vous viendrez à Paris; si vous courez jamais quelque danger au fond de votre province, vous lui décrirez vos impressions et vos douleurs; car (j'oubliais vraiment) le docteur guérit par correspondance. »

Tout cela et de bien plus singulières choses encore, se rencontrent dans un journal honnête, je le répète, qui flétrit tous les jours de sa vertueuse indignation les mensonges politiques, les piperies sociales, le charlatanisme de la vertu, les mystifications de toute sorte, et qui lui, tout le premier, se laisse prendre à la plus grossière, à la plus indigne jonglerie que la cupidité de l'homme ait inventée, qui la prône, qui la vante, et qui cherche à la répandre plus encore. En vérité, je vous le dis, quand vous parlez de médecine, pair de France ou maçon, aristocrate ou plébéien, élève d'Adam Smith ou de Fourier, vous êtes tous au même niveau, vous êtes tous d'une.... naïveté peu amusante.

S'il y a un côté ridicule dans cette affaire, il y a aussi un côté triste, je pourrais me servir d'une expression plus énergique. Deux honorables confrères, deux *amis* de ce malade, qui lui ont prodigué les soins les plus intelligents et les plus affectueux, jouent dans ce récit un rôle niais et absurde; ils sont évidemment sacrifiés pour la plus grande exaltation de l'audacieux médicastre. D'ailleurs, d'après les renseignements qui m'ont été donnés, ce récit serait inexact sur plusieurs points. Il n'a jamais été parlé de fièvre typhoïde; il s'agissait d'une *grippe* toute simple, avec ces phénomènes de lassitude et d'adynamie

Quand on vient me dire : Ne croyez pas que la vie vient par telle cause et d'après telle condition, mais elle vient par telles autres, je ne comprends pas.

Le génie de l'homme mesure les cieux ; mais la cause du virus et de sa transmission, il ne peut la saisir ; il y a un monde de mystères qui nous environne et que toutes les études de l'homme ne peuvent lui faire connaître. (Très bien ! très bien !)

Après cette digression, je reviens à ce que j'avais l'honneur de vous dire.

Mon respect pour la science est grand. Mais est-elle arrivée à ce point d'avoir mis sous nos yeux des expériences évidentes, des expériences concluantes qui nous disent que les précautions qui ont été prises pendant les deux siècles qui viennent de s'écouler, les deux siècles les plus éclairés des temps et des sociétés modernes, que ces précautions sont des niaiseries, qu'elles sont le résultat de l'ignorance, et qu'il vaut bien mieux admirer et imiter les Turcs, qui étaient bien plus éclairés que nous ?

Je ne crois pas, Messieurs, que la science soit arrivée à cette démonstration, et je frémirais si la chambre, avant que la démonstration de ces choses lui fût présentée, consentait à voter l'abolition de ce qui existe aujourd'hui.

Maintenant, pour l'Egypte, quel a été l'effort des savants, quel a été l'effet des recherches de la Commission de l'Académie de médecine dans cette grande discussion de la transmission de la peste ?

Jusqu'à ce jour, quand on a parlé de ces terribles pestes qui ont désolé le monde, de la peste de Hambourg, de la peste d'Amsterdam, de la peste de Londres, qui enlevait jusqu'à dix mille personnes par semaine ; de la peste des Bermudes, et enfin, au 17e siècle, de la peste de Marseille ; quand on a été saisi de ces grandes catastrophes, des hommes éclairés ont recherché toutes les circonstances, toute l'histoire de ces pestes, et il a été avéré que, pour tous ces grands points du littoral maritime où ce fléau a fait de si effroyables ravages, c'est immédiatement après l'arrivage et par le contact des provenances de l'Egypte ou des provenances de l'Asie-Mineure que l'invasion a eu lieu. Cela est établi par l'histoire de toutes les pestes dont je viens de rappeler quelques-unes.

Lors même que la peste a éclaté dans l'intérieur des terres, par exemple, à Milan, on a reconnu encore que la peste venait du contact avec l'Orient ; qu'elle n'avait pas d'autre cause à Milan, qu'elle n'y était pas née spontanément.

Je vais citer un roman, mais un roman d'un homme de génie, d'un des plus grands savants de l'Europe, Manzoni. Dans son roman les *Fiancés*, Manzoni a fait l'histoire de la peste de Milan. Il raconte comment ces soldats allemands, venus dans le Milanais, au retour de la guerre avec les Turcs, et qui s'étaient trouvés en contact avec des Turcs pestiférés, avaient amené, de la frontière de la Turquie jusqu'au cœur de Milan, la peste qu'ils portaient dans leurs sacs et dans leurs vêtements. (Mouvement.)

Voilà ce qu'un romancier raconte ; mais ce romancier, c'est un homme de génie, un savant, un homme profondément instruit dans l'histoire de l'Europe.

Je ne cherche pas les autorités des docteurs dans les facultés ; mais je cite une autorité considérable pour les hommes de bon sens.

Eh bien, l'Egypte a ce caractère, d'être évidemment dans le monde, par les conditions topographiques et météorologiques dont je parlais tout à l'heure, par les habitudes de sa civilisation, par les masses de population qui y vivent et qui y sont enterrées ; d'être, dis-je, le foyer permanent de la peste.

Et il y a, messieurs, une preuve éternelle et à jamais éloquente de ce caractère particulier de l'Egypte, c'est sa vieille histoire...

Ce grand peuple, ce peuple gigantesque, qui a rempli de ses masses énormes le bassin du Nil, qu'a-t-il fait ? que nous a-t-il laissé ? Je n'ai pas parcouru l'Egypte, mais j'ai lu les écrits des voyageurs, leurs récits, les dessins de la magnifique description que nous avons de l'Egypte. Qu'y ai-je appris ? C'est que sur tous ces longs rivages de l'Egypte, dans toutes ces hautes montagnes qui bordent le Nil à droite et à gauche, sont des profondeurs souterraines immenses, qui sont autant de cavernes de deux ou trois lieues d'étendue. Et que renferment-elles ces vastes profondeurs ? Tous les corps d'animaux, tous les cadavres de l'Egypte embaumés.

Ainsi l'antique Egypte, l'Egypte savante, la grande créatrice, ou, si vous voulez, la grande productrice des sciences dans le monde avait expérimenté son sol, et les conditions de sa terre d'alluvion ; et les conséquences des inondations périodiques et fécondes du Nil, et les conséquences des brûlantes irradiations de son soleil. Là, il n'y a pas d'inhumation, pas de cimetières pour les cadavres des hommes ou des animaux. Rien n'est rendu à cette terre qui fermente sous son soleil ; tout y est embaumé.

Et sa religion elle-même était entrée précisément dans ce culte des animaux pour en faire conserver les restes, pour faire un devoir religieux de ce qui devait être la plus sûre protection de la vie des hommes. C'était une sanction politique donnée à une institution nécessaire, et ici le fanatisme, l'influence religieuse, est une preuve de plus de la considération qu'on avait voulu donner à la haute expérience et aux conseils de la sagesse humaine, en faisant intervenir le caractère de la divinité pour préserver l'Egypte des maux qui pourraient naître de son sol. (Très bien, très bien.)

Et puis, qu'ont fait les savants ? Ils ont cherché à démontrer que la peste pouvait naître ailleurs et qu'elle naissait spontanément. Je ne dirai pas tous mes souvenirs à cet égard. Je ne voudrais pas fatiguer la chambre de tous les faits qui pourraient me venir à la mémoire, sur ce que les savants ont cité à l'appui de leur opinion ; je sais cependant qu'il y a quelques faits extraordinaires qui remontent à de longs siècles.

Donc, Messieurs, tant que l'Egypte n'aura pas cessé d'être un cimetière, cimetière d'hommes et d'animaux, cimetière par la fermentation du sol, sous l'action alternative des inondations du Nil et de ce soleil africain, tant que l'Egypte ne sera pas sortie de cette situation pestilentielle, ce sera un pays essentiellement suspect. Et c'est avec ce pays éternellement suspect que vous voulez vous mettre en communication avec la patente nette ! Quant à Alexandrie, au Caire, on nous déclarera que depuis 365 jours il ne se sera pas présenté de cas ; les quarantaines seront supprimées. Ainsi ces bateaux à vapeur, après une traversée très courte, après huit, dix jours, je ne sais pas le nombre moyen, mais il est fort court, quand il y aura un médecin à bord qui n'aura rien vu sortir des malles fermées, des ballots enfouis à fond de cale, rien vu de tout ce qui sera resté de pestilentiel enfermé dans l'épaisseur du navire, dans ces places étroites où les marchandises sont pressées pour laisser plus d'espace aux voyageurs qui payent, ainsi ces bâtiments ne subiront pas de quarantaine à l'arrivée, attendu qu'ils ont une patente nette. Ainsi, sans s'arrêter à Malte, sans subir la quarantaine anglaise, on arrivera en libre pratique dans nos ports, on y entrera, hommes, bâtiments et marchandises, tout sera mis à jour.

Je ne dis pas que cela n'est pas raisonnable, je ne dis pas que nos pères, que ces hommes de bon sens comme politiques, comme administrateurs, comme médecins, comme savants, qui ont illustré la France, l'Angleterre et l'Europe depuis deux siècles, je ne dis pas qu'ils n'ont pas commis une erreur grossière par excès d'humanité. Mais je maintiens que c'est faire l'abandon de tout sentiment d'humanité que d'exposer notre pays, sous le prétexte de quelques jours d'économie dans la rapidité de la marche des voyageurs, pour quelques bénéfices d'emmagasinage de marchandises, que d'exposer des populations à ces grands désastres dont le monde a été témoin et dont il gémit encore.

Je repousse donc la proposition de M. le ministre, et je désire qu'il ne mette pas son ordonnance à exécution. (Vive approbation.)

M. Bouillaud. Messieurs, si les questions de médecine en général, et celles des quarantaines en particulier, pouvaient se résoudre par l'éloquence, assurément nous n'aurions plus rien à dire ni à faire. Mais il y a longtemps qu'on a dit que ce n'était pas à l'aide de l'éloquence qu'on guérissait, je dois dire que ce n'est pas non plus avec de l'éloquence seulement qu'on doit décider une question si grave que celle des quarantaines.

J'ai été surpris de l'opposition qu'on a cherché à faire ressortir entre la science et l'expérience ; j'ai entendu dire : Nous ne voulons pas élever des questions scientifiques, nous voulons nous en tenir à l'expérience et aux faits.

Certes, Messieurs, je ne m'attendais pas à entendre dire à cette tribune que toute science fût réellement autre chose que des faits et de l'expérience.

Il y a sans doute des théories ; mais les théories ne sont rien quand elles ne sont pas régulièrement déduites des faits et de l'expérience. (Très bien, très bien.) La médecine en est là aujourd'hui, et c'est une justice qu'on doit rendre à la médecine actuelle, qu'elle a secoué depuis longtemps le joug de l'autorité ; des préjugés, des idées préconçues ; elle s'est débarrassée de ces anciennes formules scolastiques qui ont été pendant de longs siècles toute la médecine.

Elle est aujourd'hui fondée exclusivement sur l'expérience, et sur l'expérience formelle et positive ; et je viens déclarer que, fidèle à cette doctrine, je suis bien moins avancé et moins savant que M. Berryer, car assurément je n'aurais pas décidé, comme il l'a fait, la question de la contagion ou de la non-contagion de la peste, et quelques autres questions si graves qui se rattachent à l'établissement des quarantaines.

Mais, Messieurs, pour résoudre la question pratique qui se rattache aux quarantaines, il n'est pas nécessaire de trancher d'une manière positive et formelle la question de la contagion et la question de l'infection. Qu'on ne s'imagine pas, d'ailleurs, que je viendrais discuter ici sur la différence qui existe entre la contagion et l'infection, et si ce qu'on nommait la contagion se réduit aujourd'hui à l'infection. Non, la médecine ne se complaît pas dans des distinctions souvent purement métaphysiques et subtiles ; mais elle sait parfaitement bien qu'il y a des maladies qui peuvent se transmettre par le contact avec l'individu qui en est atteint ; elle sait, au contraire, qu'il y a d'autres affections qui, sans qu'il y ait contact avec l'individu qui en est infecté, peuvent se communiquer.

M. Berryer a parlé de la vaccine : est-ce par hasard quelqu'un qui n'était pas médecin qui a découvert le virus vaccin ?

C'est la gloire immortelle de Jenner, d'un des plus grands observateurs de la fin du dernier siècle.

Nous ne nions pas apparemment que le virus du vaccin ne se communique, puisque c'est nous qui avons trouvé le moyen, en le faisant inoculer, de préserver de la petite vérole. Nous ne nions pas non plus, ce me semble, que la petite vérole se communique par voie de contagion comme par voie d'infection ; elle se communique par tous les moyens.

Quoi qu'il en soit, les médecins ont établi les conditions dans lesquelles les contagions ont lieu, quelles sont les véritables maladies contagieuses, et quelles sont celles qui ne sont pas contagieuses ?

Il ne faut pas dire que ceux qui ne sont pas médecins peuvent décider ces questions, parce qu'ils ont l'expérience, les faits pour guide.

Non, Messieurs, ces questions, autant qu'elles ont été décidées, et le dernier mot n'est pas dit sans doute, mais autant qu'elles ont été décidées, dans un certain point, ne l'ont été que par des expériences rigoureuses.

Voulez-vous un exemple frappant de ce que nous avons gagné depuis quarante ans à de pareilles recherches sur ce sujet ?

La fièvre jaune a été longtemps considérée comme une maladie essentiellement contagieuse, même par les personnes qui n'avaient pas étudié cette question et qui n'étaient pas compétentes.

Je rappellerai, à cette occasion, qu'on me reprochait, il y a trois ans, lorsque j'ai discuté ces questions, de parler trop de choses sur lesquelles la chambre était peu compétente. Or je vois avec plaisir, que depuis cette époque, elle a étudié ces questions-là, et que les raisons qu'on a données pour et contre, même par des hommes qui ne sont pas médecins, ont été écartées par la chambre.

Aujourd'hui, qu'est-ce qui s'imagine que la fièvre jaune soit une maladie contagieuse ! Personne. (Réclamations.)

Quand je dis personne, j'exagère ; mais la grande majorité des hommes compétents n'adoptent pas l'opinion de la contagion de la fièvre jaune.

Eh bien, qui a tranché la question ? C'est un observateur qui a consacré sa vie tout entière et sa fortune à l'examen de cette question, c'est Chervin : il est mort à la peine, et son opinion triomphe aujourd'hui.

Il est mort insolvable, voilà ce qu'il a gagné par vingt ans de fatigues et de travaux pour résoudre cette question si importante ; la question, je le répète, est presque résolue.

Quant à la contagion de la peste, c'est une question beaucoup plus difficile. Quand je me suis occupé ici, il y a trois ans, de cette matière, j'ai fait mes réserves sur la question de la contagion de la peste ; j'ai dit que je n'avais pas sur ce point de conviction arrêtée. Or, je n'ai pas pour habitude d'accepter des opinions sans avoir expérimenté et examiné les faits par moi-même.

L'Académie de médecine n'a pas non plus résolu la question d'une manière définitive ; elle a seulement résolu les bonnes questions pratiques, mais elle ne s'est pas prononcée formellement sur la contagion ou la non-contagion de la peste.

Les médecins n'ont aucun intérêt à la réduction des quarantaines, ils n'ont aucun intérêt à ce que la peste soit ou non contagieuse. Ils n'ont qu'un intérêt, celui de rechercher la vérité, heureux quand ils peuvent l'atteindre et la faire triompher !

Je ne représente pas Marseille, ni aucune autre ville qui soit plus ou moins intéressée à voir trancher la question d'une manière ou d'une autre.

Une voix. La France entière est intéressée.

M. Bouillaud. Les médecins, dans cette question-là comme dans toutes les autres, ne doivent, s'ils sont dignes du titre de médecins, rechercher qu'une seule chose : c'est la vérité. Et combien la vérité n'est-elle pas importante dans une question comme celle qui intéresse, non pas une localité, mais tout un pays, toute l'Europe, l'univers entier, et comment peut-on s'imaginer que les médecins résoudront une

---

qui la caractérisent. Or une grippe qui guérit en huit jours, même en bourrant le malade de viandes et de vin, n'est pas un phénomène si miraculeux qu'il faille emboucher pour si mince résultat la trompette de la publicité officieuse.

— A propos de trompette, a-t-elle sonné fort à l'occasion d'Ibrahim-Pacha et de sa maladie ! Vous vous rappelez ces babiles réclames qui, écloses sous le doux ciel des Pyrénées-Orientales, loin de s'étioler et de périr sous des climats plus durs, y prenaient au contraire un développement superbe. Hélas ! la renommée n'est qu'un appoint minime pour certains esprits calculateurs et positifs ; on le voit bien aux choses qui se racontent depuis quelques jours à Paris.

On dit qu'à la veille de quitter la France, Ibrahim-Pacha aurait consulté deux ou trois de nos célèbres confrères pour savoir de quelle manière il pouvait honorer et récompenser les soins du médecin qui, depuis six mois, ne l'a pas quitté d'un jour. Les confrères dont je parle voulurent savoir d'abord quelles étaient les intentions de Sa Hautesse. Ibrahim-Pacha répondit qu'il voulait donner cent mille francs. — C'est beau, c'est digne, c'est royal, s'empressèrent de dire nos confrères.

Le lendemain matin, un émissaire du prince apportait à son médecin :

1° Deux cachemires de la plus grande beauté ;
2° Un yatagan enrichi de pierres précieuses ;
3° Un sabre turc dont le fourreau est en argent massif ;
4° Cent mille francs en or.

Le médecin du prince examine, compte et... refuse ; il refuse, non pas comme Hippocrate les présents d'Artaxerce, mais en demandant le double !

J'ai peine à croire à l'exactitude de ce fait. Non, il n'est pas possible qu'un médecin de notre noble patrie, qu'un membre de l'Institut de France, ait montré une cupidité aussi extravagante. Refuser cent mille francs, en demander le double pour un traitement de six mois, et quel traitement ! Une fête de six mois, des plaisirs princiers ; des voyages charmants ; partout le luxe, le bruit, la renommée ; cent mille francs au bout, des présents superbes, et un médecin se serait rencontré assez avide d'argent pour demander le double ? Non, encore une fois, cela n'est pas possible ; non, il n'y a pas, en France, un médecin assez mal élevé pour employer un procédé aussi inconvenant, aussi brutal qu'un refus. Que les princes soient toujours reconnaissants et généreux, je n'en mettrais pas la main au feu ; mais si, dans cette circonstance, il y a eu offre de cent mille francs, je trouve l'offre orientale, et le refus serait indigne. Il ne faut pas, l'honneur de notre pays, l'honneur de notre profession y sont intéressés, il ne faut pas qu'un bruit semblable s'accrédite ; j'adjure ici le médecin qui est en cause de donner une explication publique, et de démentir énergiquement un fait dont tout le monde parle, dont tout le monde s'afflige, et que plusieurs journaux ont déjà publié.

— Le magnétisme animal fait toujours des siennes. Voici un nouveau fait que je lis dans le dernier numéro du journal qui lui est consacré : « Le corps du malheureux artiste Sixdeniers, que l'on avait vainement cherché dans la Seine, a été retrouvé par une somnambule consultée à ce sujet, en touchant seulement son portefeuille. Elle a indiqué, sans aucune hésitation, la place précise où se trouvait le noyé, et ceux qui suivirent l'indication de la clairvoyante n'eurent qu'à se baisser pour retirer le cadavre ; il était flottant entre deux eaux. » Le rédacteur se plaint amèrement qu'aucun journaliste n'ait voulu accueillir ce fait authentique. Il me semble, cependant, que ces messieurs n'y mettent pas tant de façon, et j'en donne aujourd'hui même un agréable échantillon. En tout cas, M. Dupotet voudra bien faire une exception en ma faveur, car j'accueille son fait authentique, et cela, sans commentaires. En est-il besoin ?

Mais le magnétisme ne se borne pas à faire des miracles ; le magnétisme dîne de temps à autre à la barrière, et j'ai là sous les yeux le récit d'un pique-nique monstre où quatre-vingts adeptes ont trinqué aux progrès du fluide. Il s'est dit de fort bonnes choses dans ce banquet mesmérien ; il s'en est fait de meilleures ; le repas, en effet, a été terminé par une collecte dont le produit a été destiné à soulager l'infortune d'un confrère. En faveur de cette bonne action je rengaîne les petites réflexions que ce récit m'avait fait naître. Cependant je ne résiste pas au plaisir de citer quelques couplets d'une chanson chantée par M. Lovy, aux grands applaudissements de l'assemblée :

UN TOAST AUX CORPS SAVANTS.

Air : *Les gueux, les gueux*, etc.

Les corps savants
Sont bien amusants !
Quell's drôles de gens
Que les savants !

. . . .

On leur dit : « Le sang circule ! »
Harvey n'était que trop franc ;
Il fut trouvé ridicule,
Et se fit du mauvais sang...
Les corps savants, etc.

Un jour, d'la vapeur naissante,
Bicêtre étouffa la voix !...
Et devant cette eau bouillante,
Tous les savants rest'r'nt froids !...
Les corps savants, etc.

On les voit sur l'émétique
Vomir des pamphlets haineux,
Sur le quina d'Amérique
Lancer des arrêts fiévreux.
Les corps savants, etc.

Ils n'admettent pas qu'on *dorme*,
Eux dont les charmants discours,
Grâce au fond, grâce à la forme,
Nous endorment tous les jours !
Les corps savants, etc.

C'est charmant ; l'esprit ne gâte rien, même le magnétisme, et certes il a subi d'assez vives attaques pour que la riposte lui soit permise. Je dirai même qu'il ferait bien de s'en tenir aux chansons, il y réussit mieux que dans les miracles ; mais c'est entre nous une vieille querelle que je ne veux pas vider à propos de chansons.

— En fait de miracles, voici M. Tanchou qui m'adresse une cargaison tout entière de filles et de garçons électriques. On connaît ma théorie sur ce point ; je ne crois pas au merveilleux de la chose ; je ne crois pas non plus à la supercherie ; j'admets tout simplement que ces faits sont le résultat d'une forme de chorée peu connue parce qu'elle est fort rare. J'ai eu le plaisir de voir ma théorie admise en Angleterre ; mais, par contre, on en a beaucoup ri en Belgique, où l'on plaisante fort agréablement et très finement, comme chacun sait. Ainsi, ils ont dit quelque chose comme ceci : « Jean Raimond admet une forme de *chorée* ; c'est *décoré* qu'il veut dire. » C'est adorable de malice et de légèreté.

Quoi qu'il en soit, je veux bien croire à la réalité de tous les faits que m'adresse M. Tanchou, et qu'il a colligés un peu partout ; mais ces faits ne se présentent pas encore avec des garanties scientifiques suffisantes pour que je puisse les prendre sous mon bonnet. Il comprendra ma réserve en face des vives et récentes émotions qu'a suscitées la jeune fille de Mortagne.

— L'Académie de médecine continue, *pianissimo*, et sans grande animation, la discussion des quarantaines. Nous n'avons entendu jusqu'ici que des adversaires de la Commission, qui a subi, sans trop sembler s'en émouvoir, les nombreuses et longues attaques dirigées contre son travail. Il paraît cependant qu'elle veut répondre demain mardi, et l'on annonce que M. Prus prendra la parole au début de la séance. Il serait temps de jeter un peu de vie et de chaleur sur cette discussion fort languissante. On s'attendait à mieux. Je le répète, c'est la manière dont la discussion s'est engagée qui a fait tout le mal. Quand on en viendra à l'examen des chapitres, on ne rencontrera plus qu'une assemblée inattentive et fatiguée. Quatre grandes séances de discussion générale rembourrée de longs discours écrits, et par une chaleur de 30° à l'ombre, voyez-vous, il faut être M. Rochoux doublé de M. Castel pour résister à ces épreuves.

Jean RAIMOND.

pareille question sans avoir pris des informations aussi complètes que possible !

Le système quarantenaire que l'honorable M. Berryer proposait tout à l'heure, me paraît avoir de grands inconvénients ; il nous a parlé du virus vaccin et du temps extraordinaire pendant lequel ce virus pouvait être conservé et se perpétuer ; mais si on voulait appliquer cela au virus de la peste, il n'y aurait pas de raison pour que les quarantaines ne fussent pas éternelles.

Que fallait-il résoudre, avant tout, dans la question qui nous occupe ? Il fallait déterminer quelle était la durée de l'incubation. Comment résoudre ce problème ? Par des expériences, des recherches multipliées, répétées, faites et refaites cent et cent fois, mille et mille fois. Pendant de longues années, c'est ce qu'on a cherché à faire. Aujourd'hui il paraît acquis à la science, c'est-à-dire à l'observation, à l'expérience, que si au bout de huit jours la peste n'est pas développée, elle ne se développera pas.

C'est d'après ces observations qu'on a proposé de modifier le système quarantenaire, et j'ai vu avec plaisir que le gouvernement était entré dans cette voie. Je rends justice aussi au savant rapporteur de la commission du budget. Déjà, dans la première discussion, je m'étais plu à lui rendre cette justice. Je n'aurais rien trouvé de plus à dire que ce qu'il a dit dans son rapport actuel. Il n'y a pas de médecin expérimenté, habile, un observateur s'en rapportant à l'expérience la plus stricte, qui ne signât cette partie du rapport relatif aux quarantaines. Aussi, j'étais bien décidé à venir appuyer la réduction proposée, afin de donner au gouvernement, qu'on me passe cette expression, une leçon dont il peut avoir besoin en pareilles circonstances. Si donc, M. le ministre ne s'était pas empressé d'indiquer les utiles réformes qu'il se propose de faire, j'aurais soutenu la réduction proposée par la commission ; mais dans l'état actuel, voyant que le gouvernement est dans une bonne voie, dans une voie véritablement de progrès, je n'ai aucune objection à faire.

Il ne faut pas se le dissimuler, lorsqu'une ville a des individus qui se trouvent intéressés dans la solution d'une question, leur opinion a toujours quelque chose de tant soit peu suspect. Supposez que Marseille fût complétement désintéressée dans cette question, ou même que son commerce eût à gagner à ce que la quarantaine et les lazarets fussent supprimés, soutiendrait-elle avec la même ténacité le système qu'elle défend à peu près seule ? Certes, si nous avions à redouter qu'une peste semblable à celle de 1720 vînt se produire, je me considérerais comme l'homme le plus coupable, comme indigne de porter le nom de médecin, si je n'étais pas le premier à dire : Gardez-vous d'adopter un système qui peut compromettre non-seulement Marseille, mais le pays, mais l'Europe tout entière. Vous donneriez ainsi un mauvais exemple à l'Europe, vous qui êtes la nation la plus éclairée des nations civilisées. Mais il n'y a rien à craindre en adoptant le système qui est proposé. Je ne dis pas que ce soit le dernier mot. En tout cas, il faut reconnaître que l'on ne supprime pas les quarantaines ; on a seulement réduit le temps nécessaire pour la libre pratique, et on l'a réduit conformément aux données fournies par la saine expérience.

Dans l'état actuel des faits bien observés, sans qu'il soit nécessaire de disenter plus longuement une question, et d'insister sur des dissertations purement scientifiques et médicales je crois qu'il est bon d'adopter le système proposé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et je puis lui assurer qu'en procédant ainsi, il aura à la fois bien mérité, je ne dis pas seulement du commerce, mais aussi de la science, et de la science fondée sur l'expérience. (Très bien ! très bien !)

M. Thiers prononce un discours en faveur du statu-quo.

M. Bouillaud Je suis désolé d'avoir à dire encore un mot.

L'honorable M. Thiers sait que je suis un de ceux qui font le plus de cas de ses grandes connaissances et de sa haute position parlementaire ; mais je suis obligé de lui dire, quoiqu'il ait présidé un conseil de salubrité, que ce n'est pas en présidant un conseil de salubrité qu'on peut apprendre les questions de la médecine.

M. Thiers. Je n'ai pas non plus cette prétention !

M. Bouillaud. Il n'est pas, Messieurs, de question de médecine plus difficile que celle dont il s'agit.

Je n'aurais jamais cru que l'honorable M. Thiers, qui se pique avec raison d'avoir beaucoup de bon sens, et qui attache beaucoup de prix à ceux qui en ont, ait pu dire qu'il ne s'agissait pas de médecine dans cette circonstance, mais de bon sens.

Messieurs, je vais à cet égard vous dire une petite anecdote qui me revient à la mémoire. (Ah ! ah ! écoutez !)

Annibal... (Exclamations), Annibal, pendant son exil, fut invité à assister au cours d'un professeur illustre qui faisait des leçons sur la guerre : il n'avait jamais fait la guerre, et cependant il faisait des leçons sur la guerre. Lorsque Annibal eut entendu l'illustre professeur, il fit, en se retirant, aux personnes qui lui demandaient son avis sur la supériorité de ce grand professeur, une réponse que M. Thiers connaît, et que je n'ai pas besoin de rappeler. (On rit. — Mouvements divers.)

HÔTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Anémie. Affection organique probable de l'estomac.

Au numéro 14 de la salle Sainte-Agnès, couché un homme que nous avons reçu dans nos salles il y a un mois environ. Au moment de son entrée, ce malade offrait une décoloration complète et une pâleur générale des téguments portée au plus haut degré d'intensité. En même temps, il y avait infiltration des membres inférieurs ; ce n'était point un anasarque complet, mais il s'en fallait de peu. L'urine, examinée au moyen des réactifs chimiques, ne contenait pas d'albumine ; ce n'était donc point à une affection des reins qu'il fallait attribuer cet œdème. Cette infiltration tenait-elle à la même condition que l'anémie ? C'est un point sur lequel nous reviendrons, et qui sera discuté dans la suite de cette histoire.

La décoloration ne portait point seulement sur la peau, sur l'extérieur du corps, mais aussi sur les membranes muqueuses ; les muqueuses buccale, conjonctivale étaient d'une pâleur remarquable. De l'un et de l'autre côté du cou, à un degré plus intense, par conséquent, que dans l'état chlorotique ordinaire, dans lequel on n'observe ce phénomène que d'un seul côté le plus communément, de l'un et de l'autre côté du cou nous constatâmes un bruit de souffle continu jugulaire et non pas carotidien ; car ce bruit n'était pas intermittent, mais continu. En appuyant sur la veine, on le faisait cesser complétement.

D'après l'ensemble de ces phénomènes, nous dûmes administrer au malade quelques doses de préparations ferrugineuses, pour voir quels seraient les changements qui pourraient survenir. Sous l'influence de cette thérapeutique, continuée pendant quinze jours environ, il ne s'est manifesté aucun changement dans la teinte générale de la peau du sujet. Seulement, en raison d'une alimentation substantielle probablement meilleure que celle dont il faisait usage chez lui, l'œdème a sensiblement diminué, et maintenant il n'en existe plus que des traces presque inappréciables le matin. Le soir, l'œdème reparaît un peu plus fort, principalement lorsque le malade a marché. Les chairs sont molles, flasques, sans consistance. D'après le rapport du sujet, il paraîtrait que ses mollets ont diminué de plus de moitié du volume qu'ils avaient il y a un an. Le fer n'a donc point agi sur la décoloration de la peau. Les forces ne sont point revenues.

Dès le principe, nous avions donc lieu de croire que cette anémie n'était pas la seule cause de la maladie de ce sujet ; mais nous avons dû, comme première médication, chercher à nous débarrasser de cette anémie. Nous disons que cette affection n'était pas la seule à craindre ici. Nous avions lieu de redouter quelque chose de beaucoup plus sérieux. Le malade se plaignait de douleurs dans la région épigastrique ; ces douleurs n'étaient point spontanées ; mais si l'on appuyait, même légèrement la main sur cette région, le malade accusait de vives souffrances ; aussi, lorsque nous voulions répéter cette exploration, s'y refusait-il souvent, et craignait-il de la voir pratiquer. En remontant aux antécédents, et interrogeant avec soin le sujet dont nous vous parlons, nous apprîmes que de temps à autre il avait éprouvé des douleurs assez vives dans la région épigastrique. De plus, que depuis trois ans et demi, il avait été sujet à ce qu'il appelait des pituites ; deux ou trois fois par jour il éprouvait le besoin de vomir, et rendait par la bouche, sans efforts, une grande quantité de liquides muqueux, filants, transparents, sans coloration bilieuse verdâtre, un peu salés. Il en rendait, à chaque fois, la valeur d'un plein verre à peu près. Nous nous contentons de mentionner ici ce symptôme, sur la valeur duquel nous reviendrons plus tard.

Chez les malades sujets à ces pituites, on observe une chose extrêmement remarquable ; quand elles surviennent quelques instant après les repas, il y a une véritable action élective de l'estomac, qui se débarrasse de ce qui lui est nuisible, et retient les aliments. Pas une seule fois, nous a-t-il assuré, il n'a vomi les aliments qu'il venait de prendre. Depuis le temps qu'ils durent, ces vomissements se sont répétés sept à huit cent fois environ ; jamais ils n'ont été composés d'autre chose que de matières muqueuses. Nous ne saurions trop attirer l'attention sur ce fait bien remarquable, que c'est pendant que les aliments sont dans l'estomac, que les choses se passent de cette manière. Le malade affirme que pendant les quinze mois qu'il a été sujet à ces vomissemens, il n'a éprouvé aucun dérangement dans la santé générale. Il assure même que pendant les premiers mois de sa maladie il avait continué à engraisser, et qu'il avait augmenté de poids et de volume. Ceci n'est peut-être point d'une rigoureuse exactitude, et nous devons nous tenir en garde contre les exagérations auxquelles les malades n'ont que trop de tendance à s'abandonner dans les cas qui leur semblent extraordinaires, et en dehors des idées généralement reçues dans le public. En général, les ouvriers font assez peu d'attention à leur santé, tant qu'ils ne sont point assez gravement affectés pour être obligés d'interrompre leurs occupations. Quoi qu'il en soit, il affirme qu'il n'avait pas maigri, et s'il y a eu diminution dans l'embonpoint et dans le volume du corps, toujours est-il qu'il est probable qu'elle n'a point été considérable.

Un mois et demi environ après le début de la maladie, le sujet dont nous vous racontons l'histoire fut pris de diarrhée ; les matières excrémentielles qu'il rendait étaient noires, de couleur d'encre, pour nous servir de ses expressions. Cette diarrhée a duré dix mois à peu près, le malade allant plusieurs fois à la selle chaque jour. Depuis le mois de juillet de l'année dernière, des accidents plus graves se seraient manifestés. Depuis cette époque il a eu, à sept reprises différentes, des vomissements de matières verdâtres ; ces vomissements en eux-mêmes, et considérés abstraction faite de l'état général, n'auraient pas une grande valeur. Mais à partir du moment où ils survinrent, la santé générale commença à s'altérer de plus en plus. Dès cette époque, il fut obligé de cesser complétement ses travaux ; son embonpoint diminua ; il perdit une partie de ses forces, fut obligé de restreindre la quantité de ses aliments ; peu à peu ces accidents augmentant d'intensité, il dut renoncer complétement à l'usage de la viande et des légumes. Sa nourriture consista exclusivement en soupes, potages. L'affaiblissement progressif et bien marqué du malade le décida à entrer une première fois à l'hôpital, où il ne resta que fort peu de temps.

Après un court séjour chez lui, ne voyant aucun amendement survenir dans sa position, cet homme est revenu à l'Hôtel-Dieu, et a été admis dans nos salles. Au moment où nous vous parlons, il existe une perturbation assez grande dans les organes digestifs ; cependant cette perturbation ne semble pas en proportion avec les phénomènes généraux que présente le sujet. Il digère assez bien les aliments qu'il prend, mais il refuse toute nourriture plus substantielle et plus solide que celle dont nous venons de parler, c'est-à-dire la soupe et les potages. La pression détermine une douleur dans la région épigastrique. Lorsque l'on palpe le ventre depuis les pubis jusqu'à l'épigastre, on constate qu'il est souple, non douloureux ; ce n'est qu'à deux ou trois doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde que commence la sensibilité, et que se manifeste une douleur vive lorsque l'on cherche à déprimer le creux épigastrique. Les parois abdominales, dans ce point, semblent un peu affaissées ; mais on perçoit évidemment une rénitence anormale. Cette rénitence est certainement morbide, et il est impossible de ne point admettre qu'elle tient à un état pathologique.

La réunion de tous ces signes, la douleur épigastrique, la rénitence, l'impossibilité où se trouve le malade de digérer la viande et les légumes, tout indique une perturbation dans les organes composant l'appareil digestif. De plus, il faut tenir compte de la diarrhée et du sang contenu dans les selles. Nous n'avons pas besoin de vous rappeler, vous le savez déjà, que cette coloration noire, analogue à de l'encre, des matières fécales, est toujours due à la présence du sang. L'amaigrissement du malade est d'autant plus grand, ou plutôt paraît d'autant plus considérable, qu'il était doué de plus d'embonpoint et d'une constitution plus forte et plus vigoureuse. La rénitence que nous avons constatée à plusieurs reprises, nous donne lieu de croire qu'il y a là une lésion chronique organique.

Ici, relativement au siége, une question importante se présente. Cette lésion organique est-elle dans l'estomac ou dans le foie ? La rénitence offre bien tous les caractères de celle que l'on constate dans certaines hypertrophies du foie ; mais rarement ces hypertrophies de l'organe sécréteur de la bile sont accompagnées de douleurs, de diarrhée, de vomissements glaireux comme dans le cas actuel. Le plus ordinairement la sécrétion de la bile présente des modifications plus ou moins importantes qui n'existent point ici.

En face de cette douleur, de cette rénitence, qui par son siége semblerait appartenir au foie, nous devons mettre les autres phénomènes, sur lesquels nous nous sommes longuement étendu précédemment. En tenant compte de ces diverses circonstances, il paraîtrait certainement plus rationnel, plus probable de songer à une affection de l'estomac. Si nous passons en revue les diverses affections organiques de l'estomac qui peuvent donner lieu à cet ensemble de symptômes, nous trouvons en première ligne une affection squirrheuse, dans laquelle on rencontre comme signe principal une rénitence partielle ; cette affection squirrheuse est celle qui occupe la partie antérieure et moyenne des parois du ventricule, en respectant les orifices qui restent libres. Dans les cas de cette nature, la région épigastrique présente une tuméfaction semblable à celle que nous observons chez le malade qui fait le sujet de notre conférence clinique. Dans la disposition de la tumeur, dans la manière dont son bord inférieur se comporte, nous trouvons des motifs de penser que ce doit être dans la paroi antérieure de l'estomac que siége la maladie.

On ne peut nier que le foie ne puisse, à la rigueur, être affecté ; mais les phénomènes se rapportent plutôt à une maladie de l'estomac, surtout si nous tenons compte des récits du malade et de la coloration noire des matières fécales. Le squirrhe de l'estomac n'est pas toujours accompagné de vomissements. Lorsque les parois de l'organe sont profondément atteintes dans toute leur épaisseur, que les fibres musculaires sont transformées en substance squirrheuse, et que, en même temps, les orifices sont restés libres, les parois restant forcément immobiles, n'agissant point sur les matières contenues dans le ventricule, le vomissement devient par cela même physiquement et matériellement impossible. Dans cette forme particulière du carcinome stomacal, il n'y a point de vomissements, il ne peut point y en avoir, et leur absence dans le cas actuel ne fait que nous confirmer dans l'opinion probable, que c'est à cette lésion organique que nous avons affaire dans cette circonstance.

La couleur des matières fécales fournit quelques renseignements utiles. Nous avons dit que le sujet avait rendu des matières noires ; cette coloration anormale n'est autre chose que du sang modifié par la digestion, comme on l'observe dans le *melæna*. Seulement ici le caractère est encore plus tranché ; le sang a traversé le conduit intestinal dans toute son étendue, il a subi des modifications plus complètes, plus profondes ; il a acquis une consistance plus grande, a perdu plus de ses portions liquides que celui qui, exhalé dans l'estomac, est rendu par la bouche.

Le carcinome de l'estomac dont cet homme nous paraît être atteint ; nous disons, nous paraît, car nous n'avons pas encore constaté par nous-même la coloration noire des matières qu'il rend en allant à la selle ; le carcinome dont cet homme nous paraît être atteint, siégerait donc, si notre diagnostic est vrai, dans les points que nous avons indiqués, il n'occuperait absolument que les parois. Lorsqu'au lieu d'affecter cette forme isolée, il présente des symptômes différents, quand la dégénérescence organique occupe le pylore, et il semblerait que les descriptions générales du cancer de l'estomac qui ont été jusqu'ici données par les livres classiques se rapportent presque exclusivement à celles du cancer du pylore ; dans les cas de cette espèce, il y a vomissements continue's, et ces vomissements offrent cette particularité : que, d'une part, ils sont éloignés ; que, de l'autre, la quantité des matières vomies est des plus considérables. Le squirrhe détermine un rétrécissement de l'orifice pylorique, empêche le passage des aliments, donne lieu à une distension causée par l'accumulation des bols alimentaires ; on rencontre quelquefois des distensions de l'estomac assez considérables pour qu'il soit possible, à la simple inspection du ventre, de reconnaître la forme de l'estomac qui se dessine au-dessous des muscles des parois abdominales. D'autres fois, l'organe se présente avec des changements de forme, des changements de position. Le pylore peut ne point occuper les régions auxquelles il correspond à l'état normal, et cette circonstance pathologique peut rendre difficile le diagnostic. Nous nous rappelons, il y a longues années de cela, pendant que nous étions interne des hôpitaux, qu'une femme se présenta à nous portant une tumeur à la partie antérieure et supérieure de l'épine iliaque, dans la fosse iliaque. Cette femme succomba ; et à l'autopsie on trouva une tumeur formée, dans le point que nous indiquons, par le pylore devenu squirrheux, et occupant une position tout à fait anormale et fort éloignée de celle dans laquelle il siége d'ordinaire. L'estomac était énormément dilaté.

Lorsqu'au lieu d'occuper le pylore, l'affection squirrheuse intéresse le cardia, l'estomac se rétrécit au contraire de ce qui arrive dans le cas précédent, et l'on ne trouve plus à sa place qu'une poche très étroite, à dimensions fort restreintes, qui a cinq ou six pouces de longueur sur trois ou quatre de

largeur; la raison de ce rétrécissement est si simple, qu'il serait inutile de l'indiquer; la difficulté avec laquelle les aliments pénètrent dans l'estomac, rend suffisamment compte de ce rétrécissement morbide. Dans cette forme, aucune tumeur n'est perceptible. Dans les cas de cette seconde espèce, il y a des phénomènes tout à fait particuliers. Les malades ne peuvent prendre qu'une très petite quantité d'aliments, soit liquides, soit solides; ces aliments ou ces boissons séjournent un instant dans l'œsophage, qui se distend alors à la manière du jabot de certains oiseaux. Peu à peu, et d'une manière insensible, les aliments passent de l'œsophage dans l'estomac; dans des cas où la maladie est parvenue à un degré de gravité plus grand encore, les substances alimentaires sont quelquefois rejetées au dehors et ne passent point dans l'estomac; elles sont rendues par les malades sans avoir subi le travail de digestion nécessaire à la nutrition de l'individu.

Nous avons dit que dans l'affection squirrheuse du cardia aucune tumeur ne peut être perçue par la palpation et l'exploration la plus minutieuse, et cela en raison de la position profonde du cardia, que protègent les côtes inférieures. La très minime quantité d'aliments qui peut être admise dans l'estomac ne suffisant pas à la nutrition de l'individu et à l'action physiologique de l'organe, les diamètres de l'estomac diminuent, la capacité de même; voilà les phénomènes caractéristiques et pathognomoniques de cette forme d'altération squirrheuse.

Il y en a encore une quatrième. Ici, il n'y a ni squirrhe du polype ou du cardia, ni dégénérescence carcinomateuse générale de la portion des parois du ventricule comprise entre les deux orifices; l'affection cancéreuse n'occupe qu'un petit nombre de points limités des parois de l'organe. Les symptômes d'après lesquels on croit pouvoir conclure à l'existence de cette lésion sont des aigreurs, des renvois acides et nauséabonds quelquefois, des hémorrhagies peu considérables. En un mot des accidents auxquels on n'accorde d'abord qu'une très faible attention, et qui augmentent peu à peu d'intensité, indiquent les altérations peu étendues d'abord et progressives de la maladie dont elles révèlent l'existence.

Un des premiers signes, et des plus importants que l'on observe au début de la dégénérescence carcinomateuse de l'estomac, ce sont ces vomissements de liquide glaireux, muqueux, transparent, d'un goût simplement un peu salé, dont nous avons fait mention au commencement de cet article et qui ont été observés chez le malade dont nous vous entretenons. Au moment où ces vomissements commencent, à l'époque où ils se sont manifestés chez notre malade, il est probable que l'affection n'existe point encore d'une manière bien nette et bien tranchée. Elle ne doit être qu'en rudiment; peut-être même n'y a-t il rien encore; ce qui nous porterait assez à le croire, c'est que depuis quinze mois ces vomissements ont cessé. Mais ils indiquent peut-être une prédisposition, une condition particulière sous l'influence de laquelle se développera la maladie. En effet, il est rare que, parmi les individus qui présentent ces vomissements glaireux et muqueux, il n'y en ait pas au moins la moitié qui ne finissent par être affectés de cancer de l'estomac.

Les hémorrhagies de l'estomac sont de tous les signes ceux qui sont les plus significatifs; une partie du sang exhalé passe toujours par le pylore et suit le tube digestif dans toute son étendue. Il subit alors le travail de digestion, dont le résultat est d'en changer la couleur et la consistance, et de donner aux matières stercorales cette couleur noire, analogue à celle de l'encre, qui effraie les malades, et que nous avons dit avoir été présentée par notre malade. Lorsqu'un individu a des vomissements de sang, d'une part, et que, de l'autre, les matières excrémentitielles sont colorées en noir par du sang altéré par le travail que lui fait subir l'intestin, le diagnostic est tellement évident que c'est à peine s'il peut rester le moindre doute. On conçoit dès lors tout le prix et l'importance que nous y attachons dans le diagnostic des affections cancéreuses.

Voulons-nous dire par là que toutes les fois qu'il y aura vomissement de sang, il y aura cancer de l'estomac? Nullement. Vous trouvez, dans quelques cas rares il est vrai, des femmes qui, au lieu d'être réglées par les voies naturelles, sont périodiquement sujettes à des hématémèses supplémentaires de l'évacuation menstruelle normale. Dans des cas de cette nature, évidemment il y a trouble fonctionnel sympathique, sans que pour cela on doive en déduire la nécessité d'une lésion organique. Il arrive assez fréquemment que l'on rencontre des sujets qui de temps en temps ont des hématémèses sans lésion organique appréciable. Pour ne vous en citer qu'un exemple relatif à l'une de nos grandes célébrités nationales, Boïeldieu avait pendant vingt-cinq ans été sujet à des hémorrhagies de l'estomac. Il mourut phthisique, et l'on ne trouva rien dans l'estomac. Nous devons dire cependant que ces cas sont rares, et que le plus souvent les hématémèses sont liées à des affections organiques.

Correspondance.

Monsieur et très honoré confrère,

La *Gazette des Hôpitaux* contient, dans le numéro du jeudi 17 décembre 1829, un petit article sous le titre d'*Emphysème des paupières*. Il commence par ces mots : Cette affection, plus curieuse que grave, n'a jamais été décrite par les auteurs. L'auteur de l'article raconte brièvement un fait recueilli à la clinique de Dupuytren.

Cette observation n'a pas été perdue pour la science, et M. le professeur Velpeau l'a relatée dans son article *Paupière* du Dictionnaire de médecine.

Comment se fait-il que cet auteur et ceux qui, depuis, ont parlé de cette même maladie, n'aient pas lu dans le même journal, la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du mardi 22 décembre 1829, une réclamation indiquant le mémoire que j'ai publié dans les Archives générales de médecine, cahier de mars 1829, *sur quelques cas rares d'emphysème*, et dans lequel je rapporte deux faits de ce genre recueillis par moi, le premier à l'hôpital d'Angers en 1818, et l'autre à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1826?

Dans votre numéro de ce jour, 6 juin 1846, je retrouve encore la phrase de 1829, c'est toujours à Dupuytren que l'on doit la première indication de cette maladie curieuse mais sans gravité. Et, cependant, le mémoire inséré dans les Archives en mars 1829 ne peut laisser de doutes sur la réalité des faits recueillis par moi longtemps avant l'époque où Dupuytren fit voir son malade à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Il serait ridicule à moi de réclamer la priorité si elle n'était établie par des dates aussi évidentes. Je tiens d'ailleurs à mon observation de 1818 parce que je l'ai faite spontanément, presque au début de mes études médicales, étant interne dans les salles de chirurgie de M. Ouvrard, professeur à l'Ecole secondaire de médecine d'Angers, lequel par parenthèse ne crut à l'existence de cette singulière maladie que quand il la vit se reproduire plusieurs fois au milieu des efforts que la malade faisait pour se moucher.

Je serais heureux de vous voir accueillir cette seconde réclamation, comme vous avez accueilli la première. Donnez-lui place dans vos colonnes, et peut-être tombant sous les yeux des érudits, les engagera-t-elle à remonter aux sources, c'est-à-dire à mon mémoire des Archives, mars 1829.

J'attache d'autant plus de prix à ce point, que l'emphysème des paupières peut devenir dans quelques circonstances un moyen de diagnostic très important. Sous ce rapport, du moins, cette maladie légère, autant que curieuse, peut éclairer le praticien sur l'existence d'une fracture de la base de l'orbite, et devenir fort utile à celui qui la porte.

Agréez, etc.

P. Ménière,
médecin de l'Institut royal des Sourds-Muets.

Le 6 juin 1846.

NÉCROLOGIE.

La médecine vétérinaire a fait une perte sensible dans la personne de M. Jean-Guillaume Baumeister, professeur de l'école vétérinaire de Stuttgard, mort le 3 février dernier. Homme de talent et de bien, M. Baumeister était non-seulement un praticien distingué, mais encore un peintre habile. Ses tableaux d'animaux, qui portent le cachet du maître consommé, ont d'autant plus de prix, qu'ils réunissent la perfection de la peinture à l'exactitude, si rare chez les peintres, de l'observateur et de l'anatomiste profondément versé dans la connaissance des animaux.

P. S. En ce moment il paraît à Stuttgart une édition de ces précieuses gravures à l'eau-forte, représentant des sujets de médecine vétérinaire, d'élevage, etc., et dont le produit sero employé à l'érection d'un monument à sa mémoire. *(La Réaction.)*

D'après un rapport qui avait été présenté à l'administration des hospices sur la nécessité de réparer certaines salles de l'Hôtel-Dieu de Marseille, des travaux importants s'exécutent dans ce moment et seront terminés dans l'espace de trois à quatre mois.

(Arch. méd. du Midi.)

Nous recommandons d'une manière toute particulière les Bouts de Sein et les Biberons en Tetine de madame Breton; les personnes qui en feront usage n'auront que des remerciments à nous adresser.

Les nombreuses Médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 68. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Fracture du col du fémur. Difficulté du diagnostic. De la mensuration des membres.

La nommée Marie-Antoinette Roche, âgée de cinquante-trois ans, blanchisseuse, couchée au numéro 6, a fait une chute dans un bateau, et nous a été adressée par un médecin de la ville. Cette femme accuse de la douleur dans le haut de la cuisse droite et dans l'aine; la pointe du pied est tournée en dehors, et elle ne peut la ramener en dedans; la région inguinale présente un gonflement évident.

A quelles lésions faut-il rapporter ces symptômes? Il est permis tout d'abord de songer à une fracture du col du fémur, ou à une luxation, ou à une déchirure et à une contusion des parties molles.

La douleur et le gonflement sont des signes qui ne peuvent être que d'un faible secours, parce qu'ils se rencontrent aussi bien dans la fracture, dans l'entorse, que dans la simple déchirure. L'impossibilité de détacher le talon du lit, est regardée comme un signe de fracture; mais elle peut indiquer également l'existence d'un travail douloureux autour de l'articulation ou dans l'articulation même. On n'est pas, en un mot, autorisé à regarder cette impossibilité de soulever le talon comme un signe infaillible de fracture. Il y a cependant une différence entre la fracture et la douleur au point de vue du signe dont nous parlons; dans la fracture, il y a impossibilité réelle; dans la douleur produite par un travail quelconque aux environs de la jointure, en surmontant cette douleur, le malade parvient à soulever le talon. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la luxation; d'abord le malade paraît ne pas pouvoir soulever le membre; si l'on insiste, il y parvient.

La déviation en dehors est aussi regardée comme un signe de fracture; mais ce n'est pas là un signe pathognomonique, puisqu'on le rencontre dans d'autres lésions; ainsi on le trouve dans les luxations en dedans sus ou sous-pubienne. Il faut dire cependant que dans ces luxations, non-seulement le pien est tourné en dedans, mais ni le malade, ni le chirurgien lui-même, ne peuvent lui imprimer une direction opposée; la raison en est trop évidente pour que chacun ne la comprenne pas immédiatement. Dans la fracture, lorsque le pied est incliné en dehors, on peut le tourner en dedans; mais d'ailleurs, il y a d'autres maladies dans lesquelles on observe la rotation du pied en dehors; dans la paralysie, le pied tourne souvent en dehors et y demeure; dans certaines affections de la hanche très douloureuses, la même rotation se produit aussi.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que la maladie dont est atteinte cette femme est véritablement moins claire, plus embrouillée qu'en commençant; et c'est en effet ce qui arrive le plus souvent quand on envisage une question sous toutes ses faces, en examinant chaque symptôme d'une maladie isolément, et en s'efforçant de tirer de ce symptôme des données précises pour le diagnostic.

La conclusion à tirer de ceci, c'est qu'en général un seul signe ne suffit pas pour caractériser une maladie, et que c'est dans leur ensemble et non dans chacun d'eux en particulier, que le diagnostic puise ses éléments.

Nous avons dit qu'on pouvait songer, soit à une luxation, soit à une fracture ou à une simple déchirure des parties molles. Examinons donc si tous les signes observés peuvent se rapporter à une luxation. Il est évident qu'on ne rencontre pas ici cette fixité du membre, qui est un des caractères de cette lésion; de plus, avec une luxation, il y a toujours un raccourcissement ou un allongement considérable que nous ne trouvons pas.

D'un autre côté, après une contusion, il est rare que les malades ne puissent pas soulever le membre en les sollicitant, et tourner le pied en dedans ou en dehors; or, notre malade ne peut évidemment pas ramener le pied en dedans. Les contusions d'ailleurs ne s'accompagnent pas de raccourcissement léger du membre, et nous avons trouvé, non pas, ainsi que nous le disions tout à l'heure, une de ces différences de longueur considérables, comme on les observe dans les luxations, mais un raccourcissement de 2 à 3 centimètres seulement.

A propos des différences de longueur qu'on observe dans les membres, nous croyons utile d'entrer dans quelques considérations peu connues des praticiens, parce qu'elles ne paraissent pas présenter l'intérêt et l'importance qu'elles renferment en effet.

Théoriquement, il semble que mesurer deux membres et s'assurer de leur longueur soit une appréciation presque vulgaire et des plus faciles; il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. Nous n'hésitons pas à dire que cette mensuration est souvent très difficile, et que les résultats qu'on en obtient peuvent être la cause d'erreurs énormes. L'inclinaison du bassin ou celle de l'axe des membres eux-mêmes fait souvent naître des différences apparentes, contre lesquels on ne saurait trop se tenir en garde tant elles exposent à des fautes graves dans le diagnostic, et par suite, comme toujours, dans le pronostic et le traitement. Pour n'en citer qu'un exemple, nous avons été consulté par une jeune fille qu'on traitait depuis longtemps déjà (six ou sept ans) pour une luxation spontanée du fémur; en examinant comparativement ses deux jambes, en les mesurant avec les précautions que nous allons indiquer, nous avons pu nous convaincre que la prétendue différence de longueur n'existait pas, et nous sommes parvenu à reconnaître qu'il s'agissait, non d'une luxation, mais d'une semi-paraplégie.

Quand on veut mesurer avec précision les deux membres, il faut d'abord ne jamais s'en rapporter à l'inspection seule, qui trompe constamment. On doit placer le malade sur un plan, couché sur le dos, en veillant avec soin à ce que le corps ne soit incliné ni d'un côté, ni de l'autre. Ces conditions remplies, il reste encore une difficulté presque insurmontable chez certains sujets. On sait qu'on a appliqué les mesures sur des éminences osseuses, l'épine iliaque antéro-supérieure d'une part, l'angle supérieur de la rotule ou les malléoles de l'autre. Chez les individus maigres et dont les éminences osseuses sont marquées, cela est assez facile; mais il est des malades chez lesquels l'épine iliaque est arrondie, et il est fort malaisé d'en trouver exactement le centre, de telle sorte qu'on n'est pas parfaitement certain de placer la mesure précisément au même point pour les deux membres; il en résulte déjà quelquefois une différence apparente de quelques lignes en plus ou en moins. Cette difficulté se rencontre chez cette malade.

En outre, l'angle supérieur externe de la rotule n'est pas constamment le même des deux côtés; il peut quelquefois être plus haut ou plus bas sur un membre que sur l'autre, et d'ailleurs ce n'est pas un os fixe. On le voit, ce sont là beaucoup de causes de petites erreurs, qui, réunies, sont susceptibles de faire croire à des différences qui n'existent pas en réalité.

On ne saurait donc négliger toutes les précautions capables de les faire éviter sans s'exposer à de grandes méprises, toutes les fois que la mensuration est appelée à éclairer le diagnostic.

Mais si l'on s'assure parfaitement de la position du malade, si l'on évite toute inclinaison du bassin ou du membre, si l'on examine avec précision le point où l'on applique la mesure, et il vaudra mieux faire cette application de l'épine iliaque à la malléole, on se mettra à l'abri d'erreurs graves, et si l'on se trompe alors, ce sera de si peu, que la petitesse de la différence dans le cas d'égalité de longueur indiquera elle-même qu'elle provient probablement de la difficulté même de la mensuration.

Nous avons mesuré les deux jambes de cette malade en faisant usage de toutes ces précautions, et le raccourcissement, sans être considérable, était assez grave néanmoins pour qu'il ne pût être imputé aux erreurs commises dans la

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine.

PREMIER CHAPITRE. (Suite.) — *Des Eaux minérales et de leurs propriétés spécifiques.* — (Suite du n° 63.)

On est vraiment surpris, aujourd'hui que les notions physiques et géologiques sont devenues vulgaires, de voir encore des esprits si crédules. Qui ne sait, sans être bien savant, qu'une nappe d'eau s'échauffe en traversant des couches de terrain, comme elle le ferait en passant par des tuyaux préalablement échauffés. Le puits artésien de Grenelle, qui fournit à Paris même de l'eau à 27°, est-il autre chose qu'une source thermale? La température dont on connaissait les causes était si bien prévue, que la science l'avait calculée à un dixième de degré près, si le forage atteignait une profondeur déterminée.

Mais quand il s'agit d'une chose grave comme la guérison, le malade a son intérêt trop engagé pour raisonner avec calme. Ce qui fait la fortune des magnétiseurs et des charlatans, fait également celle de ces opinions erronées. Et puis, faut-il l'avouer? Quelques médecins attachés aux eaux thermales semblent s'être interdit le droit d'examen; ils n'osent s'interroger sur les motifs d'une croyance qu'ils voient partagée par tant de gens et qui, dans leur pensée, ne peut nuire à personne.

C'est de leur part une regrettable indifférence. Les médecins doivent protester contre ces erreurs, et combien pourrait on en citer, qui compromettent à la fois les malades et les remèdes. En s'accommodant aux fantaisies des gens du monde, en leur faisant des concessions théoriques, ils les engagent dans une fausse route dont ils sentiront un jour le besoin de les tirer.

Voilà pourquoi nous avons commencé par mettre en dehors de la question ce *supernaturalisme*, qui la complique et se glisse insidieusement sous toutes les solutions. Il valait mieux écarter d'un coup ces branches mortes qui barrent le chemin, que de se détourner à chaque pas.

Les esprits forts vont encore plus loin que nous. En voyant, eux aussi, combien de préjugés circulent relativement aux eaux minérales parmi les malades et parmi les médecins, ils refusent aux eaux toutes vertus. Le changement de lieu, de nourriture et d'habitude leur explique suffisamment les résultats heureux qu'ils sont forcés de reconnaître. De là, un scepticisme aussi fâcheux que la crédulité. Du moment que les influences morales font tous les frais de la guérison, on peut, on doit même flatter les goûts du malade, car on exploite ses erreurs à son profit. Celui qui préfère une source où le site et la compagnie lui agréent, y sera toujours envoyé de préférence. Les eaux minérales sont des distractions, et, à ce compte, les meilleures sont celles qui plaisent davantage.

Nous ne tenons ni pour ceux qui croient les yeux fermés, ni pour ceux qui ferment les yeux et ne croient pas. Les partis-pris de confiance aveugle ou de défiance inquiète sont également loin de la vérité.

Les propriétés des eaux minérales, pour en revenir à des questions plus importantes, peuvent être considérées sous les deux rapports que nous avons indiqués: la composition chimique et le mode d'administration, quels que soient d'ailleurs les principes composants.

Quelle place convient-il d'assigner aux éléments minéralisateurs dans les vertus curatives des sources minérales? L'identité de composition implique-t-elle l'identité d'action?

Il est certain d'abord qu'il n'existe pas d'eaux minérales parfaitement identiques. Dans le même établissement, chaque source a sa composition particulière. L'une contient quelques milligrammes de fer, l'autre laisse déposer des vestiges d'alumine ou de silice; celle-là renferme, de plus que les sources voisines, quelques grammes de sel marin ou de sulfate de magnésie. Ces détails sont du ressort du chimiste; mais, selon nous, ils ne concernent pas le médecin.

Quand une eau donne, à l'analyse, sur 100 grammes de principes salins, 87 de chlorure de sodium, 10 de chlorure de calcium, 2 de sulfate de soude, 1 de sulfate de magnésie, des traces de carbonate de chaux, etc.; toute autre qui renferme des quantités à peu près semblables de chlorure de sodium et de calcium, et diffère seulement par quelques centièmes de sels de chaux et de magnésie, jouira des mêmes propriétés, N'y a t-il pas là plus d'analogie qu'entre les médicaments que nous prescrivons tous les jours sans tant de subtiles distinctions?

Où en serions-nous, s'il fallait descendre à de pareilles délicatesses thérapeutiques? L'opium de Malwa, d'Algérie, d'Auvergne, de Constantinople, de Smyrne ou d'Egypte, est toujours de l'opium. Mais que d'éléments divers dans la composition de ces produits? Ont-ils tous la même quantité de caoutchouc, de ligneux, de sels de potasse ou de chaux, et surtout renferment-ils la même somme de morphine, ce principe immédiat où réside toute la vertu du médicament? Lorsque la pharmacie intervient avec ses manipulations, que l'on traite l'opium par l eau, le sucre, les ferments, l'alcool, qu'on le décompose pour en isoler les éléments, est-il moins de l'opium, et ne garde-t-i pas ses vertus et ses effets? Le laudanum de Sydenham n'est certes pas identique au vin de l'abbé Rousseau, mais le médecin ne tient compte, et il a raison, que des quantités relatives d'opium qui entrent dans ces préparations. Comparez Hombourg, Nauheim, Soden, Kissingen, Krentznach, Wiesbaden et Bourbonne, vous trouverez entre ces eaux moins de différence que n'en démontrerait l'analyse entre la teinture d'opium et le laudanum, que nous tenons pour identiques.

Les médecins, et on en compterait beaucoup, qui attachent une grande importance aux moindres atomes chimiques, auront des objections toutes prêtes contre notre manière de voir.

Les eaux minérales ne sont pas pour eux dans les mêmes conditions que les autres médicaments. Destinées à des affections chroniques, elles se donnent pendant un long espace de temps. Or le même sel, qui pris dans une potion dérangerait à peine l'économie, peut apporter des perturbations notables quand on en répète l'emploi. De plus, un malade à Krentznach ou à Hombourg prendra chaque matin jusqu'à dix verres d'eau puisée à la source; il en continuera l'usage durant des mois entiers, et subira par conséquent au plus haut degré l'influence du remède. Ce mode d'administration ne ressemble pas aux médications ordinaires, et juger de ses effets par les résultats accoutumés, serait se laisser prendre à de fausses analogies.

Nous reconnaissons à merveille la justesse de ces observations, et nous en sommes si bien convaincu, que la valeur thérapeutique des eaux minérales n'est pour nous l'objet d'aucun doute. Mais, argument contre argument, n'avons-nous pas des substances que nous employons avec la même continuité, sans tenir compte de ces doses insignifiantes? Donnez au chimiste un bouillon gras et un bouillon maigre, il y découvrira des éléments divers; son analyse lui montrera ici de l'osmazome, là des acides végétaux, ailleurs de la gélatine en quantité plus ou moins appréciable. La science profitera de ces découvertes, l'hygiène n'y gagnera rien, et n'en aura nul souci. Nous parlons évidemment des principes secondaires, de ceux qui ne constituent qu'une très minime partie de la substance alimentaire. Les eaux que nous buvons offrent des variétés sans nombre; nos boissons habituelles se ressemblent à peine, on les emploie avec plus de fréquence que pas une eau minérale, et personne ne s'inquiète des molécules dissemblables qu'elles recèlent. Autant les parties essentielles dont se composent les médicaments sont nécessaires à connaître, autant il est inutile d'entrer dans de si fines appréciations.

La thérapeutique, d'ailleurs, pourrait-elle reconnaître l'action véritable des sels qui entrent pour quelques millièmes dans l'eau de certaines sources? Il lui est souvent difficile de préciser les vertus des sels qui la constituent réellement. C'est un de ces cas où, pour vouloir trop prouver, on ne prouverait plus rien.

Veut-on donner comme preuves les propriétés spécifiques de certaines sources, que ne partagent pas d'autres eaux dont la composition varie seulement par ces quelques milligrammes en plus ou en moins de produits réputés inactifs? Il faudrait commencer par établir

façon de mesurer.

Ce raccourcissement constaté, il ne nous reste plus de doutes. Quant à nous, une chute, une impossibilité de lever le talon, un raccourcissement modéré, nous indiquent une fracture. Certainement cette femme, pas plus que les personnes qui l'ont vue avant qu'on l'apportât, ne se doutent qu'elle se soit fracturé la cuisse, car elles n'ont aperçu aucune difformité, et la malade peut encore plier un peu la jambe. Mais qu'on se le rappelle, quand le pied est tourné en dehors, quand le chirurgien peut le ramener en dedans, que le malade ne le peut pas; quand il y a un léger raccourcissement, il y a fracture. Comment se fait-il cependant que la malade semble conserver encore la liberté de certains mouvements, et comment n'y a-t-il aucune difformité apparente? Cela tient à la nature de la fracture. On sait qu'il y a plusieurs espèces de fractures du col du fémur, d'abord les fractures extracapsulaires qui s'accompagnent d'une douleur vive, qui ne permettent aucun mouvement, et dont le siége est indiqué par un mouvement circonscrit; les fractures intracapsulaires, que leur nom fait connaître suffisamment. Mais parmi ces dernières, il en est qui se compliquent à peine de raccourcissement; ce sont celles appelées par pénétration, celles dont MM. Hervez de Chégoin, Robert et quelques autres ont cité des exemples. Il peut en exister deux variétés, selon que le col du fémur a pénétré dans le grand trochanter ou dans la tête de l'os; dans ces cas, comme nous le disions, il n'y a pas de raccourcissement considérable, et le pied est tourné en dedans ou en dehors, selon que le col a pénétré dans la portion antérieure ou postérieure du grand trochanter.

Avec cette espèce de fracture, on s'explique toutes les différences qu'on a observées chez des malades affectés de ces lésions; ainsi, l'on comprend, par exemple, comment certains sujets, bien qu'ayant le fémur fracturé, ont pu marcher pendant quelque temps. Déjà, autrefois, on avait eu l'idée que les choses pouvaient se passer ainsi; on disait que les fragments s'engrenaient quelquefois.

L'ensemble des signes observés chez notre malade nous disposerait à admettre l'existence d'une fracture par pénétration. Elles sont fort importantes à connaître, car on chercherait vainement avec elles les signes qu'admettait Boyer: la crépitation, la rotation du trochanter; celle du pied en dehors, l'impossibilité de soulever le talon manquent ou peuvent manquer.

Il n'est pas moins important de les reconnaître au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Leur pronostic est, en effet, moins grave que celui des autres espèces; les deux fragments n'ont besoin que de l'immobilité, les malades ne sont pas forcés de garder le lit aussi longtemps. En outre, la consolidation, que beaucoup de personnes regardent comme impossible dans ces fractures, est rendue possible ici par la pénétration même. Enfin, de toutes les fractures du fémur, on peut dire que c'est la moins mauvaise espèce.

Chute d'un second étage. Fractures des deux fémurs et de la mâchoire inférieure, compliquées de plaies.

Au n° 24 a été couchée une femme âgée de vingt-huit ans, couturière, qui s'est précipitée d'une fenêtre d'un second étage par suite de chagrins domestiques. Cette malheureuse femme s'est fait, dans cette chute, des blessures d'une très grande gravité; elle s'est brisé la mâchoire inférieure et les deux fémurs.

La fracture du maxillaire ne présente pas beaucoup de mobilité; elle a son siége près de la symphyse, et est compliquée d'une plaie en arcade ayant environ un décimètre de longueur. Les deux fractures de cuisse sont aussi avec complication de plaies. La déchirure des parties molles occupe le côté externe de la cuisse gauche; elle offre à peu près deux centimètres de largeur. A droite, la plaie se trouve en dedans et en avant, il y en a encore une autre fort petite au-dessus de la fracture; les plaies de ce côté occupent précisément l'endroit où passent les vaisseaux.

Quel que soit le danger qui résulte de ces diverses blessures, l'existence seule des trois fractures n'autoriseraient pas cependant à désespérer complétement de cette malade. Nous avons vu, dit M. Velpeau, dans cet hôpital même, un jeune garçon avec les deux bras, les deux cuisses et la mâchoire inférieure fracturés, guérir malgré cet ensemble redoutable. Il faut remarquer qu'il n'y avait de plaie qu'à la mâchoire inférieure chez ce jeune homme. Mais ce qui, pour nous, rend l'état de cette malheureuse malade de la plus haute gravité, c'est la présence des plaies produites par les fractures.

Nous avons eu l'occasion déjà plusieurs fois d'exposer notre opinion sur les plaies comme complication des fractures; mais c'est un sujet tellement sérieux et qui nous paraît avoir une influence si considérable sur le pronostic des lésions de continuité des os, que nous croyons utile d'y revenir quelquefois.

Les plaies qui compliquent les fractures sont très graves ou peu dangereuses, selon qu'elles communiquent ou non avec les extrémités osseuses brisées, selon, en général, qu'elles ont été produites par les fragments d'os qui ont déchiré les parties molles et fait saillie au dehors, ou selon qu'elles ont été le résultat de violences extérieures accessoires pour ainsi dire à celles qui ont produit la lésion des os. En un mot, si la plaie est communiquante, elle est très grave; si elle ne l'est pas, elle n'a pas plus de dangers qu'une plaie ordinaire faite dans d'autres conditions.

Si, en effet, la plaie communique avec le foyer de la fracture, la nécrose des bouts osseux peut en être la conséquence; l'inflammation, la suppuration peuvent s'en emparer, gagner le membre, et alors on prévoit à quels dangers le malade est exposé. Et, surtout, nous insistons pour qu'on fasse cette distinction; ce n'est pas ici, toutes choses égales d'ailleurs, la grandeur ou la petitesse de la plaie qui influera sur la gravité du pronostic. Qu'on nous comprenne bien: sans doute, entre deux plaies qui communiquent avec deux fractures, la plus grande exposera le malade a plus de dangers que la plus petite, parce qu'il y a plus de chances pour voir la plus petite se cicatriser sans amener la suppuration, et alors toute crainte est dissipée; mais nous voulons dire qu'entre une très grande plaie coïncidant avec une fracture sans communication avec elle et une fort petite communiquant avec cette même fracture, le danger est tout entier dans l'existence de la petite plaie, car ce danger est dans la suppuration survenant dans la fracture même.

Que déduire de ceci et quelle indication faudra-t-il en tirer?

Celle-ci: Que toutes les fois qu'il paraîtrait raisonnable d'espérer la cicatrisation prompte de la petite plaie communiquante, on devra tout faire pour l'obtenir. Nous disons toutes les fois que cela semblera raisonnable parce que chacun sait qu'il y a de ces plaies contuses, mâchées, où les parties sont dilacérées au point qu'il n'y a nul espoir de les voir se réunir par première intention.

Cette femme nous offre un exemple remarquable des deux espèces de plaies dont nous venons de parler; ainsi, les plaies des deux cuisses ont été évidemment faites par les extrémités osseuses; la plaie de la mâchoire, au contraire, ne communique pas avec la fracture. Cependant, ajoutons qu'il existe pour cette malade, ce que nous pourrions appeler des circonstances atténuantes: les plaies des cuisses, celles qui communiquent sont petites; celle de la cuisse gauche, de plus, est franchement faite; elle ressemble à une coupure, et nous voulons espérer qu'elle pourra se fermer avant que la suppuration ne s'établisse dans le fond de la fracture; si cela arrive tout danger disparaîtra pour celle-là, de ceux du moins qui sont les plus sérieux et qui sont le résultat de la présence de cette plaie. A la cuisse droite, la plaie est petite aussi, mais elle est beaucoup moins régulière: elle est mâchée; il est aussi quelque espérance d'éviter la suppuration, moins que pour l'autre cependant; il y a encore une circonstance qui favorise singulièrement l'adhésion des bords de ces plaies, c'est le gonflement qui s'empare des parties et les tient rapprochées dans les premiers temps.

Ces circonstances favorables et défavorables appréciées, il nous resterait encore un pronostic fâcheux à porter à cause de la nature même des fractures des deux cuisses: il s'agit ici, en effet, de fractures comminutives dans le tiers inférieur avec contusion, déchirures des parties molles. Or, pour un très grand nombre de praticiens, de telles fractures, les plaies mises de côté avec broiement des os, épanchement sanguin considérable, de telles fractures sont extrêmement dangereuses.

Nous n'hésitons pas à le dire, nous n'adoptons pas cette opinion, et des fractures comminutives *sans plaie* ne nous semblent pas excessivement graves. Il faut dire que nous les attaquons constamment par des résolutifs et non par des émollients. Une seule condition est suffisante pour mener à bien ces sortes de fractures, l'immobilité complète du membre; bientôt tout se résorbe, et les choses se passent comme dans les fractures ordinaires. Depuis vingt ans, nous en avons vu un grand nombre, et nous avons pu vérifier l'exactitude de ce que nous avançons. Nous avons observé, entre autres, deux femmes: l'une, il y a cinq à six ans, dans cet hôpital, dont la cuisse était littéralement broyée; il n'y avait pas de plaie, elle guérit en deux ou trois mois; une autre femme nous fut adressée avec une jambe fracturée, complétement noire; les médecins qui la virent pensaient que c'était un membre à amputer: elle conserva sa jambe et guérit.

Le traitement qu'il convient d'appliquer à notre malade n'est autre que celui qu'on met en usage pour les fractures compliquées de la cuisse; il faut savoir seulement qu'il y a d'assez grandes difficultés à appliquer un appareil sur les deux cuisses à la fois; mais il y a là aussi une compensation, si l'on peut appeler ainsi ce qui surviendra. Quelque soin qu'on emploie, il est présumable qu'il y aura du raccourcissement dans le membre; on sait combien cette conséquence est difficile à éviter quand une seule cuisse est fracturée. Mais comme chez cette femme les deux membres sont fracturés à la fois, ce qu'il importe c'est d'éviter une différence dans la longueur des deux membres; car si l'une des jambes est raccourcie, l'autre le sera également. On appliquera le bandage de Scultet sans attelles; on fera une extension modérée, et, si les plaies guérissent, dans quelques jours on mettra en usage le bandage dextriné, qui pourra alors maintenir le membre dans une extension suffisante par le mécanisme que nous avons exposé plusieurs fois déjà. La fracture du maxillaire inférieur sera traitée par l'appareil ordinaire.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra chez cette malade.

— La malheureuse femme qui avait subi la résection des

---

des distinctions indispensables. Les eaux qu'on met en parallèle se rapprochent, il est vrai, par l'analyse; mais leur mode d'administration a de telles différences qu'on ne saurait les comparer.

Dans cette médecine déjà complexe, on confond encore plus les choses quand on ne distingue pas soigneusement les effets des sels minéraux, et ceux du mode d'emploi que la routine ou l'expérience a fait prévaloir.

Les eaux thermales de Louèche sont assez insignifiantes quant à leur composition. On a imaginé de faire prendre les bains en commun dans une piscine. L'eau, par son contact prolongé avec des matières organiques, se décompose; de sulfatée elle devient sulfureuse. Pendant la première semaine du traitement, les malades restent dans l'eau une heure le premier jour et sept le dernier; à la seconde semaine le bain dure huit heures sur vingt-quatre; à partir de la troisième semaine, ils y demeurent une heure de moins chaque journée, jusqu'à ce qu'ils soient revenus à l'heure unique des premiers bains. Une pareille méthode est bien faite pour modifier la peau et toute l'économie; la qualité de l'eau devient une question secondaire dans les succès du traitement.

Certains baigneurs dégoûtés veulent prendre seuls dans une baignoire l'eau telle que la source la verse. La décomposition des sels est moins active, l'ennui d'ailleurs les gagne vite, ils n'ont plus le courage de persévérer dans cette étrange médication que la société, l'exemple et le mouvement rendaient supportable. Aussi n'éprouvent-ils plus les effets qu'on remarque chez les baigneurs de la piscine.

Si, comme il paraît en être question, on remplace la piscine commune par des bains solitaires pourvus d'une eau plus pure, si on se départit de la vieille routine, Louèche perdra la réputation qu'il s'est acquise pour le traitement des maladies dartreuses. C'est que dans ces eaux on ne trouve à vrai dire rien de bien spécial si ce n'est la manière dont on les administre.

Sans doute, et l'exemple que nous venons de citer le prouverait au besoin, la durée du traitement, la quantité d'eau bue à la source ne sont pas des circonstances accessoires; mais vouloir démontrer par des faits ainsi dénués de critique que des traces de sels inactifs ont des vertus dont les sels ne sont pas doués même à plus haute dose, c'est vouloir ne convaincre personne.

A côté de ces admirateurs enthousiastes de l'analyse, qui prétendent ne rien laisser perdre des produits qu'elle a découverts, d'autres, au contraire, doutent de la chimie et soutiennent qu'elle n'a pas dit son dernier mot. Nous sommes ainsi ramenés par la science sur le terrain où nous avaient déjà placés les opinions populaires. Il se peut que nos procédés soient impuissants et que l'avenir garde des ressources que nous ne soupçonnons pas. Peut-être les eaux renferment-elles des principes insaisissables dont les guérisons feront foi avant que la chimie ne les discerne ou ne les reproduise.

M. Dumas raconte qu'au début de ses études chimiques, il avait, comme bien d'autres, cru à l'identité du vinaigre de bois et du vinaigre de vin. Quelques jeunes gens, ses compagnons d'études et lui-même pensèrent faire merveille en étendant d'eau le vinaigre de bois, en l'aromatisant, en l'employant comme condiment dans tous les mets dont le vinaigre est l'assaisonnement ordinaire. Mal leur en advint; car un mois s'était à peine écoulé, que nos chimistes souffraient tous de cruelles douleurs d'estomac en récompense de leur dévouement à l'analyse.

L'illustre professeur croit avoir aujourd'hui trouvé la raison de l'accident. Le vinaigre de bois s'obtient en décomposant l'acétate de soude par l'acide sulfurique du commerce. Or, cet acide contient toujours de l'arsenic, et le vinaigre de bois dont il fit la triste expérience en contenait encore assez pour occasionner de vives douleurs gastriques.

L'explication séduit par sa simplicité; mais la chimie pourrait bien corriger seulement sa première erreur en lui substituant une erreur plus ingénieuse. L'arsenic n'est guère coupable du crime de lèse-estomac dont on l'accuse; il n'entrait certes pas pour un milligramme dans chaque aliments ainsi assaisonné; or nous pouvons assurer, pour l'avoir expérimenté, qu'un homme prend impunément pendant deux mois un milligramme d'arsenic par jour. Son appétit, loin d'être altéré, deviendra peut-être un peu meilleur durant le temps d'épreuve.

Qu'on fabrique l'acide sulfurique et l'acétate de soude avec les plus grandes précautions, qu'on étende l'acide acétique à l'état de pureté parfaite d'eau distillée aromatisée comme il plaira, et nous mettons au défi d'obtenir un vinaigre qui n'offense pas l'estomac, comme celui auquel on reprochait une adultération arsénicale. Nous avons dans les laboratoires tous les éléments connus du vin; ce serait un curieux spectacle de voir un chimiste essayer, à l'aide de ces ingrédients, d'obtenir quelque chose qui rivalise avec les produits de nos plus mauvais crus.

Dès qu'il faut que la science substitue ses appareils aux facultés créatrices de nos organes, elle est impuissante pour la synthèse; mais est-ce une raison pour qu'elle soit également insuffisante dans l'analyse?

Prenez deux produits organiques, deux vins de provenances différentes. Pourquoi les vignobles du Rhin n'ont-ils rien de commun avec ceux de la Bourgogne ou des côtes du Médoc? Le chimiste trouvera en plus ou en moins un gramme d'alcool, un atome de crème de tartre, quelques sels terreux, s'il veut ajouter à l'un ce qui lui manque pour être chimiquement identique à l'autre; mais l'estomac et la tête du buveur protesteront bientôt contre l'assimilation que la science voudrait établir.

Ces faits sont tellement vulgaires qu'on a presque honte de les rappeler; mais quand les erreurs scientifiques se rapprochent des préjugés populaires, il faut leur opposer des vérités également populaires. Pour l'étude de la chimie organique, il est d'infranchissables limites, mais la chimie minérale ne rencontre plus les mêmes obstacles. Presque toujours il est permis de décomposer et de recomposer suivant des formes auxquelles nous pourrions appliquer le calcul mathématique.

Aussi, quand une eau minérale est constituée par des principes fixes et stables, nous nous confions sans crainte aux enseignements de l'analyse. Peut-être la science encore imparfaite découvrira-t-elle plus tard des éléments qui lui échappent aujourd'hui; la récuser parce qu'elle n'est pas parvenue au dernier terme de son progrès, ce serait en vérité y mettre par trop d'exigence.

Nous avons insisté sur ces considérations, qui nous semblent fondamentales. Si on admet que parmi les principes minéralisateurs contenus dans les eaux, ceux-là seuls sont réellement actifs qui les composent en grande partie; s'il est vrai que les autres peuvent se négliger sans inconvénients, des conséquences pratiques en découlent.

D'abord, la spécificité des eaux ne repose plus sur des atomes insignifiants; les eaux minérales se rapprochent, elles ont des succédanées véritables. Au lieu d'avoir à se représenter ces listes indéfinies de vertus spécifiques que la plus ferme mémoire est insuffisante à retenir, le médecin peut grouper les sources analogues d'après leurs composants principaux, et compter également sur leur influence.

En outre, il devient possible de remplacer les eaux puisées à la source par des dissolutions artificielles. Dans les deux autres hypothèses que nous avons reproduites, ou la multiplicité des éléments constitue une difficulté sérieuse, ou l'intervention de puissances occultes oppose un obstacle invisible; avec notre manière de voir, ces empêchements disparaissent, les substances accessoires sont réduites à leur valeur, les qualités surnaturelles sont écartées, rien ne s'oppose à ce que l'art fasse concurrence à la nature.

Est-ce à dire que nous nous inscrivons contre les eaux minérales naturelles au profit des eaux artificielles? Non. Lorsqu'un médecin cherche à remplacer le quinquina par des végétaux analogues, il ne contredit pas, il affirme les propriétés de cette admirable plante. Jamais, que nous sachions, les adversaires de l'antimoine n'ont essayé, au temps de Gui Patin, de trouver un médicament qui renouvelât les effets de celui dont ils accusaient les dangers. Rapporter à quelques substances l'action des sources minérales, c'est étendre leur emploi et le rendre plus facile pour ceux qui ne peuvent se déplacer, c'est encourager les malades plus riches et plus indépendants à recourir aux sources elles-mêmes. Si nous n'étions pas convaincu de la puissance thérapeutique des eaux salines, voudrions-nous discuter si longuement sur le principe véritable de leur activité?

(La suite à un prochain numéro.)

deux os de la jambe, et qui était complétement guérie, a succombé aux suites de son érysipèle. Elle a présenté, dans les derniers jours, une dyspnée intense, dont la cause s'est révélée à l'autopsie; elle était affectée d'ulcérations fongueuses multiples de la glotte. La plaie de la jambe était complétement cicatrisée, et elle eût pu certainement se servir du membre réséqué.

Un médecin irlandais, dont la face était horriblement contusionnée à la suite de coups, a succombé également par suite d'un érysipèle.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 9 juin 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Prus a la parole. La discussion générale devait naturellement porter sur le rapport et sur les conclusions qui le terminent. Le rapport, quoi qu'il ait été agréé dans toutes ses parties par la majorité de la Commission, est et demeure l'œuvre du rapporteur, qui seul en est responsable. La Commission ne répond que des conclusions et des doctrines sur lesquelles elles reposent.

Ceci posé, pour rendre toutes les positions nettes et franches, j'ajouterai que quatre points semblaient surtout devoir appeler l'attention dans la discussion générale :

1° La Commission a-t-elle bien compris la mission qu'elle avait reçue de l'Académie, ou, en d'autres termes, a-t-elle posé les questions qu'elle devait s'attacher à résoudre ?

2° A-t elle pris toutes les précautions en son pouvoir pour réunir les faits qui doivent résoudre les diverses questions posées ?

3° Les conclusions scientifiques auxquelles elle est arrivée sont-elles légitimement déduites des faits qui étaient en sa possession ?

4° L'application qu'elle propose de faire des conclusions scientifiques est-elle en harmonie avec celles ci ?

Sur le premier point, je dirai dès aujourd'hui, et je maintiendrai, lors de la discussion de chacune des conclusions médicales, qu'il n'en est pas une qui n'ait une application spéciale importante à une question de quarantaine. Le nombre de ces conclusions ne doit pas effrayer l'Académie. Très peu d'entre elles sont ce qu'on peut appeler des conclusions-principes, toutes les autres ne sont que des conclusions-corollaires.

Sur le second point, c'est-à-dire sur les faits contenus dans le rapport, je n'ai jusqu'ici entendu articuler aucun reproche. Très peu de faits nouveaux ont été produits. Je les discuterai en répondant à chacun des orateurs.

Sur le troisième point, je puis affirmer à l'Académie que je n'ai cherché à tirer des faits aucune conclusion forcée. Il est bien évident cependant que c'est sur la valeur des faits cités, et sur les conséquences auxquelles ils mènent, que peuvent se manifester les dissidences d'opinion.

Enfin, quant aux conclusions pratiques, elles paraîtront logiquement déduites des conclusions scientifiques, si l'on tient suffisamment compte et de la réserve si nécessaire en semblable matière, et des inconvénients graves qui résulteraient pour le présent, et plus encore pour l'avenir, de la moindre témérité.

Je bornerai à ce peu de mots ces quelques explications. Je vais de suite essayer de répondre aux nombreuses objections de notre savant et spirituel collègue, M. Dubois (d'Amiens).

La Commission, dit M. Dubois, ne devait s'occuper que d'une seule question : La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques? J'avais, ajoute notre confrère, fait, lors de notre première réunion, la proposition formelle de diriger toutes nos recherches vers ce point.

La mémoire de M. Dubois l'a fort mal servi relativement à la proposition faite par lui, et appuyée par M. Pariset, dans la première réunion de la Commission. En voici la preuve.

(Ici M. Prus donne lecture du procès-verbal de la première séance de la Commission, duquel il résulte que M. Dubois a demandé tout autre chose.)

Vous voyez clairement, Messieurs, que M. Dubois a fait à la Commission une proposition bien différente de celle qu'il a voulu signaler; et que, si nous avions suivi la marche indiquée par lui et par M. Pariset, nous serions à peine au second ou au troisième volume de l'histoire de la peste. L'étude des causes, des symptômes, de la marche et des terminaisons de la peste, ne serait pas commencée. Le gouvernement et les chambres devraient encore attendre longtemps les bases médicales de la réforme sanitaire, dont l'urgence frappe tous les esprits.

Quant à l'opinion émise récemment par M. Dubois, que la Commission ne devait s'occuper que d'une question, celle de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, je ne puis la partager. Je persiste à penser que la Commission devait porter son attention sur toutes les questions dont la solution est nécessaire pour un bon remaniement des ordonnances et règlements sanitaires. Je maintiens que toutes les questions posées dans le rapport sont dans ce cas.

M. Dubois prétend que des trois premières parties du rapport deux auraient pu être écartées sans nuire en rien à la solution du problème que nous devions nous proposer.

Voici ma réponse: Vouloir apprécier le rôle que peuvent jouer les divers modes de transmissibilité de la peste, sans avoir auparavant étudié tout ce qui a trait à la peste spontanée et à la peste épidémique, serait, je ne crains pas de le dire, une tentative dangereuse, impossible même.

Pour qui ne connaît pas l'influence des causes locales dans les pays où la peste est endémique, pour qui ne connaît pas l'influence des causes épidémiques, lesquelles manifestent leur action non-seulement dans les pays insalubres, mais aussi dans des pays qui offrent des conditions différentes ou mêmes opposées, il y a certitude qu'il attribuera le développement de la maladie à des contacts, à des miasmes, voir même à des germes restés ignorés pendant dix ans et plus, agents qui souvent n'auront pris aucune part dans sa production. C'est parce qu'on a agi ainsi qu'on rencontre dans les auteurs tant d'observations sans valeur, plus propres à tromper qu'à instruire ceux qui les lisent sans une critique suffisante. Faut-il ajouter que si trois grandes causes, les conditions locales, les constitutions pestilentielles et les miasmes échappés du corps des pestiférés, produisent la peste; celui qui n'aurait étudié qu'un de ces trois ordres de causes, serait dans l'impossibilité d'arriver à des résultats utiles.

En vérité, je ne conçois pas que M. Dubois puisse reprocher à la Commission de ne pas avoir adopté un plan aussi incomplet et aussi fautif.

Mais, dit M. Dubois, ce qui prouve sans réplique qu'on aurait pu se dispenser de traiter les deux premières parties, c'est qu'on n'en a tiré aucune conclusion pratique.

Est-ce sérieusement que M. Dubois avance une pareille assertion?

Comment, ce n'est tirer aucune conclusion pratique de la première partie du Rapport, que d'indiquer les pays où la peste naît encore spontanément, et d'où elle peut chaque jour être importée en France?

Comment, ce n'est tirer aucune conclusion pratique que de signaler les causes productrices de la peste spontanée, et d'insister sur les moyens à l'aide desquels l'ancienne civilisation a préservé jadis l'Egypte de la peste? Moyens qui peuvent encore aujourd'hui prévenir son développement soit en Egypte, soit dans les autres contrées où la peste s'est montrée récemment d'une manière endémique.

L'étude de la peste spontanée et de ses causes, mène, tout autorise à le croire, à la destruction du fléau. N'est-ce donc pas là, je le demande à M. Dubois, la mesure la plus radicale que l'on puisse conseiller relativement aux lazarets et aux quarantaines?

M. Dubois a-t-il eu de meilleures raisons pour vous dire que nous n'avons déduit aucun conseil pratique de nos études sur la peste épidémique?

Je répondrai par la citation d'un passage du rapport :

« Nous nous appesantissons, Messieurs, sur les preuves qui mettent hors de doute l'épidémicité de la peste. C'est là, en effet, le fait fondamental de son histoire, celui qui mérite le plus l'attention du médecin, celui qui seul peut lui faire comprendre un grand nombre de points qui, sans lui, restent dans une complète obscurité.

» La certitude que la peste est une maladie surtout épidémique, aura encore pour le médecin une bien autre portée. Elle lui fournira les moyens de prévenir quelquefois, de diminuer toujours les ravages du fléau. »

Le Rapport signale ensuite les éminents services rendus en Egypte, à Constantinople, à Malte, à Rome, etc., par les administrateurs et les médecins qui ont fait sortir ou transporter hors des foyers épidémiques les personnes saines et même celles qui étaient atteintes de la peste.

Il montre, par contre, comment l'isolement le plus complet, quand il est observé au milieu d'un foyer épidémique, ne préserve jamais sûrement de la peste.

Comment, ce ne sont pas là de grandes, d'utiles conclusions tirées de l'épidémicité de la peste, conclusions qui occupent une place importante dans les déductions pratiques qui terminent le Rapport?

Je m'arrête! j'en ai dit assez sur l'utilité, la nécessité des deux premières parties du Rapport.

Examinons maintenant, d'une manière très sommaire, si les conclusions sont bien celles qui découlent des faits, et si ces faits eux-mêmes sont dignes de foi.

M. Dubois n'élève à cet égard aucune objection contre la partie qui traite de la peste spontanée et de ses causes. Faits et conclusions tout lui paraît pouvoir être admis.

Mais il n'en est pas de même pour la seconde partie, celle relative à la peste épidémique.

M. Dubois conteste d'abord l'action d'une constitution pestilentielle produisant la maladie, indépendamment des causes locales qui engendrent la peste spontanée, indépendamment de l'influence des pestiférés.

Il conteste, en second lieu, les caractères à l'aide desquels j'ai établi l'épidémicité de la peste.

Sur le premier point, il me suffira de dire à M. Dubois qu'on a vu souvent, et qu'on voit encore de nos jours une constitution pestilentielle sévir dans des localités incapables de produire la peste, et sans qu'on puisse accuser les pestiférés d'autres localités d'y avoir importé la maladie. En 1835, la peste épidémique qui a si cruellement ravagé la Basse-Egypte, a envahi le Fayoum, point de la Haute-Egypte parfaitement sain, que M. Pariset a déclaré incapable de produire la peste, et où, d'ordinaire, les pestiférés venus d'ailleurs, meurent ou guérissent sans transmettre la maladie. Messieurs les professeurs d'Abouz-Abel ont constaté, cette même année 1835, que pendant les deux mois que la constitution pestilentielle qui régnait au Caire n'a pas envahi Abou-Zabel, les pestiférés qui venaient du Caire dans ce bourg ne communiquaient la peste à personne. Quand une fois la constitution pestilentielle régna sur la localité, on vit, par sa seule action, des pestes éclater çà et là.

La seconde partie de l'objection exigera une courte explication, et quelques développements qui seront restreints autant qu'ils pourront l'être sans cesser d'être clairs.

Les caractères assignés dans le rapport aux maladies épidémiques en général et à la peste épidémique en particulier, ont été empruntés, dit M. Dubois, aux vieux traités de pathologie. Ces vieux traités de pathologie, Messieurs, sont ceux d'Hippocrate, de Sydenham, de Stoll, d'Huxam, de Pringle, de Schnurrer, etc.

Pourquoi M. Dubois, qui, nous le verrons bientôt, n'est pas toujours ennemi de la vieille médecine, affecte-t-il en cette occasion un superbe dédain pour les hommes que nous venons de nommer? Il faut bien vous le dire, Messieurs; c'est parce que le traité de pathologie générale publié par notre savant collègue a établi, relativement aux épidémies, une doctrine en complète opposition avec celle des grands observateurs qui, avant lui, avaient étudié cette matière si importante et si difficile.

J'entends ici M. Dubois me dire : Si j'ai émis une nouvelle doctrine dans mon ouvrage, si je cherche à la faire prévaloir au sein de l'Académie, c'est parce que je la regarde comme seule vraie. Examinons.

Le premier caractère indiqué par la Commission n'est pas contesté par M. Dubois. Il reconnaît qu'une maladie est épidémique lorsque, dans un temps donné, elle attaque un grand nombre de personnes.

Le second caractère signalé dans le rapport est celui-ci : Les maladies épidémiques ont dans leurs progrès une marche spéciale. On leur reconnaît généralement trois périodes : période de début, période d'état, période de déclin. Ces trois périodes ne présentent souvent ni les mêmes symptômes, ni les mêmes lésions, ni la même gravité.

M. Dubois est tenté de ne voir dans ce caractère qu'une *naïveté*. Le mot, Messieurs, vous paraîtra un peu fort si vous vous rappelez les hommes auxquels il s'adresse. Mais passons.

Cette *naïveté* est d'une haute utilité pour le médecin. Elle lui apprend à ne pas nier l'existence de la peste au début d'une épidémie pestilentielle, quoique les malades ne présentent encore ni bubons, ni charbons, ni pétéchies, l'expérience ayant prouvé que souvent alors la maladie est mortelle avant l'apparition de ces signes extérieurs. Elle lui enseigne que si, très généralement, la maladie est moins grave et n'est transmissible d'aucune manière dans la période de déclin, il faudrait bien se garder de croire qu'il en est de même dans la période d'état. La maladie est déjà moins prompte et moins grave que dans la période de début; mais elle paraît beaucoup plus transmissible que dans la période de déclin et même que dans celle de début, remarque qui n'avait pas échappé à Larrey et à d'autres observateurs.

Ne sont-ce donc pas encore là des considérations essentiellement applicables à l'étude des questions de quarantaine?

Troisième caractère admis par le rapport. — Pendant le règne d'une épidémie, les autres maladies sont moins nombreuses et reçoivent l'empreinte de l'affection dominante.

« Ceci est une erreur, dit M. Dubois; et pour prouver cette assertion plus que téméraire, contredite par tout ce que l'on sait sur les épidémies pestilentielles, il cite l'épidémie cholérique observée à Paris en 1832, et pendant la durée de laquelle les maladies intercurrentes n'auraient pas été modifiées. »

Que M. Dubois consulte à cet égard les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris qui sont dans cette enceinte, et je puis lui déclarer d'avance qu'aucun d'eux ne sera de son avis relativement au choléra, et encore moins, s'il est possible, relativement à la peste.

Quatrième caractère invoqué par le rapport. — Quand sévit une maladie épidémique, il est assez rare que les personnes qui conservent leur santé ne ressentent pas plus ou moins l'influence générale.

« Ceci, dit M. Dubois, a été positivement nié quant à la peste. Au rapport de Desgenettes, plusieurs épidémies de peste ont eu lieu sans qu'on ait observé cette influence générale. »

Etonné que Desgenettes se trouvât sur cette question importante en opposition avec la presque totalité des auteurs anciens et contemporains qui se sont trouvés au milieu de constitutions pestilentielles, j'ai cherché le passage auquel M. Dubois a fait allusion. J'ai trouvé, à la page 89 de la troisième édition de l'Histoire médicale de l'armée d'Orient, les lignes suivantes à propos de la peste que Desgenettes avait observée à Acre :

« Les maladies ont quelquefois, mais pas toujours, participé du caractère de l'épidémie. »

Desgenettes dit donc, non pas ce que lui a prêté M. Dubois, mais ce qu'établit le rapport; savoir : que les maladies intercurrentes portent quelquefois l'empreinte de la maladie régnante. Le rapport déclare que, sur ce point, on s'est livré à des exagérations.

Cinquième caractère. — Les maladies épidémiques reviennent et cessent souvent dans la même saison, et ont, en général, la même durée.

Il y a ici une véritable méprise, dit M. Dubois, ce sont les maladies endémiques qui ont ce caractère et non les maladies épidémiques.

J'en demande bien pardon à mon honorable collègue, mais je suis obligé de lui dire que c'est bien aux épidémies que j'ai voulu et que j'ai dû assigner ce caractère. Qu'il veuille bien lire avec soin les relations insérées dans les pièces à l'appui du rapport sur les pestes observées en Perse et en Algérie, et il verra que là, comme en Egypte, la peste épidémique affecte des retours plus ou moins régulièrement périodiques. Il verra qu'en Perse les épidémies pestilentielles sévissent presque exclusivement en été; qu'en Algérie, elles sont toujours plus rares et plus modérées dans la saison des grandes chaleurs et des froids plus intenses. Déjà, il sait qu'en Egypte les pestes épidémiques graves commencent en novembre et décembre, tandis que les épidémies pestilentielles, moins redoutables, ne débutent qu'en janvier et février. Les unes et les autres finissent vers la fin de juin; sauf de très rares exceptions.

Le caractère signalé appartient si bien à l'épidémie et non à l'endémie que, contrairement à ce que nous venons de voir pour la première, la seconde produit des cas sporadiques dans tous les mois de l'année, comme on peut s'en assurer par la lecture des tables dressées à Alexandrie par M. le docteur Grassi et reproduites à la fin des pièces et documents à l'appui du rapport.

Dernier caractère. — Une maladie épidémique est souvent précédée par d'autres affections plus ou moins graves, plus ou moins généralisées, qui lui servent en quelque sorte d'avant-coureurs.

C'est là, Messieurs, un fait qui a frappé les observateurs au Caire, à Alexandrie, à Damiette, à Jaffa, à Constantinople, sur les bords du Danube, en Algérie, etc., etc. Cette remarque, qui a tous les caractères de la certitude, a une haute portée dans l'étude des causes de la peste. Si elle avait toujours été bien appréciée des médecins, ils n'auraient pas aussi souvent méconnu l'imminence ou même le commencement des pestes épidémiques, lorsque, la mortalité étant venue tout à coup à augmenter, ils ont été consultés sur la question de savoir si la peste était ou non à craindre.

Cependant pour M. Dubois qui veut détruire tout ce qui prouve l'épidémicité de la peste, le caractère signalé n'a aucun fondement; c'est une théorie qu'on ne peut admettre.

Que répondre à une négation aussi absolue d'un fait aussi certain?

Vous comprendrez maintenant, Messieurs, pourquoi, toutes les fois que dans le sein de la Commission M. Dubois a cherché à faire prévaloir ses idées sur les épidémies en général et sur les épidémies pestilentielles en particulier, il n'a pas obtenu un grand succès. Aussi, lorsqu'on a passé au vote de cette question, est-il toujours resté seul de son avis. J'espère bien qu'il en sera de même lors du vote de l'Académie.

Abordons avec M. Dubois la troisième partie du rapport, celle qui traite de l'influence exercée par les pestiférés eux-mêmes.

La Commission, dit notre collègue, n'a pas eu la franchise de son opinion, et, pour prouver cette accusation qui m'étonne encore, tant je la crois peu méritée, il indique la question que le rapporteur avait, dit-il, parfaitement posée, et la réponse, ajoute-t-il, très nette et très positive qui y a été donnée. En vérité, il est difficile de trouver là la justification du reproche qui nous est fait.

Mais, reprend M. Dubois, la Commission, qui vient de reconnaître formellement la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, a la prétention de ne pas être contagioniste, prétention qu'elle a voulu soutenir à l'aide d'un subterfuge.

L'Académie appréciera facilement le sentiment que doivent exciter de semblables expressions, quand elle aura reconnu que ce blâme ne repose sur aucune espèce de fondement, on pourrait même dire sur aucune espèce de prétexte.

La Commission, bien convaincue qu'il est dans la science des mots dont on a fait un grand et malheureux abus; que le mot contagion est dans ce cas; que, souvent pris dans un sens différent, il se prête merveilleusement à ces disputes oiseuses et stériles qui peuvent plaire à certains esprits scolastiques, mais qui embarrassent et arrêtent la science, la Commission, dis-je, a pensé qu'elle devait consacrer ses efforts à étudier les divers modes de transmissibilité de la peste en ne tenant compte que des choses réelles et prouvées, et en ne se servant que d'expressions ayant pour tout le monde un sens net et précis.

On conçoit de suite qu'en adoptant cette marche la Commission n'avait pas à dire si elle était ou si elle n'était pas contagioniste. M. Dubois, qui s'était fait plus fracastorien que Fracastor ne le serait à cette époque, s'est seul occupé de cette question, que la Commission a constamment repoussée, comme ne devant, dans le sens où la comprenait M. Dubois, mener à aucun résultat utile.

Nous vous laissons, Messieurs, le soin de juger le reproche adressé par M. Dubois à la Commission d'avoir eu la prétention de ne pas être contagioniste, prétention qu'elle a voulu soutenir à l'aide d'un subterfuge.

M. Dubois a cité dans cette question le nom du très honorable M. Bégin. Mais M. Bégin, M. Dubois le sait, partage toutes les convictions du rapport, et, s'il eût entendu l'accusation de notre collègue dans les termes où elle a été exprimée, j'aurais craint qu'avec son esprit droit et ferme, avec sa parole si franche et si loyale, le digne inspecteur général du service de santé militaire ne se fût montré moins modéré que je ne veux l'être. Sur ce point, M. Dubois pourra bientôt avoir pleine satisfaction, car je pense que M. Bégin sera bientôt au milieu de nous.

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver à la dernière objection de M. Dubois, qui serait certainement la plus grave s'il ne suffisait du plus léger examen pour voir qu'elle ne repose sur aucune base sérieuse.

Le rapport dit qu'il est incontestable que la peste se transmet hors des foyers épidémiques. Cette conclusion importante est, comme je l'ai dit, la traduction logique d'observations authentiques et qu'on ne saurait nier. Ces observations, en ne comptant que celles qui ont une valeur réelle, sont au nombre de trente-deux. Les pestiférés ont tous été traités au lazaret de Marseille par les médecins et chirurgiens de l'établissement, lesquels, chaque jour et souvent deux fois par jour, ont délivré des certificats que j'ai lus avec attention et qui constatent les symptômes observés, la marche, la terminaison de la maladie et quelquefois les résultats de l'ouverture des cadavres.

Sur ces trente-deux cas de peste observés au lazaret de Marseille depuis 1720, trente et un au moins ont été contractés en dehors des foyers épidémiques, savoir vingt à bord et onze au lazaret de Marseille. Le cas qui dans les trente-deux pourrait être regardé comme douteux, quoique je pense que la maladie a été contractée en dehors de tout foyer épidémique, est celui du nommé Jurion, mécanicien du paquebot-poste le *Léonidas*, qui, parti de Smyrne, où régnait la peste épidémique, le 30 juin 1837, est tombé malade à bord, dans le port de Marseille, le 9 juillet, après avoir couché dans la chambre du nommé Dambios, mort le 10 juillet d'une maladie plus que suspecte

dont il était atteint depuis plusieurs jours. Il est tout à fait probable que Dambios a contracté la peste sous l'influence de la constitution pestilentielle qui régnait à Smyrne, d'où il a emporté à l'état d'incubation la maladie qui s'est déclarée quelques jours plus tard. Dambios aura ensuite transmis la peste à Jurion.

L'examen attentif des trente-deux faits ci-dessus ne me laisse, je le répète hautement, aucune espèce de doute sur la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques. Je suis bien convaincu qu'il ne restera à cet égard aucune incertitude dans l'esprit de tous les membres de l'Académie s'ils veulent bien prendre connaissance de toutes les pièces originales qui sont en ce moment déposées à la bibliothèque. Il serait bien à désirer que quelques-uns de nos collègues, connus par la sévérité et l'exactitude qu'ils apportent dans de semblables études, consentissent à se charger de ce travail. Que MM. Louis, Rayer, Bricheteau, par exemple, et tous ceux qui voudraient se joindre à eux, examinent d'une manière approfondie les documents de Marseille, et leur opinion dans cette enceinte dissipera tous les doutes.

Recherchons, Messieurs, comment M. Dubois, qui d'abord avait tiré des faits cités la même conclusion que nous, va procéder pour chercher à faire naître l'incertitude sur un point qui malheureusement n'est que trop clair.

D'abord, il regarde comme pouvant avoir été contractée dans un foyer épidémique toute peste déclarée chez un passager ou chez un matelot embarqué au port où sévissait la peste, quelle que soit l'époque où la maladie aura débuté. Ainsi supposant, contrairement à tous les faits probants dans la question, que la période d'incubation peut se prolonger quinze, vingt, trentre jours et plus, il lui suffit qu'un individu ait été, à un moment donné, sous l'influence d'un foyer épidémique pour que sa maladie doive être rapportée à cette influence, même si elle a éclaté un mois et plus après que le malade s'est éloigné de tout foyer épidémique.

C'est à l'aide de cette doctrine, qui paraîtra bien extraordinaire et dont les conséquences appliquées aux questions de quarantaine seraient vraiment désastreuses ou nous feraient reculer de deux siècles au moins, que M. Dubois voudrait élaguer un certain nombre de faits observés au lazaret de Marseille comme n'étant pas propres à prouver la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques.

On ne peut admettre une semblable manière de raisonner. Dans les sciences, les faits particuliers mènent aux conclusions générales, et celles-ci, à leur tour, servent à juger les faits particuliers. Puisque des observations très nombreuses et sévèrement interprétées prouvent que la peste n'a jamais éclaté soit à terre, soit en mer, chez les individus compromis après un éloignement de huit jours, soit du foyer épidémique, soit de malades pestiférés et des foyers d'infection pestilentielles que ceux-ci peuvent produire, on est expérimentalement autorisé à regarder comme dus à toute autre cause que celle résultant de la présence au milieu d'un foyer pestilentiel, les cas de peste qui, sur un navire, éclatent plus de huit jours après le départ d'un port infecté.

Je ne puis penser qu'on ne doive pas compter au nombre des faits prouvant la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques, tous ceux qui, sur un navire ayant ou ayant eu des pestiférés à bord, ont éclaté, dix, quinze jours, un mois après le départ du pays où régnait la peste épidémique.

Je repousse donc la fin de non-recevoir présentée par M. Dubois.

Un autre procédé que je ne puis encore approuver est le suivant : M. Dubois confond volontairement le nombre des navires qui ont importé la peste à Marseille avec celui des cas de peste observés dans cette ville. De cette manière, et à l'aide de l'élimination indiquée plus haut, il parvient à réduire à quatre le nombre des faits qui établiraient la transmission de la peste sur des individus étrangers aux équipages et aux passagers venant du levant.

Ceci est évidemment inexact. Trois chirurgiens quarantenaires habitant Marseille, sept gardes de santé appartenant à la même ville, ont contracté la peste, soit sur les navires en quarantaine, soit au lazaret. D'après les idées de M. Dubois lui-même, ces dix personnes étrangères aux équipages et aux passagers venant du levant, auraient donc contracté la peste en dehors des foyers épidémiques? Toutes ces dix personnes ont eu des bubons; plusieurs ont présenté des charbons et des pétéchies. Quatre des individus attaqués sont morts.

M. Dubois prétendrait-il qu'aucune des personnes indiquées n'a eu la peste? Je ne puis croire que son désir de se poser comme l'adversaire du Rapport le pousse jusque-là.

C'est le moment de faire connaître la manière dont M. Dubois a présenté, je ne veux pas dire tronqué ou même travesti, les faits qu'il a cru devoir rapporter.

M. Adelon. Je demande la parole pour une motion d'ordre.

L'honorable membre se plaint que la discussion dégénère en polémique de personnes. M. Dubois (d'Amiens) aurait bien fait peut-être de ne pas attaquer le rapport; mais enfin il était dans son droit. Si le rapporteur veut répondre à chaque discours prononcé, on n'en finira pas. Le rapporteur aurait évité cette collision entre les membres de la Commission, s'il avait exposé les opinions de la minorité. Ne l'ayant pas fait, la minorité est obligée de le faire elle-même, et ce résultat est fâcheux.

Toutes les questions qui s'agitent en ce moment trouveraient bien plus naturellement leur place lors de l'examen des chapitres. M. Adelon propose à l'Académie de couper court immédiatement à la discussion générale, et d'entamer l'examen des chapitres.

M. Ferrus combat cette proposition, et sur l'observation de M. Gérardin, qu'elle est contraire au règlement, M. Prus est invité à poursuivre, et continue en ces termes :

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acide sulfurique contre les aphthes; par M. le docteur Lippich, professeur à l'Institut médico-clinique de Padoue.

M. le docteur Lippich emploie avec un grand succès l'acide sulfurique en collutoire contre les aphthes et dans les cas de stomacacé-syphilitico-hydrargyrique, lorsque le fond de la bouche, la membrane muqueuse de cette cavité et les lèvres sont recouvertes d'ulcérations qui rendent la déglutition difficile.

Voici la formule à laquelle il a recours, dans les cas de ce genre, pour l'application de l'acide sulfurique.

Miel blanc,	30 grammes.
Acide sulfurique dilué,	2 grammes.

M. et F. S. A. un liniment.

On peut, suivant la gravité des cas, élever la proportion de l'acide sulfurique étandu jusqu'à huit grammes pour la même quantité de miel.

On se sert de ce liniment en en touchant légèrement et de temps en temps les surfaces ulcérées.

Les applications se font au moyen d'un pinceau doux.

Nouveau moyen contre les brûlures, par M. le dr F. Peppencorne.

M. Peppercorne recommande, contre toutes les brûlures, qu'elles soient légères ou profondes, des fomentations avec une solution saturée de carbonate de soude. Suivant lui, la douleur s'éteint aussitôt qu'on a fait usage de ce moyen.

M. Peppercorne croit devoir attribuer ce résultat à l'action calmante exercée par le médicament sur le système nerveux de la peau, et, en outre, à la neutralisation des qualités acides de la matière sécrétée par les surfaces cutanées malades.

Un de nos internes des hôpitaux de Paris, M. Ed. Dumesnil, docteur en médecine à Rouen, vient de présenter, à la dernière séance de l'Académie, un mémoire dont il avait déjà envoyé les conclusions. Depuis près d'un an ce jeune médecin s'occupe de la destruction des calculs vésicaux par les irrigations intramembraneuses; ce travail a pour titre : *Lithyménie*. L'auteur affirme qu'un liquide acidulé au vingtième degré, et dont il donne la composition, peut indiquer six fois sur sept quelle est la nature des concrétions vésicales. Il donne aussi la formule d'un liquide alcalin, qui permettra avec le précédent de détruire en une ou deux séances les calculs phosphatiques et ceux d'acide urique; ceux d'oxalate de chaux demanderont un peu plus de temps Outre ce point important qui lève les doutes sur la composition intime des corps étrangers, il en est un autre qui distingue ce travail : M. Dumesnil agit par irrigation continue, et cela sans craindre d'altérer la muqueuse vésicale, car non-seulement le calcul est isolé dans une espèce de poche, mais encore une seule goutte de liquide ne peut s'introduire entre la sonde et les parois des membranes, quoique la sonde à double courant n'ait aucun rapport de continuité avec le sac isolant.

M. Dumesnil opérera sur le cadavre dès que la Commission aura rendu compte de son mémoire.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Neuvième liste.

	Société médicale d'Elbeuf, MM. Filloles, président; Revel, vice-président; Justin, trésorier; Vy (Alfred), secrétaire; Delanos, Godquin, Lesaas et Nicole,	34 fr.
MM.	le docteur Comin, à Sos, arrondissement de Nérac,	5
	le docteur Cabiran, à Nérac,	5
	le docteur Picot, à Rouilli,	2
	la Société de médecine de Paris,	200
	le docteur Riollc, à Dieppe,	3
	le docteur Cressent, à Dieppe,	3
	le docteur Legal, à Dieppe,	3
	le docteur Angot, à Dieppe,	3
	Derouen, pharmacien, à Dieppe,	2
	Lecomte, pharmacien, à Dieppe,	2
	le docteur Noble père, à Versailles,	5
	le docteur Penard, chirurgien à l'hôpital de Versailles,	5
	le docteur Vithy, chirurgien à l'hôpital de Versailles,	5
	le docteur Menestrel, à Paris,	5
	le docteur Tuefferd père, président du Comité médical de Montbéliard,	5
	le docteur Cucnel, secrétaire du Comité médical de Montbéliard,	5
	le docteur Pourcelot, à Saint-Hippolyte, membre, etc.,	5
	le docteur Onstalet, à Montbéliard, membre, etc.,	5
	le docteur Marcou, à Pont-de-Roide, membre, etc.,	5
	le docteur Duvernoy, à Audincourt, membre, etc.,	5
	le docteur Tuefferd fils, à Montbéliard, membre, etc.,	5
	le docteur Fallot (Jules), trésorier du Comité médical de Montbéliard,	5
	le docteur Kohler, à Montbéliard, membre, etc.,	5
	le docteur Triplin, à Bocourt, membre, etc.,	3
	Roch, médecin, à Salemont, membre, etc.,	3
	Fallot (Charles), pharmac. à Montbéliard, membre, etc.	5
	le docteur Moutaudon-Bousseresse, à la Souterraine (Creuse),	2
	le docteur Dardanne, à Versillac (Creuse),	2
	Lablanche, pharmacien à la Souterraine (Creuse),	2
	le docteur Bauche, à Paris,	5
	Comité médical de Pontarlier (Doubs), par M. Sauderet, de Besançon,	15
	Total général jusqu'à ce jour :	5064 75

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 69. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornbill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 12 JUIN 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Il n'y a guère, dans l'histoire des hernies, d'observation plus digne de remarque et plus instructive que la suivante, qui a été recueillie à l'hôpital Necker dans le service M. Richet, suppléant de M. Lenoir.

Une femme âgée de quarante-cinq ans, fortement constituée, journalière, portant depuis longtemps une hernie crurale de chaque côté, entra dernièrement à l'hôpital Necker, l'une de ses hernies, la droite, s'étant étranglée. L'étranglement datait de quarante-huit heures. On avait employé pour le lever les sangsues, les bains, les purgatifs, les lavements, et il est bien entendu qu'on n'avait pas menagé les tentatives de taxis. M. Richet ne devait pas hésiter et n'hésita pas non plus à pratiquer immédiatement la kélotomie. Il constata dans le flanc droit, correspondant à l'étranglement, l'existence du frottement péritonéal, indice d'une péritonite commençante, ce qui naturellement dut lui inspirer des craintes sur l'issue de l'opération.

C'est ici le cas de faire connaître par incidence l'explication à laquelle M. Richet a été conduit expérimentalement touchant le bruit de frottement, commun aux synoviales articulaires, aux séreuses, et ajouterons-nous aux bourses dites muqueuses. On avait admis généralement que le bruit de frottement qui résulte de l'inflammation de ces membranes dépendait de leur sécheresse. Rien n'est moins prouvé que cette sécheresse, d'après M. Richet, qui attribue le bruit dont il s'agit à la chute du feuillet épithélial, et à un état de granulation légère dont cette exfoliation est suivie.

La hernie était marronnée. L'incision des parties extérieures fut pratiquée suivant l'axe de la cuisse. M. Richet incisa la peau, puis les deux couches du *fascia superficialis.* Cela fait, il eut sous les yeux une poche ayant toutes les apparences du sac herniaire, et qui fut prise pour telle par les assistants. M. Richet l'incisa, et tomba sur le véritable sac, qui à son tour fut pris par la plupart des personnes présentes pour l'intestin.

Quelle était cette poche qui en avait imposé pour le sac? C'était le *fascia transversalis* poussé par l'intestin déplacé (car la hernie était une entérocèle), et, comme le sac, offrant un fond et un collet.

Le véritable sac divisé, il s'échappa une petite quantité de sérosité qui leva tous les doutes. Le péritoine (de quelque façon qu'on explique le phénomène) était considérablement épaissi, puisqu'il présentait environ une épaisseur d'un demi-millimètre.

L'intestin mis à nu, il s'agissait de lever l'étranglement. Telle était la striction, que M. Richet ne put parvenir à faire pénétrer l'extrémité d'un bistouri boutonné entre l'intestin et l'anneau constricteur. Alors, ayant fait tendre les côtés du sac à droite et à gauche par des aides, il débrida verticalement en bas au moyen de ciseaux mousses, du fond vers le collet du sac. Le débridement fut pratiqué ainsi, parallèlement à la veine saphène et en dedans de cette veine, sans toucher aucunement à l'anneau crural, loin du ligament de Gimbernat, uniquement sur la lame cribriforme, dont l'un des trous par son bord produisait l'étranglement.

L'intestin, après ce débridement, faillit rentrer de lui-même: il était violacé, mais ses parois n'avaient pas perdu leur élasticité; en un mot, il n'y avait aucune raison apparente de ne pas le réintégrer dans la cavité abdominale. M. Richet et plusieurs assistants introduisirent dans l'anneau, pour s'assurer que celui-ci était libre, le doigt indicateur, qui entrait et sortait facilement de l'abdomen. La réduction de l'anse intestinale fut opérée.

Les coliques, les envies de vomir cessèrent, et dans la soirée la malade eut deux selles provoquées par l'administration d'un lavement purgatif.

L'opération avait été faite le vendredi. Le samedi matin, état assez satisfaisant; le soir, les vomissements ont repris; le ventre est ballonné; le pouls petit, serré, fréquent; la face est injectée. Il y a un peu de délire. L'autre hernie, la gauche, s'est étranglée; chose bien remarquable, par suite des efforts de défécation. M. Richet, non sans difficulté, réduit cette seconde hernie incarcérée, et prescrit de la glace en boisson, quarante sangsues sur le bas-ventre, et un lavement de tabac.

Le lendemain dimanche, à sept heures du matin, l'opérée succombe sans évacuation nouvelle.

On trouva à l'autopsie tous les signes d'une péritonite du petit bassin (épanchement de sérosité mêlée de flocons dans le pelvis; agglomération du paquet des intestins grêles). L'intestin qui s'était étranglé en second lieu à l'hôpital même, avait conservé la trace circulaire de la striction qu'il avait subie.

La hernie opérée avait renfermé une petite anse complète que l'on trouva immédiatement derrière l'anneau, suivant l'ordinaire. On sentait, en passant le doigt sur la face externe de l'intestin, un fort bourrelet, comme si ses parois avaient été épaissies à ce niveau. Le bourrelet était circulaire. Mais il n'y avait pas d'épaississement, et c'était une circonstance bien plus singulière et insolite qui donnait lieu à cette apparence.

On ouvrit l'intestin, et l'on vit à son intérieur, un peu au-dessus du point qui avait supporté la striction, une sorte de diaphragme analogue à la valvule pylorique. M. Cruveilhier, en examinant la pièce à son cours à la Faculté, essaya de faire pénétrer son petit doigt à travers ce diaphragme, et ne put y parvenir. Il était dû, ce diaphragme, à la section de la membrane muqueuse, qui avait été refoulée en haut à l'instar des tuniques internes des artères après la ligature.

Ainsi la striction avait été assez forte pour couper la membrane muqueuse. Déjà après la mort le petit doigt ne pouvait franchir cette espèce de valvule; à plus forte raison l'obstacle devait-il être considérable durant la vie, à raison de l'état turgide de la membrane muqueuse. Dans l'étendue de deux pieds environ au-dessus de l'étranglement, l'intestin grêle était distendu par des matières qui toutefois n'étaient pas assez solides pour ne point pouvoir franchir la valvule; car on comprend que si le petit doigt ne pouvait la traverser, elle avait cependant un orifice. Mais, encore une fois, il ne faut pas conclure de cette possibilité du passage des matières après la mort à cette même possibilité durant la vie. Un obstacle est décuplé par la congestion, laquelle, comme nous avons eu bien des fois l'occasion de le dire, disparaît au moins en très grande partie avec la vie.

Ce cas, avons-nous dit, est très digne de remarque, et il l'est en effet sous plusieurs rapports. Une femme porte deux hernies, dont l'une s'étrangle lorsque la première étranglée vient d'être opérée, et la réduction de celle-là est aussi inoffensive que la réduction de celle-ci devient funeste. Pourquoi cette différence? Parce que, dans la hernie sitôt réduite, quelqu'eût été l'étranglement, il n'avait pas duré assez pour couper la muqueuse, tandis que dans l'autre, l'obstacle au cours des matières avait persisté après l'opération, avec cette différence, qu'au lieu d'affecter la circonférence de l'intestin (anneau), il affectait sa cavité (valvule).

M. Richet crut d'abord devoir rattacher le retour des vomissements à l'étranglement de la seconde hernie, et tout autre à sa place aurait eu la même pensée. Mais la persistance des signes de l'étranglement lorsque la seconde hernie eut été réduite, le dissuadèrent, et l'autopsie lui révéla la véritable et singulière cause de la reproduction des accidents.

Déjà une fois, dans le service de M. Velpeau, nous avons vu les symptômes de l'étranglement intestinal persister après l'opération, alors que, bien positivement, l'étranglement avait été levé. Il s'agissait d'une femme qui finit par succomber avec un ballonnement considérable du ventre, et après avoir éprouvé des vomissements continuels, de telle sorte que le défaut de réparation avait puissamment concouru au résultat funeste qui avait eu lieu. On voit aussi, par l'observation de M. Richet, combien il importe de ne pas perdre en vaines tentatives, un temps précieux pendant lequel les plus graves lésions se produisent dans l'intestin, et allument alentour une inflammation mortelle. C'est pour nous une conviction profonde que l'opération faite dans les premiers moments de l'étranglement aurait les chances les plus favorables. Sans doute on réduit par le taxis et les moyens ordinaires un certain nombre de hernies étranglées; témoin le cas même de M. Richet; mais on guérirait bien plus de malades s'il passait en règle d'en appeler aussitôt à la médecine opératoire. Loin de nous la pensée de proclamer ce précepte absolu, si fondée que notre proposition puisse paraître. Mais, du moins, serait-il désirable que les essais de réduction, surtout le taxis, ne fussent pas prolongés au delà de quelques heures. Si, dans les premiers moments, on n'a pu triompher d'un étranglement, il y a peu de chance, en général, pour qu'on le surmonte plus tard, puisque la congestion, c'est ce que la raison indique, n'aura fait qu'ajouter à l'obstacle. Nous n'insistons pas sur les particularités que l'opération a présentées, et qui auront sans doute frappé suffisamment l'attention du lecteur.

— M. Richet nous a montré un maxillaire inférieur entièrement nécrosé, corps et branches. Cet os a appartenu à un ouvrier jeune et robuste, travaillant dans une fabrique d'allumettes chimiques. L'affection a été produite, conséquemment, par les vapeurs d'acide sulfurique. La mort a été déterminée par un abcès qui s'est formé sur la dure-mère par suite de l'extension du travail morbide de l'articulation temporo-maxillaire à l'oreille moyenne, qui était pleine de pus, et au périoste intracrânien. Nous reviendrons sous cette observation, et nous ne manquerons pas de visiter de nouveau, pour l'utilité de nos lecteurs, le [illegible]vice de M. Richet jeune, chirurgien laborieux et habile pour lequel nous avons déjà manifesté notre sympathie, dont l'expression s'adresse plus volontiers aux réputations qui se préparent qu'aux célébrités reconnues.

— Une épidémie bénigne de rougeole a eu lieu à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, et a fourni à M. Broussais, médecin en chef, le texte d'une leçon sur les constitutions médicales.

Non-seulement une épidémie ne porte pas avec elle, pendant toute la durée, le même cachet de gravité; mais la manifestation épidémique d'une même maladie présente quelquefois, à des intervalles plus ou moins éloignés, des différences singulièrement tranchées.

Ainsi M. C. Broussais a été témoin au Val-de-Grâce de différentes épidémies de rougeole, et l'on va voir jusqu'à quel point elles ont varis dans leurs résultats.

NOMBRE DE ROUGEOLES.		MORTALITÉ.	
		Mort	*ou Mortalité.*
1831	17 rougeoles.	1	6 sur cent.
1832	13	4	30
1833	7	2	20
1834	14	1	7
1835	18	4	20
1836	22	0	0
1838	37	12	30
1839	27	6	20
1840	72	14	20
1841	23	3	10
1844	46	4	10
Total,	296	51	20

L'année où il y a eu le plus de rougeoles la mortalité a été moyenne, comme celle où il y en a eu le moins; ce n'est donc pas le nombre qui influe sur la gravité. Ce n'est pas non plus le traitement, car il a été le même; c'est l'agent ou le génie épidémique qui a été plus ou moins malfaisant; et la gravité de la maladie s'est manifestée par les complications: par la bronchite capillaire asphyxiante, par la congestion pulmonaire, la pneumonie lobulaire, ou les symptômes de congestion, d'inflammation des appareils gastro-intestinal et pulmonaire tout à la fois.

L'épidémie de rougeole qui vient de se manifester au Gros-Caillou, est de la classe des plus bénignes; il y a eu 93 cas, et point de morts. Cette maladie s'est déclarée dans le 45e régiment, caserné à Courbevoie; elle ne s'est point étendue à d'autres régiments, et ne s'est point propagée à l'hôpital. Un seul individu, infirmier, l'a contractée dans les salles; un second malade est venu du dehors, appartenant à un autre régiment, et n'ayant point communiqué avec le 45e; il en reste donc 91 appartenant à ce dernier. Le premier cas s'est montré le 18 avril, et du 18 au 30, il est entré 11 malades pour cette affection. Du 1er au 12 mai, une salle de 38 lits s'est remplie entièrement; le mouvement d'entrée de ces exanthèmes s'est continué ainsi jusqu'au 20, puis il a été en diminuant jusqu'au mois de juin; et du 1er de ce mois au 6, il n'est plus entré que 3 rougeoles.

Ainsi, cette bénigne épidémie a eu, comme toutes les épidémies, son commencement, son état et son déclin; aujourd'hui elle peut être considérée comme éteinte: il ne reste plus à l'hôpital que 5 ou 6 cas.

Au premier abord, en considérant que le tiers de ces rubéoleux avaient cette éruption pour la seconde fois, on aurait pu être porté à penser que la bénignité de la maladie tenait à cette circonstance; mais comme il n'y a pas eu plus de gravité parmi les deux autres tiers, force est donc d'avouer que cette bénignité tenait au caractère même de l'épidémie. M. C. Broussais n'a pas même élevé la question de savoir si son traitement avait été pour quelque chose dans ces excellents résultats; ce traitement a été nul chez presque tous les malades, comme on va le voir.

En effet, il ne s'est que rarement présenté des indications d'agir. Un certain nombre de malades ne se sont douté qu'ils étaient atteints de l'épidémie, qu'aux taches rouges qu'ils aperçurent sur leur corps ou que leurs camarades leur firent remarquer. M. C. Broussais a interrogé ces malades avec le plus grand soin et la plus vive insistance pour savoir s'ils n'avaient pas éprouvé quelqu'un des prodromes qui signalent l'invasion de la maladie, et il a acquis la conviction que cette rougeole avait évidemment manqué de prodromes chez un assez grand nombre d'hommes. Chez quelques-uns, les symptômes précurseurs ont été de la céphalalgie, uniquement de la céphalalgie; chez d'autres, de la toux, mais une toux légère; très peu ont accusé un coryza; quelques-uns ont eu une épistaxis; d'autres, en très petit nombre, des vomissements; un seul a eu de la diarrhée. Puis l'éruption s'est faite, en général peu confluente, modérée, d'un rose tendre, presque sans saillie au-dessus du niveau de la peau; elle a duré

de deux à quatre ou cinq jours, et s'est dissipée sans desquamation chez tous.

La fièvre a été très légère ou nulle. La poitrine, percutée et auscultée, n'a rien présenté chez le plus grand nombre, et n'a offert chez quelques-uns qu'un peu de râle sibilant, un peu de râle muqueux ou seulement une respiration un peu forte, excepté chez cinq malades dont nous allons parler tout à l'heure.

Une chose à noter, c'est que plusieurs de ces rubéoleux ont eu une autre éruption qui s'est comme entée sur la rougeole avant que celle-ci eût fini son cours; c'était chez deux d'entre eux une scarlatine, et chez les autres une variole, une varioloïde ou une varicelle.

M. C. Broussais a traité tous ces malades par des boissons adoucissantes, chaudes ou froides suivant les cas; par la diète le premier jour; le second jour, il prescrivait un potage; le quart de portion le troisième jour, et la plupart de ces malades sont sortis au bout de sept à huit jours parfaitement guéris.

Il a employé un traitement actif chez six malades. L'un avait une céphalalgie tellement insupportable qu'il réclama la saignée, et la saignée le délivra de la céphalalgie, ainsi que d'une épistaxis assez forte. Il sortit le douzième jour. Deux autres avaient une bronchite antérieurement à leur rougeole, et les signes de cette complication semblèrent indiquer la saignée; elle fut faite avec le plus grand succès. Un quatrième vint à l'hôpital avec un billet portant pour indication : Rougeole répercutée; une saignée, les vésicatoires et des boissons chaudes firent disparaître les accidents, et ce malade est aujourd'hui sur le point de sortir. Un cinquième avait une véritable pneumonie, que M. Broussais supposa étrangère à la rougeole, et qui fut énergiquement traitée par des saignées répétées, le tartre stibié et des vésicatoires; le malade est sorti parfaitement guéri. Enfin, il reste un homme dont l'état est inquiétant : c'est un individu qui a évidemment des tubercules au sommet des poumons, et qui les avait antérieurement à sa rougeole; il y a lieu d'espérer cependant que la maladie n'est pas encore au-dessus de toute ressource médicale.

— M. le docteur Hillairet, chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, à l'hôpital de la Charité, est parvenu, en collaboration de M. Quevenne, pharmacien en chef de cet hôpital, à des résultats nouveaux touchant l'action de l'iodure ioduré de potassium sur les urines des individus qui ont ingéré du sulfate de quinine.

Un fébricitant ayant pris plusieurs doses de ce sel, son urine fut soumise au réactif, et ne donna pas le précipité jaune-sale caractéristique. L'expérience fut faite une heure, deux heures, trois heures et douze heures après l'ingestion.

M. le docteur Bourdon, chef de clinique de M. le professeur Fouquier, au même hôpital, fit l'expérience sur un malade de son service, et le résultat fut également négatif.

On était bien près de formuler une conclusion opposée à celle qui est aujourd'hui généralement acceptée, lorsque l'expérience fut reprise par M. Hillairet, de concert avec M. Quevenne. Elle ne fit d'abord que corroborer l'opinion que les premières avaient motivée. Mais alors les expérimentateurs eurent l'idée d'acidifier l'urine dans laquelle le réactif ne produisait pas de précipité; et voici, après avoir convenablement varié les expériences, quelles sont les conclusions auxquelles ils sont arrivés.

1° Toutes les fois que les urines sont alcalines ou neutres, l'iodure ioduré de potassium n'y détermine pas de précipité.

2° Lorsque les urines sont acides, l'iodure ioduré y détermine un précipité abondant.

3° Lorsqu'on ajoute un peu d'acide ou un excès d'acide à des urines neutres ou alcalines, la réaction a lieu immédiatement, et l'on obtient un précipité abondant, comme si les urines avaient été naturellement acides.

Ce fait de chimie pathologique est curieux, intéressant, et nous ne doutons pas qu'il ne fixe l'attention des cliniciens et des chimistes.

— Nous avons annoncé une lettre de M. le docteur Philippe, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux, sur l'opération du strabisme.

Nous pensons, avec M. le docteur Jobert (de Lamballe), que le meilleur moyen de prévenir la dépression du grand angle de l'œil et l'exophthalmie qui résultent souvent de l'opération du strabisme convergent, consiste à ne pas débrider largement la conjonctive, et au lieu de cela, à ne l'intéresser que dans l'étendue nécessaire pour permettre au crochet d'aller saisir le muscle. Secondement, nous admettons que plus l'insertion du droit interne est rapprochée de la cornée, plus son action doit être énergique, et plus, par conséquent, doit être facile la déviation de l'œil dans le sens de ce muscle.

C'est sur ces deux points que porte la lettre de M. Philippe.

D'après notre honorable correspondant, le mode de section de la muqueuse oculaire n'a aucune influence sur les résultats consécutifs à l'opération du strabisme. Nous citons textuellement :

« Cela est si vrai, dit-il, que depuis cinq ans j'emploie un procédé dans lequel j'incise largement la conjonctive ainsi que les fascias, et cependant cette dépression de l'angle interne de même que l'exophthalmie ne se présentent presque jamais chez mes opérés.

» Le point capital, ajoute-t-il, est le choix de la région du muscle qu'on doit couper. On s'est beaucoup trop appesanti, dans ces derniers temps, sur les aponévroses et la muqueuse de l'œil. Ces organes sont tout à fait accessoires dans l'opération. Le principal but à atteindre est de provoquer la réunion des deux bouts du muscle divisé. Et qu'on ne vienne point arguer de la crainte de la récidive! D'après mes recherches, je suis arrivé à cette formule : Qu'après l'opération, l'œil se porte en dehors plus ou moins sans pouvoir reprendre ses mouvements normaux vers l'angle interne dans la proportion de sept fois sur huit. Une fois sur huit seulement, il récupère ces derniers mouvements.

» On peut donc hardiment appliquer à la myotomie oculaire les règles de la myotomie en général, et se garder de détruire le fragment antérieur du muscle droit interne, de manière à réduire cet organe à un faible moignon, qui est tout à fait impropre à contrebalancer l'action du droit externe, ce dernier entraînant l'œil de son côté et devenant plus tard le siége d'une véritable rétraction.

» C'est pour éviter cet inconvénient que je fais la section du droit interne entre le crochet mousse et l'angle interne de l'orbite en rasant toutefois cet instrument, que j'applique immédiatement contre la sclérotique. De cette manière, j'ai un lambeau antérieur qui s'unit au postérieur du quatrième au sixième jour environ, résultat prouvé par le retour des mouvements du globe oculaire vers le grand angle, qui ne pouvaient pas avoir lieu dans cette direction avant la cicatrisation des deux bouts musculaires.

» Je reproduis ainsi le muscle coupé dans ses conditions normales en l'allongeant au moyen de l'interposition du tissu inodulaire. Or, c'est à la neutralisation du droit interne, réduit à une très faible longueur par la méthode ordinaire et à la prédominance du droit externe, qu'on doit la dépression et l'exophthalmie citées; l'œil, n'étant plus retenu en dedans et en arrière par le premier muscle, s'échappe en partie de l'orbite, et laisse par conséquent un vide dans le grand angle.

» La conservation, dans la supposition même où elle serait possible, des tissus superposés au muscle, serait une bien faible barrière à l'action du droit externe, et ne remédierait conséquemment en rien aux imperfections qui sont le sujet de cette discussion.

» J'ai dix-neuf faits à citer en faveur de ce procédé; et sur ce nombre, quatre seulement ont présenté les phénomènes cités, et encore dans une faible proportion. En employant la méthode ordinaire, les opérés les présentent presque tous. »

Nous ne saurions entrer dans une discussion qui demanderait beaucoup de développements, et nous ferait sortir des limites ordinaires de cette Revue. Les idées de M. Philippe méritent considération. L'étendue de notre citation prouve bien que c'est là notre avis. Les chirurgiens jugeront. M. Philippe parle d'après des faits qui lui sont particuliers, et toute créance lui est due. De notre part, nous nous sommes fondé aussi sur des faits; et c'est après avoir vu souvent les bons résultats d'une petite incision de la conjonctive, que nous avons exprimé notre opinion, qui est et reste à l'état de conviction.

Quant à savoir si l'insertion du muscle très près de la cornée est une condition favorable à la production du strabisme, nous ne saurions admettre non plus l'opinion négative de notre correspondant. Il cite entre autres cas un fait de sa pratique, dans lequel, chez une dame qui était affectée d'un strabisme convergent extrêmement prononcé, le muscle droit interne s'insérait au tiers postérieur du globe oculaire. Mais, d'un côté, il est possible que M. Philippe (vu l'intensité du strabisme, qui était portée à tel point que la cornée plongeait entièrement dans le grand angle) ait été induit en erreur relativement au siége précis de l'insertion scléroticale du muscle rétracté; et d'autre part, il y a un fait autrement probant que celui dont il argue, c'est la fréquence même du strabisme interne, dont l'insertion du muscle droit interne plus rapprochée de la cornée que celle du droit externe est une des conditions productrices.

X...

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Suite de la séance du 9 juin 1846.

M. Prus. M. Dubois, qui a besoin, pour la thèse qu'il soutient, de ne pas trouver que le navire du capitaine Contel, qui a quitté Alger le 9 juin 1741, c'est-à-dire dans un moment où la peste épidémique sévissait dans cette ville, a eu, à Marseille, des pestiférés ayant communiqué la maladie au chirurgien de Marseille et au garde de santé qui leur ont donné des soins au lazaret, et ont été enfermés dans l'enclos St-Roch, a passé sous silence ce passage du certificat de M. Michelaud, médecin, et de M. Fondoume, chirurgien, en date du 22 juin 1841 :

» Les cinq malades provenant de l'*Etoile du Nord*, commandé par le capitaine Contel, et réunis dans l'enclos St-Roch, sont tous travaillés de la peste la mieux caractérisée par des bubons aux aines et des charbons. »

Il a également oublié cet autre passage du certificat du 3 juillet :

« Le chirurgien et le garde renfermés dans l'enclos des malades contaminés sont, l'un et l'autre, en proie à la peste la moins douteuse, avec bubons aux aines. »

Ce n'est que le 22 août que les bubons des sept pestiférés ont été guéris, c'est-à-dire, chez les cinq premiers, après un traitement de soixante-un jours au moins, puisque les bubons existaient dès le 22 juin; et chez les deux derniers, après un traitement de cinquante jours.

Il est très vrai, Messieurs, comme vous l'a rappelé M. Dubois, que Malgré des affirmations aussi positives, malgré l'existence de symptômes aussi caractéristiques de la peste, j'ai émis le regret de ne pas trouver de plus grands détails dans les certificats de MM. Micheland et Fondoume; mais j'ai ajouté, et sur ce point je maintiens pleinement ce que j'ai dit, qu'on est fondé à regarder les cas indiqués comme des cas de peste.

Le deuxième navire pestiféré dont M. Dubois a entretenu l'Académie est celui du capitaine Millich, parti d'Alexandrie, avec patente brute, le 18 mai 1784, et arrivé à Pomègue le 30 avril de la même année avec cent-cinquante-deux passagers barbaresques venant de La Mecque et retournant au Maroc.

Ce navire, qui a perdu trois hommes de son équipage dans sa traversée d'Alexandrie à Marseille, a donné la peste à quatre gardes de santé qui ont été placés à son bord pendant sa quarantaine à Pomègue. Ces gardes ont communiqué la peste au lazaret, à M. Blanc, chirurgien quarantenaire, qui, tombé malade le 13 juin, n'a été guéri de la plaie résultant de l'ouverture de son bubon que le 10 juillet, et au garde de santé Isnard, qui, atteint également d'une peste bien caractérisée le 13 juin, est mort le 19 du même mois, portant à l'aine droite un bubon de la grosseur d'un œuf de poule.

Le 24 mai 1784, le navire du capitaine Millich partit de Pomègue pour Tanger. Le jour même du départ, les passagers barbaresques jetèrent à la mer un des leurs; la même chose arriva le lendemain.

Le 11 juin, étant en vue de Tetuan, le capitaine vit encore jeter à la mer le cadavre d'un passager barbaresque.

Le 20 juin, le nommé Mathieu Millich, cousin du capitaine, malade depuis trois jours, mourut avec deux bubons.

Le 21, Paul Millich tomba malade et succomba le même jour.

Le 22, le nommé Gaspard Bozich, malade depuis deux jours, mourut.

Le 23 et le 24, mort de deux nouveaux matelots.

Le 30, le nommé Antoine Turc mourut avec deux bubons.

Enfin, le 12 juillet, le nommé Millmovier, écrivain, est mort avec deux tumeurs au cou.

Je ne conçois pas, et vous ne concevrez pas plus que moi, Messieurs, que M. Dubois ait pu avoir la pensée d'établir que ce navire n'offrait pas la preuve beaucoup trop positive, beaucoup trop multipliée, de la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques.

En vérité, la chose me paraît d'une telle évidence que je n'ai pas le courage d'insister. Je reprocherai seulement à M. Dubois, qui sait qu'il n'y a de discussions utiles que celles qui sont sincères, d'avoir cité le certificat concernant le nommé Olive, garde employé à bord du capitaine, et tombé malade le 27 mai 1784, en faisant remarquer que la conclusion des médecins et chirurgiens du lazaret, consignée dans ledit certificat, est que le malade est mort d'une fièvre maligne, sans avoir mentionné les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées après la mort, lesquels m'ont porté à émettre dans le rapport un avis opposé à celui exprimé ci-dessus.

Voici les symptômes rapportés par les auteurs du certificat, MM. Montagnies et Michel Laroche, médecins, et M. Gros, chirurgien.

« D'abord, douleur légère à l'aine droite; bientôt après, céphalalgie violente avec fièvre; ces accidents sont combattus par une saignée. La saignée est suivie de grandes angoisses, d'une agitation continuelle, d'une prostration extrême avec perte de connaissance. Le pouls, touché par le chirurgien quarantenaire, est petit, serré, déprimé. Le même chirurgien constate, en outre, l'engorgement non douteux de deux glandes inguinales.

» Le lendemain, la tête est embarrassée et la faiblesse continue. Hoquet fréquent; des exanthèmes existent à la partie antérieure de la poitrine et au bras gauche. Le chirurgien quarantenaire constate toujours l'existence de deux glandes engorgées à l'aine droite.

Le malade meurt après quarante-huit heures de maladie, et lors de l'ouverture du cadavre, on constate que presque toute la surface du corps est couverte d'exanthèmes pourprés. On trouve dans le bas ventre un épanchement que les médecins et chirurgiens appellent lymphatique. De plus, une portion de l'iléum est enflammée et même affectée d'un commencement de gangrène.

Je le demande à M. Dubois lui-même; qu'est-ce donc que cette maladie mortelle en quarante-huit heures, survenue sur un navire parti d'Alexandrie au moment où cette ville était en proie à une épidémie pestilentielle, après que quatre autres matelots avaient déjà succombé depuis le départ d'Egypte? Evidemment, Messieurs, c'était la peste, la peste qui a frappé trois autres gardes de santé placés sur ce même navire pendant sa quarantaine, la peste qui a ensuite continué ses ravages pendant la traversée de Pomègue à Tanger, et de Tanger à Pomègue.

M. Dubois reconnaîtra sans doute lui-même que j'ai eu de très bonnes raisons pour regarder comme un cas de peste une maladie caractérisée de fièvre maligne par les médecins et les chirurgiens du lazaret, lesquels, je le crois encore, ont craint d'effrayer la population en déclarant toute la vérité.

Que dirai-je maintenant des doutes que M. Dubois veut élever sur la nature de la maladie du chirurgien quarantenaire Blanc, qui a contracté une peste bénigne avec bubon en soignant, au lazaret, les gardes de santé qui avaient pris la maladie sur le bord du capitaine Millich?

Ce bubon, dit M. Dubois, était peut-être vénérien! Je le déclare, Messieurs, en pareille matière, je me serais attendu à une discussion plus sérieuse de la part de notre spirituel confrère.

Poursuivons notre tâche, quelque pénible qu'elle soit. Je ne puis souffrir qu'on excite des doutes au sein de l'Académie sur des faits qui ne sont que trop réels et qui résolvent la question la plus importante posée dans le rapport, celle de savoir si la peste épidémique est transmissible hors des foyers épidémiques.

En 1786, le capitaine Bernardy, commandant le vaisseau français *la Providence*, quitta le 14 mai, non pas Brest, comme le dit par erreur le journal où est imprimé le discours de M. Dubois, mais Bone, où sévissait une épidémie pestilentielle d'une grande violence.

Le jour même de son arrivée à Marseille, le 23 du même mois, il avait perdu un maître d'équipage, tombé malade le 18.

Le 30 mai, un autre maître d'équipage fut atteint et mourut le 4 juin, au lazaret, avec plusieurs bubons aux aines.

Le 5 juin, un novice présenta les symptômes suivants : prostration, délire, bubon à l'aine droite. Le malade, dont le bubon a été ouvert le 12 juin par le chirurgien quarantenaire, est mort le 19 du même mois.

Le 7 juin, un matelot offrit un état qui ne peut guère laisser d'incertitude : « Grande faiblesse, marche chancelante, commencement de délire; vomissements bilieux; douleurs vives sous l'aisselle gauche, où le malade sent une dureté qui d'ailleurs est peu saillante. » La mort a eu lieu le 9 juin, après des douleurs très aiguës partant de l'aisselle et se portant vers la tête, la poitrine et la région abdominale.

Le 20 juin, le chirurgien quarantenaire, M. Paul, qui a soigné les pestiférés renfermés dans l'enclos de Saint-Roch, a déclaré être malade. Il a perdu l'appétit; il porte une glande assez engorgée au pli de l'aine gauche. Sa tête est embarrassée, car il ne se rappelle pas s'être levé le matin et s'être recouché à plusieurs reprises.

Le 22 juin, M. Paul ouvre lui-même son bubon.

Le 26 juin, les médecins et chirurgiens du lazaret reconnaissent qu'un abcès s'est formé au-dessous du bubon en suppuration, et conseillent au pestiféré de l'ouvrir.

Le malade ne paraît avoir été guéri complétement qu'après 88 jours.

C'est ce dernier cas que M. Dubois attaque comme n'étant pas un cas de peste.

« M. Paul, dit-il, est le seul malade étranger à l'équipage du capitaine Bernardy. Ce prétendu cas de peste aurait donc été communiqué dans le lazaret. Mais le rapporteur déclare lui-même que le malade n'a reçu les soins directs d'aucun de ses confrères; qu'il n'a été vu, et encore que quand il venait à la grille, qu'à une distance de douze mètres environ, et sans doute à l'aide d'une lunette d'approche. Que penser de l'authenticité d'un pareil fait? »

Si M. Dubois prétendait que M. Paul, qui a soigné au lazaret trois pestes mortelles, n'a contracté qu'une peste légère, je serais de son avis, et ce serait un cas de plus à ajouter à ceux qui tendent à prouver que les pestes contractées dans les lazarets d'Europe en soignant les pestiférés qui y sont apportés, sont souvent assez bénignes; mais vouloir que la maladie du chirurgien Paul, dont un grand nombre de médecins encore à Marseille m'ont dit avoir vu le bubon cicatrisé, n'ait pas été un cas de peste, cela peut convenir pour soutenir une thèse qu'on s'est donnée, mais cela ne vous paraîtra pas fondé en raison.

M. Dubois sait d'ailleurs très bien que le nommé Malet, matelot du même vaisseau *la Providence*, qui avait quitté le bord le 2 juin pour soigner, conjointement avec M. Paul, le premier pestiféré, et qui a ensuite soigné, toujours conjointement avec M. Paul, les autres pestiférés de son bâtiment, est tombé malade le 26 juin, c'est-à-dire 24 jours après son entrée au lazaret; M. Dubois sait que Malet a eu un

bubon bien caractérisé à l'aine gauche, bubon qui a été ouvert par le malade le 29 juin, et qui n'a été guéri que le 7 septembre.

Pourquoi, je vous le demande, Messieurs, M. Dubois ne veut il pas que le chirurgien Blanc ait eu la peste comme les trois premiers malades qui en sont morts, comme le cinquième qui en a guéri? N'est-ce pas uniquement parce que ce fait de peste dérange le système que M. Dubois veut se faire?

Je n'ai plus, Messieurs, qu'un seul fait à examiner avec M. Dubois, et vous verrez qu'ici encore il ne m'est pas possible de partager l'opinion qu'il a émise.

En 1819, le capitaine Anderson, commandant le navire *la Continuation*, quitta le 20 avril Tunis, où régnait une peste épidémique qui enlevait de 80 à 100 personnes par jour.

Le 25 avril, un matelot est mort de la peste, d'après la déclaration du capitaine.

Le 28 et le 29, deux passagers, un enfant et sa mère sont morts d'une maladie que le capitaine dit ne pas avoir été la peste.

Le 26 avril, un matelot a été atteint de la peste avec bubon, maladie pour laquelle il est entré au lazaret de Marseille le 2 mai 1819, et des suites de laquelle il n'a été complétement guéri qu'au commencement d'août.

Le 14 mai 1819, MM. Robert, Murairc et Girard ont visité au lazaret le nommé Michel Favre, garde de santé, qui venait d'être employé sur le navire *la Continuation*.

Voici le résumé de la maladie, tel que l'ont rédigé nos confrères de Marseille :

« Michel Favre se portait bien le 13 mai à deux heures de l'après-midi; à quatre heures, il fut pris d'un violent frisson. Le lendemain, il entra au lazaret, Dans la matinée il avait eu une hémorrhagie nasale, et à cinq heures du soir il s'en déclara une nouvelle. Dès ce moment, Michel Favre se sentit trop faible pour paraître à la grille de fer. Son visage était très rouge! la douleur de tête et la fièvre étaient violentes. Le 15 au matin, il se plaignit d'une douleur à la partie latérale gauche de la poitrine et sous le creux de l'aisselle. A deux heures et demie, une troisième hémorrhagie se manifesta et dura jusqu'à trois heures et demie. La douleur de tête fut un peu diminuée; mais la faiblesse fut grande. La diarrhée survint; le malade se plaignit d'une petite glande à l'aisselle gauche. Le 16 au matin, cette glande avait augmenté de volume, et fut reconnue pour un véritable bubon. A dix heures et demie, une quatrième hémorrhagie nasale se déclara. Elle fut très abondante, car elle fournit huit onces de sang. De ce moment la faiblesse augmenta. Le bubon devint moins douloureux, plus petit; ce qui indiquait une mort prochaine. La nuit a été très agitée. Un délire violent a été suivi d'un assoupissement léthargique qui n'a cessé un instant que pour précipiter plus vite la fin du malade. »

L'inspection du cadavre faite par M. Nel, chirurgien quarantenaire qui a donné des soins au pestiféré pendant son séjour au lazaret, a fait découvrir deux bubons, un à chaque aine, du volume d'un œuf de poule. Le bubon de l'aisselle gauche qui a été signalé avait beaucoup grossi, et des pétéchies étaient disséminées sur toute la surface du corps..

La provenance du bâtiment qui venait de Tunis, où régnait avec violence une peste épidémique, le matelot atteint d'une peste mortelle cinq jours après le départ de Tunis, les deux passagers morts les 28 et 29 avril d'une maladie au moins suspecte, la peste bien caractérisée dont un second matelot a été atteint à bord le 26 juin, et dont il a été traité au lazaret de Marseille; le séjour de Michel Favre sur le bâtiment pestiféré, les symptômes de peste qu'il a présentés pendant la vie, les trois bubons, les pétéchies constatés après la mort, justifient pleinement le nom de peste assigné par moi à la maladie de Michel Favre.

Examinons maintenant sur quoi repose la version de M. Dubois, qui ne veut voir dans ce cas qu'une fièvre typhoïde.

« Le Rapport qui rend compte de la maladie, dit M. Dnbois, ne signale guère, sauf les bubons dont la découverte a été faite lors de l'inspection du cadavre, que des symptômes typhoïdes, hémorrhagies nasales répétées; céphalalgie, diarrhée, faiblesse extrême, délire, etc. »

Je dois faire remarquer à M. Dnbois que pendant la vie, Michel Favre a présenté sous l'aisselle gauche un bubon reconnu par le chirurgien quarantenaire qui donnait des soins au malade; ce bubon, réuni aux deux autres, constatés ensuite aux aines, et qui présentaient l'un et l'autre le volume d'un œuf de poule, constitue un signe de peste difficile à nier. Quant à la céphalalgie, à la diarrhée, à la faiblesse extrême, au délire, aux hémorrhagies, ces symptômes se retrouvent dans la fièvre typhoïde et dans la peste. Mais il ne faut pas oublier que les hémorrhagies sont assez fréquentes dans la peste, pour que les médecins qui faisaient partie de la commission sanitaire qui a préparé l'ordonnance de 1822, aient cru pouvoir dire, comme on peut s'en assurer dans le volume contenant les règlemens de Marseille, que ces hémorrhagies tenaient à des ruptures de vaisseaux, suite de la gangrène de leurs parois. On sait aujourd'hui que les taches noires que l'on trouve fréquemment chez les pestiférés, soit autour des ganglions lymphatiques, soit autour des vaisseaux, soit sur les parois des intestins et ailleurs, résultent d'ecchymoses dues à l'extrême fluidité du sang, fluidité qui rend aussi raison des hémorrhagies et non de gangrènes internes, lesquelles sont fort rares dans la peste.

En résumé, je persiste fermement à croire, avec les médecins et chirurgiens du lazaret de Marseille, que ce garde de santé est mort de la peste produite par l'infection pestilentielle à laquelle il a été soumis pendant son séjour à bord du capitaine Anderson.

L'examen détaillé dans lequel je viens d'entrer, et qui m'a paru nécessaire pour laisser dans les esprits des idées nettes et précises à la place des doutes qu'on s'est efforcé d'y faire naître, prouve de la manière la plus évidente que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques et même hors des foyers d'infection pestilentielle pouvant exister sur les navires, puisqu'on voit dans les lazarets d'Europe la peste se communiquer d'un pestiféré à un homme sain qui n'a pas été sur le navire infecté.

M. Dubois a terminé sa communication par le tableau des conditions hygiéniques très défavorables qu'offrent les vieux quartiers de Marseille, et son port vraiment infect. Je ne puis qu'appuyer de mon témoignage tout ce qu'il a dit à ce sujet. Aussi, quand M. Dubois aura formulé la conclusion additionnelle qu'il se propose de présenter à cet égard, je m'empresserai de la soumettre à la Commission, et de venir ensuite vous dire la décision de celle-ci.

Un mot encore sur l'insalubrité acturelle de l'Egypte et sur Méhémet-Ali..

Les causes productrices de la peste sont accumulées dans les Delta; on peut détruire les unes et diminuer assez les autres pour rendre à l'Egypte ces temps où elle était exempte de la peste. Sur tous ces points signalés avec quelqu'étendue dans le Rapport, M. Dubois est d'accord avec la majorité de la Commission.

Mais il reproche à celle-ci, ou plutôt à son rapporteur, de ne pas avoir laissé peser sur le vice-roi l'odieux des calamités qui affligent l'Egypte.

Fallait-il déverser sur Méhémet-Ali un blâme stérile, ou bien lui tenant compte des efforts déjà faits par lui pour tirer son peuple de la barbarie, devait-on chercher à lui prouver que ce serait servir les intérêts de sa puissance et de sa gloire que d'imiter le bel et grand exemple donné par les dominateurs de l'ancienne Egypte? M. Dubois est du premier avis; je suis du second.

Sans doute Méhémet-Ali, dont l'existence n'a cessé d'être gravement menacée que depuis 1841, a commencé par faire venir d'Europe des hommes de guerre, des ingénieurs chargés de lui procurer des armes, de la poudre, des vaisseaux. Bientôt, cependant, il a eu recours à d'autres Européens pour fonder des manufactures.

Enfin, il a appelé auprès de lui des médecins d'Europe; il a fondé une école de médecine qu'il a confiée à des hommes éclairés. C'est encore à des médecins d'Europe qu'il a remis la direction des hôpitaux fondés par ses soins..

Et ici, Messieurs, pourrions-nous sans ingratitude ne pas nous rappeler que c'est à cette confiance si justement accordée par Méhémet-Ali à plusieurs de nos confrères que nous devons la plupart des moyens de se prononcer sur les conclusions du rapport?

Mais, chose plus digne encore de votre attention, si nous connaissons mieux qu'il y a vingt ans les causes qui propagent et engendrent la peste en Egypte ne le devons-nous pas à l'accueil fait par Méhémet-Ali à M. Pariset, à M. Hamont, et autres médecins européens qui se sont livrés à cette étude? Ne faut-il pas rappeler aussi la création de cette intendance sanitaire et de ce lazaret institués depuis 1831 au grand profit de la science, et ces commissions sanitaires qui, lors de l'épidémie de 1841, ont combattu la peste par tous les moyens dont le gouvernement a pu disposer?

M. F. de Lesseps vous a appris dans sa correspondance comment Méhémet-Ali sait triompher des résistances fanatiques des ulémas. Le pacha apprend que ceux-ci s'opposent aux quarantaines prescrites par les médecins sanitaires; à l'instant, il ordonne que les ulémas qui ne donneront pas le bon exemple feront sept mois de galères, et les ulémas se mettent en quarantaine.

Ne se contentant pas de faire étudier l'Egypte et ses habitants par des Européens dont il a mis souvent les avis à profit, n'est-ce pas encore Méhémet-Ali qui a fondé et qui entretient à Paris cette école égyptienne, composée de l'élite des jeunes gens du pays, et dont les élèves reporteront nécessairement dans leur patrie les idées, les sentiments, les sciences et les arts de la civilisation moderne?

Suit-il de cet exposé, qui ne sort en rien des bornes de la vérité, que les villes et les villages de la Basse-Egypte ne soient dans des conditions qui en font des foyers constants de peste? Peut-on en conclure que les fellahs ne soient probablement les homme les plus malheureux de la terre? Doit-on penser, enfin, que Méhémet-Ali est assez convaincu qu'il n'y a dans un pays puissance et richesse durables qu'à la condition que le peuple est sain et heureux? Nullement, Messieurs. Tout ce que j'ai dit dans le rapport des causes locales d'insalubrité, de la misère excessive des habitants, du mépris de la vie des hommes en Egypte, tout cela est vrai, trop vrai. Mais devais-je pour cela, et contrairement à la vérité, considérer Méhémet-Ali comme un Turc fanatique systématiquement opposé à toute idée de progrès et d'amélioration? Je ne l'ai pas pensé.

Aussi persisterai-je à demander le maintien de ce que j'ai dit dans le rapport.

Toutefois, si je repousse l'avis donné à cet égard par M. Dubois, je suis prêt à me rallier, je puis le dire par avance, à l'amendement que semble vouloir proposer M. Hamont, et par lequel les principales puissances de l'Europe seraient invitées à se concerter et à fournir au besoin les moyens pour détruire les causes de la peste, et prévenir, comme en d'autres temps on a prévenu, le développement du fléau en Egypte.

Messieurs, avant de renoncer à la parole, je désire vous donner connaissance des principaux passagers d'une lettre que m'a adressée récemment de Marseille un médecin qui, soit par sa position, soit par la sagacité et la finesse naturelle de son esprit, soit, enfin, par la variété et l'étendue de ses connaissances, peut être regardé comme la première notabilité médicale du pays. J'étais bien désireux de connaître l'impression qu'aurait faite sur lui, ainsi que sur tous les autres médecins de Marseille, la lecture du rapport que vous avez entendu avec tant de bienveillance. Voici ces passages : je les cite textuellement non pas dans un vain intérêt d'amour-propre pour la Commission, mais dans le grand intérêt du triomphe de la vérité et de la concorde des médecins.

» Je regarde le rapport comme l'expression la plus parfaite de l'état de la science dans le moment actuel. C'est là l'opinion de l'immense majorité des médecins de notre pays......

» Les idées sont plus en voie de progrès à Marseille que vous ne le pensez. Un journal, le *Courrier de Marseille*, a *osé* écrire de bons articles, dans le sens de votre rapport, qui n'ont pas été trop mal reçus. »

Cette lettre finit ainsi : « Que la Commission poursuive son œuvre, elle aura bien mérité du pays et sa reconnaissance ne lui manquera pas. »

Serions-nous destinés, Messieurs, à voir les membres de l'Académie s'éloigner de sa Commission au moment où les médecins de Marseille s'en rapprochent autant? Je n'ai pas cette crainte. Je conçois parfaitement que des hommes consciencieux, qui ont été élevés dans des doctrines que le rapport ne confirme pas toujours, éprouvent des répugnances, des répulsions même. Mais j'ai la confiance que la discussion attentive et sérieuse des faits nous amènera tous ou presque tous aux mêmes convictions.

Autant je désire que le rapport soit discuté à fond et librement, autant je regretterais de nous voir divisés pour des dissidences peu importantes. Cette division des médecins, qui bien souvent, surtout de notre temps, n'est pas aussi profonde qu'on le dit, est l'éternel argument des hommes qui sont à bout de bonnes raisons pour combattre des vérités qui leur déplaisent. Ne leur donnons que le moins possible cette ressource et cette consolation.

M. Ferrus. Comme membre appartenant à la majorité de la Commission, j'avais éprouvé une sensation pénible en entendant la lecture du discours de M. Dubois (d'Amiens), et j'avais demandé la parole pour lui répondre. M. Prus, rapporteur de la Commission, a voulu se charger de ce soin, et devait même répondre à tous les orateurs qui avaient attaqué le rapport de la Commission; mais ayant été indisposé, il n'a pu se préparer à répondre qu'à M. Dubois (d'Amiens). Je chercherai à le remplacer dans une partie de la tâche qu'il s'était imposée; mais je ne profiterai pas longtemps de l'attention que l'Académie voudra bien me prêter, afin de ne pas prolonger cette discussion. Il reste d'ailleurs peu de choses à dire sur les questions générales, qui sont les seules dont je veuille m'occuper. Les doctrines émises par la Commission ont été longuement et consciencieusement discutées dans son sein avant d'être consignées dans le rapport dont vous avez doublement eu connaissance, et à la rédaction duquel nous ne saurions donner que des éloges. Ces doctrines ont été attaquées de diverses manières par les orateurs opposants, et M. Prus, en répondant à M. Dubois, a répondu en même temps à la plupart des objections qui nous étaient adressées, ce qui nous fait penser que l'opinion de l'Académie doit être arrêtée maintenant. On nous a reproché l'absence de considérations générales sur la peste, de n'avoir pas donné la description des phénomènes qu'elle présente, ni la définition de la contagion; on nous a accusés de n'avoir pas traité assez longuement les questions physiologiques, et de n'être pas entré assez avant dans le cœur de la question. Ces reproches, bons tout au plus si nous avions voulu faire un traité complet, s'accordent peu avec ceux qu'on nous a adressés d'autre part sur la trop grande étendue du rapport. Ces reproches mêmes ne s'accordent point entre eux, comme on le voit, et, à l'exemple de M. Rochoux, empruntant une citation à La Fontaine, nous dirons : « Est bien fou de cerveau celui qui veut contenter tout le monde et son père. » Les orateurs ont-ils fait du moins ce qu'ils ont reproché à la Commission de n'avoir point fait? Ils ont critiqué, mais ils n'ont rien proposé; ils n'ont rien mis à la place de ce qu'a dit et proposé la Commission.

Point de départ de la peste. — L'Egypte, depuis des siècles, a été considérée comme le berceau de la peste; pour y détruire cette maladie, la Commission a exposé quelles étaient les conditions à remplir : Il faut, a-t-elle dit, assainir le pays, donner du pain aux habitants, améliorer l'hygiène.

A cet égard, Méhémet-Ali fera tout ce qu'il pourra; mais il a à lutter contre une population fanatique et superstitieuse. Les fellahs veulent vivre à leur manière; ils veulent rester tels qu'ils sont. Ils n'ont point demandé, que je sache, un gouvernement représentatif, et l'impossibilité où nous sommes même de modifier les habitudes des populations algériennes doit nous rendre circonspects en pareille matière. Si nous nous livrions aux réclamations qui nous sont conseillées, il faudrait demander pour l'Egypte non-seulement l'abolition du despotisme et les libertés civiles, mais encore l'émancipation des préjugés et la liberté religieuse; car de toutes les plaies de l'Egypte dont il a été fait mention, le fanatisme est la pire. Méhémet-Ali trouve de grandes difficultés; espérons qu'Ibrahim pourra les lever un jour, et ne nous laissons pas entraîner, ainsi que MM. Dubois, Rochoux et Hamont nous le conseillent, à entreprendre une croisade contre le pacha d'Egypte.

Epidémicité. — Quant à la question d'épidémicité, il ne reste rien à dire à cet égard, à moins de changer complétement le langage médical et de renoncer à dire : Il existe une maladie épidémique telle part; telle maladie a pris le caractère épidémique, ce que nous faisons journellement. Il faudrait, en un mot, refaire la science. Je suis loin de prétendre que la question ne présente pas des points obscurs et incertains, que tous les caractères généralement assignés aux épidémies soient constants, qu'ils se montrent toujours au même degré; mais je soutiens qu'ils ne sont pas illusoires, comme l'a prétendu M. Dubois, et que chacun de nous, envoyé dans une localité pour décider si une maladie est épidémique ou endémique, n'éprouverait aucun embarras pour se prononcer.

Des témoins irrécusables nous ont dit que la peste était précédée de phénomènes précurseurs, de douleurs ayant pour siége les cicatrices d'anciens bubons pestilentiels. M. Gaultier de Claubry a nié l'importance de ces avertissements, et notre rapporteur n'a pas répondu à cette critique. Le colonel Charroy, qui avait été atteint de la peste en Egypte, souffrait à Paris, ainsi que nous l'a dit M. Gaultier de Claubry, des cicatrices de bubons pestilentiels, alors certainement que la peste ne régnait pas parmi nous. Mais M. Charroy, qui d'ailleurs était fort rhumatisé, souffrait en même temps des cicatrices de toutes ses anciennes blessures, et cela ne prouve pas que s'il eût habité l'Egypte les douleurs se réveillant dans les cicatrices de ses bubons ne pussent être un avertissement de quelque valeur. L'observation de M. Charroy, puisqu'elle a été citée, est d'ailleurs utile à examiner sous quelques autres rapports. Il fut saigné à Jaffa par un Turc qui, observant l'expression de ses yeux et se fondant sur l'absence de phénomènes nerveux, lui assura qu'il guérirait. Son traitement consista dans des boissons chaudes, des frictions huileuses. Quant au bubon, l'opérateur turc, après l'avoir circonscrit avec l'instrument tranchant, l'arracha avec ses ongles. Pendant ce dernier temps de l'opération, il plaça son instrument tranchant entre ses dents, sans que plus tard il fût atteint lui-même de la peste.

Contagion et infection. — Depuis la discussion qui s'est élevée dans le sein de l'Académie, et avant cette discussion sans doute, nous tous, Messieurs, nous devons avoir une opinion faite sur la contagion.

Quand la peste règne épidémiquement, elle devient bien plus grave, bien plus pernicieuse, et peut donner naissance à des foyers d'infection.

De là sans doute une grande différence entre la peste endémique et la peste épidémique, et la Commission n'a point manqué de le faire sentir; mais elle n'a déclaré nulle part qu'elle admettait deux espèces de peste, et elle ne considère la peste sporadique et la peste épidémique que comme des maladies du même genre sans vouloir en faire des espèces à part. On nous a reproché de ne nous être pas expliqué assez franchement sur la contagion, d'être contagioniste sans l'avouer, de n'avoir point eu le courage de notre opinion. Il n'en est rien, Messieurs; nous avons dit tout ce que nous pensions, et si, pour rendre notre pensée, nous avons préféré le mot infection à celui de contagion, c'est que nous voulions parler d'un mode de transmission qui n'était pas celui généralement admis, et surtout hors du public médical. La Commission a voulu prévenir toute confusion, toute équivoque sur les termes, et c'est pour cela qu'elle a évité de se servir du mot contagion dont le seul mot défini n'est pas le même pour tout le monde. La Commission est contagioniste si l'on entend la contagion à la manière de Fracastor; mais, si on l'entend comme la plupart des médecins modernes et les gens du monde, elle n'est plus contagioniste.

Quant aux divers modes suivant lesquels la contagion peut s'opérer autrement que par l'intermédiaire de l'air, c'est-à-dire par l'infection, les faits pour et contre ont été mûrement examinés par la Commission; elle est restée dans le doute sur plusieurs points, et relativement surtout à celui sur lequel M. Bousquet a insisté, c'est-à-dire l'inoculation, ainsi que cela est consigné dans sa onzième proposition.

M. Rochoux, contagioniste pur, et qui cependant veut l'abolition des lazarets, ne la conseille que pour disséminer les malades qui pourraient se trouver au lazaret. Nous voulons aussi l'isolement des pestiférés. Toutefois, nous pensons que, lorsque cet isolement est praticable dans le lazaret lui-même, dans celui de Marseille, par exemple, il est bien plus simple de traiter sur place les pestiférés que de les transporter au loin.

M. Hamont croit toutes les précautions nécessaires; suivant lui, la peste est contagieuse, l'incubation du principe contagieux n'a point de limites; il veut les quarantaines longues, que toutes les provenances de l'Egypte arrivent sous patente brute, et il convient cependant que ce régime n'est pas tolérable. C'est que M. Hamont veut la destruction de la peste dans ses foyers; mais voilà justement où est toute la difficulté.

M. Dupuis, au reste, a pris constamment, dans la Commission, l'initiative de cette manière de voir, et la Commission a instamment demandé que cette œuvre fût entreprise.

La Commission, enfin, Messieurs, ne vous a rien proposé sans les plus mûres réflexions, sans appuyer ses avis sur des documents dignes de toute confiance et sur des témoignages irrécusables; elle propose une diminution des quarantaines, mais elle demande en même temps des précautions plus efficaces que celles qui ont été prises jusqu'à présent au départ, à l'arrivée, et pendant le voyage des bâtiments. Nous demandions qu'il fût attaché à tous les consulats des médecins nommés par le gouvernement, hommes instruits et indépendants, bien plus capables de donner des instructions précises sur l'état de la santé publique, que les coureurs envoyés dans les villes et villages pour y recueillir les bruits relatifs à la peste; mais c'est la seule chose que le gouvernement, malheureusement, ne paraît pas disposé à nous accorder. (M. Prus : J'ai appris tout récemment que cette disposition du Rapport serait favorablement accueillie.) Je l'apprends avec une vive satisfaction.

Si on accorde ce qu'elle demande, tout danger sera évité, et pourtant il sera fait droit aux réclamations des voyageurs et aux besoins du commerce. Et ne croyez pas que ce qu'elle propose soit aussi généralement repoussé qu'on l'a dit dans le pays où doivent être appliquées ces mesures : les anciens Marseillais, la plupart des agents de l'intendance sanitaire, craignent la peste outre mesure sans doute; mais le commerce naviguant et les hommes au courant des recherches modernes sur la manière dont la peste se propage, ne partagent pas les mêmes craintes; et, par une réaction qui se montre toujours dans les cas de ce genre, ils sont peut-être enclins à solliciter des réformes trop radicales. La Commission a cherché à éviter chacun de ces excès; nous avons la ferme conviction qu'elle y est parvenue, et nous avons tout lieu de croire que les hommes les plus éclairés et les plus

impartiaux de cette cité partagent nos opinions.

Encore une fois, ce que demande la Commission, c'est l'allégement des quarantaines, mais à la condition de toutes les garanties capables de rassurer les esprits les plus timorés.

Je termine en proposant à l'Académie la clôture de la discussion générale, d'abord parce qu'elle me semble avoir été assez prolongée, et ensuite parce que les questions de doctrine ne peuvent manquer de se reproduire dans la discussion des propositions qui terminent le Rapport.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance des 1er et 8 juin t846. — Présidence de M. MATHIEU.

M. Velpeau présente, au nom de M. Gorré, médecin à Boulogne, une note sur un enfant monstrueux présentant trois extrémités inférieures et un double appareil sexuel mâle.

Cet enfant est né à Quintas de Corveiras, dans le royaume des Algarves, le 5 septembre 1845. Son père et sa mère sont forts et bien portants. Cette dernière, âgée de vingt-deux ans, et qui avait eu déjà deux enfants bien conformés, n'a rien éprouvé de particulier dans sa troisième grossesse; elle ne se rappelle avoir reçu aucun coup, avoir éprouvé aucune émotion violente; l'accouchement n'a pas été accompagné de plus de souffrances que les deux précédents; l'enfant est venu au terme régulier de neuf mois.

Cet enfant, aujourd'hui dans son huitième mois, est en parfait état de santé, vif et de bonne humeur. Sa tête, son tronc, ses bras, sont régulièrement développés et bien proportionnés; il en est de même des extrémités inférieures, qui occupent la place normale. Quant au membre supplémentaire, évidemment formé de la réunion d'une seconde paire de membres pelviens compris sous une enveloppe commune, il est situé sur la ligne médiane, en arrière des deux autres, qui le cachent presque complétement lorsque l'enfant est couché sur le dos. Ce troisième membre, égal en longueur à chacun des deux premiers, offre à peu près le double de leur grosseur dans la portion correspondant à la cuisse, la jambe est relativement plus grêle. Le pied se termine par dix orteils dirigés en avant comme ceux des membres normaux; les deux gros orteils sont réunis par la peau, et il en est de même des deux doigts externes de chaque côté. Ce membre surnuméraire est flasque, sans mouvements, et plus froid vers sa partie inférieure que ne sont les autres parties du corps; la sensibilité est aussi très faible vers le bas de la jambe et au pied.

Les moyens d'attache de cet appendice monstrueux sont une tige ostéo-cutanée large de 3 à 4 centimètres, et longue de 2 à 3, mesurée en dehors du bassin normal, dans lequel elle s'enfonce en remontant jusqu'à une hauteur qu'on ne peut préciser. Cette tige est assez mobile; sa partie osseuse, autant qu'on en peut juger à traver la peau, paraît formée des dernières pièces du sacrum, qui seraient le seul vestige du bassin anormal.

En avant du bassin normal, on voit deux pénis séparés à leur origine par une distance d'environ 4 centimètres; un seul testicule de chaque côté se rencontre dans le double scrotum correspondant. Chaque pénis est pourvu de son canal de l'urètre. Les deux canaux paraissent communiquer avec une vessie unique; du moins, quans l'émission de l'urine a lieu, elle se fait en même temps, et en quantité égale par les deux voies.

— *M. Serres* communique une nouvelle observation de névroplastie, ou de transformation ganglionnaire du système nerveux périphérique.

— *M. Dumas* lit un mémoire intitulé : Recherches sur le sang. — Le sang renferme trois principales substances azotées : la fibrine, l'albumine, et les petits corps sphériques ou ellipsoïdaux que l'on a désignés sous le nom de globules du sang. On isole et on ramène sans peine à l'état de pureté les deux premières substances; la fibrine, par le battage du sang au sortir de la veine, et l'albumine en laissant le sérum se séparer par une coagulation spontanée; mais il était bien plus difficile d'obtenir les globules débarrassés de fibrine et d'albumine; le premier pas à faire dans une nouvelle étude du sang consistait donc à perfectionner un procédé indiqué d'abord par M. Berzélius, et mieux appliqué plus tard par MM. Lecanu et Figuier; c'est précisément le premier objet du mémoire si intéressant de M. Dumas. Si, avant de filtrer le sang frais, on le délaie avec trois ou quatre fois son volume d'une dissolution saturée de sulfate de soude, ce mélange modifiera tellement les propriétés de la liqueur où flottent les globules, qu'elle traversera seule rapidement les pores du papier, et laissera les globules sur le filtre dans un état d'intégrité et de pureté tout à fait suffisant.

Mais notons une particularité remarquable de cette opération. La liqueur a d'abord coulé limpide et incolore; mais quand, pour isoler du sérum les globules restés sur le filtre, on les lavera avec une nouvelle solution de sulfate de soude, la liqueur qui passe prendra bientôt une teinte rouge-intense qui indique une altération profonde des globules. D'où vient cette modification substantielle? D'une propriété des globules tout à fait capitale, et que M. Dumas fait très bien ressortir. Tant que les globules sanguins sont en contact avec l'air, ils demeurent à l'état artériel, et la dissolution qui les tient en suspension passe incolore. Mais si ces mêmes globules, ne rencontrant plus d'oxigène, passent à l'état veineux, la liqueur filtrée se colore. Dès lors, si, à l'aide d'un tube effilé, on fait circuler dans la dissolution un courant d'air, l'altération qu'il fallait éviter n'existera plus, et avec cette précaution bien simple et un peu d'activité, on se procurera en peu de temps cinq ou six grammes de globules de sang complétement débarrassés de sérum.

Il résulte de ces premières observations que les globules si curieux du sang se comportent, en réalité, comme de petits êtres doués d'une vie propre, qui tantôt vivent quand ils sont à l'état artériel, et résistent par là même à l'action dissolvante du sulfate de soude, qui tantôt meurent ou sont comme asphyxiés quand la privation d'air les réduit à l'état veineux. Dans ce dernier état, ils sont dissous par le sulfate qu'ils colorent.

De ce point de vue ingénieux, les phénomènes de la respiration apparaissent sous un nouveau jour. Ne peut-on pas, ne doit-on pas dire qu'à part l'action propre du sérum sur l'air, la respiration d'un animal supérieur, de l'homme en particulier, a surtout pour objet de fournir l'oxigène aux globules du sang et d'expulser les produits dans lesquels ils le convertissent? Pour approfondir les mystères de la respiration, il ne suffit donc pas de s'arrêter à considérer le sang comme une masse fluide, il faut arriver jusqu'aux globules, qui sont le siége principal du phénomène. Des expériences chimiques et l'observation microscopique ont déjà démontré que la faculté de prendre la couleur brillante du sang artériel appartient aux globules eux-mêmes, et ne dépend ni de l'albumine du sérum, ni de la fibrine, ni de l'action vitale de l'être animé.

M. Dumas ne s'est pas arrêté à ces premiers aperçus; il a étudié avec soin l'action exercée sur les globules par les divers agents chimiques et surtout par les sels, qui, sous ce rapport, se partagent en deux grandes classes. Les uns, comme le sulfate, le phosphate et probablement le lactate de soude, comme le sel de seignette, n'empêchent en aucune manière la coloration en rouge des globules sous l'influence de l'oxygène. Les autres, les chlorures de sodium, de potassium et le chlorhydrate d'ammoniaque, la maintiennent à l'état veineux; la couleur reste violette et sombre. Les sels qui conservent au sang la faculté de s'artérialiser laissent les globules entiers, leur donnent la propriété de s'isoler complétement du sérum par la filtration; au contraire, ceux qui asphyxient les globules laissent filtrer un sérum coloré.

N'y aurait-il pas quelques rapports entre ces phénomènes et les mauvais effets produits par l'abus des viandes salées qui prédisposent au scorbut, ou les propriétés toxicologiques des sels ammoniacaux?

Ces faits prouvent du moins jusqu'à l'évidence qu'il existe une liaison inattendue entre l'intégrité des globules, l'état artériel du sang, les phénomènes de la respiration et la nature ou la proportion des sels que le sang tient en dissolution. Il suffit d'avoir essayé quelques expériences de ce genre pour être convaincu que l'asphyxie, au sein même de l'oxygène, peut être déterminée par le seul fait de l'introduction de quelques sels qui modifient la manière d'être des globules à l'égard de l'oxygène.

Le médecin devra tirer d'immenses avantages d'une étude plus approfondie des globules pris sur le malade et soumis à l'action des sels. Ce mode de diagnostic indiquera mieux, dans beaucoup de cas, le traitement à adopter.

L'analyse élémentaire des globules était devenue facile dès qu'on les avait isolés, et M. Dumas la donne avec une entière confiance. Voici les nombres qu'il a obtenus :

Globules du sang.

	De femme.	De chien.	De lapin.
Carbone.....	55,t	55,1	54,1
Hydrogène.	7,t	7,2	7,t
Azote........	17,2	t7,3	17,5
Oxygène....	20,5	20,4	2t,3
	100,0	100,0	100,0

Il résulte de ces analyses que les globules du sang appartiennent à la famille des matières albuminoïdes.

Quatrième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Lefebure.
Nicolas.
Perroi (Emile).
Téallier.
Leuret, médecin de Bicêtre.
Boyer (Lucien).
Rostan, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
De Mey.
Tournié.
Sainton.
Bossu.
Bossu, D.-M., au Havre.
Pinel neveu.
Czernikowski.
Deville (A.).
Vidal (de Cassis), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Gruby.
Leymarie.
Honoré, membre de l'Acad. royale de médecine.
Matri.
Braconnot.
Tavernier.
Fontan, membre corresp. de l'Acad. royale de médecine.

Les observations de personnes électriques dont il a été question dans notre feuilleton de mardi dernier, ont été consignées dans différents journaux et n'appartiennent pas à M. le docteur Tanchou. L'espace nous manque aujourd'hui pour les rapporter avec quelque détail; mais nous aurons sans doute occasion de revenir sur cette question qui n'est pas dénuée d'intérêt, et nous analyserons les faits les plus importants.

NOUVELLES.

Le Conseil royal de l'Université a eu dernièrement à se prononcer sur la singulière demande d'un jeune homme qui désirait être dispensé de subir l'examen du baccalauréat ès-lettres et du baccalauréat ès-sciences, et néanmoins recevoir ce double titre par collation. Le plus piquant a été d'entendre un conseiller déclarer que de nombreux précédents rendaient la demande discutable.

— Sur la proposition du prince de Metternich, l'empereur d'Autriche vient d'établir à Vienne une Académie des sciences. L'ordonnance impériale porte la date du 30 mai.

— Le mercredi 17 juin, à une heure précise, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, M. Desavenières ouvrira ses cours théorique et pratique de pathologie oculaire et génito-urinaire.

Cette année, il traitera des ophthalmies, des amauroses, des cataractes, des névralgies, des inflammations génito-urinaires, des rétrécissements de l'urètre, de la rétention d'urine, de la pierre et de la lithotripsie.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 70. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'urétrite blennorrhagique et de son traitement.

(Suite du numéro du 21 mai.)

On combine assez souvent ensemble le cubèbe et le copahu. Nous préférons employer séparément chacun de ces médicaments, de telle sorte que si l'on échoue, l'autre reste comme seconde ressource. Quelquefois il est nécessaire de changer la thérapeutique pour faire patienter le malade. Si l'on a d'abord employé les deux médicaments, on ne peut plus substituer l'un à l'autre pour gagner un peu de temps. Mais si le copahu seul n'est pas supporté, il est des cas où le mélange de l'un et de l'autre est parfaitement toléré. Ces derniers cas étant tout à fait exceptionnels, nous pensons que l'on fera bien de ne point user d'abord du mélange que nous avons signalé. Lorsque l'on veut agir vite et bien, on commence par employer le copahu, puis l'un et l'autre alternativement; mais nous pensons que c'est une mauvaise méthode que de les administrer ensemble.

Supposons maintenant que le traitement abortif ou n'ait point réussi, ou n'ait pu être employé, vu le temps depuis lequel durait la maladie. Le malade est, qu'on nous passe cette expression, en pleine blennorrhagie. Il faut insister alors sur les conditions d'hygiène. On prescrira des bains, des boissons abondantes et délayantes; la moyenne de la température des bains doit être de 27 à 28° R., un peu plus ou moins, suivant les sujets. La durée du bain n'est pas non plus chose facile à déterminer.

Pour certains sujets, le bain devra être d'une heure. Pour d'autres, un bain d'aussi longue durée serait suivi d'une réaction plus nuisible qu'utile. On devra tâter la susceptibilité des individus. Nous avons plus d'une fois rencontré des malades auxquels un bain entier occasionnait une rétention complète d'urine. De plus, on sait avec quelle facilité les érections surviennent dans le bain. Si cette médication produit des effets semblables chez un malade atteint de blennorrhagie, ce devra être pour vous un avertissement de n'y plus revenir.

Nous défendons complétement et toujours les bains de siége, dont les effets sont toujours fâcheux dans l'affection qui nous occupe. On entretiendra par quelques laxatifs ou quelques lavements la liberté du ventre. Il importe beaucoup de ne point laisser séjourner longtemps les matières fécales dans le gros intestin : on fera principalement usage des purgatifs salins. On recommandera l'usage constant du suspensoir, le coucher sur un lit dur, des couvertures peu épaisses et peu chaudes. On se trouvera bien aussi des pilules camphrées; régime sévère. Dans beaucoup de circonstances, ces moyens suffisent pour passer la période aiguë; mais pour peu que l'inflammation soit vive, il faut avoir recours aux antiphlogistiques puissants, agir avec vigueur.

Tant qu'il n'y a pas de réaction générale, on peut se borner aux émissions sanguines locales. Dans ces cas, on les place au nombre de vingt, vingt-cinq ou trente au périnée, point dans lequel on obtient un dégorgement suffisant, et où l'on n'est pas exposé à déterminer l'œdème, comme si on les plaçait sur la verge, le long du canal de l'urètre. Nous avons vu, non seulement de l'infiltration, mais la gangrène succéder quelquefois à des applications de sangsues sur le trajet de l'urètre. On devra laisser longtemps saigner les sangsues. S'il y a réaction générale, mouvement fébrile prononcé, on devra faire une saignée du bras proportionnée à la constitution du sujet et à l'intensité de la maladie.

Quelques personnes ont employé les injections caustiques substitutives dans la période aiguë, en même temps que le cubèbe et le copahu. On a pu, dans quelques circonstances, obtenir des guérisons, Mais, nous nous élevons, en règle générale, contre l'emploi des injections, soit caustiques, soit astringentes, soit irritantes, dans la période aiguë inflammatoire. Si l'on compte quelques succès, les cas d'insuccès sont de beaucoup plus nombreux; c'est peut-être pour avoir fait usage des injections caustiques d'une manière intempestive et irrationnelle que quelques médecins auront observé ces accidents dont on a fait si grand bruit, et que l'on a bien à tort signalés comme constants. A la période d'inflammation aiguë phlegmoneuse de la blennorrhagie, nous proscrivons formellement les injections même émollientes, ayant reconnu que l'introduction seule de la seringue dans l'ouverture du méat urinaire est plus nuisible que l'injection n'est utile par ses propriétés calmantes.

Les balsamiques sont mieux tolérés, et l'on aurait certainement plus d'avantage à administrer les balsamiques dans la période aiguë qu'à employer les moyens directs. Si souvent nous ne les mettons pas en usage à cette époque de la maladie, c'est pour ne pas nous en servir inutilement, et ne pas épuiser une ressource qui nous sera plus tard fort utile. La maladie présente un degré sur lequel le médicament ne peut avoir de prise. On aurait plutôt la crainte d'animer l'inflammation phlegmoneuse que de l'amender. Dans tous les cas, si vous ne l'augmentez pas, les remèdes étant sans action, vous avez produit ceci, que le malade est ennuyé des médicaments que vous lui avez fait prendre, et qu'alors qu'il serait convenable de les lui administrer, à ce moment il n'en veut plus.

Cependant, il est une vérité clinique dont nous devons tenir compte, et que nous devons signaler; c'est qu'il y a des malades chez lesquels les douleurs qui se font ressentir dans l'émission de l'urine, ne diminuent que sous l'influence des balsamiques. Alors le copahu devient le véritable sédatif. Mais ces cas sont l'exception. Ce ne sera que lorsque vous aurez employé d'une manière convenable la médication antiphlogistique, que ne réussissant pas complétement à tarir l'écoulement, vous devez avoir recours au cubèbe, au copahu. La maladie continuant, vous pourrez employer comme moyen explorateur le copahu ou le cubèbe; le premier surtout, qui est moins phlogistique, moins excitant; le cubèbe est un antiblennorrhagique tonique; mais ici, à cette époque de la blennorrhagie, vous n'emploierez les balsamiques que comme méthode d'exploration, de tâtonnement, qui ne sera continuée qu'autant qu'elle ne fera point de mal.

Nous arrivons au traitement des accidents qui peuvent se rencontrer dans la période aiguë de la maladie. En première ligne nous noterons la dysenterie. C'est un accident qu'il faut surveiller avec le plus grand soin. De la simple difficulté d'uriner à la rétention complète d'urine, il n'y a qu'un pas. Si la dysurie survient, il faut encore mettre plus d'énergie dans l'emploie des moyens antiphlogistiques; nous l'avons souvent dit, savoir faire pisser les malades : c'est leur rendre un grand service, et grandement amender la blennorrhagie. Il faut recommander au malade de se laisser pisser, qu'on nous passe cette expression qui rend parfaitement ce que nous voulons exprimer, en plongeant la verge dans l'eau très légèrement tiède. Cette pratique a l'avantage de remédier à l'agglutination du méat urinaire, de décoller les croûtes qui se forment par suite de la dessiccation du pus.

Si la rétention d'urine survient complète, que faut-il faire? Doit-on, un malade étant pris de rétention d'urine aiguë, immédiatement recourir au cathétérisme? Ce serait une méthode dangereuse; il ne faut, en pareille circonstance, ni trop se hâter de recourir à cette opération, ni trop tarder; souvent, chez un malade pris d'une rétention d'urine aiguë, l'on verra une saignée du bras, une application de sangsues amener une sédation, un relachement des tissus, qui remédiera complétement à l'accident grave dont nous parlons. Un quart de lavement froid, composé de 100 grammes de décoction de têtes de pavot et de quinze ou vingt gouttes de laudanum, suffira quelquefois pour faire pisser le malade. Tous ces moyens sont-ils inutiles, on plongera le malade dans un bain à une très basse température; on devra, quant aux bains, prendre beaucoup de précautions; quand ils ne font pas uriner les malades, les bains augmentent la rétention d'urine.

Vous voyez par ce que nous venons de dire, que nous luttons le plus possible et de toutes les manières, pour ne point être obligé d'arriver à l'emploi de la sonde. Vous aurez d'autant plus de temps pour agir, que la rétention sera moins ancienne. Mais cependant une fois que vingt-quatre heures se seront écoulées sans que le malade ait uriné, ne tardez pas plus longtemps; plus vous attendriez alors, plus l'opération du cathétérisme deviendra difficile; la distension de la vessie et par suite son élévation au-dessus des pubis, la gêne de la circulation dans les parois du canal de l'urètre, l'arrêt mécanique du sang dans le système veineux, sont autant de conditions qui rendent le cathétérisme moins facile.

Une fois le cathétérisme devenu nécessaire, c'est ici qu'il faut procéder sagement et doucement; les tissus enflammés sont rendus friables par le fait même de l'inflammation, et perdent leur souplesse. C'est dans des circonstances comme celles-ci que vous devez non pas viser à la dextérité, mais uniquement songer à la sûreté du malade. L'instrument que vous devez employer sera une sonde en gomme élastique, à courbure fixe, sans mandrin, d'un calibre moyen, du numéro 16 ou 18 de la filière millimétrique, et enduite d'un corps gras. La sonde introduite avec précaution, vous avez un temps d'arrêt; là où l'urètre est tuméfié, votre instrumen

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Difficulté de comprendre la question de la peste. — Honneur fait à M. Dubois (d'Amiens). — Le grand sabre de M. Bégin. — Mon petit dicours *ad hoc* — La diplomatie s'en mêle. — Dangers des procès contre l'illégalité. — Les battus payent l'amende. — Pourquoi? — Conseils. — L'affaire d'Ibrahim-Pacha.

J'avoue que je commence à en avoir suffisamment des quarantaines et de la peste; j'avoue encore que je croyais y comprendre quelque chose dès le début de cette affaire, et qu'aujourd'hui je n'y comprends plus rien du tout. La contagion qui n'est pas l'infection, mais qui cependant infecte; l'infection qui n'est pas la contagion, mais qui cependant transmet; une maladie qui n'est pas contagieuse, et qui néanmoins est transmissible; une transmissibilité qui n'est pas contagieuse, et qui néanmoins se propage, toutes ces distinctions d'une science subtile et raffinée n'ont pu jusqu'ici pénétrer dans mon encéphale, qui s'est trouvé imperméable et dur comme une pierre. J'ai beau lire, j'ai beau écouter, je n'avance pas, et ce qui me désole, c'est qu'à la manière dont les orateurs académiciens discutent ou plutôt lisent leurs discours, on dirait que la chose est très facile et qu'ils la possèdent sur le bout du doigt, tandis que mon infime intellect s'y embrouille de plus en plus. A chaque séance j'espère que le voile épais qui me couvre l'intuition de ce mystère va se déchirer; mais au contraire il s'épaissit de plus en plus. J'avais beaucoup compté sur le discours de M. Prus pour me tirer de peine; mais M. Prus n'a accordé qu'à M. Dubois (d'Amiens) tout seul l'honneur d'une réponse; les théories de M. Rochoux sur la contagion, les analogies de M. Gauthier de Claubry, les objections et les doutes de M. Bousquet, que je m'attendais à voir réduire en poudre, le rapporteur n'en a pas encore dit un mot. Est-ce dédain, est-ce impuissance? Probablement ni l'un ni l'autre, mais simple désir de répondre d'abord aux objections d'un membre même de la commission. Car c'est une chose curieuse et qui n'a pas été assez remarquée, que la première attaque contre la commission soit partie d'un de ses membres. Je reconnais qu'à cause de certaines considérations il eût peut être mieux valu que M. Dubois (d'Amiens) ne se montrât pas si empressé dans son hostilité contre la commission; mais enfin M. Dubois était dans son droit rigoureux, et je trouve que si au point de vue de certaines convenances parlementaires il eût mieux fait de s'abstenir, je trouve aussi que c'est une maladresse d'avoir donné trop d'importance à son attaque. Autre chose. Je trouve encore que M. Prus n'a pas été généreux envers M. Dubois (d'Amiens), et qu'il a cherché à procéder un peu contre lui par voie d'intimidation. Il a voulu évidemment lui faire peur de M. Bégin. — Ah! ah! lui a-t-il dit, ou à peu près, vous parlez de M. Bégin; mais attendez, voilà qu'il arrive, et avec ses allures décidées et son grand sabre de militaire, vous êtes bien sûr d'être pourfendu. — Je ne sais pas quel effet aura produit cette menace sur le courage de M. Dubois; je ne sais si M. Bégin sera très flatté de se voir transformer ainsi en une espèce de croquemitaine; mais toujours est-il qu'on ne s'attendait guère à voir en cette affaire le grand sabre de M. Bégin.

Maintenant, voulez-vous que je vous dise mon petit avis sur toute cette discussion? C'est qu'elle n'aboutira pas, qu'elle ne peut pas aboutir. La Commission, à qui certains orateurs reprochent de n'avoir pas fait assez, a beaucoup trop fait à mon sens. Commission scientifique, elle a voulu faire un travail scientique, et c'est là ce qui l'a fait s'égarer dans une voie qui n'a pas d'issue. Si j'avais l'honneur d'occuper une banquette académique, de ma voix la plus humble, et sans monter à la tribune, je dirais quelque chose comme ceci :

« Pourquoi sommes nous consultés? Pour savoir s'il y a lieu de modifier le système des quarantaines.

» Pour cela, que faut-il faire?

» Une chose; la seule possible; celle que mon honorable ami, M. Aubert-Roche, se tue à vous indiquer depuis quatre ou cinq ans; c'est-à-dire rechercher quelle est la durée de la période d'incubation de la peste, et après combien de temps un bâtiment parti d'un port suspect ou infecté peut être regardé comme libre de peste.

» Toute la question pour les quarantaines est là, rien que là.

» Cette question peut-elle être résolue? Oui, et c'est la seule. Ici, les documents historiques existent; ils sont sincères; ils ne peuvent pas mentir, parce qu'ils ont été recueillis sans intention, sans but, sans prévision du résultat qu'ils renferment.

» Comment pouvez-vous penser à résoudre les questions d'étiologie et de contagion? Où sont vos faits, vos documents, vos observations, votre expérience propre? Comment, et où avez-vous étudié la peste? Où est votre *criterium*, pour juger de la valeur des preuves confuses, contradictoires, divergentes et si nombreuses que chaque opinion accumule à son service?

» La question d'incubation, au contraire, est claire comme une question de chiffres. Combien de fois depuis cent ans la peste s'est-elle déclarée après huit jours à compter du départ, ce sera la plus grande probabilité scientifique à laquelle on puisse arriver?

» Et qu'importe alors que la peste soit contagieuse ou qu'elle ne le soit pas, question complétement insoluble dans l'état actuel de nos connaissances, s'il est incontestable que la peste n'a qu'une durée d'incubation de huit jours?

» Je propose donc de concentrer toute l'attention, toute la discussion sur ce seul point, les autres ne pouvant être abordés qu'au grand détriment de la science et de l'art. »

Si je suis bien informé, c'est de cette manière que dans de hautes régions il a été décidé qu'on agirait dans la question des quarantaines. On a attendu le rapport de l'Académie, on a pris connaissance de ses premières discussions, et, voyant que la question s'élargissait, s'étendait sans profit et sans utilité, qu'elle n'arrivait pas au point capital et urgent pour lequel l'Académie a été consultée, on a résolu de la concentrer sur ce seul point et de se conduire en conséquence. On va laisser la science se débattre pour mettre à l'œuvre les hommes de pratique. La discussion de l'Académie, qu'à bon escient j'ai fait tous mes efforts pour presser un peu, va certainement perdre de son importance et de son actualité.

s'arrête ; ne cherchez point à forcer le passage ; laissez l'instrument en place ; par son poids, et maintenue légèrement par le chirurgien, la sonde exerce sur le rétrécissement une compression lente et méthodique ; elle chasse l'œdème devant elle, et il est rare, si vous êtes prudent et patient, que vous ne finissiez pas par pénétrer dans la vessie.

Mais ici, se trouve soulevée une autre difficulté. Une fois la vessie vidée, faut-il laisser la sonde, ou faut-il la retirer? Si on la retire, on risque de ne plus pouvoir l'introduire, si la rétention persiste ; si on la laisse, il est possible que le contact d'un corps étranger augmente l'inflammation. Sur ce point, nous ne pouvons tracer de règle absolue ; on ne doit ni retirer toujours la sonde. ni la laisser toujours à demeure. Si la rétention d'urine est récente, si elle est survenue dans les premiers temps de la période aiguë, alors que nous avons le droit de soupçonner un mouvement fluxionnaire seulement et non encore l'inflammation plastique ; si nous sommes entré assez facilement, que la sonde placée dans la vessie soit assez libre, qu'elle ne soit point serrée par la diminution du calibre de l'urètre, nous la retirons après avoir évacué l'urine ; mais en même temps nous redoublons d'activité dans l'emploi des antiphlogistiques, car nous avons ajouté à la maladie une condition d'inflammation, le passage de la sonde. L'énergie du traitement doit être augmentée en raison même de l'augmentation des causes inflammatoires. Souvent aussi, un seul cathétérisme suffira.

Chez quelques malades, nous le répétons, la rétention d'urine vient de ceci, que le sujet craint d'uriner; la miction lui faisant éprouver de la douleur, le malade se retient le plus longtemps possible, et vous savez qu'il peut arriver, même dans le meilleur état de santé, que si l'on se retient trop longtemps, on ne peut plus uriner ensuite au moment où l'on veut satisfaire ce besoin. Si, au contraire, la maladie existant déjà depuis quelques jours, la rétention d'urine tient à un engorgement phlegmoneux du canal et du tissu cellulaire qui double la muqueuse ; si vous avez eu beaucoup de difficulté pour pénétrer jusqu'à la vessie, et si, une fois introduite, l'instrument est maintenu serré par la coarctation de l'urètre ; si, enfin, vous avez été forcé de vous servir d'une sonde d'un très petit calibre, laissez-la en place, car il ne serait pas sûr que vous pussiez entrer une seconde fois, si l'accident se renouvelait. Mais en même temps, redoublez de précautions ; insistez sur les sédatifs, et cherchez à diminuer l'inflammation. Le corps étranger, la sonde laissée dans l'urètre dans un cas d'inflammation aiguë violente, doit devenir la raison d'une médication encore plus énergique. Lorsque la sonde redevient libre, vous devez craindre qu'il ne survienne une fonte purulente, et retirer l'instrument.

Nous avons dit qu'il fallait toujours employer une sonde d'un calibre moyen ; en voici les raisons : trop petite, elle pourrait piquer la muqueuse enflammée et la déchirer ; trop grosse, elle distendrait trop fortement le canal rétréci. Les grosses sondes dont M. Mayor se sert pour pratiquer le cathétérisme forcé, déchireraient l'urètre et causeraient les plus graves accidents.

Une autre complication de la blennorrhagie, c'est le bubon. Le bubon, ici, n'a rien de spécial ni de spécifique. Il constitue comme les abcès urétraux, comme les nœuds phlegmoneux qui surviennent quelquefois à cette période, un accident purement inflammatoire. C'est encore là une condition du traitement antiphlogistique. Lorsque l'on n'a pu enrayer la période phlegmoneuse, on arrive presque fatalement à la formation des abcès. Quel que soit leur siége, on doit toujours concevoir des craintes sérieuses ; un précepte que nous posons d'une manière absolue, c'est qu'il faut toujours les ouvrir le plus vite possible. Sans doute, quand ils ont de la tendance à s'ouvrir au dehors, il serait préférable que des adhérences se fussent établies entre le tissu cellulaire et le tégument externe ; mais il ne faut point attendre que ces adhérences se soient établies. Les abcès urétraux se forment par propagation de proche en proche. Abandonnés à eux-mêmes, ils vont s'ouvrir nécessairement ou dans l'urètre, ou à la surface de la peau. Or, l'ouverture dans l'urètre étant très fâcheuse, il faut à tout prix l'éviter. Elle donnerait lieu à une fistule borgne interne, des infiltrations urineuses surviendraient bientôt, auxquelles succéderait une fistule complète, et l'on sait combien il est difficile d'obtenir la cicatrisation des fistules urétrales.

Que si l'ouverture n'est pas encore faite du côté de l'urètre, hâtez-vous de la pratiquer au dehors, et d'examiner avec soin l'état des parties profondes. Si vous êtes arrivé trop tard, si déjà la cloison urétrale est trop amincie, il peut arriver qu'elle cède à la moindre pression exercée par l'urine pendant la miction ; souvent alors les malades vous accuseront d'avoir ouvert l'urètre ; vous ne négligerez donc jamais d'avertir les malades de la possibilité d'un pareil accident, afin de mettre votre responsabilité à couvert et d'éviter leurs reproches ; hâtez-vous donc d'ouvrir les abcès urétraux le plus vite possible, et cela d'autant plus qu'ils sont situés plus en arrière. Plus la fistule est postérieure, plus elle est difficile à guérir. Celles de la région prostatique sont les plus graves, mais elles sont aussi les plus rares. Les abcès prostatiques peuvent s'ouvrir du côté de l'urètre, du rectum ou du périnée. Ils ne sont pas très faciles à diagnostiquer ; le diagnostic est plus souvent rationnel que précis et direct. Le plus souvent, l'ouverture de l'abcès prostatique est faite par la sonde que l'on introduit pour vider la vessie, et alors tous les accidents cessent momentanément. Dans quelques cas, il est arrivé qu'en redressant un peu la coubure de la sonde on a pu parvenir à ouvrir sciemment et d'une manière convenable l'ouverture d'un abcès de cette région que l'on avait reconnu. Lorsqu'il s'agit de pratiquer cette ouverture par le rectum, on fait usage du *speculum ani* et du bistouri.

Lorsque les érections sont douloureuses, *cordées*, nous vous avons dit que l'on devait faire usage du camphre à haute dose. On emploiera de même les émissions sanguines générales et locales, et fréquemment on verra ces moyens suivis de succès.

Lorsqu'il survient des hémorrhagies pendant le cours d'une blennorrhagie cordée, il est rarement besoin d'avoir recours aux hémostatiques. Quelquefois l'hémorrhagie est favorable en ce sens qu'elle dégage les parties tuméfiées, soulage le malade et empêche les érections de se reproduire. Chez quelques malades, l'hémorrhagie s'arrête parce qu'il se forme un caillot ; bientôt une érection ou une émission d'urine balaie ce caillot, et l'hémorrhagie reparaît. Que faire alors ? Un des meilleurs moyens, c'est l'emploi du froid ; environnez la verge de glace ; placez-en sur le périnée, et exercez une légère compression.

Si malgré tout l'hémorrhagie continue encore, les médicaments internes étant inutiles, il faut introduire dans l'urètre une sonde qui ne distende pas trop le canal, mais qui soit cependant d'un calibre à peu près suffisant pour remplir exactement l'urètre. Il faut dans ce cas entrer bien juste, et vous rappeler que vous allez trouver là un commencement de fausse route. Comme la déchirure se fait toujours à la partie inférieure, il faut avoir soin que le bec de la sonde longe la paroi supérieure du canal. Une fois la sonde introduite et fixée, vous vous en servez pour faire dans la vessie des injections d'eau froide. Quelquefois, il faut en venir à essayer la compression du dehors sur la sonde elle-même ; mais cette compression ne devra être faite qu'avec les plus grandes précautions, les tissus sur lesquels vous agissez étant fortement enflammés, et la compression étant un des moyens les plus capables de déterminer la gangrène. Dès que la sonde joue librement dans le canal et que l'hémorrhagie a cessé, on doit retirer l'instrument, dont le séjour pourrait devenir la cause d'une ulcération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 22 avril 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Huguier* rend compte de l'examen microscopique de la tumeur présentée par M. Guersant.

On n'a reconnu rien autre chose qu'une simple hypertrophie des ganglions.

— *M. le docteur Castelli* envoie une observation qui sera soumise à l'examen d'une commission composée de MM. Danyau, Huguier et Cullerier.

— *M. Marjolin* fils présente un jeune homme de quinze ans chez lequel, par suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, s'est produite une luxation de l'extrémité externe de la clavicule, qui remonte au-dessus du niveau de l'omoplate. Cette luxation n'a pu être ni réduite, ni maintenue réduite.

Suivant la remarque de MM. Gosselin et Maisonneuve, on parvient à réduire la luxation en saisissant le coude, le portant en avant et exerçant une forte compression comme pour faire remonter la tête de l'humérus en arrière et en haut.

M. Laugier dit que pour maintenir la réduction dans des cas de ce genre, il a eu recours six ou sept fois avec avantage au tourniquet de Jean-Louis Petit, disposé de manière à former une anse embrassant d'une part le coude, de l'autre le moignon de l'épaule.

M. Malgaigne a eu recours à ce moyen, il y a dix à onze ans, pour un malade de l'hôpital Saint-Louis. L'application de ce moyen contentif détermina une tuméfaction du coude et des eschares au moignon de l'épaule Ce moyen ne put donc être continué, malgré la précaution qu'avait prise M. Malgaigne de faire construire une espèce de fronde doublée de plaques de zinc pour le coude, et une pelote en arcade pour l'épaule.

M. Huguier pense que l'on peut très bien se rendre raison de la difficulté de la réduction de cette luxation d'après la conformation même de l'articulation. qui présente deux variétés distinctes. Le plus souvent la facette articulaire de la clavicule est droite, ainsi que celle de l'acromion ; mais chez beaucoup d'individus, et principalement chez ceux qui ont travaillé de bonne heure, la facette articulaire de l'acromion est placée sur son bord supérieur, et forme alors un pan oblique correspondant à une direction semblable de la surface articulaire de la clavicule. Cette conformation a lieu dans le cas que présente M. Marjolin, et c'est parce que les deux surfaces obliques glissent l'une sur l'autre que l'on a tant de peine à réduire et à maintenir la réduction.

M. Lenoir signale une autre cause de difficulté à la réduction ; c'est l'existence d'un fibro-cartilage interarticulaire semblable à celui de l'articulation sternale. Ces faits ne sont pas rares, et on les rencontre surtout chez les individus très forts.

M. Robert se demande s'il est, en vérité, bien utile de chercher à maintenir réduites ces luxations. Il a eu à en observer une dizaine à peu près ; pour quelques-unes, il a employé le bandage de Desault modifié ; pour quelques autres, il s'est contenté de maintenir le bras en écharpe ; il en est pour lesquelles il n'a rien fait du tout. Il a toujours vu que les malades, qui presque tous étaient des hommes, se servaient très facilement de leur membre. En conséquence, il croit qu'il est inutile de s'évertuer à chercher des moyens contentifs qui peuvent être dangereux, puisque M, Malgaigne a signalé des accidents résultant de leur application.

M. Laugier répond qu'il y a des cas où on peut à la rigueur se dispenser d'appareil, mais qu'aussi il y a des déplacements plus considerables que celui du malade de M. Marjolin. Il a vu des déplacements d'un pouce et plus ; pour ceux-là, il est bon de chercher à maintenir la réduction. Si M. Malgaigne a eu des eschares, c'est que probablement il avait trop serré l'appareil. Pour son compte, il n'a jamais eu d'accidents, parce qu'il n'a pas exagéré la pression.

M. Morel-Lavallée dit que, sous le rapport du diagnostic, le seul point qu'il y ait à établir ici, c'est le degré de la luxation. J. L. Petit a démontré qu'elle pouvait être incomplète ou complète. Chez le malade de M. Marjolin, l'extrémité claviculaire, peu mobile, s'élève à peine au-dessus du niveau de la face supérieure de l'acromion, sans tendance sensible à croiser cette apophyse. L'étendue du déplacement semble répondre au cas où la capsule acromio-claviculaire et le faisceau externe du ligament coraco claviculaire sont seuls rompus. En pressant sur la clavicule tandis que le bras est porté en haut, la réduction s'opère aisément. On pourrait la croire imparfaite à la saillie que fait encore l'extrémité claviculaire au-dessus du niveau de l'acromion, si cette proéminence n'était pas aussi très marquée du côté opposé et si elle ne l'était pas aussi quelquefois plus à droite qu'à gauche. C'est la clavicule droite qui est luxée chez ce malade. On a prétendu que c'était chez les manœuvres que ce relief naturel de la clavicule sur l'acromion atteignait ses limites les plus élevées ; n'aurait-on pas mis, sans s'en apercevoir, le résultat d'une analogie incomplète à la place de l'observation ? Comment, en effet, les efforts répétés du membre supérieur amèneraient-ils le renflement de la clavicule sans exercer la même influence sur l'acromion ? L'invraisemblance d'une telle anomalie a porté M. Morel-Lavallée à la vérifier, et il croit qu'elle manque de fondement. D'après ses recherches, ce serait une proéminence plus prononcée peut-être chez les sujets robustes, mais dont les variétés, au lieu d'être acquises, dépendraient uniquement d'une conformation primitive.

Il y a encore à noter dans ce fait la roideur du vaisseau claviculaire du trapèze, dont il a publié un fait dans lequel le muscle était tellement saillant et dur, qu'il crut un moment que c'était un os.

Quant au résultat incomplet qu'on obtient en général, du traitement, ne faut-il pas bien plutôt l'attribuer à l'imperfection des moyens employés qu'à la disposition anormale rencontrée par M. Huguier dans les surfaces articulaires? Les succès qu'on doit aujourd'hui au bandage de M. Velpeau fortifient cette opinion. On sait que l'efficacité de ce bandage a dépassé les espérances de son inventeur. En l'appli-

---

— On voit aujourd'hui, peut-être un peu tard, à quoi peuvent aboutir les procès faits à ceux qui exercent illégalement la médecine. Dans l'état actuel de la législation, un procès est une magnifique annonce gratuite dans les journaux, qui s'empressent de reproduire sous les couleurs les plus favorables à l'accusé les détails les plus attirants de l'audience. Ce n'est pas tout, le procès réuni en un petit volume devient une nouvelle source de bénéfices Ce n'est. pas tout encore : des annonces dans les journaux, des affiches monstres dans tous les carrefours de la ville célèbrent la gloire du condamné et la mystification des accusateurs. Voilà les déplorables faits qui se passent sous nos yeux, voilà le triste état où en sont réduites nos institutions médicales.

Jusqu'ici l'aristocratie médicale s'était peu émue de ce déplorable état des choses, car ce n'était pas elle, en effet, qui en souffrait le plus. Mais aujourd'hui la voilà en cause, voilà les noms de ses membres livrés à la risée publique, la voilà en butte aux insinuations les plus injurieuses ; eh bien ! aujourd'hui, n'est-ce pas le moment de lui demander si elle n'est pas elle-même la cause de ce qui arrive ; si son indifférence au milieu du mouvement qui agitait les esprits n'a pas pu retarder l'accomplissement de promesses solennellement faites ; si, en se tenant à l'écart des généreux efforts pour améliorer nos mœurs et nos lois, elle n'a pas encouragé d'audacieuses tentatives, empêché peut-être la réalisation de nos vœux. Je n'ai pas l'intention de me livrer ici à des récriminations amères et d'ailleurs superflues. Mais n'est-il pas vrai qu'il est bien malheureux pour tous que l'impulsion qui avait été donnée ait rencontré dans certaines regions non pas une résistance patente et avancée, mais, ce qui est plus dangereux encore, une certaine force d'inertie, une sorte d'inaction dédaigneuse qui ont pu faire croire à l'opposition, à l'hostilité? Les ennemis de nos institutions s'en sont réjouis d'abord, ils en profitent maintenant, et aux dépens de qui? de ceux précisément qui, se trompant complétement sur notre but, nos institutions et nos désirs, nous ont crus leurs adversaires alors que nous ne demandions, comme c'était leur devoir, comme c'était leur intérêt, qu'à les mettre à la tête d'une agitation qu'ils ont eu le tort immense de méconnaître. Ils en subissent les tristes conséquences et véritablement seraient ils bienvenus à se plaindre ? Quand nous, représentants de la classe la plus nombreuse et la plus souffrante, nous leur disions avec douleur : Voyez donc le mal qui nous ronge, essayez quelques efforts en faveur d'une profession qui vous rend opulents et heureux, tandis que les deux tiers de vos confrères languissent et souffrent, faites trêve un seul instant à vos fructueuses occupations pour chercher à améliorer notre condition professionnelle ; qui nous a écouté, qui nous a répondu? Ce n'est pas vous. Aussi, après que l'audacieuse illégalité, après que le charlatanisme ont eu sucé le plus pur de notre sang, c'est contre vous qu'ils se retournent, c'est votre riche proie qu'ils convoitent, et maintenant, vous comme nous, vous êtes impuissants à vous défendre. Réunis, nous aurions vaincu ; isolés, nous succombons.

Je demande, en grâce, qu'on y réfléchisse ; le mal devient de jour en jour plus grave, et il n'y a qu'un moyen d'en sortir, c'est de le vouloir sérieusement.

— L'affaire d'Ibrahim-Pacha et de son médecin, qui a beaucoup agité, dit-on, les hautes régions diplomatiques, s'est terminée par l'envoi d'une somme de 150,000 fr. qui a été reçue en maugréant. Cette affaire a fait le sujet de toutes les conversations ; j'ai reconnu avec un vif sentiment de plaisir que la manière dont j'en ai parlé, et dans laquelle je persiste, était entièrement conforme avec le sentiment public. Il n'y a qu'une voix, qu'une opinion sur ce fait, je le constate avec bonheur ; et avec un poète arabe, familier peut-être à Ibrahim-Pacha, je dirai : « Tout l'or sorti des mines, ou bien englouti » par les mers, ne vaut pas le bonheur d'être généralement estimé. »

Jean RAIMOND.

NÉCROLOGIE.

La médecine pratique vient de faire une perte bien regrettable dans la personne de l'un de nos confrères les plus habiles et les plus estimés. Le docteur Salone, médecin honoraire des dispensaires du bureau de bienfaisance, et chirurgien-major de la garde nationale du douzième arrondissement de Paris, vient de succomber à une maladie chronique du foie, à l'âge de quarante-huit ans. Salone, après avoir été élève-interne des hôpitaux civils de Paris, était devenu un praticien habile; neveu, par sa mère, de notre honorable confrère M. Devilliers, qui avait dirigé ses premiers pas dans la carrière, il s'était établi dans le douzième arrondissement, où il était né, et s'y était consacré avec un dévouement sans borne au soulagement de la population nombreuse et pauvre de cet arrondissement. Joignant à une instruction solide, puisée dans les hôpitaux, une remarquable sagacité dans l'art difficile de porter un bon diagnostic, il exerçait avec succès la médecine, la chirurgie et les accouchements. A toute heure du jour et de la nuit à la disposition de ses clients, ce généreux confrère menait une vie de labeur, qui dut aggraver de bonne heure quelques prédispositions constitutionnelles héréditaires ; il s'usa vite dans une profession, où selon un ancien et énergique dicton, *on meurt de faim ou de fatigue.*

Salone, sous un extérieur simple et même négligé, cachait des qualités rares et précieuses ; il était d'un commerce agréable ; sa conversation était pleine de sens, vive et gaie ; on ne pouvait le connaître sans l'aimer. Ses amis et ses proches lui en ont donné une honorable preuve à ses derniers moments, qu'il a passés à la campagne ; ils avaient formé une espèce de ligne télégraphique d'Ecouen à Paris, pour nous donner incessamment de ses nouvelles jusqu'à son heure dernière. Salone a succombé le 1er de ce mois, après quelques jours de vives souffrances, qui dénotaient les progrès d'une affection carcinomateuse du foie. Puissent ces lignes dictées par l'amitié et la justice. alléger la douleur de sa malheureuse famille ! ! ! Adieu, brave, honnête et excellent confrère ; que la terre te soit légère (*Sit tibi terra levis !*) ! comme le disaient nos anciens.

BRICHETEAU.

Paris, 6 juin 1846.

quant méthodiquement, on est sûr d'arriver à une guérison parfaite sans la moindre trace de difformité. Il rappelle à ce sujet un exemple des plus concluants qu'il a obtenu sur un malade du service de M. Lenoir, à la Pitié; et il en cite un autre publié par M. Rognetta, également dû au bandage dextriné.

M. Denonvilliers a vu plusieurs individus chez lesquels on n'avait pas maintenu la réduction, et qui continuaient à se servir de leur membre, en trouvant cependant de la différence avec celui du côté opposé. Il en a vu aussi qui ne pouvaient plus travailler, et entre autres un vieux tisserand, qui avait été dans l'impossibilité de continuer son état. Il pense que la différence dans ces résultats tient à la variété de la luxation qui peut être incomplète ou complète. Dans le premier cas, il n'y a de rompus que les ligaments acromio-claviculaires, tandis que dans le second il faut qu'il y ait rupture du ligament coraco-claviculaire.

Il a fait des recherches sur le mécanisme de ces luxations, et il a vu que quand les ligaments acromio-claviculaires sont coupés, l'omoplate reste suspendu par les coraco-claviculaires; le poids du bras fait basculer cet os dont l'angle se rapproche alors de la colonne vertébrale, ce qui donne lieu à un écartement qui n'est pas très considérable.

La persistance des ligaments coraco-claviculaires explique très bien comment des malades n'ont pas de gêne dans les mouvements, tandis que d'autres en éprouvent une très considérable.

Il a été conduit à étudier cette luxation, parce qu'il avait vu M. Baraduc obtenir une guérison très exacte au moyen de l'appareil de Desault modifié. Et toutes les fois qu'il a eu à en traiter, il a varié l'appareil suivant les cas, et il a toujours guéri ses malades. Il lui a presque toujours suffi d'un simple lacs de fil maintenant des compresses en haut sur la clavicule, et en bas sous le coude. Il n'a jamais eu d'eschare. Une seule fois il a vu survenir un gonflement énorme du coude, auquel il a remédié par l'application d'une plaque de cuir.

Il ajoute qu'il y a des écueils à la réussite du traitement; c'est, d'un côté, une mauvaise conformation de la clavicule; de l'autre, l'indocilité du malade; aussi il faut toujours surveiller attentivement l'appareil. Un bon moyen d'éviter la roideur des articulations du bras, consiste à laisser de temps à autre le malade sans appareil, pendant vingt quatre heures, et à lui faire exercer quelques mouvements.

M. Morel-Lavallée est très heureux de s'être rencontré avec M. Denonvilliers, car, dans son *Essai sur les luxations de la clavicule*, il avait établi ainsi les caractères anatomiques de la luxation : quand elle est incomplète, il n'y a que la capsule qui soit déchirée, et, si l'extrémité de la clavicule fait une saillie exagérée au-dessus du niveau de l'acromion, elle ne saurait se superposer à cette apophyse retenue qu'elle est par les ligaments conoïde et trapézoïde. Dans la luxation complète, à la rupture des ligaments acromions, se joint, partielle ou totale, celle des coracoïdiens. Lorsque l'interne, le trapézoïde, est respecté, le déplacement est peu considérable; est-il détruit, la clavicule croise l'acromion au point de le déborder quelquefois en dehors, et les deux os peuvent s'écarter de trois centimètres et même jusqu'à trois doigts, comme cela a eu lieu chez un malade cité par M. Baraduc. Il y aurait donc dans les désordres anatomiques pour ainsi dire trois degrés, qui se compteraient par la rupture des trois ligaments en procédant de dehors en dedans; en pratique, il n'y a qu'une distinction, la luxation incomplète ou complète. Les auteurs n'ont pas noté, dans la luxation complète, à quel point de la face supérieure de l'acromion correspond la clavicule. M. Morel a constaté qu'elle recouvre ordinairement la facette qu'elle a quittée, mais parfois elle se déjette plus ou moins, et dans quelques cas elle se dirige tout à fait en arrière.

M. Maisonneuve ne croit pas que la facette articulaire de la clavicule puisse glisser seulement en partie sur celle de l'acromion; les surfaces articulaires ont trop peu d'étendue pour que la luxation ne soit pas toujours complète, et il voit avec peine la distinction que l'on veut admettre.

M. Malgaigne fait observer que dans la luxation dont il est question on s'est servi des mots de complète et d'incomplète seulement pour indiquer l'étendue du déplacement qui peut être très léger ou très considérable, ainsi qu'on en a cité des exemples dans la discussion.

— *M. Michon* présente un malade, âgé de vingt-deux ans, auquel il a fait l'ablation d'une moitié de la mâchoire inférieure pour un ostéosarcome très volumineux et qui remontait assez haut pour rendre la désarticulation indispensable. L'opération n'a rien offert de remarquable, et au bout de huit jours la cicatrisation était complète; mais, quelque temps après, il s'est manifesté un abcès résultant de la nécrose de l'extrémité de l'os, sur laquelle, pour plus de précautions, on avait jugé prudent d'appliquer le fer rouge. Il n'y a pas de paralysie de la face, ce qui est dû à ce que dans la section des chairs M. Michon s'est appliqué à éviter la lésion du nerf facial.

M. Huguier rappelle à ce propos qu'ayant eu à enlever le maxillaire supérieur, il avait évité la section du nerf en faisant une dissection profonde des parties molles et en renversant en arrière le lambeau dans lequel il était contenu. Ce fait a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux*.

— *M. Michon* présente encore une pièce pathologique provenant d'un individu mort phthisique dans son service. C'est une fistule stercorale de l'ombilic, ne résultant pas, comme on pourrait le croire, d'une hernie, mais bien d'une perforation intestinale. Il y a un long trajet de l'intestin à la peau, qui est formé par l'épiploon. Cette ouverture donnait issue à une grande quantité de matières fécales.

Si on avait été tenté d'agir dans ce cas, il y aurait eu un grand danger à obturer cette fistule, puisqu'on aurait exposé le malade à un épanchement dans le péritoine.

— *M. Lenoir* fait voir une tumeur volumineuse qu'il a enlevée à un enfant de onze ans; elle était située dans l'épaisseur même du vaste externe, tout près du fémur. Elle avait commencé à paraître il y a six mois, et elle n'était le siége d'aucune douleur.

Les avis sont très partagés sur la nature de cette tumeur; les uns n'hésitent pas à la regarder comme de l'encéphaloïde, tandis que d'autres pensent que c'est du tissu fibreux ou tout simplement un lipôme. Elle sera soumise à l'examen microscopique.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, SÉANTE A LA FACULTÉ.

Séance du 6 mai 1846. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une Brochure intitulée : Kyste pileux de l'ovaire compliqué de fistule urinaire vésico-abdominale et d'un calcul dans la vessie. Gastrotomie et taille hypogastrique; par M. Larrey. (Extr. du tome XII des Mém. de l'Acad. de méd.)

2° Une brochure intitulée : Quatrième mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie; par M. le docteur Belhomme.

3° Le numéro du mois d'avril de la Clinique vétérinaire.

4° Une Notice sur l'emploi de l'oxyde rouge de mercure à l'extérieur, dans plusieurs formes de maladies de la peau; par le docteur Ibrelisle (de Metz).

5° Le Précis analytique des travaux de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, pendant l'année 1845.

6° Le Bulletin médical de Bordeaux, décembre 1845 et janvier 1846. Tome XIII.

— L'ordre du jour appelle la discussion d'un rapport lu par le secrétaire-général au nom du comité d'administration dans une des précédentes séances.

1° L'attention du conseil a porté d'abord sur le peu d'empressement que quelques membres nouvellement élus mettent à suivre les réunions de la Société, et sur les moyens à employer pour empêcher à l'avenir pareille inconvenance. La Société, considérant que les hommes qui agissent ainsi n'ont le plus souvent ambitionné l'honneur de lui appartenir que pour se parer d'un titre et en faire acte de charlatanisme, qu'elle en devient alors jusqu'à un certain point complice, que d'ailleurs elle n'a pas qualité pour retirer un diplôme une fois accordé, décide : A l'avenir, les diplômes ne seront délivrés aux membres nouveaux que quand ils auront assisté à six séances; le temps dans lequel ces séances auront lieu ne devra pas dépasser une année.

2° Le secrétaire-général expose que le procédé actuellement suivi pour la publication des procès-verbaux entraîne un retard de cinq à six semaines, car un mois s'écoule entre la séance dont il est rendu compte et celle dans laquelle a lieu l'adoption. Il voudrait qu'il fût institué un comité de publication qui, composé de trois membres, serait autorisé à livrer les comptes-rendus à l'impression sans adoption préalable. La Société, considérant que ce serait une source de réclamations incessantes, passe à l'ordre du jour.

3° Le rapport s'est abstenu de prononcer sur une demande formulée par plusieurs membres, en vue d'un changement d'heure des réunions. La Société, ne pouvant prendre une résolution sans savoir si elle sera agréée par M. le doyen de la Faculté, invite son président à faire une démarche auprès de lui.

— *M. Gillette* lit le rapport suivant sur un ouvrage de M. le docteur Colas de Sourdun, intitulé : Règne épidémique de 1842 à 1845 :

Parmi les hommes qui se livrent à la pratique des sciences, les uns donnent tout à l'observation, ils la suivent pas à pas quelque lente que puisse être sa marche; là où elle s'arrête, ils s'arrêtent aussi. Ce n'est même qu'avec timidité qu'ils tirent des faits les conséquences les plus rigoureuses. Ces hommes consolident la science, mais en général ils ne la font pas avancer; ils confirment et développent les lois qui régissent l'ensemble et les détails, mais il est bien rare qu'ils découvrent eux-mêmes ces lois.

D'autres, au contraire, sont plus hardis : l'observation pour eux n'est plus la fin, ce n'est que le commencement; ils aiment à s'élancer au delà du positif dussent-ils risquer de tomber dans l'abîme où se sont engloutis tant de systèmes; mais le charme de voler de leurs propres ailes les emporte, et ils s'abandonnent aux déductions les plus hasardées; beaucoup se perdent dans cette course aventureuse, quelques-uns se font un instant remarquer; il en est qui font de grandes découvertes.

Le livre dont j'ai à vous entretenir appartient à cette seconde école : est-il destiné à périr obscur ou annonce-t-il une grande vérité, c'est ce que l'avenir apprendra. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il contient une idée neuve et originale, et c'est grande rareté par le temps qui court. Mais pour trouver dans ce livre ce qu'il renferme réellement, il faut le chercher avec soin, je dirai même avec patience; il y règne une certaine obscurité qui dépend de ce que l'auteur est beaucoup moins préoccupé de son lecteur que de ses propres pensées, et, comme il les exprime souvent dans une langue qu'il s'est faite, comme ses pensées sont loin d'être celles de tout le monde, il faut quelque temps pour le comprendre. D'abord ne vous fiez point au titre de l'ouvrage : Règne épidémique. Ainsi ne vous attendez pas à trouver une description dans le genre hippocratique et telles qu'en ont laissé Sydenham, Lancisi, Ramazzini, Huxham, Lepecq de La Cloture. La plus grande partie du livre est consacrée à des considérations générales sur la physiologie et la pathologie, qui à elles seules soulèveraient d'éternelles discussion; mais arrivons à ce que l'auteur appelle l'épidémie actuelle. Quelque croyance que j'aie dans les constitutions médicales et dans le passage des maladies épidémiques, il me semble qu'un médecin, qui pendant quatre années entières a reconnu, dans le grand nombre des maladies dont il a été témoin, le même cachet épidémique sans que ses confrères en aient été également frappés, doit s'être placé à un point de vue particulier, et ne serait il point possible que l'influence de quelques écrivains distingués ait plus d'une fois créé des influences épidémiques qui n'existèrent que dans leur manière de voir les choses? Quoi qu'il en soit, M. Colas ne me paraît nullement opposé à ce qu'on applique ses idées à la pathologie et à la thérapeutique en général, et c'est dans ce sens que je vais en présenter un résumé succinct et aussi clair que possible.

Selon lui, le système nerveux domine tout acte physiologique ou morbide, et la cause immédiate des maladies doit être placée dans l'altération des ganglions nerveux qui président à la vitalité des organes. Ainsi, des trois classes de maladies qu'il admet, névrose, phlegmasie, fièvre, la névrose remplit presque à elle seule toute la pathologie, car elle implique non-seulement un trouble dans les mouvements ou les sensations, mais aussi bien une viciation des sécrétions, de l'absorption et de l'exhalation fonctionnelle de chaque organe. La névrose est soit passagère, soit persistante. La phlegmasie, qui naguère dominait toute la médecine, se trouve à son tour détrônée; elle n'est primitivement qu'une névrose, à laquelle se surajoute plus tard l'aberration nutritive. La fièvre est la succession des phénomènes nerveux ou phlegmasiques qui parcourent circulairement toute l'économie en suivant les ganglions affectés au service de la circulation générale. A l'état primitif, elle n'est tantôt qu'une névrose ou une phlegmasie circonscrite, qui s'irradie selon le trajet indiqué. Tantôt son début est plus général, mais il y a toujours une partie des ganglions plus affectée que les autres; le sang dénaturé par l'altération nerveuse impressionne les organes d'une manière anormale, et en sort plus vicié qu'il ne l'est habituellement : de là les lésions locales et les sécrétions morbides.

Du reste, sa continuité est impossible, elle ne conserve jamais les mêmes caractères pendant vingt-quatre heures, et elle offre des alternatives de rémission et d'exacerbation. Or ces phénomènes sont ceux qui doivent le plus occuper le médecin; car la rémission doit se prononcer de plus en plus, et la fièvre passer par une succession de maladies de moins en moins graves, et la guérison arriver. Ou bien, au contraire, l'exacerbation l'emporte; un accès pernicieux se déclare et tue, ou une localisation non moins grave dans ses conséquences immédiats ou éloignés s'établit, et la fièvre, de simple rémittente, devient rémittente encéphalique, rémittente typhoïde, rémittente rhumatismale, rémittente pneumonique. Un autre changement qui peut s'opérer, c'est que la fièvre, de seulement rémittente, devienne franchement intermittente. De ces trois terminaisons, la seconde seule est à craindre; la première est la guérison la plus prompte; la troisième ne doit guère donner plus de souci, car le médecin en est maître par la puissance du quinquina. Dans les idées de l'auteur, il n'est point de maladie grave à son début. Les prodromes sont des maladies légères qui conduiront à de plus graves si l'on n'y porte secours. Une maladie n'est autre chose qu'une succession de combats que se livrent depuis le début l'organe malade et les organes sains. Ils appellent à eux le médecin; que celui-ci hâte d'accourir, car les premiers jours passés, les transformations morbides déjà faites, il n'est plus sûr de rien; il ne peut répondre de la guérison. Au contraire, tant que durent les prodromes, l'état nerveux, *exhorrescentia naturæ*, selon la poétique expression de Sydenham, le médecin peut toujours, par une dérivation salutaire, ou par un médicament qui agisse directement sur le système ganglionnaire, guérir la maladie légère qui existe, et empêcher qu'une transformation funeste n'ait lieu. Il est trop tard, n'est plus une phrase banale par laquelle le médecin embarrassé dissimule l'impuissance de son art; c'est le cri de la science convaincue de sa réalité, mais aussi des bornes de son action bienfaisante.

Quels sont les moyens que l'auteur possède pour arriver à ces heureux résultats? Ils sont très peu nombreux, et ne diffèrent point d'ailleurs de ceux qu'emploient la plupart des médecins; mais la méthode qu'il suit dans l'emploi est fort différente. C'est sur le système nerveux qu'il se propose particulièrement d'agir; or, pour y arriver, il ne trouve que deux voies, l'une directe, l'autre indirecte. Les médicaments par voie directe s'adressent aux ganglions mêmes affectés, et y parviennent soit par absorption du tissu cellulaire, soit par transport circulatoire. La voie indirecte ou dérivative est plus compliquée; mais elle est plus communément employée par faute de spécifiques directs. Elle a pour but de détourner l'excitation d'un ganglion, qui est devenu le point de convergence du rayonnement nerveux, pour reporter cette excitation à un degré moindre sur d'autres points aussi distants que possible. Mais cette dérivation pourrait devenir fâcheuse à son tour, si elle n'était pratiquée d'une manière périodique; car le pis qui puisse arriver, c'est que l'intermittence s'établisse, et le sulfate de quinine en fera justice. Pour procéder, après avoir employé quelquefois l'émétique, s'il y a des signes d'embarras gastrique; l'eau albumineuse, s'il y a des symptômes cholériques, etc., quelques autres médications accessoires variées selon les cas, l'on revient encore le plus rapidement possible au dérivatif périodique. C'est quelquefois l'eau de Sedlitz; le plus souvent c'est une potion composée de

Huile de ricin .	30 grammes;
Sirop de fleurs de pêcher,	15 grammes;
Sirop de limons,	15 grammes.

Pour un adulte, on commence par donner cette potion par tiers, d'heure en heure, jusqu'à ce qu'il y ait eu des évacuations. Aussitôt les premières évacuations obtenues, on suspend la potion. Mais dans les vingt-quatre heures qui suivent on recommence l'administration de la potion huileuse par tiers, et seulement le matin et le soir, au lever et au coucher du soleil. Chez les enfants, la potion ne sera administrée que par cuillerées ou demi-cuillerées. On continue ainsi pendant deux ou trois jours ordinairement, quelquefois davantage, en ayant soin de ne permettre aucun aliment. Si les selles sont trop nombreuses, on diminue les doses et surtout celle du soir, qu'on peut même être obligé parfois de supprimer complétement. Sous l'influence de cette médication, quelle que dût être l'issue de la maladie, traitée par les autres méthodes, la rémittence ne tarde point à se prononcer de plus en plus, et sans doute dans beaucoup de cas la guérison de la névrose rémittente ne s'obtient pas immédiatement; elle se transforme alors en type intermittent. On quitte le purgatif, et on recourt au sulfate de quinine. Il n'est besoin que de donner 60 centigrammes de sulfate de quinine en trois doses, pendant trois à quatre jours.

Dans l'application de la méthode périodique, point d'expectation; plus on est incertain de la forme que doit prendre la maladie, plus il faut se hâter. Mais aussi le médecin appelé à temps est sûr du succès; il peut même prédire au bout de quelques jours et à terme fixe le retour à la santé.

Cette méthode a été employée par l'auteur avec persévérance depuis quatre ans, sur un très grand nombre de malades, particulièrement dans la commune de Montrouge, où il est un des médecins les plus occupés. Elle a obtenu, dans les maladies aiguës, quelles qu'elles fussent, et dans un grand nombre de maladies chroniques, le plus grand succès. M. Colas apporte en preuve 434 observations. Mais, il faut le dire, ces observations, pour la plupart, manquent de détails suffisants pour entraîner la conviction. D'ailleurs, toutes ne présentent point l'application de la méthode; car il en est qui ont été recueillies à une époque où M. Colas n'était point aussi hardi ni aussi constant dans l'emploi de son moyen. Dans grand nombre de cas, comme la médication ne fut employée qu'après les prodromes, elle n'a pas eu un succès aussi prompt ni aussi caractéristique.

Voilà toutefois, Messieurs, de quelque manière qu'on envisage cette méthode, une ample matière à réflexions. Depuis quatre ans, un médecin digne de confiance affirme qu'il n'a point versé une goutte de sang, si ce n'est la main forcée et dans quelques circonstances très rares. Cependant il a eu à traiter bon nombre de ces maladies, dans lesquelles les livres et les maîtres recommandent la saignée, et sa pratique paraît avoir été très heureuse. Il a appliqué à toutes les maladies aiguës qu'il a eu à soigner, le même traitement, et presque tous ses malades ont guéri. Voilà qui est peu propre à diminuer les incertitudes de la thérapeutique; mais ces incertitudes dépendent elles mêmes du peu que nous savons sur la marche naturelle des maladies. Appelé près d'un malade, le médecin se croit presque toujours obligé de faire quelque chose. Mais peut-il dire ce qui arriverait si on ne faisait point de traitement? Ce serait pourtant la première condition pour bien apprécier les diverses méthodes thérapeutiques, et arriver à des règles au milieu de tout ce chaos de recettes et de formules qui abondent chaque jour.

Le livre de M. Colas, loin de ramener à cette étude, en éloigne encore davantage. Peu importe ce que deviendra la maladie par elle-même. Cette étude serait coupable quand la guérison est en nos mains. Arrière la nature; le médecin arrive; c'est un maître qui commande; elle va obéir en esclave soumise : il ne s'agit que de la prendre dans un bon moment. Cette conclusion est trop belle pour ne pas nous inspirer des doutes sur la réalisation.

Le rapporteur propose d'accorder au candidat le titre de membre résident.

MM. Caffe, *Piedagnel* et *Belhomme* appuient les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont adoptées. M. Colas est nommé membre-résident.

— *M. Cherest* présente à la Société des fragments d'un dragonneau recueilli par lui sur un malade arrivé des Indes. M. Cherest remet à donner l'observation au moment où elle sera complète. Le malade est encore en traitement.

— La séance est levée à dix heures.

Dr J. Cherest, *secrétaire annuel.*

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Accès de fièvre donnant lieu à des accidents nerveux simulant un accès de somnambulisme. — M. le docteur Rozat, de Bordeaux, nous adresse un fait curieux, que nous reproduirons sans réflexions, relatif à des phénomènes nerveux simulant un accès de somnambulisme, et survenus sous l'influence d'un état fébrile.

Un enfant de douze ans, d'une bonne santé, n'ayant jusqu'ici éprouvé ni aberrations intellectuelles, ni hallucinations; non sujet aux divers états désignés sous le nom de spasmes ou de convulsions, ressent, le 25 avril dernier, un léger mal de gorge qui, accompagné de frissons et de malaise, le détermine, dans la soirée, à se coucher avant son heure habituelle. Le sommeil survient.

Dans la nuit, croyant entendre du bruit dans la maison, il se lève, se dirige vers la porte de sa chambre, et, appliquant l'œil contre la serrure, son imagination lui montre deux individus assis sur le palier de l'escalier. Il regagne son lit; mais bientôt il lui semble ouïr les cris de son père que l'on assassine. De son lit, il s'élance à la fenêtre, ouvre la croisée, se laisse glisser jusqu'au cordon en saillie situé plus bas, afin de diminuer d'un mètre environ la hauteur du saut qu'il médite. De là, et à une élévation de près de trois mètres, il se laisse choir, en chemise, dans la rue, appelle, court réveiller les voisins, et prend sa direction vers le corps-de-garde pour requérir un secours plus efficace. Dans ce trajet, il est rencontré par un homme qui l'arrête, le réveille ou croit le réveiller. L'enfant lui expose comme vrai

le drame que son imagination a créé; et, escorté d'une foule de personnes accourues sur les lieux, il est reconduit chez lui.

Que l'on juge du saisissement et de l'étonnement provoqués chez la famille du jeune homme, par l'arrivée de ce cortége !

Réveillé en sursaut, et quoique en présence de le réalité, ses parents croient rêver eux-mêmes. Renseignés ensuite, et convaincus que, tout extraordinaire qu'il paraît à leurs yeux, le fait est positif; ils jugent utile l'intervention médicale, et me font appeler.

Je vois le malade le 26, à six heures du matin.

Soit résultat d'un accès de fièvre qui se serait développé la veille, soit conséquence de l'agitation ou de la perturbation morale consécutive à un rêve que l'enfant dit avoir eu, le pouls, à mon arrivée, était plein et fréquent, la tête un peu douloureuse. Quant à l'intelligence, elle n'offrait nulle altération. Du reste, l'enfant reproduit avec exactitude et avec les plus petits détails toutes les circonstances de son échauffourée nocturne, complétement étrangère à un accès de somnambulisme.

J'ai dit qu'à mon arrivée auprès de l'enfant, le pouls était plein et fréquent; le visage était fortement coloré; la peau présentait à un haut degré la chaleur fébrile, et la sueur commençait à se prononcer.

La circonstance d'un froid suivi d'une agitation générale à laquelle avait succédé la sueur, éveilla mon attention sur la possibilé du début d'une fièvre intermittente dont l'accès aurait communiqué au rêve concomitant une force d'impulsion et une marche extraordinaire. Mais ce soupçon devait se changer en certitude; car l'accès en froid développé le 25 dans l'après midi, s'est renouvelé le 27 vers cinq heures du soir. A ma visite du lendemain, la peau était chaude, le pouls fréquent. Le malade appréhendait le retour d'une crise nocturne. Il n'y eut toutefois ni rêve, ni délire.

Le 26, j'avais pratiqué une saignée du bras, et prescrit cinquante centigrammes de sulfate de quinine.

Le fébrifuge a été administré de nouveau le 29.

Depuis quatre ou cinq jours l'enfant est bien. J'ai cessé de le visiter.

Ce qui me portait à ne voir dans l'échauffourée mentionnée que le résultat d'un rêve et non l'effet du somnambulisme, c'était la réminiscence claire et lucide de son rêve qu'avait le malade, et le narré circonstancié et minutieux qu'il en faisait. Or, les physiologistes s'accordent sur ce point que le *somnambulisme ne laisse aucun souvenir de l'accès.*

Une autre considération qui dans l'espèce me semble devoir éloigner toute idée de somnambulisme, c'est que dans cette névrose l'individu reproduit le plus ordinairement les actes habituels de son état de veille. Chez mon jeune sujet, au contraire, l'imagination a créé une scène, et seule elle a mis en jeu une volonté des plus déterminées, considération d'une haute portée quant à ses applications à la psychologie et à la médecine légale.

— Sans vouloir prétendre infirmer en rien l'opinion de notre confrère sur la nature de l'état fébrile qui a déterminé ces accidents, nous pensons que l'on pourrait peut-être y voir plutôt un exemple de fièvre inflammatoire survenue sans cause appréciable, et enrayée par les émissions sanguines pratiquées par M. Rozat, qu'un cas de fièvre intermittente, les symptômes réactionnels généraux ne s'étant manifestés qu'une seule fois et peu intenses, le surlendemain du jour où cette scène curieuse s'était passée.

NOUVELLES.

La Société royale de médecine de Marseille propose un prix de 300 fr., qui sera décerné en 1847, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question :

« Quelles sont les ressources que la flore médicale indigène présente » aux médecins des campagnes ? »

Les concurrents devront s'attacher particulièrement à signaler les propriétés peu connues, et cependant bien constatées par leur propre expérience ou par l'expérience populaire, des diverses plantes sur l'emploi desquelles ils appelleront l'attention des praticiens.

Ils n'oublieront pas d'indiquer les noms vulgaires en même temps que les noms scientifiques de ces plantes, et les localités où elles croissent.

Les mémoires devront être envoyés, dans les formes académiques, à M. le docteur Beuil, secrétaire-général de la Société, rue du Baignoir, 32, avant le 1er juillet 1847, terme de rigueur.

— On lit dans la *Gazette de Mons* du 30 mai :

« Après avoir signalé la grande mortalité qui se fait remarquer au dépôt de mendicité de notre ville, il convient que nous donnions les explications qui nous ont été fournies sur les circonstances qui l'ont occasionnée.

» Il ne règne dans l'établissement aucune maladie épidémique ou contagieuse; les reclus y sont soumis à un bon régime; les bâtiments et locaux sont tenus dans un état convenable de propreté, et parfaitement aérés. De tout temps, la population du dépôt de Mons s'est composée principalement de vieillards et d'individus caducs ou infirmes. Sur une population *moyenne* de 500 reclus (représentant 1200 à 1300 individus entrés), l'on y a constaté jusqu'à 50 à 55 décès chaque année, et ce chiffre a toujours été considéré comme fort modéré, eu égard aux habitudes vicieuses et à l'état physique des malheureux admis dans les dépôts de mendicité.

» Depuis le 1er janvier dernier, il y a eu à Mons 625 écrous, et la population n'a pas cessé de flotter entre 700 et 740 individus. Il est tout naturel que cet accroissement de population, et surtout le grand nombre de mendiants qui sont entrés au dépôt, aient augmenté proportionnellement le nombre des décès; mais si l'on considère les circonstances graves qui pèsent de tout leur poids sur la classe pauvre depuis plus de huit mois, et l'état déplorable dans lequel se trouvaient la plupart des individus, admis depuis, à la suite de privations de toute espèce, on reconnaîtra que le chiffre de 109 décès survenus du 1er janvier au 15 mai 1846, n'a rien d'exorbitant. On doit, en outre, remarquer qu'une foule d'enfants en bas-âge, rachitiques et presque moribonds, y ont été amenés par leurs mères, dont plusieurs, quoique épuisées, allaitaient encore au grand préjudice de leurs malheureuses créatures.

» Le petit aperçu qui suit ne laissera aucun doute à cet égard.

» Individus décédés de	1 à 5 ans,	32
—	5 à 40	9
—	10 à 60	32
—	60 à 70	24
—	70 à 80	12
	Total...	109

— D'autre part, on lit dans le *Nouvelliste de Bruges :* « La mortalité au dépôt de mendicité de notre ville n'est pas moins effrayante qu'à celui de Mons. La population y est aujourd'hui d'environ 600 personnes, et il y a des jours qu'il en meurt cinq ou six. Ce n'est pas qu'il y règne une maladie contagieuse; c'est plutôt une maladie de langueur qui consume ceux qui en sont atteints, souvent en peu de jours. Cette maladie attaque surtout les nouveaux entrés, ou plutôt ils y portent, eux, le germe en y entrant. Aussi sommes-nous pleinement de l'avis de ceux qui attribuent cette effrayante mortalité à la misère qui règne partout dans nos campagnes, et qui a énervé les forces vitales de nos populations indigentes. Nous n'examinerons pas, au reste, les véritables causes de ce grand nombre de décès; mais nous nous permettrons d'appeler sur cette question toute la sollicitude du gouvernement. (*Gaz. méd. belge*).

Le docteur BLANCHET ouvrira un nouveau cours sur les maladies des yeux et des oreilles, à sa clinique, le 19, à onze heures, rue du Paon, 8.

Les lundi et vendredi seront consacrés à l'étude pratique des maladies de l'oreille.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, el les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Difformité du membre abdominal. Réunion vicieuse des faces postérieures de la jambe et de la cuisse, suite de brûlure. Section des cicatrices et des tissus rétractés. Redressement. (1)

La nommée X..., âgée de vingt-trois ans, se présenta il y a cinq ans, dans le service de M. A. Bérard, avec une difformité considérable du membre abdominal datant de l'âge de quatre ou cinq mois. A cette époque, X... eut la partie postérieure de la cuisse et de la jambe brûlée depuis la fesse jusqu'au talon; il s'établit alors entre ces parties une cicatrice vicieuse qui les maintint réunies. Telle est l'origine de la difformité. Voici quel était l'état de la malade lorsqu'elle se présenta pour la première fois à M. Bérard, dix-huit ans après l'accident, état que l'on peut constater encore aujourd'hui par le moule qui fut pris à cette époque:

La jambe était fortement fléchie sur la cuisse; entre les deux existait une membrane de forme triangulaire, insérée par un de ses bords le long de la jambe, par l'autre le long de la cuisse; le troisième bord était libre, il avait environ dix centimètres de long, il s'étendait de la fesse au talon. Le sommet de cette membrane était inséré dans le jarret; ses deux faces étaient libres, et se continuaient avec les plans interne et externe de la cuisse et de la jambe.

Depuis sa naissance, cette jeune fille n'a jamais pu se servir de ce membre, qui est demeuré dans une flexion forcée: les os, les muscles, tout en est atrophié.

M. Bérard a eu recours, pour remédier à cet état, aux opérations suivantes:

Il a divisé la cicatrice depuis sa base jusqu'à son sommet, c'est-à-dire dans une hauteur d'environ 20 centimètres; il a coupé, par une section sous-cutanée, les muscles biceps, demi-tendineux, le tendon d'Achille; puis, plaçant le membre dans un appareil à extension permanente, il est parvenu à produire peu à peu l'extension de la jambe sur la cuisse. Après cinq mois de traitement, les plaies étaient cicatrisées, la jambe redressée, le mouvement de l'articulation fémoro-tibiale facile.

En raison de la longue immobilité, le membre atrophié est plus court que l'autre, et la malade porte une chaussure à semelle élevée. Cette personne est opérée déjà depuis cinq ans. Le membre abdominal est resté droit, et la démarche est facile. Elle a pu faire sans difficulté jusqu'à dix lieues par jour.

(1) Ces observations ont été communiquées à l'Académie de médecine dans la séance du 26 mai.

Réunion vicieuse des paupières à la suite d'une plaie par déchirure de ces organes et de la joue. Destruction des adhérences. Reconstitution des paupières à l'aide d'un procédé particulier d'autoplastie.

Un jeune garçon de dix ans eut la joue blessée par le timon d'une voiture; la commissure interne des paupières, la paupière inférieure, la joue du côté droit jusqu'au menton furent déchirées et réduites en lambeaux. A la suite du travail de cicatrisation, la fente palpébrale se rétrécit au point de n'offrir qu'un centimètre de diamètre; en outre, elle subit un déplacement considérable en bas et en dehors, de telle sorte qu'elle répondait à la base de l'orbite, et que l'œil n'était à découvert que dans sa partie inférieure et externe.

Par une première opération, la fente palpébrale fut relevée au niveau de l'axe central de l'orbite. Pour cela, après avoir incisé les parties molles parallèlement au bord libre de la paupière inférieure à quelques millimètres de distance de ce bord, et relevé, en détruisant toutes les adhérences, la paupière inférieure avec la supérieure, le chirurgien fit une blépharoplastie et prit un large lambeau de tégument sur la tempe. Ce lambeau fut enchâssé dans la plaie sous palpébrale et s'y agglutina.

Mais la fente palpébrale restait étroite par suite de la fusion des deux paupières à leur commissure interne; une incision transversale n'aurait procuré qu'un agrandissement momentané. Pour empêcher les bords de la plaie de se raccourcir à mesure qu'ils se cicatriseraient, M. Auguste Bérard a imaginé le procédé d'autoplastie suivant. Un lambeau de peau quadrilatère a été taillé entre la commissure interne des paupières et le nez. Pour former ce lambeau, une incision de 3 à 4 millimètres partant de la commissure fut dirigée en haut; de l'extrémité de cette incision en partait une deuxième horizontale longue d'environ un centimètre; enfin une troisième à direction verticale, terminée par en haut à l'extrémité interne de la seconde, s'arrêta après une longueur d'environ 5 millimètres. De la sorte était limité un espace de peau de forme quadrangulaire qui fut disséqué de haut en bas, et laissé adhérent par son bord inférieur.

Le cul-de-sac que la commissure interne laissait derrière elle était tapissé par la conjonctive; ce cul-de-sac fut incisé en travers à la hauteur du bord adhérent du lambeau cutané, en sorte qu'il en résulta de suite un lambeau de membrane muqueuse disposé en sens inverse du premier, c'est-à-dire ayant sa face saignante en avant, son bord adhérent en haut, et faisant suite à la paupière supérieure comme le cutané faisait suite à la paupière inférieure. Il ne restait plus qu'à appliquer les lambeaux et à les fixer sur le bord des paupières auxquelles chacun d'eux correspondait; pour cela le lambeau cutané fut couché d'avant en arrière, le muqueux d'arrière en avant, et tous deux furent fixés par des points de suture, l'un à la muqueuse palpébrale, l'autre à la peau de la paupière supérieure; ils se sont agglutinés dans cette position, et aujourd'hui la fente palpébrale présente son diamètre à peu près normal. Elle occupe le centre de l'œil.

Quand la sécrétion des larmes est un peu abondante, il en tombe quelques-unes sur la joue; ce qui tient à ce que les points lacrymaux ont été détruits par la blessure et à une petite échancrure qui existe au bord libre de la paupière inférieure, et qu'il n'a pas été possible de combler.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Ponction de la vessie par suite d'une rétention d'urine. Réflexions du chirurgien sur cette opération, qui réussit parfaitement sans aucun accident.

A l'occasion d'un malade affecté de rétention d'urine, chez lequel M. Robert a dû pratiquer la ponction de la vessie, ce chirurgien a présenté des considérations qui nous paraissent dignes d'intérêt.

Le malade, dit-il, chez lequel nous venons de pratiquer la ponction de la vessie, est un cordonnier d'une constitution pléthorique, âgé de soixante-cinq ans. Jamais il n'avait eu d'urétrite et n'avait présenté de symptômes indiquant un rétrécissement de l'urètre, lorqu'il y a trois ans environ, il commença à éprouver un peu de difficulté à uriner. Ce symptôme a fait graduellement des progrès, et plusieurs fois même il s'est trouvé pendant des journées entières dans l'impossibilité d'uriner.

L'âge du malade, sa vie sédentaire et sa constitution permettent de supposer que ces symptômes étaient liés à un engorgement chronique de la prostate. Telle était sa position, lorsqu'il y a quatre jours, une rétention d'urine complète se manifesta de nouveau. M. le docteur Gimelle, appelé, parvint assez facilement, à ce qu'il paraît, à sonder le malade;

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine.

PREMIER CHAPITRE. (Suite.) — *Des Eaux minérales et de leurs propriétés spécifiques.* — (Suite du n° 68.)

Les faits médicaux sont d'ailleurs en plein accord avec le plus simple raisonnement. Ils démontrent que les sels contenus en quantité notable dans les eaux, et pour chaque source ils sont peu nombreux, méritent seuls d'être pris en compte. On peut le voir, en effet, et par l'étude comparée des divers établissements, et par les résultats que produisent les mêmes substances administrées séparément et dégagées de tout accessoire.

Dans les mêmes conditions exactes d'administration, avec la même méthode de traitement, il est permis d'établir par ordre de maladies de grandes classes où se rangent les principales sources. Des changements, même assez considérables, dans le nombre et la proportion des principes minéralisateurs, n'introduisent pas de différences importantes dans leurs effets thérapeutiques.

Les eaux sulfureuses bues à la température du corps, ou même froides, modifient, en général, heureusement les flux muqueux. Les catarrhes pulmonaires, utérins, intestinaux, cystiques, les ulcérations de la peau avec abondante suppuration se trouvent bien de leur emploi.

En bains elles ont sur plusieurs formes de maladies cutanées, une incontestable influence.

Les sources ferrugineuses guérissent la chlorose, la névralgie liée à l'anémie, l'aménorrhée, les hémorrhagies passives, certaines cachexies, la stérilité jointe à l'appauvrissement du sang et aux troubles fonctionnels qui en sont la conséquence.

Les eaux alcalines se recommandent dans le traitement de la goutte aiguë, de la gravelle, de la pléthore sanguine, des congestions actives vers les organes parenchymateux, des diabetes, des maladies du foie. Elles réussissent encore contre la stérilité unie à un état pléthorique avec épaississement du sang.

Les sources salines muriatiques sont particulièrement utiles dans les maladies chroniques du tube digestif, dans la diathèse pléthorique ou inflammatoire, dans l'hypocondrie, dans la goutte atonique, les flux muqueux chroniques et passifs. On les applique avec succès aux troubles des fonctions utérines quand le flux mensuel est diminué et qu'ils s'accompagnent d'une débilité générale, à la diathèse scrofuleuse, et même à la scrofule confirmée.

Telles sont, rapidement parcourues, les propriétés vraiment spécifiques des principales sources minérales. Sans doute que dans la même classe les unes seront plus particulièrement conseillées que les autres, certaines formes de composition deviendront préférables pour des circonstances déterminées; mais la préférence aura sa raison dans la méthode de leur emploi bien plus encore que dans des éléments presque inactifs.

Toutefois, pour être conduit à cette conclusion, il faut des observations prises avec discernement, la conscience ne suffirait pas. Les faits ont leurs erreurs comme les théories, leurs mensonges comme les hypothèses. Si on n'y regarde de près, les arguments pratiques contre la spécificité exclusive et pour ainsi dire individuelle des sources seront bientôt renversés par d'autres preuves également pratiques. On citera des faits à l'encontre, et on ajoutera: Que répondre à l'expérience?

La réponse est facile et de bon aloi. Celui qui comprend les difficultés d'une épreuve thérapeutique tentée dans les meilleures conditions, saisira bien mieux les égarements de toute nature auxquels l'expérience est sujette quand tant d'intérêts sont en présence. Ce serait une naïveté scientifique que de chercher des raisons expérimentales à la vogue ou à la défaveur de certaines eaux. Leur réputation a bien une cause; mais la cause n'est pas toujours du ressort du médecin.

La spécificité de plus d'une source n'a pas souvent d'autre origine que les assertions d'un médecin assez considéré pour qu'on ne lui demande plus de preuves à l'appui. Bordeu a émis sur les eaux des Pyrénées des propositions qui auraient grand besoin de contrôle. Mais Bordeu fait autorité, et l'on répète sur sa parole ce qu'on ne cherche pas à vérifier. Il est toujours plus aisé de croire que de savoir. Ce reproche, qu'on peut lui faire, c'est moins d'avoir trop vanté peut-être les propriétés de ses eaux que d'avoir départi à chacune des vertus spéciales, et d'avoir dénié aux eaux sulfureuses non pyrénéennes des mérites qu'elles possèdent au même degré.

Voyez à quoi tient la renommée d'un établissement? Une princesse illustre est envoyée aux bains d'Ems pour quelques accidents nerveux. Elle était maigre, profondément débile. Le monde, qui juge la phthisie par la faiblesse des malades, l'avait condamnée sans s'inquiéter de l'avis des médecins. Le traitement a réussi; il n'en a pas fallu davantage. Ems est à la mode pour la guérison des maladies de poitrine. En vain MM. F... et Döring, médecins des bains, ont-ils protesté contre cette singulière opinion; les vertus des eaux d'Ems sont désormais établies dans le monde, et les médecins eux-mêmes, à force de l'entendre redire, ont fini par croire à ces puissances improvisées. Si les deux honorables praticiens que nous venons de citer voulaient aider le mouvement, Ems détrônerait les Eaux-Bonnes, comme celles-ci ont détrôné Cauterets.

Les eaux du mont Dore sont en possession de guérir les maladies du larynx mieux que toutes celles que nous possédons en France. Demandez au médecin des eaux ce qu'il en pense; M. Bertrand déplore la légèreté avec laquelle on en conseille l'usage.

Ainsi, des médecins dignes et consciencieux sont forcés de combattre les entraînements de la faveur publique. Qu'on mette à leur place un homme qui laisse faire ou qui sollicite la foule, on ne guérira plus ailleurs. Voilà pourtant comme on écrit malgré soi l'histoire des sources minérales.

Il convient d'apporter à la discussion des faits médicaux la plus sévère attention, de ne les tenir pour vrais qu'à bon escient. Si on ne peut examiner par soi-même, le procédé le plus sûr est encore de se fier au long usage. Quand des siècles ont passé sur une eau minérale, quand elle a survécu aux enthousiasmes de la mode, aux caprices des systèmes, c'est une garantie contre les chances d'erreur.

Une garantie plus solide encore nous est fournie par des expérimentations prolongées sur les principes mêmes auxquels les sources minérales doivent, selon nous, leur véritable efficacité. Nous avons voulu, avant de juger les eaux de l'Allemagne et d'exprimer une opinion formelle, apprécier isolément les sels minéraux qui entrent pour la plus grande partie dans leur composition. Nous aurons occasion de revenir sur les résultats de ces essais. Disons seulement que le sel marin, administré sans autre adjuvant que l'eau de Seltz, reproduit à Paris la plupart des effets observés sur les bords du Rhin.

Lorsque les malades ont eu le courage de persévérer dans l'usage du remède, non-seulement l'action curative, mais l'action physiologique est devenue manifeste: les rougeurs, les démangeaisons, tout ce qui constitue la poussée des bains s'est montré à des degrés différents. On aurait tort de se hâter et de conclure que nous prétendons faire aussi bien et avec autant de succès que dans les établissements eux-mêmes, nous voulons seulement démontrer où réside le remède efficace.

Quoiqu'on accepte, comme de première importance, le résultat des analyses, il faut, on ne saurait trop le redire, attendre que la pratique médicale ait décidé en dernier ressort. C'est que la puissance curative des eaux ne résulte pas uniquement de leur composition, elle dépend aussi de l'habileté de leur emploi et de la méthode de leur administration.

La température sert de transition naturelle entre les propriétés chimiques et celles dont nous avons maintenant à nous occuper; elle participe des unes et des autres. Tantôt, en effet, elle modifie la com-

mais la rétention d'urine persistant, celui-ci se fit admettre dans notre service. Avant que nous l'eussions examiné, les élèves de garde avaient essayé de le sonder, mais sans succès.

Hier matin, à la visite, j'ai trouvé le malade ayant beaucoup de fièvre; il n'avait pas uriné depuis trente-six heures; la vessie, distendue, s'élevait jusqu'auprès de l'ombilic. En explorant le col de la vessie par le rectum, je reconnus que la prostate offrait un volume très considérable, qu'elle était très douloureuse au toucher; je renouvelai les tentatives de cathétérisme avec b aucoup de ménagements, et en essayant tour à tour des sondes plus ou moins volumineuses et à courbure brusque, des bougies en gomme élastique coniques, sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Chaque fois, après avoir parcouru librement le canal jusqu'à l'origine de la prostate, je me sentais brusquement arrêté sans pouvoir même m'engager dans la portion prostatique du canal. Evidemment, la rétention d'urine était due à une inflammation de la prostate entée sur un engorgement chronique de ce corps folliculeux. Si la maladie avait été plus avancée, et que le toucher rectal n'y eût fait découvrir de la mollesse, j'aurais peut-être insisté sur les tentatives de cathétérisme; car on a vu, dans ces cas, le bec de l'instrument rencontrer et ouvrir des foyers purulents, et parvenir ensuite dans la vessie sans difficulté; mais l'inflammation, ne datant que de deux ou trois jours, ne pouvait encore être parvenue à la suppuration. Je n'insistai donc pas, et je prescrivis une forte saignée du bras, un bain de deux heures, des topiques émollients sur la région hypogastrique, quelques lavements et peu de boissons.

Le lendemain, l'état du malade s'était un peu amendé; il avait rendu, à différentes reprises, et après beaucoup d'efforts, quelques gouttes d'urine; le volume de la vessie avait un peu augmenté. Je pratiquai de nouveau, et sans succès, le cathétérisme; je prescrivis des sangsues au périnée et un bain général.

Ce matin, le malade était dans une grande anxiété; la fièvre était intense; des efforts réitérés amenaient l'évacuation de très peu d'urine; la vessie était aussi distendue que la veille. Après avoir fait infructueusement quelques essais de cathétérisme, je n'ai pas cru qu'il fût sage de laisser le malade plus longtemps en proie à une rétention d'urine qui durait depuis quatre jours, et qui ne paraissait pas devoir céder. Mais devais-je entrer de vive force dans la vessie avec une sonde conique en frayant une route artificielle à travers la prostate? Cette pratique a été et est encore aujourd'hui celle d'hommes éminents et d'un grand mérite; cependant je ne le crois pas, en général, le plus prudent. D'abord, il faut une main bien sûre et bien exercée pour parvenir dans la vessie à travers un organe dont la forme n'étant plus normale, laisse l'esprit dans l'incertitude sur la position et la direction réelle du canal; en second lieu, ces fausses routes ainsi faites à travers la prostate, bien qu'elles présentent beaucoup moins de dangers que celles qui ont lieu aux dépens de la portion spongieuse de l'urètre, sont-elles exemptes d'inconvénients? Ne peuvent-elles pas devenir la cause d'abcès, de phlébite, etc.? Et d'ailleurs, lorsqu'il s'agit de renouveler la sonde laissée à demeure, est-on sûr de trouver facilement la voie artificielle que l'on a tracée, et de ne pas causer au malade de nouvelles douleurs et de nouvelles inflammations, dans un organe où les inflammations sont graves et difficiles à guérir? En présence de ces objections, que l'on peut justement adresser au cathétérisme forcé et trop prolongé, j'ai cru devoir préférer la ponction de la vessie. Mais à quelle méthode devions-nous accorder la préférence?

Il est trois voies par lesquelles on peut arriver dans la vessie:

1° Le bas-fond de l'organe, en y pénétrant à travers le rectum. C'est une mauvaise méthode, parce que chez les individus affectés de gonflement de la prostate, il y a impossibilité d'atteindre avec le doigt le bas-fond de la vessie, et d'y plonger le trois-quarts avec sécurité, sans craindre de léser les vésicules séminales. La nécessité en outre de laisser la canule du trois-quarts dans l'ouverture du rectum, doit être une cause d'irritation pour cet intestin; et enfin l'extraction de la canule qui doit être pratiquée tôt ou tard, peut donner lieu à une fistule vésico-rectale, et très difficile à guérir.

2° Le périné. Cette méthode, quoique moins dangereuse que la précédente, n'est guère plus avantageuse. Pour arriver à la vessie il faut nécessairement traverser la prostate, et l'opération doit alors présenter tous les inconvénients qu'elle amène habituellement lorsqu'elle est pratiquée à travers cet organe, abstraction faite des inconvénients attachés à la lésion presqu'inévitable d'un des canaux éjaculateurs.

3° Enfin la région hypogastrique. C'est celle-ci, la seule voie qui permet d'arriver facilement et avec sécurité dans l'intérieur de la vessie. En effet, lorsqu'il y a rétention d'urine, la vessie s'élève au-dessus du pubis et vient se mettre immédiatement en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen, qui présente en général peu d'épaisseur, et qui ne contient aucun organe important sur la ligne médiane. Il suffit donc dans ce cas de constater, à l'aide du doigt porté sur le bord supérieur des os du pubis, la position de ces os, et de plonger un trois-quarts courbe immédiatement au-dessus de la symphise; et chez les personnes douées de beaucoup d'embonpoint, ce trois-quarts doit être beaucoup plus long que celui qui avait été proposé par frère Côme, afin que la vessie en se vidant n'abandonne pas la canule de l'instrument, ce qui aurait lieu facilement s'il était trop court. C'est par ce procédé que nous avons opéré notre malade, et pu extraire au moins deux litres d'urine.

Vous avez pu vous mêmes vous convaincre que l'opération est d'une extrême facilité. J'ajouterai qu'elle est d'une innocuité presque complète, et qui, assurément, n'a rien de comparable avec les dangers attachés aux tentatives réitérées de cathétérisme soit dans les cas de rétrécissement de l'urètre, soit dans ceux de gonflement de la prostate. En effet, lorsqu'on a pratiqué la ponction de la vessie, on a fait à ce viscère une très petite plaie; et celle-ci ne peut être suivie d'épanchement d'urine dans le tissu cellulaire antivésical, puisqu'elle est occupée par une canule sur laquelle ses bords sont étroitement appliqués. En outre, la présence d'une canule métallique dans le tissu cellulaire et dans les parois de l'abdomen ne saurait être de nature à déterminer des accidents sérieux. Il se développe promptement autour de ce corps étranger une inflammation adhésive, et rien de plus ordinairement, ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois dans des autopsies d'individus qui avaient subi cette opération. Au contraire, par les tentatives réitérées et plus ou moins forcées de cathétérisme (comme nous le disions tout à l'heure) que l'on fait sur un urètre rétréci, on détermine des inflammations, des éraillures de la membrane muqueuse, et presque toujours enfin des fausses routes. Or, des fausses routes pénétrant dans le tissu spongieux placé autour de l'urètre ne manquent pas de laisser filtrer de l'urine dans les aréoles de ce tissu de nature veineuse; de là des inflammations, des abcès gangréneux, des phénomènes de résorption purulente, auxquels les malades succombent presque infailliblement. S'il s'agit d'une rétention d'urine par gonflement de la prostate, on peut aussi opérer des déchirures dans ce tissu folliculeux; le danger est moindre, au point de vue de la pénétration et du contact de l'urine, que dans le cas précédent; mais néanmoins elles peuvent également être très dangereuses, surtout lorsque la sonde a dépassé la prostate et s'est égarée entre la vessie et le rectum, comme cela s'est vu plusieurs fois. On a donc tort de s'effrayer de la paracentèse, et de n'y revenir qu'en dernier lieu, quand on s'est efforcé pendant longtemps et sans succès d'arriver à la vessie par les voies naturelles. Il vaudrait mieux l'employer de suite, lorsque l'on a constaté l'insuccès de tentatives répétées avec ménagement. On peut appliquer à la paracentèse de la vessie ce que l'on dit des opérations de hernie; savoir: qu'elles échouent le plus souvent, parce qu'on n'y a recours que lorsque des efforts de taxis pratiqués intempestivement et trop prolongés ont amené une vive inflammation et la presque désorganisation des tuniques intestinales.

Il est un dernier avantage que nous devons signaler à la paracentèse de la vessie dans le cas actuel; c'est qu'en détournant les urines de leurs voies naturelles, elles permettent à l'urètre et au col de la vessie de rester dans un repos complet, condition éminemment favorable à la résolution de l'état inflammatoire de ces organes.

Huit jours après l'opération, il n'est survenu aucun accident; le malade urine toujours par l'ouverture artificielle sans le moindre inconvénient. La canule, qui est restée constamment dans la vessie, ne s'est pas encore obstruée; les urines sont claires et presque sans odeur. Le malade n'a pas éprouvé de ténesme vésical. En somme, on peut dire que l'opération en elle-même a toutes les chances de réussite sans entraîner le moindre accident; mais que va devenir l'inflammation de la prostate à l'occasion de laquelle on a dû la pratiquer? Elle peut se terminer ou par résolution, ou par la suppuration de l'organe. Il est probable, et il faut l'espérer, que chez notre malade elle se résoudra, ce qui serait très favorable, car s'il se forme de la suppuration dans l'organe enflammé elle donnera lieu à un abcès, et conséquemment à tous les accidents que nous avons signalés plus haut et que nous ne répéterons pas ici.

Quinze jours après l'opération, le malade continue à bien aller. Dans un des jours derniers, la canule fut dérangée et sortit de la vessie, ce qui donne quelque inquiétude au chirurgien, qui pourtant a remédié à l'accident de la manière suivante:

Par l'ouverture suspubienne, il introduisit dans la vessie une sonde de gomme élastique sensiblement plus petite que le calibre de la canule, ce qu'il a pu exécuter assez facilement; puis, sur cette sonde, il a glissé la canule elle-même, qui est arrivée sans difficulté dans la vessie en suivant ce conducteur; le seul obstacle qu'ait présenté cette petite opération a tenu à ce que la sonde n'ayant pas la même courbure que la canule s'arcboutait contre le bord tranchant de celle-ci quand on voulait l'extraire; on y est pourtant parvenu en imprimant à la sonde un mouvement de rotation sur elle-même en même temps qu'on la tirait en dehors. Le malade n'en ressentit heureusement aucun inconvénient.

Le onzième jour la canule, qui se trouvait en permanence dans la vessie, fut retirée par le chirurgien, qui lui substitua une sonde de gomme élastique introduite dans l'organe par les voies naturelles, d'autant plus que le toucher rectal faisait connaître que la prostate n'était plus aussi tuméfiée et était infiniment moins douloureuse. En effet, la sonde a passé par l'urètre et la région prostatique très facilement sans produire de douleurs; l'urine ensuite s'est écoulée librement par ce canal.

J'oubliais de dire que pour plus de précaution M. Robert crut nécessaire de laisser encore quelques jours une sonde dans la voie artificielle pratiquée par le trois-quarts, en même

---

position intime des eaux; tantôt elle intervient comme l'agent auquel se rapportent les principaux effets thérapeutiques.

Il est certain que la chaleur favorise puissamment la dissolution d'un certain nombre de principes minéraux. A mesure que l'eau se refroidit, elle laisse déposer les sels qu'elle avait dissous à l'aide d'une température plus élevée. La chimie le démontre, mais la thérapeutique démontre de son côté que les sels ainsi retenus en excès sont presque tous inactifs. On pourrait d'ailleurs reproduire par un autre artifice la même proportion de matières salines. Il suffirait d'augmenter les doses du liquide, attendu que les différences en plus ou en moins portent sur d'assez faibles quantités.

La température modifie les dissolutions gazeuses aussi bien que les dissolutions salines, et, sous ce rapport, elle mériterait plutôt d'attirer l'attention du médecin.

Supposons qu'une eau minérale froide soit chargée de plusieurs volumes d'acide carbonique. Vient-elle à traverser un terrain volcanique ou à rencontrer un cours d'eau qui, sorti d'une profondeur plus grande, augmente sensiblement son degré de chaleur, la tension du gaz devient considérable. Aussi, dès que la source chaude trouve une issue, elle s'échappe avec impétuosité, le gaz, que la pression atmosphérique est insuffisante à maintenir, se dégage, et avec lui se perdent les propriétés stimulantes et digestives. C'est ce que nous observons à Nauheim, tandis qu'à Hombourg et à Selters, où les sources sont froides, l'eau reste à la surface du sol encore chargée d'un excès d'acide.

Il en résulte un fait qui surprend au premier abord. En voyant jaillir comme un panache d'écume la belle source artésienne de Nauheim et s'écouler dans les bassins des flots d'acide carbonique en suffisante quantité pour que les animaux de petite taille y meurent asphyxiés, il semblerait que l'eau puisée au milieu du jet doit être aussi sapide que celle de Selters. Il n'en est rien cependant, et l'eau des bassins tranquilles de Hombourg garde une saveur bien plus prononcée. A Soden où les sources sont si abondantes la plus chaude retient le moins de gaz, la plus froide est la plus piquante et la plus agréable à boire.

La thermalité est donc, même au point de vue chimique, une chose essentielle; elle a assez de valeur pour que sur cette seule considération on puisse fonder deux grandes classes d'eaux minérales. Mais est ce une raison pour attribuer à la chaleur naturelle plus de vertus qu'elle n'en possède? Nous imitons à peu près la composition d'un grand nombre de sources, combien il est plus facile de reproduire à son gré les conditions de température dès qu'on les juge favorables!

Laissez refroidir les eaux de Wiesbaden et de Soden, agitez celles de Hombourg de manière à faire dégager une partie de l'acide carbonique, vous obtiendrez des eaux presque identiques entre elles et semblables à celles de Kreutznach, de Niederbrunn et de Forbach. Si l'on veut artificiellement échauffer les eaux de Hombourg on retrouve tous les effets que produisent les eaux thermales de même composition, et les résultats sont en somme ceux que nous donnerait l'eau de mer affaiblie et portée à une égale température. La spécificité n'est pas plus absolue sous ce rapport que sous les autres.

En dehors de ces influences chimiques, la température des sources minérales a par elle-même une action incontestable qui seconde souvent, qui dans certaines circonstances va jusqu'à contre-indiquer leur emploi. Telle eau dont la composition semblerait s'accommoder aux affections chroniques de la poitrine est trop froide pour qu'on la prescrive sans danger. Aux bains comme dans les boissons, le degré de chaleur modifie singulièrement les indications médicales. Beaucoup de malades ne peuvent digérer une eau glaciale; leur estomac souffre, ils éprouvent une pesanteur fatigante qui les décourage d'abord et les dégoûte ensuite; il suffit d'élever la température pour faire disparaître ces accidents. Chez d'autres l'inverse a plutôt lieu, une boisson chaude leur donne des nausées. L'expérience la plus vulgaire nous montre combien ces effets sont réels et indépendants des habitudes ou des caprices. Parmi nos aliments n'en est-il pas qui, suivant leur température, sont bien ou mal supportés par les organes de la digestion? Le lait, cette nourriture des convalescents et des gens débiles, est pour beaucoup d'individus l'occasion de troubles gastriques lorsqu'il est pris à froid. Tout le monde sait les effets de l'eau tiède, et il n'est pas de meilleur argument pour prouver l'influence que le seul degré de chaleur exerce sur nos organes.

Pour les bains, ces effets sont encore plus sensibles. Si les eaux de rivière produisent des résultats opposés selon qu'on les administre chauds ou froids, à plus forte raison en sera-t-il de même des eaux minérales. L'activité des substances qu'elles contiennent et la fréquence de leur emploi viennent accroître ces réactions déjà très puissantes. L'élévation ou l'abaissement de la température, dans certaines limites, sont d'une médiocre importance pour un ou deux bains qu'on prescrit; mais lorsque le malade recommence tous les jours et pendant des heures entières, lorsqu'on en fait une médication suivie, ce ne sont plus des circonstances accessoires, ce sont les éléments essentiels de la cure.

On a dit et redit que les affections de même nature, développées dans des constitutions analogues, accompagnées des mêmes symptômes, étaient souvent guéries ou améliorées par des eaux dont la composition n'offrait aucune analogie. Les sceptiques, et en médecine ils ne sont pas rares, ont fait de cette observation, d'ailleurs juste, un argument à leur usage; ils ont conclu au plus vite que les malades guéris par des remèdes presque contraires auraient aussi bien guéri sans remèdes. Barèges, Cauterets, Bagnères de Luchon, Aix-la-Chapelle, Aix en Savoie, Bourbonne, Néris, Balaruc, Wiesbaden, Carlsbad, se disputent les malades atteints de rhumatismes chroniques. Or quels rapports le chimiste trouve-t-il entre les eaux de Barèges, celles de Bourbonne et de Carlsbad?

La conclusion plus légitime qu'il convient d'en tirer, c'est que l'élévation de la température, seule et sans aucun auxiliaire, est un modificateur assez énergique pour prévaloir même contre la diversité des substances minérales que renferment les eaux. A défaut de sources thermales, nous traitons le rhumatisme chronique par les bains de vapeur et par les douches chaudes. Partout nous l'améliorons à l'aide de ces moyens, et un petit nombre de malades est obligé de recourir à des secours plus efficaces. Voilà donc une affection que le froid humide avait produit le plus souvent, et que l'humidité chaude guérit. Est-il possible d'en appeler à des faits plus concluants?

Voulez-vous obtenir des eaux minérales autant de bons résultats qu'elles peuvent en fournir, il faut tout calculer. Celui qui se préoccupe exclusivement de la composition chimique trouvera bien des mécomptes; celui qui considère la température et néglige le reste, est sujet à des erreurs d'un autre genre. Ni l'un, ni l'autre, ne nuiront peut-être à leurs malades; mais en fait d'affections chroniques, ce n'est pas assez. On perd du temps dans ces tentatives impuissantes; les patients désespèrent d'une amélioration qui recule devant eux, et les médecins à leur tour attribuent à l'impuissance du remède ce qui serait plutôt la faute de son application insuffisante.

Le mode d'administration doit donc être étudié dans ses moindres détails. Il n'y a pas de petites choses dans une médication qui vaut surtout par sa longueur et sa continuité. Or, chaque établissement a sous ce rapport ses habitudes invariables, qu'il les doive à l'expérience ou à la suite des traditions. Ici les bains se prennent en commun, ailleurs ils sont administrés individuellement; là les doses excédent de beaucoup celles qu'on prescrit à d'autres sources; les douches locales sont tantôt preférées aux grands bains, tantôt on les tient pour moins utiles. Le médecin qui conseille aux malades le choix d'une eau minérale est bien forcé de se soumettre à toutes ces coutumes locales; et puisqu'il ne peut les changer, elles doivent entrer dans ses prévisions.

On recommande tel ou tel établissement, mais à cette recommandation s'arrête notre pouvoir. Une fois arrivé, le malade ne nous appartient plus; il tombe en d'autres mains, si toutefois il ne préfère se diriger à sa fantaisie. Les avertissements, les conseils, les ordonnances les plus précises s'effacent de sa mémoire. La force de l'exemple a toujours plus de prise que celle des avis scientifiques. D'ailleurs, il accepte avec plaisir, pour la médecine comme pour le reste, cette indépendance qui fait le charme des déplacements lointains. Cela est tellement vrai, que la plupart des brochures publiées sur les eaux mi-

temps qu'il en laissait une dans la vessie introduite par l'urètre; il la retira lorsqu'il fut sûr que l'écoulement de l'urine se faisait par cette dernière voie.

Maintenant on peut considérer absolument tous les dangers attachés à la paracentèse comme dissipés, et le malade placé à peu près dans la même position où il était avant la rétention d'urine, c'est-à-dire avec le gonflement prostatique ancien et la dysurie qui s'y rattache.

Aujourd'hui 30 mai, l'état du malade est parfait sous le rapport des accidents qui l'avaient amené à l'hôpital; il se dispose à retourner chez lui; mais il ne peut uriner sans le secours de la sonde. On vide la vessie matin et soir, et on l'exerce à se sonder lui-même, car à son âge il n'y a pas espoir de voir se dissiper l'engorgement dont la prostate est le siége.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 16 juin 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Cornay adresse une note sur le stéréoscope, nouvel instrument de diagnostic.

C'est à la percussion médiate que se rapporte le stéréoscope, qui a pour but la découverte des corps solides engagés dans les cavités et les parties molles; par exemple, les concrétions urinaires dans la vessie et les projectiles dans les plaies d'armes à feu, etc.

Le stéréoscope est un instrument sonore, très sensible, composé d'un stylet ou d'un tube métallique de 33 centimètres de longueur sur un diamètre qui varie jusqu'à 6 millimètres, sans ouverture au bec, qui est arrondi. Le stylet et le tube sont droits ou courbes, suivant l'usage que l'on veut en faire; le pavillon est terminé par un timbre de 4 centimètres, 5 d'ouverture et de 4 centimètres de hauteur, en métal de cloche.

La sonorité de l'instrument avertit de la présence et des moindres inégalités, ou de l'absence des corps étrangers.

Il n'y a point de son produit par la percussion et le frottement des membranes et des parties molles; mais aussitôt que l'instrument touche à des corps plus ou moins durs, il produit des sons plus ou moins aigus.

M. Velpeau fait remarquer que, sur ce point, les inventeurs se mettent généralement à côté de la question. Dans les cas signalés ici, en effet, la difficulté n'est pas de *percevoir le bruit* qui résulte du contact de l'instrument contre la pierre, mais bien de *toucher* la pierre, quand il y en a une. S'il est arrivé que des explorations multipliées soient restées infructueuses, quoiqu'il existât un calcul dans la vessie, cela tient uniquement à ce que, par sa position, le calcul échappe ou peut échapper au contact de la sonde dans certains cas, et non à ce que le choc cherché ne se propage pas jusqu'à l'oreille. D'un autre côté, M. le docteur Moreau de Saint-Ludgère a proposé, dans le même but, il y a déjà longtemps, une sonde *sthétoscope*.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la peste.

M. Poiseuille est appelé à la tribune, et lit un long discours qui ne parvient pas jusqu'à nous.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de médecine opératoire sur les candidats à la place vacante.

— Dans les dernières séances, ont été nommés membres-correspondants étrangers :

MM. E. Cloquet, en Perse.	MM. Thorbstenson, à Rickiawick.
Bouros, à Athènes.	Giacomini, à Padoue.
Chossat, à Genève.	Ehremberg, à Berlin.
Gaëlani-Bey, au Caire.	Bright, à Londres.
Lessona, à Turin.	D'Ekstroën, à Stockholm.
Doubovitsky, à St-Pétersb.	Racord, à Smyrne.
Verheyen, à Bruxelles.	Rosenbaum, à Halle.
Hyrtl, à Vienne.	Bertini, à Turin.
Guislain, à Gand.	Ismael Effendi, à Constantinop
Bussemaker, à Amsterdam.	Blasius, à Halle.
Goupileau, à Tampico.	Moulon, à Trieste.
Jacobi, à Bonn.	Valentin, à Zurich.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 juin 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Jobert (de Lamballe) lit l'extrait d'un mémoire intitulé : *Réflexions sur l'anatomie pathologique et la thérapeutique des fistules urinaires urétrales chez l'homme. — Anaplastie urétrale.*

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Que les fistules urinaires qui sont récentes et déterminées par une inflammation phlegmoneuse, peuvent guérir par le séjour des sondes et le développement de bourgeons charnus qui ferment l'ouverture accidentelle.

2° Que les fistules anciennes dont le trajet est organisé ne guérissent souvent qu'en apparence par l'emploi des algalies, de la cautérisation, de la compression, etc. Nous avons vu des individus revenir à l'hôpital avec la même fistule ou des dépôts urineux, après avoir été guéris. C'est ce que nous avons observé sur un Italien (à différentes reprises), qui succomba à une autre maladie. L'autopsie nous montra une ouverture fistuleuse urétrale imperceptible, qui permettait à l'urine de filtrer au travers avant que d'être déposée dans une petite poche d'où le liquide était reversé dans le canal.

3° Qu'une fistule périnéale dont le trajet est cartilagineux et ossifié peut être guérie par la suture entortillée et le ravivement, si on a l'attention de détruire le trajet organisé avec l'instrument tranchant.

4° Que les fistules périnéales peuvent être guéries, lorsqu'il en existe plusieurs, par des incisions qui s'étendent à toute leur profondeur, et par des pansements faits comme pour les fistules anales.

5° Que les sondes sont toujours indispensables, quelle que soit l'opération que l'on pratique.

6° Que les fistules sus-scrotales avec perte de substance ne guérissent que par l'autoplastie.

7° Que la boutonnière est inutile lorsqu'on pratique l'anaplastie.

8° Que la boutonnière n'empêche pas l'urine de parcourir l'urètre.

9° Que le lambeau taillé aux dépens du scrotum remplit les conditions voulues pour la réussite.

10° Que l'agglutination peut s'obtenir dans toute l'étendue du lambeau ou dans les deux tiers de sa circonférence, et alors la suppuration amène la guérison par seconde intention.

11° Que le ravivement doit se faire aux dépens des téguments et du trajet de la fistule jusqu'à l'urètre.

12° Que la suture entrecoupée est préférable à la suture entortillée.

13° Que les points de suture doivent être assez rapprochés pour empêcher l'urine de sortir, et qu'ils doivent être assez serrés pour maintenir les surfaces en contact, et pas assez pour les diviser trop promptement.

14° Qu'il est nécessaire de placer une sonde dans l'urètre pour porter l'urine au dehors, et pour rapprocher les surfaces saignantes.

15° Qu'il faut couper les fils à mesure qu'ils pénètrent dans les chairs.

16° Que la suture doit comprendre le plus de tissus possible.

17° Qu'il n'existe aucune difformité après l'autoplastie sus-scrotale, et qu'aucune gêne ne se rencontre dans l'accomplissement des fonctions de ces organes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Contagion de la fièvre typhoïde. — S'il est une question importante au point de vue de la pratique et qui soit depuis longtemps l'objet de longues et sérieuses discussions, c'est sans contredit celle de la contagion de la fièvre typhoïde. On sait quelles importantes autorités les contagionistes invoquent, et combien ils citent de faits en faveur de leur opinion. Les non-contagionistes ne sont pas moins ardents à défendre, soit avec des noms connus dans la science, soit à l'aide de faits journellement observés, l'opinion qui veut que la fièvre typhoïde ne soit pas contagieuse, et, pour exemples, ils exposent ceci, que dans les hôpitaux, où l'on soigne continuellement des sujets affectés de fièvre typhoïde, on ne voit ni les élèves en médecine, souvent fort nombreux qui les examinent, ni les personnes attachées au service des salles contracter la maladie.

Dans un numéro de ce journal (15 janvier), M. le docteur Petit-Jean a rapporté l'histoire de dix sujets, habitant à des distances éloignées, mais ayant des rapports continuels de fréquentation, qui furent successivement atteints de fièvre typhoïde : « Cette coïncidence de la même maladie chez des sujets de douze à vingt-huit ans qui se sont fréquentés, et chez eux seulement, disait en terminant M. Petit-Jean, ne prouve-t-elle pas péremptoirement que la fièvre typhoïde est contagieuse au même titre que la rougeole, la variole, la scarlatine ? »

En réponse à cette lettre de notre honorable confrère, nous avions reçu peu après une note de M. le docteur Doubre, de Saint-Flour-sur-Cher, que nous regrettons de n'avoir pu insérer plus tôt, mais que notre impartialité et notre désir de voir élucider les points obscurs de la science nous font un devoir de reproduire en entier.

« Je lis (*Gazette des Hôpitaux* du 15 janvier) une lettre où est rapportée l'observation de dix cas de fièvre typhoïde développés successivement et dans un temps très court dans la même localité, atteignant presque exclusivement la même famille. De cette observation, M. le docteur Petitjean, son auteur, conclut sans hésiter que la fièvre typhoïde est contagieuse.

» L'affirmation si positive de notre confrère me semble une chose tellement grave, qui touche de si près à une question capitale de médecine et d'hygiène publique, que je crois devoir faire connaître les remarques que j'ai pu faire à ce sujet. Je pense, au reste, que si chaque médecin voulait donner une application générale à cette manière de procéder, on verrait résoudre bien des questions perpétuellement pendantes.

» Les cas dont parle M. Petitjean n'étant pas assez détaillés pour qu'on en puisse apprécier la valeur, je me bornerai à mettre en regard de ce qu'il a vu, ce que j'ai moi-même observé.

» Depuis huit ans que j'exerce dans la même localité, j'ai eu tous les ans à peu près à la même époque de quatre à sept cas de fièvre typhoïde bien constatés, en tout quarante-deux. Toutes les fois que cette affection s'est montrée dans une commune, elle a été multiple; deux, quelquefois quatre individus ont été atteints presque simultanément. Généralement, les personnes frappées n'avaient aucun rapport d'affection ni de voisinage immédiat. Trois fois j'ai vu la fièvre typhoïde atteindre successivement deux habitants de la même maison; mais, chose remarquable, toujours celui qui le fut le dernier était précisément de ceux que leurs occupations tenaient presque constamment éloignés du premier malade; les gardes au contraire, et les autres personnes qui lui donnaient des soins assidus, sont restées bien portantes malgré leurs grandes fatigues et quoiqu'elles eussent vécu pendant quarante ou soixante jours au milieu d'une atmosphère réputée contagieuse par M. Petitjean. Un des trois cas dont je viens de vous parler est encore sous mes yeux : depuis quinze jours j'ai cessé de donner des soins au nommé Regibier, convalescent d'une fièvre typhoïde grave; la femme et la belle-sœur de cet homme, qui n'ont pas quitté son chevet pendant les quarante-six jours de sa maladie, n'ont point *gagné* la fièvre typhoïde; tandis que le neveu, jeune homme de seize ans, qui ne venait dans la maison que pour y prendre son repas et y coucher, vient d'être atteint.

» Si j'invoque maintenant des souvenirs qui sont encore assez récents pour que j'en puisse garantir la fidélité, je dirai que pendant le temps que je suivais les hôpitaux de Paris (de 1832 à 1837), j'ai vu très fréquemment plusieurs cas de fièvre typhoïde dans les mêmes salles, mais que ces malades venaient tous du dehors; jamais je n'a constaté une invasion dans la salle même.

» Dans les colléges que se passe-t-il quand la fièvre typhoïde s'y déclare? Un élève est atteint, immédiatement on le transporte à l'infirmerie ou chez ses parents. Sa maladie ne peut donc par conséquent avoir d'action morbifique sur les autres élèves, ce qui n'empêche pas de voir souvent deux, quatre, dix d'entre eux atteints à quelques jours d'intervalle. Où donc est la contagion ? »

Bibliographie.

Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés; par M. le docteur Brierre de Boismont.

Ce mémoire, qui a eu les honneurs de l'insertion dans les Actes de l'Académie de médecine, traite d'un point jusqu'ici fort obscur de pathologie mentale.

Selon M. Brierre, le délire aigu est une maladie *sui generis* qui, dans beaucoup de cas, ne présente aucune lésion anatomique. On l'a, jusqu'à présent, confondu avec la méningite et la méningo-céphalite.

Il a cependant des symptômes qui lui sont propres; les malades ont un trouble des facultés intellectuelles qui se rapproche beaucoup de la manie furieuse; le refus des boissons est poussé jusqu'à l'hydrophobie, leur regard est généralement sinistre; la langue les lèvres, les dents, se couvrent en quelques instants d'un enduit visqueux et brunâtre; les yeux s'excavent; la peau devient terreuse, et le corps, en peu de jours, subit un amaigrissement considérable.

L'auteur a très rarement observé la céphalalgie; mais surtout il n'a point noté de strabisme, de vomissements, de paralysie. Cette forme, à laquelle il a donné le nom de *délire aigu hydrophobique*, et

---

nérales s'adressent aux malades; c'est le traitement mis à la portée des gens du monde.

En prescrivant l'usage d'une eau minérale, le médecin doit subir de bonne grâce des conditions contre lesquelles la résistance est inutile; mais s'il n'a pas la mission de changer les habitudes, il a du moins la permission de s'abstenir et de récuser les établissements dont les procédés ne lui conviennent pas. Pour faire ces exclusions en connaissance de cause, il a besoin de tous les documents. Telle source, outre l'eau qu'elle fournit, a des moyens qu'elle appelle à son aide. On saura la composition des eaux de Nauheim et de Kreutznach, qu'avec ce seul renseignement on aura l'idée la plus incomplète des ressources thérapeutiques; les salines où l'atmosphère se charge de vapeurs humides et salées, les eaux-mères qui proviennent des exploitations industrielles sont autant de remèdes auxquels on doit faire la part. Un établissement comme celui de Nauheim, où l'acide carbonique est donné en bains, en douches, en injections locales, peut n'être pas plus riche qu'un autre aux yeux du chimiste, et fournir par chaque heure le même volume de gaz. Savoir l'existence du réactif sans connaître son emploi, c'est, en somme, ignorer le plus utile.

D'où vient que l'établissement thermal du Vernet occupe aujourd'hui la première place parmi ceux où sont soignées les affections chroniques de la poitrine, quand, il y a seulement quelques années, on déniait à ces eaux toute vertu? C'est que, faute de substances actives par elles-mêmes, on a eu recours à d'autres moyens pour leur assurer de puissants résultats. Les malades placés constamment dans une température parfaitement égale y respirent un air chargé de vapeur d'eau et d'acide sulfhydrique; ils peuvent, lorsque la chose est jugée nécessaire, passer presque tout le jour dans des salles où la chaleur atteint un haut degré, et trouvent ainsi, surtout pendant l'hiver, des conditions que ne leur offriraient pas les autres sources des Pyrénées. Si à Cauterets, à Bagnères-de-Luchon, il plaisait à quelques capitalistes ou aux communes de construire un vaste établissement sur le modèle de celui du Vernet, avec les améliorations que l'expérience a sanctionnées, le Vernet serait bientôt dépassé; nous aurions au service des malades des ressources plus nombreuses et non moins actives.

Le mode d'administration est un adjuvant si précieux qu'à lui seul il constitue souvent la médication tout entière. Quelles sont les richesses minérales dont dispose le paysan de Grœffenberg quand il ordonne l'eau courante de ses ruisseaux et enregistre à bon droit tant de cures merveilleuses? Il n'a ni les atomes d'iode, ni les molécules de brome, ni les chlorures abondants, ni les hautes températures, il guérit avec ses seules eaux froides. Tout dépend de la méthode; car, dans les vallées de la Suisse, sur les bords du Rhin, aux murs enfumés de Londres et de Paris, l'hydrothérapie accomplit ses grands résultats.

Supposez qu'un médecin avec plus d'esprit que de franchise s'avisât d'appliquer des eaux légèrement acidules ou sulfureuses suivant les procédés adoptés par l'ingénieux Priesnitz, ses sources reproduiront les miracles de Grœffenberg, les malades reviendront proclamant leurs vertus sans pareilles. Or, cet artifice irréprochable, tout le monde le pratique à des degrés différents. On ne se contente pas de confier les gens à la nature, on aide la nature et personne ne s'en plaint.

C'est ainsi que l'habileté thérapeutique, la multitude des moyens, la diversité des ressources que crée l'intelligence assurent à chaque eau minérale des vertus particulières qui ne se retrouvent plus dans les établissements où les esprits ont été moins inventifs ou moins heureux.

Il y a donc selon nous trois sortes de spécificité : l'une réside dans les éléments chimiques essentiels que contiennent les sources. Quant aux principes secondaires, ils ne méritent pas l'honneur qu'on leur attribue et sont tout au plus des auxiliaires favorables ou des adversaires à demi désarmés.

L'autre qualité spécificique vient de la température; la troisième dépend du mode d'administration. Toutes trois occupent les premiers rangs et sont dignes d'une égale considération.

Une quatrième réclame encore l'attention des médecins et n'obtient trop souvent que celle des malades. Cette vertu moins définie, dont la sévérité scientifique s'accommode assez peu, consiste dans les influences locales que provoque le changement de résidence, d'alentours et de société, et dans l'action plus appréciable du régime et du mouvement.

Pour certains malades, et surtout pour ceux que consument l'activité des affaires, ou des chagrins intimes; pour ceux que fatiguent les recherches assidues de la science, ou qu'un travail en quelque sorte mécanique enchaîne dans le repos du cabinet; les loisirs d'une vie indépendante; l'absence de toute préoccupation, le spectacle animé des baigneurs, les fêtes, la musique, le jeu même et ses émotions passagères, mettent l'esprit et le corps dans des conditions nouvelles, et fait la moitié des frais de la cure. Si Bourbonne, Niederbronn, Schwalbach, Kreutznach, comptent moins de guérisons que Hombourg, Wiesbaden et Spa, c'est dans ces circonstances tout à fait étrangères à la composition et au mode d'administration des eaux, qu'il faut chercher la cause de leur infériorité.

La passion funeste du jeu, que les hommes satisfont peut-être encore avec plus de fureur et de danger dans les tripots illicites que dans les établissements que la police tolère et surveille, a été tournée en Allemagne au profit des malades et des pays où la nature avait fait jaillir des sources minérales. Les fermiers des jeux et des eaux rivalisant de zèle, ont épuisé toutes les séductions pour attirer ceux qui font des eaux le prétexte du jeu; les gains immenses qu'ils réalisaient ont servi à créer des établissements splendides, parfois même des villes entières.

Spa, Baden-Baden, s'embellissent chaque jour; à côté du triste village d'Emsdorff et du vieux Curhaen, le jeu a bâti une ville coquette où l'étranger trouve presque toutes les ressources des capitales, en même temps que les charmes d'une nature sauvage; Wiesbaden est aujourd'hui une des plus gracieuses cités de l'Allemagne; Hombourg, presque un village il y a quelques années, devient une ville qui bientôt peut-être égalera Baden-Baden et Wiesbaden. Le jeu a fait toutes ces merveilles. A côté d'Ems, Schlangenbad languit abandonnée; Schwalbach n'est qu'un bourg; Spa, dont les eaux ont la même composition, conserve sa vieille réputation de ville élégante et commode. Wiesbaden fleurit à côté de Kreutznach, dont les eaux ont tant d'utilité; Hombourg grandit, et attirera bientôt toute la société riche de l'Allemagne, tandis que Soden et Manheim, ses voisines, qui pour la qualité des sources n'ont rien à lui envier, ne sont visitées que par un petit nombre de baigneurs.

La folie des joueurs paye les fêtes, les concerts, les bals, les promenades élégantes, les hôtels commodes que Hombourg, Baden-Baden et Wiesbaden offrent aux baigneurs avec une prodigalité si peu coûteuse; mais les malades en profitent, et ceux auxquels convient une vie de liberté, de plaisir et de mouvement, y trouvent des éléments de bien-être qui concourent à leur guérison.

Si nous ne passons pas sous le silence ces considérations qui, au premier abord, semblent étrangère aux eaux minérales, c'est pour faire mieux ressortir l'importance que l'on doit en général accorder à des conditions accessoires, dont on ne tient pas toujours un compte suffisant.

A Dieu ne plaise que jamais il soit permis d'établir dans les eaux minérales de France des tables de roulette et de trente et quarante. Aujourd'hui que l'opinion publique se prononce même en Allemagne contre les concessions des fermes de jeu, bien probablement il n'en sera plus accordé de nouvelles après l'expiration de celle de Hombourg. Mais nous voyons les gouvernements lutter de zèle pour embellir les lieux où existent des sources importantes.

Il s'établit entre les différents princes de la confédération germanique une sorte de rivalité toute au profit des baigneurs. Rien n'approche des magnifiques établissements que les ducs de Nassau ont créés de leurs deniers à Ems, à Schlangenbad, à Wiesbaden. L'Autriche seconde puissamment les établissements thermaux de l'Empire. En France, au contraire, ainsi que nous le disions avec regret, les communes, les conseils-généraux des départements, les chambres mêmes, font assaut de parcimonie. Les bâtiments restent inachevés, les routes sont mauvaises, les bains sont incomplets ou mal aménagés, les logements, sont, en général, inhabitables; aussi les baigneurs les plus ri-

qui est celle qu'on observe le plus ordinairement dans les établissements d'aliénés, est la plus grave, et se termine presque constamment par la mort. C'est une véritable folie aiguë. Les autopsies, au nombre de quatorze, ne lui ont présenté, dans sept cas, aucune trace morbide.

Cette forme du délire aigu n'est pas la seule; il en existe une autre à laquelle M. Brierre a donné le nom de délire simple. Sa durée est fort courte; il se termine en quelques heures, quelques jours, le plus ordinairement par la guérison. Ce délire attaque plus spécialement les individus nerveux, les jeunes filles chlorotiques, les jeunes garçons à l'âge de la puberté, les hommes sous l'influence de l'émulation, d'une ivresse non habituelle, d'un chagrin violent; il se montre aussi au début de certaines fièvres typhoïdes

On ne peut s'empêcher de reconnaître, après la lecture du mémoire de M. Brierre, et surtout des observations qui y sont rapportées, que le délire aigu n'a pas plus que la folie de lésion qui lui soit propre. Il y a incontestablement dans le cerveau une modification organique; mais elle n'est pas plus appréciable à nos sens que celle qui a lieu dans le délire des aveugles dans celui des ivrognes, dans celui des opérés.

Le traitement a offert peu de ressources pour le délire hydrophobique, puisque tous les individus qui en ont été atteints ont succombé. Dans la forme simple, au contraire, la guérison a lieu très ordinairement. Les saignées, les sangsues, les bains prolongés avec irrigations, sont les moyens qui ont le plus constamment réussi à l'auteur.

Le pronostic du délire aigu a une haute importance; car, confondu avec la folie, il peut donner lieu aux plus fâcheuses méprises, et a d'ailleurs des conséquences déplorables pour l'avenir des personnes. La forme simple ne laisse après elle qu'un affaissement passager et une susceptibilité nerveuse que le temps et les soins font disparaître.

La raison, momentanément troublée, reprend toute sa force.

Telle est l'analyse succincte de ce mémoire, qui, comme tous les travaux de l'auteur, porte le cachet d'une observation sévère et d'un excellent esprit pratique. Parmi les médecins voués à l'étude spéciale des maladies mentales, M. Brierre de Boismont est un de ceux à qui la science est redevable du plus grand nombre de recherches d'un haut intérêt, et toujours favorablement accueillies par le public.

Formule d'une pommade créosotée contre la brûlure;
par M. le docteur SUTRO.

M. Sutro obtient les plus heureux résultats de l'emploi de la pommade suivante contre les brûlures les plus graves :

Créosote,	15 gouttes;
Charbon animal,	1 gramme;
Alcool rectifié,	2 grammes;
Onguent de sperma-ceti,	30 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

On applique cette pommade sur les surfaces brûlées, au moyen de compresses fines ou de plumasseaux de charpie.

Cinquième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Crouzet.
Desportes, membre de l'Acad. royale de méd., président de la Commission d'organisation du *Cercle médical*.
Ducros (Luc).
Léhu.
Lesséré.
Huguier, chirurgien des hôpitaux de Paris.
Herbert, D.-M. à Mortain (Manche).
Labrunie.
Maillard.
Martin (Alphonse).
Pointis.
Blandin, prof. à la Faculté de méd. de Paris.
Pedelaborde.
Pannetier.
Bourdonnay.
Voisin, médecin à Bicêtre.
Favrot fils.
Baillarger, médecin à la Salpêtrière.
Duchollet.
Fougeirol.
Bazile, D.-M. à Bercy (Manche).
Delaroche.
Duménil, D.-M. à Rouen.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

---

ches, ceux surtout qu'il importerait de retenir, vont ils chercher en Allemagne, avec les eaux qui donnent la santé, le plaisir, qui, s'il ne guérit, fait du moins oublier tant de maux. Ils aiment mieux Wiesbaden et Kreuznach, quand Bourbonne-les-Bains et Balaruc leur sont ouverts; Ems et Carlsbad, quand ils ont Vichy; Saint-Nectaire et la Bourboule, Hombourg et Soden, lorsque Niederbronn et Forbach leur offriraient les mêmes ressources; Baden-Baden et Schlangenbad, quand Plombières jouit au moins des mêmes vertus.

Les médecins qui prescrivent l'usage des sources minérales sont eux mêmes obligés de partager ces préférences. Tout ce qui peut contribuer aux succès de la médication, que de soit des distractions faciles ou les composés chimiques, doit entrer dans leurs calculs. Voilà comment les provinces allemandes nous font dès à présent une redoutable concurrence. Peu à peu l'habitude viendra se joindre aux avantages qu'elles offrent à nos malades, et c'est à peine si les dépenses les mieux entendues pourront alors sauver nos établissements de l'abandon qui les menace.

(*La suite au prochain numéro.*)

NOUVELLES.

On lit dans un journal :

« La tête de Lecomte, qui vient d'être livrée à l'examen des phrénologistes, présente la forme extérieure qui, d'après le système de Spurzheim et de Gall, indique le penchant au meurtre : son front était déprimé, sa tête se rehaussait vers la nuque, ses oreilles étaient larges et écartées. »

Nous ne savons jusqu'à quel point la conformation du crâne de ce condamné présente des raisons pour ou contre les doctrines phrénologiques, mais nous pouvons assurer que si quelques observations ont été faites sous ce rapport, elles n'ont pu l'être que pendant la vie de Lecomte, l'autorité ayant répondu à la réclamation de la Faculté, qui demandait, suivant l'usage, le corps du supplicié pour les études anatomiques, que ses restes avaient été remis aux parents et inhumés immédiatement. Le crâne de Lecomte n'a été ni moulé, ni examiné par les médecins après la mort.

— Un établissement d'un nouveau genre se forme actuellement aux portes de Paris, à Montrouge. Les médecins qui le dirigent se proposent de soumettre certaines classes de malades à l'usage du lait de vache et de chèvre, après avoir au préalable préparé ces animaux par une médication propre à donner à leur lait telles ou telles propriétés curatives, selon les différentes indications que l'on se propose de remplir. L'idée est ingénieuse, sans doute, mais cela ne suffit pas. Déjà nous avons appris que plusieurs de ces mammifères, n'ayant pu résister au traitement préparatoire, ont succombé. (*Gaz. méd.-chir.*)

— Il est question de fonder une société nouvelle, qui prendrait le nom de *Société ophthalmologique de Paris*, composée des principaux ophthalmologues de la capitale et de la province. Elle se proposerait de recueillir et de discuter les matériaux qui sont de nature à compléter l'étude des maladies des yeux. Nous rendrons compte de ses travaux lorsqu'elle sera définitivement constituée. (*Ibid.*)

— Le congrès scientifique d'Italie, qui se réunit tous les ans depuis 1839, aura lieu cette année, à Gênes, le 14 septembre. La ville de Gênes vient de mettre à la disposition du congrès une somme de six mille francs pour les expériences relatives aux sciences physiques et naturelles qui seront faites durant cette réunion.

La commission du congrès, résidant à Gênes, nous prie d'inviter les personnes bien qu'étrangères, qui s'occupent des sciences physiques et qui peuvent avoir à lui proposer des expériences, à lui transmettre leurs projets à Gênes avant le 15 juillet prochain.

Les auteurs des projets préférés en seront immédiatement informés par la commission, qui se mettra en rapport avec eux pour aviser aux moyens d'assurer l'exécution des expériences jugées nécessaires.

— Durant l'année 1845, le nombre des élèves en médecine a été de 71 à l'Université de Gand, et de 78 à l'Université de Liége. (*Gaz. méd. Belge.*)

— M. le docteur Bernard (de Villefranche) a ouvert hier mercredi, à l'Ecole pratique, un cours de physiologie expérimentale.

Ce cours aura lieu trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 72. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 19 JUIN 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Avec une constitution médicale aussi tranchée que celle au milieu de laquelle nous vivons, il serait impossible que les affections ne revêtissent pas un caractère particulier. Ce caractère est la congestion. M. le docteur C. Broussais, qui sait grouper les faits et tirer de leur rapprochement les conséquences légitimes, a appelé sur ce sujet, dans une récente leçon clinique, l'attention de MM. les officiers de santé placés sous ses ordres, à l'hôpital du Gros-Caillou.

Plusieurs malades sont entrés depuis le commencement de ce mois dans son service, avec l'appareil symptomatique le plus grave, les accidents paraissant prédominer, soit du côté de la tête, soit du côté de la poitrine, soit du côté du ventre, et l'on a dû craindre, chez les uns, la méningite ou l'encéphalite; chez d'autres, une pneumonie; chez d'autres encore, une gastro-entérite typhoïde. C'étaient tantôt la céphalalgie, les étourdissements, les épistaxis, qui attiraient l'attention; tantôt l'expectoration sanguinolente, le point de côté, la dyspnée; tantôt la soif, les vomissements, les coliques, la sécheresse de la langue, le gargouillement iléo-cœcal.

Cependant tous ces cas, si graves en apparence, ont été en s'améliorant d'une manière notable et généralement rapide. Aucun, jusqu'à ce jour, ne s'est terminé d'une manière funeste. M. C. Broussais est porté à conclure, de ce grand fait général, que les affections dont il s'agit ont été constituées plutôt par des congestions que par des inflammations proprement dites.

Ce n'est pas que le fils de l'illustre auteur de la médecine physiologique prétende établir une ligne de démarcation infranchissable entre la congestion et l'inflammation. Il admet que l'une conduit à l'autre, que l'inflammation est souvent précédée d'une congestion plus ou moins longue; mais il croit devoir reconnaître, avec tous les pathologistes, comme avec son père lui même, que la congestion s'arrête, dans d'autres cas, aux limites de l'inflammation, et reste congestion jusqu'à la fin, soit que le malade guérisse, soit qu'il succombe.

Or, il a semblé à M. C. Broussais, et nous pensons avec lui, que, sous l'influence de la constitution médicale actuelle, les congestions n'aboutissent pas aussi souvent à l'inflammation qu'à d'autres époques; aussi la vie des malades est-elle moins compromise, et le traitement produit-il du jour au lendemain des résultats décisifs.

M. Broussais a trouvé dans les faits qui nous occupent l'occasion d'un rapprochement naturel entre les affections morbides de la saison et celle des pays chauds, de l'Algérie en particulier.

Le premier effet des chaleurs, dans l'Afrique française, est d'amener des diarrhées et des dysenteries en grand nombre; c'est ce qu'elles viennent de produire et ce qu'elles produisent encore ici; beaucoup de malades ont eu soit des vomissements bilieux, soit des évacuations alvines bilieuses, muqueuses ou même hémorrhagiques. Huit militaires sont entrés pour ces dérangements des fonctions digestives depuis dix jours. L'un d'eux (salle 1re, lit 27) avait l'aspect cholérique très marqué: il est déjà convalescent; trois autres avaient la dysenterie (salle 1re lits 36 et 38, et salle 5, lit 31), et sont aussi en voie de guérison.

Six malades se sont présentés avec tout l'appareil typhoïde commençant, c'est-à-dire avec céphalalgie, épistaxis, prostration, enduit nacré, délire nocturne, gargouillement à la fosse iliaque chez l'un d'eux, etc.; un seul de ces malades est réellement en danger.

Deux semblaient atteints d'une simple irritation gastro-intestinale; mais ils se plaignaient surtout de céphalalgie.

Six ont eu pour tous symptômes de l'affection dont ils étaient atteints, des étourdissements, des pesanteurs de tête, des éblouissements qui les forçaient à sortir des rangs, à s'arrêter et à s'asseoir; ils semblaient tomber en syncope. Cet état se dissipait et reparaissait de nouveau à l'occasion du moindre exercice, de la moindre fatigue; ils accusaient de la faiblesse dans les membres inférieurs, et disaient que leurs jambes ne pouvaient les porter. C'étaient là les signes de la congestion cérébrale.

La congestion cérébro-pulmonaire, compliquée ou non d'irritation gastro-intestinale, s'est montrée chez quatorze entrants, et avait pour caractères tout ou partie des symptômes que nous venons d'énumérer, plus de la toux, de la dyspnée, un point de côté, des crachements de sang; symptômes qui coïncidaient avec une respiration forte, dure, râpeuse, ou des râles sibilants fins, du râle sous-crépitant et une légère diminution de sonorité.

Enfin, sept malades sont entrés pour des accès de fièvre quotidienne ou tierce, et trois pour une fièvre rémittente avec céphalalgie persistante.

Voilà un total de quarante-six malades entrés depuis une dizaine de jours, qui spécifient exactement la manifestation morbide en rapport avec la constitution atmosphérique.

L'affection avait souvent débuté avec toute l'apparence d'une fièvre intermittente, et plusieurs de ces malades ont été envoyés à l'hôpital comme atteints de fièvre tierce ou quotidienne.

Nous nous bornerons à cette rapide indication, sans entrer, quant à présent, dans aucun détail sur le traitement, nous proposant de reprendre la question dans son ensemble lorsque les faits seront plus nombreux, ce qui ne peut manquer, vu l'intensité persistante des chaleurs, les plus fortes que l'on ait eues à Paris depuis plusieurs années.

— Un jeune homme atteint de colique saturnine est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Andral, qui lui a prescrit deux gouttes d'huile de croton tiglium dans deux cuillerées à bouche de sirop de gomme.

Le malade, à la suite de l'ingestion de ce drastique, a été pris d'une hématémèse. Il a rendu environ deux verrées d'un sang noir, semblable à celui que perdent les individus atteints de cancer ulcéré de l'estomac. Le sang des matières vomies a été examiné au microscope: les globules étaient altérés ou même detruits. On ne voyait plus, dans ces matières, que des granules analogues à ceux du chyle. C'est la première fois que M. Andral observe l'hématémèse consécutivement à l'administration de l'huile de croton tiglium. Du reste, cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses, et aujourd'hui le sujet, quinze jours après son admission à l'hôpital, mange trois portions.

M. le professeur Andral a rappelé à ce sujet le cas d'une jeune femme, victime de l'affreuse catastrophe du chemin de fer de Versailles (rive gauche). La peau des membres inférieurs était entièrement brulée. Cette personne eut des vomissements noirs. Ce fait confirmerait la sympathie signalée par Dupuytren entre les deux membranes tégumentaires, et qui se manifeste par une exhalation sanguine de la muqueuse digestive, après les larges brûlures du tégument externe.

— Un soldat, âgé de vingt-six ans, entre au Val-de-Grâce le 21 mars 1846; sa constitution est assez bonne. Il fut atteint en février 1845 d'une violente douleur à l'hypocondre droit, qui se dissipa au moyen de plusieurs saignées locales et générales. Depuis cette époque, il éprouva un malaise vague pour lequel il se borna à demander quelques exemptions de service. Au moment de son entrée à l'hôpital, dans la division de M. le professeur Champouillon, il est atteint d'une fièvre intermittente quotidienne bien caractérisée: le sulfate de quinine la fait disparaître en quelques jours.

Pendant le cours de la convalescence, qui paraît devoir être rapide, une ascite énorme se déclare presque subitement: les diurétiques, les purgatifs n'amènent aucun amen-

---

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

DEUXIÈME CHAPITRE. — *Indication sommaire des sources. — Composition chimique. — Mode d'emploi.*

Avant d'indiquer les applications des sources minérales allemandes, il est nécessaire de faire connaître leur composition et leurs principaux modes d'emploi.

La nomenclature, nous en convenons les premiers, sera longue et fastidieuse; mais elle est indispensable à l'intelligence de ce qui suit. Peut-être eût-il mieux valu réserver ces documents et les faire seulement intervenir à mesure que l'occasion s'en fût offerte. C'est la méthode généralement admise; mais nous n'étions pas libres de nous y conformer. Notre point de départ est toujours dans l'étude des maladies, jamais dans celle des eaux minérales; nos divisions se rapportent à des types pathologiques et non pas à des établissements particuliers. Le lecteur ne saurait donc par avance où trouver des renseignements ainsi dispersés dans le cours des chapitres; il lui faudrait tout un travail pour établir les plus simples comparaisons.

Groupés dans le même cadre, ces documents nécessaires se rapprochent sans efforts, on saisit d'un coup d'œil les analogies et les différences. Si cette disposition a tous les inconvénients des vocabulaires, elle en offre les avantages; les recherches sont rendues plus faciles et la confusion devient presque impossible. Comme de semblables catalogues se consultent et ne se lisent pas, leurs redites monotones n'ont pas besoin qu'on les excuse.

A ne tenir compte que des principes minéralisateurs qui s'y trouvent en notables proportions, les eaux peuvent être divisées en alcalines, ferrugineuses, salines muriatiques et sulfureuses. Cette classification extrêmement simple serait insignifiante pour les chimistes; elle suffit aux médecins.

Il est inutile, en effet, d'entrer dans les minutieux détails de l'analyse, de constater les moindres molécules de silice ou d'alumine, lorsqu'on se propose seulement d'étudier la composition des sources dans ses rapports avec leurs propriétés thérapeutiques. En prétendant arriver à l'exactitude extrême, on impose à la mémoire du praticien des efforts qu'elle ne soutient pas, le principal se confond avec les accessoires, les erreurs les plus grossières deviennent excusables. Si on veut se rappeler à quelles étranges confusions les sources minérales ont donné lieu, on comprend qu'il faut se prémunir par tous les moyens contre ces fâcheux mécomptes.

Nous y avons avisé, et en nous attachant aux substances vraiment médicamenteuses, et en rapprochant autant que possible les sources allemandes des sources mieux connues de notre pays. Nous avons assez de confiance dans les eaux minérales pour ne pas invoquer des vertus problématiques et ne tenir compte que des principes auxquels leur nature et leur suffisante proportion assurent des propriétés efficaces. Ainsi quand les sources se recommandent d'une manière spéciale par l'abondance du *bicarbonate de soude*, comme celles de Vals et de Vichy, en France, par exemple, nous leur donnons le nom d'*eaux minérales alcalines*. Nous appellerons *eaux salines muriatiques*, celles qui contiendront comme élément minéralisateur principal, le chlorure de sodium; *ferrugineuses*, celles qui ne renferment d'autre principe important que le fer; enfin nous réservons le nom d'*eaux sulfureuses* à celles qui laisseront dégager une quantité notable d'acide sulfhydrique, et qui seront particulièrement riches en sulfures alcalins. La plus ou moins grande quantité de gaz acide carbonique libre et la température, pourront aussi dans quelques cas nous fournir des divisions secondaires.

Ce ne serait pas assez de faire connaître les résultats de l'analyse; le mode d'administration, les circonstances locales, les habitudes même sont d'une certaine importance pour le praticien. Quoiqu'il abandonne son malade aux médecins directeurs, il a besoin de savoir si les conditions secondaires viendront en aide au traitement.

Dans d'autres cas, ces renseignements deviennent indispensables. Les eaux minérales peuvent être employées avec fruit sans que ceux auxquels on les recommande soient obligés à de lointains déplacements. Tous les jours on ordonne en France les eaux de Hombourg, de Kissingen ou de Selters; or, pour apprécier leurs effets, mesurer leurs doses et ne négliger aucun des moyens utiles, l'expérience des médecins résidents doit suppléer la nôtre.

Les substances actives qui les composent peuvent encore être prescrites soit sous forme d'eaux artificielles, soit dans tout autre véhicule. Ainsi, le chlorure de sodium, le bicarbonate de soude, le fer et ses composés constituent une branche importante de notre matière médicale. En les administrant avec la même persévérance, aux mêmes doses qu'aux sources elles-mêmes, en secondant leur usage par les mêmes procédés, on obtiendrait partout des résultats bien supérieurs à ceux qu'on a l'habitude d'en attendre.

Nous exposerons tous ces points d'une manière succincte, réservant pour un traité plus étendu les longs détails qui ne conviendraient guère à une publication périodique.

EAUX MINÉRALES ALCALINES.

Ems, Schlangenbad. — Ems mérite sans contredit le premier rang, peut-être même devrait-il seul composer la classe tout entière si les sources les plus riches en principes minéraux étaient en même temps les plus efficaces contre toutes les formes de maladies.

La ville est située aux limites nord du duché de Nassau, à quelques lieues de Coblentz dont le Rhin la sépare.

Sa position géographique n'est pas sans importance à cause des affections spéciales qu'on y envoie. Ems réunit, en effet, les conditions qu'on regarde comme favorables aux maladies chroniques de la poitrine et que possèdent à quelque degré les établissements renommés pour le traitement de la phthisie ou des catarrhes opiniâtres. La vallée étroite et profonde, arrosée par une petite rivière (le Lahn), est ouverte aux vents d'ouest, aussi le climat est-il plus humide et en même temps plus tempéré que dans les contrées environnantes.

Cette position, qui préserve la ville des très rudes hivers et des étés trop ardents, est compensée par les brouillards et les pluies fréquentes du printemps et de l'automne. Comme les froids excessifs y sont rares, beaucoup de malades prolongent aux eaux leur séjour et préfèrent subir les inconvénients de l'automne pour jouir des avantages d'un hiver plus doux. Aussi les aménagements intérieurs ont-ils été faits dans cette prévision. On y trouve des promenades couvertes et closes; quelques salles de bains sont annexées aux logements de manière à éviter le contact de l'air extérieur. Les transitions brusques semblent si funestes aux poitrines délicates qu'on a cherché par tous ces moyens à permettre aux visiteurs de prolonger leur séjour.

Nous aurons à revenir sur la question grave de la durée et de la continuité du traitement à propos des maladies de poitrine et de l'usage des eaux d'Ems. Il était utile d'indiquer dès à présent comment à Ems on a résolu le problème et disposé les choses en vue de la solution.

Les sources sont très nombreuses; on en compte une vingtaine. Celles qu'on emploie surtout en boisson sont au nombre de trois, ce sont les seules qu'on exporte; on les désigne sous les noms de Kesselbrunnen, Kraenchen et Fursten-Brunnen. Leur température varie de 21 à 37° R.

1,000 grammes d'eau contiennent 2 grammes de bicarbonate de soude, 2 décigrammes environ de bicarbonate de chaux et quelques centigrammes de sulfate de soude et de chlorure de sodium; on y trouve quelques traces de fer. L'acide carbonique dégagé par l'ébullition de la même quantité d'eau alcaline est en poids de 35 à 40 cen-

(1) Voir les nos 63, 68, 71.

dement; la ponction donne six litres de sérosité verdâtre. L'épanchement reparaît le lendemain de l'opération; quatre ponctions sont successivement pratiquées en quinze jours.

Dans la nuit du 27 au 28 mai, le malade perd l'usage de ses membres, qui conservent à peu près leur sensibilité normale. Il succombe le 2 juin, sans avoir jamais cessé de manger avec plaisir.

On trouve à l'autopsie un épanchement séreux dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans les ventricules latéraux : on ne constate aucune altération de la moelle et de ses enveloppes.

Les poumons sont sains; celui du côté droit ne dépasse pas la cinquième côte; le cœur ne présente aucune lésion organique. Le péritoine n'offre de traces d'irritation que sur les points correspondants aux ponctions : il contient plusieurs litres de sérosité.

Le foie, volumineux et saillant dans le thorax, dépasse à peine de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes; par une partie de sa face convexe, il est adhérent à la paroi abdominale antérieure, mais sans indices d'une inflammation récente du péritoine.

Quatre tumeurs du volume du poing semblent sortir de la convexité du foie; elles sont jaunâtres, ovales, déprimées au sommet; une multitude de tumeurs miliaires ou de la grosseur d'une aveline sont éparpillées sur la face convexe et la face concave, au milieu du tissu hépatique, qui offre l'aspect et la consistance normales; toutes ces tumeurs, grandes et petites, sont très dures et crient sous le scalpel.

La vésicule est pleine de bile noire et épaisse dans laquelle flottent deux calculs ayant la forme de pepins d'orange.

La muqueuse gastrique est pâle, un peu épaissie; elle offre une teinte rosée vers le pylore, dont l'ouverture est considérablement rétrécie par une tumeur squirrheuse.

Les autres organes abdominaux ne présentent rien à noter.

Il est aisé de se rendre compte de l'ascite dans le cas dont il s'agit. Les tumeurs (nous les avons vues) réduisaient le foie, par conséquent les branches de la veine-porte au moins des trois quarts. L'absorption de la sérosité péritonéale ne pouvait donc plus s'exercer que dans la proportion d'un quart environ; d'où il suit que les trois quarts du produit de l'exhalation séreuse restaient dans l'abdomen, s'augmentant incessamment d'une nouvelle quantité de liquide, puisque l'exhalation est incessante.

L'exhalation est artérielle; l'absorption est veineuse. La question ainsi posée, on voit qu'il y a bien, mais non pas comme l'entendait Bichat, des exhalants et des inhalants. Il y a plus : c'est bien encore à un défaut d'équilibre, entre ces deux ordres de vaisseaux que l'hydropisie est due dans un grand nombre de cas. Mais ce défaut d'équilibre il ne faut pas le chercher dans une modification des propriétés vitales : il a une cause toute mécanique. Les artères sont libres, le sang y arrive, et la sérosité lubréfiante transsude; les veines, au contraire, sont oblitérées, et cette sérosité qu'elles sont chargées de reprendre à mesure qu'elle est séparée du sang reste dans la cavité où elle a été déposée.

— Dans un autre service du Val-de-Grâce, celui de M. Marchal (de Calvi), il s'est passé un fait qui a rapport aussi à la question des hydropisies. Un homme dont la constitution était profondément altérée, et qui avait aux jambes un grand nombre de taches scorbutiques de petit diamètre (analogues à des piqûres de puce), était en même temps ascitique, et avait une infiltration du tissu cellulaire du tronc, de la face et des membres supérieurs. Il était facile également de constater la présence d'une certaine quantité d'eau dans les plèvres. Le cœur, ausculté avec le plus grand soin, ne faisait entendre aucun bruit morbide. Il était possible que, chez cet homme, dont le sang avait manifestement subi une atteinte dans son élément coagulable, la fibrine, puisqu'il y avait des taches scorbutiques, c'est-à-dire de petites hémorrhagies, il était possible, disons-nous, qu'il existât coïncidemment une autre altération de ce liquide; à savoir, une diminution de son albumine. Mais les urines, éprouvées par les moyens ordinaires, ne firent apercevoir aucune trace de ce principe.

Ajoutons que les reins, percutés d'après les principes de M. Piorry, n'avaient pas été trouvés plus volumineux que dans l'état normal. Ainsi, pas d'affection du cœur, pas d'altération du sang. Cela étant, M. Marchal déclara qu'il devait y avoir un obstacle au cours du sang veineux. Mais comment concevoir un obstacle de ce genre capable de déterminer à la fois une ascite et l'infiltration du tissu cellulaire de toute la moitié supérieure du corps, ou plutôt de tout le corps, moins les membres inférieurs, lesquels étaient maigres et secs? On comprenait bien qu'un obstacle au cours du sang dans la veine cave supérieure pût déterminer l'œdème de la face, des membres supérieurs et de la poitrine. Mais l'ascite, comment l'expliquer? Il fallait supposer ou une oblitération de la veine cave inférieure, et alors les membres pelviens eussent été infiltrés, ou une obturation de la veine-porte, et ce fut l'hypothèse vers laquelle on inclina. Il n'était pas facile de découvrir la raison organique de cet obstacle au cours du sang portant à la fois sur la veine cave supérieure et sur la veine-porte.

Le malade était sujet à des étouffements, dont on se rendait compte par un emphysème pulmonaire assez facile à reconnaître au développement du thorax, à sa sonorité excessive, et à quelques râles variables et fugitifs. Le chirurgien traitant n'avait jamais été témoin de l'un de ces accès, et le malade, fort apathique d'ailleurs, en avait parlé sans y attacher lui-même d'importance. Un matin, à l'issue de la visite, le sujet se trouvant mieux que d'habitude, rien dans son état ne faisant prévoir une issue prochainement funeste, le sujet, disons-nous, assis sur son lit, causait avec ses voisins, lorsque, tout à coup, il se renversa en faisant entendre un râle qui dura peu d'instants, et succomba.

A l'autopsie, on trouva une masse énorme de tubercules, dont quelques-uns avaient le volume d'une noix, autour de la trachée et des gros vaisseaux thoraciques, notamment de la veine cave supérieure. Une masse de même nature, mais moins considérable, existait autour de la veine-porte, qui était encore perméable. La sérosité contenue dans l'abdomen n'était pas abondante. Il y en avait deux verres environ dans les plèvres. Elle était pure, sans mélange de flocons, précipitant en blanc par l'addition de l'acide nitrique. Le cœur était sain; les poumons, comme on l'avait diagnostiqué, étaient emphysémateux.

Nous n'insisterons pas davantage sur les détails nécroscopiques. Pour expliquer ces étouffements, sur lesquels le malade n'avait pas assez fixé l'attention du médecin, pour expliquer la suffocation et la mort, ainsi que l'infiltration et les épanchements, il n'est besoin que de ces masses de tubercules alentour de la trachée et de la veine cave supérieure d'une part, et de la veine-porte de l'autre. Ce fait sera exposé en temps convenable avec tous les développements nécessaires.

La grande question des hydropisies s'est beaucoup éclaircie. Ceux-là ne sauraient en douter qui, l'an dernier, ont entendu M. le professeur Andral classer d'une manière si précise les causes de l'hydropisie en général. Si la médecine anglaise, par M. Bright, a eu une grande part à cette élucidation, la médecine française, par M. le professeur Bouillaud, n'y a pas eu une part moindre.

Disons-le même, puisque l'occasion s'en présente : on n'a pas été juste envers M. Bouillaud. On a dit que le fait était connu, qu'il existait des exemples dès longtemps acquis à la science d'hydropisies liées à des oblitérations veineuses. Il n'y avait pas loin à aller pour retrouver ces exemples, puisque M. Bouillaud lui-même les avait mentionnés, ou même rapportés dans son mémoire, à l'appui de la loi qu'il voulait établir. Ce n'est pas le fait, c'est la loi qui importe. Or, cette loi était si peu connue, si loin d'être admise, que, précisément pour la formuler et l'étayer, M. Bouillaud avait dû remonter de lui-même à ces auteurs qui, plus tard, lui furent opposés.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Des hydropisies et de leur diagnostic différentiel.

(Suite du numéro du 30 mai.)

Nous avons dit qu'un malade étant donné présentant une tuméfaction considérable de l'abdomen, il fallait d'abord chercher à reconnaître quelle pouvait être la cause de cette augmentation de volume. Sont-ce des gaz? Est-ce un épanchement de liquide dans la cavité de la séreuse? Est-ce enfin une hypertrophie de quelque organe viscéral? Nous avons indiqué les moyens de reconnaître la tympanite et l'épanchement séreux abdominal; la sonorité étant conservée dans le premier cas, le second étant caractérisé par une matité complète et une sensation de flot produite par la percussion périphérique.

Si c'est un corps solide qui augmente le volume du ventre, la chose est facile à reconnaître. On éprouve une telle résistance à la pression, qu'il n'est permis de conserver aucun doute. Nous avons quelquefois trouvé, à la Salpêtrière, chez de vieilles femmes, des concrétions osseuses, des tumeurs d'un tissu tout à fait analogue à de la substance osseuse éburnée, et que l'on ne pouvait diviser qu'avec la scie. Du reste, il peut y avoir d'autres matières solides beaucoup moins résistantes, qui produisent l'augmentation de volume du ventre; et dans ces circonstances, dont nous ne devons point nous occuper ici, il est important de savoir à quelle espèce de matières vous avez affaire.

Supposons que vous avez reconnu d'une façon bien positive que c'est un liquide qui distend l'abdomen, une autre question se présente : Est-ce une hydropisie ascite ou une hydropisie enkystée dont est affectée la malade? Dès les premiers temps de ma pratique médicale, nous comprîmes par expérience qu'il était souvent très difficile de reconnaître à laquelle de ces deux espèces d'hydropisies l'on avait affaire.

En 1818, nous nous rappelons avoir lu un mémoire publié par un médecin allemand dont le nom nous échappe en ce moment, et dans lequel l'auteur avait la prétention de donner un moyen presque certain et infaillible de distinguer ces deux sortes d'épanchements. L'observation des malades nous fit bientôt reconnaître combien étaient insuffisants et incomplets les signes donnés par cet auteur. De notre côté, témoin chaque jour des erreurs nombreuses de diagnostic commises par les médecins les plus distingués, nous conçûmes le désir de bien différencier les diverses affections qui peuvent déterminer la production des hydropisies; nous crûmes trouver un signe que nous allons vous indiquer, et qui nous paraît, sinon infaillible, au moins d'une grande utilité.

On avait reconnu que dans l'ascite, les intestins distendus

---

tigrammes et en volume de 12 pouces cubes à la température de 35° R.

L'eau est claire, transparente et d'une saveur alcaline. Sa température la rend désagréable d'abord à la plupart des malades, auxquels elle rappelle la saveur du blanc d'œuf et quelquefois même celle des eaux sulfureuses.

On boit à la source le matin à jeun, aux sons d'une musique destinée sans doute à compléter la cure physique et à consolider par des influences toutes morales les vertus tempérantes des eaux. La dose est, suivant les indications, de deux à huit verres, entre chacun desquels on laisse un quart d'heure d'intervalle. Les recommandations hygiéniques sont à Ems les mêmes que partout ailleurs, et nous n'y insisterons pas. On conseille de se vêtir chaudement, de faire un exercice modéré, et surtout de boire à petits coups. Cette dernière prescription est la plus essentielle, et peut-être la plus difficile à faire observer.

Les sources spécialement employées pour les bains ne présentent que des différences de composition insignifiantes; ce sont toujours des eaux alcalines contenant une plus ou moins grande quantité d'acide carbonique, et d'une température moyenne de 20 à 40° R. Ni les appareils, ni les dispositions locales ne méritent d'être mentionnés. Les effets *physiologiques* sont en général peu prononcés, et se réduisent à quelques pustules dont l'apparition semblerait dépendre de la chaleur du bain plutôt que des matières composantes. Quant aux résultats thérapeutiques, nous n'avons pas à nous en occuper dans ce moment

Schlangenbad. — Les eaux de Schlangenbad se rapprochent de celles d'Ems plutôt par la nature que par la quantité des sels qu'y démontre l'analyse. On y trouve 30 centigrammes de carbonate de soude par litre d'eau. Les autres éléments, et l'acide carbonique lui-même sont en trop petites doses pour ajouter beaucoup à leurs vertus médicinales.

En France, nous avons un grand nombre d'eaux minérales alcalines, les unes plus riches, les autres aussi riches que celles d'Ems; et nous n'aurions pas besoin d'envoyer nos malades en Allemagne, si le bien-être matériel était ici ce qu'il est à Ems et en général dans les eaux minérales des bords du Rhin. Tandis que les sources d'Ems ne contiennent que 2 grammes par litre de bicarbonate de soude, Vals (Ardèche) en contient 7; Vichy, Hauterive (Allier) de 4 à 5; Saint Nectaire (Puy de-Dôme), près de 3; la Bourboule (Puy-de-Dôme) en contient 2 comme les sources d'Ems; le mont Dore (Puy-de-Dôme), Saint-Alban (Loire), Pougues (Nièvre), Sultzbach (Haut-Rhin), Pont-Gibaud (Puy-de-Dôme), Selles (Ardèche), Plombieres (Vosges) tiennent le milieu entre Ems et Schlangenbad, dont ils partagent d'ailleurs les propriétés. Disons, toutefois, que la Bourboule, Saint-Nectaire et le mont Dore, qui renferment à peu près autant de chlorure de sodium que de bicarbonate de soude, auront une action moins débilitante que les sources exclusivement alcalines, et participeront des vertus de ces dernières et de celles des eaux salines muriatiques.

SOURCES FERRUGINEUSES GAZEUSES.

Schwalbach, Spa. — Schwalbach est également situé dans le duché de Nassau. L'air y est vif et la température moins élevée qu'à Ems.

Trois sources, dont la chaleur n'excède pas 8° R., y sont employées en bains et surtout en boisson. Elles sont très gazeuses, et par conséquent agréables à boire; elles contiennent, sur 1,000 grammes d'eau, 30 centigrammes de carbonate de fer; quelques milligrammes seulement de chlorure de sodium et de sulfate de soude.

Cette analyse est bien probablement erronée, et il est douteux que les eaux de Schwalbach renferment plus de 5 à 6 centigrammes de fer par litre, proportion plus élevée d'ailleurs que celle de la plupart des autres sources martiales.

La source la plus fréquentée est le Stahlbrunnen, à côté d'elle le Weinbrunnen produit des effets analogues et présente d'ailleurs la même composition. Leur usage en boisson est plus actif, mais peut être plus fatigant que celui de la fontaine plus récemment découverte, à laquelle une princesse a donné le nom de Paulinen. La saveur de cette dernière est acidule. La forte proportion d'acide carbonique qu'elle contient rend très supportable le goût âpre qu'elle laisse après elle comme toutes les eaux ferrugineuses.

On trouverait en Allemagne, et surtout en Bohême, un grand nombre de sources où le fer existe à des doses aussi élevées; on n'en trouverait aucune où il soit mêlé, à moins de substances actives et masqué par une plus grande quantité de gaz carbonique.

Nous ne mentionnerons Spa que pour fournir un terme de comparaison bien connu. Les eaux de la province de Liége jouissent d'une réputation ancienne; leurs effets ont été constatés par une assez longue expérience pour que des détails étendus soient inutiles. Disons seulement que la source de Pouhon, qu'on doit prendre et qu'on a toujours prise pour type, renferme 1 centigramme seulement de carbonate de fer par litre d'eau; que l'acide carbonique, très abondant d'ailleurs, y est toutefois moins abondant qu'à Schwalbach.

En France nous possédons un très grand nombre de sources ferrugineuses acidules qui ne le cèdent en rien à celles de Schwalbach et de Spa. A la tête nous placerons celles de Forges (Seine-Inférienre), Rieu-Majou (Hérault), Resmes (Aude). Quant aux sources ferrugineuses non gazeuses, elles sont en quelque sorte innombrables.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule d'une pâte alumineuse-éthérée contre les douleurs de dents.

Cette préparation s'obtient de la manière suivante :

Sulfate d'alumine pulvérisé, *q. v.*

Placez dans une capsule de verre ou de porcelaine, puis amenez la poudre à l'état de pâte molle en l'arrosant et la mélangeant avec

Ether nitrique, *q. s.*

Cette pâte doit être conservée dans de petits flacons à large ouverture et bouchés à l'émeri.

Elle constitue un topique qui paraît avoir la propriété de modifier avantageusement l'état du nerf dentaire malade, surtout dans les cas d'odontalgie qui reconnaissent pour cause la carie d'une ou de plusieurs dents.

Ce qui rend surtout ce médicament précieux, c'est qu'il ne détermine point, comme le font généralement les autres topiques proposés pour atteindre le même but, l'inflammation du périoste ou même des gencives.

Pour procéder à son application, on prend, avec l'extrémité d'une petite tige de bois aplatie, un peu de la pâte, et on en remplit la cavité de la dent cariée : il est même utile d'en étendre une légère couche à la surface des gencives, lorsqu'elles sont le siége d'une congestion et qu'elles sont douloureuses.

Cette application, à laquelle on peut revenir s'il en est besoin, enlève promptement la douleur.

Formule de pilules contre la surdité.

D'après M. Breithaupt, de Pfaffenhausen (Alsace), ces pilules sont préparées d'après la formule suivante :

Carbonate d'ammoniaque pyro-huileux,	1 gramme.
Poudre de castoréum de Sibérie,	30 centigrammes.
Huile de succin,	2 gouttes.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène et de consistance convenable, divisée en vingt pilules bien égales.

On introduit, matin et soir, une de ces pilules dans l'oreille malade.

par des gaz montaient toujours, le malade étant couché, à la partie la plus élevée de l'abdomen, et que, dans ce point correspondant aux anses intestinales, on constatait à la percussion de la sonorité, tandis que dans les points inférieurs la matité persistait. Nous pensâmes que l'on pouvait tirer de là des indications précieuses. S'il y a hydropisie ascite, disons-nous, l'intestin semble surnager le liquide épanché. S'il y a kyste, ce kyste se développant de bas en haut, les intestins ne peuvent plus se placer au-devant de lui, mais se rangent de chaque côté. Dans ce cas se constate la sonorité de chaque côté du ventre, tandis que la matité occupe la région antérieure du ventre, supérieure lorsque la malade est couchée sur le dos.

S'il en était toujours ainsi, et si les phénomènes se montraient dans tous les cas d'une façon aussi tranchée, le diagnostic ne serait point difficile. Or, le diagnostic est chose fort importante. L'hydropisie enkystée est le plus ordinairement une affection peu grave, ne compromettant que rarement la vie ; le pronostic n'en est pas fâcheux. L'hydropisie ascite est loin de présenter un pareil degré d'innocuité. Il est peu de femmes âgées qui ne présentent, plus ou moins développées, quelques kystes de l'ovaire. Il est donc du plus haut intérêt de chercher à constater les symptômes diagnostiques que nous indiquons, et sur lesquels nous ne saurions trop insister, la matité des flancs et la sonorité de la région ombilicale, dans l'hydropisie ascite; la sonorité des flancs et la matité péri-ombilicale dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Malheureusement, nous le répétons, les phénomènes ne sont pas toujours aussi nets, aussi tranchés. Nous avons actuellement dans nos salles des exemples d'hydropisie enkystée, dans lesquels ces caractères ne se rencontrent pas.

Au nº 13 de notre salle des femmes, est couchée une malade qui présente des kystes des ovaires, et chez laquelle il n'existe pas de sonorité dans les flancs. Cette absence de résonnance dans le point que nous indiquons laisserait des doutes, s'il n'y avait point d'autres signes que ceux tirés de la percussion.

Par un hasard assurément fort singulier, nous avons dans notre service actuellement plusieurs femmes hydropiques, chez aucune desquelles on ne trouve de ces signes bien caractérisés qui permettent d'établir tout d'abord un diagnostic positif et irrécusable. Mais ce sont des exceptions. Le signe que nous vous avons décrit est donc toujours bon et important quand il existe, et c'est dans la majorité des cas. Mais il peut arriver une chose, c'est que dans l'hydropisie ascite le liquide épanché soit tellement abondant, que le mésentère ne soit plus assez long pour permettre à l'intestin d'atteindre la surface du liquide et de parvenir aux parois de l'abdomen énormément distendu. D'une autre part, il peut se faire qu'il n'y ait pas de gaz dans les intestins, et que la percussion ne donne aucune résonnance tympanique. De même pour l'hydropisie enkystée, il peut se faire que la tumeur se soit développée derrière le paquet intestinal et l'ait poussé en avant, de telle sorte que la sonorité péri-ombilicale existe. Nous avons une fois rencontré un cas de cette espèce chez une malade chez laquelle nous avions commis une erreur de diagnostic; l'autopsie nous démontra qu'un kyste ovarique s'était développé sous le mésentère, qui l'avait coiffé, et avait poussé en haut le paquet intestinal.

Dans l'hydropisie du péritoine, on observe que la tumeur est générale, et que le liquide occupe les parties les plus déclives d'abord. Peu à peu l'augmentation de volume devient plus considérable, et le ventre finit par être envahi jusqu'à l'ombilic. La quantité de liquide qui peut être contenu dans le ventre, est très variable; elle peut s'élever jusqu'à trente ou quarante litres. Monro a cité un fait dans lequel il est mention de soixante-dix pintes de liquide retirées du ventre d'une femme hydropique. Le fait est rapporté tout au long dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie. Lorsque c'est un kyste auquel on a affaire, la tumeur commence par un des côtés de l'hypogastre; il arrive cependant quelquefois que la première tuméfaction se manifeste vers le milieu de la région hypogastrique, lorsque l'insertion du kyste a lieu sur la matrice. Dans ce cas, le plus grand diamètre du ventre est antéro-postérieur. Quoique les signes de l'ascite puissent quelquefois exister, lorsque c'est un kyste de l'ovaire qui se développe, du moment que vous voyez apparaître la forme caractéristique du kyste, le doute doit vous venir immédiatement à l'esprit que ce soit dans le péritoine que s'est épanché le liquide. Cette différence de situation du plus grand diamètre du ventre, qui est le diamètre bilatéral dans l'hydropisie ascite, et le diamètre antéro-postérieur dans le kyste de l'ovaire, est très importante à noter, et fort utile dans la détermination du diagnostic. Il est évident que dans la plupart des cas, si un seul des caractères que nous venons de passer en revue ne suffit pas pour faire reconnaître la maladie, l'ensemble de tous ces moyens réunis fournira le plus souvent des données suffisantes pour que l'on puisse déterminer exactement le siége et la nature de l'affection.

Savoir s'il y a hydropisie péritonéale, ou hydropisie enkystée, ce n'est pas tout. On se rappelle que nous avons admis des sources nombreuses d'hydropisie. Une fois donc l'hydropisie reconnue, vous devez chercher à quelle cause elle doit être attribuée, à quelle lésion organique elle doit être rattachée. Si l'épanchement, la suffusion séreuse tient à un état d'anémie, de chlorose, vous reconnaîtrez facilement cette cause aux phénomènes généraux caractéristiques de cette affection, la décoloration et la pâleur de la peau de tout le corps, la blancheur mate et sans arborisations vasculaires des conjonctives oculaires, les battements du cœur, les palpitations nerveuses augmentant par les impressions morales vives, par la marche, par l'action de monter un escalier, le bruit de souffle, de diable dans les vaisseaux du cou; cependant, même avec toute cette réunion de symptômes, il vous restera quelques doutes sur l'existence d'une cirrhose, maladie des plus graves qui n'offre, la plupart du temps, que des caractères négatifs. Néanmoins, comme, après tout, l'anémie et la chlorose sont beaucoup plus fréquentes que la cirrhose, vous serez plus portés à supposer chez un sujet faible et pâle que l'hydropisie dépend d'un état anémique que de toute autre cause.

Si l'individu, au contraire, que vous aurez à examiner est d'une constitution forte et robuste; s'il est pléthorique, d'un tempérament sanguin; s'il a le pouls fort, développé, vibrant; si vous ne trouvez, par l'exploration attentive et minutieuse de tous les appareils organiques, aucune lésion appréciable, et que cependant il y ait de l'œdème des membres inférieurs, vous aurez lieu de penser qu'il y a là hydropisie active, hypersthénie, et vous la traiterez d'une autre manière, c'est-à-dire par les émissions sanguines; vous emploierez une médication déplétive du système circulatoire.

S'il y a affection chronique organique du cœur, vous devrez attribuer la suffusion séreuse à cette maladie. Ici, l'hydropisie présentera quelques caractères particuliers. Une affection chronique organique de l'aorte donnera lieu à une infiltration générale, ce qui s'explique aisément par ce fait que la cause sera centrale. Supposons qu'une affection chronique de l'organe respiratoire ait produit l'hydropisie, on reconnaîtra facilement la chose aux signes des maladies chroniques du poumon, signes sur lesquels nous n'avons point à revenir ici, et que nous supposons connus de vous, et sur lesquels, du reste, nous aurons occasion d'insister, à mesure que des exemples se présenteront à notre observation dans le cours de cette clinique. Si, par les méthodes d'exploration dont s'est enrichie la science depuis le commencement de ce siècle, la percussion et l'auscultation, vous reconnaissez d'une manière certaine qu'il y a maladie du poumon, et si cependant il n'existe aucune altération capable de produire la suffusion séreuse, vous devrez conclure que c'est la phthisie pulmonaire dont vous reconnaîtrez l'existence qui l'a produite. Si quelques auteurs ont cru que l'on ne pouvait, à cette cause, rapporter la production d'une suffusion séreuse, nous sommes fondé à croire, d'après notre expérience personnelle, que ces auteurs sont dans l'erreur, et quelques années de pratique et d'observation sérieuse dans les hôpitaux vous feront reconnaître la justesse de notre assertion.

Arrivons à l'examen des affections abdominales qui sont susceptibles de déterminer la production des hydropisies. La maladie est-elle le résultat d'une péritonite chronique, le sujet aura présenté, à une époque antérieure, et tout à fait au début de la maladie, des signes de péritonite aiguë ayant précédé la phlegmasie chronique actuelle, et, par exemple, une douleur vive dans l'abdomen, augmentant par la pression, quelquefois tellement intense, que le poids seul des draps et des couvertures est insupportable au malade. Il est bien rare que la péritonite soit sans douleur. Si vous apprenez par l'interrogation, et en remontant aux antécédents, que le sujet qui vous consulte a éprouvé tout au commencement de la maladie des douleurs abdominales vives, que, de plus, il a eu de la fièvre, de la soif, de la chaleur de la peau, vous aurez toutes les raisons possibles de croire que la suffusion séreuse est la conséquence d'une altération préalable du péritoine. Nous disons : vous aurez des raisons de croire ; remarquez que nous laissons toujours un peu de place au doute, surtout lorsqu'il s'agit de faire entrer comme éléments, dans le diagnostic, les renseignements fournis par l'interrogation des malades.

L'hydropisie peut être produite par une affection des reins, et principalement par cette maladie particulière à laquelle on a donné le nom de maladie de Bright, du nom de l'auteur qui l'a, le premier, décrite d'une manière complète et satisfaisante.

Les altérations sont nombreuses que peut offrir le rein dans cette maladie. Pour notre part, nous pensons que l'on a eu tort d'établir dans la maladie de Bright un aussi grand nombre de divisions, et de distinguer des degrés aussi multipliés. Depuis la simple hypérémie jusqu'aux granulations les plus marquées, on a établi une foule de divisions et de subdivisions. Pour sa part, M. Rayer en a décrit six : 1° Augmentation du volume des reins, état congestionnaire, gonflement de la substance corticale; 2° augmentation du volume et du poids des organes, dont les lobules, plus prononcés qu'à l'état normal, offrent un grand nombre de marbrures rouges sur un fond jaunâtre; 3° dégénérescence jaunâtre, anémie du rein; les scissures sont très apparentes comme dans les deux premiers degrés; 4° état granulé des reins; 5° dans ce cinquième état, M. Rayer a vu la surface des reins d'une couleur jaune et anémique, avec scissures prononcées, offrir un aspect particulier dû à la dissémination sous la tunique celluleuse d'un grand nombre de petits grains qu'il compare à des grains de semoule; 6° enfin, dureté et forme lobulaire des reins, mamelonnés à leur surface et parsemés de nombreuses granulations à la coupe. Peut-être serait-il bon, pour le dire en passant, de réduire à trois, comme l'a fait M. Martin-Solon, les degrés d'altération par lesquels peut passer le rein dans la maladie de Bright.

Quoi qu'il en soit, l'hydropisie peut être assez fréquemment le résultat des altérations du rein signalées par le docteur Bright; cette maladie du rein enlève probablement au sang une certaine partie de sa consistance normale en diminuant la quantité d'albumine qu'il doit contenir. Cette diminution de la quantité de l'albumine favorise la production de la suffusion séreuse. Toutes les fois que par l'analyse chimique, ou en soumettant l'urine à l'action de la chaleur, vous constatez dans l'urine la présence de l'albumine, vous avez un signe à peu près certain qu'il existe une maladie de Bright.

Nous arrivons à la cirrhose. Ici le diagnostic est beaucoup plus difficile que dans tous les cas précédents. La cirrhose, dont nous n'avons point le dessein de vous tracer ici l'histoire, mais de laquelle nous devons vous dire quelques mots, est une affection du foie qui présente, elle aussi, plusieurs degrés. Dans la cirrhose, le volume du foie peut être augmenté ou normal, mais dans l'immense majorité des cas il est diminué; l'organe est comme revenu sur lui-même et subit une espèce de *ratatinement*; le volume reste naturel lorsqu'il n'y a pas d'ascite; il est facile de comprendre les rapports qui existent entre ces deux phénomènes; l'atrophie du foie est une des causes qui peuvent produire l'épanchement péritonéal, et celui-ci, lorsqu'il est devenu très abondant, exerce sur le foie une compression qui peut à son tour devenir une cause d'atrophie. La forme de l'organe est presque constamment altérée. La surface externe est inégale, soulevée par une multitude de granulations d'un volume plus ou moins considérable, entre lesquelles surviennent des dépressions, des vides. Les membranes du foie sont souvent épaissies, opaques.

On a généralement rapporté à trois degrés ou périodes les altérations que présente la structure intime du foie dans la cirrhose. Dans un premier degré, le volume de l'organe n'a pas sensiblement changé, le tissu hépatique est jaune marbré de lignes rouges irrégulières et immenses, entre lesquelles on aperçoit une grande quantité de corpuscules soit miliaires, soit plus volumineux, assez semblables à des lobules de graisse durcie et roussâtre. Dans le second, le foie est atrophié, déformé; sa surface extérieure est inégale, hérissée d'aspérités; le tissu du parenchyme est constitué par une agglomération de petits mamelons denses, arrondis, irréguliers, serrés les uns contre les autres, de couleur variable, jaunes, rougeâtres ou bruns; les vaisseaux sanguins hépatiques sont comprimés, oblitérés; enfin, dans le troisième et dernier degré, le foie est petit, dense, ratatiné, de forme essentiellement irrégulière; les altérations de ce troisième degré, qui est assez rare, sont encore mal déterminées, mal définies; la masse morbifique prend une couleur brunâtre, et finit quelquefois par se changer en un putrilage d'un brun verdâtre, inodore et un peu gluant. D'autres fois, on trouve dans le tissu du foie de petites cavités vides, dont les parois sont constituées par une membrane cellulo-fibreuse très mince; d'autres petites cavités remplies d'un liquide gélatineux verdâtre et de peu de consistance.

Dans la grande majorité des cas, la cavité péritonéale est le siége d'un épanchement plus ou moins considérable; cette suffusion séreuse doit être attribuée aux circonstances suivantes par lesquelles on l'explique facilement : le retrait du foie, la compression de la veine porte; quelquefois, il est permis de supposer qu'une inflammation péritonéale n'y est pas complétement étrangère. Le diagnostic de la cirrhose pendant la vie est toujours chose excessivement difficile, et l'on peut presque dire qu'on la devine plutôt qu'on ne la reconnaît réellement; on n'y arrive guère que par voie d'exclusion, et les symptômes sont presque tous des symptômes négatifs. Ainsi, lorsqu'on est appelé près d'un malade affecté d'hydropisie ascite, et qu'une exploration attentive a fait reconnaître qu'il n'est ni pléthorique, ni anémique, ni atteint d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux; qu'il n'a point de maladie chronique du poumon, tubercules, emphysème, etc.; qu'il n'a pas de péritonite, pas de maladie de Bright, il est naturel de supposer qu'il est atteint de cirrhose du foie. Si en même temps la percussion vous permet de reconnaître qu'il y a diminution du volume du foie, cette probabilité devient plus grande encore. Puis, on devra tenir compte d'un phénomène qui n'est pas constant, mais qui se rencontre fréquemment, nous voulons dire une teinte jaune de la peau, légèrement terreuse, plus ou moins prononcée.

Il peut enfin arriver qu'une altération profonde du sang détermine l'hydropisie ascite, et alors vous constatez les symptômes du cancer de l'estomac, du rectum, de la matrice, etc., ou des autres dégénérescences organiques qui l'auront produite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 mai 1846. — Présidence de M. Léger.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

La correspondance comprend :

Le Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique; le programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux, et la notice de M. Burguet, secrétaire-général, sur les travaux de la Société.

— *M. Foucart* fait hommage à la Société d'un mémoire sur l'arthrite blennorrhagique.

M. Dancel, d'un livre intitulé : De l'influence des voyages sur l'homme et sur ses maladies.

M. Tanchou, d'un travail intitulé : Enquête sur les phénomènes électriques de la fille Cottin.

Des remercîments sont adressés à MM. Foucart, Dancel et Tanchou.

La Commission chargée de la souscription Bichat invite la Société à prendre part à cette souscription.

Après une courte discussion, la Société déclare voter une somme de cent francs. Communication de cette décision sera donnée à la Commission.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Belhomme présente quelques réflexions en réponse à l'opinion émise par M. Masson sur le suicide. Il pense qu'il ne faut pas reculer devant les discussions, parce qu'elles touchent aux intérêts religieux. Quelle que soit la manière dont la religion envisage le suicide, nous croyons, nous médecins, avoir le droit d'examiner la question sous toutes ses faces et de nous prononcer, mieux instruits que personne dans une question de cette importance. M. Bourdin affirme que dans le suicide il y a toujours monomanie. Nous admettons ceci comme vrai dans quelques cas; il y en d'autres où le suicide n'est évidemment pas le fait d'un fou.

M. Masson répond qu'il n'a point entendu que l'on devait absolument bannir toute discussion. Voici, du reste, la reproduction textuelle des paroles qu'il a prononcées, et auxquelles il s'est référé. « Je ne pense pas, a-t-il dit, que les individus qui se donnent la mort doivent être considérés comme privés de raison. Bien des suicides doivent être excusés, quelques-uns mêmes doivent être admirés; mais je

m'arrête, car dans les questions scientifiques il faut craindre de blesser les opinions religieuses et sociales.

— *M. Duperthuis* donne lecture de l'observation suivante :

Luxation scapulo-humérale réduite après cinq mois. — Le nommé Josse, âgé de cinquante-six ans (attaché au service de madame la duchesse de Trévise), de prédominance athlétique, de très forte constitution, se luxa l'épaule gauche le 2 novembre dernier, en voulant soulever un tombereau de sable pour le renverser, la main au-dessus de sa tête; la résistance étant trop forte, son bras fléchit tout à coup; une douleur vive se fit sentir à la région de l'épaule; il lui fut impossible de relever son bras et de le faire agir; il survint de la chaleur et de la tuméfaction.

Son médecin reconnut une luxation de l'humérus en bas et en avant, tenta la réduction, et, pensant l'avoir obtenue, conseilla des sangsues sur l'articulation, des émollients et le repos.

Au bout de deux ou trois mois, la douleur n'étant pas disparue, les mouvements du bras n'étant point rétablis, le malade recueillit l'avis de plusieurs médecins, qui firent mettre des vésicatoires volants sans plus de succès.

Le 14 mars dernier, je vis le malade pour la première fois. Malgré la tuméfaction qui existait à l'épaule et les marques encore récentes des vésicatoires, il était facile de reconnaître l'existence d'une luxation en bas et en avant. La tête de l'humérus était logée sous le tournant des muscles pectoraux, la pointe de l'épaule déprimée, les mouvements du bras très restreints, son élévation impossible. J'avais l'intention de tenter la réduction à l'aide du simple et ingénieux appareil de M. Mayor. Dans ces vues, je fis couvrir l'épaule de compresses imbibées d'un liquide relâchant, et tous les jours exercer des tractions et des oscillations sur le bras.

Les choses en étaient là, lorsque j'appris que notre vénérable compatriote, M. Mayor, était à Paris. Je me rendis près de lui avec le malade; il nous reçut avec cette simple et digne urbanité qui le caractérise; j'eus la satisfaction de faire constater ce fait par ce grand maître, qui, en me montrant comment devait agir le simple mécanisme de son appareil, réduisit la luxation avec la plus grande facilité. Le bruit sourd se fit entendre, l'épaule s'arrondit, le bras reprit sa forme naturelle; le malade dit être soulagé. La luxation a été réduite le 4 avril; le malade est dans les meilleures conditions; il ne souffre plus, et l'engorgement articulaire, qui a été combattu par quelques ventouses, diminue de jour en jour. Aujourd'hui, le malade est complétement guéri.

A la suite de cette lecture, M. Duperthuis montre et fait agir l'appareil à l'aide duquel il a réduit cette luxation; appareil qui consiste en une simple crémaillère au moyen de laquelle la tête de l'humérus se trouve repoussée fortement en haut par un mouvement de bascule qui est doué d'une force très considérable.

A propos du fait de M. Duperthuis, *M. Guillon* insiste sur le précepte de placer les muscles dans le plus grand relâchement possible. Dans un fait de luxation incomplète de la jambe sur la cuisse, fait publié il y a vingt-cinq ans dans sa thèse, il a eu occasion de faire ressortir les avantages de cette pratique. M. Guillon est convaincu que si dans certains cas on pratique tout d'abord l'extension et la contre-extension, il peut arriver que l'on transforme des luxations incomplètes en luxations complètes; en outre, une dilacération considérable peut se faire des ligaments qui maintiennent les surfaces en rapport, d'où des accidents inflammatoires graves et la nécessité d'un traitement énergique.

— *M. Guillon* rappelle qu'il a entretenu dernièrement la Société d'une femme qui présentait une antéversion de l'utérus, avec tuméfaction considérable de l'organe. Suivant lui, cette malade avait une affection rhumatismale de la matrice. A son avis, ce que l'on appelle des congestions n'est simplement que des affections rhumatismales; comme le rhumatisme se porte sur les yeux, sur la vessie, il peut de même se porter sur l'utérus. On n'a point suffisamment appelé l'attention sur ces métastases rhumatismales de l'utérus qui persistent quelquefois pendant des semaines, des mois entiers. Cette tuméfaction disparaît lorsque l'on maintient les malades dans le repos le plus absolu, et que l'on fait usage des émollients. M. Guillon a vu des femmes chez lesquelles le col utérin avait le volume du poing, et qui, après deux ou trois jours d'emploi de cataplasmes vaginaux, se trouvaient rétablies dans un état de santé normal. Ces cataplasmes, introduits dans le vagin enfermés dans un sac de gaze fine, sont beaucoup plus utiles que les émissions sanguines, dont un des grands inconvénients est d'augmenter la susceptibilité et l'irritabilité nerveuse des femmes.

M. Lafond demande si M. Guillon a remarqué bien positivement que toutes les fois qu'il y a affection rhumatismale de l'utérus, cet organe augmente de volume. Ce qui le porterait, lui, à en douter, c'est que cette augmentation de volume ne survient point dans l'œil, dans la vessie, lorsque ces organes se trouvent sous le coup d'une irritation de la même nature.

M. Guillon fait observer que le tissu de la matrice n'a pas d'analogue dans le corps humain, et il reste persuadé, d'après les résultats de son observation, que le rhumatisme produit des congestions dans l'appareil utérin.

M. Tanchou partage l'opinion de M. Lafond. Loin d'admettre avec M. Guillon que les douleurs et les congestions utérines si fréquentes dépendent du rhumatisme, il pense que tout prouve au contraire qu'il n'en est rien. Jamais les affections rhumatismales n'ont ce caractère des congestions. La thérapeutique fournit encore des arguments plus irrécusables. Ces congestions, dit M. Guillon, guérissent par des cataplasmes; or, tout le monde sait que les cataplasmes et les émollients non-seulement ne réussissent pas dans le rhumatisme, mais l'exaspèrent quelquefois.

A ces objections, *M. Guillon* répond qu'il n'a pas eu l'intention de nier complètement la possibilité des états congestionnaires simples de l'utérus, mais qu'il soutient seulement qu'un grand nombre de ces congestions sont de nature rhumatismale.

— *M. L. Boyer* présente une sonde exploratrice à double bec, destinée à faire reconnaître plus exactement que la sonde ordinaire les irrégularités que peut présenter l'orifice vésical de l'urètre.

L'instrument, introduit simple jusque dans la vessie, s'ouvre par un mouvement de rotation jusqu'à former un Y dont on ramène la bifurcation au col, et l'on peut, en le faisant tourner doucement, tout en l'attirant à soi, reconnaître les moindres aspérités pathologiques et les tumeurs qui déforment cet orifice naturellement arrondi et lisse. En graduant à volonté l'écartement des branches, on peut se procurer un instrument très favorable pour reconnaître les calculs, apprécier exactement leur volume et modifier leur position.

Le secrétaire annuel, Dr A. Foucart.

REVUE GÉNÉRALE.

Plaie énorme des téguments de la tête; guérison. — Nous empruntons au *Boletin di medicina*, journal espagnol de médecine, la relation d'un fait intéressant de plaie contuse et fort étendue des téguments de la tête.

Un enfant de onze ans, nommé Mariano Garcia, eut la tête serrée par une énorme pierre, de celles qui servent à faire la farine; la pression de la pierre, les efforts du sujet pour s'échapper, déterminèrent une plaie contuse et dilacérée, affreuse à voir. Cette plaie partait du bord postérieur du pariétal gauche, suivant transversalement la région temporale jusqu'à l'arcade orbitaire, contournait le devant de la tête, et arrivait jusqu'à l'oreille droite; la peau des paupières supérieures était décollée; l'os coronal et une partie du pariétal gauche étaient à nu; les vaisseaux et les nerfs qui rampent dans ces parties étaient rompus et divisés; le lambeau énorme de cette vaste plaie s'était recoquillé vers le bord adhérent au-dessus de la tête; il était recouvert de terre et de paille.

Le premier soin fut de nettoyer la plaie et le lambeau, de dérouler celui-ci, de l'étendre, ensuite on le maintint à sa place à l'aide de points de suture entrecoupée et de bandelettes agglutinatives; on mit de la charpie sèche et un bandage. Saignée de 200 grammes; fomentations d'eau végéto minérale à la température ordinaire; tisane de riz. Le soir, la réaction fébrile est forte, chaleur à la plaie; nouvelle saignée de 240 grammes; un peu de délire dans la nuit. Le deuxième jour, une troisième saignée est nécessaire. Le troisième jour, le délire continue; sangsues au cou. Le quatrième jour, amélioration; on lève l'appareil; la réunion immédiate a lieu dans la plus grande étendue de la plaie, excepté à droite, où quelques points suppurent. On panse avec de la charpie enduite de cérat, et on permet un peu de bouillon.

Les jours suivants, l'état général du malade va de mieux en mieux, la suppuration de l'extrémité droite de la plaie continue, le pouls est fébrile. Le huitième jour, on ouvre un abcès à l'extrémité gauche. Le douzième jour, on pratique une ouverture au niveau de l'apophyse mastoïde droite; il en sort beaucoup de pus et des morceaux d'aponévrose. On lave les parties avec de l'eau-de-vie camphrée, avec le vin aromatique, on panse avec des bandelettes de linge recouvertes d'un onguent digestif; on exerce une douce compression; on a recours à de légers purgatifs. Le quinzième jour, du soupes. Le dix-neuvième jour, il ne reste qu'un petit pertuis à droite. Le vingt-deuxième jour, la cicatrisation est complète et le malade est guéri; l'intelligence est intacte.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 23 JUIN 1846. | (19e ANNÉE.) | N°. 73. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Anévrisme de l'artère brachiale.

Nous avons fait dernièrement à une jeune fille, sous vos yeux, la ligature de l'artère brachiale. L'opération a réussi, et l'enfant se trouve dans un état très satisfaisant. Rappelons en quelques mots les circonstances particulières du cas, et profitons de cette occasion pour vous présenter quelques considérations sur l'affection dont elle était atteinte.

Elle présentait un anévrisme de l'artère brachiale, anévrisme survenu à la suite d'une saignée. Bien qu'il eût été produit par la piqûre de l'artère, cet anévrisme n'offrait que les caractères de l'anévrisme faux consécutif; il n'y avait pas de diffusion de sang. Cette enfant a été soumise pendant quelque temps à une forte compression exercée sur la tumeur; cette compression n'a été suivie d'aucun résultat autre que celui-ci : momentanément, la tumeur a été réduite à un volume tellement petit que l'affection anévrismale nous a paru complétement guérie. Elle est sortie de l'hôpital; mais au bout de fort peu de temps, elle a dû rentrer dans nos salles pour se faire traiter de nouveau; la tumeur avait, non pas seulement repris son premier volume, mais encore augmenté sensiblement. Nous avons pensé que le seul moyen de guérir d'une manière parfaite et définitive, c'était de pratiquer la ligature de l'artère brachiale. La tumeur existait au pli du coude, nous avons fait la ligature à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du bras.

Nous avons employé la méthode d'Anel. On sait que cette méthode consiste à pratiquer la ligature de l'artère au dessus de la tumeur, sans ouvrir le sac anévrismal. C'est au commencement du dix-huitième siècle qu'Anel fit la ligature de l'artère brachiale pour un anévrisme du pli du bras. Les pulsations cessèrent après l'opération, et la tumeur se dissipa peu à peu. Cette méthode opératoire, qui est bien évidemment due au chirurgien français dont nous venons de parler, on la lui a contestée pour l'attribuer à Hunter; et cependant, la lecture seule du fait dans lequel Anel la mit en usage pour la première fois, suffit pour démontrer de la manière la plus positive qu'il en est bien réellement l'inventeur. Ce fait est complétement semblable à celui dont nous vous entretenons, et pour lequel nous avons pratiqué devant vous la ligature artérielle. Cette méthode, connue depuis sous le nom de méthode d'Anel, est donc caractérisée par ceci : une seule ligature au-dessus de la tumeur, sans ouverture du sac anévrismal. Qu'a fait de plus Hunter? Absolument rien. On lui a attribué l'idée de s'être éloigné davantage de la tumeur, pour l'application de la ligature, et cette croyance est passée à l'état de vérité reçue par tout le monde. Suivant nous, le fait est tout au moins contestable. Nous ne croyons pas que Hunter se soit plus éloigné de la tumeur qu'Anel, et rien ne le prouve. Mais admettons-le. Par cela seul qu'il aurait lié un peu plus haut ou un peu plus bas, devrait-il être réputé l'inventeur d'une méthode nouvelle? Cette circonstance du plus ou moins de distance d'une ligature ne change rien au caractère de la méthode.

Quelques mots maintenant sur les anciens procédés. La méthode dite des anciens consiste à placer une ligature au-dessus et une au-dessous de la tumeur, puis à ouvrir le sac, que l'on vide complétement des caillots qu'il renferme. On voit qu'il n'y a, à proprement parler, que deux séries de méthodes; dans l'une, on ouvre la tumeur; dans l'autre, on ne l'ouvre point : cette dernière est toute moderne. Il est un procédé qui consiste à ne point ouvrir la tumeur, et à ne faire qu'une seule ligature, mais au-dessous de la tumeur. Cette opération ne s'applique guère qu'à des cas exceptionnels, et lorsque l'on rencontre des anévrismes tellement situés qu'il est impossible ou dangereux de placer une ligature entre le cœur et la tumeur. On voit que ce n'était point ici le cas.

Voici ce qui s'est passé pendant l'opération, et les circonstances que nous avons notées. L'incision de la peau a été faite en dehors et un peu en avant de l'artère. Nous avons déterminé le bord interne du biceps; l'aponévrose a été incisée, et nous en avons pincé le bord avec les doigts; nous avons reconnu le nerf médian; la sonde cannelée nous a servi à dénuder un peu le nerf médian. En faisant ces recherches, nous avons senti, avec le doigt, un peu en dedans et en avant, des battements artériels; bientôt nous avons distinctement aperçu une artère. Le plus ordinairement, le nerf médian est situé en avant de l'artère qu'il recouvre. Nous avons tout d'abord cru que nous avions affaire à un cas exceptionnel; nous avons passé un fil au-dessous du vaisseau que nous venions de découvrir, et nous nous sommes assuré de la manière la plus irrécusable qu'il y avait en effet une artère prise dans l'anse de fil. Cependant, en interrompant la circulation dans cette branche artérielle, nous avons vu que l'artère radiale et la tumeur continuaient à donner des battements; plus profondément, nous avons trouvé une autre artère plus volumineuse, dont la compression suspendait complétement les battements et dans l'artère radiale, et dans la tumeur. Nous avons alors pris le parti de lier chacune de ces artères. Que s'est il rencontré dans le cas actuel, et comment expliquer ce que nous avons vu d'anormal dans le cours de cette opération?

Chez cette fille, il y avait division prématurée de l'artère brachiale. Vous savez que quelquefois cette artère donne au-dessus du pli du bras où on les rencontre ordinairement, les deux divisions par lesquelles elle se termine. C'est là une anomalie fort remarquable, et c'est à Meckel que revient l'honneur d'avoir le premier signalé cette disposition. Lorsque l'artère brachiale est ainsi divisée en deux parties au-dessus du point où elle se bifurque habituellement, il y a toujours une de ses divisions qui se trouve dans la position accoutumée, c'est-à-dire sous le nerf médian, et en arrière, tandis que l'autre est superficielle. Ce n'est pas, a dit Meckel, une division prématurée de l'artère brachiale; elle suit toujours son trajet ordinaire, et présente ses rapports normaux avec les parties environnantes; mais seulement elle produit prématurément dans cette circonstance l'artère cubitale; ce qui prouve que l'artère brachiale existe dans sa position naturelle, c'est qu'elle fournit toujours l'artère interosseuse dans le même point et à la même hauteur, lorsque l'artère cubitale s'est détachée d'elle au-dessus du point habituel. Il est de fait que les choses se passent toujours ainsi. L'artère humérale continue constamment son chemin, et présente les mêmes rapports avec les tissus qui l'entourent.

Ce n'est point là un objet de pure curiosité. C'est un fait d'anatomie chirurgicale de la plus haute importance. On doit toujours aller chercher l'artère humérale dans le point qu'elle doit occuper d'ordinaire, et on la rencontre toujours là; quelles que soient du reste les anomalies que l'on puisse constater.

D'autres fois c'est l'artère radiale qui se détache au-dessus du point ordinaire. Dans le cas actuel, nous sommes bien convaincu que c'est l'artère cubitale qui était placée superficiellement. Ce n'était point cette artère superficielle qui avait été blessée; car en la pressant, comme nous l'avons dit, nous ne faisions point cesser les battements de la tumeur. Ce fait de la persistance des battements dans la tumeur suffisait pour nous prescrire impérieusement d'aller chercher plus profondément le tronc artériel affecté d'anévrisme. Ici l'on pourrait nous faire une objection : Puisque vous n'aviez pas lié l'artère superficielle sous laquelle vous aviez passé une anse de fil, pourra-t-on nous dire, et qu'elle ne communiquait pas de battements à la tumeur, pourquoi l'avoir liée aussi, et ne pas vous être contenté de la ligature de l'artère profonde qui seule était intéressée? pour quelle raison avoir lié une artère qui n'était pas l'artère anévrismatique?

Nous nous étions bien fait ce raisonnement; voici pourquoi nous avons agi de la sorte. Quand on lie l'artère brachiale chez un sujet qui ne présente pas de disposition anormale, il est évident que l'on fait d'un seul coup ce que nous avons fait l'autre jour en deux fois, et que l'on ne fait exactement que cela. Nous avons lié les deux artères dans lesquelles se résume l'artère brachiale. L'opération, sauf cela, n'a rien présenté d'extraordinaire, et le malade ne se trouve pas dans de plus mauvaises circonstances que si l'on n'avait fait qu'une seule ligature pour un seul tronc. De même on ne peut, d'après cette double ligature, conclure que la circulation se rétablira plus difficilement dans la partie inférieure du membre. En effet, les choses sont absolument dans le même état maintenant que si la disposition des parties eût été régulière; les deux artères que nous avons liées ne représentent après tout que le tronc unique de l'état normal; les deux ligatures ne gêneront point le rétablissement de la circulation, plus que ne l'aurait fait une seule, le cours du sang devant être, des deux façons, interrompu dans l'un et dans l'autre vaisseau.

Si nous avons dans l'opération actuelle jugé convenable de lier cette artère anormale, c'est qu'elle n'était pas sans importance, et qu'il eût été peut-être imprudent pour les suites de l'opération de la respecter. Par les anastomoses, la circulation peut très facilement se rétablir dans les parties situées au-dessous du point où est faite l'oblitération du gros tronc

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les infortunes des candidats à l'Académie. — Les infortunes des académiciens. — Ce que coûte une élection. — En visites. — En temps. — En argent. — Ce que vaut un candidat élu. — Ce que vaut l'Académie tout entière. — Apport pour le mariage. — Ce que rapporte l'élection. — Temps pendant lequel un académicien devrait vivre pour être remboursé du capital. — M Pariset et la peste. — La brochure de M. Raspail. — Nouvel article de la *Démocratie pacifique.*

Je connais une demi-douzaine de confrères bien malheureux à cette heure, en proie à toutes les incertitudes, à toutes les angoisses de l'espérance et de la crainte, qui aspirent au grand jour de demain, et pour qui demain — du moins pour cinq d'entre eux — sera un jour de déplaisir cruel, de déception amère. On comprend que je veux parler des six candidats à la place vacante à l'Académie de médecine, dont l'élection doit avoir lieu demain mardi. Tout à l'heure, en prenant la plume pour ma besogne hebdomadaire, j'avais comme une velléité de maudire mon sort, qui me retient sous cette brulante prison de l'enceinte parisienne, alors que le grand air des campagnes, de frais ombrages et des eaux mumurantes, au moins pour quelques jours, seraient si agréables à mes yeux fatigués, à mes poumons à sec, à mes jambes qui s'effilent, que c'est à faire pitié. Mais alors, le souvenir de mes six infortunés confrères m'est revenu. Allons, Jean Raimond, me suis-je dit, as-tu bonne grâce à te plaindre? Te voilà doucettement assis sur un fauteuil, non luxueux, c'est vrai, mais suffisamment protecteur; des persiennes discrètes te coupent les chauds rayons d'un soleil caniculaire; et, à tout prendre, le thermomètre ne marque ici que 25 degrés. Et tes six infortunés confrères, que font-ils à cette heure? Les vois-tu, inquiets, agités, courant de porte en porte, excitant le zèle d'un ami, raffermissant une voix chancelante, plaidant contre une voix hostile, flottant celui-ci, caressant celui là, gracieux avec les plus refrognés; par cette chaleur du Sénégal, traverser quais et boulevards, aller d'un trait de la Bastille à l'Etoile et de l'Observatoire à la barrière des Martyrs? Grands martyrs, en effet! Deux ou trois fois cent quarante visites! Deux ou trois fois cent quarante discours! Et quels discours! Quelle variété de ton et de forme! Que de cordes diverses il faut savoir faire vibrer! Et les gens invisibles, et ceux qui promettent toujours, et ceux qui ne promettent jamais, et ceux, bien plus nombreux encore, qui ne promettent que leur *seconde voix!* En ont-ils, en ont-ils, de ces secondes voix à l'heure qu'il est, nos malheureux confrères! C'est si doux à promettre, et cela compromet si peu!

Tant y a, et après mûre réflexion, oh, je le reconnais avec satisfaction, je suis de cent quarante visites moins malheureux que mes six candidats, et même six fois moins que quelque académicien que ce puisse être; car enfin, il ne me paraît pas entièrement juste de ne plaindre que ceux qui font les visites; je réclame un peu d'intérêt pour ceux qui les reçoivent. Comptons un peu.

Six candidats à trois visites l'un (*minimum*), font 18

Chacun de ces candidats a bien dans sa manche deux amis et au moins un protecteur, pair, député, curé, belle dame ou autre chose de cette nature, qui, à une visite chacun, font encore 18

Ce qui forme un petit total de 36 visites pour chaque académicien, et pour l'Académie en masse la somme énorme de 3,040 sollicitations que coûte une candidature académique.

Voulez-vous vous rendre compte de ce que ces candidatures coûtent en dépenses de temps? C'est facile; à Paris, à cause des distances, il est à peu près impossible de faire plus d'une visite par heure. Or, voilà 3,040 heures perdues pour les visiteurs, mettons-en la moitié pour les visités, nous arrivons au total de 4,560 heures, c'est-à-dire à sept douzièmes d'une année environ.

Seriez-vous curieux de savoir ce que peut représenter en argent une pareille perte de temps? Il y a moins de difficultés encore.

Je ne peux pas évaluer à moins de cinq francs le prix de l'heure de chaque visiteur et de chaque visité. Or, 4,560 multipliés par 5, donnent bien un total de 22,800 francs que coûte une place sur la banquette académique. Chaque académicien représente donc en capital cette somme assez rondelette, qui, multipliée par 140, met le prix total de l'Académie, moins le matériel, à la somme de trois millions cent quatre-vingt-douze mille francs. Parions que l'Académie ne se doutait pas de toute sa valeur.

Vous comprenez maintenant l'ardeur déployée pour arriver à la banquette académique. Acquérir subitement et par un coup de scrutin une valeur de 23,000 fr., n'est pas une chose absolument à dédaigner. Ceci m'explique parfaitement l'insistance toute particulière que mettait un candidat auprès de son futur beau-père, qui n'avait pas trop l'air de comprendre, pour lui expliquer ses chances probables d'arriver à l'Académie. S'il avait eu l'heureuse idée de faire le petit calcul que je viens de vous soumettre, et de lui traduire ses espérances en chiffres, ce candidat eût certainement trouvé moins de difficultés.

Cependant, aurait pu dire le beau-père, voilà un capital, c'est très bien; mais que rapporte-t-il? Ici la chose devient scabreuse pour qui voudrait faire figurer le titre d'académicien dans son apport matrimonial. L'Académie, en effet, est si pauvrement, si dérisoirement dotée, que ses membres, en supposant une constante exactitude, reçoivent la somme ridicule de 156 fr. par an. Or, dirait un beau-père tant soit peu coriace, savez-vous, mon cher gendre, combien de temps il vous faut vivre pour toucher votre somme de 23 000 francs? Près de cent cinquante ans!..... Hélas! le diplôme académique ne donne pas ce privilége.

Les compétiteurs à la place vacante qui n'ont pas sans doute l'ambition de se rembourser de leur capital, n'en sont pas moins assidus à tous les devoirs que la candidature impose. C'est demain que le scrutin mettra un terme à leurs incertitudes. Tout fait croire que le résultat sera longtemps en suspens, et la victoire longtemps douteuse. Je prédis au moins trois tours de scrutin; les deux premiers, où les voix s'éparpilleront sur les six candidats, le dernier de ballotage. On ne sera point étonné des hésitations de l'Académie en présence des talents divers, mais tous remarquables, qui sollicitent ses suffrages. La Com-

artériel du membre; nous avons voulu éviter cet inconvénient. Nous avons voulu nous trouver, après l'opération, dans les conditions ordinaires qui se rencontrent dans les cas d'anatomie normale; enfin, nous avons diminué cette disposition si grande au retour du sang dans la portion du vaisseau siége de l'anévrisme. Nous sommes bien convaincu, et ce n'est point sur des données sans fondements que nous raisonnons, que sans cette précaution de lier les deux divisions artérielles la malade aurait eu moins de chances de guérison complète et radicale. Nous le répétons, nous avons fait en deux temps ce qu'avait fait Anel en liant l'artère humérale au-dessus de la tumeur anévrismale pour un fait du même genre.

Au moment où l'enfant sortait de l'amphithéâtre, quelques minutes après l'opération, la main et l'avant-bras étaient d'une couleur blanche et livide. La peau était froide; la circulation était interrompue dans ces parties. Nous avons demandé à notre petite malade si elle avait une sensation d'engourdissement dans le bras, elle nous a répondu affirmativement. C'était là un résultat infaillible, que nous avions prévu, que nous vous avions signalé d'avance, et qui par conséquent ne nous a nullement étonné. Cette pâleur, ce refroidissement de la main ont bientôt cessé, et au bout de trois heures environ après l'opération la scène avait complétement changé. Nous avons pu constater à ce moment une rougeur anormale et plus considérable des téguments de la main, une chaleur aussi légèrement exagérée. L'engourdissement persistait encore en partie, mais un autre phénomène était survenu; l'enfant accusait dans le bras opéré, dans l'avant-bras surtout et dans la main, un fourmillement particulier, absolument semblable à celui qui se produit lorsque l'on laisse pendant un certain temps la main pendante, en appuyant le creux de l'aisselle sur le dos d'une chaise, par exemple, et qu'on a fait affluer le sang là où l'oblitération artérielle l'empêchait d'arriver. La raison de ce nouveau phénomène est aussi simple que celle des précédents. Au bout de trois ou quatre heures, la circulation commençait déjà à se rétablir.

Tel est le cours habituel des choses; si la circulation n'avait point commencé à se faire de nouveau, il y aurait eu lieu de craindre un accident très grave, c'est que la main fût prise de gangrène. Nous devons dire que nous n'avions, de ce côté, pas la moindre crainte. En effet, avant de pratiquer l'opération, nous avions pendant quelque temps déjà exercé, comme nous l'avons dit, une forte compression sur la tumeur anévrismale, et interrompu de cette manière la circulation dans les parties inférieures du membre. Pendant que nous avions fait cette compression, la circulation collatérale avait eu déjà le temps de se rétablir par les anastomoses capillaires des artères de la main et de l'avant-bras. Cette circulation supplémentaire anastomotique rend compte parfaitement de l'augmentation de la rougeur de la peau et de l'augmentation de la chaleur. Le sang arrive dans le système capillaire plus abondamment que de coutume. La chaleur a dû être exagérée; car c'est dans les capillaires que se produit la calorification. Une plus grande quantité de sang passant à travers les capillaires artériels et veineux dans un temps et dans un espace donnés, il est nécessaire que la température s'élève, et c'est ce que l'on observe constamment. Une fois que, par suite de la dilatation graduelle des vaisseaux capillaires, la circulation s'est rétablie d'une manière à peu près normale dans les parties inférieures à la ligature, la chaleur et la coloration exagérées de la peau de ces parties disparaissent pour faire place aux conditions normales dans lesquelles se trouverait le membre s'il ne s'y était rien passé d'extraordinaire.

Le lendemain de l'opération et les jours suivants, il n'y avait point de différence entre les deux membres supérieurs sous le rapport de la couleur et de la chaleur des téguments. Peu de jours après l'opération, il était manifeste que la circulation collatérale était rentrée dans des conditions à peu près normales. Les troncs anastomotiques ont suffi sans que le système capillaire intervînt autrement que d'une manière momentanée, et dès lors ont disparu les phénomènes d'exagération de la chaleur dont se plaignait l'enfant. Au moment où nous vous présentons ces quelques réflexions, la malade se trouve dans des conditions très satisfaisantes; le peu de sensibilité qui s'est manifestée sur les bords de la plaie n'a rien qui nous inquiète. Nous avons enlevé les bandelettes agglutinatives qui maintenaient les lèvres en rapport, et nous avons abandonné la plaie à elle-même. De cette manière, nous aurons bien à redouter un peu de suppuration; mais ce ne sera qu'un accident de peu de valeur. Ce qu'il nous importe, c'est d'éviter un érysipèle, une inflammation traumatique de la peau; et l'on sait avec quelle facilité ces inflammations érysipélateuses se développent à la suite des plaies, principalement quand on emploie les bandelettes agglutinatives pour les réunir. Depuis longtemps déjà, nous avons pris l'habitude de surveiller constamment les plaies récentes; de ne jamais les laisser trop serrées, et de faire des pansements très doux pour éviter les accidents inflammatoires. Nous nous sommes toujours tellement bien trouvé de cette manière d'agir, et nous avons obtenu tant de succès que nous ne saurions trop vous engager à vous conformer à ces principes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tuméfaction considérable du foie. Teinte ictérique. Abcès symptomatique à la partie interne de la cuisse gauche, ayant le volume d'une tête d'adulte.

Louis Xhrouet, tisserand, couché au numéro 28, est entré à la Charité le 14 mai; il est âgé de vingt-sept ans, et est malade depuis trois années. Ce qui frappe d'abord en examinant ce malade, c'est la coloration jaune générale des téguments; il est vrai que ce n'est là qu'une ombre de la maladie dont il est atteint, un symptôme qui disparaîtra peut-être bientôt sans rien enlever à la gravité de la lésion qu'il présente.

A la partie interne de la cuisse gauche supérieurement, et dans la partie inguinale, se voit une tumeur extrêmement volumineuse, à la surface de laquelle on distingue trois cicatrices, résultats de ponctions pratiquées à différentes époques. Cette tumeur est mollasse, bosselée, et les ponctions qui y ont été faites ont fourni du pus. Il n'y a pas lieu de douter, à première vue, que ce ne soit un abcès; mais il se présente ici une question difficile, celle de savoir d'où provient la suppuration. Le malade, il est vrai, a éprouvé des douleurs dans le dos, entre les deux épaules; bien qu'elles ne fussent pas très vives, elles ont continué constamment pendant ces trois dernières années. La colonne vertébrale n'a cependant pas souffert de déviation.

Postérieurement à l'existence des douleurs, le ventre s'est tuméfié; il est devenu énorme, comme on le voit aujourd'hui. Le gonflement s'est montré irrégulièrement; ainsi, on le trouve bosselé; il présente des saillies considérables, mais principalement du côté opposé à l'abcès. La tuméfaction est surtout remarquable à droite et en haut, et l'on peut s'assurer, par le palper et la percussion, que le foie a acquis un volume énorme; il déborde les côtes d'un espace au moins aussi étendu que la largeur de la main. Du reste, et malgré ces lésions locales, la santé générale du malade s'est soutenue; il mange, et ses digestions ne sont pas altérées; la nutrition paraît se faire convenablement; il n'est point amaigri, et l'on s'explique difficilement cette coïncidence d'une santé presque bonne avec l'existence de la lésion probablement profonde dont le foie est affecté, et d'un abcès, symptôme d'une maladie des plus graves.

Le diagnostic présente de l'embarras, en ce que l'on est conduit à se demander s'il n'y aurait pas quelque rapport entre cet abcès et la maladie du foie.

Sans doute, l'abcès par congestion a été précédé de douleurs dans le dos qui semblent en indiquer la source; mais que devient alors le gonflement du foie; et d'ailleurs, dans ces sortes d'abcès, on sent ordinairement un trajet qui s'étend de la collection dans le bassin et dans le ventre; il n'existe rien de semblable ici à ce qui contribue à faire de ce cas quelque chose de curieux et de peu ordinaire.

On doit nécessairement penser qu'il y a deux faits distincts chez ce malade; une carie ou une nécrose des vertèbres dorsales dont le pus se sera avancé sous le psoas et sous le fascia iliaca, pour sortir sous la partie profonde de l'arcade par le canal iliaque, ainsi que nous l'avons appelé, et venir se placer sous le fascia lata. Nous ne pensons pas que la suppuration soit sortie par le trou obturateur, parce qu'alors elle aurait eu plus de tendance à se porter en arrière. De plus, bien que l'existence d'un trajet dans le ventre ne soit point facile à percevoir, il nous a semblé qu'en pressant fortement on sentait une sorte de conduit profond qui ne laisserait plus aucun doute alors sur le point de départ du pus.

Reste la maladie du foie. De quoi s'agit-il? Est-ce une collection, un cancer, une masse tuberculeuse, un kyste?

La tumeur n'a aucun des caractères d'une collection; le cancer coïncidant avec une carie vertébrale se voit bien rarement; les signes physiques d'un kyste manquent complétement; la tumeur serait donc tuberculeuse. Cette opinion prendrait surtout une certaine valeur en pensant que, pour quelques pathologistes, la carie vertébrale serait causée par la présence de tubercules; et l'on sait, d'autre part, qu'alors que ces produits pathologiques se rencontrent dans un organe, il est fréquent de les rencontrer dans quelques autres. Ainsi donc, cet homme présenterait deux maladies qui, pour être distinctes, n'en conserveraient pas moins entre elles des rapports de causalité.

Sous le point de vue de la thérapeutique, c'est encore un cas très embarrassant. Que peut-on faire? Vider l'abcès est un moyen insignifiant pour la guérison, et qui quelquefois peut avoir des inconvénients très sérieux. S'il est vrai que ces ponctions puissent être pratiquées sans danger, cinq, dix, vingt fois, il est vrai aussi que la première ou l'une des premières peut devenir le point de départ d'une inflammation qui retentisse sur l'économie tout entière, et amène, comme on le dit, le commencement de la fin. Si ce malade n'avait que son abcès, peut-être encore pourrait-on se décider à le vider comme moyen palliatif; mais restera la maladie du foie.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait rien à faire à cet homme; mais nous pensons que la chirurgie ne peut lui être d'aucune utilité; ce sont des moyens d'un autre ordre qui conviennent; des cautères le long de la colonne vertébrale, les iodures à l'intérieur, de bonnes conditions hygiéniques, et tout ceci pendant longtemps, pendant des années entières, tel est l'ensemble de la médication nécessaire à des maladies semblables; or, disons-le, ce n'est pas dans les hôpitaux que ces malades peuvent recevoir de pareils soins.

Cet homme ayant demandé à retourner dans sa famille à la campagne, M. Velpeau l'a laissé sortir de l'hôpital en lui indiquant ce qu'il y avait à faire, et en lui faisant comprendre que le parti qu'il prenait était celui qui pouvait lui être le plus avantageux.

Tumeur encéphaloïde des bourses. Adynamie; diarrhée continuelle. Castration. Guérison.

Il est sorti ces jours derniers de la Charité un homme, entré le 11 mars, dont l'observation est pleine d'intérêt, moins à cause de l'opération qu'il a subie que pour les circonstances particulières dans lesquelles elle a été pratiquée.

Ce malade fut adressé à l'hôpital par un médecin. Il portait une tumeur dans les bourses, qu'on pensait cancéreuse; en un mot, on désignait sa maladie sous le nom de sarcocèle. Sa tumeur était ovoïde allongée, offrant une fluctuation peu franche, et perceptible seulement sur certains points. Nous crûmes devoir recourir aux ponctions exploratrices; la première n'ayant donné que du sang pur, on en fit une seconde, par laquelle on retira environ un demi-verre de liquide séreux, et l'on eût fait une injection iodée s'il n'y eût eu que cette seule poche. L'infiltration de sang qui était résultée de la première piqûre se généralisa, et augmenta encore le volume de la tumeur; puis au bout de quelques jours il se montra une plaque gangréneuse et un foyer, qui fut incisé: ces deux accidents avaient succédé à une inflammation assez vive.

---

mission les a ainsi classés par ordre alphabétique, moyen commode et peu compromettant de satisfaire tout le monde : MM. Huguier, Larrey, Malgaigne, Manec, Robert et Vidal (de Cassis). Que le vent du scrutin vous soit à tous propice!

Après le scrutin, l'Académie aura le plaisir d'entendre M. Pariset sur la questio de la peste et des quarantaines. L'honorable secrétaire perpétuel a médité dans la retraite son plan d'attaque contre le rapport, et c'est demain qu'il doit, armé, non pas d'une lance, mais de son beau style et de son beau langage, pourfendre M. Prus. D'après ce qui m'est revenu, M. Pariset montrerait dans son attaque une vivacité, une énergie toutes juvéniles, et son talent habitué aux formes de l'éloge académique, s'y montrerait sous une face nouvelle, la forme critique. M. Pariset, profondément convaincu de la réalité, de la solidité des doctrines que le rapport détruit ou conteste, a déployé, dit-on, les plus grands efforts d'éloquence pour faire partager ses convictions à l'Académie; réussira-t-il? Je suis loin de l'affirmer. Ce que j'affirme, c'est qu'il sera écouté avec toute la déférence que l'on doit à son talent et à sa position, et que du succès complexe qu'il peut ambitionner il obtiendra certainement le succès littéraire. Voilà donc pour demain une séance pleine d'intérêt et d'émotion. Pourquoi n'en est-il pas ainsi tous les mardis?

— Me voici maintenant fort embarrassé. J'ai reçu cette semaine une brochure et un journal dans lesquels on a bien voulu s'occuper de moi. La brochure est de M. Raspail, le journal est la *Démocratie pacifique*. La brochure procède par l'injure, la calomnie et la diffamation, ce qui s'appelle dans la langue de l'auteur vertu, courage, charité; le journal, beaucoup moins vertueux, n'a pris d'autre arme que le ridicule, seulement l'arme a crevé entre ses mains comme vous allez voir:

Quant à la brochure, si c'est à l'obligeante attention de M. Raspail que je dois de l'avoir reçue, qu'il me permette de lui en témoigner toute ma reconnaissance. J'aurais ignoré longtemps, j'aurais ignoré toujours l'insigne honneur qu'il m'a fait de ses injures, si sa main généreuse ne les eût fait parvenir jusqu'à mon humble demeure : c'est touchant. M. Raspail, qui, avec cette charité dont son cœur est embrâsé a trouvé plaisant et de bon goût de rire de ma médiocre fortune, a voulu ménager ma bourse en m'épargnant le prix d'achat : c'est édifiant. Ou peut-être — car avec d'aussi sublimes intelligences toutes les interprétations sont permises — M. Raspail m'a-t-il cru aussi inflammable que son camphre, et qu'alors, rendant injure pour injure, a-t-il espéré qu'il sortît de là un bon petit procès et tous les résultats qu'on peut tirer de la police correctionnelle, ce qui serait sinon très courageux, au moins très habile. Mais, hélas! ni le rédacteur en chef de ce journal, que certains souvenirs auraient dû garantir des injures de M. Raspail, ni moi-même ne nous sentons ce triste courage d'entrer en lutte avec les passions charitables qui enflamment ce saint homme. Qu'il tire ses calomnies à 80,000 exemplaires, c'est lui-même qui l'annonce; par respect pour notre science et pour notre profession, par déférence pour nos lecteurs, par dignité pour nous-même, nous laisserons tranquillement passer les calomnies de M. Raspail le charitable.

Pour ce qui est de la *Démocratie pacifique*, elle n'a pas été très pacifique à mon endroit. Celui de ses rédacteurs qui a pris sous son patronage la médecine ingurgitante s'est trouvé fort offusqué de mes petites réflexions sur son article, ce qui m'en a valu un second. Cet autre est de la force du premier, peut-être même le surpasse-t-il en bon sens, comme entente de la matière, et surtout en finesse. J'ai longtemps cherché lequel des rédacteurs de ce journal que j'aime pouvait avoir des idées aussi biscornues sur les médecins en général et sur mon pauvre individu en particulier. Ce ne peut-être, me disais-je, ni M. Considérant, forte tête, noble cœur; ni M. Laverdant, esprit sérieux et méditatif; bien moins encore l'incomparable et tant spirituel M. Toussenel; ni M. Bourdon, occupé d'études économiques; ni M. Bureau, qui traite de la critique musicale; ni M. Barral, savant si distingué et si modeste; en un mot, passant en revue tous les hommes sérieux et importants de cette rédaction, je n'en trouvais aucun, et j'en étais bien aise, qui pût professer de telles doctrines en médecine, qui oubliât surtout, en voulant bien s'occuper de moi-même, mes faibles efforts pour répandre dans le corps médical les principes d'association. Enfin, on m'a dit son nom, tout bas, à l'oreille, avec prière de ne pas le répéter pour l'honneur de l'école sociétaire; je ne demande pas mieux que de faire ce sacrifice aux mânes de Fourier!

Donc cet auteur, — il s'est fâché tout rouge de ce que je l'ai appelé monsieur, — a fait un second dithyrambe en l'honneur du médecin aux bifteeks, et a trouvé fort ridicule que je me sois permis de me moquer de son premier. Tout à l'heure M. Raspail m'appelait l'*homme lige* de l'école, voici que celui-ci me jette à la face cette grosse apostrophe : *Fanatique* des doctrines officielles! Souriez, je ne vous en empêche pas, bien-aimé lecteur qui connaissez mon fanatisme pour l'école, mon culte pour ses professeurs, mon adoration pour leurs doctrines. Le plaisant de l'affaire, c'est que le jour même où cet adorable rédacteur me traitait de la sorte, je recevais de Castelnaudary un tout petit pamphlet dans lequel on m'accusait d'être un démolisseur, un *fouriériste*, le mot y est.

Bref, mon charmant contradicteur termine ainsi sa fulminante réponse :

« Oui, j'ai voulu rire un moment de l'insuffisance de la science qui
» se dit souveraine; oui, j'ai voulu humilier cette orgueilleuse devant
» la médication d'un *casse-cou*; oui, j'ai voulu honorer ce casse-cou,
» comme j'honore tout esprit convaincu qui se sent assez fort pour
» marcher seul, en dehors des voies battues, à la découverte de quel-
» que vérité. »

Le lecteur comprendra, je l'espère, par ce seul passage, qu'il m'est absolument impossible d'engager la plus simple discussion avec ce critique casse-cou. Que répondre à des arguments de cette sorte? En abandonner l'auteur à toutes les mystifications médicales *qui marchent seules en dehors des voies battues*. Et de fait, je vois dans la réponse qu'il s'est attirée de la part d'un de ces médecins mis en scène par lui d'une manière si inconvenante, que mon aimable contradicteur ne s'en fait pas faute, de ces mystifications-là. Voici ce que dit M. le docteur P.... « Ce désir (de réunir une consultation) était
» d'autant plus naturel de ma part, que le malade était entouré d'in-
» fluences diverses et incompatibles. On me comprendra lorsque je
» dirai qu'il avait été amené une somnambule; que l'homœopathie
» était là représentée, que la méthode Raspail figurait sur la table de

L'état général du malade devint mauvais; il tomba dans l'adynamie; une diarrhée intense se montra bientôt : cet homme s'émacia; sa situation devint extrêmement inquiétante. Il avait été soumis à l'usage du proto-iodure et de l'iodure de potassium. Voyant que l'empâtement persistait, nous prîmes le parti de pratiquer la castration.

Il y avait, avant de prendre cette résolution, une question importante à résoudre, celle de savoir si l'opération pouvait être utile dans l'état où se trouvait le malade; si elle avait quelques chances de succès, en supposant même que, contrairement à ce qu'on avait pensé, la tumeur ne fût pas de mauvaise nature.

Le malade continuait à être dévoré par une diarrhée incessante qu'aucun moyen n'avait pu calmer; les émollients, les opiacés, les astringents, toutes les médications, avaient échoué tour à tour; il y avait lieu de craindre des ulcérations dans l'intestin. Cependant, comme nous avons vu assez souvent que les malades tourmentés ainsi par la diarrhée ne sont pas toujours ceux qui guérissent le moins bien après les opérations dont ils ont besoin; comme il semble, pour ainsi dire que l'organisme débarrassé de la partie malade, dégagé du foyer du mal réagisse mieux alors et reprenne des forces pour compléter la guérison, l'opération fut résolue définitivement. C'est un fait très digne des réflexions du médecin, que celui dont nous parlons en ce moment. Il ne faut pas croire, par exemple, que les amputations réussissent toujours mieux chez les sujets robustes que chez ceux qui sont faibles et épuisés par la diarrhée; c'est fort souvent le contraire : toutes les fois bien entendu que ces individus faibles, étiolés, ne sont point atteints d'une de ces lésions viscérales, qui d'ailleurs contre-indiquent l'opération quand elles peuvent être reconnues.

Chez ce malade, la seule crainte de ce genre qui pût arrêter était la pensée qu'il y eût des ulcérations intestinales; les autres viscères paraissaient sains. D'ailleurs, cet homme s'épuisait. Ou il fallait le laisser périr, ou prendre un parti qui présentât quelques chances favorables sans être fort dangereux. On sait, en effet, que la castration n'est pas en définitive une opération grave par elle-même; ce n'est pas là une opération à comparer à une amputation, par exemple; on ne voit pas d'individus en mourir; tous ne guérissent pas sans doute : d'abord parce que la maladie pour laquelle on la pratique récidive souvent; puis tout le monde sait qu'après la castration, comme après toute opération même la plus légère, peuvent survenir certaines complications; mais tout cela n'empêche pas de considérer l'ablation du testicule comme une opération moins dangereuse qu'une infinité d'autres. Selon nous, il n'y avait donc plus à hésiter.

L'opération a été pratiquée, et voici ce que ce fait présente de plus remarquable.

Les premiers jours, il n'est pas survenu de changements notables; mais si la diarrhée n'a pas augmenté, elle n'a pas diminué non plus, il est vrai, et la fièvre est plutôt tombée un peu; la plaie est restée sans réaction inflammatoire.

Au bout de quelques jours, la ligature est tombée; aucune fusée n'est survenue, mais bientôt la diarrhée a diminué; après quelques jours encore, elle s'est tarie complétement; la fièvre a disparu; la plaie a commencé à se cicatriser, et la cicatrisation s'est achevée, chose singulière, sans qu'il y ait eu de réaction.

Aujourd'hui, cet homme est guéri, et il n'y a encore aucune menace de récidive.

Voilà, certes, un cas qui en apparence était un des plus malheureux qu'on pût observer : le malade semblait dans des conditions déplorables pour subir une opération, et il n'est pas possible de réussir mieux; d'autres, dans des circonstances qui paraîtront infiniment plus favorables, ne seront pas suivies de succès.

Quant à la tumeur, la dissection qu'on en a faite a montré que sa nature était encéphaloïde, mais non pas du tissu pur de l'encéphaloïde franc; on trouvait dans sa substance des portions grumeleuses semblables à du fromage, entremêlées de plaques d'une texture plus dense, plus résistante; d'autres masses rappelaient encore le tissu colloïde; enfin, dans cette tumeur, il y avait pour ainsi dire un échantillon de tous les tissus cancéreux, squirrhe, encéphaloïde, colloïde. Le sarcocèle est la tumeur cancéreuse où l'on rencontre peut-être le plus souvent un pareil mélange de dégénérescences diverses. M. Roux l'avait fort judicieusement fait remarquer déjà dans la première édition du Dictionnaire.

Nous n'ignorons pas que la guérison de cet homme ne peut être regardée comme définitive que dans un temps assez long, pendant lequel, on le conçoit, il n'est pas possible de garder les malades à l'hôpital; tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il est dans d'excellentes conditions aujourd'hui.

Cancer de la lèvre inférieure. De l'habitude de fumer considérée comme cause du cancer des lèvres.

Au n° 37 est couché un homme d'une cinquantaine d'années, qui vient de la province pour se faire opérer d'une tumeur de la grosseur du pouce qu'il porte à la lèvre inférieure. Cette tumeur est d'un aspect fongueux, lacinié; elle a tous les caractères du cancer de la lèvre; elle aurait été produite, selon lui, par le contact habituel de la pipe.

C'est, nous l'avouons, une cause souvent invoquée pour le cancer des lèvres et qui laisse des doutes pour nous. D'après ce qu'on sait du cancer, nous croyons qu'on peut être autorisé à n'accepter qu'avec réserve et défiance l'influence du contact du tuyau de la pipe chez les personnes qui ont contracté l'habitude de fumer.

On voit, en effet, tous les jours des plaies, des cautères, des vésicatoires, par exemple, qu'on n'entretient qu'à force d'irritations journalières, sans que presque jamais elles deviennent le siége de dégénérescences cancéreuses; cela arrive sans doute quelquefois, mais on peut avancer que c'est extrêmement rare. Comment comprendre dès lors qu'une irritation causée par un corps peu irritant, mousse amène une telle maladie? Nous ne pensons pas que l'idée vienne d'attribuer ce résultat au tabac lui-même, puisque quelques praticiens, au contraire, l'ont essayé contre le cancer; d'ailleurs, il est probable que les fumeurs ne conservent pas toujours le tuyau sur le même point de la bouche, mais qu'ils le changent de place assez souvent.

La raison qui a fait rapporter à l'habitude de fumer l'apparition de ces tumeurs, tient probablement d'abord à cette nécessité de l'esprit humain de chercher une cause aux maladies qui nous viennent, et ensuite à la fréquence de cette habitude qui la fait rencontrer chez un certain nombre de sujets affectés de la maladie dont nous parlons. On a un cancer à la lèvre, on fume; nécessairement on attribue à la pipe l'apparition de la maladie.

Quoi qu'il en soit, notre malade a évidemment un cancer dont il a été opéré une fois, et qui a repoussé bien vite, dit-il. Si, à propos de cette petite tumeur, on ne considérait que sa dimension et son épaisseur, on n'hésiterait pas un instant à l'opérer; mais cette circonstance d'une première récidive, et surtout l'existence sous la mâchoire d'un ganglion lymphatique induré gros comme une noisette, doivent donner lieu à quelques réflexions.

S'il s'agissait de tout autre maladie qu'un cancer, la présence de ces ganglions, et il y en a encore quelques-uns dont le volume est un peu augmenté, ne nous préoccuperait nullement; mais, avec une affection de cette espèce, ce n'est pas là, il s'en faut, un fait insignifiant, il est très propre à effrayer au contraire pour les suites de l'opération.

Il est vrai que les micrographes ont avancé que ces sortes de tumeurs ne contenaient pas les éléments du cancer, et que, par conséquent, on ne devait pas, à cause d'elles, redouter la récidive; MM. Lebert, Mandl, Sédillot l'ont dit, et cette opinion a été soutenue dans une thèse de M. Mayor présentée l'année dernière. Malheureusement, car il vaudrait bien mieux que cela fût ainsi, nous avons vu souvent tout le contraire; nous avons vu ces tumeurs mêmes se développer avec les caractères du cancer. Il est toujours resté quelque chose de peu clair pour nous dans ce qu'ont dit les micrographes à propos de ces petites tumeurs; ils les ont appelées épithéliales, et les ont regardées comme analogues aux verrues. Ceci nous rappelle ce qu'autrefois les chimistes, alors que la chimie expliquait tout, disaient de l'opium, dans lequel on ne trouvait autre chose que les éléments de la gomme arabique : or, il était évident qu'il y avait quelque différence quant à l'action.

Cela prouve tout simplement qu'on ne voit pas encore avec le microscope tout ce qu'on verra peut-être un peu plus tard.

A cet égard, d'ailleurs, nous avons été témoin des erreurs du microscope; des malades portant de ces tumeurs sont revenus avec des cancers parfaitement confirmés. Nous avons vu, et tous les chirurgiens ont vu comme nous, un bouton de la lèvre de nature cancéreuse amener, au bout de deux, trois, quatre, six mois, un an, un cancer dans quelque point de la mâchoire, dans les os eux-mêmes.

Malgré la présence de ces ganglions, nous nous déciderons cependant à opérer ce malade, parce que l'opération, en définitive, est légère, et que peut-être cet homme évitera la récidive. La petite tumeur a été comprise dans un V emporté en deux coups de ciseaux, et la plaie a été réunie avec des épingles et des fils, comme pour le bec-de-lièvre.

— M. Velpeau a pratiqué cette semaine plusieurs opérations importantes. Une petite fille de huit ans a subi l'amputation de la jambe pour une carie de presque tous les os du pied; elle a été pratiquée au tiers inférieur. Le chirurgien a fait remarquer que c'était chez les femmes surtout, quand la chose était possible, que l'amputation au tiers inférieur présentait le plus d'avantages; les femmes ayant plus besoin que les hommes de dissimuler l'absence d'un membre, et éprouvant moins, d'un autre côté, la nécessité de conserver une grande force. Un enfant a subi la ponction et l'injection iodée pour une hydrocèle congénitale, et une jeune femme a été opérée d'une tumeur ganglionnaire dans la région sous-maxillaire.

— Il est entré, il y a quelques jours, à la Charité, un terrassier qui s'est fracturé la rotule il y a deux ans, dont les deux fragments présentent un écartement d'*un décimètre*, et qui, depuis un an, exerce sa profession sans en être incommodé; il a été admis à l'hôpital pour une hydarthrose de ce même genou. M. Velpeau doit en reparler; nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce fait intéressant. PAJOT.

REVUE GÉNÉRALE.

Mémoire sur la loi de formation des abcès locaux primitifs, extérieurs à l'os, après les fractures par contre-coup des os longs et les luxations compliquées de leurs extrémités articulaires. — Tel est le titre d'un travail publié par M. Laugier dans le dernier numéro des *Archives*. C'est l'étude et, si l'on veut, la découverte d'une importante loi de physiologie pathologique, avec les données pratiques qui en découlent. Nos lecteurs nous sauront gré d'avoir porté à leur connaissance ces recherches qui méritent de fixer l'attention des chirurgiens.

Lorsque dans une luxation ou dans une fracture, une extrémité articulaire ou un fragment se déplace au point de percer la peau, on serait tenté de croire, au premier abord, que c'est du côté de la perforation des téguments que se trouvent les désordres les plus considérables, les chances les plus grandes d'une inflammation suppurative. Il n'en est rien, cependant; c'est du côté opposé qu'est le siége constant de l'abcès, quand il se forme. Voici comment M. Laugier explique cette loi, qu'il a établie sur un grand nombre de faits :

« Que l'on examine comparativement l'étendue du décollement des parties molles à la surface de l'os dans le sens du déplacement et dans le sens opposé, et l'on verra que c'est toujours en ce sens que le décollement est le plus considérable, surtout dans les déplacements par contre-coup. Prenons un exemple pour mieux préciser la pensée. On sait que les fractures par contre-coup de la jambe ont lieu ordinairement à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du tibia, et que leur obliquité est en dehors et de haut en bas. Admettons que dans une fracture de cette espèce, le fragment supérieur du tibia ait traversé les téguments et fasse en dedans une saillie d'un pouce à l'extérieur. Si, avant la réduction de la fracture, on recherche de quel côté de l'os le désordre des parties molles est le plus étendu, on reconnaîtra que c'est au côté externe de l'os. Il est vrai que du côté interne les téguments sont perforés et l'os saillant à l'extérieur; mais, au-dessus de cette partie saillante, les parties molles sont restées adhérentes à l'os. Au côté externe de l'os, sa séparation des parties molles voisines et la déchirure du tissu cellulaire a eu lieu dans un espace d'environ deux pouces et demi à trois pouces pour une saillie de un pouce du fragment à travers la peau. Cette appréciation approximative pourrait d'ailleurs, on le sent bien, être faite d'une manière presque mathématique s'il était besoin d'un pareil degré de précision. L'écartement du fragment saillant et des muscles avec lesquels il est en contact dans l'état normal, est pour ainsi dire mesuré par un espace pyramidal dont le sommet est en haut, la base en bas, représentée par l'épaisseur du fragment inférieur du tibia au siége de la fracture et dont la hauteur a deux ou trois pouces. Si la réduction n'est pas complète, l'espace persiste, la réunion immédiate est impossible et le foyer de suppuration est de longue durée. Après la réduction complète, il y aura en dedans une sorte de cavité dont la paroi profonde sera l'os, la paroi superficielle la peau; mais celle-ci étant déchirée, si la plaie n'est pas réunie, aucun séjour de pus ne sera possible; si la plaie est réunie, et que le pus s'accumule sous la peau, il suintera souvent en écartant les bords accolés de la solution de continuité, ou bien il sera facile de lui donner issue, et cette indication sera de prime abord évidente. Au côté externe de l'os, au contraire, *si le recollement des parties séparées n'a pas lieu*, comme cela est fréquent dans les fractures compliquées, et non sans exemple dans les fractures d'abord simples, la suppuration a plus de tendance à accroître le décollement. Au lieu de se porter à l'extérieur, lors même que la plaie est restée ouverte, le pus remonte et étend d'abord son foyer en longueur; il se forme le long du tibia entre les deux os, en avant ou en arrière du ligament interosseux, souvent dans les deux sens à la fois, un abcès étendu et presque toujours tardivement reconnu.....

» La même loi existe pour les luxations compliquées des os long. C'est du côté opposé au sens dans lequel la tête luxée s'est portée, que se trouve le foyer principal de l'inflammation, le plus souvent suppurative, qui est la conséquence de l'accident. Ici le délabrement des parties molles voisines est encore plus grand que dans les fractures; ce sont des tendons luxés, rompus; des insertions musculaires déchirées, des muscles tiraillés et rompus en travers. Les effets violents de déplacement de la tête articulaire sont plus marqués, parce que, la force étant la même, le bras du levier est plus long, puisque l'os est entier; mais il reste, pour la gravité relative des fractures, l'éclat de l'os, la déchirure de ses vaisseaux, la rupture du canal médullaire. »

» nuit en flacon et en brochure; qu'enfin il était fait mention, avec
» des recommandations vives et puissantes, du médecin (ingurgita-
» teur) qui prit quelques heures plus tard la direction du traitement. »

Je n'ai qu'une appréhension, mais elle est vive, c'est qu'avec une si grande faculté d'honorer « tout ce qui marche seul en dehors des voies battues, » mon incomparable critique ne puisse plus bientôt marcher lui-même. Si pour un simple petit bobo comme la grippe, il lui a fallu Hahnemann, Mesmer, M. Raspail et, sur le tout, le médecin *casse-cou*, que sera-ce, grand Dieu, pour une bonne pneumonie! J'en frémis pour l'humanité, qui sera à jamais privée de voir humilier l'orgueil et honorer les casse-cou. Quel autre, en effet, que mon désopilant critique pourrait se charger de ce rôle?

Jean RAIMOND.

Bibliographie.

Précis de chirurgie élémentaire, par le d[r] MOREAU-BOUTARD.

Sous le nom de chirurgie élémentaire, M. Moreau-Boutard comprend non-seulement ce que dans la science on désigne sous le nom de petite chirurgie, mais encore les pansements, les bandages et certains appareils qui n'entraînent pas dans leur application la connaissance des principes de la haute chirurgie. Le petit volume que nous avons sous les yeux est le résumé des leçons professées au Val-de-Grâce par l'auteur, chirurgien aide-major de l'Hôpital militaire de perfectionnement.

La première partie comprend les pansements, avec l'appréciation des diverses substances employées, la charpie, le coton, l'ouate, l'étoupe, la soie, etc. Et les bandages, dont l'auteur distingue deux genres seulement, les bandages simples et les bandages composés; elle renferme aussi la description complète des bandages nouveaux de M. Mayor. La seconde partie comprend la petite chirurgie, c'est-à-dire, pour l'auteur, le résumé précis des opérations pour l'exécution desquelles non-seulement la manœuvre est facile, mais encore qui n'exigent des connaissances anatomiques que celles qui donnent à l'habitude extérieure ses diverses dénominations, qui s'arrêtent à l'enveloppe cutanée externe et à ses divers orifices. D'où il résulte que M. Moreau-Boutard bannit de la petite chirurgie, à tort ou à raison, la phlébotomie, l'artériotomie, l'acupuncture, etc.

Sous le titre : Opérations non sanglantes, l'auteur étudie les frictions, les rubéfiants, les ventouses, les lotions, onctions, affusions, douches, injections, bains locaux, cataplasmes, etc. Parmi les opérations sanglantes, les vésicatoires, moxas, cautères, vaccine, sangsues, scarifications, etc. Enfin, comme opérations mixtes, le cathétérisme et la dilatation des plaies, l'hémostasie, la dessiccation des plaies, etc. Des figures intercalées dans le texte aident à l'intelligence des démonstrations, et font du livre de M. Moreau-Boutard un précis qui ne peut manquer d'être utile aux jeunes gens qui se destinent à l'étude de la chirurgie.

Manuel pratique de bandages, par le docteur SAINT-ARROMAN.

Les deux premiers chapitres du livre de M. Saint-Arroman sont consacrés à des notions générales, à la description des diverses pièces d'appareil, et à des considérations nécessaires de petite chirurgie. Ces deux chapitres, dans lesquels il eût été difficile de faire du nouveau, ont du moins le mérite d'être complets, et de renfermer en un petit nombre de pages les notions élémentaires les plus indispensables pour l'élève et pour le praticien. Arrivant aux bandages proprement dits, l'auteur donne la définition de chaque espèce, et les range dans quatre classes : Bandages et appareils : 1° de la tête; 2° du tronc; 3° des membres supérieurs; 4° des membres inférieurs. Nous avons remarqué dans chaque groupe une appréciation judicieuse et une bonne description des bandages nouveaux de M. Mayor, que leur commodité et leur simplicité contribueront de plus en plus à faire substituer dans un grand nombre de cas aux immenses et interminables bandages de l'ancienne chirurgie. Un dernier chapitre comprend les appareils inamovibles, et l'indication sommaire des circonstances dans lesquelles on doit les employer. Une planche lithographiée représente les différentes pièces d'appareil et leur application sur le corps de l'homme.

Les abcès qui se développent quelquefois à la suite de fractures des luxations primitivement simples, sont soumis à la même loi. On sent toute la portée de cette loi en pratique. L'attention du chirurgien fixée sur le siége constant de l'abcès, il saura quelquefois l'éviter, et toujours en diminuer la gravité par des antiphlogistiques, par une ouverture pratiquée dès l'apparition de la fluctuation, ou même par une incision de précaution faite d'avance sur le lieu où la formation du pus est à craindre. C'e t en suivant cette conduite que le chirurgien de Beaujon guérit presque toutes les fractures compliquées, sans être réduit à la triste ressource de l'amputation.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur une préparation de scammonée et sur son mode d'emploi, par M. le docteur WIMMER, de Munich.

La préparation de scammonée dont il s'agit ici n'est autre que celle de la résine pure, par la solution de la scammonée d'Alep du commerce dans l'alcool très rectifié; la filtration, la précipitation de la résine par l'addition d'eau, le lavage réitéré de la résine précipitée à l'aide de l'eau distillée, et enfin sa dessiccation à une douce chaleur.

Cette résine était employée d'abord à l'état de division et de mélange avec la gomme arabique, avec le baume du Canada, avec le savon de Venise, avec le sirop d'orgeat; mais les mélanges liquides étant sujets à s'altérer pendant les chaleurs de l'été, la résine de scammonée a été donnée en dernier lieu sous forme de poudre sèche et mêlée à du biscuit également pulvérisé : c'est même sous cette forme qu'il est le plus aisé de l'administrer aux enfants.

M. Wimmer a trouvé que le mélange suivant offre le plus d'avantages et de facilités pour l'emploi de cette substance :

Résine de scammonée pure,	3 grammes.
Savon de Venise,	25 centigrammes.
Sucre blanc,	275 centigrammes.

M. et F. S A. une poudre parfaitement homogène et d'une très grande ténuité; ajouter peu à peu :

Biscuit pulvérisé,	24 grammes.
Eau,	Quelques gouttes.

Triturer fortement en ayant soin de détacher du pilon les parties de poudre qui s'y attachent, et de les mêler toujours de nouveau au restant de la poudre.

Lorsque la pulvérisation est achevée, on expose la poudre au contact de l'air pour obtenir une dessiccation complète, puis on la divise en paquets du poids de trente grammes chacun.

3 grammes de cette poudre contiennent 30 centigrammes de scammonée.

On l'administre à la dose de 40 centigrammes, qui suffisent pour provoquer plusieurs garde-robes chez un adulte. Pour les enfants de quinze ans, on réduit la dose à 30 centigrammes; pour ceux de sept à huit ans, à 20 centigrammes; enfin, pour les enfants d'un à deux ans, à 10 centigrammes.

Cette poudre joint à sa propriété purgative l'avantage d'être un vermifuge d'une très faible administration.

Lorsque la résine de la scammonée a été bien préparée, et que la poudre a été confectionnée en suivant bien exactement le *modus faciendi* indiqué plus haut, on ne voit jamais se produire, à la suite de son administration, les effets accessoires si désagréables qui empêchaient jusqu'ici les praticiens de la mettre plus souvent en usage.

Guérison d'une hydarthrose rhumatismale du genou par l'emploi topique de l'acide sulfurique; par M. le docteur HILSENBERG, de Paderborn.

Un lancier, chez lequel il existait une prédisposition rhumatismale, fut atteint d'une hydarthrose du genou qui, dans l'espace de quelques jours seulement, acquit un tel degré de développement que l'articulation se trouva tout à fait déformée : tout mouvement du membre malade était devenu impossible.

Après avoir employé un traitement antiphlogistique énergique (80 sangsues en tout furent appliquées), on fit, deux fois par jour, une onction sur la partie malade avec le mélange suivant :

Acide sulfurique concentré,	8 grammes.
Sirop simple,	15 grammes.

M. S. A.

L'effet produit par cette médication fut vraiment prodigieux. Aussitôt après l'application du médicament, le malade ressentit une vive brûlure, et, après avoir réitéré trois fois l'onction avec le liquide acide, l'épiderme se souleva en petites vésicules de la grandeur d'une lentille, vésicules d'abord remplies d'un liquide séreux, puis purulent. Les douleurs, devenues excessives, forcèrent alors de suspendre l'emploi du moyen.

Bientôt, et surtout par suite de l'action des doigts du malade, qui éprouvait une démangeaison continuelle, la peau se détacha, en laissant de petits points circulaires ulcérés qui se guérirent promptement. On recourut de nouveau aux onctions avec le mélange acide déjà employé, et les mêmes effets furent reproduits.

Sous l'influence de ce traitement, l'exsudation se résorba très promptement, de sorte que le malade récupéra en très peu de temps l'usage complet de son articulation.

Sur l'emploi de la lobélie renflée dans le traitement de l'asthme, par M. le docteur TOTT, de Ribnitz.

M. Tott n'emploie cette plante que comme un moyen palliatif, et c'est spécialement contre l'asthme humide qu'il la met en usage.

Le premier malade auquel il la prescrivit était affecté depuis longues années d'un asthme pituiteux, contre lequel on avait eu vainement recours aux vésicatoires, à l'*asa fœtida*, à la belladone, etc. L'alcoolé de lobélie fut donné à la dose de vingt gouttes, et cette dose fut portée graduellement jusqu'à cinquante gouttes, dans une cuillerée de décocté de guimauve, toutes les deux heures. Dans l'espace de deux années après cette médication, le malade n'eut qu'un seul accès, tandis qu'il en avait auparavant tous les quinze jours environ, et qu'il ne pouvait parvenir à les calmer qu'en fumant des feuilles de stramoine en guise de tabac.

Chez un autre malade, sujet depuis trois ans à des accès d'asthme convulsif qui, après avoir été rares dans le principe, avaient fini par devenir quotidiens, et que l'on avait combattus sans aucun succès par tous les remèdes antiasthmatiques accoutumés, il prescrivit 12 prises de lobélie pulvérisée, de 15 centigrammes chacune. Ce moyen resta d'abord impuissant; mais après l'administration de quelques prises d'alcoolé de la même plante, à la dose de 30 gouttes toutes les demi-heures, dans un infusé léger de camomille romaine, les accès se calmèrent, et depuis un an et demi ils ne sont plus revenus.

La poudre, l'alcoolé et le décocté de lobélie renflée, ont encore été administrés avec le plus grand succès par le même praticien, chez une femme affectée d'asthme humide, et chez une jeune fille qui, depuis plusieurs années, était sujette à des accès de convulsions.

M. Velpeau a présenté aujourd'hui à l'Académie des sciences l'ouvrage de M. Vidal intitulé, *Traité de pathologie interne et de médecine opératoire*. En faisant cette présentation, M. Velpeau s'est exprimé ainsi :

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son livre de chirurgie, dont le succès a été prompt et incontestable. Par des améliorations dans le fond et la forme, M. Vidal a fait de cet ouvrage un système complet de chirurgie. L'ordre adopté par l'auteur lui a permis de réunir la pathologie externe à la médecine opératoire; ces deux parties de la même science ont pu ainsi s'éclairer mutuellement. L'anatomie a servi aux grandes divisions de ce livre, et la pathologie est intervenue pour les sous-divisions; mais partout on voit dominer un esprit philosophique donnant à cette production un caractère dogmatique qui en fait un livre précieux pour l'enseignement. Si des idées on va aux faits, aux détails d'application, on entrevoit l'utilité que les praticiens pourront retirer de ce traité, qui est le plus complet de notre époque. M. Vidal a d'ailleurs intercalé dans le texte plus de cinq cents gravures sur bois; elles sont destinées à éclaircir des points d'anatomie, à représenter des maladies chirurgicales. à faire connaître les temps des opérations importantes, et à figurer les instruments. Cette iconographie, exécutée avec une grande fidélité et même avec luxe, sera très utile aux élèves, et fera honneur à la librairie médicale.

NOUVELLES.

M. le docteur Loreau, professeur à l'Ecole préparatoire de Poitiers, a été appelé à Paris par M. le ministre de l'instruction publique, qui a voulu entendre de sa bouche l'exposition d'un plan nouveau d'organisation médicale, dont il est l'auteur. Après cette conférence, M. le ministre a chargé M. Bouillaud de lui faire un rapport sur ce plan.

M. Loreau, invité par la Commission permanente du Congrès médical de France à vouloir bien lui faire la même communication, a été présenté samedi dernier à la Commission par MM. Amédée Latour et Richelot. La Commission a entendu M. Loreau avec le plus grand intérêt, et a immédiatement nommé une sous-commission chargée de lui faire un rapport sur ce travail remarquable. Cette sous-commission est composée de MM. Miquel, Malgaigne, Amédée Latour, F. Boudet et Leblanc.

Nous exposerons nous mêmes prochainement, dans ce journal, les opinions de M. Loreau.

— M. Gaubric, de Bordeaux, vient de succomber après une longue et douloureuse maladie. Ancien interne distingué des hôpitaux de Paris et vice président de la Société anatomique, M. Gaubric avait fait une thèse très remarquable sur l'*opération de la pupille artificielle*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 74. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Affection saturnine. Colique de plomb.

Le 30 mai 1846, est entré dans la salle Ste-Madeleine le nommé Auguste Lagand, âgé de vingt ans, d'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, peintre en bâtiments. Il est habituellement d'une bonne santé; il a cependant, il y a un an, éprouvé des coliques, mais non aussi violentes que celles pour lesquelles il entre aujourd'hui à l'hôpital. Ces coliques ont duré huit jours environ, et ont facilement cédé à l'emploi de quelques purgatifs et à quelques bains sulfureux.

Depuis cette époque, il s'était livré régulièrement à ses travaux sans plus éprouver aucun phénomène morbide, lorsqu'il y a deux jours, il fut obligé de quitter tout à coup l'atelier vers quatre heures du soir, par suite de coliques violentes qu'il éprouvait, et d'un brisement général des membres. Il rentra chez lui et se mit au lit. A peine couché, son ventre devint le siége de coliques très fortes, et le malade vomit pendant presque toute la durée de la nuit. On ne fit rien pour arrêter ces symptômes, si ce n'est de lui faire boire de temps en temps un peu d'eau sucrée, que le malade rendait presque immédiatement par les vomissements.

Les douleurs atroces que ressentait le sujet, et dont il ne pouvait obtenir aucun soulagement, le déterminèrent à se faire porter à l'hôpital le lendemain même du commencement de sa maladie, et de très grand matin.

Voici les symptômes qu'il présente à la visite du matin :

Visage pâle, teinte un peu jaune de l'ovale inférieur du visage, sans cependant que la peau présente cette coloration terreuse si fréquente chez les individus qui ont déjà été plusieurs fois atteints de la maladie saturnine. Pas de céphalalgie. Insomnie la nuit dernière; rien du côté des organes des sens; pas d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles. Douleurs à la région épigastrique et dans les jambes. Ventre aplati, peut-être moins volumineux qu'à l'état normal; coliques très vives, diminuant par la pression; s'exaspérant par moments. Pouls normal, à 64-68. Pas de soubresauts des tendons. Soif vive; langue sale, chargée d'un enduit d'un blanc jaunâtre assez épais. Vomissements presque continuels depuis hier soir. Constipation opiniâtre, malgré l'administration d'une potion purgative des peintres, ordonnée à quatre heures du matin par l'interne de garde. Urines faciles.

On prescrit des pilules ainsi composées : huile de croton tiglium, 2 gouttes; gomme adragante, q. s. pour faire 4 pilules, une toutes les heures jusqu'à production d'effets purgatifs; glace en morceaux dans la bouche; limonade citrique; eau de Seltz. Ce soir, extrait gommeux d'opium, 0,10 gr. en 4 pilules; lavement purgatif des peintres; diète.

Le 2 juin, les douleurs ont continué très intenses pendant toute la journée d'hier. Malgré la potion administrée le matin, les pilules d'huile de croton et le lavement laxatif, il n'y a eu pendant la journée qu'un petit nombre d'évacuations alvines tout à fait insignifiantes. Mais à partir de la soirée, et pendant une grande partie de la nuit, les selles ont été très fréquentes et très abondantes. Le matin, les douleurs n'en persistent pas moins. Le malade se roule sur son lit, pousse des cris et des gémissements. On est obligé, pendant ces accès, de se réunir au nombre de quatre ou cinq pour le maintenir. Au moment de la visite, le malade a la camisole de force, à laquelle on a été obligé de recourir pour l'empêcher de se jeter par terre. Sommeil interrompu fréquemment, pendant une heure ou deux, ce matin.

Ce matin, on prescrit: poudre de jalap, 0,10 gr., calomélas, 0,50 gr. en deux paquets. Ce soir, extrait d'opium, 0,15 gr. en trois pilules; pour boisson, eau de Seltz; bain simple; diète.

Le 3 juin, on est obligé, pour provoquer des selles, de faire prendre au malade, dans la journée, un lavement purgatif. Les douleurs ont continué très violentes pendant tout le jour. La nuit a été assez tranquille. Ce matin, les douleurs sont beaucoup moins fortes dans le ventre; calme. Le malade se plaint beaucoup moins de la sensation de courbature qu'il accusait au moment de l'entrée. — Limonade citrique, 2 pots; eau de Sedlitz; eau de Seltz; extrait gommeux d'opium, 0,15 gr. en 3 pilules; bain; continuer les pilules purgatives à l'huile de croton tiglium.

Le 4 juin, vomissements après l'eau de Sedlitz. Selles très abondantes et nerveuses. La journée d'hier a été assez tranquille. Quelques coliques cette nuit, mais tolérables, et qui n'ont duré qu'une heure. Un peu de sommeil. Ce matin, pas de douleurs, pas d'abattement. Pas de céphalalgie. Sentiment de courbature tout à fait nul. Langue toujours blanche, fortement chargée. Pas d'appétit. Soif vive. Respiration normale. Pouls normal; rien de particulier au cœur. — Mêmes prescriptions, moins l'eau de Seltz. Diète.

Le 5 juin, les douleurs ont été plus fortes pendant la journée d'hier que les jours précédents. Pas de selles. Un peu d'agitation et de souffrance pendant la nuit. Ce matin, fatigue générale, mais peu forte. Langue chargée. Point de douleurs; pas de nausées ni de vomissements. — Bain simple. Limonade citrique. Lavement laxatif. Diète.

Le 6, il a souffert un peu dans la journée d'hier; quelques douleurs passagères dans les bras et les jambes. Calme; insomnie cette nuit à cause de la chaleur de la salle, et d'une très légère recrudescence des douleurs. Une selle liquide. — Mêmes boissons. Extrait d'opium, 010 gr. Bain. Deux bouillons.

Les 7 et 8 juin, la journée s'est bien passée. Pas de douleurs; la langue se nettoie. Pas de selles. — Bain sulfureux.

La convalescence est complète le 10 juin, et le malade quitte l'hôpital.

— Nous n'avons, on le conçoit, nulle intention de tracer ici l'histoire complète de la colique de plomb. Cependant il est quelques points intéressants de la symptomatologie, de la marche et du traitement sur lesquels nous croyons devoir présenter quelques courtes considérations, parce qu'elles touchent de plus près à la pratique.

Nous noterons tout d'abord dans le cas actuel, l'invasion brusque et instantanée de la maladie; cette invasion est d'autant plus curieuse, qu'elle est moins fréquente. Le plus souvent, en effet, elle est lente; la constitution des sujets qui sont soumis aux émanations de plomb, reçoit une atteinte profonde caractérisée par les phénomènes suivants: Figure pâle, jaunâtre, terreuse; les yeux ictériques; expression du visage triste et souffrant, même avant que le sujet n'ait ressenti les atteintes du mal. Chez les sujets qui ont fait dans les fabriques de plomb un séjour de quelque durée, cette teinte jaune de la peau, l'amaigrissement, sont habituels. Le sujet dont nous avons rapporté l'observation était pâle il est vrai, mais ne présentait nullement cette teinte jaune saturnine, que nous oserions presque dire chronique, si fréquente chez les ouvriers des fabriques de céruse. Nous en trouvons l'explication dans ce fait, que notre sujet n'avait été pris qu'une seule fois de colique pareille un an auparavant et pendant huit jours seulement, et que de plus il n'était pas employé au broiement des couleurs, occupation qui prédispose à la maladie, en augmentant la durée du contact de la peau avec les préparations de plomb.

Chez cet homme, avons-nous dit encore, l'invasion a été brusque et instantanée. Peut-être faut-il attribuer en partie cette singularité à une prédisposition qu'aurait laissée chez cet homme l'affection précédente, d'un an auparavant. Ce cas nous a offert tout à fait la contre-partie d'un fait recueilli par nous il y a deux ans environ à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Martin-Solon, et dans lequel l'invasion de la maladie avait au contraire été très tardive, puisqu'elle ne s'était montrée que plusieurs semaines après que le sujet avait abandonné la fabrication des préparations de plomb. A propos de ce fait, non moins curieux que celui-ci, nous nous somme

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

DEUXIÈME CHAPITRE (Suite). — *Indication sommaire des sources. — Composition chimique. — Mode d'emploi.*

SOURCES SALINES MURIATIQUES.

Wiesbaden. — Wiesbaden est un des établissements qui, dans le duché de Nassan, réunissent le plus de visiteurs.

On y compte trois sources principales, qui diffèrent surtout par la proportion des matières composantes.

L'eau du Kocbbrunnen (source bouillante), la plus chaude de toutes, n'atteint cependant pas une température assez élevée pour justifier son nom; elle ne dépasse pas 56° R. Ses éléments principaux sont, d'après Kastner, pour un litre :

Chlorure de sodium,	6 grammes.
Chlorure de fer,	50 centigrammes.
Chlorure de potassium,	10 centigrammes.

Quelque peu d'acide carbonique libre, et une quantité à peine sensible d'acide sulfhydrique.

C'est une eau thermale moins chargée de chlorure de sodium que celles de Homhonrg, Soden, Nauheim et Krentznach, et qui doit à sa température une grande partie de son efficacité.

Wiesbaden, en effet, est surtout un établissement de bains; on y vient peu pour boire à la source. Il faudrait pour se résigner à un traitement interne prolongé, plus de courage et de persévérance là que partout ailleurs. L'eau des bains se recouvre d'une substance organique qu'on appelle dans le pays la crème (*der kahn*), et qui lui donne un aspect repoussant. Sa saveur est salée, et son odeur légèrement sulfureuse n'est pas de nature à vaincre le dégoût involontaire qu'éprouvent la plupart des buveurs. On croirait l'eau d'Enghien très étendue. Cette sensation mal définie expliquerait peut-être pourquoi certains médecins ont rangé, sans plus de contrôle, Wiesbaden parmi les sources sulfureuses.

Les deux autres fontaines (Schutzenhof et Adlerquelle), moins riches en sels muriatiques et moins chaudes, sont celles qu'on préfère en général au début du traitement. La première est moins trouble, moins hépatique, et de plus facile digestion; on peut la boire sans trop de répugnance.

Les bains, quelle que soit l'eau dont on ait conseillé l'usage, durent environ une demi-heure; leur température varie entre 32 et 36° cent. Ils produisent, chez certains malades, et c'est le plus petit nombre, des éruptions qui, le plus souvent, se montrent sur les mains. Le traitement général ne semble d'ailleurs ni entravé, ni secondé par ces accidents de peu d'importance.

Si les effets qu'on est convenu d'appeler physiologiques sont assez inconstants, il n'en est pas de même des influences thérapeutiques. Celui qui, sur la foi du ouï-dire, viendrait chercher à Wiesbaden quelque soulagement à des douleurs goutteuses, éprouverait un singulier mécompte. Il est bien rare qu'après quinze ou vingt jours d'un traitement régulier, les bains ne renouvellent pas les accès ou ne les rendent pas plus intenses s'ils avaient déjà de la tendance à se manifester. Cette exagération momentanée ne préjuge rien des vertus curatives; elle devient utile ou dangereuse suivant les indications, que nous discuterons ultérieurement.

L'acide carbonique doit, ici comme dans toutes les eaux thermales, être compté pour peu de chose. Il se dégage en grande partie à mesure que la température s'abaisse. On ne saurait donc, sans erreur, attribuer aux eaux refroidies de Wiesbaden les propriétés qui résultent de la présence des gaz acides, même en petite quantité. S'il n'est pas nécessaire de tenir compte de ce dégagement pour les bains, on doit le faire lorsqu'on prescrit l'eau des sources à l'intérieur.

On administre à Wiesbaden des bains généraux, des douches et des affusions chaudes; on y donne même des bains de vapeur. Il n'est pas besoin d'être un bien grand savant pour comprendre que si les bains de vapeur aident à la cure, ce n'est pas par le sel marin qu'ils contiennent. La vapeur qui se dégage du Kochbrunnen n'a rien de spécifique, et ressemble exactement à celle qu'on obtient en faisant bouillir les eaux de nos rivières.

Sous le rapport de la puissance thérapeutique, de la composition chimique, de la température, nous n'avons en France rien à envier à Wiesbaden.

Balaruc (Hérault), Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), dont la température est de 47 à 58°, sont plus riches en chlorure de sodium que Wiesbaden, et en outre contiennent une notable quantité de bromures. Tercès (Landes), dont la température est de 41°; Evaux (Creuse), qui est de 50°; enfin Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), dont la chaleur va à 60°, pour être un peu moins riches en principes minéralisateurs que Wiesbaden, n'en doivent pas moins être regardés comme remplissant parfaitement toutes les indications auxquelles on veut satisfaire en envoyant les malades dans la capitale du Nassan.

C'est ici surtout que l'on déplore l'incurie de notre gouvernement, qui laisse languir dans un abandon déplorable des sources minérales, ou plus puissantes ou aussi puissantes que celles qui font la fortune d'un pays voisin.

Kreutznach (Prusse rhénane). — Kreutznach ne saurait, sous le rapport du luxe et de la commodité, soutenir la concurrence avec les riches établissements du duché de Nassau.

A Kreutznach comme à Nauheim, les bains ne sont que l'accessoire de grandes entreprises industrielles. Les salines de Munster et de Théodore ont abandonné aux médecins une partie de leurs eaux, d'autres sources ont été découvertes il y a peu d'années; mais l'exploitation du sel pour le commerce est encore plus importante que celle des eaux minérales.

Si les visiteurs ont perdu quelque chose du côté des agréments de la vie, ils ont gagné sous le rapport médical à l'intervention de l'industrie. Kreutznach a deux sortes d'eaux de compositions différentes, mais également actives : les unes jaillissent du sol et s'emploient à l'état naturel; les autres, qu'on désigne sous le nom d'eaux-mères (mutter laüge), sont fournies par les résidus des salines.

L'analyse de la source Elise, la seule qui soit exclusivement réservée aux buveurs, fournit les résultats suivants : Sur un litre d'eau :

Chlorure de sodium,	8 grammes.
Chlorure de calcium,	1 gramme 25 centigr.
Chlorure de magnésium,	40 centigrammes.
Iodure et bromure de magnésium,	des traces.

Il existe en outre quelques phosphates et carbonates en petite quantité, et quelque peu de fer. Osann, qui a répété en 1836 les expériences que Lœvig avait faites l'année précédente, a trouvé des bromures en quantité extraordinaire, près de 50 centigrammes par litre. Nous ne ferons pas à Ozann l'injure de croire qu'il a trompé le public, mais nous pouvons affirmer qu'il s'est trompé : les analyses que MM. Mialhe et Figuier ont répétées à Paris, celles qui ont été faites à Giessen sous la direction de l'illustre Liebig, prouvent que l'analyse de Lœvig est celle qui mérite le plus de confiance.

La température est de 10° R.; les eaux de Munster atteignent 22°, et rappellent d'ailleurs, quant à la nature des principes composants, l'analyse que nous venons de reproduire. Sauf la dose insignifiante de brome et d'iode, les sources de Kreutznach n'auraient donc aucune propriété chimique dont on ne retrouve ailleurs l'équivalent.

C'est surtout par les eaux-mères qu'elles se recommandent aux thérapeutistes; aussi n'est-il pas de médication énergique où les résidus des salines n'entrent pour une grande part. On comprend, par la

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72.

demandé s'il y avait eu et si l'on avait dû admettre une incubation prolongée, ou si, comme le pensait M. le professeur Rostan, auquel nous avions soumis cette difficulté, on devait admettre que le plomb, déposé à la surface de la peau, et n'agissant pas, faute de se trouver dans des conditions favorables, n'eût manifesté son action que lorsque le sujet se serait trouvé dans des conditions autres, et la peau dans des circonstances plus favorables à l'absorption de la préparation toxique.

Quoi qu'il en soit, nous devons dire que dans l'immense majorité des cas, l'induration de la maladie est précédée ou accompagnée d'un certain nombre de phénomènes précurseurs toujours les mêmes, dont quelques-uns se sont rencontrés ici, mais n'ont duré que fort peu de temps; c'est la coloration de la face, grisâtre, jaune, l'expression de souffrance que l'on désigne assez bien sous le nom de visage *grippé*, la diminution et la perte de l'appétit, des douleurs encore sourdes dans le ventre, la constipation; souvent au début on observe des nausées, des vomissements; puis l'insomnie; les douleurs dans les membres, la courbature; la céphalalgie est fréquente, mais ne constitue pas un caractère constant; chez notre malade, elle n'a pas été observée un seul jour. Dans un Mémoire sur la thoracoscopie publié en 1823, M. Mérat avait signalé l'invasion brusque de la colique saturnine, mais comme fort rare, puisque, disait il, sur cent sujets, c'est à peine si l'on en trouve un qui ait été frappé de cette manière.

Deux caractères pathognomoniques se font essentiellement observer dans cette maladie. D'abord la douleur, ordinairement fort intense, n'augmentant pas à la pression du ventre, se calmant même quelquefois par cette pression, ce qui détermine souvent les malades à se coucher sur le ventre et à comprimer l'abdomen avec les deux mains; d'autre part, la rétraction du ventre, qui ne permet pas, à première vue, de confondre l'affection avec une péritonite. Nous n'examinerons pas la question de savoir quelles sont les causes de cette douleur; si, comme le dit Gardane, elle dépend de la compression exercée par les matières durcies sur les parois de l'intestin; si de la distension de l'air emprisonné dans les intestins; si, suivant Astruc, elle siége dans les nerfs du rachis, ou, suivant M. Mérat, dans l'intestin grêle et dans le gros intestin, et reconnaît pour cause le resserrement spasmodique de l'intestin. Il nous semble incontestable que c'est dans le système nerveux de la vie organique qu'il faut placer cette lésion, et peut-être doit-on simplement admettre ici une sorte de paralysie, accompagnée d'excès de sensibilité, des nerfs qui président aux mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin; ce qui nous semble jusqu'à un certain point venir à l'appui de cette façon de penser, c'est l'analogie qui doit exister entre les diverses lésions produites par les préparations saturnines. Or, ces préparations déterminent souvent des paralysies du mouvement dans les membres; puis la nature des médications employées contre elles, c'est-à-dire les purgatifs drastiques, qui excitent les contractions de l'intestin, et font sur le tube digestif la même chose que les vésicatoires, par exemple, placés sur le trajet d'un nerf paralysé, quand on a affaire à une paralysie saturnine.

La douleur peut s'accompagner de rétraction du ventre, ou se montrer sans elle; le plus souvent elle existe, et l'on a pu en faire presque un signe pathognomonique de la colique de plomb. Toujours est-il que, même dans les cas où elle manque, il n'arrive jamais que l'on observe de tuméfaction abdominale; cette absence de tuméfaction est un des signes les plus précieux et les plus importants qui permettent au premier abord de différencier la colique de plomb de la péritonite suraiguë.

L'état de la langue n'est pas sans importance; elle est ordinairement blanche, humide, couverte d'un enduit blanchâtre plus ou moins épais. Lorsque la maladie est déjà ancienne, les gencives et les dents offrent quelquefois une coloration noirâtre. La soif est ordinairement assez modérée; chez notre sujet, elle a été assez vive pendant presque toute la durée de la maladie.

L'un des symptômes les plus essentiels de l'affection saturnine, c'est aussi la constipation; elle existe dès le commencement de la maladie, et précède souvent les douleurs de ventre; peut-être cette constipation n'est-elle pas sans influence sur la production de ces douleurs, car elles ne tardent pas à disparaître lorsque l'on rétablit le cours des matières fécales. Cependant il serait assez difficile de se prononcer sur la question de savoir si la constipation est cause ou effet, si c'est elle qui détermine les douleurs, ou si c'est à la paralysie intestinale qu'il faut l'attribuer. L'absence de fièvre est une circonstance importante à noter. Il est rare que, même au milieu des plus fortes douleurs, la circulation ne conserve pas son système normal; quelquefois même elle se ralentit encore, et descend au-dessous du type de la santé. Chez le malade dont nous avons donné l'observation, on a constaté, le premier jour, 60 ou 64 battements par minute seulement; et depuis lors, si elle n'est pas descendue, du moins la circulation ne s'est pas accélérée.

Nous ne parlerons pas ici des désordres qui peuvent survenir du côté du système nerveux de la vie de relation, les paralysies des membres, l'épilepsie, les convulsions, le délire, l'amaurose, etc. Deux mots sur la marche et la durée de la maladie. Cette durée n'est pas toujours la même, et l'on ne peut en prédire la durée. Quand l'affection est légère, qu'elle date de peu de temps, qu'elle est dès les premiers jours soumise à un traitement énergique et méthodique, elle cède ordinairement en peu de temps; dans les cas ordinaires, comme celui que nous avons observé ici, la durée du traitement est de huit à dix jours; elle peut être infiniment prolongée, soit que les malades ne se fassent pas traiter, soit qu'ils continuent à vivre dans une atmosphère chargée de particules métalliques. Ils vivent alors avec une affection saturnine presque continuelle, et finissent par succomber à des paralysies, des convulsions, ou dans un état de véritable cachexie.

Les récidives sont fréquentes, peut-être par cette raison que les ouvriers, une fois guéris, reprennent ordinairement leurs occupations habituelles et les travaux auxquels ils doivent rapporter la production de leur affection. Il semble aussi que plus on l'a éprouvée souvent, plus elle se montre avec facilité et se reproduit rapidement. Les premières attaques constituent une prédisposition, et il est rare qu'après avoir été pris un certain nombre de fois, les malades ne se trouvent pas dans un état de cachexie saturnine, caractérisée par la persistance des phénomènes que nous avons signalés, et par l'amaigrissement, la coloration jaune, quelquefois de la bouffissure, de l'œdème de la face. Le diagnostic découle nécessairement de l'observation de l'ensemble des symptômes; si chacun d'eux n'est pas suffisant pour permettre d'établir ce diagnostic, leur réunion ne laisse jamais le moindre doute.

Pour le mode de production de la maladie, on conçoit facilement que l'absorption de la matière saturnine toxique puisse se faire par la peau, par les muqueuses respiratoires, par la muqueuse gastro-intestinale. Par chacune de ces trois grandes surfaces, l'absorption ne se fait pas avec un égal degré d'intensité ni de facilité. Il est d'observation que la muqueuse respiratoire est la voie par laquelle le plomb pénètre le plus facilement dans l'économie. Ainsi, la colique se montre plus rapidement et plus souvent chez les ouvriers employés dans cette division des fabriques de céruse où l'on prépare le blanc par la méthode dite de Hollande, c'est-à-dire en décomposant par la voie sèche des lames de plomb que l'on expose à la vapeur de l'acide acétique. Le grattage de ces lames recouvertes de céruse expose les ouvriers à la poussière plombique. La préparation par la voie humide, par la double décomposition de l'acétate de plomb liquide, est beaucoup moins dangereuse, les ouvriers se trouvant moins en contact avec les préparations saturnines, ou du moins ne s'y trouvant exposés que par la surface cutanée. Nous avons dit que l'absorption peut se faire par l'estomac et les intestins. C'est, on le comprend, la voie la moins commune. Cependant, il est des exemples de phthisiques auxquels on avait administré l'acétate de plomb pour diminuer les sueurs nocturnes, et qui ont été pris de coliques saturnines. Nous devons dire que ces cas ne sont pas les plus fréquents. M. Fouquier a donné à certains sujets jusqu'à près d'un gramme d'acétate de plomb par jour sans qu'ils en aient éprouvé aucun accident.

Le traitement de la colique des peintres est ordinairement fort simple. On a conseillé comme préservatif les boissons acidulées avec l'acide sulfurique.

Ce traitement a été, d'après les expériences faites en grand, reconnu comme n'exerçant pas une grande influence sur la durée de la maladie, et comme nuisant à la santé générale. Pour traitement curatif, on sait qu'il est indiqué avant tout d'administrer des purgatifs puissants, soit que l'on veuille par ce moyen rétablir seulement le cours des matières fécales, soit que l'on ait en vue de solliciter les contractions intestinales suspendues.

Le traitement dit de la Charité, auquel on avait toujours recours autrefois et qui consiste dans un assemblage un peu confus de substances douées de propriétés différentes, mais dans lesquelles les drastiques prédominent, peut être remplacé par les pilules ou les potions purgatives, quelle qu'en soit du reste la composition. Nous citerons, comme circonstance particulière du cas dont nous avons donné l'histoire, la difficulté que l'on a éprouvée pendant les premiers jours à provoquer les selles même par les préparations les plus énergiques. On observe dans la colique saturnine qu'il n'y a d'amendement dans l'état des malades que lorsque les excitants du tube digestif commencent à produire leur effet.

Après ce traitement par les purgatifs vient celui par les narcotiques, qui est un des plus efficaces, et qui a été préconisé par Stoll. MM. Brachet et Bricheteau se sont également très bien trouvés de l'opium à haute dose, et sans avoir jamais eu besoin de lui associer les purgatifs ou les émétiques.

Il est assez rare que l'on mette en usage les antiphlogistiques, et la chose est toute simple puisqu'il n'y a point de réaction fébrile ni de mouvement inflammatoire. Du reste, de l'observation journalière il résulte que le soulagement est beaucoup moins marqué et moins durable par les émissions sanguines que par les purgatifs; que la durée de la maladie n'est pas autant abrégée; que les douleurs reparaissent plus souvent après ce traitement qu'après le premier; lorsque le malade reprend son travail, les convalescences sont plus longues: enfin, les récidives sont plus fréquentes. Z...

---

concentration des matières dont elles sont formées, combien grande doit être leur influence.

Il est essentiel de faire connaître au public médical la manière dont s'obtiennent les eaux-mères des salines de Kreutznach et de Nauheim.

L'eau salée sort de terre à un degré de condensation beaucoup moins considérable que celui de l'eau de mer. Pour obtenir une condensation plus grande, on conduit l'eau, à l'aide de machines hydrauliques, à la partie supérieure de granda échsfauds de charpente appelés bâtiments de graduation, qui, de haut en bas, contiennent des fascines superposées avec une grande régularité. L'eau salée coule en petite quantité sur ces fascines, et les traverse de haut en bas; puis elle tombe dans un grand réservoir placé sur le sol. L'eau qui se divise à l'infini en coulant au travers de ces fascines, s'évapore en partie sous l'influence de l'air, et les sels les moins solubles, à mesure que l'eau s'évapore, se déposent sur les branches des fascines, qui s'incrustent de carbonate de chaux, de carbonate de fer, etc., etc.

L'eau déjà plus chargée, et d'autant plus chargée que l'air est plus sec et plus chaud, est reprise et conduite sur de nouveaux bâtiments de graduation jusqu'à ce qu'elle marque un degré déterminé de l'aréomètre.

Elle est alors soumise à l'ébullition dans d'immenses chaudières; l'ébullition continue pendant quelques jours, jusqu'au moment où le liquide étant sursaturé, on voit des cristaux de sel marin se former à sa surface. Alors on diminue le feu, et pendant quelques jours encore on entretient une température qui ne va pas tout à fait à 100° du thermomètre centigrade.

L'évaporation continuant, le sel se forme sans cesse, se prend en beaux cristaux à la surface du liquide, puis se précipite.

Lorsque l'on ne voit plus apparaître une grande quantité de nouveaux cristaux, on cesse le feu et l'on enlève avec des râteaux tout le sel marin qui s'est précipité au fond des chaudières. L'eau qui reste contient encore une assez grande quantité de chlorure de sodium; mais elle retient le chlorure de calcium et les bromures, qui sont infiniment plus solubles que le sel de cuisine.

Cette eau, dont la couleur est d'un jaune bistre, dont la saveur est fort âcre et fort désagréable, prend le nom de *mutter-laüge*, eaux-mères.

Les eaux-mères sont conduites dans des réservoirs, où elles restent presque sans valeur, employées seulement pour l'agricultare, et pendant la saison des bains pour quelques usages médicaux.

Les médecins de Wiesbaden, lorsqu'ils veulent ajouter à leurs bains la mutter-laüge, l'envoient chercher à Kreutznach, comme ceux de Hombourg envoient chercher la leur à Nauheim.

Suivant Osann, qui paraît assez disposé à exagérer les doses de brome et d'iode, 1,000 grammes d'eaux-mères contiendraient :

Chlorure de sodium,	157	grammes.
Bromure de calcium,	33	id.
Bromure de sodium,	15	id.
Chlorure de magnésinm,	3	id.

En outre, des chlorures de sodium et de potassium, et de l'oxyde de fer.

Il y aurait donc, d'après Osann, 48 grammes de bromures par litre de mutter-laüge.

Or nous avons prié M. le docteur Engelmann, praticien aussi recommandable par son talent que par sa bonne foi, de prendre lui-même, aux salines de Munster et de Théodore, des eaux-mères, qu'il nous a envoyées. Ces eaux-mères, analysées par MM. Figuier et Mialhe, n'ont donné, sur 1,000 grammes, que 7 grammes de bromures, quantité énorme sans doute, mais qui n'approche pas de celle qui a été indiquée par Ozann. Outre ces 7 grammes de bromure, il y avait encore 309 grammes de sels solubles, tels que chlorures de sodium, de calcium et de magnésium, etc.

Plus tard, d'ailleurs, ces analyses seront publiées avec tous les détails qu'elles méritent.

Prise à l'intérieur, la mutter-laüge deviendrait un violent drastique; mêlée à l'eau naturelle, elle a des effeta purgatifa très prononcés.

On la donne surtout en bains. Dans un grsnd bain, on met 10, 15 et jusqu'à 20 litres d'eaux-mères, c'est-à-dire juaqu'à 8 kilogrammes de sels secs, sur lesquels il y a 140 à 150 grammes de bromures. La mutter-laüge est employée en lotions, ou pure ou étendue d'eau; on la prescrit en injections vaginales, en gargarismes, en collutoires.

En bains elle occasionne des démangeaisons incommodes, de la rougeur à la peau et, lorsqu'on en continue l'usage, une éruption pustuleuse accompagnée de démangeaisons vives.

La susceptibilité des malades doit se mesurer plutôt par l'état de la peau que par celui de leur constitution générale. Les sujets dartreux à peau sèche et peu perméable supportent une plus forte dose; les enfants d'un tempérament lymphatique, quoique sensibles en apparence aux plus légères impressions, n'éprouvent qu'à la longue ces petits accidents. Il est probable que le chlorure de calcium contribue plus que les autres substances à la production des exanthèmes dont nous venons de parler. Nous l'avons administré seul à des enfants de trois ou quatre années, qui demeuraient impunément dans un bain où des adultes ne pouvaient tenir la main sans ressentir bientôt des démangeaisons assez vives.

L'éruption cutanée se manifeste dès le commencement du traitement, ou n'apparaît qu'après un certain nombre de bains. Dans le premier cas, elle n'est que désagréable, et peut même forcer à suspendre la médication; dans le second, elle devient réellement critique.

Non-seulement l'époque où elle se montre, mais la forme qu'elle revêt, permet de distinguer les symptômes utiles des phénomènes incommodes. Au lieu de rougeurs vagues, de démangeaisons diffuses et changeant de place, on observe des pustules bien caractérisées, de dimension variable, et qui atteignent quelquefois le volume d'une noisette. D'autres malades ont dea furoncles surtout à la partie postérieure du tronc, soit pendant la durée du traitement, soit même quelques semaines après l'avoir cessé. Quelques-uns présentent des taches d'apparence ecchymotique, et qui s'effacent en passant par toutes les colorations des contusions ordinaires.

Les salines ne fournissent pas seulement les eaux-mères, elles offrent encore aux médecins d'autres ressources. Les pays dotés de sources naturelles font volontiers un médicament de tous les moyens que leur donnent les circonstances. On a pris l'habitude des remèdes faciles, des formules à longue durée, des bains quotidiens, des boissons à haute dose; l'élément du temps est entré dans la médecine comme un auxiliaire désirable plutôt que comme une nécessité fâcheuse. Aussi, la première condition des remèdes, c'est qu'on puisse les prolonger et qu'on les trouve sans cesse sous la main. A ce compte, les satines devaient être exploitées aussi bien que les produits du sol; on avait déjà tiré parti de leurs résidus : on a voulu profiter de tout, même de l'air qu'on y respire.

Certains malades passent une partie de la journée dans les usines, où une pluie imperceptible d'eau chargée de sel marin remplace les bains qu'ils ne pourraient supporter. Les enfants très délicats y séjournent de préférence.

Kreutznach avait ses bains de mer au milieu du continent; il a cherché à reproduire jusqu'aux brises salées du rivage, sans avoir à craindre les vents froids du soir et les variations de température si fréquentes sur notre littoral.

Nauheim (Hesse). — On retrouve à Nauheim les éléments ordinaires des eaux salines muriatiques; la proportion du sel marin varie de 59 à 260 grains par 7680 gr. d'eau analysée; le chlorure de calcium y entre pour 20 grains environ; le carbonate de chaux soluble à l'aide d'un excès d'acide, pour 20 grains également. On compte une dizaine de pouces cubes d'acide carbonique libre.

Les sources sont très nombreuses, et désignées par des numéros d'ordre. Les numéros 1, 2, 5 et 6, les seules sources qu'on ait jusqu'à présent soumises à des analyses exactes, ne présentent pas assez de différence pour mériter à chacune une description particulière.

En les comparant aux eaux de Hombourg et de Kissingen, elles semblent beaucoup plus riches en chlorure de sodium, puisque la source de l'Empereur, à Hombourg, en renferme 117 parties, tandis

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séauce du 23 juin 1846. — Présidence de M. ROCHE.

L'assemblée est extrêmement nombreuse. Un grand nombre de membres qui n'assistent pas d'ordinaire aux séances de l'Académie sont présents aujourd'hui. On remarque MM. Serres, Chomel, Marjolin. L'entrée de M. Récamier produit sensation.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire.

Un premier scrutin est annulé, le nombre des votants se trouvant supérieur à celui des membres qui ont signé la liste de présence.

Le nombre des votants est de 104; la majorité de 52:

M. Malgaigue obtient	37 voix.
M. Robert	23
M. Manec	19
M. Vidat (de Cassis)	15
M. Huguier	8
M. Larrey	2

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants est de 101; la majorité de 51:

M. Malgaigne réunit	54 voix.
M. Robert	29
M. Manec,	15
M. Vidal (de Cassis)	1
M. Huguier,	1
M. Larrey,	1

M. Malgaigne ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. (1)

Après celle nomination, la plupart des membres quittent la salle.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la peste.

M. Desportes lit un discours dont voici les conclusions:

En conséquence, les mesures générales de préservation que votre Commission aurait dû proposer en première ligne, devraient consister:

1° Pour la France, à assainir avant tout ses rivages et ses ports de la Méditerranée (l'air, les eaux et les lieux); à faire disparaître ses plages inondées, marécageuses, et à les remplacer par des terres cultivées; à expulser des ports les eaux noires et fétides, et les vases putrides qui les infectent; à curer au loin les rades; à faire observer dans les villes et les habitations particulières tous les préceptes de l'hygiène publique et privée; à diminuer considérablement, sinon à l'annuler, le nombre des indigents, en faisant pénétrer dans tous les rangs de la population méridionale cette stricte aisance sans laquelle l'homme ne peut vivre doué de toutes ses facultés naturelles de force physique et d'intelligence.

Mais cela ne suffirait pas encore; il faudrait, en outre, que dans les saisons chaudes, lorsqu'une atmosphère embrasée trouble la santé de la majorité des populations méridionales; lorsqu'elle tarit les sources d'eaux salubres, dessèche la végétation, diminue la masse; la variété et les propriétés utiles des matières alimentaires; lorsque toutes choses deviennent la menace du développement imminent d'une épidémie, il faudrait, disons-nous, que des secours appropriés fussent fournis aux populations pour soutenir et maintenir la bonne disposition de leur corps au milieu des influences morbifiques. De même que l'on prépare, pour les temps de disette, la distribution à un prix modéré de matières alimentaires; de même on devrait préparer, contre l'inclémence des saisons et des chaleurs et de ses effets, des distributions à bas prix des choses nécessaires, de l'eau, du vinaigre, etc., comme on le fait aux soldats.

Les sociétés humaines doivent être d'ailleurs une image parfaite d'une société sympathique de secours mutuels. C'est un des vœux que votre Commission aurait dû former, comme étant la première des mesures sanitaires à adopter, comme étant la première et la meilleure garantie du salut de la France contre la peste et la fièvre jaune, contre les typhus et les dysenteries.

2° Pour les nations qui ont été et qui sont fréquemment envahies par la peste, à assainir leur territoire, à le bien cultiver, et à rendre bon le mode d'existence des populations au milieu desquelles l'indigence, ou même la misère hideuse, domine uniformément jusqu'à ce jour.

3° Pour toutes les nations, à former une alliance par laquelle chacune d'elles s'obligerait à établir des quaratines à l'égard du peuple qui se refuserait à détruire, sur son territoire, toutes les causes qui ont été signalées comme capables d'exciter le développement de la peste ou de toute autre épidémie meurtrière, par exemple, de la fièvre jaune, du choléra, etc.

Je crois donc, par tout ce que j'ai dit, avoir motivé la proposition que j'ai l'honneur de vous soumettre. La voici:

L'Académie n'entend pas donner son approbation au corps du rapport, qui restera ainsi purement et simplement le travail de la Commission;

Et elle considère ce travail uniquement comme un thème et une opinion reproduite sur la peste, et qui n'a pas d'autre destination que de servir d'introduction à la discussion des questions médicales concernant certaines mesures de préservation et les quarantaines en particulier.

(1) Ce résultat sera généralement approuvé; car M. Malgaigne appuyait sa candidature sur des titres scientifiques nombreux. Un candidat dont les travaux ne sont pas moins importants, et qui a été dans l'impossibilité de faire des démarches, a cependant trouvé dans l'urne un groupe flatteur de voix qui sont revenues ensuite à M. Malgaigne. Il n'y a pas de doute que ces voix se réuniront encore à la prochaine promotion pour faire triompher de nouveau le travail intelligent et productif.

Addition à la séance du 16 juin 1846.

M. Poiseuille reprend, devant l'Académie, l'exposition des faits relatifs au lazaret de Marseille depuis 1720 jusqu'à nos jours; il discute avec beaucoup de soin chacun des douze dossiers dont se composent ces documents, et conclut, contrairement à l'opinion de M. Frédéric Dubois, que la peste peut être transportée à bord du navire, loin des pays contaminés, et se transmettre à des individus étrangers aux bâtiments, soit par leur séjour sur les navires où la peste a éclaté pendant la traversée, soit en donnant des soins aux pestiférés reçus dans les lazarets.

Il démontre la transmissibilité de la maladie par la transformation en foyers d'infection pestilentielle des lieux occupés par les malades, soit à bord, soit dans les lazarets.

Il traite une question qui paraît neuve, et tout à fait importante relativement aux mesures quarantenaires; il se demande si le navire, au moment du départ de lieux suspects, était primitivement contaminé, ou bien s'il n'est devenu foyer de peste que par la présence à bord de personnes qui, ayant pris la maladie à terre, la peste étant chez elles à l'état d'incubation au moment de l'embarquement, ont alors, à la suite de son développement, transformé quelques points du navire en foyer d'infection pestilentielle?

« Cette question qui, au premier abord, peut paraître de pure théorie, ne l'est nullement; elle est, au contraire, tout à fait pratique à l'endroit des quarantaines. En effet, si le bâtiment, par suite d'un séjour plus ou moins prolongé dans le pays où sévit une épidémie pestilentielle, est devenu en quelques-uns de ses points foyer d'infection; si, en outre, ainsi qu'on l'observe très souvent, aucune des personnes à bord n'a la peste à l'état d'incubation, il est alors impossible d'assigner aucune époque fixe au premier cas de peste qui y éclatera. L'explosion de ce premier cas dépendra des *faits et gestes* des personnes du navire, et rien n'est plus indéterminé; ainsi, s'il arrive au bout de cinq jours, par exemple, il aurait pu se présenter tout aussi bien au bout de dix, douze et même trente jours, toutes choses égales d'ailleurs, si la personne qui est frappée s'était mise plus tardivement en contact avec les points contaminés du navire. Que devient alors cette innocuité qu'on invoque? Lorsqu'il n'y a pas de cas de peste dans les huit jours, à partir du moment du départ, elle est tout à fait illusoire.

» D'un autre côté, s'il est établi que tout navire partant d'un pays suspect n'est pas primitivement foyer d'infection, on pourra alors avoir une limite supérieure du temps de l'incubation quand la maladie éclatera à bord; et, si on compte un grand nombre d'observations, on peut espérer obtenir cette limite avec toutes les variétés que comporte l'organisme.

» Je crois qu'il est possible de démontrer que tout bâtiment arrivé à Marseille, et ayant présenté des cas de peste en mer, n'a jamais été primitivement foyer d'infection au moment du départ, qu'il ne l'est devenu que consécutivement par suite de la présence des pestiférés à bord.

» Pour établir cette proposition, je me suis appuyé sur les faits que contiennent les dossiers du lazaret de Marseille. Ces dossiers, comme on sait, sont au nombre de douze; ils représentent une période de cent vingt-cinq ans. Il paraît d'ailleurs résulter de mémoires recueillis par notre laborieux rapporteur, M. Prus, que le port d'où le navire faisait voile a toujours offert la peste à l'état épidémique

» Supposons l'un de ces bâtiments foyer de peste au départ. D'abord tous les points du navire ne sont pas contaminés; car, s'il en était ainsi, la peste pourrait se montrer à bord simultanément chez plusieurs personnes à la fois, ainsi qu'on en est témoin dans l'un des quartiers d'une ville en temps d'épidémie. Jamais pareille simultanéité ne s'est présentée dans les faits de Marseille: un cas de peste a éclaté, jamais deux à la fois; il a été suivi d'un autre au bout d'un temps variable. Je n'entends pas soutenir qu'il serait impossible que deux cas de peste se montrassent en même temps, par exemple chez des individus qui, en s'embarquant, auraient eu la peste à l'état d'incubation; mais, dans l'hypothèse où tous les points du navire seraient contaminés, plusieurs cas de peste auraient pu se montrer le même jour, et cela n'a jamais eu lieu. Ainsi, si le bâtiment est foyer de peste au départ, ce n'est que dans quelques points, et alors, comme nous le disions tout à l'heure, il devient tout à fait impossible d'assigner le temps au bout duquel le premier cas de peste éclatera. Ce temps est tout à fait variable; il dépendra des rapports tout accidentels des personnes à bord avec les points contaminés. Or, les faits de Marseille paraissent établir que le premier cas de peste ne s'est jamais montré, après un certain nombre de jours, à partir du moment du départ, et que passé ce terme, quand il n'y a pas eu d'attaque, la peste n'est plus à craindre à bord. Cette fixité, dans la limite du chiffre dont nous parlons, nous conduit donc à penser que tout bâtiment quittant un lieu où règne la peste n'est pas primitivement foyer de peste, mais qu'il peut le devenir par suite de la maladie à bord.

» Si nous ne nous sommes pas égaré dans le raisonnement que nous venons de faire, raisonnement d'ailleurs confirmé par des faits, nous sommes conduit, d'un autre côté, à regarder le plus long temps que met le premier cas de peste à éclater à bord comme le *maximum* du temps de l'incubation: ce *maximum*, je ne dirai pas qu'il est démontré rigoureusement être égal à *huit jours*, mais bien qu'il est impossible de prouver qu'il n'est pas de huit jours, en invoquant soit les faits de Marseille, soit ceux d'autres lazarets d'Europe.

» D'après cette manière de voir, toute peste qui éclate à bord est apportée par des individus embarqués, chez qui elle était à l'état d'incubation; le lieu où est reçu le malade peut alors devenir foyer d'infection pestilentielle: de là les cas qui se succèdent sur les bâtiments qui font l'objet des pièces de Marseille.

» Mais nous venons de dire que si un point du navire est contaminé, il n'y a plus de terme fixe pour les nouveaux cas de peste qui peuvent faire explosion; cette conséquence, que nous avons établie par le raisonnement, est confirmée par le dépouillement des pièces dont nous venons de parler. »

En effet, les attaques à bord se succèdent à des intervalles tout à fait irréguliers: dans un cas il est de douze jours; dans un second, cet intervalle est de quarante-quatre jours; dans un troisième cas, de seize; dans un autre, de quatorze; dans d'autres, de onze, de seize, de vingt-quatre jours, etc.

M. Poiseuille résume ainsi qu'il suit les faits établis par les documents de Marseille.

« Un bâtiment arrive d'un pays où une affection épidémique exerce des ravages: cette affection a des signes certains, non équivoques; on connaît sa marche, sa terminaison; des hommes du navire tombent malades dans la traversée; ils présentent tous les phénomènes caractéristiques de l'affection épidémique. Ne devra-t-on pas conclure que la même maladie qui régnait au port du départ a été transportée à bord?

» Maintenant, ce navire arrive au lieu de sa destination, lieu dans lequel, s'il existe quelquefois des épidémies, on ne rencontre pas celle du pays que le bâtiment vient de quitter; ses malades sont reçus dans des infirmeries disposées à cet effet; des individus tout à fait étrangers au navire, les uns vont à bord, d'autres sont chargés de soigner les malades, et au bout d'un temps plus ou moins court de leurs rapports, soit avec le bâtiment, soit avec les infirmeries, un certain nombre d'entre eux deviennent malades, et leur affection donne les mêmes symptômes au début, dans sa marche et sa terminaison, que ceux de la maladie épidémique qui a été transportée à bord: douter de la filiation de la nouvelle maladie observée avec celle qui régnait sur le bâtiment, est pour nous chose impossible.

» Ainsi, suivant nous, et en ce point comme en d'autres, nous avons fait partie de la majorité de la commission. Un bâtiment qui fait voile d'un pays où règne la peste, recevant des personnes qui viennent de terre, peut devenir foyer d'infection pestilentielle par suite des attaques de peste qui peuvent éclater sur le navire, et les chambres du lazaret dans lesquelles sont reçus et soignés les pestiférés peuvent devenir aussi foyers de peste.

» D'après cette manière de voir, et que nous croyons parfaitement fondée, quel moyen emploiera-t-on d'abord pour empêcher qu'il ne se forme des foyers de peste sur tout bâtiment venant de l'Orient? La difficulté ne nous paraît pas bien grande: c'est tout simplement de suivre à l'égard du navire, *au moment du départ*, les procédés qu'on s'empresse de mettre en usage à son arrivée à Marseille, quand il est constaté que la peste est à bord, c'est-à-dire la ventilation et les fumigations. Les bâtiments dont nous venons de vous entretenir étaient foyers de peste; comment ont-ils cessé de l'être? Par la ventilation. On empêcherait alors à plus forte raison qu'ils pussent le devenir par le même moyen, s'il était toutefois pratiqué convenablement, au moment où le navire quitte un port suspect. Et j'entends par pratiquer d'une manière convenable la ventilation sur un navire; non pas faire usage de ces ventilateurs qui, mobiles, sont abandonnés dans un coin du bâtiment, s'y détériorent, et ne peuvent plus fonctionner au moment opportun, ainsi que cela arrive toujours; mais aérer les navires à l'aide d'un appareil qui fait, en quelque sorte, partie intégrante du bâtiment, analogue, par exemple, à celui qu'on a présenté à l'Académie des sciences en décembre dernier, et qui offre, en outre, l'avantage de ventiler et de fumiger, au besoin, tous les points du navire.

» Ainsi, je ferai à ce sujet la proposition suivante:

« Dès qu'un bâtiment, quittant un port des échelles du Levant, aura
» pris le large, toutes les parties de l'intérieur du navire devront être
» ventilées d'une manière convenable, et, si faire se peut, fumigées,
» plusieurs fois par jour, pendant la traversée. »

» Je ne m'informe pas si le lieu du départ est le théâtre d'une épidémie pestilentielle, ou bien si la maladie y est à l'état sporadique. A la vérité, d'après le mémoire de M. Berbrugger, tous les bâtiments sur lesquels on a constaté la peste à Marseille venaient de pays où la peste sévissait épidémiquement; mais, dans ce cas, les dossiers du lazaret nous démontrent que le nombre des personnes à bord étant même très considérable, il n'y avait que quelques cas de peste qui éclataient dans la traversée, quoique la maladie fût répandue sur un grand nombre de points dans le port du départ, et qu'alors les contacts des personnes embarquées et des lieux infectés eussent pu être fréquents. Dans le cas de peste sporadique, il y aura seulement moins de chances d'avoir un homme atteint de la peste; mais si un individu qui s'embarque s'est trouvé en rapport immédiat avec des pestiférés, lors même que la peste n'a lieu que sporadiquement, je crois que les craintes sont tout à fait les mêmes que si la maladie était épidémique.

» Je proposerai, en outre, que « toute maladie survenant à bord, qui pourrait paraître suspecte, ou avoir quelque analogie avec la peste, ne fût pas traitée dans une des chambres de l'intérieur du navire, mais qu'on s'empressât d'établir sur le pont une baraque convenablement ventilée, dans laquelle le malade recevrait les soins que réclamerait son état. Je crois cette disposition tout à fait importante, toujours en invoquant les faits du lazaret du Marseille. S'il était impossible de construire sur le pont une chambre de malades, on s'imposerait la nécessité de ventiler incessamment (en ayant égard toutefois aux exigences qu'impose l'état du malade) la chambre du navire où il serait reçu. »

» A l'aide de ces moyens, il serait peut-être permis d'espérer que

---

qu'à Nauheim l'analyse chimique en démontre 203; mais il faut noter que la somme de l'eau analysée est de 7680 gr., c'est-à-dire 13 onces au lieu de 16.

Leur température la plus élevée est de 27° R., la plus basse de 18.

L'acide carbonique qu'elles contiennent s'en dégage facilement au contact de l'air, et à mesure qu'elles se refroidissent. Il en est, sous ce rapport, de Nauheim comme de toutes les eaux thermales; seulement, la quantité de gaz dégagé étant ici très abondante, on a pu l'employer seul à des usages sur lesquels nous aurons à revenir.

On administre les eaux en bains et en boissons. Les malades qui boivent l'eau à la source la supportent assez facilement. Le rapide dégagement de l'acide carbonique les rend cependant moins digestives que celles de Hombourg.

En bains, on les donne seules ou mêlées aux eaux-mères. Nauheim, comme Kreutznach, possède des salines importantes, et peut également exploiter leurs résidus.

Les accidents cutanés auxquels la mutter-laüge donne lieu au début du traitement, les symptômes critiques qui se déclarent à la fin de la cure ont été déjà mentionnés à l'occasion des bains de Kreotznach. Ce sont exactement les mêmes: des rougeurs, des démangeaisons, des vésicules ou des pustules, et plus tard des furoncles ou des taches ecchymotiques.

La mutter-laüge, que nous avons reçue de Nauheim et que MM. Mialhe et Figuier ont analysée avec soin, a la même composition que celle de Kreutznach. Sur 1,000 grammes, elle contient 400 grammes de sels secs, sur lesquels 3 grammes et demi de bromure de magnésium. Il en résulte qu'elles sont moins riches en bromures, mais plus riches en autres sels que celles de Kreutznach, dont elles partagent d'ailleurs toutes les propriétés. C'est de Nauheim que l'on fait venir les eaux-mères employées à Hombourg.

C'est surtout par l'usage tout exceptionnel du gaz acide carbonique que Nauheim se distingue des autres établissements. Le gaz pur est recueilli au sortir de la source et employé de la même manière que la vapeur: on l'administre en bains généraux ou en douches locales.

Le malade prend les bains sans qu'il lui soit nécessaire de quitter ses vêtements; il ressent presque aussitôt une chaleur vive avec des picotements et même du prurit. S'il reste plongé plus longtemps dans l'atmosphère gazeuse, sa transpiration s'accroît au point de provoquer des sueurs abondantes. On préserve le visage de son contact pour éviter la toux, le larmoiement et la démangeaison des narines.

En douches, on dirige le gaz sur toutes les parties du corps sans excepter même la bouche et l'arrière-gorge. Des douches ascendantes sont disposées de manière à atteindre directement les organes génitaux de l'homme et de la femme. La réputation des injections gazeuses contre la stérilité ou l'impuissance par atonie appelle à Nauheim un grand nombre de malades qui font usage de ce dernier moyen. Quel que soit le succès du médicament, toujours est-il qu'il excite notablement les parties et qu'il provoque le désir s'il n'aide le résultat. Nous aurons ailleurs l'occasion d'en reparler à propos des indications thérapeutiques.

L'établissement est fort modeste et ne compte guère que des visiteurs *sérieux*. Deux salles de conversation durant les journées pluvieuses, les promenades habituelles aux environs sont à peu près les seules ressources des buveurs. Les maladies qu'on soigne à Nauheim et à Kreutznach laissent trop souvent des traces repoussantes pour qu'on réussisse à y amener les fêtes brillantes de Hombourg et de Wiesbaden.

Nauheim est situé dans une vallée agréable à six lieues de Francfort et quatre de Hombourg. Un souvenir le rattache quelque peu à l'histoire de notre pays: l'empereur avait donné ses vastes salines comme dotation au maréchal Davoust.

Nous avons en France les mêmes ressources qu'à Nauheim et à Kreutznach; mais, par une inconcevable incurie, nous ne nous en servons pas.

A Saliès (Basses-Pyrénées), à Salins (Jura) où le sel se prépare par l'évaporation de l'eau des puits salés, les eaux-mères sont fort riches en bromures alcalins. Il est à regretter qu'on laisse ainsi se perdre des moyens thérapeutiques puissants. Si l'on voulait, dans les deux localités que nous venons d'indiquer, utiliser les eaux-mères pour les usages médicaux, la France n'aurait rien à envier à l'Allemagne de ce côté.

Rien n'empêcherait non plus d'employer de la même manière les eaux-mères des marais salants que nous avons en si grand nombre sur les côtes de l'Océan et de la Méditerranée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, est parti pour Alger sur la frégate l'*Orénoque*. C'est M. Dumon qui sera chargé de l'intérim du ministère. M. X. Marmier, bibliothécaire du ministère de l'instruction publique, accompagne M. de Salvandy.

— M. Tanchou a adressé à l'Académie des sciences, séance du 21 juin, la formule suivante contre les ulcères cancéreux:

Faire digérer pendant vingt-quatre heures et à une température modérée, vingt-quatre ou vingt-cinq degrés, une certaine dose d'opium brut en poudre ou en morceaux dans une suffisante quantité d'eau pour en faire une bouillie épaisse.

Couvrir la surface ulcérée de deux à trois millimètres de cette préparation une ou deux fois le jour, selon l'opiniâtreté de la douleur, et placer par dessus un morceau de papier fin et collé ou de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation.

tout bâtiment ayant eu dans la traversée des malades atteints de la pesle ne fût plus tranformé en foyer d'infection.

» Mais si la traversée a été de courte durée, le navire peut avoir, au moment de l'arrivée, des pestiférés à bord; ces malades sont reçus et soignés au lazaret; de nouvelles mesures doivent être prises pour s'opposer à ce que les chambres où ils sont traités ne présentent aussi à leur tour nne atmosphère pestilentielle.

» Nous pensons qu'on pourrait atteindre ce but en faisant en sorte qne le malade ne séjournât que quelques heures dans la chambre où il serait soigné.

» Nous serons donc conduit à vous sonmettre la proposition suivante :

» 1° Dans les divers clos du lazaret plusieurs chambres, trois ou » quatre, peu dislantes les unes des autres, et n'appartenant pas au » même corps du bâtiment, d'une grandeur suffisante, pouvant être » facilement aérées, contenant chacune un lit et tout ce qui est né- » cessaire à nn malade, seront affectées à chaque pestiféré, de telle » sorte que dans l'espace de vingt-quatre heures il puisse être trans- » porté, si son état le permet, tour à tour de l'une dans l'autre, et » ne séjourner dans une chambre qn'il aura quittée qu'après qu'elle » aura été bien fumigée et bien ventilée.

» 2° Une salle dans laquelle sera amené le malade, toujours dans le » cas où son état ne s'y opposerait pas, sera destinée aux visiles des » médecins, qui, après avoir examiné le pestiféré, feront les pres- » criptions nécessaires. Dans le cas contraire, les médecins se ren- » dront auprès du malade, dont la chambre aura été préalablement » ventilée. »

» Comme il n'y a jamais eu au lazaret plus de qnatre ou cinq pestiférés à la fois, on comprendra que ces dispositions sont d'une exécution facile. Nous ferons remarquer en outre que le malade arrivant dans une chambre nouvellement aérée ne pourra que se trouver très bien, toutes choses égales d'ailleurs, de cette nouvelle atmosphère.

» Ces dispositions donneront tonte sécurité, soit aux personnes qui pourroot se trouver ultérieurement en rapport avec les médecins, soit aux gardes de santé les plus timorés.

» Des observations faites sur nne si grande échelle dans le levant, à l'endroit des hardes qui ont servi aux pestiférés, nous démontrent qu'elles sont de toute innocuité. Quant aux marchandises, il est inutile de s'y arrêter un seul instant. »

Correspondance.

Juln 1846.

Monsieur et très honoré confrère,

Votre Journal a toujours été l'écho fidèle et l'interprète judicieux tour à tour des plaintes et des vœux que les malades pauvres et les médecins croient pouvoir adresser à l'administration générale des hospices de Paris : on vous doit même à cet égard plus d'une utile réforme, plua d'une importante amélioration. Permettez-moi donc de plaider auprès de cette administration, par votre entremise, la cause des malheureux aliénés, de tous les malades sans conlredit les plus dignes de pitié, et auxquels pourtant elle fait une part si exiguë dans le partage des largesses dont elle est établie la dispensatrice.

Tout le monde sait que, différents en cela des hôpitaux de province, ceux de Paris, grâce à la grande quantité de lits dont leur immense fortune leur permet de disposer, et grâce certainement aussi aux vuea philanthropiques qui les dirigent, admettent sans formalité aucune, c'est-à-dire sans distinction quant à leur origine, leur résidence et leur position sociale, tous les malades qui se présentent pour réclamer les secours de la médecine. Les aliénés sont seuls privés de cet avantage. On conçoit aisément en principe les motifs de celle exception : l'admission d'un aliéné dans une maison spéciale quelconque n'étant et ne devant être autre chose qn'une séquestration, la loi a sagement voulu qu'il ne pût être séquestré que pour de graves motifs, et sous la condition expresse de certaines formalités qui ne laissassent aucun doute sur son état maladif. Ces formalités sont, soit la constation légale d'actes évidemment capables de tronbler l'ordre public, soit la demande des parents appuyée d'une déclaration de médecin attestant formellement l'aliénation mentale. La première a pour résultat l'*admission d'office*; la deuxième, l'*admission directe*.

Cette dernière, l'admission directe, semble naturellement la voie à laquelle les parents d'un aliéné doivent avoir le plus souvent recours pour le faire recevoir dans un hôpital. Malheureusement l'administration des hospices, si libérale, comme nous venons de le voir, envers les autres malades, anxquels elle ne demande aucune preuve attestant qu'ils ont droit au *bien des pauvres*, exige pour les aliénés un certificat d'*indigence*. Or, comme la classe des individus Inscrits en qualité d'indigents, quelqne nombrense par malheur qu'elle soit à Paris, n'est cependant pas précisément celle qui produit le plus d'allénés, il en résulte que la plupart des parents peu aisés qni veulent placer un aliéné soit à la Salpêtrière, soit à Bicêtre, sont forcés d'avoir recours à l'autorité.

Mais alors d'immenses obstacles se présentent. D'abord tous les fous ne commettent pas des acles qui compromettent la sécurité publique, et, quand ils en commettent, le commissaire de police n'est pas toujours prêt à venir les constater. Il doit d'ailleurs sacrifier beaucoup à la crainle de paraître porter atteiute à la liberté individnelle, et peser avec un grand soin les dépositions contradictoires que fait naître l'enqnête qu'il est obligé d'ouvrir. Enfin quand, pressé par l'entourage des malades ou la clameur publique, il juge convenable d'intervenir, il les envoie tout simplement à la préfecture de police, moins comme des fous qu'il importe de guérir que comme dea êtres dangereux dont il fant se garer; puis de là, après nouvel examen, ils sont conduits, suivant leur sexe, à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

Une fois admis, tout n'est pas fini. L'administration ouvre immédiatement une enquête sur leur position. Sont-ils senls et ont-ils un mobilier? Quelque chétif qu'il soit, elle s'en empare de snite comme lenr tutrice et le vend pour éviter des charges de location ou des frais d'emmagasinage (textuel), et cela très souvent avant que leur incurabilité absolue soit suffisamment établie. Ont-ils des parents? Quelque peu heureux qu'ils puissent être, on exige d'eux nne pension annuelle s'ils ne sont paa inscrits sur les registres des bureaux de bienfaisance. Enfin, appartiennent-ils à une commune voisine? Cette commune est mise en demeure de prendre à sa charge les frais de leur séjour. Je puis citer des faits qui, dans le cours même de cette année, sont venus mettre hors de doute pour moi l'exactitnde de chacune de cea trois assertions.

Quelles peuvent donc être les causes des difficultés qu'on éprouve à faire admettre les aliénés dans les hôpitaux apéciaux de Paris et à les y faire maintenir gratuitement une fois admis?

L'administration générale craindrait-elle en accordant trop de facilité d'avoir à se reprocher de prêter la main à la séquestration de malades dont l'état meotal ne serait pas suffisamment constaté? Mais quelque louable qne puisse être ce scrupule, elle ne peut néanmoins être plus exigeante à cet égard que ne le sont les propriétaires des maisons de santé. Bien mieux, elle offre à la société une garantie de plus, puisque, soumise aux mêmes formalités légales, quant à l'admission, elle a cet immense avantage que les médecins qui la représentent et sous la responsabilité desquels les tous sont retenns dans les hospices, ne retirant aucun bénéfice de leur séjour, ne sauraient en aucnn cas être soupçonnés d'en prolonger la durée dans leur intérêt personnel.

Est-elle arrêtée par la crainte des dépenses qne lui occasionnerait une trop grande affluence de malades que l'expression de *déments*, adoptée par l'ancienne loi, fait généralement supposer Incurables? C'est probablement là son véritable motif. Mais alors le désir de ménager les ressources pécuniaires dont la gestion lui est confiée, ne peut même pas lui servir d'excuse aux yeux des personnes qui s'occupent d'aliénation mentale, et qui ssvent par expérience que les aliénés sont, de tous les malades, ceux qu'il importe le plus de traiter promptement et de traiter dans des maisons spéciales, c'est-à-dire en dehors de leur entourage habituel, parce que dans ce cas il serait facile de lui démontrer que la suppression de dix lits accordés à des malades atteints d'affections physiques, ne serait jamais aussi préjudiciable à la société que la création d'un seul pour les aliénés serait utile. Si elle n'est pas convaincue de cette vérité, qu'elle rende du moins la part des difficultés à l'admission, égale pour tous, et alors les économies qu'elle fera nécessairement en refusant l'entrée des hôpitaux à une foule de gens gui pourraient fort bien se faire traiter chez eux, et qui viennent indûment manger le pain du pauvre, la mettront à même d'augmenter ou d'agrandir les salles qu'elle consacre aux aliénés.

Puisse-t-elle entendre ces vœux! En les exauçant, elle préviendra un grand nombre d'affligeantes catastrophes, empêchera bien des suicides et soulagera une multitude de familles, d'honnêtes ouvriers, d'un fardeau toujours bien pénible à supporter. En même temps elle rendra à la société plusieurs de ses membres, dn salut desquels on désespère généralement trop vite, et qui, traités dès le début de leur maladie, auraient dans bien des cas échappé à ses rudes atteintes. Cette dernière considération mérite d'autant mieux aujourd'hui de fixer son attention, que les différents services qu'elle a disposés pour les allénés soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, admirablement tenus sous tous les rapports, offrent surtout pour la partie essentiellement médicale, toutes les ressources désirables, et donnent, en définitive, grâce au zèle et à l'intelligence des médecins qui les dirigent, les plus heureux résultats.

Agréez, etc. C. Lachaise.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement topique des pustules varioliques qui existent dans la bouche et dans le pharynx; par M. le docteur Hoefle, de Heidelberg.

M. Hoefle conseille, pour calmer l'irritation due au développement de pustules varioliques dans la bouche et dans le pharynx, l'emploi du gargarisme suivant :

Hydrochlore,	30 grammes;
Ean distillée,	150 grammes.

M.

Le malade doit se servlr le plns souvent posaible de ce gargarisme, en évitant avec soin d'en avaler.

Sur les propriétés hémostatiques de l'ortie; par M. le dr Attilio Menicucci, de Rome.

M. Menlcuccl rapporte que, dès les premières années de sa pratique, il a fait usage de cette plante (*Urtica urens*, L.), comme d'un hémostatique, dans les différents cas où les moyens de cet ordre sont indiqués, et qu'il en a obtenu les résultals les plus satisfaisants.

Il dit, en outre, qu'il l'a prescrite avec un avantage marqné contre les relâchements de l'utérus. Dans cea derniers cas, il fait appliquer le suc récemment exprimé de la plante, et mélangé avec de l'eau tiède, au moyen d'une éponge qu'on imbibe de ce liquide, et qu'on introduit ensuile dans le vagin.

PRÉPARATIONS SULFUREUSES DU Dr QUESNEVILLE.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les préparations si efficaces et si actives que le docteur Quesneville a popularisées depuis quelques années.

Les Bains de Barèges inodores et le Sirop d'hyposulfite de sonde sont en effet le spécifique par excellence des maladiea de la peau.

Le Sirop d'hyposulfite de soude remplace à l'intérieur les eaux sulfureuses naturelles et artificielles; c'est le meilleur adjuvant des Bains de Barèges; il se prend, pendant qu'on fait usage de ces derniers, à la dose de trois à quatre cuillerées par jour; seul et sans le secours des bains, il produit également de bons effets, mais moins promptement.

Ces deux médicaments se trouvent à la pharmacie Quesneville, *rue Jacob*, n° 30, pharmacie que les médecins adoptent aujourd'hui avec raison, et qui se recommande du reste par la bonne préparation et le bon marché de ses produits.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication dea Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fracturea, Membres artificiels et toutes Pièces de prothèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 75. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 26 JUIN 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'observation déjà citée de M. Richet nous fournit l'occasion d'examiner la question importante de l'influence des vapeurs phosphorées sur les ouvriers des fabriques d'allumettes chimiques.

La fabrication des allumettes chimiques n'est devenue une industrie que depuis 1830. Avant cette époque, la préparation des tiges d'allumettes se faisait entièrement à la main ; le phosphore coûtait environ 40 francs le kilogramme au lieu de 9 ou 10 qu'il coûte à présent, et les *mastics chimiques* n'avaient pas été découverts. Aujourd'hui le nombre des ouvriers employés à cette fabrication, dans Paris seulement, ne s'élève pas à moins de 4,000, et la consommation intérieure ne suffit déjà plus à la production : c'est ainsi, dit M. Roussel, que de grandes quantités d'allumettes chimiques sont exportées de France dans les colonies espagnoles et dans les mers du sud.

La fabrication des allumettes comporte une série d'opérations soigneusement décrites par M. Roussel dans le *Technologiste* (n° d'avril 1846), et qui ne sont pas toutes dangereuses pour la santé des ouvriers. Cette série comprend :

1° La confection des tiges d'allumettes ;
2° Celle des boîtes ;
3° La préparation des pâtes ou mastics chimiques ;
4° La mise en châssis ou en presses des tiges ;
5° Leur soufrage ;
6° Le trempage dans le mastic chimique ;
7° Le dépôt dans l'étuve ou séchoir ;
8° Le démontage des châssis ou des presses ;
9° La mise en paquets ou en boîtes.

La confection des tiges et des boîtes, sans danger par ellemême, se fait en général hors des fabriques, et nous n'avons pas à nous en occuper davantage.

Parmi les autres opérations, il en est une qui emploie plus des quatre cinquièmes des ouvriers des fabriques, et qui est aussi sans danger, puisqu'elle consiste dans le maniement pur et simple des tiges non encore enduites : c'est la mise en châssis ou en presses des tiges, ou remplissage des presses.

Mais il y a de petites fabriques dans lesquelles les ouvriers travaillent en commun : alors il y a danger pour tous. C'est sur ces fabriques que doit dès à présent se porter l'attention de l'autorité. Ce n'est pas sans regret que l'on constate cette nécessité de concentrer l'industrie dont il s'agit dans les grandes fabriques, en sacrifiant les producteurs secondaires ; mais, avant toute chose, la vie des ouvriers doit être garantie.

Le broyage des substances et la préparation du mastic n'exigent pas un travail continu, dit M. Roussel; un seul ouvrier y suffit, et, de plus, ces opérations se font souvent à l'air libre, d'où il résulte qu'elles n'offrent pas beaucoup de danger.

On verra cependant que le sujet de l'observation de M. Richet était précisément occupé au pétrissage de la pâte phosphorique.

Les ouvriers ne séjournant pas dans le séchoir, l'opération de la dessiccation des allumettes est sans danger.

Restent donc, comme opérations dangereuses, le trempage des tiges, et surtout le démontage des presses, et la mise en paquets ou en boîtes des allumettes. L'étranger qui pénètre dans les ateliers consacrés aux deux dernières opérations est frappé, dit M. Roussel, des émanations qui s'y exhalent. La transparence de l'air y est troublée, et, si l'on y demeure quelque temps, on éprouve ordinairement un peu de toux et d'ardeur à la gorge.

On ne connaît pas exactement la composition des vapeurs qui s'exhalent dans les fabriques d'allumettes. Voici d'abord deux formules de mastics phosphoriques telles que M. Payen les a obtenues par l'analyse des pâtes employées dans une de nos plus grandes fabriques :

MASTIC A FROTTEMENT ORDINAIRE.			IDEM SANS BRUIT.
Chlorate de potasse,	3	kil.	0,800
Gomme arabique,	2,5		2,000
Gomme adragant,	0,1		0,100
Phosphore,	2		2
Eau,	2,500		2,500
Bleu de Prusse,	0,050		0,040

Evidemment, il ne peut être question que des vapeurs du phosphore.

Mais sous quelle forme le phosphore se répand-il dans l'atmosphère ? Est-ce sous la forme d'acide phosphorique (on nous a fait dire acide sulfurique, mais le lecteur aura facilement rectifié cette erreur) ou sous la forme d'acide hypophosphorique comme le pensent certains chimistes ? En outre, existe-t-il du phosphore à l'état gazeux dans l'atmosphère des fabriques, suivant l'opinion de M. P. Thénard, consulté par M. Roussel à ce sujet ? Ce sont des questions dont un prochain avenir nous donnera sans doute la solution.

Les vapeurs phosporées exercent une action nuisible sur les voies respiratoires, dont l'affection, suivant M. Gendrin, ne diffère pas, quant aux organes respiratoires eux-mêmes, de la bronchite ordinaire, mais se spécifie par une faiblesse considérable, par de l'anorexie, quelquefois par une diarrhée saburrale et généralement par un mouvement fébrile qui n'est point en rapport avec l'inflammation bronchique. M. Roussel s'est occupé de savoir si le nombre des individus que la bronchite chasse des ateliers est notable, et il est disposé à répondre négativement. Il n'est pas prouvé non plus pour lui que les vapeurs phosphorées, telles du moins qu'on les respire dans les fabriques d'allumettes chimiques, exercent une influence sensiblement fâcheuse sur la nutrition, influence proclamée par M. Gendrin et admissible *à priori*, sinon probable. Il a recherché pareillement si ces vapeurs excitent le système génital, ainsi que cela est professé pour le phosphore; mais c'est une enquête fort délicate, eu égard surtout au personnel des fabriques d'allumettes où les femmes sont en majorité, et il n'est parvenu à aucun résultat.

Nous avons hâte d'arriver à la nécrose des os maxillaires.

Dès le mois de juillet 1845, M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, appela l'attention des élèves qui suivaient sa clinique sur la nécrose des os maxillaires consécutive à l'action des vapeurs phosphorées. Au mois d'août de la même année, M. Strohl, agrégé de la Faculté de Strasbourg, fit une communication sur ce sujet à la Société de médecine de cette ville. En Allemagne, plusieurs médecins, M. Diez, de Nuremberg, MM. Sicherer, Blumhart, Geist, etc., avaient déjà, et les premiers, signalé cette affection, sur laquelle, de son côté, M. Lorinzer, aussi dans l'année 1845, au mois de mars, avait publié un travail important fondé sur neuf observations. L'excellent mémoire de M. Roussel, dans lequel nous avons beaucoup puisé, a été présenté à l'Académie des sciences en mars 1846. La *Gazette médico-chirurgicale* (n° 2, 1846) mentionne deux faits de nécrose maxillaire produite par les vapeurs du phosphore, qui auraient été observés à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Bérard.

Le nombre des observations de cette nécrose est aujourd'hui assez considérable, et notons, avec M. Roussel, que beaucoup de faits ont dû passer inaperçus.

L'observation de M. Richet, à laquelle nous allons donner place, est à plusieurs égards une des plus importantes qui aient encore été publiées.

Le 7 février 1846, entra à l'hôpital Necker le nommé Basser, âgé de trente-huit ans, ayant exercé autrefois la profession de tonnelier, mais travaillant depuis trois ans à la fabrication des allumettes chimiques. Il était occupé à préparer la pâte phosphorique dont est couverte l'extrémité des tiges d'allumettes.

A son entrée à l'hôpital il offrait à la région parotidienne gauche une tuméfaction diffuse, sans rougeur à la peau, très dure, et qui paraissait occasionnée par la présence de quelques dents cariées qu'il avait de ce côté. Il ne ressentait d'ailleurs en ce point que de légères douleurs qui semblaient siéger profondément. On appliqua quelques sangsues, puis des cataplasmes, et sous l'influence de cette médication la tumeur diminua d'abord de volume; mais, le 25 février, il se manifesta un point fluctuant; on pratiqua une ouverture avec le bistouri, et on reconnut alors avec le stylet que le maxillaire était dénudé.

Le 28, le malade fut pris d'un érysipèle qui parcourut toute la face successivement.

Le 20 mars, l'érysipèle étant éteint, la tuméfaction qui jusqu'alors avait paru stationnaire, et bornée à la branche de la mâchoire, envahit le corps de l'os en suivant exactement la parabole du maxillaire.

A cette époque, la bouche parut se resserrer, et, d'autre part, la région sus-hyodienne commença à se gonfler, ce qui donnait au malade une physionomie toute particulière. Il n'éprouvait d'ailleurs que peu de douleurs ; la mastication devenait de jour en jour plus difficile. La partie tuméfiée ne présentait ni rougeur, ni chaleur. Les dents commencèrent à vaciller, et le malade put lui-même les extraire avec facilité l'une après l'autre, en commençant par les dernières molaires du côté gauche.

Dans le courant d'avril, le gonflement envahit le côté droit

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

DEUXIÈME CHAPITRE (Suite). — *Indication sommaire des sources. — Composition chimique. — Mode d'emploi.*

SOURCES SALINES MURIATIQUES.

Hombourg. — Kreutznach et Nauheim sont fréquentés par un grand nombre de baigneurs, et leur offrent, en effet, de précieux moyens de guérison ; mais, parmi les établissements où l'eau doit être surtout bue à la source, Hombourg est peut-être celui qui réunit le plus de conditions favorablea. Par la richesse de ses principes minéralisateurs, par ses distractions nombreuses, par l'entente de son organisation, Hombourg s'est acquis une vogue que l'expérience médicale a d'ailleurs sanctionnée. Nous avons été à même de juger des résultats et d'après des documents recueillis sur les lieux, et d'après lea essais multipliés que nous avons faits tant en ville qu'à l'hôpital Necker avec des eaux importées en France. On trouvera des détails étendua sur leur action thérapeutique dans les chapitres consacrés aux diverses maladies qu'elles sont appelées à améliorer ou à guérir; nous n'avons à parler en ce moment que de leurs principes composants et de leur mode d'administration.

Hombourg compte cinq sources principales, qui diffèrent assez par la proportion des substances actives pour qu'il soit utile d'indiquer séparément les résultats fournis par l'analyse. Nous ne mentionnerons d'ailleurs, suivant notre habitude, que les éléments essentiels dont le médecin doit tenir compte.

La source Elisabeth n'est bien connue que depuis 1831. Ses eaux sont claires, transparentes; quelques bulles d'acide carbonique s'en dégagent dans les bassins qui les reçoivent. Comme toutes les eaux froides, car leur température n'excède pas 8° R., elles perdent une faible quantité d'acide en venant à la surface du sol; aussi les rares bulles qui s'en échappent ne sont-elles pas comparables à l'ébullition apparente des eaux thermales de Nauheim. Il en résulte que leur saveur plus fraîche et plus piquante devient presque agréable au moment où on les boit; seulement, elles laissent après elles un goût salé sans rien de nauséabond.

On se ferait une fausse idée des propriétés sapides de l'eau de Hombourg, si on les comparaît à celles des aliments trop salés. Soit qu'on doive l'attribuer à la présence d'un gaz acide, soit qu'il faille le rapporter à la température, les eaux de la source Elisabeth n'excitent pas notablement la soif.

A la suite de leur ingestion, les malades éprouvent presque tous un peu de chaleur épigastrique, une demi-excitation qui se traduit chez les uns par la sensation de la faim, chez les autres par quelques phénomènes nerveux ; ils se sentent comme agacés et marchent avec plus d'ardeur. Les individus trop facilement irritables évitent ces premières réactions en mêlant l'eau de source avec du lait ou avec de l'eau ordinaire. C'est dans le même but qu'on commence, en général, par envoyer les malades à la source Elisabeth, la moins chargée de sels et partant la moins excitante.

Suivant l'analyse de Liebig, elle contient pour 500 grammes,

Chlorure de sodium,	4 grammes.
Chlorure de calcium,	0,40
Carbonate de chaux,	0,50
Carbonate de magnésie,	0,10
Carbonate de fer,	0,02

L'acide carbonique, tant libre que combiné, est évalué à 0,0011 m. cubes, sur lesquels on en compte 0,0009 m. cubes de gaz libre.

Transportée à de grandes distances dans des bouteilles soigneusement cachetées, l'eau de la source Elisabeth laisse déposer un précipité rougeâtre de carbonate de chaux et de fer : elle a perdu par conséquent une partie de l'acide qu'elle contenait.

Son goût est néanmoins très supportable, et nous n'avons jamais vu témoigner de répugnance pour la boire.

Cette circonstance qui semble au premier abord assez insignifiante, ne manque pourtant pas d'intérêt; on peut être sûr que les malades des hôpitaux qui se soustraient volontiers aux prescriptions rebutantes obéissent à celle-là. D'un autre côté, un médicament destiné à des affections chroniques, conseillé si souvent à des individus capricieux et craintifs, doit être au moins supportable pour qu'on en continue l'emploi.

On ne saurait préciser la mesure dans laquelle l'eau de la source Elisabeth doit être administrée avant d'avoir exposé ses effets thérapeutiques. Nous renvoyons, comme nous l'avons toujours fait, ces indications à l'étude spéciale de chaque maladie.

La source de Louis mérite à peine une mention particulière : sa composition diffère seulement par quelques grains en plus de chlorure de sodium; sa température, est la même; son goût est un peu plus amer. Cette fontaine, ou plutôt ce puits artésien, vient d'être foré de nouveau et fournit aux buveurs une énorme quantité d'eau minérale.

Le gaz s'en dégage en grande abondance; c'est la source la plus riche de Hombourg. Il est certain que l'établissement exploitera tous ses produits et ne laissera pas se perdre l'acide carbonique dont Nauheim a su tirer si bon profit. Les bains gazeux, les douches, les injections seront disposés avec cette recherche bien entendue que peuvent se permettre les sources où la vogue attire de riches visiteurs. Peut-être l'exemple sera-t-il suivi plus tard par quelqu'une de nos villes où le gaz qui se produit en égale quantité est dissipé inutilement. Une semblable tentative serait pour plusieurs de nos établissements la plus simple, la moins coûteuse et la plus profitable de toutes les innovations.

La troisième source, et la première par l'abondance des éléments salins qu'elle tient en dissolution, est désignée sous le nom de source de l'Empereur (Kaiser-Brunnen). Sa saveur, beaucoup plus forte que

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74.

de la face, en suivant toujours la direction du maxillaire inférieur, mais d'une manière lente, et sous forme d'une tumeur dure, presque sans chaleur ni douleur à la pression. Plusieurs abcès se formèrent successivement à la région sus-hyoïdienne, et demeurèrent fistuleux après leur ouverture.

Le 5 mai, époque à laquelle M. Richet prit le service, le malade était dans l'état suivant : Toutes les dents de la mâchoire inférieure étaient tombés, sauf les quatre dernières molaires droites; les gencives, boursouflées et saignantes, étaient affaissées sur elles-mêmes, laissant à nu le bord alvéolaire du maxillaire inférieur qui se présentait aux yeux de l'observateur, noirâtre et noyé dans le pus sécrété par le périoste alvéolo-gengival. En suivant son contour avec le doigt on s'assurait qu'il était frappé de mort depuis le condyle du côté gauche jusqu'à l'union de la branche avec le corps de l'os, du côté droit.

Des abcès fistuleux nombreux existaient dans les régions parotidiennes gauche et droite et sus-hyoïdienne, et communiquaient avec la cavité buccale. Le malade avalait avec difficulté, et le pus se mêlait avec sa salive. Peu de fièvre d'ailleurs; mais le malade, qui avait perdu l'appétit, avait une diarrhée continuelle. M. Richet se demanda tout de suite s'il n'y aurait point possibilité d'extraire cet énorme séquestre; mais il fut bientôt détourné de cette idée par le peu de mobilité de l'os nécrosé et son adhérence aux parties molles.

Le 16 mai, on constata que le maxillaire supérieur se dénudait dans quelques points très circonscrits, et il fut facile d'extraire de petits séquestres qui avaient perforé le tissu gingival. Les dents supérieures étaient d'ailleurs très solides, et les gencives peu boursouflées et presque point saignantes.

Quant au maxillaire inférieur, toutes les parties molles avoisinantes s'induraient, et devenaient même, en certains points, cartilagineuses; en un mot, un *os nouveau* se formait de toutes pièces autour de l'os nécrosé.

Le malade, qui se trouvait de plus en plus dans l'impossibilité de remuer la mâchoire, dépérissait, avalant toujours du pus fétide et sanieux avec sa salive; sa voix s'altéra; la fièvre s'alluma, et M. Richet se vit forcé de supprimer la médication tonique qui, jusque-là, avait été assez bien supportée. Un écoulement purulent se manifesta par l'oreille gauche, et le malade se plaignit de douleurs dans le côté correspondant de la tête.

Enfin, le 8 juin, après plusieurs jours d'abattement, survint le coma, accompagné de respiration stertoreuse et bruyante, et le malade succomba le lendemain sans *avoir présenté de paralysie*, puisqu'il s'était levé *lui-même*, ce même jour, pour aller à la garde-robe.

Autopsie. — Le maxillaire inférieur est nécrosé en *entier*, sauf les apophyses coronoïdes dans le point où s'insèrent les crotaphytes; il est d'une couleur grisâtre; les quatre dents qui sont restées implantées peuvent être extraites avec facilité.

Çà et là, on observe des sécrétions périostales disposées à la surface de l'os, et qui sont surtout abondantes là où la maladie a commencé, c'est-à-dire sur la branche gauche du maxillaire. Les parties molles environnantes sont comme cartilaginifiées, et l'on y rencontre des plaques osseuses destinées à faire les frais d'un nouvel os, lequel commençait à emboîter l'ancien. Elles sont sillonnées d'ailleurs par des conduits fistuleux nombreux et imbibées d'un pus noirâtre et fétide.

L'articulation temporo-maxillaire gauche est remplie de pus, les cartilages sont érodés, et l'on reconnaît que des liquides purulents ont fusé dans l'oreille par la scissure de Glaser. En effet, la cavité tympanique est en pleine suppuration.

La cavité crânienne ouverte, on constate que, dans la fosse temporale gauche, la dure-mère, d'une couleur noirâtre, se laisse décoller avec facilité de la surface des os; et, après l'avoir incisée, on voit que tout le lobe cérébral gauche est converti en une bouillie noirâtre due au mélange de caillots sanguins avec du pus et de la matière cérébrale.

Les viscères abdominaux et thoraciques, examinés avec le plus grand soin, n'ont rien offert d'anormal.

La maladie, ainsi qu'on a pu le voir, avait, au début, l'apparence d'une fluxion; et c'est ainsi, suivant M. Roussel, qu'elle débute ordinairement : début insidieux. Quelquefois il n'y a pas de douleur. Dans certains cas, d'après M. Heyfelder, l'affection commence par une odontalgie atroce qui pousse le malade à se faire arracher plusieurs dents.

Plusieurs dents de la mâchoire inférieure, du côté gauche, étaient cariées, et c'est de ce côté que la maladie a commencé. M. Roussel attache une *grande importance* à la carie dentaire. Chez les malades qu'il a examinés et questionnés, l'altération d'une ou de plusieurs dents avait toujours précédé le début de l'affection des gencives et de l'os, et il va jusqu'à dire qu'on peut, provisoirement au moins, formuler cette conclusion : « L'altération d'une ou de plusieurs dents est une condition indispensable au développement de la maladie des os maxillaires. » Nous n'avons pas vu assez par nous-même, et nous ne sommes pas fondé à opposer notre sentiment à celui de l'écrivain distingué que nous venons de citer; du moins il nous sera permis d'exprimer l'opinion vers laquelle nous inclinerions, et qui consisterait à regarder l'altération dentaire, non pas comme une condition de la nécrose des os maxillaires, mais comme un premier degré de l'affection, comme le premier effet des vapeurs phosphorées sur l'ensemble de ces parties.

M. Strohl a émis sur la manière d'agir des émanations phosphorées une explication ingénieuse que l'on nous saura gré de rapporter textuellement : « Les vapeurs de phosphore, dit M. Strohl, se transforment, au contact de l'oxygène, en acide hypophosphorique; celui-ci, inspiré par l'air, se dissout dans la salive et peut former l'acide phosphorique. De plus, il se produit souvent de ce dernier acide par la combustion vive du phosphore... Cet acide peut donc se dissoudre dans la salive, la rendre acide. On connaît l'action dissolvante de l'acide phosphorique; les gencives contre lesquelles la salive reste le plus longtemps sont ramollies; elles s'imbibent jusqu'à un certain point du liquide acide; ce dernier attaque les dents, filtre entre ces ostéides et les parties molles, arrive ainsi jusque sur les alvéoles, et exerce là son action dissolvante et corrosive. »

Ce n'est pas après s'être mêlé au sang et avoir parcouru l'économie, que le phosphore, par une élection qui rappellerait celle de la syphilis pour l'arrière-gorge, vient agir sur les os maxillaires, et il faut bien reconnaître que son action est toute locale, nous voulons dire primitivement locale.

L'objection que M. Roussel élève contre l'hypothèse de M. Strohl, nous a causé quelque surprise; la voici textuellement : « S'il était vrai, dit notre honorable confrère, que l'acide phosphorique agît ainsi que le pense M. Strohl, le premier fait, le fait le plus général, que l'on devrait remarquer dans les fabriques, serait le mauvais état des dents chez les ouvriers. Or, il n'en est pas ainsi, et nous avons été frappé, au contraire, des contrastes qui existent à cet égard. Dans les mêmes salles, à côté des ouvriers dont les dents sont malades et les mâchoires déjà attaquées, on trouve des individus qui ont les dents parfaitement saines, quoique soumis depuis un temps fort long à l'action des vapeurs phosphorées. » Qu'est-ce que cela prouve? Qu'il y a des individus qui échappent à l'action prolongée des vapeurs phosphorées, comme il en est qui vivent impunément au milieu des miasmes les plus délétères. Mais chez ceux qui ne jouissent pas de cette immunité, qu'avez-vous observé vous-même, comme phénomène primitif? L'altération dentaire, dont vous avez fait une condition indispensable du développement de la maladie des os maxillaires.

Ainsi, l'altération est le *premier fait*, le *fait général*, et vous ne pouvez pas dire le contraire au sujet de l'hypothèse de M. Strohl. Voilà ce que nous voudrions objecter à notre tour à M. Roussel, et, comme il a autant de bonne foi dans le caractère, que de distinction dans l'esprit, nous sommes assuré qu'il ferait bon marché d'une contradiction, qui dépend de ce qu'il n'a peut-être pas saisi la signification réelle de l'altération dentaire. Si, au lieu d'y voir une condition de la maladie, il y avait vu une partie, le commencement de la maladie, l'hypothèse de M. Strohl lui aurait paru plus acceptable. Quant à nous, sans nous expliquer sur la partie chimique de l'explication, nous sommes très porté à admettre cette *endosmose*, cette *filtration* du phosphore à travers les gencives.

On a bien décrit, et nous trouvons surtout bien décrit dans le mémoire de M. Roussel, ce *déchaussement de l'arcade alvéolaire* qu'à présenté d'une manière si tranchée le malade de M. Richet.

L'attention du lecteur se sera arrêtée sans aucun doute sur le travail de réparation qui avait disposé, alentour de l'os n'ayant plus vie, les éléments d'un os nouveau, et nous ne faisons que rappeler ce détail intéressant. Nous n'insisterons pas non plus sur cette propagation si remarquable de l'affection de l'articulation temporo-maxillaire à l'oreille moyenne et au cerveau. A cet égard, l'observation de M. Richet s'ajoute à d'autres qui sont bien connues.

— Une femme de vingt-six ans, mère de deux enfants, tombe malade, et se voit forcée d'entrer à l'hôpital. A sa sortie, elle retire ses deux enfants du dépôt, où l'on avait dû les placer, et elle s'aperçoit qu'ils ont les yeux malades. Dans l'espoir que cette maladie n'aura pas de gravité, elle se borne à faire des lotions avec de l'eau de mélilot. Mais bientôt elle est affectée elle-même d'ophthalmie purulente des deux yeux, qui sont pris l'un après l'autre, à un intervalle de deux ou trois jours, et elle est admise dans le service de M. Jobert (de Lamballe). L'inflammation fut des plus violentes, et l'on eut les craintes les plus vives pour les deux yeux. La cautérisation avec le nitrate d'argent, les saignées générales et locales, les révulsifs, furent employés avec la promptitude et l'énergie nécessaires, et le succès fut complet. Voilà encore un fait à l'appui de la doctrine de la contagion de l'ophthalmie purulente, doctrine qui, à notre avis, pourrait se passer de nouvelles preuves, si l'esprit humain, avide pourtant de certitude, ne prenait une sorte de plaisir à obscurcir l'évidence.

— Il y a dans le même service un cas de perforation spontanée du voile palatin. Le jeune homme qui l'a présenté s'est aperçu après avoir mangé qu'il avait la voix nasillarde. Nous reviendrons sur ce fait. La perforation est due probablement à la fonte d'un tubercule.

Nous nous bornerons, faute d'espace, à l'indication de ces deux faits d'une clinique toujours riche et instructive, qui nous fournira une grande partie des matériaux de notre prochain article. X...

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Anémie. Affection organique probable de l'estomac.

(Suite du numéro du 9 juin.)

Nous avons dit que souvent, dans le cancer de l'estomac, il y a des vomissements de sang en même temps que les selles sont colorées en noir par une partie du sang épanché par exhalation dans l'estomac, et soumis pendant son trajet dans le tube intestinal au travail de la digestion. Mais nous avons dit aussi que toutes les fois qu'il y a vomissement de sang, ce n'est point à dire pour cela qu'il y ait affection carcinomateuse de l'estomac. On trouve dans quelques cas des hématémèses supplémentaires de l'évacuation menstruelle. Dans des cas de ce genre, il est évident qu'il y a trouble fonctionnel sympathique, sans que l'on doive en déduire pour cela la nécessité d'une lésion organique. Nous avons cité des faits d'individus qui avaient présenté des hématémèses pendant fort longtemps, sans que l'on ait pu constater, à l'autopsie, aucune affection organique appréciable. Cependant, ajouterons-nous, ces cas sont rares, et il est beaucoup plus fréquent de voir l'hématémèse liée à une affection chronique organique dont elle dépend.

Il est d'autres symptômes qui, sans être caractéristiques de l'affection cancéreuse de l'estomac, ne sont cependant pas sans quelque valeur, et se rencontrent dans un assez grand nombre de cas. Ainsi, la constipation est très fréquente au début de la maladie. A une période plus avancée, il y a de la diarrhée, et les vomissements cessent pour ne plus se reproduire. Les raisons de cette succession de phénomènes sont

---

celle des deux autres sources, rappellerait, au dire de quelques malades, le goût des eaux sulfureuses. Il est de fait que les réactions chimiques s'accordent avec les sensations des buveurs, quoique la présence de l'acide sulfhydrique ne soit mentionnée dans aucune analyse; en présentant à la surface du bassin un papier imprégné d'acétate de plomb, on le voit bientôt noircir.

L'analyse de Liebig donne les résultats suivants pour 500 grammes :

Chlorure de sodium,	6 grammes.
— de calcium,	0,60 centigrammes.
— de magnésium,	0,35
Carbonate de chaux,	0,60
— de fer,	0,04

L'acide carbonique, en volume, monte à la somme totale de 0,001 m. cub.

Beaucoup d'individus se soumettent avec peine à l'usage de cette eau; elle les dégoûte assez vite, et occasionne quelquefois des vomissements. On la considère, à Hombourg, comme plus utile à la fin qu'au début de la cure.

La source ferrugineuse (Stahl-Brunnen) contient à peu près les mêmes principes que la source Elisabeth. On y trouve, en outre, une proportion de fer deux fois plus considérable. La quantité de carbonate de fer est de 9/10 de grain par once : un peu moins forte qu'à Pyrmont, où on en compte un grain; égale à celle que renferment les eaux de Carlsbad et de Schwalbach.

Le Stahl-Brunnen doit à la présence du sel marin, dont il tient en dissolution 4 grammes, et à l'excès d'acide carbonique, d'être facile à digérer, et de laisser seulement à un médiocre degré l'arrière-goût ferrugineux qui déplaît si vite aux malades.

Les bains sont fournis par deux sources froides d'une composition analogue à celle des eaux du Kaiser-Brunnen. On les chauffe artificiellement, et on les administre plutôt comme complément de la cure que dans le but d'en faire une médication spéciale. Les effets obtenus sont les mêmes que ceux des bains de Nauheim et de Kreutznach, moins les eaux-mères.

Les bains de Hombourg ont également de notables analogies avec ceux de Wiesbaden, qu'ils suppléeraient au besoin. La proximité de Nauheim permet d'ajouter au chlorure de sodium les propriétés plus actives de la mutter-laüge, qu'on verse dans les bains en doses différentes, suivant les indications. Nous avons suffisamment insisté sur l'action des eaux-mères à propos de Kreutznach et de Nauheim pour n'y pas revenir; ajoutons seulement que les résidus des salines n'ont rien perdu de leur énergie à l'établissement de Hombourg, et qu'elles constituent, là comme partout, un remède précieux à plus d'un titre. Lorsque Hombourg aura réuni dans le même lieu les douches gazeuses d'acide carbonique, les bains d'eau salée et les bains chargés d'eaux-mères, il aura pour ainsi dire résumé les eaux minérales des bords du Rhin.

L'établissement élevé récemment à Hombourg par une compagnie française, est un des plus brillants de l'Allemagne. Les jardins et les parcs sont richement plantés; les salles de conversation, de danse et de jeu ouvertes aux visiteurs ont été décorées avec une recherche extrême. Hombourg est devenu le rendez-vous des malades que la solitude effraie, et pour lesquels les distractions du monde sont une nécessité. Quant aux buveurs plus modestes, qui redoutent la foule, ils trouveront encore la liberté que donnent toujours les grandes villes ou les réunions très nombreuses.

Soden. — La composition des eaux de Soden les rapproche assez des eaux salines de Hombourg pour qu'il suffise d'indiquer ici leurs principaux éléments.

La source la plus riche contient, pour 500 grammes :

Chlorure de sodium,	5,60 gram.
— de potassium,	0,10
Carbonate de magnésie,	0,05

L'acide carbonique varie entre 100 et 150 centim. cubes; leur température est de 10 à 12 degrés.

Ni l'établissement, ni le mode d'administration, n'offrent rien de particulier.

Soden rivaliserait avec sa rivale plus heureuse, si les vertus médicales entraient seules en considération. Il n'est ni moins utile, ni moins favorisé de la nature; ses eaux contiennent autant de principes minéraux et rendent exactement les mêmes services que celles de Hombourg. Peut-être les visiteurs auxquels le calme est nécessaire, et qui redoutent la vie artificielle des eaux, préféreront-ils la solitude douce et paisible de Soden aux plaisirs tumultueux de Hombourg ou de Wiesbaden.

Kissengen. — Beaucoup plus éloigné de notre pays que les établissements dont nous avons parlé, Kissingen n'appartient déjà plus aux eaux des bords du Rhin. Peu de Français s'y rendent dans la saison; on préfère s'arrêter à Hombourg, à Soden, où on trouve à moins de distance les mêmes moyens de traitement.

Kissingen ne serait donc pour nous que d'un intérêt secondaire s'il n'expédiait en France une grande quantité d'eaux minérales. C'est à cette considération que nous allons indiquer rapidement la composition des sources principales.

On en compte trois.

La plus faible (Max-Brunnen) n'est pas assez riche pour être exportée. Sa saveur acidule est plus douce que celle de l'eau de Seltz. Les habitants du pays s'en servent pour les usages ordinaires de la vie.

La source connue sous le nom de Ragoczi est la plus fréquentée. Sa température est de 10° R.; son goût est médiocrement agréable, quoique acidule. Elle laisse après elle un arrière-goût de sulfate de fer.

L'analyse de Kastner donne les résultats suivants pour 16 onces :

Chlorure de sodium,	62 grains.
Sulfate de soude,	2
Sulfate de fer,	2

La troisième fontaine, appelée le Pandour, ne contient que 57 grains de chlorure de sodium.

L'acide carbonique, évalué à la source à 30 p. cubes, est en moindre quantité dans les eaux qu'on nous envoie.

Le roi de Bavière a fait, à l'établissement de Kissingen, de nombreux embellissements qui y appellent un grand nombre de voyageurs de la Russie et du nord de l'Allemagne.

(*La suite à un prochain numéro.*)

faciles à concevoir, et dépendent de l'état des parties elles-même qui sont le siége de la maladie. A une époque plus avancée du début de l'affection, quand il y a cancer du pylore, l'orifice pylorique est, sinon fermé complétement, au moins très manifestement rétréci, et rendu rigide, non susceptible de dilatation par la dégénérescence organique à laquelle il est en proie. Alors, il est évident que les vomissements doivent être plus abondants qu'à tout autre moment, les aliments contenus dans l'estomac ne pouvant passer dans le duodénum pour y subir le travail ne la digestion. A une période plus avancée, et plus on s'éloigne du début de l'affection, plus le squirrhe se ramollit; alors un phénomène inverse se produit; les aliments passent dans l'intestin sans avoir séjourné dans l'estomac un temps suffisant pour que le travail de la digestion ait convenablement commencé; ces aliments, mal élaborés, irritent l'intestin; de là une diarrhée continuelle comme il y avait d'abord des vomissements continuels, mais par un mécanisme tout à fait opposé. Ainsi, la constipation et la diarrhée peuvent avoir une grande valeur, eu égard surtout aux époques de la maladie auxquelles on les observe. C'est donc être dans l'erreur que de penser, avec certains médecins, que la diarrhée est un signe certain de la non-existence du cancer de l'estomac. Elle constitue, au contraire, pour ceux qui font attention et qui observent sans cesse, un signe souvent fort important.

Mais tous ces phénomènes ne peuvent servir qu'à porter un diagnostic rationnel. L'existence d'une tumeur dans la région de l'épigastre est une des choses les plus importantes à constater, et qui fournit les données les plus précieuses. Le plus ordinairement, une fois que l'on a constaté d'une manière certaine la présence de cette tumeur, il ne reste plus aucun doute.

Les auteurs les moins exigeants et les moins sévères quand il s'agit d'établir le diagnostic, hésitent à se prononcer définitivement et à affirmer l'existence d'un cancer de l'estomac, tant qu'ils n'ont pas constaté la tumeur pathognomonique du creux épigastrique. Il faut prendre garde cependant de ne point conclure à l'existence certaine et positive d'un cancer, d'après ceci seulement, qu'il existe une tumeur dans le point que nous venons d'indiquer. Il y a des cas dans lesquels une tumeur peut être développée dans l'épiploon, et venir faire saillie sous les muscles abdominaux au niveau de l'ombilic, ou un peu au-dessus. Il y a souvent moyen de reconnaître d'une manière à peu près certaine si la tumeur appartient à l'estomac, ou si elle appartient aux parties environnantes.

Si l'on déprime brusquement la région correspondant à la tumeur et la région de l'estomac, on produit quelquefois du gargouillement; or, ce bruit se passe toujours dans la cavité de l'estomac. Si en même temps qu'il existe du gargouillement, non-seulement il n'y a pas de diarrhée, mais il survient de la constipation, dans la majeure partie des cas, il n'est plus permis un instant de douter que ce soit à l'estomac qu'appartient la tumeur.

Il n'est pas très rare de voir le carcinome de l'estomac se manifester seulement par l'apparition de désordres fonctionnels, de troubles dans les digestions, de vomissements, etc., sans aucun signe matériellement appréciable qui puisse révéler l'existence de la maladie organique du ventricule. Il y a quatre ou cinq ans environ, nous avons eu dans nos salles, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui arriva dans notre service dans un état effrayant de maigreur, présentant cette teinte jaune de la peau si commune, si constante chez les individus atteints depuis quelque temps d'affection cancéreuse. Il était dans un tel état de faiblesse, de prostration, d'apathie, qu'il avait dû suspendre ses occupations. Cependant il ne se plaignait que d'inappétence et de dégoût pour les aliments. Sans avoir éprouvé d'aigreurs, de rapports acides après avoir mangé, il avait seulement été progressivement obligé de diminuer la dose des aliments qu'il prenait dans l'état de santé; du reste, il n'avait eu ni diarrhée, ni vomissements. Il n'était possible de signaler, dans quelque région que ce fût de l'abdomen, aucune tumeur ou dureté que l'on pût attribuer à la dégénérescence cancéreuse. Cependant, nous étions à peu près fixé sur l'existence d'un cancer de l'estomac; notre diagnostic se trouva juste; nous avions, il est vrai, déjà vu des cas analogues à celui-ci, et cette analogie n'a pas été sans une grande utilité pour nous.

Le pronostic de l'affection dont nous parlons est, on le conçoit, excessivement grave. La dégénérescence organique dont l'estomac est le siége ne laisse aucune espèce de doute. La terminaison sera nécessairement fatale. Mais le temps pendant lequel le malade peut encore lutter contre les progrès du cancer peut être variable; il n'est pas impossible que cette lutte se prolonge pendant encore plusieurs mois, surtout si le sujet peut encore, comme il l'a fait jusqu'à présent, digérer quelques aliments liquides, le bouillon, la soupe.

Traitement. — Le traitement du cancer est toujours palliatif; on conçoit qu'il ne peut être plus efficace. On cherche d'abord à exciter l'action de l'organe par des boissons amères et toniques. S'il y a des acides dans l'estomac, on les neutralise par des alcalis; lorsque la douleur est très violente, on emploie les préparations d'opium, les narcotiques soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. A l'extérieur, en emplâtre, en frictions; à l'intérieur, on porte l'opium, non dans l'estomac, qu'il ne faut pas chercher encore à stupéfier, mais dans le rectum, par l'administration de quelques lavements fortement laudanisés. La voie du rectum est encore celle à laquelle on doit avoir recours si le malade ne peut plus rien prendre, s'il rejette tout ce qu'il prend, si tous les aliments introduits dans l'estomac sont rendus par les vomissements. On supplée à cette impossibilité pour le malade de prendre de la nourriture, en donnant des lavements contenant des substances nutritives, du bouillon, par exemple. En général, on aura soin de donner des lavements peu abondants chaque fois, et souvent répétés; il vaut mieux donner de petits lavements qui sont chaque fois conservés, qu'un seul très abondant qu'en raison même de la distension de l'intestin le malade ne peut conserver.

En même temps que l'on cherche à soutenir ainsi artificiellement les forces des sujets, on cherche par tous les moyens possibles à ralentir la marche de la maladie. On a cru pouvoir obtenir ce résultat en appliquant des cautères sur le creux de l'estomac, et directement sur la région occupée par la tumeur; mais ici, comme dans d'autres affections organiques aussi graves, on n'a point généralement obtenu les succès sur lesquels on avait compté. Cependant, bien que la terminaison funeste soit certaine, le médecin ne doit point abandonner son malade; on a vu des sujets qui, en raison de circonstances particulières appréciables ou non, ont pu résister pendant un temps à l'action et aux progrès de l'affection cancéreuse. Ici, comme dans les maladies incurables en général, il faut toujours chercher à relever le moral des malades quand ils s'affectent; il ne faut pas leur laisser savoir ce qu'ils ont, et surtout se bien garder de prononcer devant eux le mot de cancer. Il faut leur administrer les narcotiques dont nous parlions à l'instant dans le but de calmer les douleurs, puis prescrire quelques médicaments innocents et inoffensifs qui puissent leur paraître des remèdes actifs. Ainsi, on fera faire sur le creux de l'estomac des frictions dites résolutives, soit avec l'onguent mercuriel ou les autres préparations de ce métal que l'on mettait beaucoup en usage autrefois, soit avec les pommades iodurées. On ne négligera donc point d'employer en même temps tous les moyens propres à agir et sur le physique et sur le moral des malades.

Méningo-encéphalite. Mort. Autopsie.

Au n° 14 de la salle Sainte-Agnès a été couché un homme de vingt-neuf ans, journalier, d'une bonne et forte constitution. On n'a pas pu savoir s'il habitait Paris depuis longtemps. On a su seulement que le mal avait commencé, il y a quinze jours environ, par une céphalalgie intense dont se plaignait vivement le malade et qui ne lui a permis de se livrer à aucun travail. Le lendemain et le surlendemain du jour où a commencé la maladie, on n'a pu qu'à l'aide de purgatifs provoquer des évacuations alvines. Les mêmes phénomènes persistaient du côté de la tête. Le troisième jour vint se joindre un signe d'une haute valeur, nous voulons dire des vomissements, symptômes assez fréquents dans les phlegmasies cérébrales, mais qui n'a quelque importance que lorsqu'il est joint à d'autres caractères. Le 10, le malade entre à l'hôpital apporté sur un brancard.

Au moment de son entrée, il se plaignait d'une céphalalgie très forte. La céphalalgie, dans les maladies aiguës, n'est presque jamais un signe pathognomonique, et encore moins dans les affections cérébrales. Elle est plus ordinairement sympathique que l'expression directe d'une inflammation cérébrale. Pour n'en citer qu'un seul exemple, nous avons eu, il y a un mois environ, et couché dans le lit qu'occupe maintenant ce malade, un individu affecté de fièvre typhoïde, chez lequel un des symptômes les plus tranchés fut, pendant tout le cours de sa maladie, une céphalalgie extrêmement intense. Cette douleur de tête ne pouvait donc pas servir beaucoup pour aider au diagnostic. Le malade se plaignait en outre de vertiges; il y avait dans les idées et dans l'intelligence un peu de trouble. Les réponses étaient lentes, bien que nettes encore et précises.

La fréquence du pouls ne répondait point à l'intensité des phénomènes que nous signalons ici. Il ne donnait que 56 pulsations par minute. Ce ralentissement du pouls était pour nous quelque chose de très significatif, et nous prouvait de la manière la plus péremptoire que nous n'avions point affaire à une fièvre typhoïde; affection dans laquelle le pouls est toujours très fréquent, tandis qu'il en est souvent autrement dans les phlegmasies cérébrales. Sous ce rapport, le début de l'inflammation du cerveau offre quelques différences avec les périodes plus avancées de la maladie, où le cerveau commence à subir un certain degré de compression. Il y a bien quelques formes de la fièvre typhoïde où le pouls ne présente pas de fréquence très grande, mais alors on n'a point affaire à une forme très intense; le plus ordinairement, il s'élève à 72, 76, 80 même dès le commencement. Il est quelques sujets dont le pouls normal est tellement peu fréquent que l'on peut à la rigueur se demander si le nombre de 56 pulsations que nous avons constaté chez notre malade ne serait point un état fébrile; mais, en fût-il ainsi, nous pourrions affirmer presque à coup sûr qu'il ne s'agit point d'une fièvre typhoïde, affection dans laquelle le pouls est presque toujours beaucoup plus élevé. Dans les phlegmasies cérébrales, au contraire, le pouls, nous le répétons, est assez souvent peu fréquent. Nous avons dernièrement donné des soins à un homme qui succomba en huit jours à une inflammation du cerveau, et qui pendant tout le cours de la maladie n'offrit jamais plus de 60 pulsations.

Le malade qui fut admis dans nos salles et dont nous vous racontons l'histoire, n'avait point de diarrhée au moment de son admission dans notre service. Ce caractère manque aussi quelquefois dans la fièvre typhoïde; mais alors il y a de la sonorité, du météorisme du ventre, tandis qu'il n'y en avait point dans le cas actuel; l'abdomen était aplati; cependant, malgré leur réunion, tous ces phénomènes pouvaient bien encore laisser quelques doutes à l'esprit. On constata un peu de délire; mais, comme la céphalalgie, le délire est souvent un phénomène sympathique. On peut dire que sur dix cas il y en a bien neuf dans lesquels le délire et la céphalalgie sont des phénomènes sympathiques, et n'appartiennent pas à des affections inflammatoires du cerveau.

Les sens étaient intacts; il n'y avait ni surdité, ni trouble de la vue, ni étourdissements, ni bourdonnements d'oreilles. La sensibilité était partout conservée; mais les mouvements étaient altérés. Ainsi, les yeux présentaient un léger strabisme; au bout de quelques jours, ce strabisme devint beaucoup plus évident. A ce moment aussi, la sensibilité générale diminua et se pervertit. Ces signes sont encore quelque chose de spécial, et méritent de fixer l'attention de l'observateur. Ainsi, nous observâmes à plusieurs reprises, et nous vous fîmes remarquer que lorsque l'on pinçait la peau de l'un des membres supérieures, c'était l'autre qui remuait. Nous avons répété cette expérience assez souvent pour qu'il ne vous restât pas le moindre doute, sans cependant dépasser les limites qui sont imposées au médecin par les convenances et par l'humanité. En même temps, les désordres de l'intelligence devenaient de plus en plus considérables; mais ils prenaient une autre forme. Le malade était très agité, voulait sortir de son lit; peu à peu l'agitation fit place à une sorte de coma; cette succession de phénomènes était bien caractéristique et rentrait dans la série des symptômes qui appartiennent aux phlegmasies du cerveau. Enfin, la veille de la mort, nous observâmes une paralysie complète de l'un des deux bras, qui, soulevé, retombait en ligne droite, et suivant les lois de la pesanteur, tandis que l'autre, soulevé de même, descendait lentement et dans une direction autre que la perpendiculaire. Le développement successif de tous ces phénomènes ne nous a laissé aucun doute sur la nature de l'affection cérébrale à laquelle nous avions affaire. Le malade ne pouvait plus rendre ses urines; symptôme que l'on rencontre également à la dernière période des inflammations de l'appareil encéphalique.

A l'autopsie, voici ce que l'on rencontra: Aplatissement des circonvolutions; les deux feuillets de l'arachnoïde étaient comme agglutinés ensemble. Nous avons pu constater que la pie-mère adhérait assez fortement à la substance cérébrale. Il n'y avait de pus nulle part. La consistance de la pie-mère semblait être plus forte à droite qu'à gauche; à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à celui où existait la paralysie, toute la portion du cerveau supérieure au ventricule latéral était d'une consistance normale. Les ventricules contenaient chacun une bonne cuillerée de sérosité citrine. Mais la voûte à trois piliers était ramollie; on constatait également un ramollissement bien manifeste des pédoncules du cervelet.

Les organes circulatoires et respiratoires étaient normaux, les poumons seulement un peu hépatisés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.— Addition à la séance du 22 juin 1846.

De la permanence de l'antimoine dans les tissus vivants. — M. E. Millon a adressé à l'Académie des sciences, dans la dernière séance, le compte-rendu d'expériences auxquelles il vient de se livrer, et qui démontrent non-seulement que l'antimoine introduit dans l'économie y peut séjourner longtemps, mais qui fait connaître encore le mode de répartition entre les divers organes et jusqu'à un certain point les modifications qu'il détermine en certains d'entre eux, tel que le foie, par exemple.

L'auteur a soumis six chiens à un régime qui consistait à leur faire prendre chaque jour, avec leurs aliments, quelques grains d'émétique (tartrate d'antimoine et de potasse). Les chiens sacrifiés pendant la première semaine, retiennent de l'antimoine dans le foie, le cœur, la chair musculaire, les membranes intestinales et les poumons. Le cerveau, les os, la graisse sont exempts de métal.

Au bout de quinze, vingt et vingt-cinq jours, depuis qu'a cessé l'administration du sel d'antimoine, la distribution du métal est la même, et sa quantité ne diminue pas sensiblement. Dans les premiers temps de l'absorption antimoniale, la proportion qu'absorbe le foie est comparativement énorme.

Dans la seconde expérience de M. Millon, chaque chien a pris 4 décigrammes d'émétique par jour. Au commencement les chiens témoignaient un vif appétit, qui s'était visiblement accru, dit l'auteur, par la présence d'un nouveau condiment; mais bientôt on observa des effets inverses. L'expérience avait commencé le 18 janvier; le 24, deux chiens sur six refusèrent leurs aliments. La dose d'émétique fut diminuée de moitié, et le 28 elle dut être supprimée. Les chiens ne touchaient plus à leur nourriture, et tous étaient d'une extrême maigreur. Chacun d'eux avait pris encore 3 grammes d'émétique.

Lorsque des aliments émétisés eurent été remplacés par des aliments ordinaires, quatre chiens se remirent à manger; mais deux ne purent résister à l'effet du poison qu'ils avaient absorbé. Ils restèrent dans une inappétence complète, et le 3 février, l'un d'eux mourut. Nul changement dans les autres organes, sauf leur état d'émaciation; mais le foie, devenu friable, était remarquable par son volume. Le poids de cet organe était à celui du corps comme 1 : 12, tandis que sur des chiens bien portants, le rapport n'a été trouvé que de 1 à 24, à 32, ou même 40.

Chez cet animal, la dissémination de l'antimoine était générale dans toute l'économie; poumons, cerveau, tout était également envahi.

Sur le second chien qui, avant de succomber, éprouva des tremblements nerveux, le poids du foie était à celui du corps : : 1 : 10. Une forte proportion d'émétique fut trouvée dans le cerveau.

Au bout de vingt jours, les quatre autres chiens étaient rétablis, leur voracité revenue. L'un eut le bon esprit de se sauver; un autre succomba par suite d'un accident étranger à la médication; un ver lombric lui perfora l'intestin, preuve, soit dit en passant, que ces animaux parasites subsistent fort bien au milieu d'un organisme saturé d'émétique.

Chez les deux derniers chiens, dont l'un fut sacrifié après trois mois et demi, le dernier après quatre mois, l'antimoine fut surtout rencontré dans la graisse et dans les os. 50 grammes de graisse contenaient autant de métal que 500 grammes des autres tissus. Le foie n'était plus au reste du corps que dans le rapport de 1 à 27.

C'est un fait fort digne de remarque que ce développement du foie à la suite de l'usage de l'émétique. Aujourd'hui que la percussion fournit au médecin les moyens de reconnaître avec précision l'espace occupé par certains organes (et le foie est de ce nombre), on ne tardera pas à savoir si l'emploi thérapeutique des sels d'antimoine suffit pour accroître sensiblement le volume de cette glande chez l'homme.

Relativement au séjour de l'émétique ou tartre stibié dans l'économie animale, M. Millon cite encore le fait d'une jeune chienne qui prit de l'émétique durant cinq jours, et mit bas ensuite à terme quinze jours plus tard. Le foie des petits contenait une notable quantité d'antimoine.

L'auteur termine son travail par quelques réflexions sur les effets de ce métal. Pénètre-t-il simultanément tous les organes, l'animal succombe dans le dernier degré de l'émaciation. Est-il condensé dans le cerveau, la mort s'accompagne de symptômes nerveux. Arrive-t-il aux organes moins sensibles, tels que le tissu cellulaire ou le système osseux; les effets du poison s'effacent. Dans les maladies saturnines, la concentration des symptômes morbides sur l'abdomen, sur le sys-

tème nerveux, sur les membres, n'indiquerait-elle pas, se demande par analogie M. Millon, que le plomb occupe alors des régions correspondantes?

— M. Bonjean, de Chambéry, envoie une note sur l'emploi efficace qu'il a fait de l'ergotine pour arrêter une hémorrhagie déterminée par la blessure d'une branche de l'artère palmaire, sur une femme qui s'était blessée en débouchant une bouteille.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cancer de l'estomac. — Nous avons reçu dernièrement de M. le docteur Fricaud, communicarion de deux faits curieux de cancer de l'estomac que, malgré leur longueur, nous croyons devoir reproduire ici en raison de l'intérêt qu'ils présentent, et à cause de ceci, qu'ils prouvent la difficulté que l'on ressent quelquefois à diagnostiquer les affections de cette espèce.

Première observation. — M. L..., ancien officier en retraite, âgé de soixante ans, ayant toujours joui d'une assez bonne santé, commença à ressentir quelques troubles dans ses digestions vers la fin de l'été 1843. Ce premier malaise, qui n'était qu'une alternative de diarrhée et de constipation, fut considéré comme une légère indisposition et treité en conséquence.

Néanmoins l'irritation gastro-intestinale sembla s'amender, et bientôt M. L... se remit au régime succulent et varié auquel il était habitué. Cependant l'appétit ne revint pas aussi prononcé, et, à partir de là, les forces et l'agilité commencèrent à diminuer sensiblement. Nul autre symptôme ne survint jusqu'en janvier 1844, époque à laquelle quelques douleurs sourdes se firent sentir en arrière dans la région du rein droit. Comme le malade avait eu jadis quelques accès de goutte, on crut avoir affaire à des coliques néphrétiques, et de légers graviers que l'on trouva dans les urines semblèrent confirmer ce diagnostic. Le traitement fut donc dirigé du côté de l'affection présumée; mais les douleurs n'en continuèrent pas moins, ainsi que l'amaigrissement, qui déjà avait fait de grands progrès.

Désespéré de l'inefficacité des remèdes mis en usage, M. L. fit le voyage de Lyon, où il consulta M. Bonnet, qui ne voulut reconnattre qu'une affection générale des voies digestives, sans admettre aucun symptôme ni métastase de goutte. En conséquence, les eaux de Vichy furent prescrites, sous le point de vue seulement d'une gastro-entérite chronique, et le malade y séjourna six semaines sans éprouver la moindre amélioration. Ce ne fut qu'au retour que je fus consulté pour la première fois, avec trois médecins de la localité (Charolles). Voici l'état qu'il présenta à cette époque: Maigreur extrême, teinte jaune-paille du visage, prostration et découragement. Douleur intense en arrière au niveau du rein droit, presque continuelle, et devenant excessive et lancinante aussitôt après l'ingestion des aliments. Depuis longtemps il était survenu des rapports fétides et des éructations fréquentes, quoique la langue fût presque normale et l'appétit assez bon. Du reste, point de vomissements, ni de selles irrégulières; point de douleur épigastrique et abdominale à la pression, ni aucune espèce de tumeur. Malgré tous ces signes négatifs, j'émis l'opinion d'un cancer à l'estomac; mais aucun de mes confrères ne voulut l'admettre. Tous trois se préoccupèrent exclusivement de la douleur lombaire, et crurent à la présence d'un calcul dans le rein droit, bien que les urines fussent parfaitement naturelles.

Quelques mois s'écoulèrent encore pendant lesquels la maladie ne fit que s'aggraver, sans présenter d'autres symptômes. Durant cet intervalle, M. Bonnet fut mandé de Lyon, et s'en tint à son premier diagnostic, rejetant particulièrement toute idée de calcul. Enfin le 9 novembre 1844, le malade s'éteignit avec sa connaissance parfaite, n'ayant eu de particulier dans les derniers jours que deux ou trois vomissements de matières glaireuses, et manifestant encore le désir des aliments.

A l'autopsie, nous trouvâmes une énorme tumeur cancéreuse qui avait envahi le pancréas et la moitié droite de la paroi postérieure de l'estomac à l'exception du pylore, qui était resté libre. Le grand cul-de-sac avait été seul épargné; encore la muqueuse était-elle pâle et décolorée, et n'offrait plus l'aspect villeux qui la caractérise. Il n'existait d'ailleurs aucune ulcération dans toute l'étendue de la tumeur, où il était impossible de reconnattre la nature des membranes. La dimension de l'estomac était extraordinaire, à tel point que nous en retirâmes six litres au moins de mucosités noirâtres. Tous les autres viscères furent trouvés sains, le rein droit aussi bien que le gauche, et rien ne put nous expliquer la douleur ressentie dans cette région, à moins de supposer que la paroi postérieure de l'estomac ne fût entraînée de ce côté par le poids de la tumeur qu'elle supportait.

Seconde observation. — M. N..., âgé de cinquante ans, d'une constitution sèche, maigre, n'ayant jamais eu à se plaindre d'affections graves, sentit, au commencement de l'année 1845, de légères douleurs à l'épigastre après ses repas; il n'y prêta pas beaucoup d'attention, et l'hiver se passa sans qu'il crût devoir modifier son régime et recourir à quelque médication. Ce ne fut qu'au printemps que l'on conseilla les eaux de Vichy, qui ne parurent avoir aucune influence. M. N... patienta ainsi, sans employer d'autre traitement, jusqu'à la fin d'octobre, époque où ses forces l'abandonnèrent subitement.

Depuis longtemps déjà un dépérissement notable s'était manifesté, le visage avait pris une teinte jaune-paille bien prononcée, et les digestions étaient suivies d'éructations nauséeuses et d'une constipation des plus opiniâtres. La douleur épigastrique, cependant, loin d'avoir augmenté, ne se faisait sentir qu'à la pression: encore en était-il de même pour le foie, les hypocondres et toutes les régions de l'abdomen, qui présentaient pareille sensibilité sans que l'on pût y reconnattre la présence d'aucune tumeur. Au milieu de ces symptômes de consomption, la langue était parfaitement naturelle, et l'appétit s'était maintenu comme en bonne santé.

On ne pouvait donc baser le diagnostic que sur la sensibilité confuse de l'abdomen, la teinte du facies, l'état de prostration des forces et la difficulté ou plutôt l'embarras des digestions. Quoique ces indications fussent loin d'être suffisantes, il fut jugé d'un commun accord qu'il y avait lieu de soupçonner une dégénérescence cancéreuse de l'estomac, ou tout au moins une affection éminemment grave du tube digestif En effet, bientôt l'accablement devint extrême, et le malade mourut dans le marasme, au mois de janvier 1846, n'accusant toujours que très peu de douleur.

L'autopsie confirma pleinement nos prévisions; mais nous ne pouvions nous attendre à tant de désordres d'après les symptômes observés. La capacité de l'estomac était réduite au quart environ de l'état normal (à peine pouvait-il contenir 300 grammes de liquide); ses parois, dans toute leur étendue, avaient au moins quatre centimètres d'épaisseur, et ne présentaient que l'aspect d'un tissu lardacé et désorganisé d'où s'écoulait à la pression un liquide sanieux et fétide. Au milieu de ces lésions générales, les deux ouvertures étaient cependant restées libres, bien que leur pourtour fût induré presque au même degré que les parois. Il s'était en outre établi des adhérences intimes entre le foie, l'estomac, le pancréas et les ganglions mésentériques, qui tous ensemble ne formaient qu'une masse cancéreuse. Toute la face postérieure du foie surtout était dans un état de complète dégénérescence, tandis que trois petites tumeurs seulement, déprimées en godet, faisaient un peu relief au milieu de la face antérieure.

Ces deux observations sont, il me semble, assez intéressantes sous le rapport de l'obscurité et de l'insuffisance des signes qui se sont manifestés. Quand on songe à la gravité des lésions des deux estomacs, il est difficile de concevoir qu'il n'y ait pour ainsi dire jamais eu de vomissements, et surtout que l'appétit se soit conservé presque jusqu'à la dernière extrémité. D'un autre côté, l'absence de douleur, qui a lieu dans l'un des cas, est au moins aussi singulière que l'anomalie qui s'est présentée dans l'autre à cet égard. Il est donc juste de joindre ces deux faits à ceux qui ont paru déjà pour témoigner de la bizarrerie des maladies des voies digestives, et dénoter la difficulté d'arriver à leur connaissance parfaite.

Du reste, on ne trouvera pas extraordinaire que nous n'ayons rien pu découvrir au moyen de la palpation, quand on saura que, dans le premier cas, nous avions à explorer un abdomen très volumineux qu'il était impossible de déprimer suffisamment pour atteindre la tumeur, et que, dans le second, l'estomac se trouvait entièrement retiré sous les côtes.

NOUVELLES.

M. le docteur François Broussais, médecin en chef de l'hôpital militaire de la Salpêtrière à Alger, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur, sur la proposition spéciale du maréchal gouverneur-général de l'Algérie.

— On annonce de Vienne la mort subite du baron de Dürkeim, l'un des médecins les plus renommés de cette capitale, et qui était l'un des chefs du service sanitaire de tout l'empire.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 JUIN 1846. (19e ANNÉE.) N°. 76. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'urétrite blennorrhagique et de son traitement.

(Suite du numéro du 16 juin.)

Lorque la blennorrhagie a gagné le col de la vessie, il survient une inflammation vive de cette région. Besoins fréquents d'uriner, ténesme vésical, contractions douloureuses de l'organe, tels sont les symptômes de la cystite du col. Cette affection est des plus tourmentantes, pour le médecin comme pour le malade. Elle empêche les sujets qui en sont atteints de vaquer à leurs occupations. Lorsque cet accident a lieu, c'est une raison de plus d'insister vigoureusement sur le traitement antiphlogistique. Mais vous rencontrerez assez souvent des malades chez lesquels ces moyens sont usés sans que l'accident inflammatoire soit guéri. Il y a des conditions dans lesquelles la sensibilité, l'élément nerveux domine sur l'élément inflammatoire. Ici la douleur est mère de l'inflammation, c'est à l'élément nerveux qu'il faut s'attaquer, et on s'en rend maître souvent par un moyen très simple et tout-puissant, c'est l'administration d'un quart de lavement froid. Il faut combattre cet accident très rapidement, parce qu'il peut très bien se propager et gagner en étendue. Les quarts de lavement froid constituent une médication spécifique, surtout lorsqu'on les additionne d'une certaine quantité d'opium, 10 ou 20 gouttes de laudanum de Sydenham; on répète ces lavements deux fois par jour, ou seulement le soir. Pour ajouter encore à l'effet du médicament, il n'est pas mal de composer le lavement avec la décoction de têtes de pavots : le malade devra tâcher de conserver le lavement.

Nous arrivons maintenant, comme complication de la chaudepisse, à l'histoire de l'épididymite blennorrbagique. Elle constitue un accident qui se trouve sur la limite de la période aiguë et au commencement de la période de déclin de l'inflammation urétrale, une des conséquences de la période de chronicité. Nous pouvons donc terminer ce que nous avions à dire du traitement de la blennorrhagie, pour revenir plus tard et plus longuement sur l'histoire de l'épididymite.

Lorsque l'on est arrivé à arrêter les progrès de l'inflammation urétrale, que la période de déclin commence, quelle est la méthode à suivre? Faut-il insister encore sur les méthodes autiphlogistiques absolues? Y a-t-il des malades qui, sous l'influence de cette médication seule, finissent par guérir? Nous devons dire, pour le plus grand nombre, non. Ceux qui guérissent sont fort peu nombreux, et forment l'exception. La blennorrhagie urétrale a toujours une graude tendance à passer à l'état chronique; aussi faut-il prendre garde de favoriser cette tendance. Il est un moment où il faut que la vitalité revienne, où il ne faut pas relâcher les tissus. Si vous établissez une stagnation de la circulation, les tissus restent engorgés, sans consistance, sans élasticité. Dans ces cas, la guérison devient presque impossible.

A mesure que l'inflammation diminue, et ce qui vous l'indique, c'est la diminution de la douleur pendant l'émission de l'urine, la surface enflammée étant moins sensible, et l'urètre se laissant plus facilement distendre par l'urine, la période de déclin commence. La cessation de la douleur pendant la miction est un signe plus certain de la résolution de la maladie, que la cessation de la douleur pendant les érections. La persistance de la douleur pendant l'érection est simplement une preuve de la rigidité des tissus, qui ont perdu leur élasticité, leur souplesse. Que faire alors? Il faut employer des moyens thérapeutiques moins relâchants qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Les malades devront boire moins abondamment; on leur fera prendre des bains moins fréquents et moins prolongés. Puis lorsque vous êtes sûr que la marche de la maladie ne présente plus d'oscillations, qu'elle est franchement en voie de résolution, que la convalescence est bien déclarée, vous arrivez aux antiblennorrhagiques proprement dits. Chez certains malades vous observerez ceci, qu'arrivée à une certaine période, l'inflammation n'obéit plus et ne cède qu'à condition que vous allez l'attaquer par les antiblennorrhagiques, les balsamiques. Dans ces cas, il faut suspendre entièrement les bains; vous voyez tous les jours dans la ville commettre des hérésies de pratique contre lesquelles nous devons vous prévenir; celle, par exemple, qui consiste à faire prendre des bains aux malades en même temps qu'on leur administre le copahu ou le cubèbe. Rien ne reproduit plus vite et plus facilement un écoulement qu'un bain intempestif. Ainsi donc, suppression totale des bains; le malade ne prendra de boissons que juste ce qu'il lui faudra pour satisfaire à sa soif. Même alimentation sévère et thérapeutique sédative des organes génitaux, les préparations campbrées. Vous observerez, en effet, qu'une pollution nocturne est souvent une condition qui rappelle l'écoulement urétral; c'est ordinairement le surlendemain que la récidive a lieu.

En administrant les antiblennorrhagiques comme nous l'avons formulé, faut-il, à mesure que vous attaquez la chaudepisse par le cubèbe et le copahu, les faire accompagner d'injections? Dans le traitement abortif, le premier acte du médecin, c'est l'injection. Mais, ici, les circonstances ne sont plus les mêmes. Plus vous êtes voisin d'une période aiguë qui vient de s'éteindre, moins vous devez vous hâter dans l'emploi des injections. Des injections irritantes, cautérisantes auraient l'inconvénient de risquer d'ajouter à l'inflammation et de lui faire reprendre un degré d'acuité et d'intensité qu'elle venait de perdre. Si vous avez affaire à des blennorrhagies phlegmoneuses, vous surprenez, si nous pouvons nous exprimer ainsi, les tissus engorgés, vous déterminez de la plasticité; un temps d'arrêt survient, et vous obtenez de l'induration. Nous le répétons : à la fin des blennorrhagies aiguës, ne vous hâtez pas de faire des injections lorsque la période de déclin commence. Nous attendons ordinairement quatre à cinq jours, pendant lesquels nous employons les balsamiques. Si la maladie continue à décroître, s'il y a continuité dans le déclin de l'affection blennorrhagique, nous associons alors les injections aux moyens indirects; mais, tant qu'il y a une décroissance assez rapide, on doit se tenir à la médication dont on retire des avantages, c'est-à-dire aux balsamiques et astringents.

Lorsque après quatre, cinq ou six jours on arrive à un *statu quo*, ou se sert alors des injections comme adjuvants des médicaments internes. Pour la nature et la composition des injections à mettre en usage, elle varie. Les injections de nitrate d'argent à haute dose peuvent trouver ici leur application lorsque l'on est convaincu que l'on est parvenu à la période de déclin bien prononcée, que l'on n'a plus affaire à une urétrite phlegmoneuse. Lorsque l'inflammation n'est plus que catarrhale, qu'il n'y a point de douleur dans l'érection, vous obtiendrez d'excellents effets des injections de nitrate d'argent à haute dose. Mais comme en général elles sont quelque peu douloureuses, qu'elles ont en outre quelques petits inconvénients, tous les malades ne les acceptent pas avec la même facilité. Vous pouvez alors donner la préférence à des injections résolutives plus douces. Celles auxquelles à cette époque nous nous arrêtons en général sont composées de cette manière :

Eau de roses,	200 grammes.
Sulfate de zinc,	1 gramme.
Sous-acétate de plomb liquide,	1 gramme.

Comme composé pharmaceutique, c'est une préparation qui n'a pas le sens commun, et qui est contre toutes les règles de la logique. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle réussit comme médicament. Vous n'oublierez pas, en prescrivant cette injection, de recommander au malade d'avoir soin d'agiter la bouteille avant de s'en servir, afin que le précipité soit tenu en suspension daus le liquide au moment où

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Félicitations à l'Académie de médecine. — Motifs qui rendent plus précieuse l'élection de M. Malgaigne. — Les déceptions du scrutin. — Scène bizarre et véridique. — La carte écornée et la vieille femme. — Une admonestation. — Motifs d'agir avec courage et énergie. — Un poëme inédit.

Bien! très bien! C'est à l'Académie de médecine que je parle; voilà une bonne, belle et utile élection; voilà les nouveaux membres qu'il faut à cette compagnie pour lui transfuser un peu de sang jeune et vigoureux; pour donner à ses séances de l'intérêt et de l'animation; pour augmenter le nombre, si petit, hélas! de ses écrivains et de ses orateurs. M. Malgaigne, en effet, nature exceptionnelle et privilégiée, a été si généreusement dotée par Dieu, qu'il manie avec la même habileté, avec la même puissance, deux armes redoutables, la parole et la plume. Improvisateur d'une étonnante facilité, M. Malgaigne possède le don rare d'émettre ses idées avec ordre et méthode, de les revêtir de formes littéraires, de les soutenir avec une chaleur qui s'élève souvent jusqu'à l'éloquence. Tel il s'est montré dans les différents concours où il a déjà figuré avec tant de distinction; tel il s'est montré au Congrès médical, dont il a été un des plus éminents orateurs. Comme écrivain, son style est pur, sobre, sévère, châtié; il manque peut-être d'ampleur et de coloris, mais il rachète cette absence par l'énergie, la clarté, l'enchaînement logique et naturel des idées, qualités si rares et si précieuses. Tel il s'est montré dans les nombreux écrits que l'on doit à sa plume; tel il s'est montré surtout dans son introduction d'*Ambroise Paré*, que je qualifie de chef-d'œuvre de critique historique et littéraire. C'est une des plus précieuses acquisitions que l'Académie ait faites depuis longtemps. Le succès de M. Malgaigne a été ratifié par l'opinion publique.

Polémiste ardent et vigoureux, M. Malgaigne s'est présenté à l'Académie avec tous les avantages mais aussi avec tous les inconvénients que donne cette position. Les émotions récentes que sa généreuse initiative avait soulevées, faisaient de sa candidature un événement considérable pour l'Académie. Il était visible qu'un parti puissant, non par le nombre, mais par la position, s'opposait avec énergie à son élection. Tout ce qui pouvait se faire a été fait pour la combattre. Vains efforts! la même majorité qui frappa de son blâme sévère la chirurgie aux miracles, s'est retrouvée mardi dernier pour récompenser le critique indépendant et courageux. Aussi le succès de M. Malgaigne est accepté non-seulement comme succès académique, mais encore comme une solennelle et ultime protestation en faveur de la liberté d'examen. Pour apprécier si j'ai raison de tenir ce langage, faites par la pensée un petit revirement dans la position, supposez que M. Malgaigne a échoué, et dites si là-bas, dans les colonnes de tel journal que je pourrais nommer, on eût trouvé des formes assez expansives, assez bruyantes de jubilation pour célébrer cet échec, pour l'interpréter à la plus grande gloire de qui vous savez. Les lumières, le bon sens et l'indépendance de l'Académie ont dispensé qui vous savez de se mettre en frais de réjouissance, et par ma foi, bien sincèrement je n'en suis pas fâché.

L'Académie semble vouloir entrer, pour ses élections, dans une voie qui mérite toutes sortes d'encouragements. Elle aspire à se recruter désormais parmi les hommes d'un talent véritable et éprouvé, qui auront donné des gages d'un travail sérieux et soutenu, et qui présenteront d'autres titres à faire valoir à ses suffrages que ceux que donnent soit des amitiés complaisantes, soit des présentations plus ou moins nombreuses sur les listes des candidatures. L'Académie ne peut pas être, ne doit pas être un bureau d'*omnibus* où le premier arrivé prend le premier numéro. La maxime *chacun son tour* peut être fort évangélique, mais à coup sûr elle est peu académique. Ce doit toujours être le tour du plus digne et du plus apte. Qu'un homme véritablement éminent se présente en concurrence avec de vieux habitués des listes de présentation, celles-ci doivent être oubliées en présence d'une supériorité incontestable. Une candidature, qu'on me passe cette comparaison, est une partie de piquet; une fois perdue, il faut recommencer, les points faits ne peuvent pas compter pour la suivante; vous seriez arrivé à 99, si le nouveau joueur accuse quinte, quatorze et le point, *on ne joue point*, selon le vieil adage. — Ceci vous prouve que je suis d'une certaine force sur le cent du curé. — Voilà les principes, en candidatures, qui me paraissent en voie de prévaloir à l'Académie de médecine, principes fondés en raison et en équité; principes que j'espère voir appliquer dans la première élection chirurgicale en faveur d'un des derniers candidats; et dans les sections de médecine — pourquoi le cacherais-je? — en faveur de M. Trousseau, qui me semble vierge encore de toute présentation.

— Comme je l'avais annoncé, les déceptions ont été nombreuses, amères, poignantes. M. Robert, qui a fait preuve d'une intrépidité rare en assistant au dépouillement du scrutin, était comme abasourdi en voyant ces défections cruelles que l'urne trahissait. Il a perdu, ou plutôt il n'a pas retrouvé plus d'un grand tiers de ses voix *promises*. M. Manec est encore plus maltraité, il est à la recherche de la moitié de son monde. C'est bien pis pour M. Huguier, qui en réclame les trois quarts. Je ne sais rien des infortunes de M. Larrey. Le plus singulier de tous est M. Vidal, qui n'attendait que douze voix et qui en a reçu quinze. Quant à M. Malgaigne, il a été certainement victime de quelque erreur de scrutin; car, ayant obtenu 54 voix, à l'heure qu'il est 62 membres lui protestent avoir voté pour lui. A la fin de la semaine, il aura une majorité foudroyante.

— Du reste, une scène bizarre s'est passée mercredi, à la sortie de la séance de la Société de chirurgie. MM. Malgaigne, Vidal, Robert et Huguier se sont rencontrés et ont devisé tout naturellement de l'élection de la veille. Chacun parlait de ses promesses reçues, de ses douleurs et de ses déceptions. L'idée vint à l'un de ces messieurs de tirer son *agenda* de sa poche, et d'énumérer nom par nom les honorables académiciens dont il croyait être sûr.

— M. tel, disait M. Robert, m'a donné sa promesse formelle.

— Ainsi qu'à moi, disait M. Malgaigne; le voilà sur ma liste.

— Mais c'est impossible, répliquait M. Huguier; le voilà en tête de la mienne.

— Ceci devient original, ajoutait M. Vidal; je le trouve parmi les plus chauds de mes hommes.

— Et M. tel autre, continuait M. Robert, je l'ai marqué : *très sûr*.

— Et moi donc : *voix certaine*, faisait voir M. Malgaigne.

— Lisez aussi, s'exclamait M. Huguier : *assurée*.

— Je n'en disconviens pas, disait M. Vidal; mais je l'ai mis aussi parmi les *non douteux*.

Et ainsi firent-ils d'une douzaine.

— C'est immoral, s'écriait M. Robert indigné.

— C'est fort triste, disait M. Huguier affligé.

— Ce sont des *voies détournées*, disait très flegmatiquement M. Vidal.

— Je ne saurais qu'y faire, riait M. Malgaigne triomphant.

Je certifie la réalité de cette scène pour laquelle l'Académie, je l'espère, aura la même indulgence qu'on a au palais pour les plaideurs qui perdent leur procès; on sait qu'ils ont vingt-quatre heures pour maudire leurs juges : or, cette scène se passait le mercredi, les candidats étaient donc dans le délai légal.

— Je connais un candidat qui a perdu une voix bien par sa faute. Fatigué, vers la fin, de faire par lui-même les visites obligées, il trouva commode d'envoyer des cartes. Son émissaire était une vieille femme, qui, dans son désir de bien faire, pénétra jusque dans le cabinet d'un honorable académicien et lui remit, en mains propres, la carte écornée du candidat. L'académicien s'est fâché sérieusement : « Je pardonnerais la carte, disait-il; mais la vieille femme, jamais. »

— M. Pariset a remis à demain, mardi, sa lecture académique contre le rapport de M. Prus. Il sera précédé à la tribune par M. Londe, qui doit aussi combattre quelques opinions du rapport. L'Académie va passer fort agréablement, comme on le voit, sa saison

il fera l'injection. Les injections astriugentes résolutives doivent être faites plusieurs fois par jour, deux ou trois fois. C'est là une pratique de laquelle nous nous écartons rarement; nous pensons que trois injections suffisent dans les vingt-quatre heures. Les répéter plus souvent, ce serait risquer d'irriter par l'action mécanique de la seringue le point sur lequel porte le bec de l'instrument, et dans ce cas, les inconvénients l'emporteraient sur les avantages. La moyenne la plus favorable et la plus efficace est donc ordinairement de trois injections par jour. Avant chacune d'elles, on recommande au malade d'uriner; ce qui offre le double résultat d'enlever et d'expulser au dehors la matière purulente qui pourrait séjourner sur le point du canal, siége de l'hémorrhagie, et de ne point enlever le dépôt formé par la matière de l'injection sur le point malade, ce qui arriverait si l'urine y passait quelque temps après l'injection. Avec la marche que nous venons de vous indiquer, vous guérirez quatre-vingt-dix-huit blennorrhagies sur cent : l'insuccès sera donc l'exception assez rare.

Lorsque l'on a manqué le traitement abortif ou que le malade est venu vous consulter trop tard, il faut se contenter du traitement que l'on peut employer. Mais, même en s'entourant des précautions les plus complètes, toutes les blennorrhagies cèdent-elles ? Il s'en faut de beaucoup. Le plus grand nombre guérissent, mais il y en a qui résistent, et alors il faut bien étudier les causes de la persistance de l'affection et chercher parmi les moyens directs d'autres moyens que ceux qui ont été mis en usage. Ainsi, vous avez les injections vineuses, soit avec le vin de Bordeaux d'abord, soit avec le vin de Roussillon. Nous nous sommes quelquefois bien trouvé d'une injection ainsi composée :

Vin de Roussillon,	150 grammes.
Eau de roses,	50
Tannin, de	1 à 2 grammes.

Plus vous serez éloigné de la période aiguë, plus vous aurez affaire à l'élément muqueux simple, et plus cette thérapeutique vous réussira. Quelques centigrammes d'alun ne sont quelquefois pas sans utilité dans le mélange précédent.

Une injection que nous vous recommandons vivement dans la période de déclin de la blennorrhagie, lorsque l'écoulement passe à l'état chronique et prend la forme de blennorrhée, c'est la solution d'iodure de fer ainsi composée : 0,10 ou 0,20 grammes d'iodure de fer pour 200 grammes d'eau distillée. On fait trois injections par jour. A la suite de ces injections, le malade ressent une légère douleur dans l'urètre ; l'écoulement devient séreux et diminue peu à peu ; le malade rend par l'urètre comme une matière gommeuse, et l'affection marche rapidement vers la guérison.

On a beaucoup recommandé, d'après Hunter, une formule d'injections dans laquelle entre comme substance active le deutochlorure de mercure. Nous n'aimons pas cette formule; si vous voulez des liquides irritants, le nitrate d'argent est préférable. Le deutochlorure de mercure a le grand inconvénient de *tanner* en quelque sorte les tissus, d'en désorganiser la surface, et vous risquez de produire des rétrécissements. Si la blennorrhagie a résisté aux injections à haute dose, aux injections astringentes, on se trouvera souvent bien des injections de nitrate d'argent à doses fractionnées, c'est-à-dire à la dose de 0,10 gr. de nitrate d'argent pour 200 gr. d'eau distillée. On fait de ces injections trois fois par jour. Sous leur influence, et régulièrement, l'écoulement diminue et finit par disparaître. Chez quelques malades, au contraire, à cette faible dose même, à la première, à la seconde ou troisième injection, le canal de l'urètre s'échauffe, s'irrite, et l'écoulement s'accroît, devient sanguinolent, comme avec les injections à haute dose. Si cet accident se manifeste, laissez reposer un peu les sujets que vous traitez ; au bout de peu jours, souvent la maladie s'arrêtera.

Le traitement de la blennorrhée chronique, de la goutte militaire, est de beaucoup plus difficile et plus inefficace que celui de la blennorrhagie aiguë ; nous ne sachions pas de maladie plus rebelle, plus tenace que la goutte militaire. Ici, la plupart des moyens ont été employés et épuisés, souvent sans résultat. La cause de cette persistance est ordinairement dans des altérations de tissus, analogues à celles que l'on peut rencontrer dans toutes les périodes de la blennorrhagie que nous avons signalées. Chez ces malades qui présentent des écoulements tenaces et rebelles, il est nécessaire tout d'abord d'explorer l'urètre. Toutes les fois qu'un malade se présentera à votre examen avec un écoulement persistant, commencez par reconnaître l'état des parties ; sans cette précaution, les malades ne manqueront pas de vous rendre responsable de la formation des rétrécissements qui entretiennent l'écoulement, et qui existent souvent au moment où vous voyez le malade pour la première fois.

Assurez-vous bien d'abord que l'urètre est libre ; s'il n'y a pas de lésion matérielle, vous essayez de nouveau, et avec énergie, le cubèbe et le copahu ; sont-ils inutiles, la térébenthine cuite, à la dose de 4, 6, 8 grammes et plus par jour, réussira fréquemment. Nous accompagnons l'administration de ces pilules de térébenthine de tisane d'*uva ursi* pour boisson, édulcorée avec le sirop de Tolu. Quelquefois nous associons à ce traitement les astringents, l'extrait de ratanhia. A cette période de chronicité, nous nous trouvons souvent assez bien de l'emploi des ferrugineux, le lactate de fer, le sirop de Tolu, contenant une certaine quantité de citrate de fer ; sirop dont nous avons donné la formule dans un article précédent. Quelquefois, vous devez faire sur la muqueuse urétrale des cautérisations superficielles avec le porte-caustique de M. Lallemand. Cette cautérisation se fait en spirale; l'instrument une fois introduit et ouvert, on le retire assez rapidement en lui imprimant un mouvement de rotation sur lui-même, de manière à ne point laisser, s'il est possible, un seul point du canal de l'urètre qui n'ait été en contact avec le caustique. Les phénomènes qui suivent ces cautérisations sont, à peu de chose près, les mêmes que ceux qui succèdent aux injections à haute dose. Si la première ne suffit point, on fait une seconde cautérisation, quelquefois plus. Il est assez commun de voir une ou ou deux opérations seulement suffire pour tarir complétement un écoulement.

On se trouve bien quelquefois de l'emploi de bougies; au bout de huit ou dix jours de leur usage, l'écoulement disparaît. Mais il faut avoir soin, après avoir déterminé un peu d'irritation, et fait repasser l'écoulement de l'état chronique à l'état aigu, de suspendre l'emploi des bougies. Vous trouverez des malades chez lesquel la maladie s'éteint sous l'influence de cette méthode sans passer préalablement à l'état aigu. Cette variation dans la marche de la blennorrhagie dépend des conditions individuelles des sujets. Nous avons réussi dans certains cas avec des mèches sèches introduites dans le canal de l'urètre. Voici comment on s'y prend : on roule en spirale, sur un mandrin fin, une mèche de linge effilé d'un centimètre de largeur, et on l'introduit dans une sonde de gomme élastique dont l'extrémité vésicale est coupée. L'appareil une fois introduit dans l'urètre, on retire la sonde de gomme en laissant le mandrin dans le canal, puis ensuite on retire doucement le mandrin lui-même, en exécutant des mouvements de rotation en sens inverse de celui dans lequel a été roulée la mèche. La mèche reste dans l'urètre. On est obligé de placer une mèche nouvelle après chaque émission d'urine. On a conseillé, pour la goutte militaire, des bougies médicamenteuses. Tous les médicaments qui ont été employés en injections peuvent être appliqués sur des bougies. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire, comme on l'a dit, d'employer des bougies de gélatine, qui ne peuvent servir qu'une fois et sont fort chères. Des bougies de cire remplissent le même but.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Orchite parenchymateuse survenue presque spontanément. Traitement d'après la méthode de M. Vidal (de Cassis). Remarques cliniques.

Nous avons, dit M. Robert, dans le service un malade qui porte une affection dont je veux vous entretenir quelques instants parce qu'elle n'est pas commune, et parce que son histoire ne datant que de quelques années, n'est pas encore parfaitement connue. Il s'agit d'un cas d'orchite parenchymateuse.

Le malade est un serrurier en voiture, âgé de quarante-quatre ans; il est d'une constitution grêle, mais à muscles secs, nerveux et impressionnable; du reste, d'une assez bonne santé habituelle. Il a eu un écoulement blennorrhagique il y douze ans; mais cet écoulement n'a duré que peu de temps, et n'a point laissé de traces de son existence. Il est marié, et a déjà des enfants d'un certain âge. Il assure qu'il mène une conduite très régulière. Vers la fin du mois d'avril dernier, il eut une bronchite intense et longue, pour laquelle il passa quelques jours à l'hôpital. Il retourna chez lui dans les premiers jours de mai, mais il ne put reprendre son travail que quinze jours plus tard, c'est-à-dire vers le 20 du même mois. A cette époque, en travaillant dans son atelier, il éprouvait facilement le sentiment de la fatigue à cause de la faiblesse qu'il ressentait encore de sa dernière maladie, mais il se trouvait assez bien.

Le 25 au soir, après avoir travaillé comme à son ordinaire, il alla boire une bouteille de vin à la barrière avec de ses amis, puis s'est couché sans souffrir nulle part. Pendant la nuit, il éprouva une vive douleur dans le testicule, accompagné d'une sensation d'engourdissement. Pourtant, le lendemain matin, il reprit son travail, mais il ne put le continuer que deux heures, tellement ses douleurs étaient devenues violentes.

Le testicule, dit-il, avait grossi beaucoup; il présentait trois ou quatre fois son volume normal. Les douleurs s'irradiaient du côté du rein gauche et dans le flanc correspondant, sans s'étendre à la cuisse.

Le 27, il eut de la fièvre et des douleurs tellement aiguës, qu'elles le privèrent entièrement de sommeil; le malade les comparait à celles qu'on éprouve à la suite d'une forte compression du testicule.

Le 28, il se fit transporter dans cet hôpital et entra dans notre service. C'est le lendemain matin, quatrième jour de la maladie, que nous le vîmes pour la première fois. Nous lui trouvâmes beaucoup de fièvre et d'agitation ; il avait même les traits du visage sensiblement altérés. Le testicule présentait la forme d'une tumeur ovoïde de la grosseur d'un gros œuf de poule, l'épididyme ne pouvait pas en être distingué ; elle était très dure, douloureuse à la pression, sans aucune apparence de fluctuation ; la peau était chaude, un peu rouge; le cordon testiculaire et le canal déférent n'offraient ni tuméfaction, ni sensibilité anormale.

A quelle maladie avions-nous affaire ? Il s'agissait évidem-

---

d'été, son automne et une partie de l'hiver prochain dans cette discussion que je déclare interminable.

— Jeudi dernier, le Conseil royal de l'instruction publique s'est assemblé pour délibérer sur la conduite d'un agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris, qui couvre de son titre de docteur l'exercice illégal de la médecine. Après une longue discussion, le Conseil a décidé que l'agrégé serait *admonesté*. Le voilà bien puni et bien empêché !

Je l'ai dit souvent, de l'excès du mal doit sortir le bien, et, sous ce rapport, l'immense scandale de quelques procès a été très favorable à la réaction qui se prépare. L'insouciance d'nn grand nombre de médecins a fait place à l'étonnement et à l'inquiétude. Les dangers de la déplorable législation qui nous gouverne commencent à émouvoir tous les esprits. Que moyennant une amende, dont le maximum est de quinze francs, on puisse exercer la médecine à la condition de ne pas se dire médecin, quoi donc ! en affichant le dédain et le mépris pour cette noble profession, en insultant ceux qui l'exercent, n'est-ce pas la meilleure des choses dans ce meilleur des mondes ? Et les prévenances, les courtoisies du parquet envers ceux qui s'exposent aux tous petits désagréments de la police correctionnelle pour soulager l'humanité souffrante, et les complaisants éloges de la presse pour l'accusé, ses compte-rendus infidèles et le retentissement des débats, n'avons-nous pas la plus mauvaise grâce possible à nous plaindre de cet état de choses ? N'est-ce pas un vil et cupide intérêt qui nous guide, et, comme on l'a dit si académiquement, y a-t-il là d'autre question qu'nne question de boutique?

Allons, allons, chers confrères, du courage, de la persévérance, de l'énergie; ce n'est que par un changement radical de notre absurde législation que nous viendrons à bout de nous garantir, de garantir la société contre ces audacieux empiétements. Ce changement, nous l'obtiendrons si nous le voulons tous, si nous agissons avec ensemble et harmonie, si nous nous réunissons tous dans le même intérêt et la même intention, la dignité de notre art, la sécurité des familles.

Associez-vous d'abord, et qu'au moment des élections générales votre association fasse une démarche auprès de votre candidat à la députation pour lui parler de nos besoins, de nos souffrances, de nos griefs.

Faites couvrir d'innombrables signatures la pétition que la Commission permanente vous a adressée. Ici, croyez-le bien, nous ne sommes pas au repos; des démarches importantes se préparent dont vous serez prochainement instruits. La réalisation des vœux du Congrès a été confiée à des hommes de cœur et de dévoûment qui ont accepté sans restriction l'honorable et immense mission qui leur a été confiée, qui la mèneront à bonne fin pour si peu que vous leur veniez en aide, et qui ne se laisseront ni décourager par les obstacles, ni intimider par d'audacieuses provocations.

— Voulez-vous que je vous ramène à des idées plus souriantes !

Par un usage antique et solennel, la Société royale de médecine d'une ville que je ne peux nommer, se réunit tous les ans en un banquet, et le président dont les fonctions expirent en cédant le fauteuil à son successeur doit lui faire une petite allocution. Cette année, et tout récemment, le banquet a eu lieu et le discours aussi. Mais le président qui s'en va, un des hommes les plus aimables, les plus spirituels et — alliage rare — les plus érudits que vous puissiez connaître — la plume me démange de vous écrire ici son nom — a fait son allocution en vers. Ce petit poème est charmant. Tiré seulement à vingt-cinq exemplaires numérotés, l'auteur m'a fait la gracieuseté de m'envoyer le numéro 8. Ce véritable cadeau bibliographique m'a trouvé fort reconnaissant. Mais, thésauriseur avare, garderai-je pour moi seul ce joyau précieux? Non, bien-aimé lecteur, je veux que comme moi vous jouissiez de ces vers si faciles et si gais, et généreusement je vous les abandonne.

Jean Raimonn.

PETIT REMERCÎMENT A MM. DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE.

Messieurs,

Songeant, hier, à la grande journée
Qui clôture, ce soir, mon règne d'une année,
J'éprouvais, je l'avoue, un terrible souci
En cherchant le moyen de vous dire : merci!
Moi, perdu dans vos rangs, pauvre soldat indigne,
Moi, votre élu deux fois! — Honneur trois fois insigne!
Que faire, pour quitter le fauteuil dignement?
J'invoquais, en mon cœur, les Saints du firmament,
Et surtout saint Tibulle, — un saint peu catholique,
Lorsque ce nom romain de poëte érotique
Me rappela les jours, enfuis depuis longtemps,
Où je chantais aussi mes amours de vingt ans,
Où je faisais rimer *ma dame* avec *ma flamme*
Dans des vers aux Chloris *qui régnaient sur mon âme!*
Hélas! le temps n'est plus des bouquets à Chloris!
Toujours jeune, l'Amour a peur des cheveux gris,
A tire d'aile, un soir, le fugitif s'envole,
Mais l'Amitié nous reste, — et le cœur se console!
A votre intention, mes bons, mes chers amis,
De rimailler encor qu'il me soit donc permis:
Je reprends pour un jour, — rétrospectif délire! —
Le pipeau délaissé qui me servait de lyre,
Et je vais employer, dans ces touchants adieux,
Le classique jargon, nommé langue des dieux.
Quand je fus appelé, Messieurs, par vos suffrages,
A guider notre nef à travers les orages,
Mon cœur fut transporté d'un immense bonheur;
Mais, je vous le confesse, en même temps j'eus peur!
Sauzet au petit pied, fort novice en mon rôle,
Je devais, à propos, accorder la parole,
La retirer soudain, si, par trop excité,
L'orateur se portait à quelque extrémité.....
Ma foi! je me sentais prêt à perdre la carte,
Lorsque, en étudiant notre immuable charte,
Je fus bien rassuré, car, — j'en bénis le ciel! —
J'étais un président constitutionnel!
Modérateur tranquille et presque inviolable
De travaux dont il est assez peu responsable,
Directeur-citoyen de paisibles débats,
Le président préside et ne gouverne pas!
Plus libre que les rois, ces augustes Tantales,
Qui n'osent, un moment, quitter leurs capitales,
Sans craindre de trouver, à l'heure du retour,
L'Anarchie, en haillons, ameutant le faubourg,
Moi j'ai pu, roi bénin d'un peuple bénévole,
Faire, tout un grand mois, la buissonnière école;
Exempt de tout souci, tel, le roi d'Yvetot,
Quand, s'étant levé tard, il se recouchait tôt!
Alors je pris la poste, et président-touriste,
Du Congrès médical j'allai grossir la liste.
— Voyage éblouissant! dont le doux souvenir
Rayonnera sans fin sur mes ans à venir!
Trop heureux si je pus, à l'œuvre impérissable,
Porter, manœuvre obscur, mon obscur grain de sable!
Quand je revis ...., après de si beaux jours,
Dans mon petit Etat la paix régnait toujours;
Les factions dormaient : l'humide hydropathie,
Le brumeux magnétisme et l'homéopathie,
La tourbe des fléaux affublés d'un nom grec,
Médecine à l'eau chaude, à l'eau froide, au bifteck,
Ces rejetons bâtards de l'arbre de science,
N'avaient osé surgir pendant ma longue absence!
Je revins..... ah! Messieurs, quel enivrant accueil!
Mon cœur, mon estomac, gonflés d'un juste orgueil,
De ce jour, à jamais, garderont la mémoire,
Tant vous m'avez comblé de truffes et de gloire!
Mais j'essouffle, à plaisir, mon Pégase fourbu,
Quand un punch nous attend, qui devrait être bu!

ment d'une orchite; mais depuis quelques années des distinction pratiques ont été établies sur les éléments anatomiques plus spécialement affectés dans cette maladie, de sorte qu'aujourd'hui le mot orchite n'est plus qu'une expression générique à laquelle se rattachent plusieurs espèces bien différentes. En effet, l'inflammation peut affecter l'épididyme (épididymite); la tumeur peut être constituée par un épanchement aigu de la tunique vaginale (vaginalite); enfin, il peut y avoir inflammation de la substance propre du testicule; c'est l'orchite, désignée dans ces derniers temps par M. Vidal (de Cassis), sous le nom d'orchite parenchymateuse.

La plus fréquente de ces trois espèces d'inflammation est sans contredit l'épididymite, qui peut exister seule, et qui se rattache ordinairement à l'existence d'une blennorrhagie urétrale. De son côté, la vaginalite peut aussi exister seule, et j'ai eu deux fois l'occasion de l'observer chez des individus qui, après une course prolongée, avaient été exposés à un froid vif. Pourtant, le plus souvent, comme l'a fort bien établi M. Velpeau, l'inflammation de l'épididyme se complique d'une exhalation de sérosité dans la tunique vaginale, et constitue l'orchite blennorrhagique ordinaire; et dans quelques cas même il faut y joindre un certain degré d'empâtement survenant dans la peau du scrotum, comme l'a très bien observé ce professeur.

S'agit-il ici d'une de ces formes d'orchite? Non. En effet, lorsqu'il y a épididymite, l'on sent dans la région occupée par l'épididyme une tumeur dure, douloureuse, allongée, beaucoup plus saillante en haut, en bas et en arrière que partout ailleurs, se continuant ordinairement avec le canal déférent, presque toujours plus volumineux qu'à l'état normal. Au-devant de cette tumeur, l'on sent le testicule ayant sa forme, son volume et sa mollesse accoutumée. La tumeur inflammatoire est presque toujours placée derrière le testicule; mais il ne faut pas oublier que par un vice de conformation l'épididyme peut être placé au-devant de l'organe sécréteur, et alors s'il y a épididymite, la tumeur occupe aussi une position inverse de celle que nous venons de lui assigner. J'ai déjà observé deux fois cette circonstance, qui pourrait, faute d'attention, être une cause d'erreur dans le diagnostic. Dans le cas actuel, la tumeur n'a rien de semblable à celle de l'épididymite, car elle comprend à la fois le testicule et son appendice. Lorsqu'il y a épanchement aigu dans la tunique vaginale, la tumeur présente à sa partie antérieure une rénitence élastique, et quelquefois même la transparence peut y être constatée. Dans le cas qui nous occupe, il n'y a rien de semblable. La tumeur est très dure et non élastique dans toute son étendue; elle appartient donc au corps même du testicule et à l'orchite dite parenchymateuse.

De toutes les variétés que nous venons d'indiquer, cette dernière est assurément la plus grave par ses symptômes, par la violence des douleurs qui l'accompagnent et par les conséquences possibles de l'inflammation. Cette gravité, comme l'a fait observer avec raison M. Vidal (de Cassis), dépend de ce que la substance propre du testicule enflammé trouve dans la structure dure et fibreuse de la tunique albuginée une résistance qui s'oppose au développement du gonflement inflammatoire, et produit ici des phénomènes analogues à ceux de l'étranglement, phénomènes que l'on retrouve partout où des tissus cellulaires, vasculaires ou autres étant enflammés, sont recouverts de plaies fibreuses résistantes qui les brident et les compriment lorsqu'ils sont enflammés. Dans le testicule, cette compression exercée par la tunique albuginée explique la violence des douleurs et la réaction sympathique observée chez notre malade; cette même circonstance doit faire craindre que l'inflammation n'acquière promptement une grande intensité et ne donne lieu à la suppuration ou à la gangrène du testicule. En supposant même qu'aucun de ces accidents n'eût lieu, n'est-il pas à craindre que la substance du testicule gravement atteinte par l'inflammation ne soit ultérieurement impropre à remplir ses fonctions et qu'il ne s'ensuive l'atrophie de l'organe? J'ai observé deux fois des adultes ayant un testicule atrophié, et, remontant à l'origine du mal, j'ai appris qu'ils avaient eu des orchites plusieurs années auparavant; je suis porté à croire qu'ils ont eu des orchites parenchymateuses. D'ailleurs, A. Cooper rapporte une observation qui établit manifestement la possibilité de cette atrophie par suite d'inflammation. Il rapporte qu'un individu ayant eu dans sa jeunesse une inflammation du testicule, survenue à la suite d'un bain de rivière pris pendant qu'il avait très chaud, fut malade pendant plusieurs semaines, et observa que la glande disparaissait par une véritable absorption au fur et à mesure que l'inflammation se dissipait. Quelques années après le testicule avait entièrement disparu, et le cordon spermatique se terminait en une petite tumeur du volume d'un pois.

M. Vidal, à qui l'on doit une bonne description de l'orchite parenchymateuse, a le mérite aussi d'avoir établi les bases du traitement rationnel qu'il convient de lui opposer. Les antiphlogistiques, suivant lui, ne sont que d'un faible secours. La compression, appliquée avec succès à d'autres espèces d'orchites, ne pourrait évidemment être supportée; et, d'ailleurs, n'est-il pas évident qu'elle viendrait encore ajouter à l'étranglement existant? Il faut donc alors faire cesser cet étranglement causé par la tunique albuginée sur la substance enflammée du testicule, en pratiquant à cette tunique une incision qui, à proprement parler, n'est qu'un débridement.

Tout en accordant à M. Vidal la part qui lui convient pour avoir formulé ces indications thérapeutiques, nous devons dire cependant qu'il n'est point le premier chirurgien qui ait osé porter l'instrument tranchant sur la glande séminale. J.-L. Petit avait adopté pour pratique de faire des scarifications sur le testicule, dans les cas où il était le siége d'une contusion grave. Il rapporte, entre autres, l'observation d'un cavalier qui, ayant reçu un coup de pied de cheval sur le scrotum, vit cette partie devenir noire et très volumineuse. On fit d'abord des incisions superficielles, qui furent insuffisantes. J.-L. Petit ouvrit des deux côtés les tuniques vaginales, et fit sortir de leur cavité du sang coagulé; les testicules étaient peu gonflés et peu douloureux. Mais à la levée de l'appareil, ce chirurgien vit qu'ils parurent plus gros, durs, très sensibles et d'une couleur brune, ce qui lui fit penser que ces organes étaient contus et infiltrés; en conséquence, il fit à chacun d'eux une incision de huit ou dix lignes de longueur, coupant, dit-il, la membrane albuginée jusqu'à la substance propre du testicule. Il ne survint aucun accident remarquable, et le malade guérit.

Du reste, en rapportant ces faits, je rappelle de nouveau que J.-L. Petit se proposait seulement, par cette pratique, d'évacuer le sang épanché et, par conséquent, de prévenir l'inflammation; mais il n'a nullement parlé de son application au traitement des inflammations du testicule, dont l'idée appartient entièrement à M. Vidal.

D'après ses idées, nous avons procédé hier, 30 mai, au débridement de cette orchite. Voici comment nous avons opéré:

Une incision de quatre centimètres, parallèle au grand diamètre de la tumeur, nous a permis de pénétrer du premier coup dans la tunique vaginale, d'où s'est écoulée immédiatement une cuillerée à café environ de sérosité à moitié coagulée. La tunique albuginée ayant paru au fond de cette incision, dont les bords se sont immédiatement écartés, j'ai fait à cette membrane une incision d'un centimètre, ainsi que le pratique M. Vidal, ce qui a pu être exécuté sans difficulté ni douleur. Les bords de l'incision se sont fortement écartés, et un mamelon assez volumineux, formé par la substance du testicule, a fait immédiatement hernie par cette ouverture. J'ai craint alors, je l'avoue, que cette partie ne s'étranglât secondairement, et, jugeant l'ouverture trop étroite, je l'ai agrandie en haut et en bas de manière à lui donner près de deux centimètres et demi de longueur. Les choses m'ayant paru en bon état, la plaie a été recouverte d'un linge troué légèrement enduit de cérat, et d'un cataplasme émollient. Quelques heures après le débridement, les douleurs ont diminué; le soir, elles étaient presque entièrement dissipées; le malade a dormi, et ce matin vous avez pu constater avec moi les changements remarquables survenus dans son état. La peau était fraîche, le pouls peu fréquent, le visage calme et les douleurs entièrement disparues. Quant à la tumeur du testicule, je dois dire qu'elle n'a pas encore diminué; les bords de l'incision sont très écartés, et livrent passage à une petite portion de la substance propre de cet organe, laquelle fait un peu de saillie au niveau des téguments, mais qui n'est, du reste, le siége d'aucune altération inquiétante.

L'opération que nous avons pratiquée a donc pleinement répondu à nos espérances. La violence de l'inflammation a immédiatement cédé au débridement; mais, que va devenir maintenant ce testicule incisé, quelles seront ultérieurement ses conditions fonctionnelles, c'est ce que nous allons étudier attentivement en suivant la marche des phénomènes. L'opération de M. Vidal étant encore nouvelle, et ne pouvant être définitivement jugée que par des faits, celui que nous avons sous les yeux vous offre à ce point de vue un grand intérêt.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du numéro du 25 avril.)

Vomissements. — Les vomissements constituent un accident nerveux plus fréquent qu'il n'est grave; ils se rencontrent surtout après l'abaissement, mais il n'est pas vrai de dire qu'ils manquent toujours à la suite de l'extraction. On a expliqué son développement en invoquant, dans l'abaissement, la lésion d'un ou de plusieurs filets ciliaires, qui retentirait, à l'aide du nerf grand symphatique, dont un rameau aboutit au ganglion ophthalmique, jusqu'au système nerveux de l'estomac. S'il en est ainsi, la même explication pourrait servir à rendre compte des vomissements qui surviennent après l'extraction, puisque les recherches de MM. Schreder, Pappenheim, Purkinje et Schlemm, semblent avoir établi l'existence des filets nerveux dans l'intérieur de la cornée.

Quoi qu'il en soit, les vomissements apparaissent en général fort peu de temps après l'opération de la cataracte, le plus souvent dans les premières heures, rarement plus tard; ils se succèdent quelquefois avec assez de rapidité pour fatiguer beaucoup les malades; et quoiqu'ils n'aient point par eux-mêmes de gravité, ils ont cependant l'inconvénient d'imprimer des secousses à tout le corps, de nécessiter des changements brusques dans la position de la tête; ce qui peut produire l'issue de l'humeur vitrée après l'extraction ou la réascension du cristallin après l'abaissement.

En général, pourtant, les accidents dont nous venons de parler n'ont pas lieu, et après quelques heures de durée, soit spontanément, soit à l'aide des moyens mis en usage, les vomissements cessent. Nous ne connaissons qu'un seul cas où les vomissements consécutifs à l'opération de la cataracte aient eu de la gravité; ce fait, observé par Sanson à la clinique de Dupuytren (Leçons sur les maladies des yeux. Sanson, p. 86), a trait à une jeune fille chez laquelle les vomissements se répétèrent si fréquemment et avec tant d'opiniâtreté, qu'ils entraînèrent la mort dans les vingt-quatre heures.

Lorsque les vomissements menacent de survenir, on devra surveiller attentivement le malade, et se tenir prêt à fixer convenablement la tête pendant les efforts qu'il fait pour vomir, afin d'éviter autant que possible ses déplacements trop brusques; de plus, l'emploi des antispasmodiques, d'une potion de Rivière, est indiqué; mais nous préférons avoir recours à la glace, que l'on fait prendre fragment par fragment, de manière qu'il y en ait toujours un morceau dans la bouche. Sanson dit s'être mieux trouvé, en pareil cas, de la glace appliquée en permanence sur la tête.

Douleurs névralgiques. — Dans les premiers jours qui suivent l'opération de la cataracte, l'œil peut devenir le siége de douleurs très aiguës, continues ou périodiques, qui font vivement souffrir le malade. L'examen de l'organe démontre cependant que l'état anatomique n'est point en rapport avec l'état fonctionnel; car à l'exception d'une congestion plus ou moins prononcée des tissus extérieurs de l'œil, on ne rencontre aucun désordre important qui puisse expliquer les phénomènes que l'on observe. Ces douleurs débutent souvent à l'instant où l'on s'y attendait le moins, et sans que l'on puisse rapporter leur développement à une cause appréciable. Sans doute il est très probable qu'elles sont le résultat de la lésion d'un ou de plusieurs filets nerveux ciliaires de la cinquième paire, et que l'inflammation consécutive de ces nerfs joue ici un certain rôle; mais ce n'est là qu'une hypothèse et non une démonstration.

Quoi qu'il en soit, les douleurs dont nous nous occupons surviennent également après l'extraction comme après l'a-

---

Je quitte le fauteuil: — comme un roi de la fève,
Je termine, en trinquant, mon règne qui s'achève;
Je rentre dans la foule, ainsi qu'un vieux Romain.
Je lègue au successeur qu'on me donne demain,
Avec les deux jetons qu'au budget de la ville
On m'avait alloués pour ma liste civile,
L'annuel cauchemar de faire des discours
Que rarement, Messieurs, vous trouvez assez courts;
Enfin, — superbe droit d'un rang que je regrette! —
Le pouvoir absolu...... d'agiter la sonnette!
Gros-Jean j'étais jadis, Gros-Jean me revoilà;
Dictateur périmé, je dis comme Sylla:
— *Ecoutez! que ma voix remplisse cette enceinte!*
J'ai présidé *sans peur, et je* dîne *sans crainte!*

NOUVELLES.

Nous apprenons que l'administration de la guerre va supprimer les hôpitaux militaires de Saint-Denis et de la rue de Charonne. Ces hôpitaux sont de 500 lits environ chacun; ainsi, il ne resterait plus que deux hôpitaux militaires, situés sur la rive gauche, le Val-de-Grâce et le Gros-Caillou, comprenant un total de 1600 lits, chiffre qui peut devenir insuffisant, surtout pendant le cours de décembre, janvier et février. (*Gazette médico-chirurg.*)

— Les notabilités médicales et chirurgicales, générales ou spéciales de Paris commencent déjà à se ressentir de l'influence des chemins de fer sur la centralisation. Les malades se décident plus volontiers aujourd'hui à venir demander des conseils aux grands praticiens de la capitale, ou à les faire venir en consultation. Dans quelque temps, il paraîtra tout naturel de faire une visite à Lille ou à Avignon, comme on allait autrefois à la Madeleine ou au faubourg Poissonnière. Il n'y aura de changé que le prix des honoraires. Au lieu de 3, 5 ou 10 fr., les visites ordinaires seront de 300, 500 ou 1,000 fr. Voilà un progrès incontestable que le Congrès médical n'avait pas prévu. Nous ne saurions trop engager nos jeunes confrères de Paris à passer le plus tôt possible à l'état de *notabilités médicales* ou *chirurgicales.* (*Ibid.*)

— On a reçu, par la voie des Etats-Unis et de l'Angleterre, la nouvelle de la mort de M. Aimé Bonpland, le célèbre naturaliste français, et le compagnon de voyage de M. Alexandre de Humboldt, avec lequelle il a parcouru une grande partie du globe terrestre.

M. Aimé Bonpland était né à La Rochelle vers 1772, et il était venu fort jeune à Paris pour y étudier les sciences naturelles et la botanique. En 1797, M. Alex. de Humboldt, l'infatigable voyageur prussien, étant venu en mission à Paris avec son frère Guillaume, fit connaissance et se lia d'amitié avec Bonpland. Il fut même question d'un voyage qu'ils devaient faire ensemble en Orient, à la suite de l'armée d'Egypte.

Cette excursion scientifique ayant été abandonnée par suite des difficultés que le voyageur prussien rencontra pour obtenir l'autorisation de suivre l'armée française en Orient, M. de Humboldt quitta Paris, et demanda au cabinet espagnol la permission d'aller explorer les possessions espagnoles de l'Amérique. Cette permission lui fut accordée, et il écrivit à M. Bonpland de venir le rejoindre à la Corogne, où les deux illustres voyageurs s'embarquèrent à bord d'un navire espagnol. Ils arrivèrent, au mois de juillet 1799, à Cumana, et depuis cette époque, jusqu'en 1804, M. Bonpland partagea tous les travaux scientifiques et les périls de M. de Humboldt. A leur retour en Europe, ils travaillèrent ensemble à l'ouvrage intitulé: *Voyage aux régions équinoxiales du nouveau continent fait en* 1799, 1800, 1801, 1802, 1803 et 1804.

M. Bonpland obtint de l'impératrice Joséphine la place d'intendant des jardins de Navarre et de la Malmaison, et plus tard il publia un opuscule sur les plantes que l'on cultivait dans ces deux domaines de l'impératrice.

Vers 1810, M. Bonpland s'embarqua de nouveau pour Buénos-Ayres, et il séjourna quelque temps à Candelaria, au sud du Parana, sur le territoire d'Entro-Rios. Il s'occupa activement de mettre en état de rapport quelques plantations du Paraguay. A la fin de 1821 son établissement fut détruit, et lui-même fut fait prisonnier par le dictateur Francia. Il est resté ainsi pendant dix ans prisonnier du dictateur Francia, qui enfin lui avait permis d'aller s'établir à Corrientes. C'est dans cette ville qu'il est mort il y a quelque mois.

— James Marsh, le célèbre chimiste, vient de mourir à son domicile de Beresfort-street, Woolwich. On sait qu'il est l'inventeur de l'appareil pour reconnaître la présence de l'arsenic, appareil généralement employé maintenant dans la jurisprudence médicale. M. Marsh n'avait que cinquante-sept ans.

— Après un long et pénible voyage, le docteur Ernest Cloquet, premier médecin du shah de Perse, est arrivé à Téhéran le 6 mai. M. le comte de Sartiges, chargé d'affaires de France, a présenté, le lendemain de son arrivée, le docteur Ernest Cloquet au monarque persan et à son premier ministre, qui lui ont fait un accueil des plus bienveillants.

baissement et le broiement, et elles sont susceptibles d'offrir des caractères variés et variables. Ainsi, les douleurs sont limitées au globe oculaire. C'est la névralgie ciliaire; elles existent autour de l'orbite sans se propager à l'œil; c'est alors une névralgie circum-orbitaire qui peut occuper le nerf nasal, le sus-orbitaire, le sous-orbitaire, le temporal, etc. Elles peuvent exister à la fois dans l'œil et dans les nerfs sensitifs qui l'avoisinent, et donner alors naissance à une névralgie complexe appelée névralgie oculo-circum-orbitaire. Enfin les douleurs névralgiques ont encore pour caractère de se déplacer, d'un instant à l'autre, avec la plus grande facilité. Aujourd'hui le malade souffre de l'œil, demain il souffrira de l'œil et de la région circum-orbitaire, ou bien encore l'œil aura cessé d'être affecté; mais les douleurs auront envahi le nerf sus-orbitaire; plus tard elles passeront au temporal, au maxillaire inférieur, ainsi de suite, pour revenir quelque temps après au nerf qu'elles auront précédemment quitté.

Tout en affectant une marche aussi peu régulière, les douleurs n'en conservent pas moins un caractère identique; si elles étaient continues au début, elles restent continues; il en est de même quand elles ont un type intermittent, et, en passant d'un nerf à l'autre, le mal reste ce qu'il était : il n'y a que son siége de changé....

La durée de la névralgie ciliaire et circum-orbitaire n'a rien de fixe; cette maladie, surtout lorsqu'elle n'est pas franchement intermittente, résiste souvent à la plupart des médications que l'on met en usage contre elle, et elle persiste ainsi fort longtemps, soit que les douleurs s'affaiblissent peu à peu, soit qu'elles aillent en augmentant d'intensité.

Dans quelques cas, l'état névralgique de l'œil s'accompagne d'une réaction générale caractérisée par l'accélération du pouls, la chaleur de la peau, l'animation de la face, etc.

Il importe de ne pas confondre les douleurs névralgiques dont nous venons de parler avec les douleurs symptomatiques qui peuvent également exister dans l'œil et aux environs de l'orbite, mais qui reconnaissent pour point de départ une iritis chronique, par exemple. Cet état de l'œil a plusieurs caractères qui lui sont communs avec l'état névralgique; ainsi, outre les douleurs qui ont un siége souvent semblable, il peut exister dans les deux cas du blépharospasme, du larmoiement, une vive sensibilité à la lumière, une congestion des membranes vasculaires de l'organe, un sentiment de propulsion du globe au dehors. Cependant, les douleurs sont loin d'avoir dans les deux cas le même degré de violence; la forme d'accès est bien plus tranchée dans la névralgie que dans l'iritis, et, de plus, l'examen de l'iritis peut mettre sur la voie de même que la marche de la maladie.

Cette complication de l'opération de la cataracte est quelquefois très grave; elle fait souffrir au malade des douleurs atroces, et il arrive dans quelques cas que l'état névralgique se termine par la cécité.

Nous n'insisterons pas sur le traitement, qui n'est autre que celui de la névralgie ciliaire et de la névralgie circum-orbitaire spontanée. Nous dirons seulement que l'on a employé tour à tour avec des succès divers, selon les différents cas, les émissions sanguines générales ou locales, les dérivatifs sur l'intestin composés de calomel et de jalap; la potion de Rivière, la belladone, la jusquiame, l'opium, l'asa fœtida, le camphre, les frictions d'onguent napolitain; le sulfate de quinine, le sous-carbonate de fer; l'électricité, les fomentations d'eau de laurier-cerise, les irrigations d'eau froide, etc.

Défaut d'éducation du sens de la vue. — Lorsque l'on a pratiqué sans succès l'opération sur un malade affecté de cataracte congénitale, il ne faut pas s'attendre à ce que la vision se rétablisse immédiatement, comme cela a lieu dans les cas ordinaires. L'œil qui reçoit alors pour la première fois les images des corps extérieurs manque de l'habitude qui lui serait nécessaire pour s'en rendre un compte exact. Le nouvel opéré, surtout si c'est un enfant, est en quelque sorte ébloui par l'étrangeté du nouveau spectacle qui s'offre à ses yeux. Tout le frappe, mais tout le frappe à la fois; de sorte que ne comprenant rien à cette scène nouvelle, il continue pendant quelque temps à vivre comme par le passé, et à se servir du toucher, organe qu'il considère comme supérieur à celui de la vue parce qu'il lui paraît un guide plus sûr dans la connaissance du monde extérieur. Peu à peu, cependant, il parvient à analyser davantage les choses que ses regards rencontrent, et, le sens du toucher aidant, il finit par distinguer des autres certains objets qu'il retient et reconnaît ensuite. Souvent le chirurgien devra intervenir pour forcer en quelque sorte les malades à exercer le sens de la vue. Il leur présentera lui-même différents corps en s'assurant bien qu'ils ont été vus et distingués sans le secours du toucher. Pour y parvenir, on est forcé souvent de tenir fixées les mains de l'opéré. Pour vaincre cette habitude de se servir du sens de la vue et non de celui du toucher, Dupuytren avait pris le parti pour un enfant de lui lier les mains derrière le dos et de le forcer à marcher dans cette position. Carron-Duvillard a eu recours à la faim pour obtenir qu'un de ses jeunes opérés se servît de la vue qu'il venait de lui rendre.

Ainsi, on vient de voir que chez les enfants il ne suffit pas qu'une opération de cataracte congénitale réussisse, en tant qu'opération, mais qu'il est encore nécessaire que l'opérateur complète son ouvrage en dirigeant convenablement l'éducation de l'organe, qui, abandonné à lui-même, pourrait être pendant fort longtemps sans utilité réelle pour le malade.

Formule d'une pommade antiophthalmique; par M. le docteur FLORENT-CUNIER.

Bioxyde de mercure,	20 centigr.
Huile de foie de morue,	4 grammes.
Cérat,	2 grammes.

M. et F. par porphyrisation suffisamment prolongée, une pommade aussi parfaitement homogène que possible.

Cette pommade, que M. Cunier emploie spécialement pour combattre les ulcérations interciliaires, a donné de non moins bons résultats à cet habile praticien lorsqu'il l'a employée pour le traitement topique des nuages de la cornée par suite de pannus vasculaire, et pour réprimer le pannus celluleux, les ulcérations atoniques, etc.

Sixième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Jallat.
Thierry.
Vanier, du Havre.
Jeanne.
Lembert aîné.
Louis, membre de l'Académie royale de médecine.
Duchesne-Duparc.
Soula.
Cornay.
Le Saulnier.
Vallerand de La Fosse.
James, de Blaye, n.-m. à Alger.
Loir.
Nonat, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Lemesnier-Desmolais.
Pinel-Grandchamp.
Legros (Félix).
Laugier, membre de l'Académie royale de médecine.
Ribes.
Selle.
Michea.
Georges Buchel.
Pichard.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) Nos. 77. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Anthrax abdominal. Incision cruciale. Cessation des accidents. Guérison. Observation suivie de réflexions sur la nature et le traitement de cette affection; par M. G. GOGUÉ, interne des hôpitaux.

L'anthrax est une affection qui, sans être rare, ne se rencontre cependant pas très fréquemment, même dans nos hôpitaux. Si les auteurs ne sont pas encore d'accord sur quelques points de l'histoire de cette maladie, si les praticiens diffèrent encore d'opinion sur le meilleur moyen thérapeutique à employer dans ce cas, nous croyons qu'il ne faut pas en chercher la raison ailleurs que dans le peu de fréquence de cette affection, le peu d'attention qu'on lui accorde, sans doute à cause de sa terminaison, qui est rarement fâcheuse.

Comme la question que nous allons aborder est non-seulement théorique, mais encore pratique, on nous permettra d'exposer ici les points en litige, et d'appeler l'attention sur ce sujet. Nous allons d'abord rapporter le fait qui s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Jobert.

Le nommé Morel (Félix), âgé de cinquante-cinq ans, chapelier, entra à l'hôpital Saint-Louis le 3 juin 1846, et est couché au numéro 50 de la salle Saint-Augustin.

Cet homme, sans cause appréciable, a déjà eu, il y a dix ans environ, plusieurs clous ou furoncles à la fesse gauche.

Dans le mois de mars 1846, il fut également atteint de deux autres furoncles situés à l'aine gauche, au-dessus du ligament de Fallope; ceux-ci n'ont duré à peu près qu'une semaine, et ont fini par suppurer et guérir. Pour tout traitement, il n'employa que du diachylon. Deux petites cicatrices à peine apparentes indiquent le lieu qu'occupaient ces furoncles.

Enfin, un mois plus tard, le 25 mai 1846, il s'aperçut d'une petite tumeur située au flanc droit, sur la paroi abdominale, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A son début, cette tumeur avait tout au plus le volume d'un petit pois; elle était acuminée, rouge, douloureuse, et à son sommet un petit point blanc s'y remarquait. Le malade y fit d'abord peu d'attention, plaça dessus du sparadrap, et pensa que ce ne serait qu'un clou.

Mais, le 1er juin 1846, malgré le diachylon et le repos au lit, la tumeur avait acquis un volume considérable; la douleur était devenue intolérable et le sommeil impossible. Ces raisons engagèrent ce malade à venir à la consultation de M. Jobert, qui le reçut dans son service le 3 juin 1846. On constata alors l'état suivant :

Le malade accuse au niveau de la tumeur une douleur continue, brûlante, lancinante, et assez vive pour l'empêcher de marcher et même de dormir depuis plusieurs nuits. Cette tumeur, évidemment développée dans l'épaisseur des téguments, ou mieux, immédiatement au-dessous de la peau de l'abdomen, a environ le volume d'un gros œuf de poule; elle revêt la forme d'un segment de sphère ou celle d'un cône, dont la base, large comme la paume de la main, est tournée vers la cavité abdominale; son sommet est légèrement excorié; mais le derme ne présente aucune ouverture, et ne sécrète aucune goutte de pus. De plus, cette tumeur, d'un rouge vif à la base et violacé au sommet, est dure et chaude au toucher. Une pression même légère exaspère la douleur.

La région inguinale droite, du côté correspondant à la tumeur, offre deux ganglions lymphatiques qui sont engorgés et douloureux à la pression. En interrogeant le malade, on acquiert la conviction qu'il n'y a eu dans ces jours derniers ni urétrite simple ou syphilitique, ni écorchure aux pieds. De plus, il n'existe chez ce malade aucun des caractères qui puissent faire supposer l'existence d'une diathèse scrofuleuse. Il paraît donc raisonnable de rapporter ces engorgements ganglionaires à la présence de la tumeur dont nous avons parlé.

La peau de l'abdomen, surtout au voisinage de la tumeur, est tendue et ne se prête que difficilement aux mouvements de la cuisse du côté droit. Le malade éprouve aussi une sensation de pesanteur sur les viscères abdominaux qui se trouvent au-dessous de la tumeur.

Quoique le malade dise avoir perdu l'appétit, et être constipé depuis trois jours, il n'existe qu'une céphalalgie légère et des phénomènes fébriles peu intenses. On n'observe point, du reste, ces symptômes d'embarras gastrique qui accompagnent assez souvent cette espèce de tumeur.

D'après les symptômes que présentait ce malade, M. Jobert diagnostiqua un anthrax simple, bénin ou furonculeux. Avant d'inciser la tumeur, ce chirurgien fit remarquer qu'après l'incision on verrait sans aucun doute les accidents disparaître, et cela dans l'ordre suivant : La douleur, qui est si vive, cesse presque immédiatement; les symptômes généraux, tels que la céphalalgie, la fièvre, l'anorexie, ne tardent point à à disparaître; puis la rougeur, la chaleur, la dureté, la tuméfaction des tissus diminuent chaque jour jusqu'à ce que le bourbillon soit complétement éliminé. Enfin, à partir de ce moment, la petite plaie se déterge, les bourgeons charnus apparaissent, la cicatrisation commence et s'opère rapidement.

Telle était la marche que devait suivre cette affection.

Le 4, dixième jour de la maladie, M. Jobert incise crucialement la tumeur furonculeuse jusqu'à sa base, et prescrit l'application de cataplasmes émollients. Un peu de sang et quelques gouttes de pus s'écoulèrent de la plaie.

Aussitôt après l'incision, la douleur, au dire du malade lui-même, est disparue.

Le 5, la tumeur n'était plus douloureuse à la pression; celle-ci, cependant, est pratiquée avec assez d'intensité pour expulser la petite quantité de pus qui s'est formée depuis la veille. La rougeur, la dureté, la tuméfaction étaient aussi notablement diminuées. L'appétit est revenu : on lui accorde trois portions d'aliments.

Le 8, quatre jours après l'incision de la tumeur, le bourbillon se détache, on l'enlève en totalité.

Ce corps est allongé, jaunâtre, pulpeux, spongieux, imprégné de pus, et ne présente ni vaisseau, ni cette odeur si caractéristique de la gangrène; il est mou et s'écrase facilement sous le doigt.

Dans un point de la circonférence de la plaie, on remarque une légère ulcération du derme qui semblait correspondre au sommet de la tumeur.

Le 11, la portion de peau qui concourait à former la tumeur n'est plus engorgée et peut être facilement pincée, ce qui était complétement impossible les jours précédents. Les deux ganglions inguinaux ne sont plus douloureux, ni même engorgés.

Il ne reste plus qu'une petite plaie; pour en hâter la cicatrisation, on la cautérise avec le nitrate d'argent, et on la panse avec un plumasseau de charpie enduit de pommade au minium.

Le 15, la cicatrisation, sans être encore complète, est si avancée que le malade demande son *exeat;* M. Jobert le lui accorde.

Tous les auteurs regardent à bon droit l'anthrax comme une inflammation du tissu cellulaire adipeux contenu dans ces aréoles que présente la face profonde du derme, inflammation caractérisée par la présence et l'élimination d'un corps spongieux, jaunâtre ou grisâtre appelé *bourbillon*. C'est sur la nature de celui-ci que diffèrent les opinions. En effet, les uns veulent le considérer comme une eschare celluleuse, les autres comme un simple produit de sécrétion, une véritable pseudo-membrane. En outre, les premiers, pour expliquer la mortification de cette partie du tissu cellulaire, ont admis qu'il y avait étranglement du tissu logé dans les aréoles du derme.

En résumé, pour le plus grand nombre, il y aurait dans l'anthrax :

1° Etranglement du tissu intra-aréolaire;

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

TROISIÈME CHAPITRE. — *Mode d'emploi des eaux salines muriatiques.*

CURE SÈCHE ET CURE PURGATIVE.

Cure sèche. — Les eaux salines muriatiques des bords du Rhin offrent, comme on a pu le voir par les analyses précédentes, de remarquables analogies. Il résulte de cette conformité de composition, que les mêmes préceptes s'appliquent aux unes et aux autres, et qu'il est permis d'imposer des règles générales à leur mode d'administration.

En réunissant ainsi toutes les sources dans une seule classe pour ne tenir compte que de leurs propriétés communes, en laissant de côté les vertus accidentelles, on saisit mieux le sens thérapeutique de ces eaux minérales. Une observation frappe alors le médecin, c'est que partout, à Hombourg, à Kissingen, à Nauheim, il y a deux sortes d'effets obtenus, et par suite deux ordres de moyens mis à la disposition des malades. Le premier se compose de la cure sèche, *cura sine catharsi;* la seconde, de la cure purgative, *cura per catharsin.*

Ce ne sont pas des degrés d'un même traitement, ce sont deux traitements qui correspondent à des indications différentes. Qu'à Kreutznach, par exemple, des furoncles se développent à la suite des bains ou qu'il apparaisse seulement de rares pustules, que les rougeurs soient promptes ou lentes à se manifester, que la peau même reste insensible, rien n'est changé, le plus souvent, aux résultats curatifs. Eût-on prévu la forme et l'intensité des éruptions que provoquent les bains, on aurait toujours prescrit le même mode d'administration.

Il n'en est pas ainsi des eaux bues à la source. Tel individu guérira par une purgation continue qui aggraverait infailliblement la maladie d'un autre. Cette distinction est donc d'une extrême importance pour le médecin qui dirige le traitement, et pour celui qui, conseillant une source à son malade, doit savoir à l'avance les effets qu'elle détermine.

Dans la cure sèche, on boit depuis un demi-verre jusqu'à deux verres d'eau minérale, le matin à jeun, très peu de temps avant le premier déjeuner.

Dans quelques cas, il convient d'y revenir le soir, avant le dîner de cinq heures, ou avant le souper.

La dose, qui n'a rien d'ailleurs et ne peut avoir rien de précis, doit être telle qu'il y ait tous les jours une garderobe facile, non diarrhéique.

Chez les personnes habituellement constipées, une garderobe facile chaque jour constitue une diarrhée relative; si de plus, elle n'est obtenue qu'après des coliques assez vives, et avec les signes qui suivent ordinairement l'administration d'un purgatif, il faut modérer la dose. Le meilleur est de supprimer d'abord la boisson du soir, l'expérience ayant démontré que le matin la digestion des eaux est plus facile, et de diminuer ensuite graduellement le nombre de verres.

La sévérité du régime est ici plus nécessaire que dans la cure par les évacuations alvines. Le malade, en effet, est toujours sur la limite d'une purgation qu'on veut éviter, et que le moindre excès, la plus légère imprudence suffiraient pour déterminer. Aussi, le mouvement, la précaution de boire par petits coups, le choix des aliments qui suivront l'ingestion du remède, sont-ils particulièrement obligatoires.

Lorsqu'on prescrit les eaux salines muriatiques hors de la source, il faut redoubler d'attention, et commencer par de très petites doses. A Paris, nous ordonnons d'abord un seul demi-verre aux adultes, et un quart de verre aux enfants. Quand les malades gardent le lit, ou que leur alimentation est médiocrement surveillée comme dans les hôpitaux, nous faisons prendre en plusieurs fois cette petite quantité. Peu à peu l'estomac s'y habitue, et le médecin peut en ordonner davantage en surveillant les effets qui doivent lui servir de mesure.

Il est cependant des circonstances où cette marche pleine de prudence manquerait le but. Certaines personnes rebelles aux purgatifs n'ont rien à craindre d'une quantité d'eau saline beaucoup plus considérable; d'autres ne résistent à la purgation qu'en débutant par une forte dose qui agit alors sur leur tendance à la diarrhée, comme les canthartiques agissent sur la diarrhée elle-même.

Ces conditions particulières doivent être connues du médecin, quoique souvent il ne puisse prévoir dans la pratique les dispositions tout individuelles que rien jusqu'alors ne lui a révélé. L'action des eaux minérales est plus difficile à apprécier dans la cure *sine catharsique* dans l'autre. Nous connaissons les effets des purgatifs par des expériences répétées. On les administre tous les jours sous toutes les formes, et leurs indications sont rangées à juste titre parmi les mieux définies de la thérapeutique. Avec ces médicaments la crise est déterminée d'avance : on sait par quels appareils elle doit s'opérer; il ne reste plus qu'à en calculer les conséquences. Quand un remède agit localement, le trouble favorable qu'il apporte dans l'économie s'explique et se mesure. La sécrétion intestinale est le point de départ des autres modifications, qu'elles aient lieu par contiguïté, révulsion, ou par sympathie. Or dans une affection bien caractérisée, dont les symptômes se succèdent suivant les lois pathologiques, nous pouvons préciser par la diminution des accidents la vertu curative du médicament, en même temps que les évacuations alvines nous permettent de juger de la perturbation locale et par suite de la modérer.

Ainsi se trouvent mis en regard ces termes de comparaison qu'il est désirable de réunir : action physiologique du remède, action thérapeutique générale, manifestée, en même temps et par des signes faciles à reconnaître.

Il n'en est plus de même lorsque nous recourons à des modificateurs généraux, comme ceux qui composent la cure sèche. Leur localisation *à priori* est presque toujours impossible; ils influencent tous les appareils à la fois; la crise est indéterminée; souvent elle est nulle, ou du moins passe inaperçue. On n'a pas de règles absolues pour en diriger l'emploi par des symptômes évidents, pour arrêter à temps leur administration. Comme ils opèrent sur l'individu tout entier, leurs effets se ressentent de la généralité de leur action; les purgatifs s'imposent aux tempéraments individuels, et tendent à les ramener à un seul; ils établissent dès le commencement une constitution pathologique devant laquelle s'effacent les diversités des idiosyncrasies. Une fois la sécrétion intestinale augmentée, les fonctions qui s'y rattachent sont modifiées parallèlement. Le grand résultat obtenu par le médecin c'est d'avoir, qu'on nous passe le mot, substitué la constitution d'un homme purgé à celle d'un homme placé dans les conditions ordinaires.

Les médicaments généraux, au contraire, agissant avec plus de lenteur, n'introduisant pas dans l'économie un changement si brusque, ne produisant aucun de ces troubles fonctionnels auxquels sont subordonnés tous les autres, ressentent le contre-coup du tempérament plutôt qu'ils ne le donnent. Ils manifestent leur intervention par des symptômes variables, suivant les individus qui s'y soumettent. Aussi leur étude pour conduire à des notions vraiment pratiques doit-elle être faite d'après d'autres données que celles des remèdes à réactions locales. Tandis que ces derniers se jugent surtout en regard des maladies définies régulièrement, ceux-là ont besoin, pour être appréciés à leur juste valeur, d'être mis en rapport avec des états maladifs plus vaguement circonscrits. Ces états généraux, auxquels tout le corps est

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75.

2° Mortification de ce tissu, ce qui constituerait le bourbillon.

Ces deux propositions, établies par nos anciens maîtres et soutenues par presque tous les chirurgiens modernes, ont été mises en doute, je dirai plus ont été niées par un auteur consciencieux et éclairé. Pour qu'il en fût ainsi, on comprendra facilement combien il lui fallait à la fois et de bardiesse et de conviction.

Aussi M. Nélaton, s'appuyant d'une part sur les rapports anatomiques du derme et du tissu cellulaire sous-jacent, d'autre part sur plusieurs faits pathologiques qu'il dit avoir observés avec la plus scrupuleuse attention, nie les deux propositions précédentes. Afin de ne point altérer la pensée de cet auteur et de ne point affaiblir les arguments qu'il cite à l'appui de son opinion, nous lui emprunterons le passage suivant ; de cette manière le lecteur lui-même en appréciera mieux la valeur.

« Disons de suite que cette théorie renferme une double erreur ; qu'il n'y a pas d'étranglement ; que le bourbillon n'est pas du tissu cellulaire gangréné, mais un simple produit de sécrétion, une véritable pseudo-membrane.

1° *Il n'y a pas d'étranglement.* En effet, les aréoles du derme, les unes coniques, les autres hémisphériques, sont toutes tellement disposées, qu'elles correspondent par une base largement épanouie au tissu cellulaire sous-cutané. Par conséquent, lorsque l'inflammation vient s'emparer du tissu cellulo-graisseux logé dans ces aréoles, ce tissu, en refoulant légèrement la couche celluleuse sous-jacente, pourra se développer librement et parvenir à la plus grande augmentation de volume, sans rencontrer autour de lui aucun obstacle. Peut-être nous objectera-t-on que les paquets graisseux intra-dermiques sont fixés dans l'intérieur des aréoles par les vaisseaux et les nerfs qui les traversent, pour aller ensuite s'épanouir dans les papilles ; qu'ainsi suspendus à un pédicule inextensible, ils ne peuvent abandonner l'enceinte trop étroite qu'ils occupent, et qu'ils présentent dès lors les conditions les plus favorables à l'étranglement et à la gangrène. Mais remarquons que la partie la plus large de ces corps correspond à la couche adipeuse sous-cutanée, que cette partie dans tous les cas pourra se développer librement. Par conséquent, en admettant que les vaisseaux et les nerfs retiennent dans l'aréole le tissu cellulaire qui y est logé, l'étranglement ne sera possible que pour les parties de ce tissu qui correspondent au sommet de l'aréole ; ces parties seules seront frappées de mort, et l'eschare sera infiniment petite.

Or, le bourbillon dépasse en volume celui d'une centaine de paquets cellulo-graisseux réunis en une seule masse. Il est donc beaucoup plus considérable qu'il ne devrait l'être s'il était le résultat de la mortification du tissu cellulaire intra-aréolaire. Ajoutons que les parties gangrenées, au moment de leur élimination, présentent une odeur infecte caractéristique, et que le bourbillon est sans odeur ; que dans une eschare on retrouve la plupart des éléments de l'organe qui a été privé de vie, les vaisseaux principalement, et que dans le bourbillon, on n'observe aucune trace d'organisation ; que le tissu cellulaire qui se gangrène à la suite d'une inflammation violente est frappé de mort au moment seulement où cette inflammation acquiert son plus haut degré d'intensité, et que le bourbillon existe bien avant cette époque, car on le trouve tout formé dans la tumeur dès son apparition, et alors, comme plus tard, il n'offre aucune apparence de vaisseaux. Nous pouvons donc conclure que la forme des aréoles repousse toute idée d'étranglement ; de même que le volume du bourbillon, l'absence d'odeur caractéristique, son état inorganique, son existence au début de l'inflammation, repoussent toute idée de gangrène.

» 2° *Le bourbillon est bien produit de sécrétion pseudo-membraneuse.* Lorsque les membranes séreuses s'enflamment, elles se recouvrent quelquefois de fausses membranes ; le tissu cellulaire, qui offre vers le système séreux une grande analogie dans sa structure, ses fonctions et sa maladie, sécrète aussi dans quelques circonstances une matière blanche, un peu jaune, albumino-gélatineuse, qui est déposée dans les mailles où elles se concrètent. Ce produit pseudo-membraneux est primitivement très adhérent au tissu cellulaire dense et rouge qui l'entoure ; mais un fluide d'abord albumineux, puis un véritable pus est épanché autour de lui ; il devient moins adhérent, se détache, s'isole tout à fait et flotte comme un corps étranger dans la petite collection purulente qui s'est formée, jusqu'à ce que celle-ci s'ouvre une issue au dehors et l'entraîne avec elle. Après cette élimination, l'inflammation diminue rapidement ainsi que le volume de la tumeur ; la cicatrisation s'accomplit en deux ou trois jours ; la cicatrice est circulaire, de petite dimension et à peine apparente. » (Nélaton, Pathologie chirurgicale, t. I, p. 380.)

(La suite à un prochain numéro.)

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 30 juin 1846. — Présidence de M. Roche.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport sur la peste.

M. Londe commence par faire remarquer que tous les orateurs inscrits jusqu'ici ont attaqué le rapport. Comme membre de la Commission, il proteste contre la marche qui a été suivie, qui a fait que ce rapport, œuvre de M. Prus, ait été lu avant que la Commission l'eût entendu, ait été imprimé et distribué comme si l'Académie l'eût discuté et approuvé.

M. Londe déplore ensuite le manque d'unité de ce rapport, et les contradictions manifestes qui existent entre la première et la seconde partie. Le rapporteur a voulu ménager toutes les opinions, et c'est là un acte de condescendance blâmable ; aussi le rapport ne satisfait personne. Si l'Académie ne voulait pas prendre un parti décisif, mieux eût valu se taire.

Arrivant au fond de la question, et laissant de côté les mots mal définis de contagion et d'infection, M. Londe la pose en ces termes :

La peste peut-elle être, oui ou non, transportée d'un pays où elle règne dans des pays sains, soit par des pestiférés, soit par leurs hardes?

Que ce soit ensuite par le contact cutané ou par l'introduction de l'air vicié du pestiféré dans le poumon de l'homme sain, peu importe, puisqu'il y a toujours là une transmission contre laquelle on doit se garantir.

Eh bien, Messieurs, s'il existe un seul fait bien constaté, établissant que des relations entre des individus sains et des pestiférés, ou des individus venant d'un pays où règne la peste, aient été suivies du développement de cette maladie chez les premiers, à une époque où il n'en existe aucun cas dans la localité, et où celle-ci ne présente pas les conditions d'insalubrité au milieu desquelles apparaît la peste, si cette coexistence se présente, disons-nous, il faut maintenir les quarantaines ; mais aussi, par la même raison, l'inutilité de ces mêmes quarantaines sera démontrée, si ceux qui en demandent le maintien ne peuvent apporter à l'appui de leur opinion aucun fait offrant les garanties que nous demandons.

La seule question à étudier était donc celle que nous venons de poser. Ces questions de transmissibilité au sein de l'épidémie qu'a voulu traiter la Commission nous paraissent tout à fait insolubles et oiseuses....

M. Londe, en effet, montre que la peste en temps d'épidémie sévit tout aussi bien sur les personnes qui n'ont pas été en contact avec les pestiférés que sur les autres. La question d'isolement comme préservatif n'est pas très claire. Qui s'isole? Le riche. Où s'isole-t-il? Dans des lieux très salubres où la peste ne se développe jamais.

Ne sait-on pas d'ailleurs qu'au sein même des lieux frappés par l'épidémie certaines localités ont constamment joui de l'heureux privilége, soit à cause de l'élévation où elles se trouvent du sol, soit par tout autre motif, d'être constamment exemptes de peste *bien qu'elles restassent en communication avec les lieux environnants?* N'existe-t-il pas près de Constantinople un endroit appelé Alem-Daghe, élevé d'environ 500 mètres au-dessus du niveau de la mer, où, d'après M. le docteur Brayer, la peste n'arrive jamais? La même chose n'a-t-elle pas lieu à Malte? Et, dans les pestes qui sévissent le plus cruellement sur le Caire, la citadelle de cette ville ne jouit-elle pas, suivant Desgenettes et Clot-Bey, d'une immunité constante? Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que des personnes s'isolant dans des lieux semblables à ceux que nous venons de citer fussent plus épargnées que les individus qui restent en libre communication ; tout dépend des localités où a lieu l'isolement et du régime suivi : sur 30 personnes volontairement astreintes à une quarantaine à l'hôpital de Rass-El-Tin au Caire, dont M. Aubert Roche était médecin, 14 périrent de la peste. Sur 17 qui restèrent en libre communication avec les pestiférés, 2 seulement furent attaquées et elles guérirent. M. Aubert rapporte beaucoup d'autres faits semblables et notamment celui cité ci-dessus des casernes qui furent mises en quarantaine rigoureuse (entourées de barrière) et dans lesquelles néanmoins le nombre des morts s'éleva à 470 sur 3,000 hommes qui composaient toute la garnison. Ces résultats favorables ou défavorables aux quarantaines s'expliquent par le plus ou moins de salubrité des lieux et le régime des individus....

A quoi bon d'ailleurs cette recherche? C'est là, comme je le disais ci-dessus, soulever une question tout à fait oiseuse, et l'on ne s'est jamais avisé de s'enquérir si des ouvriers travaillant ensemble au milieu d'un marais et y contractant une fièvre intermittente, la reçoivent l'un de l'autre, alors qu'il est bien avéré que tous peuvent la recevoir du marais. La Commission pouvait donc laisser de côté cette question qu'elle a regardée comme si importante ; la seule à étudier est donc celle que nous avons posée.

Mais, dans cette étude, Messieurs, comment convient-il de procéder? Faut-il, comme l'a fait la Commission, enregistrer tous les faits, de quelque part qu'ils viennent? N'admettra-t-on que ceux qui ne peuvent être contestés? Convient-il de discuter ou, au contraire, de passer sous silence les garanties et les motifs de crédibilité que présentent les auteurs?

Il y a, Messieurs, dans le sujet qui nous occupe ici, plus d'un écueil à éviter. Si, pour combattre une seule observation isolée, prouvant la transmissibilité de la peste, nous opposons des milliers de faits, de notoriété publique, établissant la non transmissibilité de cette maladie, on ne manquera pas de reproduire à cette occasion cet argument tant rebattu, que des milliers de faits négatifs ne prouvent rien contre un fait affirmatif. Cet argument, Messieurs, est fort juste, mais il convient de ne l'employer qu'à propos, c'est-à-dire quand le fait contradictoire sera mis hors de doute ; car qui ne voit qu'avec des récits individuels jetés à travers les faits les plus évidents, les vérités scientifiques les plus solidement établies pourraient à chaque instant être remises en question par une crédulité aveugle ou par un amour-propre intéressé? Faudra-t-il, par exemple, déshériter l'œil de la fonction qui, à l'exclusion des autres organes, lui est départie, parce qu'un magnétiseur affirmera que sa somnambule lit par le dos? Et dans ce cas, les faits journaliers qui établissent l'impossibilité de la vision sans le secours des yeux, seront-ils infirmés vis à vis des personnes sensées, par le prétendu fait affirmatif du magnétiseur?

Mais, dira-t-on, les faits de transmissibilité n'ont point le merveilleux des faits magnétiques et ne sauraient leur être comparés ; je l'admets, mais en seront-ils pour cela moins sujets à être altérés quand on a intérêt à le faire? Quelle confiance, par exemple, avoir dans ces faits de transmissibilité passés dans les mystérieuses enceintes des lazarets, et mentionnés seulement par les employés des intendances sanitaires? Ne pourrait-on pas dire que, comme les faits de magnétisme animal, ils ne sont jamais vus que par ceux qui y croient (nous ne voulons pas dire qui sont intéressés à y croire), et ne se manifestent plus aussitôt que la peste est observée à la face du soleil, dans le calme de l'esprit, par des hommes éclairés et sans prévention?

Les registres de l'intendance de Marseille, dont M. le ministre du commerce a bien voulu faire parvenir le relevé à votre Commission, établissent que, depuis 1720, sur les milliers de navires qui sont entrés dans cette ville, il ne s'en est trouvé que dix ayant la peste à bord ; dans ce nombre, trois ont donné lieu à des cas successifs de peste qui se sont déclarés au lazaret parmi des personnes venant du foyer de l'épidémie : conséquemment ils ne peuvent servir à décider

---

intéressé sans qu'on puisse classifier exactement leurs symptômes, s'accommodent merveilleusement des médications diffuses. Les crises naturelles n'ont ici rien à renouveler, rien à chasser des organes ; nos crises artificielles seraient également hors de propos. La restauration doit être graduelle, imperceptible. C'est ainsi que le produit la nature dans les cas les plus heureux. C'est ainsi qu'agit encore la médication à laquelle nous avons donné le nom de *cura sine catharsi*.

Nous ne pouvons donc mieux faire comprendre les vertus que nous attribuons à ce mode de traitement qu'en indiquant à grands traits les diverses circonstances où se révèle surtout son influence. Plus tard, et à l'occasion de chaque maladie, nous aurons à traiter des indications spéciales. Ici, nous cherchons seulement à donner un aperçu des propriétés générales par des exemples plutôt que par des définitions.

S'il était possible de se conformer aux classifications accoutumées, et de ranger les eaux salines muriatiques dans quelqu'une de ces grandes divisions, comme les antiphlogistiques, les antispasmodiques, les altérants, etc., on simplifierait singulièrement cette tâche difficile ; mais depuis qu'on dit et répète que telle source est excitante, telle autre débilitante, on n'a pas fait faire à la science des eaux minérales assez de progrès pour engager à persévérer dans la même voie.

La cure sèche est particulièrement recommandable dans les cas où le sang pèche par défaut de cruor, soit que l'anémie succède à de grandes émissions sanguines nécessitées par une maladie inflammatoire, à des hémorrhagies, à des fièvres intermittentes prolongées ; soit qu'elle accompagne la chlorose ; soit qu'on l'observe dans la goutte atonique, etc., dans ces débilités si graves qui résultent de l'abus des alcalins. Les longues convalescences ; les dépérissements insensibles qui n'ont pas leur cause dans une affection organique cancéreuse ou tuberculeuse ; les dyspepsies atoniques provoquées par une mauvaise alimentation, une vie oisive ou toute autre influence extérieure, présentent encore les mêmes indications.

Ce sont, comme on le voit, des états plutôt que des espèces pathologiques. De leur unité dépend l'unité du remède, qui n'a pas et ne peut avoir d'autre définition que celle de ses effets curatifs. Or, toutes les formes de désordres vagues, de faiblesses ou de langueurs dont nous venons de parler appartiennent réellement à la même famille ; elles se complètent pour ainsi dire l'une par l'autre. La dyspepsie amène l'anémie, comme l'anémie à son tour appelle la dyspepsie ; la débilité musculaire précède ou suit les digestions imparfaites : c'est un cercle qu'on peut parcourir en commençant par n'importe quel point de son contour.

Une fois que le traitement par le chlorure de sodium à dose non purgative a fait justice de ces dispositions maladives, quand l'anémie a été remplacée par une entière appropriation de l'hématose, des phénomènes d'un autre ordre sont provoqués par le médicament. On n'a plus de désordres à combattre, l'individu est rentré dans les conditions habituelles de son existence : le remède agit alors sur un homme sain, et produit ce qu'on appelle communément ses effets physiologiques. C'est à ce temps de la cure qu'il faut rapporter les congestions actives vers la tête, vers les poumons, vers le rectum ou la vessie que tous les observateurs ont mentionnées. Il est impossible de déterminer à l'avance le moment précis où le malade, saturé en quelque sorte, n'a plus à attendre du remède que ces dangereuses impulsions. Mais si, dans la pratique, le médecin doit mettre en œuvre toute sa sagacité, il a besoin, dans l'exposition des faits, de séparer les deux périodes pour ne pas s'abandonner à une confiance irréfléchie, ou ne pas s'arrêter par excès de défiance.

Les eaux de Hombourg peuvent être prises pour type des sources chargées de sel marin ; elles contiennent, outre le chlorure de sodium, une quantité notable de fer : le *Stahlbrunnen* en particulier en renferme plus que bien des eaux réputées ferrugineuses. Or, la plupart des indications que nous venons de passer en revue ne se rapportent-elles pas aux propriétés admises des médicaments martiaux? S'il en est ainsi, et que les eaux de Hombourg produisent seulement les effets des composés ferrugineux, il est inutile d'y insister davantage. Le fer est assez bien connu, comme tous les médicaments qui font partie de la matière médicale courante. Dire que les eaux d'Elisabeth ou de Kaiser-Brunnen sont bonnes à prescrire dans tous les cas où le fer est indiqué, c'est dire aujourd'hui une chose qui se peut comprendre et suffit aux médecins éclairés. Ces analogies apparentes ne sont pas vraies au fond. Ce n'est pas dans le fer qu'il faut chercher la mesure et la raison de l'efficacité des eaux salines, mais bien dans le sel lui-même. Quoique de grossières ressemblances puissent au premier abord autoriser une sorte de rapprochement entre les eaux chlorurées et les eaux ferrugineuses, on aperçoit, en étudiant avec plus de soin, des différences essentielles.

D'abord les sources de Soden qui ne contiennent que des traces de fer Kreutznach si peu riches en principes ferrugineux, Forrach et Niederbronn, en France, qui ne contiennent pas de fer, ont les mêmes vertus que Kissingen ou Hombourg.

Mais on a pour juger la question un fait encore plus décisif. Les eaux minérales de Hombourg que nous recevons à Paris sont moins chargées de gaz qu'à la source même : elles ont par conséquent laissé déposer une partie de l'oxyde de fer qu'elles tenaient en dissolution à la faveur d'un excès d'acide carbonique. Dès que la bouteille est débouchée, le reste de l'acide se dégage, le fer est précipité en entier et forme un dépôt couleur de rouille que les malades se gardent bien d'avaler. Et cependant, quoique le sel marin soit devenu le seul principe actif renfermé dans la dissolution, l'eau n'est pas moins efficace dans le traitement de l'anémie. Voilà pour les preuves chimiques, passons maintenant à la démonstration médicale.

L'anémie qui succède aux grandes hémorrhagies, ne requiert pas le plus souvent l'emploi des préparations martiales. Si les fonctions gastriques sont en bon état, une alimentation fortifiante fait à elle seule tous les frais de la cure. Quelquefois, quand l'appétit reste languissant, le quinquina, les amers rendent aux organes leur aptitude, et un régime bien entendu complète la guérison. Or, les eaux salines muriatiques rendent les convalescences plus rapides et plus sûres que les meilleurs toniques de la matière médicale ; les sources non ferrugineuses sont même alors préférables à celles où le fer abonde sans chlorure de sodium. Comment ne pas en conclure que les sels forment la médication principale?

Est-ce à dire que contre tous les symptômes anémiques nous emploierons indifféremment les eaux salines muriatiques non ferrugineuses et celles qui sont chargées de fer? Non, certes, car nous savons que chez les femmes principalement, quand des hémorrhagies se sont souvent renouvelées, il survient une maladie spéciale fort différente de l'anémie proprement dite et qu'on appelle *chlorose*. Pour la chlorose, l'expérience a surabondamment démontré que le fer est un remède des plus héroïques et qu'il imprime à l'organisme une impulsion favorable analogue à celle qui survient spontanément chez certaines chlorotiques et qui les guérit sans le secours du fer. Mais la chlorose est une affection *sui generis* qui n'a de commun avec les états généraux dont nous avons parlé que les symptômes vulgaires et ses pâles couleurs. Le sel marin n'est qu'un adjuvant utile, insuffisant à lui seul contre l'affection chlorotique ; par contre, le fer peut bien aider à l'amélioration des anémies d'une autre nature, mais il remplit à son tour le rôle d'auxiliaire et ne peut revendiquer la première place. On ne peut donc sans une erreur préjudiciable confondre les indications et administrer indistinctement deux remèdes qui ne sont pas appelés à répondre aux mêmes besoins.

Les altérations irrégulières des voies digestives marchent souvent de pair avec ces constitutions anémiques ou détériorées par de longues maladies, soit qu'elles les suivent ou les précèdent, soit qu'elles les accompagnent sans qu'on puisse y reconnaître ni une cause ni un effet. Les dypepsies chroniques dont nous voulons parler sont caractérisées alors par une sorte de paresse de l'estomac et par la tendance au dévoiement. C'est dans les cas de ce genre que l'eau doit être prescrite avec la plus grande réserve, un demi-verre d'abord, plus tard un verre, mais en augmentant graduellement la dose et sans dépasser jamais cette limite.

(La suite à un prochain numéro.)

si la peste a été transmise d'un individu à un autre, ou si tous les individus atteints en ont pris le germe au foyer. Il ne resterait donc, pour prouver la transmissibilité, que les faits fournis par les sept autres navires, et dans lesquels auraient été frappés de peste les employés du lazaret, ou toute autre personne n'ayant point été dans le foyer de l'épidémie.

Ici M. Londe se livre à l'examen et à la critique de ces faits, et il conclut qu'ils n'ont aucune valeur, aucune importance, et que c'est à tort que le rapporteur les a fait intervenir pour appuyer ses conclusions.

Mais supposons, pour un instant, que les faits dont il s'agit ici ne présentent pas des circonstances propres à leur enlever toute valeur scientifique, et à inspirer un sentiment pénible pour ceux qui y ont pris part, en seront-ils moins pour cela des faits isolés, plus ou moins contestables, manquant de l'authenticité convenable, et partant insuffisants?

Et n'avons-nous pas vu dans le sein de l'Académie, et de l'Académie des sciences, des hommes très éclairés faire aussi des récits que plus tard sont venus contredire d'autres observateurs auxquels ces sociétés savantes accordaient une juste estime! Et certes, ces récits n'étaient ni moins affirmatifs, ni moins circonstanciés que ceux qui sont mentionnés dans les registres du lazaret de Marseille. Et des hommes tels que Chervin, MM. Alexandre de Humboldt, Pariset, Audouard, Moreau de Jonès, ne le cèdent, je pense, en savoir et en perspicacité, à aucun de messieurs les membres et employés des intendances. Cependant, Messieurs, sur le même fait, chacun de ces savants distingués disait exactement le contraire de ce qu'avait énoncé son antagoniste. Permettez-moi de vous donner quelques preuves de ce que j'avance ici; elles vous démontreront mieux que tous les raisonnements combien peu sert dans les questions de la nature de celle qui nous occupe, tout récit susceptible d'être contesté, et qui n'est pas en quelque sorte de notoriété publique.

M. Londe expose ici les récits contradictoires des auteurs, et il ajoute:

Messieurs, si de pareils mécomptes se présentent relativement à des faits aussi récents, mentionnés par des hommes aussi distingués que ceux que j'ai cités, que sera-ce donc pour les faits que la Commission a exhumés des anciens registres du lazaret! Si des hommes éclairés et recommandables, et dans un siècle comme le nôtre, ont pu voir à travers le prisme de leurs illusions les faits aussi singulièrement travestis, les raconter d'une manière si différente, si dissemblable, si opposée, comment croire que les lazarélistes, personnellement intéressés dans la question, et auxquels une terreur aveugle empêchait d'observer convenablement, aient mieux vu, munis de leurs lunettes d'approche, et aient été plus exacts dans leurs récits!

La conséquence de tout ce que nous venons de dire, Messieurs, c'est qu'il n'est aucune conclusion générale à tirer d'observations isolées, incomplètes, et par cela même très contestables, et qu'elles ne peuvent nullement servir à la solution d'un problème aussi sérieux que celui qui nous occupe...

Ainsi, Messieurs, après avoir fouillé les archives des temps passés, compulsé tous les ouvrages des contagionistes les plus ardents, fait des voyages à Marseille, où toutes les légendes relatives à la contagion doivent être religieusement conservées, fait comparaître dans son sein et médecins et consuls, la Commission serait arrivée à cette grande découverte, que c'est par le poumon et non par la peau que la peste est transmissible, et elle n'a trouvé, en faveur de la transmissibilité, que les récits de lazaret dont nous venons de vous entretenir...

Quelle nature de faits voulez-vous donc, me demandera-t-on, sur quelles bases prétendez-vous donc asseoir votre opinion?

Messieurs, je veux des événements dont l'histoire soit parfaitement éclaircie, des faits généraux bien connus, et qu'on ne puisse contester; et ces événements historiques, ces faits généraux incontestables, c'est au travail même de notre rapporteur que je les emprunterai pour la plupart. Les voici:

1° Lorsque la peste s'est manifestée en Asie, en Afrique et en Europe, l'apparition de cette maladie a toujours coïncidé avec des conditions très appréciables d'insalubrité. Le rapport de la Commission a parfaitement résumé ces conditions si admirablement tracées par MM. Pariset et Hamont.

De nos jours, ces conditions se trouvent résumées à un haut degré dans la Basse-Egypte...

2° Quand les causes, ou la plupart des causes d'insalubrité qui coïncident avec le développement de la peste ont été combattues et détruites par une administration vigilante, la peste ne s'est pas montrée. Ainsi, l'ancienne Egypte, si justement renommée pour sa police sanitaire, ne connaissait pas la peste; et pendant trois mille ans, suivant Hérodote, vous dit votre Commission, elle a été l'une des contrées les plus salubres du monde.

Les sages pratiques d'hygiène que nous venons de rappeler furent abandonnées lorsque l'Egypte passa sous la domination musulmane, et néanmoins leur influence bienfaisante se fit encore sentir pendant une longue suite d'années, à ce point qu'au seizième siècle on ne signale en Egypte qu'une seule épidémie de peste, et cependant, à cette même époque, les diverses contrées d'Europe dans lesquelles il n'existe aucune hygiène sont fréquemment ravagées par ce fléau; ainsi, dans ce même seizième siècle (*et il convient de noter ici que c'est postérieurement à l'établissement des lazarets en Europe*), on compte 14 pestes en France, 12 en Allemagne, 11 en Italie, etc., etc.

Ce que nous venons de dire de l'Egypte, nous pouvons le dire également de la Syrie, de l'Asie-Mineure, qui pendant 1309 ans jouissent de la plus grande salubrité grâce à la sagesse de leurs institutions hygiéniques, et ne sont envahies par la peste qu'après la conquête et l'établissement des Turcs; nous pouvons le dire de la Grèce si salubre aussi, et qui ne devient la proie de la peste que quand les Turcs y ont porté la misère et la dévastation.

Ce que les Turcs font pour tout l'Orient, d'autres barbares, les Vandales, les Goths, le font pour l'Europe. En détruisant les lois romaines, en anéantissant l'hygiène publique, ces barbares changent les mœurs, amènent la misère, accumulent toutes les causes d'insalubrité et font de l'Europe un vaste foyer de peste, qui ne disparaît qu'avec le retour de la civilisation, c'est-à-dire vers 1664; car la dernière peste, celle de 1720 (qui, pour le dire en passant, était née à Marseille, suivant Deidier, six semaines avant l'arrivée du capitaine Chatam, auquel on prétend en attribuer l'importation), car la dernière peste, disons-nous, semble apparaître après 46 ans comme pour montrer du doigt les dernières traces de barbarie dont sont encore infectés quelques points de la France. Une partie de la Provence, la Camargue, dont les habitants parlent à peine le français, réunissent encore à cette époque, en effet, toutes les causes locales d'insalubrité que nous avons vues coïncider avec le développement de la peste: absence d'industrie, d'agriculture, mauvaise alimentation, misère, inondation par les eaux du Rhône, chaleur humide, etc,

3° Bien que la peste règne dans la Basse-Egypte avec une grande intensité, et que les communications avec cette contrée et les lieux voisins ne soient point interrompues, cette maladie n'atteint pas néanmoins la Haute-Egypte, la Nubie, l'Abyssinie: elle ne remonte pas au delà de la première cataracte....

4° La peste cesse spontanément dans la Basse-Egypte à une époque fixe, vers le 24 juin, époque à laquelle souffle un vent sec et chaud qui dessèche les localités paludéennes, arrête la production des miasmes, et à ces changements dans les conditions des localités, joint l'avantage d'imprimer à l'organisme d'utiles modifications....

Ainsi, par le peu de lignes que nous venons de tracer, et que nous avons souvent empruntées à la Commission, on voit déjà que la peste, comme les autres endémies, se manifeste dans les lieux et aux époques où existent des causes appréciables d'insalubrité et ne se manifeste plus ou s'éteint là où ces conditions viennent à cesser ou ne se sont pas rencontrées. Or les maladies transmissibles n'agissent pas tout à fait ainsi; elles épargnent bien exceptionnellement certains individus non prédisposés, mais elles n'épargnent pas des contrées entières. Poursuivons.

5° Chaque année, soixante-dix à quatre-vingt mille pèlerins partent de tous les points de l'empire musulman pour se rendre à La Mecque. Or il n'y a pas d'année que, sur un point quelconque de cet empire, il n'y ait une épidémie de peste, et cependant ces nombreuses caravanes parmi lesquelles se trouvent toujours plus ou moins d'individus porteurs d'effets ou de marchandises prétendus contaminés, n'ont jamais porté la peste en Arabie, ce qui certainement n'eût pas manqué d'avoir lieu depuis longtemps si cette maladie était de nature transmissible.

M. Aubert-Roche affirme qu'en 1835 comme en 1825, alors que l'Egypte était ravagée par la peste sur un grand nombre de points, on n'en a observé aucun cas en Arabie, malgré les nombreuses relations existant entre les deux contrées Il y a plus, les historiens arabes, forts de l'expérience du passé, ne croient pas à la possibilité de l'apparition de la peste dans leur patrie, qui, disent-ils, est sous la protection du divin prophète...

Le Caire, Suez, Kenech et Cosseïr, sont en relation continuelle. Avec quelque violence que la peste règne dans les trois premières de ces villes, Cosseïr n'en est jamais attaqué. « Notre agent consulaire, dit M. Aubert-Roche, m'a certifié que de mémoire d'homme la peste ne s'y est pas rencontrée. » L'immunité dont jouit Cosseïr est due à des conditions atmosphériques et géologiques formant un contraste évident quant à la salubrité, avec celles de Kenech, de Suez et du Caire, villes qui sont entourées d'eau stagnantes...

Ainsi, Messieurs, quelque fréquentes, quelque nombreuses que soient les communications individuelles, la peste ne se transmet pas dans les pays où manquent les conditions que nous avons vues coïncider avec l'apparition de ce fléau dans les lieux où elle est endémique. Les quarantaines, lazarets, cordons sanitaires, et tout moyen de séquestration quelconque, sont donc là tout à fait superflus pour arrêter la propagation de la peste, puisqu'elle s'arrête sans leur secours.

Voyons maintenant si ces mesures peuvent empêcher la peste de pénétrer dans les lieux où se rencontrent les conditions favorables au développement de cette maladie.

Ici M. Londe démontre par de nombreuses citations que l'isolement et la séquestration, dans des lieux où règne la peste, ne préservent pas de la maladie.

Mais qu'est-il besoin de multiplier ces citations? Ne suffit-il pas de faire observer que, dans les trois siècles qui précèdent l'établissement des lazarets, on compte 105 épidémies de peste, et que dans les trois siècles qui suivent cet établissement on en compte 143?

Cette logique de chiffres, Messieurs, conforme à tout ce qui a été observé à toutes les époques dans les grands événements, prouve, mieux que ne le feraient tous les raisonnements possibles, que les lazarets sont impuissants pour arrêter la peste, et ne servent absolument à rien.

Les hardes et les marchandises peuvent-elles communiquer la peste? Bien que cette question paraisse résolue par les grands faits de notoriété publique que nous avons cités, notamment les pèlerinages annuels des musulmans à La Mecque, nous allons encore emprunter quelques observations sur ce sujet à des contagionistes.

Les exemples qu'emprunte M. Londe tendent tous à prouver que les hardes et les marchandises ne peuvent transporter la peste.

Ainsi, en Occident, comme dans les pays où sévit le plus cruellement la peste, cette maladie ne se transmet ni par les hardes, ni par les marchandises, et les lazarets ne sont pas moins inutiles pour celles-ci que pour les personnes.

Avant de passer aux conclusions générales, veuillez me permettre, Messieurs, quelques observations sur ce qu'ont avancé deux de nos collègues qui m'ont précédé à cette tribune.

A ce qu'a dit M. F. Dubois (séance du 19 mai) sur la crainte de la contagion, dans laquelle est élevé tout Marseillais, il y a une distinction à faire. Si M. Dubois parle du bas-peuple, cette assertion est exacte; elle cesse de l'être s'il est question des gens éclairés, des membres des intendances, de ceux du corps municipal, etc., et il est quelque chose que ces messieurs craignent plus que la contagion: ce quelque chose, c'est la vérité. En effet, lorsque Chervin demandait sans relâche et avec cette opiniâtre persévérance que nous lui avons connue, que des expériences fussent faites dans le lazaret de Marseille dans le but de rechercher quel est le mode de propagation de la peste, messieurs de l'intendance sanitaire, de la chambre du commerce et du conseil municipal de Marseille affirmaient au gouvernement que « des effets pestiférés (je cite textuellement) introduits dans leur » lazaret pour les expériences proposées répandraient l'inquiétude et » la terreur dans la population de Marseille, et mineraient en outre » le commerce de cette place. » Si ces craintes sont fondées, Messieurs, à quoi sert donc le lazaret? Mais rassurez-vous: M. Robert va nous apprendre qu'elles sont complétement chimériques. Voici ce que cet honorable médecin du lazaret de Marseille écrivait à l'Académie le 27 juillet 1837, à l'occasion de trois cas de peste provenant du bateau à vapeur de l'état le *Léonidas*, et qui avaient été introduits dans le lazaret: « Grâce à l'exécution stricte de nos règlements sanitaires, » qui, depuis 1720, ont fait le salut de notre ville, et peut-être d'une » grande partie du royaume; la population marseillaise vit dans la » plus grande sécurité; le commerce ne s'en occupe nullement; le » monstre est renfermé dans l'enceinte du lazaret, après être devenu » impuissant. »

Ce rapprochement, Messieurs, ne suffit-il pas pour montrer le peu de solidité des principes qui guident messieurs les membres de l'intendance sanitaire, et le peu de confiance qu'ils ont eux-mêmes dans la puissance de leur prétendu palladium!

Ainsi, Messieurs, vous l'avez entendu de la bouche même de M. Robert, il n'y avait nul danger à faire des expériences dans le lazaret, puisque le monstre n'en peut sortir, et cependant MM. de l'intendance s'y sont refusés. Pourquoi? Parce que ce qu'ils craignent avant tout, ce n'est pas la contagion, comme l'a dit M. Dubois, c'est qu'on ne porte le flambeau de la science dans les niaises pratiques qui ont donné si longtemps à Marseille le monopole du commerce du levant; parce que ce qu'ils redoutent, c'est que la vérité se fasse jour au milieu de ces jongleries dignes de l'époque des plus grossières superstitions.

Un mot maintenant à M. Bousquet. Notre honorable collègue a bien vu et parfaitement signalé le désaccord qui existe entre le commencement et la fin du rapport. Suivant M. Bousquet, « dès les premières pages, on croit que M. le rapporteur ne veut ni de la contagion, ni des lazarets, ni des quarantaines, et l'on est autorisé, dit-il, à cette croyance, sinon par la lettre, au moins par l'esprit du rapport, » etc. Cette remarque est parfaitement exacte, et la discordance était, en effet, trop choquante pour échapper à la fine sagacité de notre collègue. Mais, qui le croirait? Ce n'est pas la fin du rapport que combat M. Bousquet, c'est le commencement; ce ne sont ni les récits de lazaret, ni les innombrables conclusions qui font l'objet de sa critique, ce sont les vérités fondées sur le témoignage universel, ce sont les faits de notoriété publique. Sans doute notre collègue s'est rappelé qu'il en est de la croyance en la contagion comme de la plupart des croyances; qu'il faut beaucoup plus d'esprit pour les défendre que pour les attaquer, et il a choisi le rôle qui convenait à sa nature. Quoi qu'il en soit, voyons ses objections. « Non, je ne crois pas, dit M. Bousquet, que les terres d'alluvion, ni les terres marécageuses, ni les habitations basses et mal aérées, ni l'air humide et chaud, séparés ou réunis, contiennent, engendrent la peste. » (M. Bousquet oublie la putréfaction animale et beaucoup d'autres causes.)

Messieurs, lorsque la foi parle, la raison n'a pas un seul mot à demander; mais ici il ne s'agit pas de croyances et de foi; nous pouvons donc demander pourquoi M. Bousquet se refuse à admettre des vérités mises hors de doute par notre rapporteur, si énergiquement proclamées par M. Hamont et racontées dans un si beau langage par notre éloquent secrétaire perpétuel? M. Bousquet nous répond par la question ci-après: « Dites-moi, je vous prie (c'est M. Bousquet qui parle), comment les causes étant permanentes l'effet ne l'est pas? » Cette question, Messieurs, donne une idée parfaite de toute l'argumentation de notre collègue: il pose comme vraie l'existence d'un fait qui n'a pas le moindre fondement, puis il en demande l'explication. Ainsi, *comment les causes étant permanentes*, etc., *comment la peste s'arrête-t-elle devant les maisons qui lui ferment la porte*, etc., etc.? Mais les causes ne sont pas permanentes et ne peuvent pas l'être, car la température, elle seule, qui contribue tant au développement des miasmes, n'est pas la même tous les ans et à toutes les époques de l'année, et c'est en conséquence de cette modification de la température que la peste s'arrête d'elle-même à la Saint-Jean, qu'elle n'est pas chaque année à l'état épidémique; et quant à s'arrêter quand on lui ferme la porte, nous avons établi que cette assertion est inexacte.

Pour combattre ce fait incontestable que la peste fuit devant la civilisation, M. Bousquet prétend que nous oublions que nous l'avons vue dans presque toutes les capitales de l'Europe, et qu'elle est inconnue aux sauvages de l'Amérique. Mais M. Bousquet oublie lui-même qu'à cette époque la civilisation de ces capitales, ainsi que l'a si parfaitement établi M. le rapporteur, était telle, que la mortalité, suivant M. Villermé, était de 32 pour 100; qu'il n'existait en un mot aucune hygiène à l'époque de barbarie où la peste parcourait les capitales. Pour ce qui est des sauvages de l'Amérique, comment M. Bousquet n'a-t-il pas vu que des affections qui tiennent à la concentration des miasmes, ne peuvent frapper des individus vivant isolés, à l'air libre, comme vivent le plus ordinairement des sauvages?

C'est en continuant cette manière d'argumenter que M. Bousquet met la question que je viens de rappeler, dans la bouche de Deidier s'adressant à Chicoyneau: « Si la peste n'est pas contagieuse, comment s'arrête-t-elle devant les maisons qui lui ferment la porte? » — Mais, dit M. Bousquet, Chicoyneau ne répondit jamais.

Chicoyneau aurait pourtant eu une réponse bien simple à faire à M. Bousquet, je veux dire à Deidier.

Le mode d'argumentation de notre honorable collègue me rappelle tout à fait l'histoire de ce prétendu géant, haut de soixante-dix pieds, relativement auquel tous les docteurs se questionnent et se disputent pour savoir de quelle couleur doivent être ses cheveux, de quelle grandeur est son pouce, quelles dimensions ont ses ongles, jusqu'à ce qu'un passant survienne et s'avise enfin de demander modestement: « Mais, messieurs, votre géant existe-t-il? »

C'est précisément là ce que Chicoyneau pouvait dire à Deidier. Nous avons vu, en effet, ce qu'il y a de fondé dans toutes ces historiettes de peste s'arrêtant quand on lui ferme la porte.

N'abusons pas plus longtemps de votre patience, Messieurs, et arrivons à nos conclusions. Les voici:

1° La peste n'est point transmissible de l'individu malade à l'individu sain, lorsque celui-ci est hors du foyer de l'épidémie;

2° Si la transmission n'est pas effectuée par le pestiféré lui-même, elle ne l'est pas plus par les vêtements;

3° La peste n'est pas transportable par des marchandises qui viennent des pays où elle règne;

4° L'absence des quarantaines ne favorise en rien la transmission de cette maladie;

5° Leur rigueur n'en arrête pas la propagation;

6° Les seuls moyens préservatifs qu'on puisse employer contre la peste consistent à assainir les lieux où elle prend naissance et à soulager la misère des individus qui les habitent. Ces moyens ont toujours arrêté la peste quelque multipliés qu'aient été les contacts.

Nous pouvons dire, quant à l'assainissement des lieux, que, bien que la civilisation actuelle paraisse avoir pour jamais mis l'Europe à l'abri d'une épidémie de peste, quelques contrées de la France cependant, quelques localités de la Provence, la Camargue, le port infect de Marseille, par exemple, sont loin de présenter des motifs complets de sécurité et doivent encore attirer la sollicitude du gourvernement.

Ainsi, pour résumer en quelques mots ce qui a rapport à la peste et même aux cinq maladies énoncées dans les instructions sanitaires, disons que les quarantaines ne sont d'aucune espèce d'utilité pour nous en préserver. La peste et la lèpre, qui ravagèrent l'Europe dans le moyen âge, ont cessé de se montrer, non sous l'influence des quarantaines, mais bien sous celle des progrès de la civilisation et de tant de causes qui ont modifié le sol, le climat, les conditions matérielles de la vie, et ont relégué ces maladies dans des contrées où des circonstances physiques et politiques fournissent encore un aliment toujours renaissant à leur fureur.

Les conclusions du rapport de votre Commission devaient donc tendre, à mon avis, non à prêter un appui, qu'on ne vous demande pas, à de ridicules superstitions et à d'odieuses entraves dont le gouvernement lui-même médite la destruction, mais à exprimer nettement les progrès de la science à cet égard. Ces conclusions devaient faire ressortir l'inutilité des quarantaines et des lazarets considérés sous le point de vue scientifique et comme moyen d'empêcher la transmission de la peste, ou, si vous le voulez, des cinq maladies mentionnées dans les instructions relatives à la loi du 22 mars; ces conclusions devaient renfermer l'expression des vœux que forme l'Académie pour l'abrogation de notre législation sanitaire, législation qui n'est en harmonie ni avec la science, ni avec nos mœurs: voilà ce qu'elles devaient contenir pour ne pas être en contradiction avec la première partie du rapport, et pour exprimer ce que je crois être la vérité.

M. Pariset, en montant à la tribune, dit en riant: Messieurs, vous venez d'entendre Hippocrate, vous allez entendre Galien. (Hilarité.)

L'orateur lit la première partie d'un discours fort étendu que nous regrettons de ne pouvoir reproduire en entier. En voici quelques fragments qui, séparés de ce qui les précède et de ce qui les suit, ne suffiront pas sans doute pour montrer l'enchaînement des idées développées par M. le secrétaire perpétuel; mais qui donneront un aperçu de la manière élevée et véritablement critique, avec laquelle l'orateur aborde l'examen du rapport:

Messieurs, je n'ai qu'une idée dans l'esprit, je n'ai qu'un vœu dans le cœur, c'est que jamais rien ne sorte du sein de l'Académie qui puisse compromettre son savoir, sa raison, sa dignité. La question que vous discutez est assurément la plus grande et la plus importante qui vous ait occupés jusqu'ici. Elle touche aux intérêts les plus élevés, à l'état civil, à la fortune, à la santé, à la vie des citoyens; elle embrasse les faits les plus étonnants, les plus délicats, les plus variés, les plus instables, les plus bizarres, et en apparence les plus contradictoires de toute la médecine. Une question de cette nature est donc une question très complexe; et c'est à cause de cette complexité même que, pour être résolue, si toutefois elle peut l'être, elle attend de vous l'attention la plus soutenue, l'étude la plus approfondie, l'examen le plus impartial et le plus réfléchi. C'est uniquement dans ces dispositions d'esprit que vous jugerez sainement le rapport qui vous est soumis. Préparez-vous à ce jugement comme on se prépare à une œuvre sainte; car l'Europe et la postérité vous contemplent. Heureusement, ce rapport n'est encore que l'œuvre de votre

Commission, d'une Commission dont j'avais l'honneur de faire partie. C'est un honneur que j'aurais dû décliner; car, parmi les doctrines qu'elle a préférées, il en est qui ne sont pas du tout les miennes. Cependant, j'ai joint ma signature à celles des autres membres; mais je n'ai signé que parce que je me suis réservé, avec la minorité, le droit de porter devant vous mes objections, et de relever les erreurs qui m'ont frappé. Je m'en expliquerai sans ménagement. Que pourrais-je, en effet, ménager aux dépens de la vérité? Respecter la vérité, c'est vous respecter vous-mêmes; et dans la sévérité de mes paroles, vous ne verrez, je pense, que mon zèle pour elle et pour vous.

Je commencerai par quelques réflexions sur le plan que s'est fait M. le rapporteur. En général, plus une question que l'on se propose de traiter a d'étendue, plus il importe d'en resserrer les limites et de la réduire à ses parties essentielles. De quoi s'agissait-il? De savoir si l'on doit imposer ou n'imposer pas des quarantaines; et pour cela, il fallait déterminer s'il est dans le monde une maladie que l'on désigne sous le nom de peste; la séparer nettement d'avec les autres maladies; en marquer les causes; indiquer les lieux ou le lieu où existent ces causes; si elles y sont transitoires ou permanentes; et par suite de cette permanence, s'il est des contrées de la terre où la peste soit ce qu'on appelle endémique; si ces foyers de peste ainsi formés, la peste peut en sortir pour se répandre dans tout l'univers; comme le dit Montesquieu; par quels intermédiaires elle se propage, en combien de temps, et finalement, par quelles mesures on peut s'en préserver. Ces questions une fois éclaircies et résolues, votre tâche était finie. Vous aviez posé des prémisses dont les applications pratiques ne sauraient vous appartenir. Renfermé dans ce cadre, très vaste d'ailleurs, M. le rapporteur eût dominé son sujet, il en eût vu, touché, coordonné les matériaux; il en eût élagué les superfluités et les broussailles; il eût ainsi donné à son travail plus d'ensemble, de nerf et de solidité; il eût épargné à lui-même, à la commission, à vous, à ses auditeurs, ce luxe de hors-d'œuvres qui défigurent son ouvrage et ne font rien du tout à l'objet principal. Or, dans les productions de l'esprit, ce qui ne sert pas nuit...

Un second point que je prendrai la liberté de combattre, c'est la définition que M. le rapporteur a donnée de la peste. Que la peste soit, comme il le dit, *une maladie de tout l'organisme, dans laquelle le système nerveux, le système sanguin et le système lymphatique sont surtout affectés*: c'est ce que je ne contesterai pas. Mais est-il une seule maladie générale où ces trois systèmes, et surtout le système nerveux, ne soient affectés? Pour que la définition fut complète, et par conséquent réelle, il faudrait marquer ce que ces altérations ont de particulier dans la peste. Or, qui le pourrait dire? Et si vous le dites pour une peste, le pourrez-vous dire pour toutes les autres? et dans la même peste, pour tous les cas? Une femme se lève pour danser, une femme bégaye très légèrement pour la première fois de sa vie; elles tombent mortes, l'une et l'autre frappées comme d'un coup de foudre par la peste. Quelles sont, dans ces deux femmes, les altérations des trois systèmes? Le scalpel le plus clairvoyant n'y fait rien découvrir. Il suit de là qu'affirmer en second lieu que ce qui *caractérise le plus ordinairement* la maladie, c'est l'apparition des bubons, des charbons, des pétéchies, c'est-à dire à la fois trop et trop peu. Dans ces brusques morts dont je viens de donner des exemples, et qu'on a vues tant de fois, ces caractères extérieurs manquent, et cependant la peste existe. Elle peut exister sans fièvre, sans bubons, sans charbons, sans pétéchies, sans exanthèmes d'aucune espèce; et réciproquement, des charbons, des bubons, peuvent exister sans peste, comme l'a vu Dehaen. Parcourez avec cet illustre médecin les cinquante-quatre laïmographes dont il a extrait les définitions, vous verrez à quel point elles diffèrent l'une de l'autre. Il est tel et tel de ces écrivains qui n'osent définir la peste; ceux-ci l'appelant maladie incompréhensible, ceux-là maladie scélérate; elle n'a ni sens, ni loi, dit Ramazzini; elle est sans définition comme elle est sans remède. Quelques-uns des plus habiles, entr'autres Chénot, se bornent à la décrire dans toutes ses surprenantes variétés; c'est-à-dire dans toute la suite de ses transformations, de ses dégoisements, de ses tromperies, de ses embûches. Peut-être alors serez-vous tentés de conclure, comme l'a fait Dehaen, que Chenot seul a raison; et par-là vous comprendrez à quelles méprises, à quelles hontes, à quels périls, à quels malheurs sont exposés et les médecins, et les gouvernements, et les peuples, par l'incroyable instabilité des symptômes qu'offre la peste, surtout dans son début. Il n'est pas jusqu'au caractère le plus généralement admis et le plus significatif, celui de la contagion, qui puisse à la rigueur entrer dans la définition de la peste; car une peste, quel qu'elle soit, commence toujours par un homme qui la donne sans l'avoir reçue, de même qu'elle finit toujours par un homme qui la reçoit sans la donner. En un mot, dans l'origine, toute maladie transmissible est nécessairement spontanée, comme on le voit si clairement dans le typhus des hôpitaux et des prisons. Et qu'est-ce que la peste, si ce n'est un typhus spécial, plus exalté, plus mortel qu'aucun autre? Que conclure de tout cela? Qu'au lieu de donner de la peste une définition si boiteuse, M. le rapporteur devait faire sentir comme l'a fait Dehaen, sinon l'impossibilité, du moins l'extrême difficulté, et j'ajoute, l'extrême danger d'une telle définition, laquelle serait plus propre à masquer la maladie qu'à la manifester, surtout, je le répète, à son début, c'est-à-dire au moment même où il importerait le plus de la connaître, afin de la combattre et de l'arrêter.

Et, par exemple, d'après quelle autorité M. le rapporteur nous dit-il qu'en Egypte la peste s'est montrée l'an 2443 de l'ère ancienne? où a-t-il pris cette date? dans quel écrivain? dans quelle chronologie? Est-ce dans la chronologie que suit notre église et qu'adopte Bossuet? Mais cette chronologie est double; ou plutôt elle se divise en deux parties corrélatives, lesquelles comprennent dans leur ordre toutes les années qui ont précédé Jésus-Christ. La première sur une échelle ascendante, qui de zéro s'élève jusqu'à 4004; ce sont les années du monde. La seconde sur une échelle descendante, qui de 4004 tombe à zéro; ce sont les années antérieures à notre ère: deux calculs qui se correspondent pour n'en former qu'un seul, et qui cependant mettent dans la nécessité de marquer quel est celui que l'on a choisi. Comptez-vous d'après la seconde échelle? Votre peste de 2443 serait de 95 années antérieure au déluge, ce que l'on ne saurait admettre. Comptez-vous d'après la première? Cette même peste précéderait de trois années l'expédition de Cécrops, lorsqu'il conduisit d'Egypte en Grèce la colonie qui fonda le royaume d'Athènes. Mais qui nous dit qu'à cette époque une maladie régnait en Egypte? et que cette maladie était une vraie peste? La preuve, où la prendre? où sont les mémoires de ce temps-là? Moïse avait alors dix ans; et dans son histoire, ou plutôt dans tout le Pentateuque, s'il parle de peste, c'est, ou bien pour indiquer une affection tout autre que la peste d'orient, ou bien pour en menacer les Israélites comme d'un châtiment qui punira leur infidélité. Quand il leur prescrit des mesures contre la lèpre, il ne leur en prescrit point contre la peste; et quand il leur recommande de tenir propre leur campement, il ne mêle à ses ordonnances aucune idée de peste. Cependant, à leur sortie d'Egypte, les Israélites emportaient avec eux des bubons et des ulcères. Si la peste eût dû ravager l'Egypte, c'était dans les sept années de famine, sous le ministère de Joseph. Le texte sacré n'en dit rien...

Mais il est temps de revenir à cette antique Egypte, dont je n'ai qu'ébauché l'image, et à laquelle M. le rapporteur a consacré son quatrième chapitre. Quoi qu'on en ait dit, cette heureuse contrée n'a jamais eu qu'un très petit nombre de maladies, et surtout jamais de mémoire d'homme elle n'a eu la peste, elle ne l'a pas eue même dans ces temps de calamités, dans ces temps de famine et de guerre, qui semblent entrer inévitablement dans les destinées des nations. Pourquoi cela? Il y a quinze ans, j'ai longuement exposé mes idées sur ce point capital. J'y reviens aujourd'hui plus que jamais parce que, quelques efforts que j'aie faits, il ne m'a pas été possible de m'en former d'autres, et vous me pardonnerez de les reproduire ici. De tous les anciens peuples de la terre, il n'en est pas un qui, si vous le comparez à l'Egypte, se soit élevé au même degré de lumières, de sagesse et de force. Dans le magnifique éloge qu'il en a fait, Bossuet n'a dit que ce qu'avait pensé Platon, Eudoxe, Aristote, Théophraste, Porphyre, saint Paul, saint Clément d'Alexandrie et une infinité d'autres. Cette sagesse, l'Egypte l'avait fait pénétrer partout, depuis les lois fondamentales jusqu'aux détails les plus minutieux de la vie humaine. Elle s'attachait surtout à la conservation des hommes et à la perfection de notre espèce. Elle n'avait rien à faire à son ciel, à son soleil, à son air, à ses eaux, à son sol, parce que rien n'était comparable à l'exquise bonté de ces dons naturels. Autrement l'Egypte, cette création du Nil et des hommes, n'eût jamais existé, elle ne serait encore aujourd'hui que ce que l'avait fait la nature, un golfe long, étroit et stérile. Assurée de ce côté, l'Egypte tourna ses vues sur la nourriture, les vêtements, les demeures, les travaux, l'éducation de ses habitants, et de ce côté encore tout fut réglé par une hygiène qui ferait honneur aux nations les plus éclairées. Un point restait, de tous peut-être le plus important. Dès l'origine, à mesure que les alluvions en augmentaient le territoire, il fallut que l'Egypte en disputât la possession à d'innombrables légions d'animaux, les uns incommodes et dangereux, les autres féroces, d'une grandeur et d'une force également prodigieuses; vivants, ennemis terribles; morts, non moins funestes; car leurs débris, rapidement putréfiés par l'humidité et la chaleur, eussent mêlé à la terre, aux eaux et même à l'air mille et mille poisons mortels. Je ne doute point, comme Volney l'a supposé, qu'à une époque d'ailleurs absolument inconnue les Egyptiens n'aient reçu de là des épidémies cruelles et peut-être même la peste, ou plutôt les Egyptiens primitifs ont connu la peste; je l'accorde sans difficulté; mais voyez les suites: C'est d'elle qu'ils ont appris quel est le danger des émanations animales; c'est elle, c'est une triste expérience qui leur a suggéré, pour se prémunir contre les restes des animaux et même contre les leurs, le procédé de l'embaumement ou de la salaison, procédé si simple, si facile, si peu dispendieux et si nécessaire qu'ils l'ont sanctifié par la religion pour le rendre général, qu'ils l'ont protégé et même prescrit par les lois pour le rendre obligatoire. Et jusqu'où n'est point allée l'inquiète prévoyance de ces lois! Les rigueurs du *Lévitique* et des *Nombres* vous en donneraient quelque idée. Sont-ce des fables que je raconte ici? Ce n'est point à moi à répondre; c'est à Moïse, c'est à Hérodote, ou plutôt c'est à l'Egypte. Allez; et si vous en avez le courage et la force, parcourez du nord au midi, à droite et à gauche de la vallée, ces deux chaînes percées dans tous les sens de trous, de puits profonds, de cavités; et ces immenses appartements creusés sous la terre; et ces grottes plus vastes que Paris, avec leurs larges salles et leurs longs couloirs, pratiquées par la nature dans le cœur des rochers; et ces rues grandes, larges, élevées. taillées au ciseau, dans le sein des montagnes, si riches en ibis, en œufs d'ibis, en tombeaux de singes artistement travaillés, et si longues, qu'avec leurs embranchements latéraux et leurs chambres, elles rempliraient tout l'intervalle entre Paris et Poissy. Comptez, s'il se peut, les millions de millions d'animaux de toute espèce et de toute taille, dont ces dépôts ont été remplis ou le sont encore; comptez, depuis le crocodile de trente pieds, jusqu'aux rats, jusqu'aux sauterelles; joignez-y les oiseaux et les poissons, les poissons, parmi lesquels se trouvent à cent lieues de la mer des ossements de squales; joignez-y enfin les cadavres de l'homme encore si nombreux, malgré les spoliations de tant de siècles; puis rassemblez dans votre pensée, et de tant de lieux divers, ces masses énormes, j'ai presque dit ces montagnes de matière animale, et demandez-vous ce que seraient devenus les Egyptiens, s'ils eussent permis que cet incroyable amas de pourriture eût fait partie de la terre qu'ils devaient cultiver! La réponse est dans vos esprits; c'est que l'Egypte, je le répète, n'eût jamais existé: comme elle menace de plus en plus de cesser d'être, et principalement, j'ose le dire, par la même raison.

Il faut donc le reconnaître, l'établissement de la salaison (je dis la salaison, je ne dis pas l'embaumement, parce que ce mot d'embaumement est un mot de faste qui a fait prendre le change sur le véritable objet d'une telle institution), l'établissement de la salaison, dis-je, était pour la conservation, et même pour la création de l'Egypte, une condition non moins essentielle que l'air, les eaux et la terre elle-même, ainsi que les productions ou les fruits qu'elle donne. J'ajoute que plus cette terre était féconde, plus cet usage était nécessaire, et plus l'Egypte l'a rendu sacré.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 4 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 78. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 3 JUILLET 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

On s'est beaucoup occupé depuis quelques années de la thérapeutique des corps étrangers intra-articulaires. La science doit à M. Goyrand, d'Aix, une heureuse application de la méthode sous-cutanée à l'extraction de ces corps. M. Dufresse-Chassaigne eut, de son côté, une idée judicieuse quand il proposa, étant donné un corps intra-articulaire du genou, par exemple, de l'isoler et de le fixer dans un point où il ne pût apporter aucune gêne aux mouvements de la partie. L'observation suivante, où l'on verra un ingénieux essai de la méthode de M. Dufresse, ne peut manquer d'intéresser le lecteur.

Une femme, âgée de quarante-cinq ans, domestique, entra à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Jobert, le 28 mai dernier, pour une affection du genou droit. Il y a un an environ, elle tomba sur ce genou; depuis lors les grands mouvements de flexion de la jambe étaient devenus difficiles; la marche, cependant, n'était ni douloureuse ni sensiblement gênée. Pendant l'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'accident jusqu'au mois de mai, la gêne que la malade éprouvait, quand elle pliait fortement la jambe et surtout quand elle se mettait à genoux, a persisté sans augmentation notable. Vers le 20 mai 1846, en se levant de dessus une chaise, elle éprouva une douleur vive dans le genou, et à partir de ce moment les mouvements de cette articulation devinrent de plus en plus douloureux et difficiles. Un médecin fut appelé par les maîtres de la malade, et constata une hydarthrose, plus un corps étranger intra-articulaire auquel l'épanchement articulaire était dû. Cette femme ne pouvant être opérée chez ses maîtres, on l'adressa à M. Jobert.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait l'état suivant :

Le genou droit était encore un peu plus volumineux que l'autre; quelques jours de repos avaient suffi pour déterminer la résorption de la plus grande partie du liquide épanché dans l'articulation. Il n'existait ni rougeur, ni chaleur au toucher, ni douleur à la pression, ni gonflement de la jambe.

On sentait un corps étranger saillant sous la peau au côté externe de l'articulation fémoro-tibiale, entre la tubérosité du condyle et le bord correspondant de la rotule. Il était dur, indolore, mobile, du volume et de la forme d'une grosse amande ; dans les différentes attitudes de flexion et d'extension, on pouvait le faire passer derrière la rotule et le ramener alternativement au côté externe de l'articulation. Du reste, l'état général était des plus satisfaisants.

M. Jobert eut l'idée de fixer le corps étranger au côté externe du genou, pour essayer de l'isoler de la cavité articulaire. A cet effet, il enfonça à travers la peau plusieurs épingles dans le corps étranger. Aucun accident ne suivit cette petite opération, bien que l'une des épingles se fût brisée, et que sa pointe fût restée au milieu du corps étranger. Pendant plus de quinze jours, celui-ci fut ainsi fixé, et les épingles ne produisirent ni douleur, ni gonflement, ni rougeur autour d'elles.

Le 23 juin, M. Jobert céda aux instances de la malade, qui, se désespérant d'un traitement aussi lent, voulut absolument être débarrassée de son corps étranger. Une petite incision fut pratiquée sur celui-ci, que l'on faisait saillir le plus possible au moyen des épingles qui le traversaient, et dont on se servait comme de leviers. Un aide pressait sur la rotule pour s'opposer au glissement reconnu facile du corps étranger derrière cet os. M. Jobert découvrit ainsi la surface externe du corps étranger qui était adhérente aux téguments; les adhérences furent disséquées; puis, à l'aide d'une pince, l'opérateur saisit le corps étranger et l'enleva avec facilité. *Immédiatement,* on réunit les deux lèvres de la plaie par la suture entortillée.

Des phénomènes inflammatoires locaux assez intenses survinrent ; on les dissipa à l'aide des antiphlogistiques directs, et des contro-stimulants employés avec énergie. La plaie fournissait des matières comme pseudo-membraneuses, fibrineuses et muqueuses; c'étaient des produits d'inflammation, de la fibrine, et de la synovie altérée.

Aujourd'hui, la fièvre est tombée, les vomissements ont cessé; le sommeil est revenu ; le genou est encore tuméfié, douloureux; mais la plaie revêt un bon aspect.

Le corps étranger avait, comme il a été dit, le volume et la forme d'une amande ; sa surface était lisse, polie, rosée, et luisante; il offrait dans toute son étendue les caractères de la matière fibrineuse ; çà et là, on y apercevait quelques points rouges, injectés: injection qui nous a semblé tenir à la présence des épingles qui le traversaient.

Le premier point que nous chercherons à résoudre concerne l'origine de ce corps étranger. Sans pouvoir atteindre de certitude à cet égard, nous trouvons dans la texture de cette petite masse isolée une grande probabilité sur la manière dont elle s'est formée. Elle offrait, avons-nous dit, tous les caractères de la matière fibrineuse. Il est donc extrêmement probable que la chute faite par la malade en 1845, détermina l'épanchement d'une certaine quantité de sang dans l'article, et qu'ensuite la sérosité du sang a été insensiblement résorbée, ainsi que la matière colorante, en sorte que la partie fibrineuse est seule restée et a formé la concrétion dont il s'agit.

Les adhérences que l'on a constatées entre la peau et le corps étranger, ou plutôt entre la peau et la synoviale, d'une part, entre la synoviale et le corps étranger de l'autre, prouvent que M. Jobert avait eu raison de compter sur les épingles comme moyen de fixation du corps étranger dans un point où il n'aurait pu désormais devenir une cause de gêne dans la marche et l'occasion d'une irritation sans cesse renaissante de la synoviale.

Les petites rougeurs que présentait le corps étranger dans les points traversés par les épingles, prouvent l'organisation, la vitalité des tumeurs fibrineuses même isolées.

— Le cas suivant est un exemple d'une luxation qui, à notre connaissance, n'a pas été encore observée.

Un homme, âgé de cinquante ans, en sautant d'un bateau sur le quai, glissa et tomba sur la main droite. On l'amena immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où il fut placé dans une salle de M. Jobert. Au côté externe ou radial du doigt annulaire droit existait une plaie d'un centimètre environ, à travers laquelle on apercevait l'extrémité articulaire inférieure de la deuxième phalange, complétement dénudée, privée de son ligament latéral externe et déjà sèche. La phalange unguéale était portée en dedans, vers le petit doigt, et évidemment luxée. La réduction, malgré l'étroitesse de la plaie, fut assez facile. Il suffit de tirer sur la phalange unguéale, en même temps que l'on pressait avec le pouce sur la tête de la seconde phalange. On appliqua un cataplasme. Le malade sortit au bout de deux jours en bon état.

Il s'agissait dans ce cas, comme on vient de le voir, d'une luxation latérale en dedans de la phalange unguéale du doigt annulaire.

— Dans le fait que nous allons résumer, il y eut section totale d'un os, et séparation presque complète d'une partie qui, affrontée à la surface correspondante, a pu s'agglutiner. Un homme travaillait dans une scierie, lorsqu'une scie circulaire, de six millimètres de voie, mue par la vapeur, atteignit son pouce, lequel, suivant son expression, tomba immédiatement dans sa main. Ce doigt, effectivement, ne tenait plus à la main que par un lambeau de peau : l'os et les tendons avaient été divisés. Voici ce qui fut constaté à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Jobert). Le lambeau cutané qui maintenait la continuité du doigt était situé au côté interne, et sa largeur excédait à peine un centimètre. Les deux fragments de la phalange divisée présentaient deux surfaces inégales rugueuses, couvertes d'un grand nombre de très petites esquilles ; de plus, le fragment inférieur était fracturé en long jusque dans l'articulation phalango-phalangienne et divisé ainsi en deux fragments secondaires. La scie ayant une voie de six millimètres, on comprend qu'il dût y avoir non-seulement plaie, mais perte de substance. La main fut posée sur une palette en bois convenablement garnie, et le pouce placé dans une gouttière de compresses ; puis, pour maintenir affrontées les surfaces correspondantes de la plaie, des compresses graduées furent glissées sous l'extrémité du pouce, qui fut ainsi fortement relevée. En peu de jours la réunion s'est opérée.

M. Velpeau a rassemblé un grand nombre d'observations qui prouvent qu'il ne faut pas désespérer de la réunion alors même qu'il y a eu séparation complète d'une partie. Le fait de M. Jobert prendra rang parmi ces observations.

— Nous avons déjà eu l'occasion de traiter la question de l'époque à laquelle il convient d'opérer le bec-de-lièvre congénial. Voici un fait à ajouter à tous ceux qui étayent la doctrine de l'opération précoce. Un enfant, né le 26 mars 1846, fut admis à l'hôpital Saint-Louis, avec sa mère, le 22 mai. Il était affecté d'un bec-de-lièvre double compliqué de la séparation de la voûte et du voile palatins. M. Jobert l'opéra du côté gauche le 25 mai. Deux épingles furent passées. On ôta

---

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

TROISIÈME CHAPITRE. (Suite.) — *Mode d'emploi des eaux salines muriatiques.*

CURE SÈCHE ET CURE PURGATIVE.

L'exercice sera impérieusement recommandé; il est la condition indispensable du succès. Si le remède, malgré ces précautions, cause de l'amertume de la bouche, des rapports, une augmentation de la diarrhée, on doit en réserver l'usage pour les heures de repas, et ne les donner qu'avec des ménagements extrêmes. Il arrive que les accidents continuent, quelque modération qu'y mette le malade. Une purgation vigoureuse obtenue au moyen de l'eau de Sedlitz, de Pullna ou même des eaux-mères, suivie de l'administration d'un peu d'extrait de quinquina, prépare merveilleusement les voies, et permet aux organes de supporter l'eau minérale. L'intervention de la cure purgative au mileu de la cure sèche, est un grand moyen entre les mains des gens habiles. C'est là qu'une certaine hardiesse thérapeutique assure des guérisons que trop de prudence aurait compromises.

Certaines formes de cachexie dont la cause nous est mieux connue que la nature, peuvent encore, plus que les états précédents, servir à limiter les vertus du traitement par le sel marin à petites doses. Nous citerons, en première ligne, les accidents généraux qui résultent de l'abus des alcalins ; ceux qui succèdent aux fièvres intermittentes prolongées, à certaines fièvres éruptives ; ceux, enfin, qu'on observe dans les convalescences imparfaites des maladies aiguës. Ces désordres, presque toujours inquiétants, ont souvent une même terminaison ; ils dégénèrent à la longue en affections organiques incurables. Leur traitement offre au médecin de singulières difficultés. Les toniques employés avec ménagement n'agissent pas assez vite ; à fortes doses, ils excitent sans réconforter, et occasionnent les fièvres indécises du soir qui deviennent bientôt un empêchement des plus graves. Le fer est supporté avec peine ; l'absence presque continuelle d'appétit interdit les aliments riches en principes nutritifs ; la faiblesse musculaire ne permet pas même un exercice modéré. Les eaux salines sont alors une merveilleuse ressource, surtout quand l'état général stationnaire offre plus de dangers pour l'avenir que pour le présent, et réclame des moyens hygiéniques autant qu'un remède véritable.

Les indications et les contre-indications qui dirigent le médecin et lui donnent l'entente de la médication, sont assez différentes dans chaque nature de cachexie pour que nous les parcourions rapidement. Les anémies cachectiques qui succèdent aux longues fièvres paladéennes avec engorgements viscéraux et tendances aux hydropisies, sont heureusement changées par l'emploi des eaux de Hombourg. Les sources salines ne réussissent plus quand la mauvaise disposition s'est élevée au degré d'une maladie ; ni les ascites, ni les obstructions viscérales anciennes ne peuvent compter sur la guérison. On doit, pendant la durée du traitement, éviter de faire intervenir la cure purgative. Nous savons, en effet, qu'une purgation suffit pour rappeler les accès d'une fièvre intermittente dont les accès avaient disparu depuis longtemps ; nous savons, de plus, que la diarrhée passerait vite à l'état chronique et entraverait la convalescence si elle se renouvelait trop souvent. Voilà donc une forme d'état cachectique où le remède agit d'autant mieux qu'on en restreint plus les effets ; la condition de son efficacité est dans la sage lenteur du médecin. Dans d'autres formes, et en particulier dans celles qui reconnaissent pour cause l'abus des sels alcalins, les eaux de Hombourg doivent être administrées d'une façon plus hardie.

Depuis quelques années les eaux alcalines ont acquis pour le traitement de la goutte et de la gravelle une vogue sans restrictions, qu'on ne saurait trop déplorer. Vichy d'abord, Carlsbad ensuite, puis Ems et Schlagenbad, ont cherché à accréditer les propriétés antiarthritiques de leurs sources. Baigneurs et buveurs s'y sont rendus sur le simple oui-dire que les goutteux et les graveleux, quels qu'ils fussent, guérissaient radicalement. Beaucoup de ces malades imprudents, d'abord soulagés par les eaux alcalines, ont payé plus tard la faute de leur crédulité. Au retour des établissements, après quelques semaines d'une santé parfaite en apparence, ils s'affaiblissent peu à peu ; bientôt les extrémités s'infiltrent, la fièvre consomptive survient ; puis un état d'anémie déplorable, des diarrhées que rien n'arrête, les jettent dans un marasme extrême ; les hydropisies passives viennent enfin se joindre aux autres symptômes ; ils meurent sans que la médecine ait à ce dernier degré aucun soulagement à leur promettre.

Si le mal auquel a donné lieu l'abus des alcalins n'est pas très avancé, les eaux salines muriatiques, celles surtout qui contiennent du fer, rendent d'immenses services. Associées à un bon régime, données à une dose non purgative, mais sans trop de réserve, elles constituent rapidement l'économie. Souvent alors on en continue l'usage jusqu'à ce que le retour d'un accès de goutte aiguë vienne apprendre au médecin qu'il convient de s'arrêter. C'est que, comme nous le disions en commençant, lorsque la période de saturation est arrivée, la cure sèche n'agit plus comme durant la cachexie. Elle provoque des hémorrhagies, des congestions locales qui chez les goutteux se portent aux membres affectés, chez les apoplectiques au cerveau, chez les hémorrhoïdaires au rectum.

Dans le cours des convalescences difficiles, on ne saurait trop espérer de cette médication, surtout quand les malades ont été soumis pendant longtemps à un régime débilitant. La seule recommandation, et elle est grave, c'est que l'obstacle à la guérison ne doit dépendre ni d'une phlegmasie latente ni d'une lésion organique. Alors, en effet, les eaux de Hombourg augmenteraient les accidents, exciteraient la fièvre ; l'appétit, loin de devenir plus vif, se perdrait encore davantage.

La nécessité de combattre les complications gastriques doit engager

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77.

la première, ou supérieure, le sixième jour, et la seconde le septième. La réunion était parfaite dans toute l'étendue de la plaie. La seconde opération fut faite le 5 juin, de la même manière, et le résultat fut le même, de telle sorte, que le 11 juin le mère et l'enfant purent quitter l'hôpital. Après la première opération l'enfant avait eu des coliques et plusieurs selles verdâtres; pas de sang dans les garderobes; peu d'appétit; cris continuels. Après la seconde opération, coliques et cris moindres. M. Jobert insiste avec beaucoup de raison pour que les épingles soient laissées longtemps en place: l'agglutination est à ce prix.

— Plusieurs fois déjà nous avons cité des exemples de l'heureux emploi de la pâte de Vienne contre les varices. Jamais cette méthode n'a été appliquée dans un cas plus remarquable que le suivant : Une femme robuste, âgée de cinquante-quatre ans, mariée à l'âge de vingt ans, a eu sept enfants. Durant chaque grossesse, elle eut, depuis et y compris la première, des varices aux jambes, qui disparaissaient après l'accouchement. Il y a dix ans, pendant la dernière grossesse, une tumeur de la grosseur d'une noix se forma au-dessous et en dedans du genou gauche, et acquit insensiblement le volume du poing; elle ne disparut même ne diminua pas après les couches. C'est sur cette tumeur, évidemment variqueuse, que M. Jobert a fait appliquer la pâte de Vienne. La plaie qui en est résultée était énorme; mais elle s'est graduellement rétrécie, et dans peu elle sera fermée entièrement. Notons que chez cette femme, il y a six ans, lors de la ménopause, des varices situées au-dessus de la malléole interne gauche, s'ouvrirent et fournirent une quantité considérable de sang.

— Personne n'emploie l'iodure de potassium avec autant de hardiesse que M. Lisfranc, et nous devons reconnaître qu'il en obtient des effets remarquablement avantageux. Il traite par ce moyen les anciens ulcères, les tumeurs blanches, etc., et il s'en sert pour *tâter* les tumeurs équivoques. C'est ainsi que, maintes fois, il a vu de prétendus cancers diminuer et guérir, sans l'intervention, d'abord jugée nécessaire, de la médecine opératoire.

Une jeune fille qui portait depuis sept ans une tumeur blanche du coude avec carie des surfaces articulaires, est aujourd'hui parfaitement guérie; elle a pris l'iodure de potassium depuis la dose d'un gramme jusqu'à celle de sept grammes. Le traitement a duré un an. L'articulation recouvre tous les jours plus de facilité dans les mouvements.

— Les ponctions exploratrices du testicule ne sont pas sans danger; il peut en résulter des épanchements hématiques dans la tunique vaginale et des inflammations très intenses de la glande séminale. Dans un cas du service de M. Lisfranc, qui a servi de texte à cet habile chirurgien, une ponction de ce genre a été suivie d'une orchite, que n'ont pu maîtriser complétement encore les antiphlogistiques employés avec énergie.

— On a préconisé, dans les fractures de la jambe, la position fléchie. Il ne peut y avoir, suivant M. Lisfranc, de position absolue, et le membre doit être étendu ou fléchi, suivant que la coaptation se maintient mieux dans l'une ou l'autre de ces positions. Chez un homme atteint de fracture des deux os de la jambe et guéri sans la moindre difformité, le membre a dû être mis dans l'extension, attendu que dans la flexion, d'abord essayée, les fragments ne restaient pas en contact.

— S'il est vrai que la récidive est à craindre après l'opération du cancer, il est vrai aussi qu'on peut s'en laisser imposer par l'inflammation pour une récidive. M. Lisfranc, nous avons déjà eu l'occasion de le dire, a étudié d'une manière très approfondie le rôle de l'inflammation dans le cancer. Une femme avait été opérée d'un carcinome du sein gauche. La cicatrisation marcha d'abord rapidement; puis tout à coup la plaie s'ulcéra; la peau environnante prit une teinte ardoisée, et des douleurs lancinantes se firent sentir. Il y avait bien là tout ce qu'il fallait pour croire à une récidive. M. Lisfranc fit appliquer douze sangsues autour de la plaie. Les douleurs cessèrent, la couleur ardoisée disparut, et la plaie ne tarda pas à se cicatriser. Aujourd'hui l'opérée est guérie.

— Mercredi dernier, M. Lisfranc a enlevé, chez une femme âgée de quarante-huit ans, une tumeur du sein, qui a présenté deux circonstances notables.

La tumeur était située à la partie inférieure externe du sein; la glande mammaire, refoulée en haut et en dedans, était saine. La masse morbide était extrêmement adhérente au muscle grand pectoral, dont quelques fibres ont été enlevées avec elle pour plus de sûreté. L'adhérence extrême de la tumeur est la première des deux circonstances notables que celle-ci a présentée.

Voici la seconde : Lorsqu'on ouvrit la tumeur, après son extirpation, on trouva, au milieu du tissu d'apparence fibreuse qui la constituait, une concrétion calcaire donnant à la percussion, au moyen d'un stylet, la même sensation qu'un os dénudé; cette concrétion avait l'épaisseur du petit doigt et la longueur d'environ trois centimètres.

— M. Lisfranc a examiné à sa consultation une femme affectée d'une chute du vagin simulant un polype. Le tube invaginé se présente sous la forme d'un doigt de gant. Il s'efface par le refoulement, ce qui suffit pour le distinguer d'un polype. Ce cas est des plus curieux. Si la malade entrait à l'hôpital, nous ne manquerions pas d'en parler de nouveau avec les détails convenables.

— M. Gerdy a opéré une jeune femme affectée d'un prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de cystocèle à la suite d'un accouchement. Nous attendrons les résultats de l'opération pour revenir sur ce fait intéressant.

— Nous avons vu dans le service du même professeur plusieurs exemples d'orchite, dont un, suite d'effort. Nous ne manquons pas de nous arrêter à ces cas d'inflammation testiculaire résultant d'un effort, attendu que quelques chirurgiens se montrent peu disposés à les accepter. Rien n'est pourtant plus facile à comprendre qu'une inflammation résultant de la compression d'un organe aussi sensible que le cordon testiculaire, et rien n'est plus évident que cette compression pendant l'effort. Nous avons déjà dit qu'il suffit de mettre le doigt dans l'anneau inguinal externe, pendant que l'on simule un effort de vomissement, pour s'assurer qu'en ce moment le cordon est pressé avec force. Dans un fait que nous avons tiré de l'oubli, l'inflammation du cordon, provoquée par des vomissements répétés, s'était propagée au tissu cellulaire de la fosse iliaque (des abcès intra pelviens).

— A l'occasion d'un cas de kératite ulcéreuse, M. Gerdy est entré dans quelques détails sur le mécanisme de la photophobie. Suivant lui, c'est un phénomène de voisinage consistant dans l'irritation de la rétine. Cette explication lui est commune avec un grand nombre de chirurgiens. Les douleurs qui s'irradient autour de l'orbite et même à tout un côté du crâne et de la face dans certaines inflammations oculaires, surtout dans l'iritis, sont encore pour M. Gerdy des phénomènes de voisinage. Ce sujet, qui a été longuement traité par M. Marchal (de Calvi) dans une leçon de physiologie pathologique sur la cinquième paire, sera l'objet d'un article spécial.

— Un homme portait un cancer de la lèvre inférieure. M. Gerdy a excisé demi-circulairement toute cette lèvre. Il en est résulté une perte de subtance considérable. L'arcade alvéolaire inférieure était découverte. Mais insensiblement, et à mesure que la plaie se cicatrise, la lèvre excisée tend à se rapprocher de la supérieure.

— Un homme affecté d'un hygroma pré-rotulien a été opéré par le même chirurgien, au moyen d'une incision longitudinale. La plaie est en bonne voie. Nous ne prétendons pas blâmer la méthode suivie par M. Gerdy, mais nous préférons de beaucoup, à l'incision, l'injection iodée, que nous avons vue plusieurs fois réussir entre les mains de M. Velpeau.

— Nous savons tout ce que l'on peut dire contre l'emploi de la teinture d'iode à l'intérieur, et sur la précipitation de ce corps simple quand il est mêlé à l'eau sous cette forme. Le fait suivant n'en est pas moins authentique et très digne de remarque. Un garde municipal était affecté d'un bubon strumeux du volume d'un gros œuf de poule. La tumeur était rouge, dure, indolore. Plusieurs pommades fondantes, et d'abord les applications réitérées de sangsues en petit nombre, les vésicatoires volants, les douches, avaient été employés infructueusement. Avant d'en venir à la destruction de la tumeur par la pâte de Vienne, M. Marchal (de Calvi) voulut, quoique peu confiant dans l'efficacité du moyen, essayer de l'administration de la teinture d'iode, qui fut prescrite successivement à la dose de 10, 15 et 20 gouttes dans un julep. Dès la seconde potion, le malade sentit une chaleur, une sorte de brûlure accompagnée de picotements, comme dans l'adénite, et au bout de quinze jours la résolution était complète. Hâtons-nous d'ajouter que, dans plus de vingt autres cas semblables, la teinture d'iode administrée de même n'a produit aucun résultat. M. Marchal a fait préparer une dissolution d'iode iodurée qui contient 5 centigrammes d'iode par 10 grammes, et qu'il administre d'abord à la dose de 2 grammes 5 décigrammes, dose qu'il élève successivement jusqu'au quadruple. L'iode ainsi dissous ne se précipite pas dans l'eau. L'emploi de cette solution, contre les bubons strumeux, n'a pas été plus efficace que celui de la teinture d'iode et de l'iodure de potassium, essayé aussi par M. Marchal dans les mêmes cas.

Un des malades soumis à l'usage de la dissolution iodée-iodurée, d'abord simplement à la dose de 2 grammes, 5 décigrammes, puis à celle de 5 grammes, et enfin à la dose de 10 grammes (5 centigrammes d'iode), éprouva, le jour même où il prit cette dernière dose, des symptômes gastriques d'une certaine gravité (douleurs vives, continues; vomiturition; pouls petit, fréquent; face grippée). On prescrivit la diète, la limonade gommeuse édulcorée; 30 sangsues à l'épigastre, et un grand bain dans l'après-midi. Le lendemain, les accidents avaient cédé entièrement.

Comment expliquer l'efficacité évidente de la teinture d'iode dans le cas dont il a été parlé, et dans ce cas seulement? On est réduit à supposer une composition particulière, idiosyncrasique, des liquides digestifs, à la faveur de laquelle l'iode a été mis dans les conditions propres à l'absorption. M. Marchal expérimente en ce moment une préparation iodée entièrement nouvelle.

— Un de nos confrères, qui compte parmi les anatomistes les plus habiles, fut mordu le 14 juin, à midi, à l'indicateur gauche, par une vipère sur laquelle il faisait depuis deux mois quelques expériences. Il cautérisa aussitôt la morsure avec l'ammoniaque liquide. A deux heures, il remarqua une légère tuméfaction autour de la morsure. Il appliqua de nouveau l'ammoniaque, et il plaça une ligature fortement serrée à la racine du doigt. Un quart d'heure après, celui-ci avait doublé de volume; il était tendu, dur, demi-transparent, et la tuméfaction avait envahi la moitié de la face dorsale de la main. Une ligature fut appliquée au-dessus du poignet, et M. Michon fut prié de visiter le malade.

Déjà la main était volumineuse, dure, demi-transparente; les autres doigts étaient envahis; la douleur était vive, l'enflure s'étendait jusqu'à la moitié de l'avant-bras; la ligature du poignet avait été enlevée.

M. Michon prescrivit l'ammoniaque en frictions et en boissons.

Le malade commença, un quart d'heure après, à faire des frictions et à boire de l'ammoniaque (12 gouttes dans un verre d'eau sucrée, de demi-heure en demi-heure), et il continua jusqu'à dix heures du soir.

A neuf heures, la main, les doigts, l'avant-bras et le bras étaient énormes et très douloureux; la douleur était surtout vive à la face palmaire de la main au niveau du premier espace métacarpien, et à la partie inférieure du biceps brachial.

La demi-transparence qui avait été remarquée jusqu'alors était remplacée par une coloration bleuâtre, par plaques, surtout très intense à l'avant-bras et au bras.

A dix heures, les ganglions de l'aisselle étaient douloureux, et des nausées se manifestèrent. Le malade prit une plus forte dose d'ammoniaque dans du thé. Pas de vomissements; lassitude extrême; sueurs très abondantes.

A onze heures, la tension des parties commençait à diminuer. Le malade s'endormit et se réveilla à une heure. Le

---

le médecin à préférer les eaux d'une digestion prompte et facile. Peut-être n'est-il pas un seul de ces états maladifs où l'estomac ne contribue pour quelque chose à la venue des accidents. Rendre à la digestion sa première activité, permettre aux malades une alimentation plus riche et plus nourrissante, c'est hâter la convalescence ou plutôt la guérison.

Les eaux de Wiesbaden, prises à l'intérieur, ne remplaceraient qu'imparfaitement celles de Hombourg, de Soden ou de Kissingen. Quoiqu'elles contiennent les mêmes sels en quantité à peu près égale, l'absence d'acide carbonique les rend bien moins faciles à supporter. En outre, la température trop élevée cause du dégoût à beaucoup de malades; il faut alors les laisser refroidir; mais en corrigeant un défaut, on ne remédie pas à l'autre, car, à mesure qu'elles perdent leur chaleur, elles laissent dégager le peu de gaz acide qu'elles contenaient.

La cure sèche trouve dans les eaux de Hombourg un médicament plus favorable à la plupart des constitutions et surtout aux états généraux dont nous avons parlé précédemment. Sans rien changer à leur composition, sans ajouter comme à Niederbronn ou à Kreutznach parties égales d'eau de Selters, elles satisfont à toutes les exigences.

Cure purgative. — Pour transformer le traitement *sine catharsi* en cure purgative, il suffit d'augmenter les doses. La limite extrême est ordinairement de six à huit verres; plus on atteint ce nombre rapidement, plus les effets sont prononcés. Ce ne serait pas sans danger qu'on débuterait par une quantité si considérable avant d'avoir éprouvé la susceptibilité des malades. Lorsque la purgation est exclusivement due à l'action des eaux salines, elle devient un moyen de thérapeutique de grande valeur; lorsqu'elle résulte, au contraire, des écarts de régime, d'indigestions intercurrentes ou du défaut de précautions, elle fatigue sans véritable profit.

L'influence des eaux salines muriatiques administrées à dose purgative ne consiste pas seulement dans des évacuations plus ou moins nombreuses qu'on obtiendrait également par d'autres moyens. Exciter la sécrétion intestinale n'est que le premier degré de la médication; les conséquences de cette exagération sont différentes suivant les remèdes employés. Les eaux purgatives ne peuvent donc se ranger toutes dans la même catégorie : elles ont leurs caractères spéciaux comme les autres agents cathartiques de la matière médicale.

Il ne peut être indifférent pour personne de prendre de l'aloès ou de la manne, de la coloquinte ou de l'huile de ricin, du séné ou de l'huile de croton tiglium. De ces purgatifs, les uns, comme l'aloès, ne produiront à la surface de l'intestin qu'un flux peu abondant et exciteront l'appétit s'ils sont donnés avec quelque persévérance; les autres, la manne, par exemple, causeront des troubles gastriques profonds caractérisés par de l'anorexie, de l'amertume de la bouche, des coliques flatulentes, et il serait impossible d'en continuer longtemps l'usage sans compromettre la santé.

Ces considérations sommaires s'appliquent aux sels purgatifs comparés entre eux. Vous ferez prendre tous les jours pendant un mois, à un malade, 15 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, le matin à jeun; vous trouverez difficilement quelqu'un pour supporter, sans dommage, pendant le même espace de temps, la crème de tartre ou le sulfate de potasse.

Le pourquoi ne se connaît pas bien; mais le fait expérimental est là, et il nous faut l'accepter.

S'il ne s'agit que de purger, lorsqu'il n'y a pas d'ailleurs d'indication spéciale à remplir, les eaux de Hombourg sont mauvaises. Toujours il faudra leur préférer celles de Sedlitz, d'Egra, d'Epsom, de Seidchutz, de Pullna, en un mot celles qui doivent leur activité aux sulfates de soude ou de magnésie. Ces dernières doivent être choisies, parce qu'elles sont plus nettes et plus franches dans leurs effets.

Mais si le médecin se propose un autre but que l'évacuation pure et simple des matières contenues dans l'intestin, s'il veut encore remplir une indication particulière, il devra dans certains cas préférer les eaux de Hombourg, dans d'autres les proscrire formellement.

Les eaux d'Epsom, d'Egra, de Sedlitz, sont essentiellement antiphlogistiques; celles de Montmirail, dans le département de Vaucluse, ont une action encore plus contro-stimulante que celles que nous venons de nommer. On en peut user, abuser même quelquefois, sans qu'il en résulte de sérieux accidents. Elles conviennent à merveille aux personnes pléthoriques, hémorrhoïdaires, goutteuses, à ceux qui ont vécu longtemps à une table trop riche. Sous leur influence, la tension du pouls diminue, la pléthore abdominale se dissipe, les hémorrhoïdes deviennent moins turgescentes et moins douloureuses, les accès de goutte s'atténuent. Les eaux muriatiques semblent agir il est vrai les premiers jours dans le même sens, lorsqu'elles purgent vivement; mais bientôt elles augmentent le ton, excitent le pouls, et favorisent le développement des congestions hémorrhoïdales ou utérines.

Si donc on voulait suivre une ancienne classification des purgatifs, on rangerait ces dernières parmi les purgatifs chauds, à côté de l'aloès, de la rhubarbe, du jalap, de la scammonée, etc., etc.; les autres, parmi les purgatifs froids, à côté de la magnésie, des tamarins, etc.

Telles sont en résumé les principales indications des eaux salines muriatiques. On comprend, par ce simple aperçu, quels services la médecine est en droit d'en attendre, et combien il était nécessaire de séparer d'abord la cure sèche de la cure purgative. Ce sont en effet deux médications dans un seul médicament. La matière médicale fournit aux médecins bien des agents qui sont dans le même cas. Peut-être n'en pourrait-on pas citer qui représentât mieux ce dédoublement des propriétés thérapeutiques que le calomel prescrit à petites doses ou en quantité suffisante pour solliciter des évacuations alvines.

En effet, suivant le mode d'administration, il s'applique à des états différents et provoque des résultats qui ont trop peu d'analogie pour qu'on puisse les réunir sous une dénomination commune. Il en est de même des eaux salines muriatiques; elles jouissent de propriétés aussi distinctes que celles du calomel, et doivent par conséquent être étudiées à un double point de vue.

(*La suite à un prochain numéro.*)

gonflement du bras et de l'avant-bras était notablement moindre. Les ecchymoses étaient très visibles.

Le lendemain à neuf heures, le gonflement avait disparu partout, excepté au doigt mordu et sur une partie du dos de la main. Il n'existait plus de douleur qu'à la face palmaire de la main, au doigt mordu et au niveau du biceps.

Quatre jours après, les ecchymoses avaient jauni ; la douleur était nulle. Seulement, il restait un peu de roideur au doigt mordu.

Aujourd'hui tout a disparu.

— Une femme de trente ans était depuis longtemps soignée pour une affection de l'utérus, que l'on supposait de nature carcinomateuse.

A plusieurs reprises, on avait brûlé une tumeur saillante dans le vagin, et que l'on prenait pour une végétation cancéreuse. Cependant, depuis quelque temps on n'y touchait plus, et il y avait six mois que le médecin ordinaire n'avait été consulté. M. Piorry, appelé, constata, à l'aide du palper vaginal et de l'inspection pratiquée au moyen du spéculum, une tumeur pyriforme de quatre centimètres de diamètre, pédiculée, dure à sa base, molle à son sommet, spongieuse, grisâtre, laissant écouler une sanie fétide. Il diagnostiqua un polype.

Ce pédicule était profondément engagé dans le col utérin, qui était sain. Une hydrémie très marquée, un dépérissement porté assez loin étaient les conséquences de la présence de la tumeur et de l'écoulement abondant, tantôt sanguinolent, tantôt séreux qui avait lieu.

Une opération fut résolue ; un de nos plus habiles chirurgiens devait s'en charger. Des circonstances particulières l'ayant empêché de se trouver à l'heure convenue, et la malade se désolant, M. Piorry se décida à pratiquer lui-même l'opération.

La tumeur étant engagée dans le spéculum quadrivalve, on voulut la saisir avec des pinces de Museux ; elle se déchirait ; il devint fort difficile soit de la bien fixer, soit de couper avec des ciseaux fortement courbés sur leur plat, le pédicule engagé à plus de deux centimètres dans la cavité du col. Alors M. Piorry renonça à se servir du spéculum ; la tumeur fut fortement saisie avec les pinces de Museux et attirée au dehors. Elle se déchira encore ; cela étant, le pouce et l'index furent introduits dans le vagin, et les ongles de l'opérateur fortement implantés jusque dans le col utérin sur une sorte de bourrelet que présentait la tumeur.

Une première fois celle-ci échappa à la traction ; mais un moment après, mieux saisie, elle fut amenée à l'entrée de la vulve, dont les lèvres furent écartées par des aides. Dès lors les doigts servant à diriger les ciseaux courbes, il devint facile de couper le pédicule très profondément dans le col (à 2 centimètres au moins). La surface de la section n'était aucunement vasculaire, et prouvait l'exactitude du diagnostic sur la nature de la tumeur enlevée. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang. La malade souffrit fort peu.

En général, suivant M. Piorry, il faut, autant que possible, substituer les doigts aux pinces. Au lieu des crochets des pinces de Museux, on se servirait d'un crochet double fixé à chaque doigt au moyen d'un dé qui serait évidé sur la partie correspondant à la pulpe, pour permettre à celle-ci d'apprécier l'état des parties en contact.

— M. Piorry, craignant pour la muqueuse gastrique l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique au sulfate de quinine, pensa qu'il serait bon de chercher un mode de solution de la quinine brute. L'interne en pharmacie du service effectua, d'après les indications du professeur, une solution de cette substance dans l'alcool. Voici la préparation :

Quinine brute,	30 grammes.
Alcool,	350
Eau distillée,	350

On filtre. L'eau ne doit pas être dans d'autres proportions que celle indiquée, sans quoi il y aurait précipitation de la quinine. Deux cuillerées de la solution représentent un gramme de sulfate de quinine.

L'alcoolat de quinine a été administré depuis deux mois dans un grand nombre de cas d'hypertrophie splénique, et l'on a vu chaque fois la rate diminuer avec bien plus de rapidité que cela n'a lieu par le sulfate de quinine.

Les limites de la rate ont été fixées avec un soin scrupuleux et vérifiées par plusieurs des personnes qui assistent aux leçons cliniques de M. Piorry.

Ce n'est pas la première fois assurément que l'on dissout la quinine dans l'alcool. M. le professeur Millon, dans ses cours du Val-de-Grâce, indique annuellement ce mode de dissolution. Mais à notre connaissance, dans les hôpitaux de Paris, c'est la première fois que l'alcoolé antipériodique est administré. La quinine se dissoudrait par faitement dans l'éther, et peut-être même ce mode de dissolution conviendrait-il préférablement à tout autre, dans les cas urgents, à raison de la diffusion extrêmement rapide de l'éther. On pourrait essayer aussi de dissoudre la quinine dans les corps gras, par exemple dans l'huile d'olive. En tout cas, il est bon d'éviter la dissolution par l'acide sulfurique, celui-ci n'étant pas toujours employé avec ménagement, et l'on doit savoir gré à M. Piorry de son heureuse tentative. X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Granulations de l'intérieur de l'utérus.

Au numéro 31 de la salle des femmes, est couchée une culottière âgée de trente-sept ans, qui présente quelque chose de singulier, et qui mérite l'attention.

Elle se dit malade depuis cinq à six ans, mais elle n'indique que des symptômes vagues, des douleurs dans l'estomac, dans les reins, rien enfin de précis de ce côté, et qui puisse mettre sur la voie de l'affection dont elle est atteinte. Cependant, et c'est là un point essentiel, elle accuse deux pertes utérines depuis deux ou trois mois; et, selon elle, ces pertes auraient été précédées d'irrégularités dans la menstruation. De plus, cette malade a le ventre tellement énorme que nous nous sommes demandé si elle n'avait pas une ascite, bien que sa physionomie n'indique pas l'existence de cet état pathologique.

Cette femme a eu cinq enfants, mais elle n'est point devenue enceinte depuis le commencement de sa maladie. L'examen par le toucher nous a fourni les renseignements suivants: Le col est extrêmement court, tellement court, même, qu'il semble disparu complétement; c'est à peine si on le sent proéminer dans le vagin ; la lèvre postérieure est perdue, effacée ; la lèvre antérieure persiste et donne une sensation lisse, veloutée ; on ne trouve, en un mot, aucune espèce de lésion, ni tumeur, ni granulations, ni ulcérations, ni cancer ; seulement, l'utérus paraît plus volumineux qu'à l'ordinaire ; il semble aussi présenter une mobilité moins grande qu'à l'état sain. On reconnaît à ce volume exagéré, et surtout à cette diminution de la mobilité, qu'il a dû survenir dans ces régions quelques inflammations subaiguës. L'utérus n'a pas non plus tout à fait sa position normale.

Bien que le volume de l'organe soit un peu plus considérable que dans les conditions ordinaires, son fond ne dépasse pas le détroit supérieur ; mais il nous a été cependant possible de le déprimer de la cuisse vers l'hypogastre, c'est-à-dire de bas en haut, de façon à nous assurer qu'il était libre de toute adhérence avec quelques tumeurs, soit tenant à l'organe lui-même, soit développée dans les ovaires.

Cette exploration, à laquelle nous nous sommes livré avec grand soin, est d'une haute importance pour la malade. Si nous ne l'eussion pas faite de manière à ne conserver aucun doute, on aurait pu penser, d'après les dires de la femme, qu'elle portait une affection extrêmement grave de la matrice.

Nous l'avons encore examinée le lendemain ; et, chose singulière, nous avons trouvé le volume du ventre beaucoup diminué.

Il est vrai qu'on trouve le foie descendu au-dessous des fausses côtes ; il atteint presque le niveau de l'ombilic, mais c'est une particularité qui peut préoccuper quand on ne la connaît pas, et qui cependant n'est pas rare chez les femmes à cause de leur manière habituelle de se vêtir. Les compressions exercées sur la base du thorax et la partie supérieure de l'abdomen peuvent amener, à la longue, ce résultat sans qu'il paraisse survenir aucune conséquence fâcheuse. D'ailleurs, ici il n'existe, en réalité, aucun signe qu'on puisse rationnellement rapporter à une maladie du foie.

En somme, cette femme est beaucoup moins malade qu'elle ne le croit, et surtout nous ne savons dans quel but elle a l'air de vouloir le faire croire. Son embonpoint est assez grand, sa face est suffisamment colorée, ses chairs sont fermes; elle a, en un mot, les apparences d'une santé générale très satisfaisante ; elle est malade cependant ; mais de quelle maladie est-elle atteinte? A quoi peuvent se rapporter les symptômes dont elle se plaint ; symptômes généraux, douleurs en diverses régions ; symptômes locaux, pertes, douleurs dans les aines, etc.

Ceci nous semble devoir se rapporter à quelque affection de l'intérieur du corps ou du col de la matrice ; peut-être, et c'est là une supposition qui nous paraît très probable, s'agit-il de ces granulations qu'on observe si souvent à l'intérieur, et qu'on peut rencontrer aussi dans l'intérieur de l'utérus. Les granulations qui occupent ce siége ne sont pas, en général, assez connues ; ce sujet ne nous paraît pas assez étudié. Les granulations de l'extérieur du col sont parfaitement décrites ; il y a même à ce sujet un grand nombre d'opinions et de nuances d'opinions; mais il ne faut pas ignorer que l'intérieur du col et du corps est sujet au même état granuleux qu'on n'entend d'ordinaire qu'à l'extérieur.

Ce sont ces granulations de l'intérieur de la matrice qui donnent lieu surtout à des pertes, et ce sont précisément ces variétés-là qu'on craint d'attaquer par la cautérisation. Quelques médecins persistent à porter le caustique dans l'intérieur de l'utérus ; quelques autres blâment ces cautérisations ; ils n'ont évidemment pas observé combien elles sont efficaces, quand elles sont appliquées comme tout remède doit l'être, c'est à-dire avec la circonspection et les connaissances nécessaires.

Une seule difficulté existe pour les granulations de l'intérieur du col ou du corps, c'est l'impossibilité de savoir où l'on se trouve, de savoir au juste où est le siége précis du mal; cela est sans doute fâcheux ; car, nous le répétons, ces cautérisations bien faites ont une très grande efficacité.

Dans le cas de granulations à l'intérieur, il faut porter le pinceau à deux, trois, quatre, cinq centimètres dans l'utérus; c'est là surtout ce qui effraie quelques praticiens. Cette médication devra être employée chez cette malade ; il y aura quelques difficultés chez elle dans l'application, à cause de la conformation spéciale du col de l'utérus; cependant avec une tige recourbée, si cela est nécessaire, on parviendra à porter le caustique jusque sur le mal.

Tumeur encéphaloïde comprenant tous les tissus du bras. Du choix de l'opération dans ces sortes de cas.

Une autre femme de la même salle nous présente une affection tout autrement grave, et, contrairement à celle qui précède, sans se douter jusqu'ici qu'elle portait une maladie aussi redoutable.

Il y a quinze à dix-huit mois, cette malade s'aperçut d'une petite tumeur à la partie externe du bras ; elle survint sans cause connue, et sans que la malade puisse la rattacher à quoi que ce soit. Cette tumeur acquit un volume de plus en plus considérable; elle a aujourd'hui celui d'une tête d'enfant nouveau-né; elle est le siége d'élancements; il n'y a pas d'inflammations, et elle ne semble pas tenir à l'article. Elle comprend toute l'épaisseur du membre; l'humérus lui-même en fait partie ; quand on la presse, elle donne d'abord la sensation de fluctuation ; mais on s'aperçoit bientôt que c'est une sensation illusoire, et que cette fausse fluctuation est due à la présence de fongosités. D'ailleurs une portion de la tumeur est ulcérée déjà, et il s'élève de cette ulcération un champignon fongueux. Si l'on cherche à isoler cette masse, on acquiert la conviction qu'elle comprend absolument tous les tissus du membre, et que cet isolement est impossible.

Le diagnostic, on le voit, ressort de ces symptômes mêmes; il n'est pas besoin de le discuter ; il n'est que trop clair malheureusement. La tumeur est un cancer ; un fongus hématode, une tumeur chondrophite ou ostéophite, comme on voudra l'appeler.

Ce n'est pas là une maladie extrêmement rare au bras ; nous en avons vu déjà un certain nombre de fois, et nous en parlions il n'y a pas longtemps encore à propos d'une jeune fille que nous avons opérée en ville.

Cette maladie débute de plusieurs manières, qui ont entre elles la plus grande ressemblance. Le siége de l'apparition primitive de la petite tumeur varie seul ; tantôt en effet la bosselure se montre d'abord à la peau; d'autrefois, et c'est le plus souvent, elle commence par les parties profondes. Dans le principe, ces sortes de tumeurs présentent ceci de remarquable qu'elles sont d'une dureté qui les fait ressembler à des cartilages ou à des os ; c'est ce qui leur a fait donner le nom de chondrophites ou ostéophites, que nous rappelions il n'y a qu'un instant.

Nous avons vu une de ces tumeurs comprenant la main, dans laquelle cette dureté était tellement prononcée que, l'amputation faite, il fallut scier la masse pour en examiner l'intérieur.

Cette pauvre femme ne se doutant nullement de la gravité extrême de la maladie qui l'amenait à l'hôpital, nous la lui avons fait comprendre avec les ménagements que nous devions employer. Nous avons dû lui faire connaître aussi la seule ressource opposable, selon nous, à un tel mal, c'est-à-dire l'ablation du membre ; elle a répondu qu'elle préférerait mourir que de s'y soumettre. Il faut savoir que, dans ces cas, tous les malades se ressemblent ; riches, pauvres, brutes, intelligents, tous n'ont qu'un même refrain : il faut trouver un autre moyen de les guérir ; et, si, poussés à bout de raisonnements par le chirurgien, qui leur démontre qu'aucune autre ressource ne reste que cette ressource extrême, ils coupent court à toute discussion en disant qu'ils aiment mieux mourir. Qu'on le sache bien, il n'en est pas un peut-être qui dise alors réellement ce qu'il pense ; si les malades étaient aussi convaincus que l'est le chirurgien, que sans l'opération ils périront certainement, pas un seul n'hésiterait à se laisser opérer, mais ils espèrent, par ce langage, le forcer à essayer d'autres remèdes moins effrayants et moins douloureux.

Quoi qu'il en soit, pour cette femme ce serait un grand malheur qu'elle se refusât obstinément à l'opération, parce qu'elle est jeune encore, et qu'en définitive elle a quelques chances de guérir, se trouvant dans des conditions favorables à l'amputation, sans oublier toutefois que la maladie est un cancer.

Quelle opération devra-t-on pratiquer ? pourrait-on se contenter de réséquer l'humérus, ou d'enlever la tumeur en conservant le membre? ou bien faudra-t-il amputer?

Le dernier parti nous paraît le seul possible. La tumeur comprenant non-seulement l'humérus, mais les parties molles, réséquer l'os ne serait enlever qu'une petite portion du mal ; pratiquer l'ablation de la tumeur est chose évidemment impossible, puisque sont compris dans cette tumeur les vaisseaux et les nerfs du bras qu'il faudrait enlever, d'où la mortification des parties inférieures.

De plus, en songeant qu'il s'agit d'un cancer, on trouverait encore, s'il en était besoin, des raisons pour préférer l'amputation. Qui ne sait que dans les maladies cancéreuses, en enlevant tout ce qui est malade, l'on n'est pas toujours certain de prévenir la récidive ! Or, pratiquer une des deux opérations précédentes, en les supposant possibles, ne serait-ce pas s'exposer à laisser quelques parties malades ?

Nous avons dit que cette femme était dans de bonnes conditions pour l'opération, et qu'il serait malheureux pour elle qu'elle ne s'y décidât pas. En effet, elle est assez bien constituée ; il n'y a rien dans l'aisselle, absolument rien. Si l'amputation n'est pas faite, des champignons cancéreux semblables à celui qui existe déjà vont se montrer sur tous les points de la tumeur, des hémorrhagies répétées surviendront, des douleurs vives, des ulcères avec suppuration sanieuse et fétide, les fonctions viscérales se troubleront, la malade succombera, telle est la fin inévitable d'une pareille maladie.

Si la malade se décide à l'opération, nous rendrons compte des suites.

Ecrasement par une pierre de taille. Chute. Fractures de côtes, de l'avant-bras, de la cuisse. Asphyxie. Coloration très singulière de la face.

Un maçon de vingt à vingt-cinq ans a été apporté à l'hôpital dans un état déplorable. Ce malheureux garçon a reçu sur la poitrine une énorme pierre de taille qui l'a broyé. Il présente des fractures de plusieurs côtes avec déchirure du poumon, et un emphysème facile à constater. De plus, il paraît qu'en le retirant il est tombé d'un premier étage à travers un plancher, et il s'est fracturé l'avant-bras et la cuisse. Peut-être même y a-t-il une fracture de clavicule, qu'on n'a pas recherchée très exactement pour ne pas augmenter les douleurs de ce malheureux.

Le blessé a sa connaissance, et, bien qu'il ne parle pas, il tire la langue quand on l'y sollicite. Nous avons observé chez ce malade deux phénomène sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention à cause de la singularité de l'un et de la gravité de l'autre.

Le premier consiste dans une coloration particulière de la face, qui présente une teinte uniforme, vineuse, violacée; mais, et c'est là ce qu'il y a de plus remarquable, cette coloration cesse brusquement au cou de façon à présenter entre elle et la couleur de la peau une ligne de démarcation tellement tranchée qu'on la croirait tracée au pinceau. C'est au point même que dans le premier moment nous en étions à nous demander si la teinte brune produite par le hâle n'était pas pour quelque chose dans cet aspect bizarre. L'autre phénomène si grave dont nous parlions consiste dans l'emphysème que nous avons constaté, non vers la poitrine, celui-là s'explique facilement, mais dans la fracture de l'avant-bras.

Vers 1833, nous avons signalé le premier, à ce que nous pensons, l'existence de l'emphysème dans certaines fractures; et c'était un phénomène tellement étrange qu'on a eu tout d'abord de la tendance à le nier, et nous le comprenons. Comment, en effet, concevoir que de l'air puisse pénétrer dans nos tissus? Cela semble beaucoup plus facile à comprendre pour le vulgaire que pour les gens instruits; ces derniers, qui connaissent les effets de la pression atmosphérique et qui savent que partout à l'extérieur de notre corps presse une puissance qui met obstacle à cette introduction, ne peuvent parvenir à s'expliquer le fait. Ce qui est certain, c'est qu'il existe, nous en avons pour notre part constaté une quinzaine de cas aujourd'hui au moins; dans les premiers exemples que nous avons vus, on pouvait nous faire une objection inadmissible ici. Comme nous n'avions vu les malades qu'un certain temps après l'accident, on pouvait nous dire que le gaz infiltré dans les tissus n'était pas de l'air, mais bien le résultat de la décomposition des fluides; mais pour ce malade qui vient d'être écrasé il y a une heure, cette explication tombe d'elle-même.

C'est donc un fait acquis maintenant à la science que la possibilité de l'emphysème comme complication des fractures, et nous croyons que voici la véritable explication de l'introduction de l'air : Quand, après une fracture avec plaie, le membre est le siége de mouvements, il se fait très probablement quelques mouvements de soupape, de soufflet qui amène cet accident.

Ainsi, parmi les exemples que nous avons eu l'occasion d'observer, c'est toujours à la suite de mouvements imprimés au membre fracturé. L'un était un marchand de mottes à brûler, qui, ayant la jambe cassée, continue de courir après sa voiture; l'autre était un monsieur qui, descendant d'omnibus, se casse la jambe et continue à courir après un autre de manière que le tibia enfonçait dans le sol. Ce maçon aura probablement été secoué par ses camarades en le relevant ou en l'apportant, d'où l'emphysème.

Tous ces malades éprouvent des accidents graves, voilà surtout ce qu'il faut savoir. On ne verra pas ces accidents survenir chez celui-ci, car il est de toute probabilité qu'il succombera d'ici à quelques jours tant sont nombreuses les lésions graves dont il est atteint.

— La femme aux fractures des deux cuisses et de la mâchoire a succombé aux suites d'une vaste suppuration dans l'un des membres inférieurs. L'autopsie n'a pu être faite encore empêchée par l'autorité.

M. Velpeau a extrait un séquestre considérable du fémur ; un autre malade s'est présenté avec la même maladie et subira la même opération. Deux fistules lacrymales sont sorties cette semaine; l'une d'elle a offert une circonstance remarquable : quelque recherche qu'on ait faite, on n'a pu trouver chez elle de canal nasal. Il est sorti aussi la semaine dernière une malade à laquelle on a ouvert un kyste des grandes lèvres renfermant une matière noire, poisseuse, ressemblant a du méconium.

M. Velpeau a fait remarquer qu'il n'avait point encore observé un liquide pareil dans ces tumeurs. PAJOT.

Bibliographie.

Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire, par M. le docteur VIDAL (de Cassis).

(Deuxième édition.)

On peut concevoir de deux manières un traité de pathologie externe. Ou il renfermera l'histoire seule des maladies, et, à l'article Traitement, ne contiendra que l'indication de la thérapeutique à mettre en usage, sans qu'il soit donné de détails des opérations et des procédés chirurgicaux au moyens desquels on doit les combattre; ou bien, en regard des principaux cas pour la cure desquels des opérations sont nécessaires, viendra l'histoire détaillée de ces opérations, des différentes méthodes suivant lesquelles on peut les pratiquer, leur examen comparatif, et l'appréciation des motifs qui doivent guider le chirurgien dans telle ou telle circonstance. De ces deux manières de voir, quelle est la meilleure? Sans oser nous prononcer complétement sur une question aussi grave, nous devons avouer néanmoins que nous nous sentirions plus porté à partager l'avis de ceux qui veulent, en même temps, et dans le même ouvrage, la pathologie externe et la médecine opératoire. Cette façon d'envisager et d'étudier la chirurgie nous semble plus complète, plus large ; mais, il faut en convenir, ce doit être chose difficile que de mettre à fin un travail de cette espèce. La preuve en est dans l'absence de livres qui réunissent à la fois les deux conditions dont nous parlons, et dans lesquels on trouve en regard l'histoire des affections chirurgicales et leur thérapeutique dans la plus ample acception du mot. Tant en France qu'à l'étranger, les auteurs les plus en renom ont fait des tentatives de ce genre, et l'on sait jusqu'à quel point ils sont restés incomplets. Chez l'un, la pathologie seule est exposée; chez l'autre, la médecine opératoire, sans aucune considération pathologique; enfin, on trouve chez le plus petit nombre les deux choses à la fois; mais alors, sans proportion, sans harmonie, sans lien philosophique.

Dans le nouveau traité qu'il publie, nous disons nouveau, car les importantes additions et les nombreux changements que l'on rencontre dans cette seconde édition, en font un livre tout à fait neuf, M. Vidal s'est efforcé d'atteindre le double but que nous avons signalé. Il a lié systématiquement la pathologie à la médecine opératoire, et il a fait voir que celle-ci reçoit de ses rapports avec l'histoire des maladies ses plus belles inspirations. Mais en même temps, comprenant avec raison que la véritable chirurgie est autant, peut-être même plus celle qui conserve que celle qui retranche, que pour être bon praticien il ne faut pas vouloir couper partout et toujours, il a insisté avec une égale prudence sur les indications qui ordonnent d'agir, et sur celles qui commandent impérieusement de s'abstenir. Cette tendance générale une fois bien constatée, passons à l'examen rapide du plan du livre de M. Vidal.

Trois grandes divisions sont d'abord établies, qui comprennent :

1° Les maladies dont tous les tissus, tous les organes, peuvent être affectés.

2° Celles des divers tissus organiques.

3° Celles des régions.

A chacune de ces trois grandes classes s'appliquent quatre sous-divisions : anomalies et difformités, lésions physiques, lésions vitales, lésions organiques; sous-divisions examinées en général dans le premier livre, et reprises en particulier dans le deuxième et le trosième.

Avant d'aller plus loin, deux mots sur cette expression, *lésions organiques*, qu'a cru devoir adopter l'auteur. Si, par elle, on entendait toutes les lésions qui portent sur des organes, les fractures, les luxations, les ulcérations, etc., seraient aussi des lésions organiques. Ce n'est pas là ce qu'a entendu M. Vidal. Dans la classe des lésions physiques et des lésions vitales, les parties ont conservé leur texture; l'os cassé, dit-il, a toujours la même trame, est pénétré des mêmes sels, c'est enfin un os cassé, mais c'est toujours un os ; du tissu cellulaire peut-être atteint d'ulcération, être frappé même jusqu'à la mortification, sans passer à une autre catégorie anatomique. Dans la nouvelle section qu'établit M. Vidal, la partie est *organiquement lésée;* l'organe se déclasse, et n'est plus le même organe ; il y a production d'un tissu qui n'existait pas, soit qu'il y ait transformation morbide, soit qu'il y ait naissance dans le voisinage d'un organe ou dans ses interstices des tissus différents de ceux qui entrent dans la texture primitive de cet organe. C'est assez dire que M. Vidal a rangé dans cette grande classe des lésions organiques, ce que les anatomo-pathologistes ont désigné sous le nom de transformations morbides, dégénérescences, produits ou tissus morbides, produits ou tissus accidentels.

A la suite de prolégomènes assez étendus dans lesquels sont étudiés sous cinq chefs principaux le diagnostic chirurgical, la médecine opératoire en général, les pansements, les opérations élémentaires, la petite chirurgie, l'auteur entre en matière (livre premier) par des considérations entièrement neuves et originales de pathologie chirurgicale générale; comprenant des principes d'anatomie et de physiologie anormales, et des principes de pathologie proprement dite, le tout considéré sous un point de vue d'ensemble et dans un intérêt purement chirurgical. Le premier livre, éminemment important, et dont nous ne saurions trop recommander aux élèves la lecture attentive et la méditation, ouvrira aux commençants les livres suivants, lesquels deviendront ainsi d'une intelligence plus facile et plus profitable.

Il serait impossible d'examiner en détail un ouvrage aussi étendu que celui-ci; nous nous bornerons donc à signaler aujourd'hui les améliorations matérielles de cette nouvelle édition. Nous avons dit que M. Vidal avait disséminé dans son Traité de pathologie externe la médecine opératoire ; nous devons ajouter que, par une heureuse inspiration, il a joint, partout où il a cru y voir quelque utilité, des considérations précieuses d'anatomie chirurgicale. Jaloux de concourir pour sa part au succès d'un livre appelé à rendre des services incontestables, l'intelligent éditeur auquel on doit tant et de si belles publications scientifiques n'a cru devoir reculer devant aucun sacrifice pour venir en aide à l'auteur dans l'exécution du plan neuf et hardi qu'il avait conçu. Plus de cinq cents figures, gravées sur bois par les plus habiles artistes, et représentant soit des lésions pathologiques, soit des dessins d'anatomie chirurgicale, soit l'instrument lui-même en action sur les parties malades, entre les mains du chirurgien, témoignent une fois de plus des services dont la librairie médicale est redevable au zèle éclairé de M. J.-B. Baillière. Dr A. FOUCART.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 79. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Des hydropisies et de leur diagnostic différentiel.

(Suite du numéro du 20 juin.)

Nous arrivons à présenter quelques considérations sur la symptomatologie considérée en général. Il y a, d'abord, et c'est là le premier phénomène qui se manifeste et mette sur la voie du diagnostic, augmentation du volume du ventre. Dans un grand nombre d'hydropisies, et surtout si la maladie date déjà d'un certain temps, il y a suffusion séreuse et infiltration de liquide dans le tissu cellulaire des membres, sous-cutané et intermusculaire. Les membres inférieurs deviennent plus volumineux ; la peau qui les recouvre est tendue ; la pression du doigt détermine un enfoncement qui se dissipe peu à peu, et à mesure que les liquides, un instant déplacés, reprennent leur place primitive. Ce n'est pas tout ; il peut survenir de la rougeur, de l'inflammation ; il peut arriver que l'on voie se développer des érysipèles œdémateux. Dans cette dernière circonstance, des points gangréneux peuvent se rencontrer dans les endroits où la peau se trouve violemment distendue par les liquides infiltrés au-dessus d'elle. Cette complication de la gangrène est toujours fâcheuse, et doit rendre le pronostic des plus graves.

Pour les phénomènes généraux, il n'en est aucun qui soit infailliblement nécessaire, et dont on soit toujours, et dans tous les cas, sûr de pouvoir constater l'existence. Ordinairement, dit-on, la soif est vive. Nous pouvons affirmer, d'après notre expérience et notre observation qu'une soif si intense n'est pas ordinaire ; elle ne constitue que des cas exceptionnels; aussi, tout en devant en tenir compte, faudrait-il se garder de rien conclure, soit parce qu'elle existe, soit parce qu'elle manque. Quant aux fonctions digestives, la diminution de l'appétit n'est pas constante non plus. Souvent, chez des malades affectés depuis longtemps déjà, et chez lesquels le ventre a acquis un grand volume, l'appétit persiste, et les digestions se font bien. Les fonctions excrémentitielles ne sont pas sujettes à des modifications moins nombreuses ; il peut y avoir également de la constipation ou du dévoiement, et le relevé de faits nombreux n'a pas permis d'établir une différence bien tranchée, quant à la fréquence, entre ces deux états.

A moins qu'il n'existe du côté de l'appareil circulatoire quelque lésion organique profonde qui influence directement les fonctions de cet appareil, on ne remarque pas ordinairement de troubles sérieux, sous ce rapport, dans l'état général du sujet. Lorsque la maladie est ancienne, que la distension est très grande, que, par conséquent, il existe des obstacles plus ou moins complets à la circulation veineuse, les veines des membres et celles qui rampent sous la peau des parois abdominales se gonflent fortement, se distendent, et deviennent quelquefois comme variqueuses, tant leur diamètre s'accroît. Le gonflement des veines est, en général, plus marqué et plus considérable pour les vaisseaux des parois abdominales que pour ceux des membres. On observe principalement ce phénomène dans l'hydropisie ascite; il dépend de la compression exercée par le liquide sur les troncs veineux, dans lesquels viennent se rendre les ramifications des parois du ventre, et des troubles amenés par cette compression dans la circulation abdominale.

La respiration éprouve moins de changement encore que la circulation ; quelquefois même elle n'est pas modifiée le moins du monde. Lorsqu'elle est gênée, ce qui dépend du refoulement de l'organe respiratoire par le diaphragme repoussé en haut par le liquide épanché, c'est une des indications les plus impérieuses de faire la ponction. Pour l'innervation, il est rare qu'il y ait quelque chose d'anormal ; cependant on rencontre des cas où l'on peut constater des troubles cérébraux : vous voyez donc, en résumé, que les symptômes généraux communs aux hydropisies ne sont pas très nombreux.

Terminaison. — Dans la grande majorité des cas, la terminaison est fatale. Cependant on a vu, dans quelques circonstances, la guérison survenir ; mais on doit considérer ces cas comme tout à fait exceptionnels. Nous avons vu des hydropisies produites par des lésions organiques, qui ont guéri spontanément. A la Salpêtrière, nous avons observé une femme qui, dans l'espace d'un ou de deux jours, guérit d'une hydropisie déjà ancienne, et cela par le bénéfice de la nature. Cette femme avait, dans l'espace de quelques heures, rendu par les urines une énorme quantité de liquides. Quelquefois, c'est par le rectum que se fait le mouvement d'excrétion, ou plutôt d'expulsion du liquide abdominal. Le pronostic est donc nécessairement funeste, ou tout au moins très grave. On n'est encore arrivé à aucun moyen certain de guérison. Quant aux moyens douteux, la médecine organique a eu pour avantage d'empêcher l'emploi des moyens dangereux.

Traitement. — En général, deux indications se présentent. La première, c'est de débarrasser le malade du liquide dont l'accumulation constitue le principal phénomène. Il y aurait une autre indication ; ce serait d'attaquer la cause elle-même, et d'empêcher ainsi la reproduction, l'exhalation de ce liquide. Supposons qu'il y ait suffusion séreuse dans la cavité du péritoine ; lorsqu'elle est parvenue à son plus grand développement, qu'elle gêne les fonctions essentielles à la vie, et menace même, ce que l'on voit quelquefois, de produire l'asphyxie, on donne ici le conseil de pratiquer la ponction. Il est impossible, en effet, de s'en dispenser, de prolonger les jours du malade sans y avoir recours ; mais nous devons dire que c'est une opération malheureuse, et à laquelle on ne doit s'adresser qu'en désespoir de cause et tout à fait à la dernière extrémité. On cite bien quelques cas de guérison d'hydropisie à la suite de ponctions ; mais ces exemples ne sont pas pour nous bien convaincants, et nous ne sommes rien moins que persuadé que l'on ait, par la paracentèse, pu déterminer la guérison d'hydropisies. Cependant, il n'en est pas moins vrai qu'il faut la pratiquer lorsque l'on en est arrivé au point que nous vous avons signalé, et dans les cas extrêmes. Nous avons vu dernièrement, dans un travail sur l'hydropisie, que l'auteur pensait ceci : Que si la ponction ne réussissait pas plus souvent, c'est qu'on la pratiquait trop tard. Nous avouons ne pas comprendre cette opinion ; pour nous, il est impossible de pratiquer la ponction trop tard.

Si nous ne sommes pas favorable à la paracentèse, nous le sommes encore bien moins à la thoracentèse; quant à cette dernière, nous l'avons déjà vu pratiquer bien des fois, et jamais elle n'a été suivie de succès. Pour les infiltrations du tissu cellulaire des membres, nous proscrivons également les incisions que l'on est assez volontiers porté à faire pour donner issue au liquide. Souvent à la suite des piqûres faites dans cette intention et à l'endroit même où elles ont été faites, il survient une eschare gangréneuse. En général, en pareil circonstance, on a toujours grandement à redouter la production de cette gangrène. Pour l'éviter, on a conseillé dans ces derniers temps l'emploi d'un moyen mixte, nous voulons parler des piqûres au moyen d'une aiguille fine, soit, une aiguille à acupuncture. Lorsque l'on a fait à la peau une certaine quantité de ces piqûres, il arrive souvent que les compresses sèches dont on environne le membre s'imbibent du liquide auquel elles donnent issue, et en sont littéralement trempées. Pour être vrai, nous devons dire que nous n'avons jamais vu cette méthode produire des résultats bien tranchés.

En première ligne des agents thérapeutiques que l'on emploiera comme moyen d'agir sur la constitution en général, seront les diurétiques. On retirera de grands avantages des médicaments qui auront pour but de provoquer une augmentation de sécrétion, quel que soit l'appareil sur lequel on les dirige. Les purgatifs même drastiques sont, on doit le dire, ceux qui paraissent avoir le plus de succès. Puis viennent les sudori-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Petite réponse à M. le professeur Rostan. — La Salpêtrière il y a vingt ans. — L'enseignement pratique. — Réparation d'une erreur. — L'Ecole de Paris, où elle est, ce qu'elle est. — La philosophie médicale. — *Réplique* d'un confrère à M. Raspail. — *Post-Scriptum* à la *Gazette médicale*. — Boîte aux Lettres.

Voici un livre nouvellement éclos, qui prête à quelques réflexions. Il est intitulé : *Exposition des principes de l'organicisme, précédée de réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine*, et son auteur est M. le professeur Rostan. Un mot de préambule qui indiquera la disposition d'esprit dans laquelle je me trouve à son égard.

J'appartiens à cette génération médicale qui commença ses études au moment où la voix du grand agitateur Broussais perdait de son éclat et de son autorité. L'amphithéâtre naguère si animé et si rempli de la rue des Grés était abandonné; le Val de-Grâce, où se pressait naguère une foule avide et ardente, n'avait plus pour auditeurs que les élèves officiels. Par contre, le flot populaire revenait vers la Faculté, qui depuis plusieurs années se trouvait délaissée. M. Chomel à la Charité, M. Récamier à l'Hôtel-Dieu, voyaient chaque jour grossir la foule des élèves. Mais où les élèves se rendaient avec plus d'empressement encore, c'était à un hôpital tout à fait excentrique, à la Salpêtrière ; là un médecin jeune, dévoué, plein de zèle et d'ardeur, faisait trois fois par semaine des leçons de clinique au lit de ses malades. Deux hivers durant — et de rudes hivers — je me suis nourri de la parole vive, nette, quelquefois passionnée (ce qui convient à la jeunesse), de ce professeur officieux qui nous faisait aimer la science, nous enthousiasmait pour l'art, nous amoindrissait les difficultés de la pratique, et nous encourageait à l'étude par ses excitations pleines de charmes, de chaleur et d'abandon. — Ce médecin était M. Rostan

Je ne sais si d'autres ont oublié ces premières années d'études; pour mon compte, je me les rappelle avec plaisir et gratitude. On a dit que M. Rostan était le professeur des plus jeunes élèves et des commençants; à la place de M. Rostan, je serais énormément satisfait de cette opinion, avancée peut-être avec peu de bienveillance. Initier les jeunes intelligences aux principes d'une science quelconque, est la besogne la plus difficile qui se puisse imaginer; et quand cette science est la médecine pratique, c'est un labeur énorme et qui exige les facultés intellectuelles les plus rares On a dit encore que M. Rostan rendait un peu trop facile l'étude de la médecine, et que sous son enseignement les élèves n'étaient pas suffisamment prémunis contre les chances d'erreur, contre les écueils de la pratique. Voilà encore une critique que je prendrais pour un éloge. Décourager les débutants par la perspective des difficultés et des incertitudes de notre art, serait chose bien peu sage et peu habile. Je doute fort que nos écoles fussent aussi peuplées qu'elles le sont, si le célèbre aphorisme hippocratique, si triste et si décourageant, *Ars longa, vita brevis*, etc., servait de texte à leur enseignement initial. La jeunesse confiante aime qu'on lui parle avec confiance de l'objet, du but de ses études; elle s'éloignerait du professeur qui ne lui montrerait en perspective que le doute ou l'impossible. La jeunesse veut croire, veut pouvoir, veut faire, et ce serait la prendre à rebours de ses instincts et de ses sentiments, que de lui parler de scepticisme et de difficultés.

M. Rostan rendait de grands, de nobles services à la génération à laquelle j'appartiens. Quoique vingt ans — hélas, oui! vingt ans, monsieur Rostan, — se soient écoulés depuis lors, quoi que la froide expérience ait singulièrement affaibli ma confiance et ma foi, je ne me rappelle pas sans une certaine émotion ces matinées de la Salpêtrière, où après avoir écouté une de ces bonnes et solides leçons de diagnostic comme M. Rostan en savait faire — comme il en fait toujours — je me figurais apte à guérir le genre humain, où je défiais les perfidies et les embuches des maladies les plus captieusess

Heureux temps, où toutes les choses de la vie, même la médecine, se voient à travers le prisme enchanteur de la jeunesse et de l'espérance !

Aujourd'hui, triste période de l'existence, au lieu de l'affirmation qui suffit à nourrir la foi, on demande la preuve qui seule peut satisfaire la conviction, on exige tout l'appareil complet de la démonstration; faits, analyse des faits, déductions, conclusions, et tout cela numéroté, chiffré, net et clair comme une règle de proportion, comme une équation algébrique.

Il ne m'appartient pas de rechercher ici si les principes de l'*organicisme*. — pourquoi ce mot nouveau quand nous avons *organique*, *organologie*, *organographie?* — vivent en harmonie parfaite avec les principes nouveaux introduits en méthodologie médicale. Deux petits paragraphes seuls de l'ouvrage de M. Rostan ont surtout fixé mon attention. L'un, qui me donne l'occasion de réparer un oubli, je dirai même une injustice, involontairement par moi commise envers ce professeur; l'autre, qui me fera prendre la liberté de lui demander quelques explications sur une opinion qu'il ne partage pas, mais qu'il n'a pas combattue.

Dans un article publié le 22 janvier 1846 dans ce journal, j'osais dire : « Les cliniques sont-elles autre chose que des cours qui, au lieu d'être professés à la Faculté, le sont dans les salles ou dans les amphithéâtres des hôpitaux? Qui dirige l'élève dans l'examen des malades? Qui l'interroge? Qui lui enseigne la valeur des symptômes? Qui lui apprend les signes du diagnostic, les moyens physiques qu'il exige? Et, pour ne citer qu'un exemple, mais un exemple capital, quel professeur exerce les élèves à la pratique de l'auscultation? »

Cette proposition générale, et que je maintiens générale, exigerait une restriction; et fort légitimement, M. Rostan en a remarqué l'absence; car cette restriction doit être faite en sa faveur. Il est très vrai qu'aujourd'hui, comme il y a vingt ans, M. Rostan dirige, interroge l'élève, lui enseigne la valeur des signes et des symptômes, et l'initie à la pratique de l'auscultation. Mais une exception n'infirme pas la règle; aussi, suis-je très peiné de lire, à la suite de cette citation, ces lignes de M. Rostan : « C'est ainsi qu'ils font connaître et apprécier notre *école* aux étrangers! Ils s'imaginent sans doute que le dénigrement est du patriotisme, et qu'ils font ainsi beaucoup d'honneur à la France! »

Le patriotisme consiste plutôt, selon moi, à dire à son pays ce que l'on croit vrai, bon et utile, qu'à le flagorner par des éloges complaisants et menteurs. Est-il vrai, oui ou non, que l'enseignement *pratique* laisse beaucoup à désirer dans l'Ecole de Paris? Une amélioration, à cet égard, serait-elle bonne et utile? Voilà toute la question. Si se plaindre de cet état de choses, si exprimer un vœu à cet égard. c'est manquer de patriotisme, c'est faire du dénigrement, la presse n'a plus ni but, ni mission.

D'ailleurs, je prie M. Rostan de le remarquer, dans ce même article où je signalais l'insuffisance de l'enseignement *officiel*, je signalais aussi l'aide puissant et généreux que lui prête l'enseignement *officieux*, c'est-à-dire l'enseignement libre, dont M. Rostan a été pendant si longtemps lui-même un des plus dignes, un des plus éloquents représentants. L'*Ecole* de Paris, ce n'est pas, pour nous, ce n'est pas, pour l'Europe, seulement les vingt-cinq professeurs à robe rouge, ce sont tous ces courageux athlètes de l'enseignement libre, tous ces médecins et chirurgiens des hôpitaux que la foule environne : MM. Lisfranc, Rayer, Louis, Jobert, Lugol, Caseuave, Ricord, Serres, Magendie, etc., etc. L'École de Paris, c'est tout ce qui enseigne, tout ce qui professe, à quelque titre que ce soit, tout ce qui attire l'élève et l'instruit. Certes, oui, en énumérant les services de cet enseignement, je crois faire honneur à la France; et la Faculté, au lieu de s'en irriter, ferait mieux, assurément, d'unir ses efforts aux nôtres quand nous demandons, pour elle, des améliorations urgentes, et par cela même de plus glorieuses destinées.

Le second point sur lequel j'oserai interpeller M. Rostan est relatif à ma croyance ou plutôt à mon incrédulité en matière de philosophie médicale. L'honorable professeur paraît s'être fort scandalisé de mon audace qu'il signale au courroux de ses lecteurs. J'aurais mieux aimé, je l'avoue, qu'il eût daigné prendre la peine de m'éclairer un peu sur

fiques, les bains de vapeur, etc. Disons, néanmoins, que tout rationnnels que nous paraissent ces moyens, que nous employons souvent dans la pratique, nous ne les voyons suivis de succès que dans les cas tout à fait exceptionnels.

On se trouvera bien quelquefois des résolutifs, les mercuriaux soit à l'intérieur, soit en frictions; des vésicatoires, des rubéfiants. Gardez-vous, de mettre vos malades à une abstinence complète de liquide, de leur faire subir la diète sèche, comme le conseillent certains auteurs anciens. Cette thérapeutique n'est pas basée sur l'expérience, elle est purement spéculative; et bien loin de partager cette manière de voir, nous croyons qu'il est bon, pour ne pas intéresser la santé générale, de permettre aux hydropiques de boire une quantité suffisante pour apaiser leur soif.

Anatomie pathologique. — Nous dirons peu de choses de l'anatomie pathologique des hydropisies; elle est tout entière dans l'histoire des lésions organiques primitives qui produisent l'épanchement, et dont il n'est que le symptôme. Alors que la suffusion séreuse s'est faite entre les mailles du tissu cellulaire intermusculaire, les muscles légèrement opalins à leurs surfaces sont en quelque sorte lavés et macérés; il en est de même de la surface des organes contenus dans les cavités qui sont le siége de l'hydropisie. Pendant un temps même, nous avons cru que la cirrhose n'était que le résultat de la macération prolongée du foie dans le liquide abdominal. L'observation ultérieure nous a prouvé que nous nous trompions, et que l'altération du foie dont nous parlons constituait réellement une maladie particulière. On a pensé à tort aussi qu'il y avait augmentation de volume des vaisseaux lymphatiques; pour les vaisseaux de ce système, l'observation n'est point exacte. Ce qui est plus positif, c'est l'augmentation du calibre des veines, augmentation constante, par les raisons que nous avons signalées plus haut.

Quant aux propriétés physiques et chimiques des liquides qui constituent l'épanchement, la proportion d'eau par rapport à celle des autres substances que l'on y rencontre, est très considérable; elle est environ de sept cent sur mille, quelquefois plus. La quantité d'albumine contenue dans le liquide de l'hydropisie ascite est plus considérable que celle que l'on rencontre soit dans le liquide des kystes, soit dans celui de l'œdème du tissu cellulaire; mais elle est moins considérable que dans le sérum du sang.

L'observation journalière des faits et les nombreuses analyses chimiques auxquelles on s'est livré dans ces derniers temps, ont prouvé que les proportions des divers éléments constitutifs de ce liquide variaient suivant les cavités qui sont le siége de l'hydropisie et suivant les causes organiques qui les déterminent.

Nous terminerons ce que nous avions à dire des hydropisies par l'histoire d'une des malades qui se trouvent actuellement dans nos salles.

— Au n° 13 de la salle Sainte-Anne est couchée une femme de vingt-six ans, sans profession, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, à Paris depuis deux jours seulement. Dans son enfance, elle a eu la scarlatine, qui n'a pas eu de suites graves. Réglée à seize ans, facilement et sans douleur aucune, après une première menstruation les règles n'ont reparu qu'au bout d'un an; elles sont revenues d'une manière irrégulière, à des intervalles de plusieurs mois. En même temps irrégularité dans leur durée: quelquefois deux jours, quelquefois huit jours et plus. Elles ont manqué au commencement de sa maladie.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants. A l'âge de vingt ans, elle a été prise d'un violent mal de gorge, qui a duré quinze jours environ. Depuis cette époque, elle est restée sujette à des affections du même genre sans gravité, et qui attiraient peu son attention. Depuis le début de l'affection abdominale, le mal de gorge ne s'est pas reproduit. Depuis l'âge de vingt-cinq ans aussi, la malade était sujette à des migraines, à des maux de tête, qui ont cessé complétement au moment où a commencé la maladie actuelle.

Il y a six ans environ, elle reçut un coup de pied de cheval dans la région splénique et ressentit un point de côté qui fut combattu à plusieurs reprises par des sangsues. Cette douleur n'a disparu qu'il y a un an environ. Le début de la maladie actuelle semble avoir été marqué par un amaigrissement excessif, dont on ne peut d'abord déterminer la cause. Le ventre a commencé à augmenter de volume, mais peu rapidement, et la malade ne s'en apercevait que lorsqu'elle était levée. Quelques mois après, les jambes sont devenues enflées. Depuis cette époque, elle a été ponctionnée seize fois; la dernière fois qu'elle a été ponctionnée, on n'a obtenu que peu de liquide mélangé de fausses membranes. La langue est blanche, rosée; appétit; soif peu vive; pas de nausées, quelques vomissements de temps en temps. Aujourd'hui l'abdomen est très développé, la circulation veineuse supplémentaire est établie, la forme du ventre est ovoïde, d'un grand diamètre vertical. L'extrémité inférieure de la tumeur est seule très prononcée; la partie moyenne est très volumineuse, et la partie supérieure semble se confondre avec le thorax.

La mensuration au niveau de l'ombilic donne 124 centimètres; matité dans toute l'étendue de la partie antérieure de l'abdomen. Matité dans l'hypocondre droit; persistance de la sonorité de l'hypocondre gauche quelle que soit la position prise par la malade. Depuis cinq mois cette femme n'a pas eu ses règles.

On remarquera chez cette malade un caractère bien important, nous voulons dire la saillie du ventre plus considérable en avant que sur les côtés. Lorsque l'on passe la main sur le ventre, sa forme paraît inégale; on sent à la pression une résistance plus grande dans certains points que dans d'autres. La percussion périphérique fait constater de la fluctuation. Ce phénomène est moins manifeste, bien qu'il existe encore dans le sens du plus grand diamètre. L'ensemble des symptômes que nous avons signalés nous porte à penser qu'il existe ici une hydropisie enkystée de l'ovaire.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Delasiauve.

Mort occasionnée par une série d'attaques épileptiques.

Observation recueillie par M. Godefroy, élève de service.

Il n'est pas rare de voir les épileptiques périr violemment pendant le cours ou à la suite de leurs accès. On s'étonne même que cet accident ne soit pas plus commun. La congestion apoplectique qui survient alors, indique suffisamment la cause de la terminaison funeste; parmi les cas de ce genre, le fait suivant présente quelques particularités qui m'ont paru dignes de remarques.

Lahaye, journalier, célibataire, est entré à Bicêtre, en 1834, à l'âge de vingt-six ans, pour des attaques d'épilepsie, dont l'origine et la date n'ont point été signalées. Ce malade, d'un tempérament sanguin, était d'une constitution très robuste. Pendant douze ans de séjour dans l'établissement il a subi des traitements divers, dont les résultats n'eurent que de médiocres avantages. Lahaye avait d'abord été placé dans la division des aliénés épileptiques. A l'époque où M. Delasiauve prit le service en 1844, il était passé dans la section des chroniques.

Voici les circonstances qui furent consignées à cette époque dans les notes relatives à la situation de ce malade:

« La physionomie de Lahaye est habituellement hébétée, comme celle d'un homme qui sortirait incessamment d'une attaque d'épilepsie; ses réponses sont lentes, parfois justes, et très souvent empreinte d'impatience et d'irritation; ses yeux sont brillants, légèrement égarés; son teint est un peu livide; le pouls est fréquent, petit, irrégulier, à peine peut-on en compter les pulsations; la peau est constamment chaude; les fonctions digestives sont bonnes. Il n'y a de variation dans cet état que du plus au moins, suivant que les accès viennent d'avoir lieu ou sont plus éloignés; les intervalles qui séparent ceux-ci sont fort irréguliers, tantôt ils reviennent plusieurs fois dans la semaine, tantôt un mois s'écoule sans qu'il s'en manifeste. Ils se déclarent indifféremment dans le jour et dans la nuit. Dans certains moments les attaques sont simples; mais le plus souvent elles constituent des séries telles, que dans une seule journée, par exemple, il y en aura douze à quinze consécutives à quelques minutes les unes des autres; attaques parfaitement tranchées et caractérisées. »

Lahaye est très laborieux; il se livre aux travaux de l'agriculture; la plupart du temps ses attaques ne le forcent point à les interrompre. Deux ou trois fois cependant le raptus sanguin vers la tête a été si violent et si persistant, que pour conjurer des accidents minimes on a été obligé de recourir aux saignées générales et aux dérivatifs sur les extrémités inférieures.

Depuis un an il y avait eu chez ce malade une amélioration notable; les attaques étaient moins fréquentes et surtout plus isolées. Sa figure avait repris un peu d'animation, l'intelligence plus de vivacité, les traits étaient moins hébétés; le pouls en particulier se rapprochait de l'état normal.

Les moyens qui paraissent avoir le plus contribué à ce changement, sont l'assa-fœtida et le cyanure de fer administrés à l'intérieur, le premier à la dose de 0,80 à 1 gramme, et le second depuis 0,010 jusqu'à 0,025. M. Delasiauve croit avoir remarqué que l'effet de l'assa-fœtida est de modérer et d'éloigner momentanément les accès. C'est dans ce but qu'il l'emploie d'ordinaire; le cyanure de fer produirait au contraire des résultats plus durables en agissant sur le principe même de la maladie. L'extrait de belladone dont on a souvent à se louer chez d'autres épileptiques, n'a exercé ici aucune influence.

Lahaye se trouvait donc dans la situation relativement favorable que nous venons de décrire, lorsque le 5 avril il fut surpris par ses attaques, qui se présentèrent violentes et multipliées. Il en eut, dans le jour et dans la nuit, quinze.

Le 6, M. Delasiauve lui prescrivit une potion composée de:

Sirop de fleur d'oranger,	30 grammes.
Gouttes d'Hoffmann,	20 gouttes.
Eau de menthe,	120 grammes.

à prendre par cuillerées de dix en dix minutes, et des sinapismes aux jambes, moyens qui le tiraient habituellement de son assoupissement.

En effet, le 6 il n'y eut qu'un accès; et dans la journée du 7, qui en fut exempte, le malade put vaquer librement à ses occupations. Mais le 8, vers les onze heures du matin, les accidents se renouvelèrent avec une effrayante intensité. Tant dans l'après-midi que dans la nuit et la matinée du lendemain, jusqu'à dix heures, où arriva la mort, on compta cinquante-deux accès; à peine l'un était-il fini que l'autre re-

---

cette philosophie médicale que tout le monde croit posséder exclusivement, qui varie selon les latitudes de Paris et de Montpellier, de Londres et de Berlin, que dis-je! selon la distance qui sépare l'Hôtel-Dieu de Paris de l'hôpital de la Charité; philosophies médicales si nombreuses, si diverses, si variables, si mobiles, qui se heurtent, se croisent, se combattent, se renversent, disparaissent et reviennent; philosophies médicales dont chaque siècle consomme une demi-douzaine, ce qui n'exempte pas la science médicale proprement dite, celle qui est obligée de se traduire en actes pratiques d'application, de ne tenir compte, comme les sciences dans l'enfance, que de l'observation pure et simple des faits, de n'en tirer que de loin en loin quelques généralisations prudentes et timides qu'une nouvelle série de faits vient presque toujours renverser. Non, non, assurément, il n'existe pas de philosophie médicale, c'est-à-dire une exposition des *lois générales* de la science, car ces lois générales, on peut porter le défi de les montrer. Il existe des manières, des méthodes d'observer, et l'*organicisme* de M. Rostan est une de ces méthodes, mais rien de plus. Je ne sais si c'est encore manquer de patriotisme de confesser de pareilles opinions; néanmoins la lecture attentive de cet ouvrage, qui sous d'autres points de vue d'ailleurs est très remarquable, n'a pu les modifier.

Voilà ce qu'avec déférence, avec un souvenir reconnaissant d'un disciple envers son ancien maître, je voulais répondre à M. Rostan, dont l'esprit généreux et élevé pardonnera j'en suis sûr une sincère et loyale dissidence.

— M. Raspail vient de trouver à qui parler; un de nos jeunes confrères, M. le docteur Ed. Langlebert, a pris corps à corps la doctrine helmintho-camphrée, et, dans une *réplique* nette, vigoureuse, spirituelle et incisive, il s'est donné la peine de montrer le néant et la chimère de ces prétentions échevelées. Pour nous tous, M. Langlebert prêche assurément des convertis. Mais il n'est pas mal que ces idées raisonnables s'infiltrent dans le public à cette heure infecté de camphre. M. Langlebert le prend par son endroit le plus sensible, ce bon public; il lui montre les dangers réels et graves de l'emploi du camphre sur les fonctions génératrices; il lui dépeint le triste sort qui l'attend, l'impuissance. On peut espérer beaucoup de l'effet de ce mot. Je me suis depuis longtemps figuré que M. Raspail est, en économie politique, de la secte de Malthus; la propagation indéfinie du genre humain l'épouvante; comme son maître, il n'ose pas proposer des entraves au mariage, et peut-être trouve-t-il dans le camphre un moyen de mettre des bornes à la multiplication effrayante de l'espèce.

Toujours est-il que M. Langlebert secoue rudement le héros de la sixième Chambre, et que cette brochure paraît inspirée par un sentiment honnête et utile. Pendant qu'il était si bien en train, pourquoi n'a-t-il pas relevé cette énorme hérésie historique de M. Raspail, qui intrépidement assurait devant ses juges que Van Helmont n'était pas médecin, que Paracelse est mort empoisonné par ses confrères? Si sa médecine est aussi véridique que son histoire,..... mais pourquoi mettre en question ce qui est aussi évident que le soleil?

Jean Raimond.

P. S. La *Gazette médicale* n'a pas été satisfaite de mon dernier article, contre lequel elle a lancé tous ses carreaux. Elle en critique tout, l'esprit, le style, et, de ma plume passant à ma personne, elle rend noirs comme son encre mon *caractère*, mon *cœur*, ma *conscience*, ma *mémoire*, mon *passé*, mon *présent*; elle veut bien me faire grâce de l'avenir, dont elle ne dit rien: ce qui est fort contrariant; pendant qu'elle était si bien en train, il ne lui en eût pas coûté beaucoup plus de tirer aussi mon horoscope. Mais je n'y perds rien, et, reprenant haleine, la bonne feuille veut bien s'intéresser à ma *naïveté primitive, greffée sur une outrecuidance candide et naturelle*, qui me fait prendre pour des réalités les *premières billevesées venues*; ce qui lui fait me conseiller de me débaptiser, et de signer bravement *Petit-Jean*, dont je possède la *même boursouflure* et le *même vide d'idées*.

Voilà le petit ragoût, fort monté en épices, que ce brave journal m'a servi samedi dernier, sans parler des condiments de *ruse*, de *fausseté*, de *défroque de l'esprit*, etc., afin que le tout fût accommodé à la plus piquante des sauces.

Pauvres gens! tristes gens! descendre si bas dans l'injure après s'être posés en réformateurs de la critique!.... La seule vengeance que j'en veuille tirer, c'est de les condamner à être lus de mes lecteurs, qui comprendront assurément qu'il m'est absolument impossible de lutter avec des adversaires *si forts en gueule*, comme dit Molière.

D'ailleurs, par ces jours caniculaires et avec une telle excitation cérébrale, je craindrais vraiment de développer chez mes aimables adversaires des accidents beaucoup plus graves en répondant quoi que ce fût; j'attendrai, par charité pure, un abaissement du thermomètre.

Boîte aux Lettres

A MES CONFRÈRES DE FRANCE ET PARTICULIÈREMENT DE L'ARRONDISSEMENT DE S....S

> Le Ridicule seul doit faire justice des hommes et des choses ridicules.
> (Beaumarchais au président de Nicolaï.)

Très honorés confrères,

Le 14 du présent mois, jour de l'Inauguration du chemin de fer du Nord, un malheureux Manouvrier fut écrasé par un omnibus dans la bourgade de S....s.

Le lendemain, sur la réquisition de M. le Procureur du Roi près le Tribunal civil, nous procédâmes à l'autopsie de l'homme écrasé, le docteur L.....j et moi. — Cette opération terminée, nous rédigeâmes immédiatement notre rapport, qui fut remis de suite à qui de droit.

L'autopsie faite avec soin et notre rapport ne nous demandèrent pas moins de quatre heures d'un travail pénible et fort peu ragoûtant, surtout quand le thermomètre dépasse vingt-cinq degrés au-dessus de zéro.

Voici la taxe légale, mais très peu équitable, de ce labeur:

1° Pour l'Autopsie,	5 fr.
2° Pour le Rapport,	3
Total:	8 fr.

Donc pour chacun de nous, après quatre heures de peine grande, 4 francs. — Ceux qui trouveront qu'avec ces 8 francs nous sommes bien payés assurément ne sont pas difficiles.

Mais, en comparaison de ce qui va suivre, tout cela n'est rien.

Quatre jours après l'accident, je reçois, ainsi que mon confrère, une assignation conçue en ces termes:

« Tribunal correctionnel de..... Assignation à témoin. — Nature de la prévention: *Mort par imprudence.* — L'an mil huit cent quarante-six, le 18 juin, à la requête de M. le Procureur du Roi, près le Tribunal de première instance de....., j'ai, huissier près le même Tribunal, donné assignation au docteur Dbg......;

» A comparaître en personne, mercredi vingt-quatre juin courant, ONZE HEURES PRÉCISES DU MATIN, à l'audience, etc.....;

» Pour faire sa déclaration sur les faits qui sont à sa connaissance au sujet du délit dont est prévenu le nommé N.....;

» Lui déclarant qu'il sera, pour son déplacement, payé de l'indemnité prescrite, et que, *faute de comparaître, il y sera contraint par corps et condamné aux peines prononcées par la loi;*

» Et j'ai, au sus-nommé, étant et parlant comme dessus, laissé la présente copie lesdits jour et an. »

Après avoir lu et relu en frissonnant cette terrible phrase: « Lui » déclarant que, faute de comparaître, il y sera contraint par corps, » et condamné aux peines prononcées par la loi, » je pris mes mesures dès le 18 au soir; et, me rappelant le mot célèbre de Louis-le-Désiré, je le formulai ainsi afin de m'en faire un moyen mnémonique infaillible: « *L'exactitude est la politesse des Assignés,* » surtout de par M. le Procureur du Roi.

En effet, le mercredi 24, à onze heures et un quart, j'entrais dans la cour du Palais-de-Justice. Malgré ma diligence, j'étais en retard de

commençait; et à partir de minuit, l'état apoplectique demeura permanent; le malade ne recouvra pas un instant de connaissance. L'habitude qu'on avait de voir Lahaye dans un état de somnolence analogue lorsqu'il venait d'avoir des accès, fit que les gens de service ne songèrent à prévenir l'élève de garde que très tard, et alors que la respiration s'embarrassant visiblement, la vie leur parut être compromise; celui-ci prescrivit de nouveau des révulsifs et une potion diffusible.

A la visite du matin, Lahaye, encore travaillé par des accès, était au plus bas. Une saignée copieuse immédiatement pratiquée amena un peu de calme; mais il ne fut que passager, et les progrès croissants de l'asphyxie entraînèrent bientôt la perte de cet infortuné malade.

L'autopsie eut lieu au bout de trente heures. Comme il arrive en pareille circonstance, elle vint expliquer les causes immédiates de la mort, sans rien faire connaître sur la nature de la maladie. En voici les résultats:

Le cerveau remplit exactement la boîte crânienne; les méninges sont fortement congestionnées et livides, les sinus gorgés d'un sang noir demi-concret; en incisant les membranes, il s'échappe en divers endroits, et particulièrement en arrière, un liquide séro-sanguinolent assez abondant. L'arachnoïde, épaissie en certains points, offre en outre des stries blanchâtres et quelques espaces opaques, indices d'une subinflammation partielle; nulle part il n'y a d'adhérences; les circonvolutions sont larges, épaisses, pressées les unes contre les autres, de manière à effacer pour ainsi dire les anfractuosités; disposition opposée à ce que l'on rencontre chez un grand nombre d'autres sujets, où les circonvolutions sont amincies et forment des feuilles parcheminées entre lesquelles ces anfractuosités constituent des espaces béants. Il n'y a point de sérosité à la base du crâne ni dans le canal rachidien; le ventricule droit n'en contient pas non plus; il y en a environ 4 grammes dans le ventricule gauche.

Les plexus choroïdes sont infiltrés d'une matière rougeâtre analogue à du sang un peu décoloré, et qui semble faire corps avec eux. Cette matière donne à leur surface un aspect granuleux tout particulier. Les granules, examinées au microscope, paraissent être des agrégats de fibrine; leur organisation se rapproche de celle que M. Rochoux a signalée dans la tuberculisation commençante. La consistance du cerveau est normale dans toute son étendue, si ce n'est à l'extrémité postérieure du lobe droit, où il existe un ramollissement grisâtre d'une profondeur d'un centimètre, et d'une largeur de deux centimètres environ.

Tout son intérieur est le siége d'un pointillé rouge extrêmement prononcé; mais ce qui est surtout remarquable, c'est l'aspect général de la substance grise qui présente cette transformation décrite par M. Parchappe dans ses documents nécroscopiques relatifs aux aliénés, sous le nom d'hypérémie: cette hypérémie, déjà ancienne, résulte d'une sorte de combinaison du sang qui aborde au cerveau dans les accès avec la substance cérébrale. Ce n'est pas seulement une décoloration, comme cela s'observe quelquefois. Sa substance grise est moins foncée sans doute que lorsqu'elle est dans son intégrité, mais elle reflète comme un éclat de sang dont la vue saisit le caractère plutôt que la plume ne peut le décrire; cette disposition est notamment sensible aux corps striés et aux couches optiques, où, pour le dire en passant, la lame de substance grise est beaucoup plus mince que chez les sujets sains.

Le cervelet ne présente rien d'extraordinaire. Le pont de Varole et les faisceaux antérieurs de la moelle allongée semblent un peu hypertrophiés. Le diamètre vertical de la protubérance annulaire est évidemment plus considérable que de coutume.

La glande pituitaire est très volumineuse, et ne renferme point de ces concrétions calculeuses qui s'y rencontrent presque constamment.

Les poumons, dont l'altération a joué le plus grand rôle dans les derniers moments de la vie, offrent au plus haut degré les traces de la désorganisation qui caractérise l'apoplexie pulmonaire. Tout le poumon droit et les deux tiers supérieurs du poumon gauche sont gorgés d'un sang noir infiltré ou épanché, qui sort en abondance dès qu'on incise l'organe. Le lavage en fait disparaître une partie, et montre la texture des poumons intacte; seulement les tissus se laissent facilement déchirer. Il y a quelques points emphysémateux.

L'engorgement apoplectique se conçoit aisément; faute de l'influx nerveux suspendu par la congestion cérébrale, le ressort du poumon se trouvant affaibli; cet organe s'est laissé promptement pénétrer par le liquide dont la circulation était entravée.

Ce qui établit ce fait, c'est l'état du cœur lui-même, dont les cavités du côté gauche étaient complétement vides; tandis que celles du côté droit contenaient une grande quantité de sang noirâtre, mal coagulé. Le poumon étant impuissant à se débarrasser du sang qui lui arrivait par le ventricule droit, il fallait bien que ce dernier fût rempli de celui qu'il n'avait pu lancer; tandis que le ventricule gauche, n'en recevant plus, devait se trouver vide.

En pareil cas, des saignées abondantes et réitérées peuvent seules, on le sent, laisser quelque espoir de prévenir les suites fatales qu'un désordre fonctionnel si profond fait justement craindre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 juin 1846. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

M. Belhomme lit un rapport sur un mémoire de M. Brandeis, intitulé: Réflexions sur les maladies mentales (1er fascicule).

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur s'étonne que dans les livres sur la folie, on ne décrive pas les maladies mentales périodiques On ne détermine pas assez, dit M. Brandeis, la durée de l'accès ni celle de la lucidité. L'auteur cite le fait intéressant d'un Anglais qui, depuis seize ans, a une folie intermittente très extraordinaire. Un jour il jouit de l'intégrité de ses facultés. Le lendemain il est agité, et on est obligé de lui mettre le gilet de force, autrement il se tuerait. Le surlendemain le malade s'occupe de ses affaires, lit les journaux, rend des visites, etc. Le quatrième jour, on lui remet la camisole, et ainsi de suite alternativement tous les deux jours. L'auteur, dans une série de paragraphes, commente cette observation au point de vue de la thérapeutique des maladies mentales, de la médecine légale, de la pathologie et de l'anatomie pathologique. Enfin, il se livre à quelques considérations de philosophie transcendante sur les opérations de l'entendement dans l'état maladif.

La seconde partie du travail de M. Brandeis est une traduction fort importante d'une monographie du professeur Friedreich, sur l'emploi extérieur et intérieur du tartre stibié dans les maladies mentales.

Après avoir fait l'historique de l'emploi de l'émétique dans les maladies mentales, dont l'usage remonte à 1794, par Jenner, il rapporte les diverses méthodes qui ont été successivement mises en usage: frictions avec une pommade, ou bien contact avec la peau d'une flanelle imbibée d'une forte dissolution d'émétique. L'effet de ce médicament est quelquefois évacuant, l'absorption pouvant déterminer jusqu'à des vomissements et de la diarrhée.

Relativement aux formes de la folie, c'est souvent dans la mélancolie et dans certaines monomanies que réussissent les frictions. Elles se font le plus ordinairement sur le cuir chevelu; on les répète plusieurs fois, jusqu'à ce qu'on ait déterminé des pustules. On entretient la suppuration, qui amène quelquefois une amélioration notable.

Quant à l'usage net de l'émétique, on le donne à la dose nauséabonde ou à la dose évacuante: la quantité d'émétique fait les différences d'action. C'est surtout dans les folies qui se compliquent d'embarras dans les voies digestives, qu'on obtient une amélioration par ce moyen.

On sait aussi que l'émétique donné à une certaine dose a une action diaphorétique puissante; on détermine ainsi une crise qui peut juger la folie, car la folie se termine par des crises comme les autres maladies.

M. Belhomme conclut en proposant l'admission de M. Brandeis au nombre des membres correspondants.

Les conclusions sont adoptées, et l'admission mise aux voix et prononcée.

— *M. Corbel-Lagneau* donne lecture d'un rapport sur une thèse de M. Alex. Mayer, de Besançon, intitulée: Essai sur les eaux minérales en général, et sur celles de Bourbonne-les-Bains en particulier.

Des remercîments seront, sur la proposition du rapporteur, adressés à l'auteur au nom de la Société.

— *M. L. Boyer* communique à la Société l'observation d'un cas de croup pour lequel il a pratiqué l'opération de la trachéotomie, dans les circonstances suivantes:

Le jeudi 21 mai, à sept heures du matin, M. le docteur Serrurier vint le chercher pour voir ensemble un jeune garçon de cinq ans et demi, auquel il donnait lui-même des soins depuis la veille seulement.

L'enfant était souffrant depuis quelques jours, et le 20 mai seulement la mère le conduisit chez M. Serrurier, qui reconnut une affection inflammatoire grave de l'arrière-gorge et des voies aériennes; outre la fièvre, la toux, l'oppression, il remarqua la rougeur du pharynx et quelques taches blanchâtres déjà suspectes; la toux cependant ne présentait pas le caractère croupal; il n'y avait pas d'alternatives d'oppression et de tranquillité. M. Serrurier prescrivit un traitement énergique qui fut suivi: sangsues sur les parties latérales du cou et successivement insufflations d'alun, vésicatoire au-devant du sternum à la partie inférieure du cou, émétique, révulsifs aux extrémités; et ces moyens avaient été employés pendant toute la nuit sans succès.

A sept heures du matin, l'enfant était en proie à une anxiété très grande; la respiration était des plus gênées, mais d'une manière continue; le visage pâle, les lèvres cyanosés, les extrémités froides; le pouls conservait encore un peu de développement; l'intelligence était encore intacte; l'enfant ne cherchait à articuler quelques mots qu'à voix basse; il ne toussait pas. Cependant, l'introduction du manche d'une cuiller dans la bouche pour voir le fond de la gorge détermina une quinte de toux un peu rauque; l'isthme du gosier était rouge et tapissé de pseudomembranes blanches manifestes, occupant les amygdales, les piliers et le fund du pharynx.

MM. Serrurier et L. Boyer prescrivirent deux nouveaux vésicatoires sur les parties latérales du cou; ils badigeonnèrent les parties profondes avec une solution de nitrate d'argent (50 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée), et, prévoyant la nécessité d'une trachéotomie, prièrent M. Baron père de venir lui donner son assentiment.

A onze heures, l'asphyxie était presque complète; cyanose des traits et des extrémités, froid, pouls petit et misérable, immobilité, insensibilité absolue; les membres retombent par leur propre poids; le râle trachéal, très fort, dénote seul un reste d'existence.

L'opération est pratiquée sans autres difficultés que celles résultant de la distension des veines et de la mobilité extrême du larynx, et, sans que l'enfant donne aucun signe de sensibilité, l'ouverture de la membrane crico-thyroïdienne du cartilage cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée est suivie d'un moment de suspension de la respiration qui fit croire un instant que l'enfant était mort; mais bientôt un accès de toux expulsa une grande quantité de mucosités, un peu de sang spumeux, et la respiration se rétablit; alors la canule double fut placée, et l'on fit quelques instillations de la solution de nitrate d'argent pour provoquer de nouvelles quintes de toux et débarrasser la trachée; alors seulement l'enfant remua un peu la main, et la cyanose commence à diminuer.

Deux heures après, l'enfant avait repris connaissance; la cyanose avait disparu, la respiration était libre, sans râle; le pouls avait repris du développement; l'enfant comprenait et répondait par signes et témoignait même sa reconnaissance d'une manière touchante. On continua les instillations de demi-heure en demi-heure, avec le soin de changer souvent la canule interne; cet état se soutint sans accident jusques au lendemain à deux heures du soir; pendant la nuit, seulement, il y avait eu de l'agitation expliquée parce que l'on ne changeait pas assez souvent la canule. Mais, à deux heures, l'anxiété parut venir du fond de la poitrine, le pouls devint plus rapide, la peau chaude; il fut évident que la pneumonie consécutive se développait; on administra une potion émétisée; mais l'enfant succomba à une heure du matin, trente-sept heures après l'opération.

L'autopsie a constaté une double pneumonie de la base; l'ouverture supérieure du larynx, l'intervalle des cordes vocales, les sinus, en un mot toute la partie supérieure, étaient complétement oblitérés par des fausses membranes blanches et épaisses. Au-dessous de la plaie, la trachée était légèrement rougeâtre, et ne contenait que des mucosités molles et diffluentes non concrétées en membranes; il n'y avait par conséquent pas de tuyau trachéal, et il n'en avait pas été expulsé pendant la vie.

M. L. Boyer soumet la pièce à l'examen de la Société, et il est facile de constater la réalité de cette description.

M. Duhamel fait observer que la thérapeutique du croup par les émissions sanguines est contraire à celle que préconisent ceux qui s'occupent spécialement des maladies des enfants, et M. Guersant fils en particulier. Cet honorable confrère étant absent, il propose de renvoyer la discussion à la séance prochaine.

M. Guillon, après avoir établi en quelques mots que pour lui l'angine commune et le croup sont la même affection, sauf le siége, et qu'elles peuvent exister chez l'adulte comme chez l'enfant, développe sa manière de voir à l'endroit du traitement, qui pour lui doit être antiphlogistique d'abord, et consister ensuite dans l'insufflation de poudre de calomel, dans le but de provoquer des vomissements. Lorsque la maladie continue à marcher, il faut recourir aux médications perturbatrices, aux vésicatoires, qui réussissent très souvent, et n'employer la trachéotomie que dans des cas très rares, si tant est qu'il ne faille pas la bannir complétement de la thérapeutique du croup.

Le secrétaire annuel, Dr A. FOUCART.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION, SÉANTE A LA FACULTÉ.

Séance du 4 juin 1846. — Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les ouvrages suivants:

1° Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus pendant la grossesse et après l'accouchement; par M. Forget.

2° Essai sur les bases ontologiques de la science de l'homme, et sur la méthode qui convient à l'étude de la physiologie humaine; par le docteur Garreau (de La Rochelle), médecin des hopitaux militaires. — Renvoyé à M. Collas.

3° Nouveaux recueil de faits et observations sur les eaux de Challes en Savoie; par le docteur Domenget, médecin militaire de 1re classe, professeur émérite. — Renvoyé à M. Cherest.

4° Alcune considerazioni intorno alla litotripsia dell dottor Gaetano Pertusio consigliore del collegio medico — chirurgico e chirurgo del

---

quinze minutes. Je courus donc en tremblant vers l'Auditoire de messieurs les Président et Juges du Tribunal en question..... Mais quelle ne fut pas ma surprise d'en trouver la porte-vitrée parfaitement close. Aux environs, personne; dans l'enceinte, pas l'ombre d'un juge-suppléant ni du plus mince substitut !!!!

(Le Greffier en chef du susdit Tribunal, et deux jeunes gens qui travaillaient dans son greffe, attesteront au besoin la vérité des faits ci-dessus relatés.)

Je me retirai convaincu que l'affaire était remise, et qu'un avis ultérieur m'en informerait .... Mais, cette fois encore, j'étais dans l'erreur. — A midi et demi suivant les uns, à une heure et un quart suivant les autres, messieurs du Tribunal et du Parquet débouchèrent majestueusement par une porte latérale,

. . . . . . Marchant à pas comptés,
Comme un Recteur suivi des quatre Facultés..

L'affaire fut appelée, plaidée et jugée à fond: — sans ma comparution en personne, qui semblait indispensable; si l'on s'en tient à la lettre de l'*Assignation à temoin*.

L'Ecraseur par imprudence fut condamné à 5 francs d'amende; — et le Médecin, trop exact (qui se trouvait en ce moment à deux lieues de sa résidence), A DIX FRANCS D'AMENDE, plus UN DIXIÈME (dit *Dixième de guerre*, sans doute pour solder le prix de la Paix partout et toujours). . . . . Ci: ONZE FRANCS!

(Ici notre malheureux correspondant, trop ignorant des douceurs des lois de septembre, propose une chose qui le traduirait, et nous avec lui, sur les bancs de la police correctionnelle. Nous le croyons peu désireux d'obtenir ce résultat, et nous supprimons la fin de sa missive.)

NOUVELLES

L'Association médicale de la Gironde a tenu sa séance annuelle un des premiers jours de ce mois.

Bien que sur une seconde convocation, l'assemblée a été peu nombreuse; dix-huit membres seulement y étaient présents.

On y a procédé à l'élection des président et vice-président annuels, et à celle des membres du comité central, devant remplacer le tiers sortant.

L'élection a maintenu, pour cette année encore, M. le docteur Bourges comme président, et M. le docteur Gintrac comme vice-président.

Les membres sortants, désignés par le sort, étaient MM. Costes, Pujos, Bonnet, Soulié (de Labrède) et Sainmartin. Ils ont été remplacés par l'élection de MM. Lafage, Broussouse, Catherineau, Bertet et Lalesque (de La Teste),

— On lit dans l'*Emancipation* (journal de Toulouse) du 19 juin 1846: « L'Association des médecins de Toulouse vient d'être autorisée par ordonnance royale. Cette association était depuis fort longtemps en instance pour cela, et n'a pu obtenir cette autorisation qu'après avoir modifié ses statuts. »

— *Prix proposés.* — L'Académie des sciences de Toulouse propose pour sujet de prix, consistant en une médaille d'or de 500 fr., pour l'année 1849, la question suivante:

« Exposer d'après l'état actuel de la science:

» 1° La nature et le véritable siége de la maladie connue sous le nom de colique saturnine (vulgairement colique des peintres;

» 2° Les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance;

» 3° Les indications curatives qu'elle présente, et la médication rationnelle pour les remplir. »

Les mémoires doivent être adressés à M. Ducasse, secrétaire général, avant le 1er mars 1849.

— La Société de médecine de Toulouse propose, pour l'année prochaine, la question suivante:

« Faire l'histoire de l'éclampsie ou affection convulsive des enfants.

» Exposer les symptômes qui la caractérisent, suivant qu'elle est essentielle ou symptomatique.

» Déduire de cet exposé, qui devra surtout avoir pour base l'observation clinique, les médications rationnelles qui se présentent dans son traitement. »

Médaille de 300 fr.

A M. M. Ducasse, secrétaire général de la Société, avant le 1er mars 1847.

— Le docteur Dumont (de Monteux), qui, il y a dix ans, proposa comme moyen de produire le froid sur nos organes, l'évaporation de l'eau par la ventilation, vient d'avoir l'idée d'adapter aux robinets qui alimentent les baignoires dans les établissements de bains, un tube recourbé qui fournit à diverses hauteurs et à une température déterminée, la quantité de liquide propre à administrer des douches soit ascendantes, soit descendantes, soit horizontales. Ce petit appareil a fonctionné le 26 juin dans l'établissement des bains de Grenelle, en présence de M. le docteur Hœfer. Il peut être très utile surtout en province, où les établissements hydrothérapiques sont communs. Sa simplicité, et partant le prix minime auquel il peut revenir, le mettent à même de s'introduire partout.

venerando orpedale dé SS. Maurizio e Lazzaro di Torino. — Renvoyé à M. Caffe.

5° Observations sur l'ophthalmie endémique qui règue dans les champs de Orchuela, en Espagne (province de Murcie); par le docteur Seropio Escobar, médecin des hôpitaux civils à Madrid. (Manuscrit.) — Renvoyé à M. Caffe.

6° Osservazioni di meeicina operatoria del dottore Pietro Arata. — Renvoyé à M. Mojon.

7° Notice biographique du docteur Urbain Fardeau, ex-chirurgien-major des armées, membre de la Société médicale d'Emulation; par le docteur Barthélemy (de Saumur).

— *M. Blatin* lit au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Depaul et Cherest, un rapport sur un mémoire du docteur Selade (de Bruxelles), ayant pour titre, *De la Chlorose.*

Le travail de M. Selade, écrit avec beaucoup de logique et de méthode, dans une forme claire et simple, est le résumé fidèle, l'analyse exacte de tout ce qui a été écrit sur ce sujet. Après avoir donné avec soin la synonymie de la chlorose, après l'historique et la bibliographie, examiné le siége, il discute avec méthode les diverses opinions qui ont été émises sur la cause de cette maladie. Pour lui, admettant avec la plupart des médecins qui ont porté leur investigation sur les éléments du sang, l'altération de ce liquide comme cause véritable, il s'exprime ainsi : La chlorose est un état pathologique qui consiste dans une altération du sang, caractérisée surtout par la diminution du nombre des globules, et par une modification particulière dans leur qualité. Cette modification est primitive ou consécutive, et donne lieu à la série des phénomènes caractéristiques de cette affection.

M. Sélade admet trois périodes : chlorose au premier degré, ou période d'altération; chlorose confirmée; chlorose cachectique. Il établit les distinctions suivantes : 1° chlorose provenant d'une cause qui a exercé une influence appréciable sur le sang en agissant directement ou indirectement, telle qu'une alimentation mauvaise, insuffisante, une altération organique qui a porté un trouble dans les fonctions nutritives; 2° celle qui se manifeste spontanément, c'est-à-dire sans cause appréciable; 3° celle qui est occasionnée par des pertes de sang.

Sur tous les autres points de l'histoire de la chlorose, M. Sélade est d'accord avec la majorité des auteurs. En résumé, son travail est une fort bonne monographie. Elle doit prendre dignement place parmi les nombreuses publications qu'a faites ce confrère. — Ses travaux scientifiques et la position honorable qu'il occupe à Bruxelles, engagent la commission à le proposer à la Société comme membre correspondant.

M. Gillette s'élève contre l'adoption faite par l'auteur d'une forme de chlorose qui apparaîtrait sans cause appréciable. Selon lui, on aurait pris pour tels des cas dans lesquels la cause était seulement masquée. Elle peut, dit-il, rester cachée quelque temps, mais elle finit par se dérouler. Il cite, comme exemple, l'observation d'un malade soigné par lui, âgé de soixante ans, présentant tous les signes de chlorose excepté le gonflement des pieds (du reste, comme l'a fait remarquer M. Andral, rien n'est plus rare que de voir l'œdème des jambes). Cet homme obtint sous l'influence du fer un grand changement en peu de temps quant à ses forces; mais il conserva le même teint, la même difficulté de respirer, etc. — L'examen le plus minutieux ne permettait d'attribuer à aucune cause la persistance de ces accidents : c'était le cas où jamais d'admettre la spontanéité de la chlorose. M. Gillette craignait qu'il existât quelque tumeur cancéreuse profondément cachée. Un an après, en effet, une tumeur apparaissait au creux de l'estomac.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Barth* rend compte d'une observation adressée à la Société par le docteur Dezautières, de Decize (Nièvre), sous le titre de *Morve aiguë.*

Le 25 décembre 1844, un vétérinaire de cinquante ans, bien constitué, enlevait des ganglions engorgés à un cheval qui portait de ces tumeurs au cou, et qui toussait et versait des mucosités par les narines. Pendant l'opération, il se piqua l'extrémité du doigt indicateur de la main gauche. La petite plaie qui en résulta n'attira point d'abord l'attention; mais, une huitaine de jours après l'accident, le doigt devint douloureux; il s'y développa de la chaleur, de la rougeur, du gonflement, et il se forma un abcès qui s'ouvrit spontanément le 5 janvier suivant (dix jours après la piqûre) en laissant écouler du pus qui, au dire du malade, était blanc, épais, et présentait les caractères du pus *louable.* Le 9 janvier (quinzième jour), la plaie est rosée, et l'abcès semble en voie de guérison; mais de là s'étend, vers la partie interne du bras, une rougeur douloureuse à la pression, et le doigt appliqué sur cette partie perçoit la sensation de plusieurs cordes noueuses qui se rendent dans l'aisselle, où existe un ganglion dur, mobile et extrêmement douloureux. Le 10 au matin (seizième jour), le malade éprouve des frissons assez violents, et le soir il est pris d'une très vive douleur dans la région cervicale, sans rougeur ni gonflement, mais avec impossibilité de remuer la tête. — Le 17, il se déclare une céphalalgie intense, qui disparaît après une saignée. Les jours suivants, l'état du malade s'améliore. — Le 20, il ne reste plus qu'un peu de douleur dans la région cervicale; le doigt est guéri; la glande de l'aisselle a diminué, et le malade commence à se livrer à ses occupations.

Le 1er février (trente-septième jour), il ressent tout à coup une vive douleur dans la partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche, qui devient le siége d'un vaste abcès d'où s'écoule, après ouverture, une quantité considérable de liquide épais, de couleur lie-de-vin, mêlé de caillots de sang. Cet abcès ne se cicatrise complétement que le 15 avril, deux mois et demi après sa formation. Pendant ce temps, il ne se présente aucun phénomène nouveau. Mais le 16 avril (trois mois et vingt jours après la piqûre), il survient dans le côté gauche de la poitrine une douleur vive, suivie de toux au bout de vingt-quatre heures, d'expectoration de crachats sanguinolents; on trouve en même temps de la crépitation et de la matité. Malgré les saignées, les potions stibiées, les vésicatoires, la maladie s'aggrave, et le 20, il y a un crachement très abondant de pus. La voix est enrouée, nasonnée. Deux jours après, 22 avril, douleur vive et subite dans la région poplitée gauche, avec gonflement sans rougeur. Le 26, dévoiement; les déjections sont d'une fétidité repoussante; le malade maigrit rapidement. Le 28, douleur et gonflement dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le 12 mai, même tuméfaction douloureuse du bras gauche depuis le coude jusqu'à la main. Le 20, l'œil droit rougit subitement, et les paupières deviennent le siége d'une tuméfaction qui envahit tout le côté correspondant de la face.

A dater de ce moment, le malade a le pressentiment de sa fin prochaine. Une soif intense se déclare; le pouls bat 120 fois par minute. Il survient quelques vomissements bilieux; le coude et le poignet droit se tuméfient à leur tour, et le malade succombe le 24 mai, cinq mois après l'accident.

Le rapporteur est d'avis que ce fait doit être rangé parmi les cas de farcin chronique, dans lesquels la mort survient presque toujours comme résultat d'une morve ultime. La durée, l'absence pendant les trois premiers mois, des caractères propres à la morve empêchent de donner à ce fait le nom de morve aiguë. Les phénomènes qui signalèrent la première période sont les phénomènes habituels du farcin, et la longue durée de cette première série d'accidents appartient au farcin chronique. Plus tard seulement vinrent les accidents propres à la morve. Cependant on n'a pas signalé les pustules de la peau, ni le jetage. L'auteur dit bien que « certainement il y avait des altérations dans le larynx et dans les fosses nasales », et il en cite comme preuve l'enrouement et la voix nasonnée. Il est regrettable qu'en l'absence de l'écoulement muqueux du nez, l'auteur n'ait pas examiné au moins l'intérieur des cavités nasales, où l'on a pu quelquefois reconnaître des pustules, des ulcérations et des eschares gangréneuses. L'autopsie du cadavre eût certainement ajouté des détails précieux à ce fait, mais l'auteur n'a pu vaincre l'opposition de la famille. A défaut de l'autopsie, l'inoculation eût probablement levé tous les doutes; il est fâcheux qu'elle n'ait pas été pratiquée.

Quoi qu'il en soit de ces lacunes, l'observation est un fait intéressant à ajouter à ceux que la science possède; il est intéressant par la nature de la maladie, et par l'évidence de sa transmission par voie d'inoculation accidentelle.

M. Desautière s'appuie sur ce fait pour exposer quelques considérations d'hygiène; il voudrait que tous les chevaux de chaque commune fussent soumis à des examens périodiquement faits par des hommes compétents.

M. Barth propose d'adresser des remercîments à l'auteur.

La proposition est adoptée.

— *M. Roussel* fait un rapport verbal sur un mémoire du docteur Poggi, de Milan, ayant pour titre : Della medicina et dello medico.

Les idées fort excentriques exprimées dans ce travail se résument en quelques lignes : toutes les définitions de la médecine sont empreintes de cette tendance à tout rétrécir, à tout matérialiser, qui caractérise la plupart des hommes. Tout ce qui a été dit depuis Hippocrate jusqu'à Sprengel sur l'origine première de la médecine est faux. L'ignorance et l'idolâtrie ont seules pu donner naissance à l'idée émise par le vieillard de Cos, que la médecine est née des besoins même des hommes. Celui-ci a eu tort de dire que la philosophie fût, à certains égards, la mère de la médecine. La philosophie, l'histoire, l'antiquité grecque et romaine sont sans autorité; il n'y a de certitude que dans la révélation et dans les traditions du peuple de Dieu; encore, pour arriver à la vérité, faut-il être orthodoxe. C'est pourquoi Sprengel, Leclerc, Freinel, Black, Metzger et tant d'autres, ont été entraînés à se tromper. Tous ces hommes, dit M. Poggi, n'étant pas inspirés par le catholicisme, ont émis des opinions et des jugements dictés par l'ignorance du vrai en religion, ou par l'esprit de parti; au contraire des hommes qui ne furent pas médecins, mais dont l'Eglise vénère la sagesse, par cela même qu'ils furent catholiques exemplaires et possesseurs de la vérité, ont très bien compris d'où nous est venue la médecine.

Dieu a dit : Je frappe et je guéris. — Il a dit encore : Toute médecine vient de Dieu... Et puis : Je suis le Seigneur, ton médecin. Et le prophète s'écrie : Guérissez moi, Seigneur, et je serai guéri.

De ces preuves et de beaucoup d'autres semblables, l'auteur conclut que la médecine vient de Dieu. — Ce point établi, il s'en sert pour établir d'autres vérités secondaires. Ainsi pour la distinction du médicament et du remède. Le médicament est toujours un moyen humain, c'est tout ce qu'on donne au malade en vue de le guérir. Le remède est ce qui guérit, c'est Dieu qui le fait opérer.

Quant au médecin, « c'est le ministre de Dieu et l'interprète de la nature humaine; savant, et expérimenté à l'aide de l'étude et de son observation, ajoutée aux nombreuses observations des autres, il parvient à connaître les dispositions variées du corps humain vivant, curables et incurables; *artiste* qui examine avec sagacité chaque appareil; *philosophe* qui s'occupe principalement du salut du corps en préservant les uns du mal et en guérissant les autres; *maître souverain* qui travaille toujours au bien ou au mieux, enseignant à d'autres les règles de l'art de guérir, et étant utile à tous les hommes. »

Le rapporteur, après avoir exposé à la Société un résumé des doctrines de M. Poggi, se garde de le suivre et de le réfuter. Il se sent trop éloigné des idées de l'auteur pour les discuter. Il est du reste convaincu de l'excellence des intentions de notre confrère, et par ce motif il propose de lui adresser des remercîments. — Adopté.

— M. Sélade est nommé membre correspondant.

Dr J. CHEREST, *secrétaire annuel.*

Une association pour l'exercice de la médecine. — Aux environs de Paris, on rencontre un certain nombre d'empiriques, de pseudo-docteurs qui usurpent avec une déplorable facilité la confiance des gens de la campagne. De ce nombre, et parmi les plus obstinés dans leur révolte contre la loi de ventôse an XI, nous devons signaler le sieur Sabatier que nous voyons traduit pour la troisième fois sur les bancs de la 7e chambre sous la prévention d'exercice illégal de la médecine.

Pour couvrir l'illégalité de cet exercice et se mettre à l'abri de toutes poursuites, le sieur Sabatier se faisait assister d'un docteur-médecin qui signait les ordonnances, ou plutôt qui abandonnait au sieur Sabatier l'usage d'une griffe que ce dernier apposait sur les ordonnances que lui-même rédigeait.

Un acte d'association pour douze années avait même été signé entre l'empirique et le docteur ainsi qu'avec le pharmacien Gardet; des droits de partage et de remise avaient été stipulés entre eux.

Le tribunal, sur la plaidoirie de Me Gustave Ponvert, a relaxé le pharmacien de la poursuite; le sieur Sabatier, défendu par Me Lamy, a été condamné à un mois d'emprisonnement et 30 fr. d'amende; le docteur Dormer à 30 fr. d'amende seulement.

La fabrique des instruments orthopédiques ne doit pas être confondue avec celle des instruments de chirurgie; car l'orthopédie proprement dite a pour but spécial de remédier aux difformités du corps humain par l'application d'appareils combinés, d'après les indications de la science. La maison du sieur BÉCHARD, rue de Tournon, 15, à Paris, est une de celles qu'ont le plus avantageusement fait connaître les récompenses qui lui ont été décernées par les jurys des expositions de 1839 et 1844. Aussi nous faisons-nous un devoir de la signaler de notre côté aux savants praticiens que nous comptons au nombre de nos lecteurs.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 80. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.—M. BAILLARGER.

Clinique sur les maladies mentales.

Nouvelles considérations sur la paralysie générale incomplète.

La paralysie générale incomplète est une maladie apyrétique, ordinairement de longue durée, principalement caractérisée par l'embarras de la parole, la paralysie progressive des membres et la démence.

Cette affection quoique assez commune, comme nous le montrerons tout à l'heure, n'est connue que depuis peu de temps. Esquirol, le premier, en 1805, la signala, sans la décrire, dans sa thèse sur les passions. C'est surtout au point de vue du pronostic qu'il s'en est occupé, sans insister sur les différents caractères de la maladie. Il dit seulement que les aliénés atteints de paralysie générale sont presque tous incurables, et voués à une mort plus ou moins prochaine.

Pinel, en 1809, Georget, en 1820, en firent aussi mention; mais le premier travail étendu sur ce sujet, fut la thèse de M. Delaye (1824).

Deux ans plus tard (en 1826), parurent les monographies de MM. Bayle et Calmeil.

Le degré de fréquence de cette maladie n'est pas bien exactement connu, et ne le sera probablement jamais, attendu qu'un assez grand nombre d'individus frappés de paralysie générale restent dans leur famille, et y meurent sans qu'on ait pu les faire entrer en ligne de compte. Enfin, il faut bien le dire, beaucoup de médecins méconnaissent encore cette affection, surtout à son début, et la confondent avec des maladies aiguës, le plus souvent chroniques, de l'encéphale. Si, jusqu'à présent, on a cru cette maladie si peu commune, c'est que les statistiques ont été établies sur de mauvaises bases. Il faut, pour arriver au chiffre exact, non pas faire la comparaison entre le nombre des malades atteints de folie simple et le nombre des paralytiques existant à une époque déterminée dans les différents asiles, mais bien faire porter les recherches sur les admissions seulement.

Il faut, de plus, avoir soin de comprendre dans les relevés un nombre égal d'hommes et de femmes; car le sexe, comme nous le verrons plus loin, ayant une grande influence sur la production de la paralysie générale, une statistique qui comprendrait un nombre inégal d'hommes et de femmes, donnerait un résultat général inexact. Il faut enfin retrancher les idiots, les imbéciles et les épileptiques.

C'est en nous conformant à ces principes que nous avons trouvé, à Charenton, un septième de paralytiques sur le nombre des malades admis dans le courant de l'année 1832. On peut, d'après les mêmes règles, déduire des recherches publiées par M. Parchappe, une proportion d'un neuvième.

Dans les hospices réunis de Bicêtre et de la Salpêtrière, la proportion s'est élevée à plus d'un sixième.

On voit, en résumé, en prenant la moyenne de tous ces chiffres, qu'un sixième environ des malades admis dans les asiles d'aliénés est atteint de paralysie générale.

On était bien loin, il y a vingt ans, d'accorder à cette maladie une aussi grande fréquence, puisque, dans la monographie si justement estimée de M. Calmeil, la proportion des aliénés paralytiques n'est guère que d'un trentième, en prenant la moyenne des chiffres obtenus chez les hommes et chez les femmes. Aussi, le même auteur est-il revenu sur ces données dans un travail plus récent (1841), inséré dans le *Dictionnaire de médecine.*

La fréquence de cette cruelle maladie une fois établie, voyons quelles sont les causes qui les provoquent le plus souvent; elles sont de deux ordres: prédisposantes et occasionnelles.

C'est dans l'influence de l'hérédité, du sexe, du tempérament, de l'âge, des professions, des climats et des saisons, qu'il faut rechercher les principales causes prédisposantes de la paralysie générale.

Hérédité. — C'est un fait malheureusement trop avéré aujourd'hui, que l'influence de l'hérédité dans la production de la paralysie générale. Rien de si commun, en effet, que de rencontrer des paralytiques qui comptent dans leur parenté, soit des mélancoliques, des maniaques, des individus en démence, soit des hémiplégiques, des épileptiques, des sujets atteints d'affections nerveuses diverses, ou disposés aux congestions cérébrales. Hier encore je voyais un malade atteint de paralysie générale, dont le père est mort subitement frappé d'apoplexie, et dont le frère est constamment menacé d'hémorrhagie cérébrale, qu'il ne prévient qu'à l'aide de fréquentes saignées.

M. Bayle, sur 90 malades observés dans ce but, en a trouvé 46, c'est-à-dire plus de la moitié chez lesquels l'hérédité n'était pas douteuse.

M. Calmeil (*Dictionnaire de médecine*), sans aller aussi loin, reconnaît qu'on peut avancer hardiment que l'hérédité existe chez un tiers des aliénés paralytiques.

Sexe. — Le sexe a une influence extrêmement marquée sur la production de la paralysie générale; ainsi, à Bicêtre, il entre deux paralytiques sur sept malades (Relevés de MM. Aubanel et Thore); à Charenton, un sur trois; à Rouen, un sur six; en moyenne, dans ces différents asiles, presque un quart pour les hommes. Pour les femmes, au contraire, à la Salpêtrière, une sur sept; à Charenton, une sur dix; à Rouen, une sur vingt, c'est-à-dire en moyenne un douzième des malades admises. On voit combien la différence est grande; elle s'élève en effet à plus de la moitié.

Il faut ajouter, pour être entièrement exact, que les femmes des classes aisées de la société paraissent moins prédisposées que celles des classes pauvres et malheureuses, à cause des excès de toute nature, et en particulier les excès de la boisson auxquels se livrent ces dernières. C'est en effet là une des principales causes de la plus grande fréquence de la paralysie générale chez les hommes.

Il est aussi permis de penser que le flux menstruel opère une dérivation favorable; l'influence de l'âge critique semble le démontrer.

Tempérament. — Tous les médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale de la paralysie générale, ont reconnu chez la plupart des sujets qui en sont atteints, un tempérament sanguin, pléthorique, une constitution forte, robuste, athlétique, un système musculaire fortement prononcé.

Age. — D'après une statistique faite en commun avec M. Maquet, ancien interne de la Salpêtrière, sur les malades entrés à Bicêtre et à la Salpêtrière, nous sommes arrivé aux résultats suivants, pour ce qui a rapport à l'âge. Sur 600 hommes environ, l'âge moyen a été de quarante-deux ans. Sur 400 femmes, quarante et un ans.

Nous avons de plus reconnu que la paralysie générale ne sévissait jamais ou presque jamais chez les sujets âgés de moins de vingt ans; il n'en existe en effet qu'un seul exemple sur 400 cas.

Elle est encore très rare avant trente ans; on ne la rencontre en effet que sur un quinzième des sujets soumis à notre observation. Il n'en est pas de même de la folie simple qui s'est montrée avant vingt ans chez un seizième à un vingtième des malades, et avant trente ans sur un cinquième à un sixième.

Il résulte encore de la même statistique, que l'âge critique, chez les femmes, en les disposant aux congestions cérébrales, a une influence très marquée sur le développement de la paralysie générale. C'est surtout vers quarante et un ans qu'apparaissent chez le plus grand nombre les premiers troubles de la menstruation qui annoncent la cessation définitive, et plus ou moins prochaine, de cette fonction si importante.

Professions. — Nous n'avons pas encore de données bien précises sur ce sujet. Cependant M. Calmeil a pu reconnaître la fréquence de cette affection chez les militaires et les douaniers. Il l'explique par les excès de tout genre auxquels ils sont exposés, et qui tous aboutissent, en dernière analyse, à la production de congestions cérébrales plus ou moins fortes, plus ou moins nombreuses. C'est pour les mêmes raisons qu'on l'a observée un grand nombre de fois chez les verriers, les cuisiniers, les fondeurs, chez les ouvriers qui travaillent aux préparations saturnines, etc., etc.

Climats. — Esquirol pensait que la paralysie générale était rare dans le midi de la France et en Italie.

De nouvelles recherches faites par M. Aubanel dans l'asile des aliénés de Marseille, lui ont fourni des résultats tout à fait différents.

M. Marchaud a trouvé également qu'à Lisbonne, sur la masse des aliénés, plus d'un quart étaient atteints de paralysie générale. Cette question a donc besoin d'être examinée de nouveau.

Saisons. — Nous avons vu que la folie simple est presque un tiers plus fréquente en été qu'en aucune autre saison; nous sommes arrivé, avec M. Maquet, à un résultat bien différent pour la paralysie générale. Ainsi, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, pour quatre années, sur 921 paralytiques, il en est entré 466 dans les six mois les plus chauds, 455 dans les six mois les plus froids, c'est-à-dire un nombre à peu près égal dans les saisons froides et dans les saisons chaudes. En recherchant le même point dans le travail de MM. Aubanel et Thore, nous avons trouvé un résultat analogue. Sur 120 paralytiques entrés à Bicêtre en 1839, 60 ont été admis dans les six mois les plus chauds, et 60 dans les six mois les plus froids. Malgré l'accord de nos résultats avec ceux de ces messieurs, il faut, avant qu'il soit permis de les poser en principes, que de nouveaux travaux soient venus les confirmer.

Telles sont, en résumé, les principales causes prédisposantes. Viennent maintenant les causes occasionnelles, qui sont physiques ou morales.

Contrairement à ce que nous avons été à même de voir dans l'étude de la folie simple, les premières jouent ici un assez grand rôle. Les causes occasionnelles de la paralysie générale sont dans l'ordre d'importance: les congestions cérébrales et tout ce qui peut y prédisposer, les suppressions sanguines, l'omission d'une saignée habituelle, les suppressions en général, les excès de boissons et de travail, les accès d'épilepsie, etc.

Congestions cérébrales. — MM. Thore et Aubanel, et avant eux M. Bayle, ont insisté beaucoup sur cette cause de la paralysie générale. Ce dernier auteur pense, en effet, qu'elle existe chez tous les sujets à un degré plus ou moins intense; sur 126 malades observés dans ce but, il l'aurait trouvée brusque et rapide sur 62, lente et peu marquée sur 64.

Suivant M. Parchappe, il est vrai, on confondrait l'effet de la maladie avec la cause; car, dit-il, on voit ces congestions se reproduire alors que la paralysie générale est bien établie. Quoique cette opinion soit juste dans beaucoup de cas, l'observation prouve de la manière la plus évidente qu'elle est trop exclusive. Le fait cité plus haut à propos de l'hérédité, et un grand nombre d'autres qu'il serait trop long de rappeler ici, ne permettent pas le moindre doute à cet égard.

Suppressions sanguines. — Parmi les principales, il faut noter: Chez les femmes, la suppression des règles; M. Bayle l'a reconnue chez le tiers des malades soumises à son observation. Nos propres recherches tendraient à faire admettre une proportion plus forte encore.

Il existe, dans notre service, une femme paralytique qui n'a jamais été réglée.

Dans les deux sexes, l'omission d'une saignée habituelle, la suppression d'une épistaxis, d'hémorrhoïdes, etc.

Excès de boissons. — C'est certainement à cette cause qu'est due, en grande partie, la proportion si considérable de paralytiques chez les hommes. Elle agit, du reste, de la même manière que les précédentes, en produisant des congestions cérébrales. Et comment ne pas admettre l'action puissante de cette cause, quand on voit tous les traits de similitude qui existent entre l'état d'ivresse et la paralysie générale de courte durée? Dans l'une comme dans l'autre, nous retrouvons, en effet, l'embarras de la parole, la faiblesse des jambes, quelquefois même un délire de même nature.

L'observation directe le prouve d'ailleurs d'une manière assez tranchée, à Bicêtre et à Charenton.

Les *accès d'épilepsie* agissent encore, en produisant pendant les attaques des congestions très fortes.

Il faut, en outre, ajouter aux causes occasionnelles que nous venons de passer en revue:

Les *affections organiques locales du cerveau,* comme les hémorrhagies, les tumeurs de tout genre, etc. Ainsi, il n'est pas très rare de voir, sans cause appréciable, chez des hémiplégiques marchant graduellement vers la guérison, la mémoire se perdre, les membres du côté sain devenir faibles, et la démence se manifester d'une manière évidente. La femme F..., couchée à la salle Pinel, nous en offre un exemple.

L'insolation, l'action du feu, les coups, les chutes sur la tête produisent aussi la paralysie générale.

Les excès vénériens, l'abus du mercure, la suppression d'ulcères, d'exutoires, de dartres, quoique plus rarement, peuvent avoir le même effet.

On observe enfin quelquefois la paralysie générale chez des sujets anémiques, épuisés par la misère et les privations. On explique ces faits exceptionnels par la facilité avec laquelle se produisent chez ces individus les congestions, qu'on peut appeler passives.

Chez les individus avancés en âge, les excès de travaux intellectuels, les chagrins domestiques prédisposent aussi à la paralysie générale.

Symptômes. — La paralysie générale incomplète se traduit par des lésions des mouvements, de la sensibilité et de l'intelligence. On a distingué trois degrés, suivant l'intensité que présentent les lésions. Nous allons étudier successivement les trois ordres de symptômes dans chaque degré de la maladie.

A. LÉSIONS DES MOUVEMENTS. — 1° *Embarras de la parole.* — Au premier degré, cet embarras est souvent difficile à reconnaître; cependant, en y regardant de près, on s'aperçoit que la parole n'est plus aussi *nette* et que le malade semble faire des *efforts*, qui se traduisent par un tremblement caractéristique de tous les muscles qui entourent la bouche. D'autres fois, la prononciation semble se faire par des *efforts de gosier* et avec une précipitation, une brusquerie que la description ne saurait rendre, qu'il faut voir une fois. Malgré ces troubles dans l'articulation des sons, les autres mouvements de la langue restent libres, sauf un léger tremble-

ment. Cela se comprend, du reste, quand on songe combien sont simples les mouvements nécessaires pour tirer la langue en avant, à gauche ou à droite, comparés à ceux que nécessite l'articulation des mots même les plus faciles à prononcer. Contrairement à ce que nous verrons pour le deuxième degré de la maladie, cet embarras de la parole peut disparaître si le malade est excité. Quelquefois, il faut le dire, le diagnostic reste douteux : on est obligé de suspendre son jugement. Il est inutile d'ajouter qu'on doit tenir compte de la prononciation antérieure.

Le deuxième degré est caractérisé par l'espèce d'hésitation qui précède la prononciation, la séparation des mots d'un même membre de phrase, le prolongement des syllabes d'un même mot, comme je vous - ou - ous re - con - nais. L'embarras, le défaut de netteté dans la parole se changent, si le malade est excité, en un véritable *bredouillement*. Le paralytique passe alors des syllabes, prononce mal les autres et ne peut se faire comprendre.

Enfin, dans le troisième degré, le langage des malades est tout à fait inintelligible, souvent ils font de grands efforts sans pouvoir articuler une parole; dans d'autres cas, il existe un mutisme complet sans aucun effort pour parler.

2° *Faiblesse des membres.* — Les lésions dans les mouvements des membres ne se montrent, en général, qu'après celles que nous venons d'exposer.

Au premier degré, il faut être exercé pour les reconnaître. Les jambes paraissent d'abord lourdes; bientôt les pas sont mal assurés, confus, incertains; la démarche devient brusque et saccadée; chez certains malades, la progression semble s'exécuter par une succession d'élans; quelques-uns semblent tomber d'une jambe sur l'autre. Quelquefois, ces altérations des mouvements ne sont appréciables que quand les paralytiques essaient de courir.

Au deuxième degré, la marche est vacillante; le malade trébuche, fait des chutes, ses membres abdominaux tremblent sous le poids de son corps dans la station debout.

Dans le troisième degré, la station debout et la marche deviennent impossibles; le tronc s'affaisse sur lui-même, et les malades ne peuvent se tenir assis sur un fauteuil sans y être maintenus; étendus dans leur lit, ils peuvent encore remuer les jambes, mais quelquefois il leur est impossible de les soulever.

Les membres thoraciques n'offrent presque rien d'appréciable au début; mais bientôt l'affaiblissement s'annonce par de la maladresse, par un défaut de précision dans les mouvements; le paralytique ne peut plus s'emparer des petits objets; il laisse tomber ou renverse ceux qu'il veut saisir; enfin, à mesure que la maladie fait des progrès, les mouvements deviennent de plus en plus limités; le malade ne peut plus porter son gobelet à sa bouche; on est obligé de le faire manger.

Quelquefois la paralysie est plus marquée d'un côté que de l'autre, et alors les malades s'inclinent du côté le plus malade; si c'est à droite, par exemple, la jambe droite paraît plus lourde encore que la gauche; l'épaule correspondante est plus basse que celle du côté opposé.

3° *Tremblement des membres.* — Chez les paralytiques, on observe un tremblement général de tous les muscles porté souvent très loin.

Ce tremblement, qui a lieu à un faible degré chez presque tous les malades, est, chez quelques-uns, tellement marqué qu'il pourrait servir à caractériser une forme de la maladie qu'on pourrait appeler convulsive.

Ces faits semblent, du reste, venir à l'appui de l'opinion récemment émise par M. le professeur Bouillaud, dans sa Nosographie médicale, sur la nature de la paralysie générale incomplète.

Un symptôme très curieux qui appartient au troisième degré, mais qu'on retrouve quelquefois au second, c'est le grincement des dents. Ce phénomène se produit dans quelques cas sans qu'on puisse apercevoir le moindre mouvement dans les mâchoires, ce qui pourrait induire en erreur sur la nature de ce bruit si l'on n'était prévenu.

B. LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ. — Au début, la sensibilité générale est à peine émoussée; la vue n'est point affaiblie; l'ouïe s'exerce comme dans l'état normal; l'odorat et le goût sont intacts. Plus tard, la susceptibilité de la peau diminue notablement; au troisième degré, elle est presque complétement abolie; on peut impunément pincer, piquer ces malheureux, ils ne s'en aperçoivent pas. Des eschares énormes, au fond desquelles on aperçoit des muscles comme disséqués, ne leur causent plus aucune douleur. Bientôt la sensibilité spéciale subit à son tour la même influence; le goût ne les avertit plus de la saveur des objets qu'on place dans leur bouche : ils ne savent distinguer l'eau du vin. Les mets les plus salés leur semblent insipides. Les organes de la vue, quoique sains en apparence, ne paraissent plus sensibles à l'action de la lumière : ils ne distinguent plus les objets; leurs mouvements sont comme automatiques. Les odeurs les plus fortes n'impressionnent plus la membrane pituitaire; l'ouïe ne perçoit plus les sons.

Hipp. BLOT.
Interne du service.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 7 juillet 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Pariset est appelé à continuer la lecture de son discours.

L'honorable orateur, qui, dans la séance dernière, avait commencé un aperçu historique de toutes les épidémies de peste depuis le neuvième siècle de notre ère, le reprend à partir du seizième siècle. Nous citerons le passage suivant de son discours :

..... J'insiste, vous le voyez, sur ce dix-huitième siècle. J'insiste, afin de rendre de plus en plus manifeste ce redoutable lacis, que les cruelles mains de la peste ont tissu, pour ainsi dire, entre toutes les nations de l'Europe, pour les envelopper dans les mêmes malheurs : car n'oublions jamais que si les premières années de ce siècle ont été marquées par le désastre de Marseille, ses dernières l'ont été par le désastre de Moscou; deux villes distantes de 600 lieues l'une de l'autre, sous des parallèles ou sous des climats si différents; assises, la première sur le bord d'une mer qui la livrait à la peste, la seconde au centre d'un vaste continent qui devait la défendre; mais toutes deux surprises, l'une par les plus trompeuses apparences; l'autre par la frauduleuse marche d'un ennemi qui se cache, qui se glisse en rampant de village en village et de ville en ville, sur les pas de quelques soldats, de quelques voyageurs, de quelques marchands : mal négligé des deux parts, méconnu, douteux, objet de débats entre les peuples, entre les médecins, entre les magistrats, s'allumant, s'agrandissant à la faveur de ces discordes, et détruisant enfin par la mort de leurs habitants l'opulence et le bonheur de deux grandes cités. N'oublions pas surtout que, de même que tous les autres fléaux de cette nature, ceux-là s'étaient formés et nourris à la même source. C'est uniquement sur ce fait si capital, qu'au défaut de M. le rapporteur, j'ai voulu attacher votre attention.

Je m'arrête, Messieurs, je n'entre point dans la statistique que vous donne M. le rapporteur sur les pestes qui ont paru dans le siècle où nous sommes.....

Du reste, Messieurs, des statistiques, à quoi bon! j'ai le malheur de ne rien comprendre à de telles superfluités, lesquelles s'effacent de la mémoire, comme elles s'effacent de l'air, aussitôt qu'on les a prononcées. Ce n'est pas le nombre des faits qui m'intéresse, ce n'est pas cette multitude anarchique qui m'éclaire; ce sont les rapports que les faits ont entr'eux; et surtout ici, ce sont les liens de dépendance et de succession qui les enchaînent et les subordonnent. Je ne m'arrête pas non plus à ces prétendues pestes spontanées du Bas-Danube et d'Erzeroum. On m'écrit de Constantinople que ces pestes n'ont jamais existé et n'existeront jamais. Pour moi, je ne puis concevoir qu'un pays élevé, montagneux, inégal, de température très variable, quelles qu'en soient la misère et la malpropreté, puisse jamais engendrer la peste. Telle est la ville d'Erzeroum; elle appartient à l'Arménie, et jamais l'Arménie n'aura spontanément la peste. Si la peste s'y montre, c'est que la peste y est importée. Il en est de même du Liban et de toute la Syrie. Si la peste s'y montre, c'est que la peste y est importée. La Syrie ne l'a jamais eue qu'après l'Egypte et par l'Egypte. C'est une vérité reconnue dans tout l'Orient, sur laquelle je reviendrai plus tard. Quant au Bas-Danube, qui, avec le Prouth, arrose la Valachie et la Moldavie; il suffit du voisinage des Turcs pour que ces pays aient la peste et la donnent à la Transylvanie, ainsi que Lange l'a formellement déclaré. Est-il nécessaire, Messieurs, que sur cette première partie du rapport, je vous propose une conclusion? Oserais-je la recommander à vos suffrages? J'y trouve si peu d'ordre, si peu de rapport à la question principale, tant de répétitions, de transpositions, de contradictions; tant d'opinions hasardées ou fausses, par exemple, sur l'action des marais qui n'ont jamais produit la peste; sur l'action de la civilisation qui la produirait au contraire, puisqu'elle s'applique sans cesse à la prévenir, même dans son propre sein; tandis que les hommes incivilisés ou les sauvages ne l'ont jamais; j'y vois enfin une érudition si maigre et si fautive, que pour cela seul il serait à propos, ce me semble, de renvoyer à la commission toute cette partie du rapport, afin qu'elle en reçût des modifications profondes et une rédaction plus correcte, plus digne de vous, et j'ajoute, plus digne de M. le rapporteur lui-même.

Quant aux parties essentielles de la question, savoir l'endémicité, la contagion, l'infection, l'incubation, et ce qu'on appelle si étrangement le génie épidémique, c'est sur ces différents points que je prépare des remarques que j'aurai l'honneur de vous soumettre prochainement.

M. Bégin. Messieurs, qu'il me soit permis, avant d'entrer en matière, de dire un mot de la physionomie générale du débat auquel nous assistons. Il est remarquable que, n'ayant guère entendu, jusqu'à présent, que des objections faites au travail de votre Commission, les attaques les plus vives, les plus radicales contre ce travail, soient parties du sein de la Commission elle-même, les autres adversaires qu'il a rencontrés s'étant généralement montrés plus bienveillants et plus justes. Sans doute, ainsi qu'il a paru convenable de le faire observer à la fin du rapport, il était impossible que dans des questions aussi nombreuses, aussi ardues, toutes les délibérations fussent prises à l'unanimité. Sans doute encore il fallait que, dans un sujet où se trouvent engagés et la conscience du médecin, et des intérêts du premier ordre pour la famille humaine, il devait être loisible aux personnes dont les opinions n'avaient pas prévalu, de venir ici les exposer, les défendre, et en appeler du jugement de quelques collègues au jugement souverain de l'Académie entière. Jusque là, rien que de régulier, de nécessaire, de profitable à la démonstration de la vérité.

Mais, en prévoyant, en appelant même ces manifestations de divergences inévitables, il me semblait qu'elles pouvaient être dépouillées du caractère d'hostilité qu'on remarque dans quelques-unes d'entre elles. Je croyais que l'on pouvait accorder des éloges mérités à un travail difficile, prolongé, consciencieux, à la rédaction duquel on a fourni des contingents souvent considérables, tout en signalant ensuite les points particuliers sur lesquels portaient les dissidences. Les objections n'auraient rien perdu par cela qu'elles auraient été moins absolues, moins généralisées, quelquefois moins acerbes, et que l'on se serait montré plus bienveillant envers des confrères dont on a partagé les travaux pendant plus d'une année, dont les convictions ont pu différer sur quelques points, mais dont les armes ont toujours été puisées dans ces convictions elles-mêmes...,

Votre Commission, sans avoir pour but la rédaction d'un traité dogmatique sur la peste, n'a pas dû oublier cependant que, placée au point de vue de l'application pratique, il ne lui était pas permis de donner, devant vous, à ses propositions, d'autre appui que l'appui de la science. De là la recherche et la détermination des questions scientifiques qu'elle devait aborder et résoudre, pour motiver les conclusions; questions qui ont pu se grouper assez naturellement sous trois chefs principaux, et se prêter à une classification, non pas irréprochable, mais satisfaisante, en ce qu'elle permet de saisir sans difficulté l'économie du travail.

La Commission n'ignorait pas qu'autrefois les dénominations de peste ou d'affections pestilentielles étaient appliquées par le vulgaire, et même par les historiens et les médecins, à toutes les épidémies très meurtrières frappant avec rapidité, s'étendant à de grandes masses de population, et répandant au loin le deuil et la terreur. Aussi, pour éviter toute confusion, à l'origine même de son travail, a-t-elle cru devoir exprimer d'abord, avec les auteurs modernes les plus estimés, ce que l'on entend actuellement, ce que l'on doit entendre désormais par le mot peste. Sa définition n'a pas obtenu l'approbation d'un maître dont la parole a le privilége de captiver notre attention et nos suffrages. Selon lui, la peste, sorte de protée qui affecte les formes les plus décevantes, varie d'une épidémie à l'autre, d'un malade à l'autre durant la même période; elle peut exister sans fièvre, sans charbon, sans bubons, sans pétéchies, sans exanthèmes d'aucune espèce. A ce tableau si habilement tracé, que répondre, sinon que, soumises à la même dissection, il n'est pas une description, pas une définition de maladie, surtout interne, qui pût résister? Prenez les caractères les plus tranchés de la pneumonie, et dites si la pneumonie n'existe pas alors que tel ou tel d'entre eux manque ou ne peut être constaté par l'observateur? Dans une épidémie, peut-être trouverez-vous des exceptions. On en a cité pour le choléra; mais est-ce à dire que la description ne soit pas exacte ou suffisante pour faire reconnaître la maladie? Si d'ailleurs vous écartez les caractères assignés à la peste par l'observation contemporaine et votre Commission, voulez-vous dire que, définitivement, on ne peut reconnaître cette maladie, qu'il faut nous reporter à la confusion de l'antiquité ou du moyen âge, et que c'est ainsi que vous comprenez que l'on fasse avancer la science?...

Dans son travail, qui ne pourrait être confié à un meilleur esprit, à un dévouement plus consciencieux, notre Commission n'a fait que peu de théorie; jamais elle n'est partie des doctrines admises ou controversées, mais bien des faits dont elle s'est efforcée de constater les légitimités, d'analyser les circonstances, d'apprécier la valeur. Ce n'est qu'après avoir, pour chaque question soulevée, épuisé par une enquête rigoureuse tous les éléments susceptibles de forcer sa conviction qu'elle a cru pouvoir inscrire celle-ci dans une conclusion finale. Je comprends donc très bien qu'un de nos vénérables et spirituels contradicteurs ait reproché au rapport de n'avoir pas débuté par des idées générales, par des doctrines, par une bonne théorie de la contagion; mais je ne me rends pas aussi bien compte de cet autre reproche entièrement opposé, qui nous est adressé également, d'avoir adopté des idées systématiques et d'y être resté fidèle au point de n'avoir osé en secouer le joug. S'il fallait absolument, au sujet de la contagion, justifier le rapport, la théorie qui en a été donnée au moyen de semences, de germes ou d'œufs qui reproduisent les maladies, lesquelles, semblables aux insectes, élaborent avant de s'éteindre leurs coques de reproduction; cette théorie fantastique d'un de nos plus ingénieux adversaires et qui répond assez bien au vœu de M. Castel, ne me semble pas, au point de vue de la pratique, donner à regretter que nous nous soyons abstenus. Comment discuter des germes, des semences, des œufs, des ferments, des levains? Où nous arrêterons-nous dans l'histoire imaginaire de leur création, de leur évolution, de leur conservation? Comment proposer à l'autorité et lui faire adopter des dispositions préservatrices fondées sur d'aussi étranges fantasmagories?...

Si nous parcourons les principales objections soulevées contre le rapport, nous y retrouverons toujours la même lutte de l'esprit de doctrines et de théories préconçues contre l'énonciation simple des faits et l'expression rigoureuse de leur conséquence.

S'agit-il de la contagion, nos honorables contradicteurs reprochent à la majorité de la Commission d'user de subterfuges, d'ambages, de faux-fuyants, de n'avoir pas le courage de son opinion, ou bien encore d'adopter et de flatter les opinions d'autrui. Nous sommes, dit-on, contagionistes, plus contagionistes que nos confrères d'Egypte, et nous n'osons l'avouer pour je ne sais quelle crainte et quels motifs.

Mais, Messieurs, devons-nous donc ne pas nous connaître assez et nous tenir mutuellement en assez haute estime pour nous épargner de semblables suppositions? Auriez-vous pu composer notre Commission d'hommes capables de transiger avec leur conscience, de masquer leurs convictions, de n'oser proclamer ce qu'ils croient la vérité? Ecartons donc pour notre dignité commune d'injurieuses interprétations, et expliquons comment la doctrine exposée dans le rapport a été motivée : cette exposition servira j'espère de réponse aux objections dont cette doctrine a été l'objet....

La doctrine de la contagion telle que Fracastor l'a instituée ne s'est pas établie dans la science sans de vives oppositions. Le mot lui-même a reçu des acceptions plus ou moins étendues, surtout dans ces derniers temps, et dont la discussion actuelle suffirait à faire ressortir les divergences. Par contagion, les uns n'admettent que les maladies communicables au moyen de virus fixes, par voie de contact médiat ou immédiat, ou d'inoculation directe; tandis que d'autres considèrent comme contagieuses toutes les affections susceptibles de se transmettre par quelques moyens ou intermédiaire que ce soit. La doctrine de l'infection, si lucide en apparence, est venue jeter une incertitude nouvelle sur la contagion, en ce que tout le monde n'a pas voulu l'admettre avec les caractères qui lui ont été d'abord assignés. Enfin dans ces dernières années, pour achever les confusions, quelques médecins ont distingué l'air infecté de l'air contagié, le premier ne contenant que des éléments toxique, l'autre étant chargé de miasmes morbides. Nous n'avons pas à décider de quel côté dans ce conflit de définitions, d'arguments et de subtilités se trouvent le bon droit et la raison; nous ne voulons que constater ce fait irrécusable, c'est que les idées attachées actuellement au mot contagion sont diverses, et que des médecins qui font usage de ce mot doivent, s'ils veulent s'entendre, commencer par s'interroger sur le degré d'extension que chacun d'eux lui attribue, quitte en fin de compte pour ne pas tomber d'accord. Or, il nous a semblé qu'il valait mieux retirer de la circulation une monnaie ainsi contestée que de s'obstiner à s'en servir.

Toute maladie qui se transmet de malade à sain est, suivant quelques personnes, réputée contagieuse. S'il en est ainsi, pourquoi ne pas dire simplement qu'elle est transmissible? Que fait de plus le mot contagion avec sa définition arbitraire, son acception variable, les discussions interminables qu'il excite depuis Fracastor? Transmissible n'est-il pas aussi français que contagion avec l'avantage de ne rien préjuger sur le mode de transmissibilité, et de laisser pour le déterminer toute liberté à l'expérience?

La transmissibilité doit être étudiée dans les sujets malades, dans les sujets sains et dans les circonstances accidentelles qui la modifient. S'agit-il des sujets malades, les voies d'émission sont la peau et les vêtements imprégnés de ses émanations, les produits des exhalations pulmonaires ou autres répandus dans l'atmosphère ou confinés dans les appartements; les sécrétions morbides des ulcères, des abcès, des surfaces muqueuses enflammées; enfin, les liquides circulants ou autres, et les tissus eux-mêmes modifiés par les actes anormaux de l'organisme.

Chez les sujets sains, les voies d'admission peuvent être la peau recouverte de son épiderme, la surface cutanée dépouillée de cet enduit protecteur, ou les surfaces muqueuses, les cavités absorbantes des organes respiratoires et digestifs; enfin, l'introduction artificielle dans les vaisseaux ou dans la trame des tissus...

Il nous est impossible de suivre l'honorable orateur dans sa réfutation étendue de toutes les objections qui se sont élevées contre le rapport. Il les a toutes passées en revue, et a terminé son discours par les paroles suivantes :

Je crois avoir parcouru les principales objections faites à un travail auquel je tiendrai toujours à honneur d'avoir participé pour une part, si faible qu'elle puisse être. Le rapport de votre Commission servira, je n'en doute pas, de point de départ à des recherches, à des expériences, à des discussions qui, graduellement, amèneront la solution des questions encore controversées. Il ne statue que pour le présent, et laisse libre l'avenir; car les législations sanitaires doivent, dans leur nature, être modifiées et perfectionnées d'après les faits acquis et les leçons de l'expérience. En conséquence, je voterai pour l'adoption de ce rapport, sans me refuser à adhérer aux modifications de détail que la discussion approfondie des articles pourra faire surgir et motiver, soit dans sa partie scientifique, soit dans ses propositions d'application.

M. Piorry. Le discours de l'honorable orateur se résume dans les conclusions suivantes :

1° La peste ne peut guère se transmettre que par l'absorption pulmonaire des miasmes répandus dans l'air. Cette transmission a lieu dans les contrées où d'ordinaire elle sévit; elle est à craindre : 1. dans ceux où beaucoup de pestiférés sont réunis et encombrés; 2. dans les espaces où l'air se renouvelle mal, et qui ne sont pas d'une suffisante étendue pour l'habitation d'un seul ou de plusieurs malades atteints de la peste.

2° De telles circonstances de transmission n'exigent pas des quarantaines, mais des mesures hygiéniques sévères propres à éviter l'encombrement des pestiférés, et à assurer à chacun d'eux des habi-

tations vastes et aérées.

3° Rien ne prouve que la peste se transmette par les voies digestives, et, sous ce rapport, les substances alimentaires ou les boissons provenant des lieux où règne cette épidémie ne sont en rien dangereuses, et peuvent être admises en libre pratique.

4° Les poisons non corrosifs, les venins, les virus, les miasmes ne pénétrant pas dans l'économie par la peau *alors que l'épiderme est intact*, surtout lorsqu'ils sont secs, il y a tout lieu de croire qu'il en est ainsi de l'agent pestilentiel. Donc, toute marchandise destinée aux habillements pourra, en général, être admise en libre pratique; seulement il sera utile d'établir, sous ce rapport, une exception pour les tissus destinés à être en contact direct avec le tégument.

5° Il est à peine dangereux pour une ville salubre de recevoir dans un lieu espacé et bien aéré un pestiféré, actuellement convenablement soigné; il y aurait, au contraire, pour cette cité, les plus grands inconvénients à recevoir plusieurs malades semblables dans un même lieu, ou d'en placer un seul dans un espace étroit où l'air ne se renouvellerait pas d'une manière convenable.

6° C'est spécialement dans des villes mal bâties, dont les habitants occupent des espaces étroits et encombrés; dans celles où règnent de grandes causes d'insalubrité, telles que de la vase ou des immondices agglomérées, que l'arrivée des pestiférés est a redouter. Sous ce dernier rapport, ce qui serait bien plus utile que des quarantaines pour la ville de Marseille, ce serait de nettoyer son port, d'où s'élèvent des émanations qui, à elles seules, pourraient avoir de plus graves inconvénients peut-être que la peste non compliquée d'émanations putrides.

M. Bricheteau. Nous examinerons d'abord s'il est incontestable, comme le prétend la Commission, que la peste né régnait pas épidémiquement en Egypte sous la dynastie des Pharaons et des Ptolémées, et durant les dominations grecque et romaine. Hérodote qu'on accuse d'avoir trop vanté la salubrité de l'Egypte, et dont la Commission invoque le témoignage, a fait cependant sur l'état sanitaire de ce pays des remarques judicieuses qui viennent à l'appui des assertions de la Bible touchant l'antiquité de la peste. Lorsque je fus à Memphis, dit-il, je m'aperçus, en conversant avec les prêtres, qu'occupés spécialement du ciel, ils ignoraient les causes des changements qui avaient pu survenir dans la partie inférieure de leur pays, comprise depuis l'entrée de la plaine jusqu'à la mer. A l'époque de ce voyage, continue Hérodote, l'Egypte sortait d'une longue guerre, pendant laquelle tout ce qui concerne l'économie publique avait été négligé, et l'entretien des canaux abandonné. Les frontières du désert étaient infestées de brigands, et l'intérieur des terres ravagé par les maladies. Il est écrit plusieurs fois dans la Bible, plus ancienne que l'Histoire d'Hérodote, que l'empire des Pharaons avait souvent été affligé de la peste. Jérémie, Isaïe, Ezéchiel, mettent sans cesse ce terrible fléau au nombre des maux qu'ils prédisent aux Egyptiens.

Quand bien même on déclarerait Hérodote et la Bible incompétents dans la question, il n'en serait pas moins impossible d'admettre, comme l'a fait un écrivain célèbre, très compétent d'ailleurs, que la peste apparut pour la première fois dans le monde l'an 542 de notre ère, puisque, comme l'a fait connaître un des premiers Osann, Ruffus (d'Ephèse) en a donné, d'après Dioscoride et Posidonius, une description où se trouvent mentionnés les symptômes les plus ordinaires de la maladie, tels que le délire, les bubons aux aines, aux aisselles, etc., et que le théâtre de cette épidémie pestilentielle était l'Egypte, la Syrie et la Libye. Or Ruffus (d'Ephèse) vivait sous le règne de Trajan à la fin du premier et au commencement du deuxième siècle de notre ère; ajoutons à l'appui de ce document conservé par Oribase, les témoignages de Cicéron, de Strabon, d'Athénée, de Pline, qui s'accordent à regarder l'Egypte comme un pays fertile en peste, et qui tous, selon M. Daremberg, en accusent la nature même du climat et la constitution du pays.

La Commission ne conteste pas, il est vrai, que la peste ait régné en Egypte 200 ans avant Jésus-Christ; mais elle soutient qu'elle n'était alors qu'à l'état sporadique. Cette opinion ne nous paraît guère probable, car il est très peu de maladies sporadiques qui ne règnent pas épidémiquement; ajoutons que l'insalubrité de l'Egypte, selon la remarque d'Hérodote, était très propre, à certaines époques, à faire naître des épidémies. On sait fort bien, d'ailleurs, que de grandes épidémies éclatent dans les pays les plus civilisés, témoin le choléra qui ravagea l'Europe en 1831 et 1832.

Nous sommes bien loin de penser, sans doute, que la peste ait été, aux plus belles époques de l'histoire et de la civilisation de l'Orient, aussi fréquente et aussi désastreuse qu'elle l'a été depuis et qu'elle l'est encore aujourd'hui, soit en Egypte, soit dans d'autres pays soumis à la domination musulmane. Cette maladie, spontanée et épidémique dans ces contrés, y fait généralement d'autant plus de ravages, que l'hygiène y est plus négligée. Rare sous la dynastie des Pharaons, pendant la domination des Grecs et des Romains, ses apparitions ont dû se multiplier avec l'incurie, l'ignorance et le fanatisme des Turcs. On ne peut guère supposer, d'ailleurs, qu'Alexandre eût jeté les fondements de la ville qui devait porter son nom, que plus tard Constantin eût fondé la capitale de l'empire d'Orient dans des contrées souvent ravagées par la peste; qu'enfin tant d'admirables monuments se fussent élevés en Egypte plus de quatorze siècles avant Jésus-Christ (sous le règne de Sésostris), si la population eût été misérable et décimée par les maladies.

Mais, Messieurs, nonobstant les merveilles tant vantées de la civilisation égyptienne, l'utile précaution des embaumements et d'autres mesures hygiéniques, il y a eu de tout temps et il y aura toujours dans la Basse-Egypte, des causes de maladies épidémiques à raison des débordements du Nil, de l'état dans lequel ce fleuve laisse en se retirant le sol détrempé et couvert de débris animaux et végétaux; enfin à cause des eaux bourbeuses et louches qu'il roule dans son lit. Le célèbre voyageur Bruse regarde cette insalubrité des eaux du Nil comme une des causes de la peste, et l'attribue à ce qu'il traverse, avant d'arriver en Egypte, plusieurs lacs ou étangs fangeux de l'Abyssinie et du Sennaar. Pour appuyer son assertion, ce voyageur fait remarquer qu'on ne rencontre pas la peste dans les contrées voisines de l'Egypte traversées par le fleuve en question; ce qui est confirmé d'ailleurs par les observations d'autres voyageurs qui ont remonté le Nil des Noirs pour pénétrer au centre de l'Afrique.

L'objection que la Commission a voulu tirer de la différence qui existe entre les pestes de l'antiquité, du moyen âge, et celles des temps modernes, ne nous paraît pas d'une grande valeur; dans notre opinion les maladies épidémiques sont susceptibles de se modifier avec le temps, et ne se présentent pas sous les mêmes formes; c'était aussi l'opinion de Sydenham, opinion qui se trouve reproduite dans une des pièces annexées au rapport de la Commission. De même, Messieurs, qu'il y a eu des typhus, des fièvres putrides, typhoïdes, diverses par plusieurs symptômes quand c'était au fond la même affection, de même aussi il y a eu, d'après les historiens, différentes variétés de pestes. Nous citerons la peste *noire* de 1347, la peste *inguinaire* de Grégoire de Tours, *le feu* sacré, *le feu* de Saint-Antoine, qui sont autant de sortes de la maladie qui nous occupe; enfin la peste d'Athènes, décrite par Thucydide, qui, à notre avis, n'est point un typhus, comme on l'a prétendu, mais la même fièvre pestilentielle que décrivit en 1089 le chroniqueur Sigibert, sous le nom de feu sacré, lequel avait ravagé la Lorraine.

Divisés d'opinion sur quelques points historiques, nous sommes tout à fait d'accord avec la Commission sur la question pathologique; la peste est pour nous une maladie épidémique non contagieuse qui se propage quelquefois par infection hors des foyers épidémiques, et qui est comparable sous plusieurs rapports au typhus et à la fièvre jaune. A cette occasion, nous témoignerons notre étonnement de la confusion qu'on a supposée exister entre les mots contagion et infection; et comme en cette matière les exemples valent mieux que les définitions, en voici deux que nous proposons pour faire ressortir la différence entre ces deux moyens de propagation morbifique: Un individu touche la main d'un pestiféré, se sert de ses effets, de divers objets qui ont servi à son usage, de balles de marchandises susceptibles et supposées contaminées sans contracter la peste quoiqu'il se soit exposé à la contagion. Un autre vit plus ou moins longtemps dans l'atmosphère d'un pestiféré; il respire son haleine, les exhalaisons qui s'échappent de ses excrétions, et il contracte ainsi la maladie par infection même hors du foyer épidémique. Nous ajouterons, relativement à la contagion de la peste, que l'examen rigoureux des faits ne lui est point favorable, que d'ailleurs on a fait ici et ailleurs pour en démontrer l'existence une comparaison fausse en ce que les termes de cette comparaison ne sont pas semblables. La vaccine et la petite vérole, qu'on a rapprochées de la peste, se transmettent évidemment par simple contact, et de plus par l'inoculation d'une matière virulente qui n'existe pas dans la peste; en effet, l'inoculation du pus des bubons selon la majorité des expérimentateurs, et notamment de Clot-Bey, ne produit pas cette maladie.

Il nous a paru établi de la manière la plus évidente dans le rapport, depuis la page 729 jusqu'à la page 743, que le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont pratiqué à l'air libre ou dans des lieux bien ventilés; qu'aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades. Si on nous objecte que les faits qu'on pourrait opposer à la Commission sont bien plus nombreux encore que ceux qu'elle invoque, nous répondrons que les faits anciens ont été recueillis dans un temps d'ignorance, d'exagération où la terreur montrait la peste dans tous les objets qui avaient touché les malades, que le plus grand nombre d'entre eux éloignent toute confiance par l'excès de leur ridicule; tandis que les faits récents, résultat d'une expérimentation éclairée et courageuse, offrent infiniment plus de garanties. Ceux qui, après avoir lu le rapport, ne seront pas convaincus de la non-contagion de la peste, puiseront à cet égard de nouveaux éléments de conviction dans plusieurs pièces annexées au rapport, et notamment dans celles du docteur Grassi (contagioniste) annotées par Clot-Bey, et dans la réponse du chirurgien anglais Laid-Law (non-contagioniste), chirurgien de l'hôpital général des Européens.

Il y a deux manières de comprendre la génération épidémique de la peste, ou plutôt, selon nous, il y a deux sortes d'infection: l'une primitive, spontanée, générale, qui probablement a pour véhicule l'atmosphère; l'autre consécutive, locale, qui s'établit autour du pestiféré dans le lieu qu'il occupe. L'une semble bornée aux localités où se développe spontanément la peste; l'autre peut se produire hors des foyers épidémiques, sur des navires, dans des camps, dans des prisons, etc. Nous ne croyons pas que le dernier mode d'infection puisse acquérir une grande puissance, et l'exercer hors du lieu infecté: ce n'est pas lui qui donne lieu aux grandes épidémies; l'*épidémicité* (qu'on nous passe l'expression) engendre l'infection, mais il n'est pas probable que l'infection locale puisse produire l'*épidémiscité*.

Quant à l'infection primitive et spontanée de l'air dans la peste, comme dans les autres grandes épidémies, les hommes les plus éminents y ont trouvé l'explication la plus naturelle des grandes catastrophes, bien que les chimistes les plus habiles n'aient pu découvrir dans l'atmosphère ainsi infectée aucun principe délétère. Diemerbrocke, Desgenettes, Larrey, Fodéré, etc., ont accordé une grande influence à l'état du ciel dans l'étiologie de la peste. Cette maladie, dit Clot-Bey, se déclare ou cesse dans un lieu avec des conditions de saison ou de température constamment les mêmes; preuve évidente, ajoute-t-il, que l'atmosphère est le principal sinon l'unique agent par lequel la maladie se développe.

Je fais très largement la part de l'influence que l'ignorance, la misère et les privations de toute sorte ont eu dans la production de la peste en Egypte, et, par contre, celle de la civilisation et des progrès de l'hygiène publique; toutefois, je ne partage pas l'opinion de ceux qui pensent qu'en civilisant entièrement ce beau pays, on délivrera le monde de cette terrible maladie. Les apparitions de ce fléau, en effet, sont tellement variables, qu'il est impossible d'établir un rapport rigoureux entre ces apparitions et les recrudescences insalubres du pays. Ainsi, dans le seizième siècle, époque où l'on sortait à peine de la barbarie, tandis que la peste désolait fréquemment la France, l'Italie, l'Allemagne, l'Espagne, qu'elle envahissait la Suisse même, pays classique par sa salubrité, elle ne parut qu'une seule fois en Egypte. Dans le dix-septième siècle, on ne l'y observa que deux fois; tandis qu'elle ravagea 19 fois l'Allemagne, 11 fois la France et l'Italie, 6 fois l'Angleterre, 5 fois la Russie. Dans le dix-huitième siècle, au contraire, l'Egypte a subi 19 fois la peste. Dans le seizième et le dix-septième siècle, cependant, MM. les Egyptiens n'enterraient pas mieux leurs morts qu'ils le font aujourd'hui, ils n'étaient ni moins pauvres ni moins misérables; il faut même admettre, en toute justice, qu'ils sont aujourd'hui dans des conditions un peu meilleures, et on ne peut nier sans injustice que le gouvernement ait fait quelque chose pour leur bien-être (1). Ainsi donc, bien qu'il soit vrai que depuis quarante-cinq ans la peste ait frappé 8 fois l'Egypte, 6 fois la Turquie d'Europe, sans atteindre la France et l'Angleterre, rien ne peut absolument nous garantir qu'une épidémie de peste n'éclatera pas chez nous a la manière du choléra de 1832; car elle s'est montrée en 1812 à Malte, et plus tard à Noïa, ville du royaume de Naples. Peut-on expliquer, Messieurs, comment des épidémies meurtrières de suette miliaire désolent depuis plusieurs années le sud-ouest de la France, et font d'assez grands ravages dans les départements riches et heureux du Périgord, de l'Angoumois, du Poitou! Qui pourra nous dire comment, à l'époque où nous vivons, des villages sains, des populations bien nourries, bien vêtues, ayant en abondance tout ce qui manque aux fellahs de l'Egypte, sont décimés par des épidémies de fièvres typhoïdes, notre peste actuelle? N'aurions-nous donc, Messieurs, fait qu'un échange de misères? Echange avantageux, j'aime à le reconnaître, et que nous devons sans doute en partie aux progrès de la civilisation et de l'hygiène publique.

Ces résultats sont malheureusement lents à obtenir; car jusqu'à ce que les hommes réunis en société aient pourvu à leur bien-être, il leur faut passer passer par un long état intermédiaire peu favorable à leur conservation. Papon, l'un des historiens les plus éclairés de la peste, remarque que ce fléau et beaucoup d'autres attaquent surtout les nations nouvellement constituées, sorties de l'état de nature pour vivre en société, et obligées de guerroyer avec leurs voisins pour défendre leur établissement. Tel fut l'état de l'Italie durant les cinq premiers siècles de la fondation de Rome Le peuple romain, toujours en guerre, cultivait peu la terre, encore moins les arts. Aussi, dans le même intervalle de temps, la peste ravagea la république romaine plus de 25 fois, ce qui fait 5 fois pour chaque siècle; tandis que dans les deux derniers siècles de la république jusqu'à la fin du règne de Claude, c'est-à-dire dans l'espace de 250 ans, elle ne se montra que 3 fois au delà des Alpes: c'étaient alors les plus beaux jours de l'empire romain, l'époque où l'agriculture et la civilisation étaient parvenues à leur dernière période.

Dans la vie nomade des peuples sauvages, la peste semble avoir été inconnue; elle n'affligea pas la Gaule avant l'invasion romaine. Trogue-Pompée, historien d'origine gauloise, qui écrivait quarante ans avant notre ère, ne fait aucune mention de ce fléau, quoiqu'il ait traité de toutes les choses mémorables qui se fussent passées dans le monde.

L'Amérique ne connaissait pas non plus la fièvre jaune, véritable peste de ce continent, selon Savaresi, avant l'invasion des Européens, qui se sont plus occupés de faire fortune, de trafiquer des hommes et des choses, que d'assainir un pays qu'ils avaient même, par certains points, rendu insalubre par leur encombrement. D'après les recherches du père Dutertre, consignées dans l'ouvrage de notre confrère M. Bailly sur le typhus d'Amérique, l'apparition de la fièvre jaune ne remonterait pas au-delà de 1635.

Pour nous résumer en peu de mots sur le point capital et pratique de ce rapport, nous dirons que les recherches et les expériences faites depuis douze ans par des médecins aussi éclairés que courageux, démontrent que la peste est une maladie épidémique d'une nature particulière; que si cette maladie se propage hors de son foyer, comme l'admet la Commission, ce n'est ni par le simple contact des pestiférés, ni par celui des effets à leur usage, ni des marchandises prétendues contaminées, mais bien par l'infection prolongée de l'atmosphère qui les entoure, infection qui prend sa source dans l'altération de l'air respirable et dans les miasmes qui s'exhalent du corps des pestiférés, de leurs excrétions, etc.

Loin de croire que pour prévenir la propagation d'une semblable maladie, il soit opportun et utile de renfermer les sujets suspects et les malades dans des lazarets, nous croyons qu'il faut, au contraire, les disséminer dans des habitations saines, suffisamment élevées, et puis recourir aux ventilations et aux meilleurs moyens de désinfection, indépendamment des médications proprement dites qu'il convient d'employer concurremment.

La Commission, sans s'éloigner beaucoup, théoriquement parlant, de notre manière de voir, a cru prudent néanmoins de conclure différemment. Sa position n'était pas aussi indépendante que celle d'un membre isolé de l'Académie; elle avait à ménager les préventions de la population du midi de la France, encore terrifiée par la peste de 1720, et les scrupules respectables de l'autorité supérieure, qui avait besoin d'être profondément convaincue pour pouvoir abolir des institutions regardées, à tort ou à raison, comme prophylactiques de la peste.

Loin que cette dissidence nous inspire la pensée de blâmer la Commission d'avoir voulu, par quelques concessions, assurer le succès et l'utilité d'un travail qui mérite les plus grands éloges, nous adoptons volontiers ses conclusions, quoi qu'elles ne soient pas toujours une déduction rigoureuse des préceptes qu'elle avait nettement posés dans le corps de son rapport.

REVUE GÉNÉRALE.

Sur la section du tendon d'Achille. — Les Archives de médecine ont publié le résumé des opinions de M. le professeur Stromeyer sur la section du tendon d'Achille. Au moment où la question de la ténotomie semble être à l'ordre du jour, nous croyons faire quelque chose d'utile en reproduisant les propositions formulées par le célèbre chirurgien.

1° On doit pratiquer la section du tendon d'Achille avec un petit couteau à lame très mince, à pointe acérée et légèrement recourbée; on doit employer la méthode sous-cutanée, et couper de dedans en dehors en ne faisant qu'une seule piqûre à la peau.

2° Il faut couper entièrement le tendon sans quoi l'opération n'aurait pas de succès.

3° Quand d'autres muscles ou l'aponévrose plantaire sont rétractés en même temps que le tendon, il faut toujours en pratiquer la section avant celle de ce dernier.

4° Après l'opération, on appliquera sur la plaie des compresses au moyen d'un bandage en 8 de chiffre.

5° Chez les adultes, du quatrième au cinquième jour de l'opération, et chez les enfants, du troisième au quatrième jour, on lèvera le premier appareil, et si l'on trouve (comme cela arrive le plus souvent) la petite plaie guérie, on procédera à l'extension; on ne devra jamais y avoir recours lorsqu'on rencontrera de fortes ecchymoses ou lorsque la plaie suppurera.

6° Avant de mettre le pied dans la machine à extension, on entourera tout le membre d'un bandage roulé, circulaire, et on placera des coussinets de coton dans tous les points qui doivent être soumis à une compression un peu forte.

7° On ne procédera à l'extension que graduellement et avec lenteur, en la diminuant toutes les fois que l'opéré manifestera de la douleur.

8° On lèvera l'appareil si le malade accuse une douleur forte et continue dans les points qui sont soumis à la pression, et cela dans le but d'éviter des excoriations, les inflammations érysipélateuses et la mortification successive des tissus.

9° Ensuite on abandonnera l'appareil, et le membre sera placé dans une enveloppe de laine.

10° Il faut savoir que tous les individus chez lesquels on a divisé le tendon d'Achille, éprouvent une sensation de froid ou d'engourdissement qui tantôt se limite au talon, tantôt s'étend à tout le membre; cette sensation diminue de jour en jour, et disparaît ordinairement du sixième au huitième.

11° Le premier jour ou le lendemain de l'opération, il se manifeste sur le pied opéré une sueur visqueuse d'une odeur désagréable, alors même que les individus ne sont pas sujets à la transpiration de ces extrémités.

12° En plaçant le pied dans la machine à extension, on doit le placer dans une direction telle qu'il fasse plus qu'un angle droit avec la jambe, et lui faire garder cette position pendant huit jours. Passé cette époque, on entourera le membre d'un bandage circulaire, et l'on ne permettra pas au malade de faire quelques tentatives pour marcher avant la quatrième semaine; sans cela le membre se gonflerait, la cicatrice s'irriterait, peut-être même le nouveau tissu inodulaire se déchirerait.

13° Il n'est pas possible de préciser la durée de la cure; cette durée est subordonnée à l'état du malade, au degré de la difformité, à l'extensibilité des ligaments articulaires.

Prolapsus de l'utérus pendant le travail, accouchement artificiel; guérison. — Le fait suivant, dû au docteur Raymond Harris, et publié par les journaux américains, a été reproduit par le *Journal de Chirurgie*, auquel nous l'empruntons.

Au mois d'avril 1839, une négresse appartenant au capitaine George Reutz, du comté de Mac-Intosh, fut prise des douleurs de l'accouchement. Agée de quarante ans, d'une bonne constitution, mère de plusieurs enfants, elle ne paraissait pas avoir eu antérieurement de prolapsus ni aucune autre affection de la matrice. Quelque chose d'extraordinaire étant survenu dans le cours du travail, on envoya chercher le docteur Harris, qui trouva la femme dans l'état suivant: elle était couchée sur le dos; l'utérus gravide était tout entier entre les cuisses, retenu seulement par ses ligaments fort tendus, mais non déchirés. Un fluide séreux ou sanieux s'écoulait de la surface de la tumeur. Il y avait vingt-quatre heures que les choses étaient dans cet état. Les douleurs avaient cessé depuis cette précipitation de l'utérus, et au moment même elles étaient encore nulles Le liquide amniotique était écoulé. Il n'avait ni mouvement, ni aucun autre signe de vie chez l'enfant. L'utérus était dans un calme parfait, et ne semblait nullement disposé à se contracter; l'orifice était dilaté de manière à laisser pénétrer deux doigts.

La terminaison de l'accouchement ayant paru absolument nécessaire, le docteur Harris l'opéra artificiellement. Il perfora le crâne avec

(1) Nous avons pris le rapport pour guide dans la statistique et le nombre des épidémies de peste par siècle. La discussion serait interminable si l'on voulait vérifier toutes les citations du rapport.

un instrument approprié; et faisant soutenir l'utérus par un aide, il porta la main dans sa cavité; et, par des tractions ménagées, fit l'extraction de l'enfant. Les manœuvres furent peu douloureuses. L'utérus, à peine contracté, fut alors réduit. Le docteur Harris quitta la femme, après avoir conseillé le décubitus dorsal. Elle se rétablit fort bien, et deux ans après continuait de se bien porter.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations de hernie étranglée. Réduction.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous communiquer deux cas de guérison de hernie inguinale étranglée opérée par un procédé bien simple, je dirais même connu de tous, mais dont les effets ont été si avantageux et si rapides, que je n'hésite pas à le publier, dans l'espérance que quelques uns de mes confrères y trouveront une chance de plus d'éviter le débridement.

Première observation. — B...., âgé de dix-neuf ans, d'une taille et constitution moyennes, est affecté depuis l'âge de dix ans d'une hernie inguinale du côté droit, laquelle sort le matin quand le malade se lève pour vaquer à ses occupations, et rentre spontanément le soir.

Le 24 avril 1845, la hernie n'était pas rentrée depuis trente-six heures; de vives coliques se faisaient sentir; des vomissements avaient eu lieu dans la journée; la tumeur, ovoïde, presque du volume du poing, était chaude, tendue, douloureuse au toucher. Du reste, pas de fièvre. Cet état persista jusqu'au 26 au soir, malgré l'emploi d'émissions sanguines générales et locales, de frictions avec l'extrait de belladone, de bains prolongés, de lavements purgatifs, et enfin du taxis pratiqué à plusieurs reprises. Mais alors la fièvre s'était allumée, la soif était devenue très vive, les vomissements et les coliques plus fréquents; la peau qui recouvre la tumeur était fortement injectée. Je n'avais presque plus d'autre ressource que le débridement. Cependant je voulus pratiquer encore une fois le taxis. En conséquence, je fis placer le malade en travers du lit, le siége sur le bord du matelas, la tête un peu relevée, et les jambes soutenues sur les épaules de deux aides, de manière à obtenir le plus grand relâchement des muscles abdominaux. Je dirai, en passant, que cette position est celle que je fais prendre le plus volontiers aux malades, parce que le chirurgien placé entre les jambes de ce dernier y agit très à l'aise sur la tumeur. Mais ici c'est en vain que j'y avais eu recours. Pendant que je faisais des tentatives qui paraissaient devoir être aussi infructueuses que les précédentes, je me rappelai les bons effets des irrigations froides pendant qu'on réduit le paraphimosis, et tout de suite je fis disposer à quelques centimètres au-dessous de la tumeur, un petit arrosoir conique dont on se sert pour arroser les appartements, qui laissait échapper un filet continu d'eau très fraîche. Alors, au fur et à mesure que je pressais et maniais la tumeur en tout sens, je la sentis devenir molle, presque pâteuse; quelques gaz commencèrent à s'échapper dans l'abdomen, et quelques minutes après le reste de la tumeur les suivit. Le lendemain mon malade était déjà sur pied.

Seconde observation. — Le 30 mars 1846 je reçois une lettre pressante du médecin d'une localité voisine qui m'appelait auprès d'un de ses malades atteint d'une hernie étranglée, accompagnée de fièvre, vomissements, coliques, et contre laquelle il avait employé sans succès le taxis répété, deux saignées, deux applications de sangsues, des bains.

Il s'agissait en effet d'un homme de vingt-huit ans, très robuste, qui avait eu la veille une indigestion à la suite d'un excès de table, et qui, dans les efforts violents qu'il fit pour vomir, s'était procuré une hernie inguinale du côté gauche. A mon arrivée, fièvre forte, soif, coliques, tension de l'abdomen, rougeur et chaleur de la tumeur, qui pouvait avoir le volume d'un gros œuf de poule. Les vomissements s'étaient arrêtés depuis deux heures environ. Je n'hésitai pas à employer le procédé qui m'avait déjà si bien réussi. Tout fut disposé comme dans le cas précédent. Je sentis bientôt la tumeur devenir molle, pâteuse, et, au bout de vingt minutes de tentatives, elle rentra presque sans efforts. Une chose remarquable, c'est que le taxis, qui dès le début arrachait des cris aigus au malade, ne lui causa bientôt plus la moindre douleur.

Comme on le voit, il s'agit moins d'un procédé nouveau que d'une application qui n'avait point été faite encore d'un moyen fort usité en chirurgie. Boyer parle, il est vrai, d'un jeune garçon dont la hernie rentra après qu'on lui eut jeté sur le corps un seau plein d'eau froide; mais il y a loin de cet effet inattendu à l'action soutenue et puissamment résolutive de l'irrigation continue ou *combinée avec le taxis*.

La remarque qui termine la seconde observation prouve en outre que dans ce cas les manœuvres deviennent parfaitement inoffensives. Deux faits ne suffisent point sans doute pour donner une grande valeur à un procédé quelconque; mais ils suffisent, je crois, pour engager à en faire l'essai.

C. CASSIN.

Emploi de l'écorce d'orme pyramidal dans le traitement de certaines affections cutanées chroniques; par M. le dr DEVERGIE.

La seconde écorce d'orme pyramidal avait, il y a longtemps déjà, été préconisée contre certaines affections chroniques de la peau, puis elle était tombée dans un discrédit tel, qu'elle ne se trouvait plus dans les officines que pour mémoire. M. A. Devergie vient de la tirer de l'oubli et de la rendre aux usages thérapeutiques, en faisant connaître les bons résultats qu'il a obtenus de son emploi. Il l'applique spécialement au traitement des maladies cutanées sécrétantes, et surtout de celles qui sont liées au tempérament lymphatique. C'est contre l'eczéma impétiginoïde et contre l'impétigo, particulièrement lorsque ces affections envahissent une grande étendue et qu'elles s'accompagnent d'empâtement de la peau, comme on l'observe chez les individus strumeux, qu'il a tenté l'emploi de ce médicament.

Souvent M. Devergie l'a prescrit sous forme de décocté, qu'il a fait additionner de sucre, puis ramener par évaporation à la consistance de sirop.

M. Crosnier a préparé un sirop avec cette écorce en la faisant macérer dans l'hydralcool à 21° (56° centésimaux). Mais M. Soubeiran a proposé avec raison de se servir, pour la confection de ce médicament, de l'extrait hydralcoolique de l'écorce d'orme préparé à l'avance, d'après la formule suivante :

Extrait hydralcoolique d'orme pyramidal,	3 grammes.
Sirop de sucre,	100

On fait dissoudre l'extrait, on filtre le soluté, puis on l'ajoute au sirop de sucre et on fait jeter quelques bouillons pour ramener le sirop à sa consistance première.

L'écorce d'orme pyramidal donnant, par l'alcool à 21°, 22,5 pour 100 d'extrait, il en résulte que 10 grammes de ce sirop, contenant 30 centigr. d'extrait, représentent exactement 1,40 cent. d'écorce.

On fait prendre ce sirop, en commençant, à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, une le matin et une le soir. Tous les deux jours, on augmente d'une cuillerée jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en faire ingérer six cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Ce sirop doit être pris pur, et sans l'intervention d'aucun véhicule.

Le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser une nouvelle circulaire aux préfets relativement à la pêche des sangsues. Les renseignements qu'elle réclame ont pour objet de favoriser la propagation de l'espèce, en interdisant, s'il y a lieu, la vente des sangsues dites *vaches* et des sangsues dont le poids est inférieur à celui de deux grammes.

Septième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Lalanne.
Audiat.
Ménestrel.
Pellarin.
Miable, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Letellier.
Tabour, D.-M, à Juvigny (Manche).
Duval, orthopédiste des hôpitaux.
Hupier.
Falret, membre de l'Académie royale de médecine.
Desmarres.
Cullerier.
Dupertuis.
Lacorbière de Beunesche.
Picquot.
Chevallier, membre de l'Académie royale de médecine.
Machelard.
Aubert-Roche.
le baron Larrey, professeur au Val-de-Grâce.
Maurial-Gritfoul.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 81. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Considérations cliniques sur les fièvres intermittentes.

Au numéro 10 bis, puis plus tard au numéro 16 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme qui a présenté un gonflement de la rate, suite de fièvre intermittente. Cette affection, la fièvre intermittente, est une des maladies les plus intéressantes que l'on puisse rencontrer dans la pratique, une de celles aussi que vous serez le plus souvent appelés à traiter dans les localités où vous êtes destinés à vous fixer. Voici en peu de mots l'histoire du malade dont nous vous parlons.

Cet homme a trente ans; d'une bonne constitution, il a servi pendant sept ans comme soldat en Afrique; pendant ce séjour, il n'a pas eu de fièvre intermittente; il n'a été qu'une seule fois malade, d'une dysenterie bénigne qui a duré quinze jours environ. Rentré en France, il a été atteint d'une affection catarrhale dont il ne s'est débarrassé qu'au printemps. A ce moment de l'année, il désira retourner en Algérie, où il fut employé comme ouvrier. Les brouillards étaient fréquents; il n'avait pour abri qu'une cahute en broussailles, et dormait sur un sol humide, continuellement trempé par les pluies. Pendant la journée, il était employé à des travaux de terrassement. C'est dans ces conditions que cet homme, ainsi que la plupart des ouvriers qui travaillaient avec lui, fut pris de fièvre intermittente. Sur les 600 ouvriers réunis au même endroit, dit-il, il n'y en avait pas 30 qui fussent exempts de fièvre. Cependant, il ne reste pas prouvé qu'il ait toujours eu la fièvre intermittente. Il aurait eu d'abord une fièvre continue pendant quelques jours; puis il se serait aperçu d'une tumeur dans la région parotidienne. Dans ce point, se seraient formés des abcès qui se seraient ouverts; il nous dit avoir entendu prononcer le nom de fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, après quatre ou cinq jours, il aurait été pris d'accès bien séparés les uns des autres, commençant vers deux heures de l'après-midi. Nous avons demandé comment se comportaient ces accès; il nous a répondu qu'il éprouvait d'abord une sensation de chaleur, qu'il suait abondamment ensuite, et qu'enfin il avait froid. On a bien parlé dans les auteurs de fièvres intermittentes à forme anormale, dans lesquelles les stades étaient intervertis. Mais, tout en restant possibles, ces faits constituent des exceptions excessivement rares, et ce n'est pas sur le récit des malades qu'il est permis de les accueillir. En insistant avec plus de force sur les antécédents et sur les phénomènes qu'il éprouvait, nous avons fini par nous convaincre que la fièvre à laquelle il était en proie était à peu près semblable aux formes ordinaires; nous nous sommes aperçu qu'il mettait en dehors de ses accès la période de froid par laquelle ils commençaient, et la coloration bleuâtre de la peau et des ongles. Cet exemple doit être pour vous une preuve de l'importance d'une grande précision dans l'interrogation des malades, et du peu de confiance que l'on doit tout d'abord accorder à leurs réponses lorsqu'elles tendraient à faire supposer l'existence de cas extranormaux.

Ces accès, nous a-t-il dit, n'auraient pas cédé au sulfate de quinine. Ceci mériterait encore confirmation. Cependant, il est, à la rigueur, possible que quelquefois le sulfate de quinine n'agisse pas. Le médicament antipériodique agissant d'un côté, peut parvenir à guérir la maladie; mais les émanations miasmatiques persistant, au milieu desquelles le sujet continue à rester plongé, l'action du sulfate de quinine se trouve contrebalancée, et il est possible qu'il soit nécessaire d'en employer une très grande quantité. Puis, autre chose. Le sulfate de quinine est d'un emploi si fréquent, il est en même temps d'un prix tellement élevé, que l'on peut croire que dans beaucoup de cas on a pu le trouver mêlé de substances étrangères. Nous avons vu des médecins recommandables, et aux paroles desquels on doit croire, M. Bretonneau entre autres, affirmer qu'ils étaient obligés d'employer maintenant des doses de sulfate de quinine beaucoup plus élevées qu'autrefois. Ainsi, autant que possible, on devra commencer par s'assurer, au moyen de l'analyse chimique, si le sel que l'on emploie est pur.

D'après le rapport du malade, la fièvre aurait persisté en Afrique, et pendant un traversée de dix jours, malgré l'administration du médicament héroïque que nous indiquons. Ce fait est remarquable en ce sens, que très souvent, sans emploi d'aucun médicament, le déplacement, le changement de lieu, suffit pour triompher de la maladie, surtout lorsque les individus font un voyage en mer. Néanmoins, il faut ici tenir compte d'une circonstance importante. Lorsque l'eau arrive dans le bâtiment, que les malades sont mouillés par les lames, dans les gros temps, ils se trouvent dans des conditions défavorables à la guérison, et favorables à la persistance de la maladie.

Arrivé à Toulon, l'individu qui fait le sujet de cette observation est entré à l'hôpital, où il prit encore du sulfate de quinine sans pouvoir être guéri. Il se décida à venir à Paris. Pendant la route, il continua l'usage du médicament, et la fièvre enfin cessa complètement. A son arrivée à Paris, il se présenta au Bureau central, et fut dirigé dans notre service. Il avait encore la rate très volumineuse; il fallut lui administrer de nouveau du sulfate de quinine. Il ne faut pas se borner à le faire prendre pour couper la fièvre; mais lorsqu'elle semble, pour ainsi dire, se jouer des efforts du médecin, il faut poursuivre l'affection jusque dans ses derniers retranchements.

Ici se présente la question de savoir s'il faut, une fois la fièvre coupée, diminuer progressivement la dose du sulfate de quinine, ou la maintenir la même. Suivant nous, la méthode qui consiste à diminuer la dose du médicament est une méthode vicieuse; car alors, la quantité de sulfate de quinine que l'on fait prendre est trop faible pour entretenir la guérison, et la maladie reprend le dessus; on peut seulement, à mesure que l'on s'éloigne du moment où la fièvre a cessé de paraître, éloigner l'administration des doses. Voici l'état dans lequel se présentait le malade au moment où il entra dans notre service.

A le voir, et rien que d'après son aspect extérieur, on pouvait presque établir le diagnostic. Il y a dans la modification du teint, de la couleur de la peau, chez les sujets qui se trouvent dans les circonstances où était celui-ci, une altération spéciale, caractéristique, et à laquelle il n'est pas permis de se tromper. C'est une teinte jaune-terreux-mate qui diffère de celle que l'on observe dans le cours des affections cancéreuses; en ce sens qu'il n'y a pas, chez les individus affectés de fièvre intermittente, une altération aussi profonde que dans le cancer. Presque toujours dans les affections intermittentes prolongées pendant un certain temps, la face offre une légère bouffissure, qui ne se rencontre pas chez les individus où l'on observe une diathèse cancéreuse. En tenant compte de toutes les circonstances que nous venons de mentionner, on peut, dans la grande majorité des cas, et sur ces seuls phénomènes du changement de coloration de la peau, de la bouffissure du visage, être conduit à adresser au malade des questions relatives aux fièvres intermittentes qu'il est susceptible d'avoir eues. Dans le cas actuel, cet homme ayant habité l'Afrique pendant fort longtemps, on pourrait croire que la teinte de sa peau présente quelques rapports avec la coloration brune des pays chauds. Mais il y a des personnes qui ont des fièvres intermittentes qui n'ont jamais habité les pays chauds, et qui offrent cependant la coloration jaune pathognomonique de la fièvre intermittente. Il y a du reste encore des nuances assez appréciables pour que l'on ne puisse pas confondre l'un de ces états avec l'autre.

Chez les individus qui ont été affectés pendant longtemps de fièvres intermittentes, le sang s'appauvrit et des signes d'anémie se manifestent. Chez eux, l'œdème survient aux membres inférieurs. En examinant ces malades avec soin, on

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

QUATRIÈME CHAPITRE. — *Maladies des femmes. (Aménorrhée, dysménorrhée, métrorrhagie, hémorrhoïdes, stérilité.)*

Les eaux minérales des bords du Rhin sont conseillées contre certaines maladies de l'appareil générateur chez la femme. Leur usage exige la plus grande circonspection, et les résultats tromperaient souvent l'attente du médecin s'il ne reconnaissait avec soin les affections auxquelles elles conviennent, et les prescrivait indistinctement.

La méthode adoptée presque par tous les auteurs qui traitent des sources minérales, a laissé sur ce sujet de dangereuses obscurités. On réunit en général les diverses maladies des organes génitaux dans un même cadre. Comme les parties qu'elles atteignent forment un tout inséparable, il semble naturel de rapprocher ces lésions. Peut-être serait-ce permis au point de vue anatomique; mais le physiologiste et le médecin ne peuvent accepter une unité si artificielle. L'appareil génital de la femme se compose d'organes dont les fonctions n'ont aucune analogie, quoiqu'ils concourent au même but. Un des éléments peut être en souffrance, tandis que l'autre reste intact. Ainsi la leucorrhée la plus abondante marche de pair avec la régularité du flux menstruel, tandis qu'un léger écoulement vaginal à l'époque des règles est quelquefois l'indice d'une perturbation profonde. Or dans une question où le médecin a besoin de toute sa sagacité pour ne pas causer des maux plus graves que ceux auxquels il a l'intention de remédier, la confusion est un grave défaut. Nous avons cru mieux l'éviter en classant ces maladies par les fonctions qu'elles troublent plutôt que par le siége qu'elles occupent, et en ne parlant d'abord que des désordres de la menstruation.

Aménorrhée. — L'aménorrhée peut dépendre d'un état pléthorique évident avec douleurs habituelles, pesanteurs dans la région hypogastrique, leucorrhées abondantes, fluxions hémorrhoïdales. Les eaux de Hombourg et des sources analogues aggraveront ordinairement la maladie, et rendront insupportables les gastralgies et l'ardeur précordiales si communes chez les femmes. Souvent l'appétit se perd complètement, la langue se charge; il survient un malaise fébrile; on doit cesser, sous peine de voir se développer un appareil inflammatoire assez grave.

Quelquefois cependant, et dans les conditions mêmes que nous venons d'indiquer, ces eaux sont utiles. Tel est le cas où, prises en quantité suffisante, elles triomphent des constipations opiniâtres et provoquent des garde-robes bilieuses multipliées. Les douleurs hypogastriques cessent alors immédiatement, la tête se débarrasse, l'estomac s'ouvre plus facilement aux aliments; on s'applaudit d'une amélioration qui s'obtiendrait de la même manière avec les eaux purgatives magnésiennes ou avec les sels neutres de nos officines. Mais la malade séduite par un amendement si rapide persiste-t-elle plus d'une quinzaine de jour, les effets dépassent la mesure et peuvent entraîner de fâcheux accidents. Le remède n'agit plus seulement par ses propriétés cathartiques sédatives et antiphlogistiques; il opère désormais par ses éléments chimiques, qui sont absorbés et favorisent les fluxions congestives plutôt qu'ils ne les entravent.

Il importe de bien séparer, dans l'étude des eaux salines muriatiques, les résultats de la purgation de ceux que produit la composition même de l'eau. C'est pour n'avoir pas suffisamment apprécié cette double influence que les médecins des eaux salines ont les uns conseillé, les autres défendu l'usage de leurs sources dans les circonstances que nous venons d'indiquer. Ici plus que jamais l'expérience démontre la légitimité des distinctions que nous avons établies entre la cure sèche et la cure purgative, distinctions que jusqu'à présent personne n'avait faites d'une manière explicite et qui rendent raison d'actions thérapeutiques en apparence contradictoires.

Dans la forme d'aménorrhée dont nous venons de parler, Hombourg serait facilement nuisible; Ems, Schlangenbad nous semblent, au contraire, particulièrement indiqués. C'est que les eaux de Hombourg sont excitantes et toniques autant par le fer qu'elles contiennent que par les chlorures de sodium et de calcium, tandis que celles d'Ems et de Schlangenbad ont des propriétés tempérantes et débilitantes.

Si l'aménorrhée, au contraire, existe chez une jeune fille chlorotique ou chez une femme dont le sang est appauvri par des saignées, par des accouchements rapprochés, par un allaitement prolongé outre mesure, la première indication est de rendre des forces à l'organisme et de remédier à l'appauvrissement du sang. On comprend combien les eaux d'Ems seraient nuisibles; la même raison qui les rendait précieuses dans des cas exactement inverses oblige alors à les interdire. Les sources de Hombourg répondent mieux au but qu'on se propose, et il est facile de préciser les circonstances où elles doivent être conseillées de préférence à toutes autres.

Quand l'aménorrhée ne se complique d'aucun accident gastrique, les eaux exclusivement ferrugineuses, Spa, Schwalbach, etc., composent à elles seules la meilleure médication. Il arrive plus ordinairement que les fonctions digestives se dérangent, soit au début, soit après un certain espace de temps; la malade se plaint d'anorexie, de gastralgie, d'entéralgies, de constipation et de leucorrhée consécutives: le fer est difficilement supporté ou doit être prescrit à si petites doses que les eaux minérales s'emploieraient avec trop de réserve pour ne pas être supplées par tout autre administration du médicament. Les eaux de Hombourg n'ont plus alors de succédanées véritables. Par le fer qu'elles contiennent, elles servent à la réparation du sang; par les chlorures de sodium et de calcium dont elles sont pourvues, elles améliorent l'état des voies digestives et l'économie tout entière. L'appétit renaît, les garde-robes deviennent faciles sans laisser craindre une diarrhée débilitante; le mouvement et l'exercice, que rendait impossible la lassitude constante des malades, seconde enfin et complète le traitement.

Dysménorrhée. — Ce que nous venons de dire de l'aménorrhée s'applique en grande partie à la dysménorrhée: toutes deux reconnaissent des causes analogues, et ne sont pour ainsi dire que des degrés différents d'une même maladie. L'aménorrhée qui succède à la pléthore est heureusement modifiée par l'usage des eaux d'Ems. Il en est autrement de celle qui s'accompagne d'un état de cachexie, quelles que soient d'ailleurs les circonstances qui lui ont donné naissance; soit qu'elle tienne à un engorgement subinflammatoire de l'utérus, soit qu'elle provienne de ces congestions fluxionnaires séreuses si fréquentes chez les femmes chlorotiques, soit enfin qu'il faille la rapporter à une névralgie accidentellement fixée sur la matrice.

Les eaux de Hombourg sont alors parfaitement indiquées pour les motifs que nous avons énoncés plus haut; celles qui contiennent, outre les sels muriatiques, des doses considérables de fer en dissolution: le Stahlbrunnen, par exemple. Il convient, toutefois, de procéder avec ménagement, pour ne pas exciter de réactions trop violentes avant que l'organisation ne soit suffisamment préparée. Lorsque les malades se sont accoutumées graduellement, on peut accroître de beaucoup la puissance du remède par l'emploi des eaux-mères, telles qu'on les prescrit à Naubeim, à Hombourg, à Kreutznach. Les bains deviennent ainsi plus excitants; ils agissent de bonne heure sur la peau, occasionnent des démangeaisons et des éruptions vives, et remplacent l'état chlorotique par une constitution provisoire, il est vrai, mais favorable à la venue des règles.

Une autre cause moins évidente peut donner lieu à la diminution ou même à la suppression du flux menstruel. L'aménorrhée n'est plus alors la traduction, mais l'origine du trouble général, elle résulte d'altérations locales souvent méconnues; les accidents pléthoriques ne l'ont pas précédée, ils se sont montrés secondairement. Nous voulons

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78.

constate un bruit de souffle très prononcé dans les artères du cou. Rarement on trouve le bruit de souffle dans les deux carotides. Le plus souvent, c'est dans la droite, quelquefois dans la gauche. Ces circonstances sont les mêmes que dans l'anémie idiopathique ou spontanée. Voilà donc en détail les précédents de notre malade. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'augmentation de la rate. Lorsqu'il entra dans notre service, il y a huit jours environ, cet organe était plus volumineux qu'aujourd'hui. Le malade pense que ce n'est que depuis son retour en France que cette augmentation de volume a eu lieu. Mais cela n'est pas probable; il est beaucoup plus à supposer qu'il ne s'est pas aperçu de cette augmentation énorme de volume. Au moment où nous l'examinâmes pour la première fois, nous constatâmes que la rate, vers la ligne médiane, atteignait le nombril; son bord antérieur, facile à limiter là par la percussion, se dirigeait suivant une ligne médiane, droite, verticale; en déprimant fortement les parois de l'abdomen, on sentait manifestement ce bord de l'organe dans le point et dans la direction indiqués. Le doute ne pouvait être permis. La rate est le seul organe qui puisse à cet endroit là donner cette sensation. On ne percevait pas une tumeur globuleuse, mais seulement le bord dur et résistant d'un organe évidemment hypertrophié. Son bord inférieur descendait à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; en haut, il remontait à peu près à trois pouces au-dessus du rebord inférieur des côtes. La rate avait donc pris un volume considérable : 15 à 18 centimètres verticalement, 13 centimètres transversalement.

Nous avons dit que le dernier accès avait manqué sous l'influence du sulfate de quinine. Nous avons cru devoir, suivant nos principes, continuer son emploi; un seul accès avait manqué, l'affection ayant été très rebelle puisqu'elle avait duré plus de six mois, nous avions lieu de penser que si on suspendait le traitement la fièvre se reproduirait dans peu de temps. Pendant les trois ou quatre premiers jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, les accès ne se sont pas reproduits; la rate a diminué de volume; dans le diamètre transversal, comme dans le diamètre vertical, nous avons constaté des différences notables. Nous avons encore interrogé le malade pour savoir ce qu'il éprouvait. Hier, il a eu un léger frissonnement; avant-hier, il s'était bien porté; mais le troisième jour auparavant il avait éprouvé cette sensation du froid. L'intelligence chez ce malade n'est pas très développée. Nous devons toujours nous tenir un peu en garde contre ses assertions; cependant, d'après la manière exacte et précise dont il nous a rendu compte de ces circonstances, nous avons lieu de croire qu'en effet il a éprouvé des demi-accès. D'ailleurs, la chose n'est pas excessivement rare. On voit quelquefois des individus chez lesquels, pendant le déclin d'une fièvre intermittente, on observe des succès incomplets, auxquels il manque un ou deux stades; les malades n'éprouvent alors que du frisson ou de la chaleur, ou seulement un peu de moiteur. Toutes les fois qu'un des stades se reproduit, après que les accès complets et réguliers ont cessé, il ne faut pas considérer le malade comme guéri; il est encore, ces accidents le prouvent, sous l'influence d'une affection intermittente.

Nous avons dû conclure que ce que nous avions fait avait eu une action, mais non pas une action pleine et entière, et qu'il fallait porter plus haut la dose de sulfate de quinine. Aujourd'hui, au lieu de 0,60 grammes seulement que nous lui faisions prendre, nous lui en avons prescrit un gramme. Il en prendra encore autant après-demain, et nous espérons que sous l'influence de cette dose ces petits accès disparaîtront tout à fait. Cette dose d'un gramme est plus forte que la moyenne ordinaire. Mais, nous l'avons déjà dit, elle doit être d'autant plus élevée que la maladie a été plus rebelle et a duré plus longtemps, et que le malade a pris déjà de ce sel une plus grande quantité.

— Ce fait nous conduit à examiner une question importante de médecine pratique, c'est celle de l'emploi du sulfate de quinine chez les malades qui, après avoir eu des fièvres intermittentes, conservent des engorgements de certains viscères abdominaux, plus souvent de la rate que de tout autre. Ces engorgements doivent-ils être combattus par le sulfate de quinine ou par toute autre méthode ?

A l'époque où les soins d'hygiène publique étaient encore peu avancés, les fièvres intermittentes étaient plus communes et par conséquent plus souvent et mieux observées que maintenant. On ne pourrait plus maintenant faire des travaux comme en ont fait Torti, Morton, etc.; les matériaux manqueraient, et l'on ne saurait où les recueillir. Dès ces temps assez éloignés de nous, cette question de l'emploi du quinine avait été débattue. On a pensé qu'il était efficace contre les engorgements consécutifs de la rate. Un auteur, qui avait été témoin de succès semblables, avait tiré de là cette conclusion générale, un peu trop étendue peut être, que le quinquina réussissait dans tous les cas d'engorgements viscéraux, dans ceux du foie, par exemple, de l'ovaire même, etc. D'autres ont pensé, tout au contraire des premiers, que c'était au quinquina qu'il fallait attribuer les engorgements de la rate. A ces derniers, il faut le dire, on a péremptoirement et victorieusement répondu en leur démontrant que les engorgements de la rate s'observaient aussi bien, sinon mieux encore, chez ceux qui n'avaient pas pris de quinquina que chez ceux qui en avaient pris.

Tous les pathologistes sont aujourd'hui d'accord sur ce point. Autrefois, que l'on employait le quinquina sous forme de poudre, de sciure de bois, si nous pouvons nous exprimer ainsi, il y avait peut-être des raisons plus spécieuses d'attribuer les engorgements vésicaux à la poudre de quinquina, qui était très indigeste, et dont on croyait pouvoir supposer le transport dans les organes malades. Mais aujourd'hui que l'on se sert du sulfate de quinine, on n'est point admis à soutenir une thèse pareille. Il serait donc inutile de discuter plus longtemps cette question : Est-ce au quinquina qu'il faut attribuer ces engorgements? Mais ces engorgements existant, est-ce par le quinquina et ses préparations qu'il faut les attaquer? Sur ce point, les travaux des anciens nous ont offert des recherches très ingénieuses et des résultats fort importants. On est arrivé à ce résultat, qu'il y avait de purs engorgements qui cédaient aux préparations de quinquina, tandis que d'autres ne cédaient pas aux mêmes agents thérapeutiques. Il était donc important de chercher à discerner les cas où le quinquina détermine des résultats heureux, et ceux où il n'en produit aucun.

Et d'abord, on a observé ceci, que parmi les individus qui conservent des engorgements de la rate à la suite de fièvres intermittentes, les uns présentent encore, les accès ayant disparu, quelque chose qui appartient à la fièvre intermittente, soit un peu de frisson, une légère sensation de froid ou de chaleur, un peu de moiteur, sensations qui se reproduisent tous les deux, trois ou quatre jours, suivant le type qu'affectait la maladie. Lorsque l'engorgement de la rate est accompagnée de phénomènes qui peuvent rappeler un des stades de la fièvre intermittente, on a constaté que la maladie doit être considérée comme n'étant pas complétement guérie, comme existant encore sous une forme occulte; et dans ces cas il faut employer le quinquina, dont les heureux effets sont incontestables. L'administration des préparations dont il forme la base est très suffisante dans l'immense majorité des cas pour dissiper tous ces engorgements, et faire disparaître les restes de l'affection. Lorsque ces engorgements persistent dans les premières semaines qui suivent la cessation des accès, à une époque où l'on doit par prudence employer encore le quinquina pour empêcher la maladie de se reproduire, les effets en sont encore plus marqués; mais lorsqu'ils persistent alors qu'il n'y a plus de traces d'accès fébrile, il est impuissant pour en triompher. Ce n'est plus une simple hypertrophie de l'organe qui existe, il y a là une induration de l'organe, et les préparations antipériodiques sont complétement insuffisantes.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. PIORRY.

Compte-rendu de la clinique de M. Piorry, rédigé par M. Henri DUCLOS (de Rouen).

Principes généraux de clinique. Interrogation et exploration des malades. Doctrines des états organo-pathologiques. Nécessité d'y rattacher une nomenclature nouvelle.

L'art d'interroger les malades varie suivant la manière dont on envisage la médecine. De nos jours, la médecine organique prédomine. Il faut donc examiner les divers moyens d'arriver à connaître l'état des organes. Dans l'interrogation, l'on a à suivre ou l'ordre historique, ou l'ordre fonctionnel, ou l'ordre anatomique. Le meilleur procédé sera celui qui amènera le plus rapidement et le plus sûrement à la connaissance de l'état actuel du malade, de l'état de ses organes, comme le veut la médecine organique.

L'ordre historique, comme on le conçoit, est trop long à suivre. Utile pour remonter aux causes éloignées, pour les recherches d'étiologie, cette méthode, en pratique, est fatigante pour le malade. La plupart du temps, d'ailleurs, les renseignements sont peu précis, incomplets, toujours erronés. Le malade raconte qu'il a été affecté de maladies dont le diagnostic peut avoir été mal porté. On ne doit remonter aux antécédents qu'après l'examen de l'état actuel du malade; les phénomènes que l'on découvrira dirigeront alors le médecin dans les questions sur les commémoratifs. L'interrogation a besoin d'être dirigée. Or, cela est à peu près impossible en suivant l'ordre historique. On est forcé de laisser le malade raconter les diverses circonstances de sa maladie, et l'on sait à quelles digressions interminables il se livre, exagérant des particularités sans importance, et oubliant ou supprimant à dessein des circonstances de la plus grande utilité. En effet, après avoir entendu patiemment le long récit du malade, l'on recherche son état actuel, et alors, si l'on revient, à propos de ce qu'on a découvert, sur les antécédents, on voit combien d'oublis ont été faits, combien de fausses interprétations ont été données sur les maladies précédentes.

Enfin, dans certains cas, l'ordre historique est complétement impossible, soit que l'état du malade l'empêche de parler ou de rassembler ses idées, soit qu'il ne connaisse pas notre langue. Mais alors, a-t-on dit, il faut interroger les assistants. On conçoit que ce mode d'agir est très défectueux, et ne peut servir que d'une manière très secondaire.

L'ordre fonctionnel est déjà meilleur. En effet, après avoir demandé au malade où il souffre, ce qui fixe l'attention sur le siége probable du mal, on suit l'examen de l'appareil qui paraît affecté, depuis le commencement jusqu'à la fin, pour passer ensuite aux autres appareils dont les souffrances ont aussi besoin de toute l'attention du médecin pour le traitement. Mais cette voie est trop indirecte. Pour connaître l'état

---

parler de l'étroitesse accidentelle ou durable du col utérin; et de la rétention du flux dans la cavité de la matrice. Ems réussirait mieux que Hombourg, mais ni l'un ni l'autre ne feront merveille. Mieux vaudrait recourir aux injections vaginales ou anales avec l'eau chargée du principe extractif des solanées vireuses. Nous n'avons pas ici à entrer dans le domaine de la thérapeutique; en nous bornant à comparer entre elles les sources que nous avons étudiées, nous donnons la préférence aux bains alcalins, qui peuvent, en atténuant le sang, favoriser sa sortie et compenser en quelque sorte l'insuffisance de l'orifice.

Hémorrhagies utérines. — Telles sont les indications principales qui se rapportent à la diminution ou à la suppression des menstrues. Lorsque au lieu d'être en défaut, les règles sont excessives, on peut encore y remédier par l'emploi des mêmes moyens. Les médecins qui pratiquent à Hombourg, à Soden, à Wiesbaden, dans les localités surtout où le fer intervient comme un des éléments importants des eaux salines muriatiques, sont divisés d'opinions à ce sujet. Il est indispensable, pour jeter quelque jour sur la question, d'entrer assez avant dans les considérations pathologiques.

Le sel et le fer sont des agents toniques, reconstituants, et comme tels ils appartiennent au traitement de la chlorose; on ne saurait s'élever à l'encontre. C'est à ce titre que nous recommandions plus haut les sources de Wiesbaden, de Hombourg et de Soden contre l'aménorrhée unie à un état chlorotique. Si maintenant nous accordons à ces eaux une égale efficacité dans le traitement de la métrorrhagie, n'encourrons-nous pas le reproche que nous avons nous-même adressé plus d'une fois aux médecins qui écrivent sur les eaux minérales : Il ne reste plus dans le cadre nosologique de maladie que ne guérisse le remède en faveur.

Dire qu'un médicament peut solliciter les règles supprimées et les arrêter si elles coulent trop abondantes, c'est bien, en apparence, émettre un paradoxe; c'est, en réalité, énoncer une vérité thérapeutique.

Sans invoquer les distinctions classiques établies entre les hémorrhagies passives et les hémorrhagies actives, il est certain que les hémorrhagies peuvent être liées à un état de l'économie dans lequel les réactions sont énergiques, ou s'observer chez des individus placés dans des conditions toutes contraires. Le travail préalable par lequel s'annonce et se prépare le flux sanguin subira nécessairement l'influence de la constitution du sujet. Suivant que les organes seront plus ou moins tonifiés, l'écoulement hémorrhagique trouvera les voies ouvertes ou rencontrera des obstacles à surmonter. En dehors de ces conditions locales, dont nous ne voulons pas ici tenir compte, il en est de générales qui jouent aussi un rôle important. Supposons, en effet, que, le molimen restant le même, le sang ne soit pas dans un même état de plasticité, il est impossible que le flux ne soit pas modifié profondément.

Pour prendre d'abord les exemples les plus simples, qu'on examine ce qui se passe dans une plaie récente, quand le blessé est pléthorique et vigoureux, ou, au contraire, profondément antémique. Chez le premier, l'hémorrhagie peu abondante s'arrête promptement, et s'il a fallu lier de gros troncs artériels, il est inutile d'employer aucun moyen hémostatique pour s'opposer à l'écoulement du sang par les vaisseaux capillaires. Chez le second, même après la ligature des vaisseaux, il s'écoule encore une quantité considérable de sang, ou du moins de sérosité rougeâtre, qui traverse les pièces de l'appareil, et peut compromettre par son abondance les jours du malade.

Les hémorrhagies de l'utérus nous présentent des phénomènes analogues.

Si une femme a des règles trop copieuses, l'intervalle qui sépare chaque époque menstruelle suffit d'abord pour que la reconstitution du sang s'opère presque complétement. Que les mêmes accidents se répètent, ils finiront par conduire à l'anémie. Alors le molimen hémorrhagique conservant son exagération, le flux, en vertu de ce que nous disions plus haut, tendra à devenir de plus en plus abondant. Nous serons enfermés dans un cercle vicieux; l'anémie sera à la fois la cause et l'effet. A mesure que les hémorrhagies redoubleront, le sang perdra de sa plasticité, et, rendu plus fluide, il contribuera à aggraver encore les évacuations déjà trop considérables. Lors donc que le flux exagéré du sang a été la première cause de troubles, il faut, dans le traitement, tenir grand compte de cet excès; le modérer est l'indication principale.

Les médicaments astringents, les acides, les bains froids, le régime contro-stimulant, seront conseillés; mais ces moyens n'ont d'action que durant la période hémorrhagique; hors de là, ils deviennent inutiles ou nuisibles. Entre les époques menstruelles, c'est par les reconstituants et les toniques qu'on doit se hâter de réparer le sang et de mettre ce fluide dans des conditions telles qu'il n'ajoute pas une nouvelle cause d'hémorrhahie à l'exagération du molimen. Cette double médication atteint le double but que le médecin se propose; elle modère la fluxion, et rend à la masse du sang ses qualités normales.

Les eaux minérales ferrugineuses de Spa et de Schwalbach, essentiellement toniques, sont d'un bon usage; mais si la réfection qu'elles procurent n'est pas assez rapide, on l'aidera puissamment par l'emploi des eaux de Selters, agréables à boire, et riches en chlorures alcalins. Les malades qui séjourneront à Spa ou à Schwalbach devront prendre aux repas et dans le cours de la journée, un ou deux cruchons d'eau de Selters naturelle. A Hombourg, à Nauheim, à Soden, ils trouveront réunis dans quelques-unes des sources et le fer en quantité aussi grande qu'à Schwalbach, et les chlorures plus abondants que dans les eaux de Selters. Or dans les cas urgents, où il est nécessaire non-seulement d'agir, mais d'agir vite, on fera bien de recourir aux médications les plus puissantes; plus on attend, plus on compromet la guérison.

La double influence des chlorures alcalins et des martiaux se fait rapidement sentir chez les femmes atteintes de ces anémies venues à la suite de métrorrhagie répétées, et suffit le plus souvent pour guérir la disposition hémorrhagique primitive. Non que ces eaux soient réellement et intrinsèquement contro-stimulantes ou astringentes, mais parce qu'elles sont toniques, et à ce titre régulatrices des fonctions.

Il est bien entendu que nous n'avons aucune prétention d'intervenir utilement dans le traitement des maladies organiques de l'utérus, telles que le cancer, les corps fibreux et les polypes lorsqu'ils se compliquent d'hémorrhagie. Tout au plus pourrons-nous, quand la métrorrhagie sera suspendue, demander aux eaux minérales muriatiques quelques moyens de rétablir les forces et d'aider les malades à supporter leur maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Efficacité de l'alun contre la coqueluche, par M. le docteur GOLDING-BIRD.

Des expériences, faites pendant trois ans sur ce médicament, ont décidé M. Golding-Brid à le signaler comme un moyen puissant contre la coqueluche, lorsque la période bronchique est passée.

Ce praticien donne l'alun à la dose de dix à trente centigrammes, toutes les quatre à six heures, aux enfants de l'âge d'un à dix ans. Voici, d'ailleurs, la formule à laquelle il a le plus ordinairement recours :

Alun,	1	25 centigrammes.
Extrait de ciguë,		60 centigrammes.
Sirop de coquelicot,	8	grammes.
Hydrolat de fenouil,	90	grammes.

M. et F. S. A. une potion.

On en fait prendre, toutes les six heures, une cuillerée à bouche d'enfant aux petits malades âgés de deux à trois ans.

M. Golding-Bird n'a jamais vu la constipation survenir par suite de cette médication; loin de là, il a plutôt vu une légère diarrhée en résulter.

Sous l'influence de ce médicament, il a constamment observé une diminution notable de la sécrétion visqueuse que fournit la membrane muqueuse des bronches dans cette affection, et la toux si fatigante se dissiper peu à peu.

des organes par l'altération de leurs fonctions, il faut un très grand nombre de questions, souvent, malgré tout, insuffisantes; car les signes fonctionnels, comme on sait, peuvent se rapporter à des modifications de l'organe bien différentes entre elles. Pour être méthodique, quand on a commencé l'examen d'un appareil, il faut épuiser tout le cortége de questions qui s'y rapportent.

Un malade accuse de la dyspnée; il faut commencer par examiner l'appareil de la respiration. Après avoir interrogé de toutes les manières les fonctions, l'on arrivera à peine à savoir si le siége du mal est dans le thorax ou dans l'abdomen. On le soupçonnera peut-être, on n'en sera pas sûr, et involontairement on aura recours à l'inspection, à la percussion ou à l'auscultation.

Un malade souffre du ventre, on interroge la fonction de l'appareil digestif sans rien apprendre; on passe à un autre appareil, celui de la génération, aucun renseignement précis n'est encore fourni; on arrive, en troisième lieu, à l'appareil de la sécrétion urinaire; la malade urine goutte à goutte depuis vingt-quatre heures. Y a-t-il de l'urine dans la vessie? il est impossible d'en être certain si l'examen physique, soit par la vue, soit par le toucher, ou mieux la percussion, n'a montré une tumeur sur la ligne médiane dans l'hypogastre, présentant la forme de la vessie.

L'ordre fonctionnel est trop long et toujours insuffisant. Cela est si vrai, que les plus grands partisans des signes fonctionnels commencent par demander un signe physique; ils exigent que le malade montre du doigt le point où il souffre; l'inspection est le guide de leurs questions ultérieures; ils ont le tort de s'arrêter aux signes donnés par l'inspection; ils devraient aussitôt rechercher les signes physiques fournis par la palpation, la percussion, l'auscultation, et dès lors l'interrogation sur les fonctions serait bien mieux dirigée; car la physiologie pathologique seule sst insuffisante; elle est encore très mal connue.

Enfin l'ordre fonctionnel est exposé aux mêmes reproches que l'ordre historique, en ce qu'il est quelquefois impossible, le malade ayant perdu connaissance ou étant étranger à notre langue.

L'ordre anatomique, celui qui consiste à rechercher l'état des organes par les signes physiques, doit avoir la prééminence. Ses résultats sont certains et plus rapidement obtenus. Est-ce à dire, pour cela, que les signes physiques suffiront pour le diagnostic? Non; il faut y joindre ensuite les signes fonctionnels et les commémoratifs. Seulement, au lit du malade, il faut commencer par l'examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation) pour se guider dans l'interrogation sur les fonctions, et ne pas se perdre dans des détails innombrables sans précision et souvent inutiles en pratique.

Lorsque après l'examen extérieur du malade, les qnestions propres à lui faire indiquer les points où il souffre, et l'exploration physique, on est fixé sur le siége, le volume, la forme, la densité, etc., des organes malades, on interroge les fonctions de ceux qui ont offert des altérations physiques.

En examinant les organes par les signes physiques, on ne s'expose pas non plus à laisser de côté ceux dont les fonctions sont encore mal connues. Combien de fois n'oublie-t-on pas d'examiner, de limiter la rate, faute de savoir que la fièvre intermittente franche s'y rapporte?

Les états organo-pathologiques une fois bien déterminés, il s'agit de prescrire le traitement. M. Piorry considère isolément chaque état organo-pathologique; il en recherche la cause; en porte le diagnostic, étudie avec soin son rapport avec les autres états organo-pathologiques ayant précédé ou coexistant, afin de saisir s'ils ne seraient pas la conséquence du premier, et, en ce cas, de combattre celui-ci, si cela est possible, car on est souvent forcé d'attaquer les états consécutifs sans pouvoir atteindre l'état primitif cause des autres.

Il faut faire marcher de front le traitement des diverses organopathies qu'un individu peut présenter; il faut combiner les traitements partiels de chaque monopathie, de façon que la curation de l'une concorde avec celle de l'autre. De cette manière, on ne risque pas de s'égarer dans le traitement d'une maladie, c'est-à-dire d'un groupe arbitraire, variable, inexact de symptômes ou d'états organo-pathologiques.

Si l'on comprend bien qu'on doit aujourd'hui ne pas s'occuper au lit du malade du nom de la *maladie*, mais qu'on doit baser son traitement sur l'état des organes reconnu par les signes physiques fonctionnels et commémoratifs, il faut absolument faire accorder la théorie avec la pratique; il faut, puisqu'on oublie le nom de la maladie au lit du malade, laisser ce nom de côté et nommer les états organo-pathologiques dont on s'occupe.

Quelques personnes ne connaissent pas le rapport qu'il y a entre la doctrine des états organo-pathologiques et la nomenclature; elles voient la nomenclature isolée, regardent les nouveaux mots comme synonymes des dénominations désignant les anciens groupes dits maladies, et dès lors elles voient en cela une innovation, sinon mauvaise, du moins très très inutile. Mais il faut bien concevoir que la nomenclature n'est pas une pure fantaisie, un simple désir de soumettre à la forme grecque les noms des groupes complexes dits maladies; c'est une déduction très logique et nécessaire de cette doctrine basée sur l'observation clinique.

Beaucoup de personnes, dira-t-on, agissent comme M. Piorry, elles arrivent, non pas tant par les signes physiques, mais d'une manière indirecte et moins certaine, par les signes fonctionnels et les commémoratifs à connaître l'état des organes; elles basent leur traitement sur l'état des organes, qui sont tous passés en revue; elles ne s'attachent pas au nom de la maladie, elles n'instituent pas une recette fixe contre cette maladie; à chaque visite ces médecins examinent avec soin le *malade* et modifient à chaque instant le traitement d'après l'état des organes reconnu, et cependant ces personnes conservent les anciennes dénominations, les attachent à un ensemble de phénomènes principaux *à peu près* le même chez deux malades dits atteints de la même *maladie*: tout ce qui ne rentre pas dans le cadre tracé par les livres s'appelle complications.

Que répondre à cela? Que ces médecins sont d'excellents praticiens, qu'ils font la médecine organique dans toute sa pureté, mais qu'ils agissent d'une manière et parlent d'une autre, qu'ils n'accordent pas la théorie avec leur pratique; car eux aussi, bons observateurs, savent fort bien que le cadre tracé par les livres, même dans les phénomènes principaux, est fautif; que les complications sont si nombreuses, si variées qu'elles embrassent à peu près toute la pathologie; si importantes enfin, qu'elles exigent souvent plus d'attention que le groupe de phénomènes portant le nom de la maladie.

D'autres médecins ont reconnu la fausseté du tableau de la maladie; ils l'ont décomposée, et ont cru reconnaître un état organo-pathologique principal, pour lequel ils adoptent l'ancien mot désignant la maladie complexe qu'ils ont décomposée. D'abord cela amène de la confusion en nommant de la même manière le tout et la partie. Quelques-uns l'ont bien senti, et ils ont créé un nouveau nom pour désigner l'état principal. Par exemple, ils ont dans la fièvre typhoïde reconnu l'altération des glandes de Peyer et ils ont eu le tort de dire La fièvre typhoïde c'est l'entérite folliculeuse. Non, la fièvre typhoïde est un gronpe arbitraire, complexe des phénomènes morbides; l'entérite folliculeuse est un état bien déterminé, appréciable. Cette manière d'agir n'est pas honne. Car sous quel rapport l'entérite folliculeuse est-elle l'état principal de la fièvre typhoïde? Est-ce quant à la gravité? Cela n'est pas possible; car l'entérite a cessé, et la suppuration des eschares au sacrum tue le malade, l'écume amassée dans les bronches l'asphyxie. L'entérite est-elle l'état principal, en ce sens qu'elle est la cause de tous les phénomènes consécutifs? Cela n'est pas exact. Ce n'est pas l'entérite qui détermine l'éruption sacrée, les épistaxis, les pétéchies, centre d'eschares mortelles; c'est l'état général localisé dans l'altération du saug, et appelé *septicemio*.

Et de quelle importance tout cela n'est-il pas quand on on songe que le traitement se ressent de cette manière fâcheuse d'envisager les choses. En effet, c'est parce qu'on veut admettre cette maladie, cet état principal, qu'on s'attche à lui donner tous les soins en négligeant les autres états organo-pathologiques. Ainsi l'on entend dire: le malade a une fièvre typhoïde (et par fièvre typhoïde on entend l'entérite); il a aussi une fièvre d'accès: mais c'est la première qui doit attirer notre attention. C'est comme si l'on disait: dans notre service, ce malade a une entérite septicémique et une hypertrophie splénique; on ne devra s'occuper que de la première. Ce n'est pas ainsi qu'il faut agir; car la pratique est là pour montrer l'amélioration de l'entérite sous l'influence du sulfate de quinine qui fait diminuer la rate et disparaître la fièvre d'accès. Chaque état organo-pathologique doit nous intéresser; aucun ne doit être négligé, quand nous possédons des moyens de la combattre; car l'état qui est aujourd'hui secondaire peut devenir demain l'état principal, la maladie principale, parce qu'on l'aura négligé.

On a avancé que M. Piorry faisait de la médecine symptomatique, la médecine des homœopathes; c'est une bien grande erreur. La médecine organique est de l'anatomie pathologique sur le vivant; elle a des hases solides, raisonnables. Chacun comprend que l'on doit étudier l'état des organes, et on arrive à le connaître par les signes fonctionnels et les signes physiques. Dans la médecine symptomatique on note les symptômes ohservés, on cherche à combattre chacun d'eux par une médication spéciale. Les narcotiques sont opposés au symptôme douleur, les béchiques au symptôme toux, etc.; une telle méthode est en dehors d'une saine thérapeutique; car les symptômes douleur, toux, etc., peuvent être les conséquences des états organo-pathologiques les plus dissemblables exigeant chacun des traitements tout à fait divers. Les symptômes sont des faits physiologiques dont l'essence est souvent indéfinissable; ce n'est pas sur eux qu'on peut faire reposer les bases de la thérapeutique.

Mais, objecte-t-on, savez-vous le siége anatomique de toutes les affections; est-ce que vous pouvez décomposer en éléments organo-pathologiques, la rougeole, la variole, la scarlatine? Vous êtes forcés d'admettre ces affections complexes, comme des états organo-pathologiques simples. Cela est vrai; mais cela prouve que l'habitude de considérer ces affections comme unitaires, a fait négliger des études approfondies sur les états organo-pathologiques qu'elles présentent. La partie défectueuse est surtout l'altération des liquides dans ces affections. Il faut donc conserver les mots rougeole, variole, scarlatine, jusqu'à de meilleures études. Mais il viendra probablement un jour où l'on pourra supprimer les vices rubéolique, variolique, etc., quand on aura bien étudié l'état de tous les organes, et spécialement du sang dans la rougeole, la variole, etc.

C'est ce qui est arrivé de nos jours pour la goutte et le rhumatisme. L'on voyait sous l'influence d'un état général se développer des accidents du côté des articulations; on admettait un vice particulier, dit *rhumatismal*. Les uns appelaient rhumatisme la maladie présentant l'état général et les souffrances articulaires; les autres n'appelaient rhumatisme que l'état général, réservant le mot *arthrite* pour l'état des jointures, mot arthrite qui désignait également soit les accidents primitifs aigus, soit les accidents consécutifs, ou bien encore on disait rhumatisme articulaire.

Aujourd'hui admettre ces vices particuliers, rhumatismal et goutteux, est tout au moins faire une hypothèse gratuite complétement inutile au point de vue de la thérapeutique.

On a vu, d'une part, que l'état général était une *hémite* ou *hyperplastémie* (souffrance par l'augmentation de la proportion de fibrine dans le sang), et, sous l'influence de cet état du sang, les articulations et de plus le péricarde deviennent malades. On a dit alors que, sous l'influence de l'hémite, il se déclarait des arthrites, ou une péricardite, ou une endocardite, etc. Cela est précis et incontestable; c'est ce que la plupart des médecins admettent; mais, encore une fois, ils manquent aux règles d'une logique sévère en formant la maladie unitaire, *rhumatisme articulaire aigu* ou *arthrite rhumatismale*, qui a sa durée calculée, son traitement unitaire. C'est en oubliant les états organo-pathologiques qu'on a cherché contre le rhumatisme cette foule incroyable de remèdes qui tombent tour à tour sous les coups d'une bonne expérimentation. Il est impossible même de réunir les deux états organo-pathologiques, *hémite* et *arthrite*, pour en former une maladie unitaire, car l'hémite chez l'un peut être comme 8 : 2 par rapport à l'arthrite; chez l'autre l'arthrite est comme 8 : 2 par rapport l'hémite. Le traitement devra donc différer dans ces deux cas; il faudra baser ce traitement sur l'état de l'organe-*sang* et sur l'état des articulations, et encore l'on suppose, ce qui est bien rare, l'état d'intégrité de tous les autres organes.

« Enfin, a-t-on dit, il y a dans la maladie autre chose que des altérations d'organes, que faites-vous de l'élément vital? » Il est vrai, la vie se sent et n'a pas hesoin d'être définie; la vie ne se sentirait pas qu'il faudrait par le raisonnement admettre une force vitale à laquelle on rapporterait les phénomènes tout spéciaux appelés phénomènes vitaux.

Cela est vrai; mais peut-on directement quelque chose contre la force vitale? On ne peut agir sur elle pas plus que sur l'irritation, sur une altération de fonction, un symptôme. Il n'y a pas de remèdes contre l'altération des forces. Quiconque se creusera l'esprit à en chercher tombera, comme cela est arrivé, dans l'empirisme le plus hypothétique. On ne peut agir sur la modification pathologique d'une fonc-fonction; on le peut contre la lésion des organes. Vous ne rétablirez la fonction qu'en rétablissant l'état normal de l'organe. Pourquoi donc irait-on se préoccuper et de l'irritation et de l'élément vital quand on ne peut rien contre eux? Cette tendance à se payer de mots arrête les recherches scientifiques.

Puisqu'on étudie les états pathologiques des organes, il faut les nommer; on ne peut leur attribuer les noms anciens des maladies complexes à moins de tomber dans la confusion déjà signalée. Faut-il prendre un nom insignifiant pour chaque état organo-pathologique? Cela n'est pas rationnel, car il faudrait faire des milliers de mots nouveaux. D'abord la mémoire ne pourrait y suffire; en outre, ces mots n'ayant pas de signification précise pourraient être pris plus tard dans des sens différents par différentes personnes. La base du mot de la nomenclature, le nom de l'organe doit être celui adopté depuis longtemps, ou il doit être insignifiant si l'on veut nommer un organe qui ne l'ait pas été. Ainsi, il y a des parties de l'encéphale que la physiologie a limitées; celles-là auraient hesoin d'un nom qui serait insignifiant, composé de lettres réunies, de telle sorte qu'il fût court, doué d'euphonie, et facile à joindre aux désinences expressives indiquant ses modifications. Ce travail n'a pas été fait. Les désinences exprimant les modifications pathologiques de l'organe doivent être tirées du grec comme cela s'est fait pour d'autres sciences. On ne peut reprocher à la nomenclature de préjuger les questions, car c'est précisément afin de ne rien préjuger qu'elle a été composée. On peut rendre nettement sa pensée sur l'état d'un malade, ce qui est impossible avec les anciennes dénominations. Un organe souffre, mais on ne sait quelle est sa lésion; alors la désinence *pathie* exprime qu'il est altéré sans préjuger en rien sa modification.

REVUE GÉNÉRALE.

De l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque. — M. le docteur Carrière a publié dans les *Annales médico-physiologiques*, un mémoire sur l'action de cette substance, mémoire dont nous donnons ici un court extrait analytique.

L'acétate d'ammoniaque (esprit de Mindérérus), qui est maintenant très employé, a été l'objet de recherches et d'expériences très curieuses, avantage que malheureusement beaucoup d'autres médicaments destinés à jouer un rôle actif dans la thérapeutique, ne partagent pas avec lui. Si je ne me trompe, c'est M. Jules Cloquet qui, en France, a commencé à fixer l'attention des médecins sur l'acétate d'ammoniaque. Il avait observé que ce médicament calmait l'éréthisme nerveux, qui est à la fois la cause et l'effet de la brusque suppression des menstrues. Après l'administration de quelques cuillerées d'une potion dans laquelle l'esprit de Mindérérus entrait à la dose de 4 à 5 grammes, ou, en d'autres termes, sous l'influence de 2 à 4 grammes du médicament, il s'opérait une prompte sédation dans les symptômes, et l'écoulement supprimé se rétablissait. Si on augmentait la dose en outrepassant la limite de 4 à 5 grammes, il se produisait un effet absolument différent; le médicament sédatif devenait un sudorifique, et sous l'influence des sueurs, dont l'abondance et la durée variaient suivant le tempérament du sujet, l'écoulement ne reparaissait pas, mais la persistance de la suppression n'empêchait pas l'équilibre de se reproduire. En apparence, l'acétate d'ammoniaque a donc une action double; à petite dose, il calme; à haute dose, il provoque une excitation générale, dont le siége principal se fixe dans les capillaires de la peau. Dans nos formulaires de matière médicale, on sépare ces deux modes d'action, et on croit avoir fait une analyse complète de l'action thérapeutique de la substance, lorsqu'on l'a considérée sous ce double point de vue. Cependant un tel procédé fait méconnaître le vrai caractère d'un médicament aussi utile, au lieu de ne rien laisser à désirer sur ce sujet. Ce qu'il faut, c'est se bien rendre compte des relations, des effets entre eux, quelque opposés qu'ils paraissent. Cette méthode, qui jetterait un grand jour, si on la suivait fidèlement, sur le mode d'action et les limites d'influence des agents modificateurs de l'économie, conduit à cette conséquence touchant les qualités médicamenteuses de l'acétate d'ammoniaque; à savoir: que cette substance n'agit que d'une seule manière malgré les apparences, et que la séda-

tion qui rappelle l'écoulement menstruel et la transpiration qui neutralise les effets ordinaires de la suppression, viennent absolument de la même cause.

Peu de temps après les expériences de M. Jules Cloquet, M. Brachet, de Lyon, inséra dans les Archives de médecine des observations curieuses sur l'acétate d'ammoniaque; il fut conduit à ce travail par une série de faits du plus grand intérêt.

Contrairement aux opinions de l'école physiologique, il pensait que la cause des fièvres intermittentes tenait à une modification particulière du système nerveux. Pour arriver à la preuve, voici comme il procéda :

Au mois d'octobre, au moment où l'eau commence à prendre la température de l'hiver, il se leva de son lit pendant plusieurs nuits, à heure fixe, pour aller se plonger dans la Saône. Au bout d'une demi-heure d'abord, puis, plus tard, d'une heure entière d'immersion, il s'habillait avec promptitude et regagnait son logis au pas de course, puis il se mettait au lit. La période de chaud succédait régulièrement à la période de froid sous l'influence de ce régime. Au bout de quelques jours, M. Brachet cessa ses immersions, et la cause enlevée les effets ne cessèrent pas. A l'heure où le bain froid avait coutume d'être pris, le frisson se développait malgré la chaleur du lit, suivi bientôt de chaleur et de sueur. M. Brachet avait réussi à produire une fièvre intermittente à type quotidien. Bientôt il s'agit d'interrompre cette affection périodique, qui se répétait depuis quelques nuits avec la plus exacte régularité.

Appelé une nuit pour voir un malade à l'heure où l'accès allait se montrer, M. Brachet marcha rapidement, s'échauffa, transpira, et en pénétrant dans la chambre du malade, éprouva la sensation d'une température très élevée. Sous cette influence, la chaleur augmenta, et la transpiration se marqua davantage; et comme ce moment concordait avec celui pendant lequel le froid et le frisson faisaient invasion, il y eut perturbation dans la succession des périodes de la fièvre, qui désormais ne reparut plus. Cette expérience, qui s'était faite d'elle-même, servit de guide pour le choix du médicament qui devait produire un effet analogue, c'est-à-dire empêcher la période de froid par le développement de la période de chaud. M. Brachet employa l'acétate d'ammoniaque, et les résultats ne laissèrent rien à désirer. Certainement ce médicament ne modifiait pas ou ne faisait pas avorter une gastro-entérite, il l'eût exaspérée; mais il agissait sur l'influx nerveux, en changeant la direction vicieuse que des impressions périodiquement régulières lui avaient fait contracter.

Après avoir caractérisé les effets physiologiques de l'acétate d'ammoniaque, M. Carrière signale les affections diverses où ce médicament est appelé à rendre les services les plus sûrs. Il parle d'abord de son action incontestable pour combattre l'ivresse alcoolique; il parle ensuite des douleurs rhumatismales vagues des affections de matrice, telles que la suppression des menstrues, les coliques utérines et ovariques, etc., et termine par les conclusions suivantes, que nous acceptons :

1° L'acétate d'ammoniaque n'est pas seulement un stimulant diffusible; il est surtout antispasmodique.

2° Il est stimulant diffusible à haute dose; il est antispasmodique à petite dose.

3° Ses qualités antispasmodiques expliquent ses qualités diffusibles et diaphorétiques; car s'il agit en distribuant les forces nerveuses du centre à la périphérie, ou d'une partie du corps vers toutes les autres, il doit agir finalement sur les capillaires ou les surfaces dermiques, de manière à leur communiquer une plus grande activité.

4° Enfin, l'acétate d'ammoniaque devra être employé toutes les fois qu'il y aura accumulation exagérée de fluide nerveux sur un organe, parce que, sous son influence, l'innervation peut être ramenée aux conditions physiologiques de son équilibre normal.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du nitrate de strychnine dans certaines formes de la goutte; par M. le docteur Wendt, de Breslau.

M. Wendt recommande le nitrate de strychnine à l'extérieur comme l'un des agents thérapeutiques les plus efficaces contre la goutte anormale, par exemple contre les affections artbritiques de la colonne vertebrale qui, par le moyen des filets du grand sympathique, vont envahir les organes de la cavité thoracique et donner lieu à des accidents qui simulent l'angine de poitrine. Voici la formule d'après laquelle M. Wendt prescrit l'administration de ce médicament :

Axonge,	8 grammes.
Nitrate de strychnine,	10 centigrammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

On l'emploie en frictions sur les côtés du rachis deux ou trois fois par jour.

Sur la manière d'employer la belladone par la méthode endermique; par M. le professeur Lippich (de Padoue).

Dans le cas où il veut recourir à la méthode endermique pour l'application de l'extrait de belladone, M. le professeur Lippich se sert de la formule suivante :

Mucilage de gomme arabique,	15 grammes;
Extrait de belladone,	40 centigrammes.

M. et F. dissoudre S. A.

On étend ce mélange, en quantité suffisante, sur la surface du derme préalablement dénudé par l'application d'une préparation vésicante.

M. Lippich a vu cette manière d'opérer suivie d'un succès rapide et complet dans différents cas de lumbago rhumatismal, de céphalalgie rhumatismale, de rhumatisme thoracique, de névralgie du plexus cœliaque, etc. Dans le dernier des cas qui viennent d'être mentionnés, les applications endermiques duient être continuées pendant dix sept jours.

Correspondance.

Besançon, 24 juin 1846.

Monsieur le rédacteur,

Les sangsues — ce moyen si souvent indispensable dans le traitement des maladies — ont atteint un prix si exorbitant qu'elles ne sont plus à la portée des gens peu aisés, et qu'on n'ose surtout pas les prescrire quand il s'agit de malades pauvres.

Cependant, il est parfois impossible d'y suppléer ni par la saignée ni par les scarifications. Cet état de choses est déplorable, et la société en éprouve un dommage auquel il est urgent de porter un remède prompt et efficace. Pour cela, il y a une mesure à prendre, la seule qui me paraisse de nature à combattre le mal que je signale ici et à empêcher qu'il ne s'aggrave, ce qui est à craindre.

Je pense que, pour empêcher la spéculation commerciale de s'exercer sur les sangsues comme elle le fait depuis quelques années au grand préjudice de l'humanité, il faudrait que le gouvernement s'emparât du monopole de ces annélides, et que, dans chaque localité, il y eût des dépôts établis à l'instar de ceux où se vendent le tabac, les cartes à jouer, la poudre, etc. Cette mesure aurait pour résultat de diminuer considérablement le prix d'un agent thérapeutique aussi nécessaire dans certains états morbides que le pain dans l'état de santé. Or, l'administration qui veille à ce que cet aliment soit à l'abri dans certaines limites des oscillations auxquelles l'accaparement pourrait l'exposer, ne doit-elle pas aussi bien porter toute sa sollicitude sur un remède qui est d'un usage journalier et dont le pauvre aussi bien que le riche doit pouvoir se procurer le secours?

Pour donner une idée de la hausse que les sangsues ont subie depuis quelques années, il me suffira de dire qu'elles se vendaient 15 centimes en 1844, et qu'aujourd'hui on les paye 30 et 35 centimes. Encore faut-il ajouter que, communément, le quart de celles que l'on achète ne peut pas servir, ce qui élève le prix d'une sangsues à près de 45 centimes.

Il ne faut sans doute que publier de pareils faits pour provoquer de la part de l'autorité la mesure que je propose.

Agréez, etc. Mayer, d.-m.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

M. le docteur Voisin a adressé la lettre suivante à Messieurs les membres du Conseil général des hôpitaux sur le résultat des expériences que nous avons annoncées être tentées par M. le docteur Chéneau.

Messieurs,

Connaissant toute votre sollicitude pour les épileptiques confiés à mes soins dans l'hospice de Bicêtre, je m'empresse de vous prévenir que le traitement commencé sur eux il y a cinq semaines, conformément à vos désirs et sous ma responsabilité personnelle, par M. le docteur Chéneau, n'a donné lieu à aucun espèce d'accident. Loin de là, les sept malades que j'ai mis dans ses mains éprouvent déjà de l'amélioration; leurs attaques sont moins fréquentes, moins fortes et moins prolongées.

Tout semblerait donc faire croire, Messieurs, que le docteur Chéneau possède dans sa thérapeutique un modificateur puissant dont il importe de suivre et d'étudier pendant longtemps encore les applications mesurées. Si je m'exprime ainsi, c'est que pour une affection aussi grave que l'épilepsie, aussi rebelle aux ressources de notre art, il faut se garder de précipiter son jugement, et de conclure de quelques changements heureux survenus dans le cours d'un traitement quelconque, à la guérison de cette terrible affection.

Tous les expérimentateurs qui, avant le docteur Chéneau, ont soumis les épileptiques à un mode de traitement particulier, ont aussi plus ou moins momentanément modifié l'organisme, et vous savez combien malheureusement il a fallu plus tard rabattre de leurs espérances et de leurs prétentions.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, il y a du mieux pour l'instant chez mes sept épileptiques. Je crois que le docteur Chéneau doit être encouragé à poursuivre ses heureuses tentatives. Puisse-t-il, lorsqu'avec tous mes devanciers et mes contemporains, j'ai échoué dans les traitements divers que j'ai entrepris contre cette horrible affection, arriver au but de sa bien noble ambition!

Je n'ai point cru mon amour-propre compromis en lui ouvrant une des salles de mon service médical, et je vous remercie, Messieurs, d'avoir pensé que j'étais homme à vous comprendre et à vous aider à bien faire. Que le docteur Chéneau guérisse mes pauvres épileptiques, je suis le plus heureux des hommes, et je proclame partout ses succès, son talent, et son nom.

Agréez, Messieurs, etc. F. Voisin.

Bicêtre, 3 juin 1846.

PRÉPARATIONS SULFUREUSES DU Dr QUESNEVILLE.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les préparations si efficaces et si actives que le docteur Quesneville a popularisées depuis quelques années.

Les Bains de Barèges inodores et le Sirop d'hyposulfite de soude sont en effet le spécifique par excellence des maladies de la peau.

Le Sirop d'hyposulfite de soude remplace à l'intérieur les eaux sulfureuses naturelles et artificielles; c'est le meilleur adjuvant des Bains de Barèges; il se prend, pendant qu'on fait usage de ces derniers, à la dose de trois à quatre cuillerées par jour; seul et sans le secours des bains, il produit également de bons effets, mais moins promptement.

Ces deux médicaments se trouvent à la pharmacie Quesneville, *rue Jacob*, n° 30, pharmacie que les médecins adoptent aujourd'hui avec raison, et qui se recommande du reste par la bonne préparation et le bon marché de ses produits.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, des déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de prothèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 14 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 82. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'urétrite blennorrhagique et de son traitement.

(Suite du numéro du 30 juin.)

Lorsque tous les moyens que nous avons indiqués ont échoué, quelques auteurs ont eu recours aux injections de cubèbe et de copahu. Nous les avons essayées aussi, et elles nous ont paru ou nulles ou nuisibles, en ce sens qu'elles sont irritantes. Il est des cas où l'on tire un parti assez avantageux de l'emploi des vésicatoires. L'application de ces révulsifs au périnée peut être quelquefois d'un grand secours. On les place aussi à la face interne des cuisses. Si dès les premiers jours on n'obtient pas de diminution dans l'écoulement, on doit entretenir la suppuration pendant quelque temps.

Dans les écoulements chroniques et datant de fort loin, on tire parfois un assez bon parti de l'usage des bains froids; mais c'est là encore une médication conditionnelle; les bains froids ne constituent jamais une méthode absolue. Enfin un dernier moyen auquel on doit avoir recours seulement en désespoir de cause, c'est le coït. Il y a des circonstances où la persistance de l'écoulement ne peut être attribuée qu'à une continence trop prolongée, surtout lorsque la maladie occupe la région prostatique. Dans ces cas là, la matière de l'écoulement ne consiste plus guère que dans un liquide transparent, légèrement visqueux, limpide, qui n'est autre chose que du fluide prostatique pur. On ne saurait prendre trop de précautions pour s'assurer, dans des cas de ce genre, de la véritable cause de la persistance de la blennorrhagie, et c'est peut-être plus fréquemment qu'on ne le pense que l'on doit la rapporter à une continence trop prolongée.

Lorsque des écoulements ont produit des lésions de tissus, ils peuvent se trouver entretenus plus tard par ces lésions de tissus qu'ils ont déterminées. On comprend déjà qu'il s'agit des rétrécissements qui se rallient aux écoulements persistants. Ces écoulements ne sont que la conséquence du rétrécissement lui même, ou ce qui arrive le plus fréquemment, sont déterminés par ce qui se passe en arrière du rétrécissement. La lutte qui s'établit à chaque mixtion entre le liquide qui cherche à passer, et l'obstacle qui s'oppose à son passage, produit une inflammation accompagnée de formation de pus. En même temps, vous avez une condition d'accroissement de la lésion matérielle, et le rétrécissement s'étend d'avant en arrière. Toutes les fois que vous aurez affaire à une altération organique, n'espérez pas faire disparaître l'écoulement avant d'avoir détruit l'obstacle matériel, d'avoir remédié à la maladie locale, qui est la cause de l'écoulement. Malheureusement, et vous le savez, il n'y a pas de méthode unique de traitement pour ces altérations du tissu du canal de l'urètre. Il est impossible, une altération du tissu du canal étant donnée, avec les variétés qu'elle est susceptible de présenter, d'arriver à une méthode unique de traitement. Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'urètre, ont toujours eu en vue une méthode générale et toujours la même de traitement. Jusqu'à présent les méthodes n'ont pas été faites, comme elles devraient l'être, pour les maladies; on a fait l'histoire de la maladie pour les méthodes thérapeutiques.

Ces méthodes varient suivant les altérations auxquelles on a affaire. Dans les hypertrophies molles, les engorgements mous, la dilatation pure et simple. S'agit-il d'ulcérations, d'exubérances, de végétations, de carnosités, de surfaces rugueuses, saillantes, saignantes, on cautérise. Engorgements durs, calleux, fibreux, brides, cicatrices, valvules, on a recours à l'incision. Il faut donc bien se convaincre que toutes les diminutions de calibre, toutes les altérations de tissu du canal de l'urètre, ne dépendent pas d'une seule et même cause, d'une seule et même altération. Il y a des lésions de nature et de formes différentes, chacune d'elles présente des indications différentes; c'est à les remplir, à les deviner, que doit s'attacher le praticien. On arrivera par là seulement à faire de la chirurgie méthodique et rationnelle. Prenons quelques exemples.

L'altération dépend-elle d'un chancre induré dans l'urètre, que faut-il faire? Ce n'est ici le lieu ni de cautériser, ni d'inciser; il faut simplement faire fondre l'induration par un traitement général.

Nous avons dans ce moment, dans nos salles, plusieurs exemples de ces diverses espèces de rétrécissements; l'un, entre autres, nous offre un rétrécissement en anneau, suite de la formation de tissu inodulaire consécutivement à une déchirure survenue pendant une chaudepisse cordée. Toutes les fois que ce malade se sert d'une bougie trop grosse, l'instrument se trouve serré et momentanément retenu par une constriction circulaire. Chez un autre, nous observons un rétrécissement avec fongosité du canal, rugosité de la surface interne de l'urètre; il semble que l'on cherche à introduire une bougie dans un tissu mou et spongieux, comme serait, par exemple, celui de la rate. Il est facile de comprendre que chez ces deux malades, les indications thérapeutiques ne sont pas les mêmes; on devra pratiquer l'incision chez le premier, la cautérisation chez le second.

De l'épididymite blennorrhagique.

Nous arrivons ici à traiter de l'un des accidents les plus fréquents de la blennorrhagie, l'épididymite blennorrhagique, que quelques personnes ont bien à tort désignée sous le nom de testicule vénérien, donnant ainsi une dénomination très fausse qui aurait le grave inconvénient de faire confondre deux états pathologiques bien différents. Hernie humorale, testicule blennorrhagique, chaudepisse tombée dans les bourses, orchite blennorrhagique, orchite urétrale, etc., tels sont les principaux noms sous lesquels les auteurs ont jusqu'à présent décrit l'affection qui va nous occuper. Cette dernière expression, orchite urétrale, que l'on doit à M. Velpeau, est véritablement bonne, en ce sens qu'elle indique le point de départ de l'affection, c'est-à-dire la phlegmasie urétrale. Cependant, tous ces noms différents expriment-ils rigoureusement ce dont on entend parler? A nos yeux, non. La définition que nous croyons la plus exacte, en même temps que la plus succincte, est sans contredit celle que nous avons définitivement adoptée, l'épididymite blennorrhagique, expression qui rend exactement compte et de la cause et du siége de l'état morbide. Nous tenons beaucoup au mot épididymite; car, en indiquant précisément la nature et le siége de la phlegmasie, elle peut avoir des conséquences très graves pour la détermination du pronostic et du traitement.

On a quelque lieu de s'étonner que l'on ait été si longtemps à comprendre la manière dont la maladie se développe, ce qu'elle est au début, ce qu'elle reste après sa production. C'est à Swediaur que revient l'honneur d'avoir le premier compris toute la valeur de cette question; cependant on ne peut dire qu'il ait fait autre chose que l'entrevoir, car bientôt il est retombé sous l'influence de cette idée, partagée par tous ses contemporains, que la blennorrhagie devait être virulente pour produire la maladie dont nous vous entretenons. Or, et tout au contraire de cette opinion, nous avons souvent fait voir à ceux qui assistent à nos visites, que l'épididymite est très rare à la suite des écoulements vraiment syphilitiques, conséquence, d'un chancre visible de l'urètre ou du chancre larvé dont l'existence est révélée par l'inoculation; lorsque l'ulcère primitif urétral à symptômes blennorrhoïdes est situé à l'entrée du canal ou se borne à la région balanique, on ne voit jamais survenir d'épididymite; cet accident n'a lieu qu'alors que le chancre est compliqué d'une véritable blennorrhagie: preuve évidente que le chancre n'y est pour rien, et que tout dépend de la phlegmasie urétrale.

Nous allons étudier l'affection dans toutes ses conditions d'étiologie et de symptomatologie. Nous ferons voir que l'épididyme seul est véritablement et réellement malade; chose importante à connaître quoi qu'on en ait dit. Si, lorsque l'œil est malade, il est nécessaire de connaître le siége précis de l'affection, pourquoi n'en serait-il pas de même lorsqu'il s'agit d'une maladie des bourses? Il est évident que cette nécessité n'est pas moindre pour l'un et pour l'autre organe.

La cause de l'épididymite blennorrhagique, la condition *sine quâ non* de sa production, c'est l'existence de la blennorrhagie urétrale, soit actuelle, soit récente; cette cause, nous devons le dire, semble le plus souvent favorisée par d'autres causes que l'on peut regarder comme prédisposantes, occasionnelles ou adjuvantes. La préexistence ou la coïncidence d'une urétrite blennorrhagique pendant le cours d'une épididymite, est une circonstance qui fait de cette maladie une espèce à part, au moins pour le traitement.

A quelle époque de la blennorrhagie l'épididymite survient-elle? Ce n'est jamais ni le premier, ni le second jour d'une chaudepisse qu'on la voit se manifester. A moins de conditions pathologiques antérieures, à moins de causes étrangères

---

FEUILLETON.

Nous annonçons avec peine que notre collaborateur, M. JEAN RAIMOND, est atteint d'une indisposition qui n'a rien de bien grave, mais qui ne lui a pas permis de nous adresser ses Causeries habituelles, dont il reprendra sans doute le cours mardi prochain.

LA COMMISSION D'ORGANISATION DU CERCLE MÉDICAL DE FRANCE AUX MÉDECINS.

Paris, le 11 juillet 1846.

Messieurs,

L'intérêt qui s'était attaché aux discussions que le Congrès médical avait soulevées à l'Hôtel-de-Ville et la cordialité qui avait régné dans les salons de la rue Duphot avaient fait naître chez un grand nombre de médecins le désir de voir se continuer, en s'organisant, ces relations si heureusement improvisées. A la dernière réunion de ce Cercle, chacun voyait avec regret le moment venu de rentrer dans l'isolement, et on ne voulut point se séparer sans se donner l'espoir de se retrouver dans un cercle permanent. Cinq médecins furent chargés de convoquer leurs confrères à une nombreuse réunion. De tous les points de Paris, les médecins répondirent à cet appel, et l'idée de fonder un Cercle permanent fut si bien accueillie que, séance tenante, une Commission de quinze membres fut nommée pour aviser aux moyens d'exécuter ce projet.

La Commission vient aujourd'hui vous faire connaître, Messieurs, le résultat de ses études, ce qu'elle a fait, ce qui lui reste à faire.

On s'est demandé si la Commission avait à organiser un Cercle composé exclusivement de médecins. Le mandat qu'elle a reçu est impératif à cet égard. L'assemblée qui l'a élue se souvenait de ce qui s'était passé dans les Commissions et dans les séances générales du Congrès, lorsque les intérêts de profession s'étaient trouvés en opposition. Quelle adresse n'avait-il pas fallu pour éviter les conflits! Les médecins avaient appris ainsi que la réunion des trois sections serait impossible dans une institution permanente. Mais ce qui a décidé la question, c'est avant tout une considération de moralité. L'association des médecins et des pharmaciens ne serait aux yeux de l'opinion publique qu'un moyen de combiner les efforts des deux professions en vue de leurs intérêts matériels; elle serait flétrie comme immorale. Dans l'intérêt de tous, nous avons voulu que le caractère de l'une et de l'autre profession fût à l'abri de tout soupçon, et, dans cette vue, nous avons dû repousser toute idée d'association mixte.

Comme résumé des études auxquelles elle s'est livrée pour s'assurer les moyens d'organiser le Cercle et de faire face aux dépenses nécessaires, la Commission vous présentera prochainement un extrait du projet de statuts qu'elle a préparé. Pour être converti en règlement, ce projet sera discuté en assemblée générale, et recevra la sanction de la majorité qui sera appelée à constituer définitivement le *Cercle médical de France.*

Tels sont, Messieurs, les principes et les idées qui ont dirigé dans ses études la Commission d'organisation du Cercle. Mais quels seront les avantages de cette nouvelle institution?

Ces avantages seront individuels et professionnels. En faisant envisager sous ce double rapport l'utilité du Cercle médical de France, nous nous adresserons: 1° aux médecins de Paris; 2° à ceux des départements; 3° aux Sociétés savantes et aux Associations médicales; 4° enfin au corps médical de France tout entier.

1° Nous dirons aux médecins de Paris: Dans le Cercle permanent se continueront ces amitiés, ces rapports honorables qui ont commencé dans le Cercle temporaire du Congrès. Là, par le bienfait d'une fréquentation journalière, toutes les préventions réciproques tomberont; là, chacun pourra produire ses opinions sur les questions relatives à la profession et donner tous les développements nécessaires à sa pensée. Que l'un de vous ait une idée neuve, ses confrères se grouperont autour de lui pour l'entendre, l'idée sera discutée et elle pourra être mise en pratique; chose impossible aujourd'hui dans l'état d'isolement et d'antagonisme où nous vivons. Si donc dans cette réunion qui sera sérieuse et grave, comme il convient à des médecins, quelques-uns, après une vie laborieuse qui donne si peu de place aux délassements, doivent trouver un moyen de récréation dans les modestes plaisirs d'un salon, d'autres trouveront une sérieuse occupation dans des conférences organisées qui créeront dans le Cercle même l'*Athénée* des médecins.

2° Aux médecins des départements nous dirons que, pour eux, les avantages seront peut-être plus grands encore. Plus exposés à des tracasseries nombreuses, ils auront un plus grand besoin de l'appui du Cercle. Dans leurs voyages à Paris, ils y retrouveront leurs anciens collègues. Que de souvenirs seront évoqués par les nouvelles reçues des anciens camarades! que de relations nouvelles ces médecins se créeront en quelques jours! que de renseignements ils pourront ainsi se ménager au besoin, par la facilité des correspondances! Eux aussi désormais ils pourront travailler et produire, car ils auront au Cercle des amis qui aimeront à faire descendre le jour sur leurs œuvres.

3° Que peuvent attendre de la formation du Cercle les Sociétés savantes et les Associations?

Dans l'état actuel, elles sont isolées, et fussent-elles reliées à un centre séant à Paris, comme l'a voulu le Congrès pour les Associations, elles n'en resteraient pas moins isolées sous un grand nombre de rapports. Que dans leur sein, la minorité se croie opprimée par la majorité, en référera-t-elle au centre séant à Paris, qui, se composant de délégués, ne se réunira qu'à de longs intervalles? Que dans une société mixte, une majorité composée de médecins-vétérinaires et de pharmaciens vienne à décider une question médicale contre une minorité composée de médecins; à qui ceux-ci pourront-ils en appeler? Que des trois professions, deux se concertent, dans certains cas, contre la troisième; à qui s'adressera celle-ci pour obtenir justice? Le Cercle sera là pour faire face aux dangers dont les Sociétés mixtes, par la nature même de leur constitution, recèleront le germe dans leur sein.

Les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris tiennent leurs

l'inflammation de l'épididyme ne survient que rarement. Dans le premier septénaire de l'existence de l'écoulement urétrale, c'est ordinairement à la fin du second septénaire, principalement de la troisième à la sixième semaine que cet accident est le plus fréquent. Comme l'épididymite peut en quelques cas exister sans blennorrhagie, que ces cas sont très rares dans lesquels elle se manifeste avant la fin de la seconde semaine, on pourrait être quelquefois tenté de se demander s'il y a réellement des rapports de cause à effet entre ces deux affections ; l'observation des faits a mis désormais ce rapport hors de doute. Jamais la blennorrhagie ne tombe dans les bourses quand on parvient à la faire avorter au premier, second ou troisième jour de son existence; ce n'est pas non plus au moment de la plus grande acuité de l'écoulement, lorsque l'urètre est violemment enflammé, que l'épididyme se prend. A cette période, les parties voisines restent calmes : c'est dans l'urètre seul que se passe la scène. C'est plutôt au commencement de la période de déclin qu'elle se développe; c'est quand elle a pénétré dans les parties les plus reculées de l'urètre, dans la région prostatique, là où s'ouvrent les canaux éjaculateurs : or, la blennorrhagie marche lentement; et cette lenteur même explique le retard de l'accident dont nous parlons.

Quant à l'écoulement, peut-on dire que le mode de traitement mis en usage ait quelque influence sur la production de l'épididymite? Nous ne le croyons pas; de notre expérience résulte ceci, que plus tôt on arrête une blennorrhagie et plus tôt on met les malades à l'abri de cet accident. Le plus grand nombre des malades qui arrivent dans nos salles d'hôpital, comme ceux que l'on observe dans la pratique civile, sont des individus qui n'ont suivi aucun traitement. Nous ne craignons pas d'exagérer en affirmant que neuf au moins sur dix des malades affectés d'épididymite sont dans ce cas. Loin de regarder l'épididymite blennorrhagique, comme l'ont fait le plus grand nombre des auteurs, comme la conséquence d'une répercussion, d'une métastase produite par une suppression brusque et intempestive de l'écoulement; loin de penser avec eux que les choses se passent ainsi parce que la blennorrhagie n'a pas suivi son cours : nous ne saurions trop vous le répéter, vu l'importance de ce point pour la pratique, plus vous supprimerez une blennorrhagie de bonne heure, plus sûrement vous vous mettrez à l'abri de la production de l'épididymite.

Si, à une époque plus avancée de la maladie, vous cherchez à l'arrêter par des méthodes hors de saison; si vous ajoutez aux accidents qui existent du côté de l'urètre la présence des irritants, vous arriverez souvent à produire des épididymites; mais ce ne sera point la faute des méthodes thérapeutiques, ce sera celle du praticien inexpérimenté qui les aura mal employées. Les causes tirées du traitement sont donc des causes négatives. Parmi les causes adjuvantes, on rencontre dans la prédisposition des parties des conditions qui méritent une attention particulière. C'est d'abord le choix que fait la maladie du testicule qui doit devenir malade. Il est rare que les deux épididymes soient pris à la fois. Quelquefois, cependant, on en trouve des exemples; mais alors, dans ces cas exceptionnels, il arrive le plus souvent que le second ne se prenne que lorsque le premier est presque ou entièrement guéri. Il est bien certain, d'après des relevés d'ensemble, que le testicule gauche est plus souvent pris que le droit. La disposition vasculaire, la compression des veines spermatiques du côté gauche par l'accumulation des matières fécales endurcies dans l'S iliaque du colon, et l'on a en effet remarqué que la constipation est une des conditions qui semblent le plus favoriser la production de la maladie, peuvent rendre compte de cette fréquence dans quelques cas. On a cru pouvoir rapporter cette fréquence plus grande au relâchement plus grand du scrotum du côté gauche; la plus grande longueur du cordon, l'embarras de la circulation ne sont pas sans influence. Mais la circonstance qui nous a paru dans le plus grand nombre des cas exercer une influence réelle sur la production de l'épididymite de tel ou tel côté, c'est l'habitude qu'ont les malades de porter les testicules à gauche de la couture du pantalon.

Les preuves à l'appui de cette manière de voir sont nombreuses. D'abord les épididymites blennorrhagiques sont rares chez les sujets qui portent habituellement les bourses maintenues par un suspensoir. Quant à ce que nous avons dit de l'influence de porter les testicules à droite ou à gauche de la couture du pantalon, vous aurez occasion de remarquer que, parmi ceux qui présentent des épididymites du côté droit, la grande majorité des individus ont l'habitude de porter les bourses à droite.

Les exceptions à cette règle sont faciles à expliquer en tenant compte, outre les causes étrangères qui peuvent exister, des cas assez nombreux où les malades ne savent réellement pas de quel côté ils dirigent leurs organes génitaux, quelques-uns n'étant jamais à cheval sur la couture de leur pantalon.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Anthrax abdominal. Incision cruciale. Cessation des accidents. Guérison. Observation suivie de réflexions sur la nature et le traitement de cette affection; par M. G. GOGUÉ, interne des hôpitaux.

(Suite du numéro du 2 juillet.)

Quant au traitement de l'anthrax, tous les praticiens qui admettent dans cette affection l'étranglement du tissu cellulaire sous-cutané reconnaissent la nécessité de débrider, c'est-à-dire de pratiquer une incision sur les tissus étranglés. La forme seule de l'incision varie. M. Lallemand préfère une incision circulaire qui circonscrit la tumeur par sa base. Mais qu'arrive-t-il alors? Toute la peau comprise dans cette incision tombe en gangrène, et l'eschare doit être éliminée. Il reste alors une perte de substance quelquefois assez étendue, qui exige un temps plus ou moins long pour se cicatriser.

Ce mode d'incision n'ayant, d'une part, aucun avantage sur les autres incisions, produisant, d'autre part, une perte de substance plus étendue que celle-ci, ne doit point, par conséquent, leur être préféré.

Aussi, les chirurgiens partisans du débridement emploient avec raison une incision simple ou cruciale, qui, tout en livrant une issue facile au bourbillon, n'entraîne cependant aucune mortification des téguments.

Après l'incision, les accidents disparaissent, la suppuration s'établit, le bourbillon s'élimine, et de simples cataplasmes émollients suffisent généralement pour compléter le traitement.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce mode de traitement, dont on a pu suivre l'heureux résultat chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire.

Cependant, bien que ce résultat ait été prévu par M. Jobert chez notre malade, et qu'il soit assez ordinaire dans les cas analogues, il paraîtrait que M. Nélaton a observé qu'il n'en était pas toujours ainsi, et que « dans l'immense majorité des cas, le débridement prolonge les accidents, loin de hâter leur résolution. » Ce chirurgien va plus loin, et se demande si, dans l'anthrax, une division peut faire cesser une inflammation et l'épanchement pseudo-membraneux qui ne résulte. Non, assurément, dit-il; car l'instrument tranchant porté sur un tissu enflammé est une cause d'irritation violente, soit pendant l'opération, par la douleur qu'elle occasionne, soit après, par le contact de l'air ou de tout autre corps étranger avec les lèvres de la plaie.

On prévoit facilement où doit conduire une semblable théorie : éviter toute incision, appliquer sur la tumeur de simples cataplasmes émollients arrosés d'eau de guimauve ou de quelques gouttes de laudanum si la douleur est vive; voilà, d'après M. Nélaton, le traitement qui convient le mieux, et qui suffit toujours pour calmer l'inflammation, diminuer la sécrétion pseudo-membraneuse, et abréger même la durée de la maladie.

Certes, s'il en était ainsi, ce mode de traitement devrait être préféré à tout autre; car, on le sait, une incision, quelle qu'elle soit, n'est pas toujours acceptée par les malades sans répugnance; et d'ailleurs, à quoi bon pratiquer une incision, si l'on était convaincu que les accidents inflammatoires doivent cesser, le boubillon s'éliminer, l'anthrax guérir aussi promptement par l'emploi seul des cataplasmes émollients que par les incisions.

En présence de deux opinions si contradictoires que celles-ci, à savoir :

1° Que le débridement fait cesser immédiatement les accidents,

2° Que, loin de les faire cesser, l'incision provoque ces mêmes accidents, on est vraiment surpris; surtout lorsque l'on réfléchit que ces opinions reposent toutes deux sur des faits, et que leurs partisans eux-mêmes, d'un côté comme de l'autre, n'invoquent que l'observation.

Quoi qu'il en soit, si, laissant de côté toute idée préconçue sur ce sujet, abandonnant toute espèce de théorie, nous voulons apprécier la valeur de ces deux modes de traitement de l'anthrax, les étudier comparativement; en un mot, connaître celui auquel nous devons accorder la préférence, nous en sentons l'impossibilité faute de faits assez précis et assez nombreux en faveur de l'emploi seul des émollients, sans incision.

Cette lacune de la science une fois signalée, en mettant à profit ce que nous connaissons déjà de l'anthrax, de sa nature et de sa marche, nous pensons pouvoir établir :

1° Les avantages des cataplasmes émollients au début de cette affection, pendant sa première période, c'est-à-dire pendant la tuméfaction inflammatoire et la sécrétion pseudo-membraneuse;

2° L'utilité d'une incision dans une période plus avancée de la maladie, dans la deuxième période, qui est caractérisée par la suppuration et l'élimination du bourbillon.

En effet, l'anthrax étant une inflammation spéciale du tissu cellulaire sous-dermique, caractérisée dès le début par la présence d'un produit pseudo-membraneux, la première indication à remplir est de combattre cette inflammation, afin de diminuer à la fois et la douleur et la sécrétion anormale. Ce but est atteint par l'application de simples cataplasmes émollients. Voilà pour la première période de la maladie.

Mais cette inflammation une fois combattue et arrêtée dans sa marche, que faut-il pour que la guérison s'accomplisse? Il faut que le bourbillon, qui est logé sous les téguments et qui constitue là un véritable corps étranger, soit éliminé.

Tous les chirurgiens étant d'accord sur ce point, sur cette seconde indication à remplir, la question se simplifie. Il ne s'agit plus dès lors que de savoir quel est le moyen le plus sûr et le plus expéditif pour obtenir l'élimination de ce bourbillon.

Or, deux moyens se présentent :

1° Confier à la nature le soin de cette élimination;

2° Pratiquer une incision au niveau du corps étranger.

Dans le premier cas, voici ce qui arrive : De simples cataplasmes émollients suffisent; du pus se forme autour du bourbillon, ulcère le derme de sa face profonde vers sa face libre, le perfore en arrosoir, et, par ces ouvertures, le bourbillon sort par fragments. Plus tard, ces ouvertures se réunissent et n'en forment plus qu'une seule. Lorsque le pus et le corps étranger ont été expulsés, la tuméfaction diminue rapidement et la cicatrisation s'accomplit en quelques jours. Telle est, d'après M. Nélaton, la marche que suit l'anthrax quand on se borne à l'emploi des topiques émollients.

Dans le deuxième cas, on pratique, selon les circonstances, une incision simple, cruciale ou étoilée, qui ne tarde point à livrer passage au pus et au bourbillon; ce dernier est alors éliminé plus souvent en totalité que par fragments.

Ce second mode de traitement, plus douloureux, il est vrai, que le premier, nous paraît être plus expéditif et devoir hâter la cicatrisation en prévenant ces perforations multiples des téguments en arrosoir, et leur réunion, plus tard, en une seule ouverture.

Enfin, l'incision, loin d'agir toujours comme un irritant, peut, dans certaines circonstances, calmer la douleur en dégorgeant les tissus, en diminuant la tension de la peau et la compression exercée par la tumeur sur les tissus voisins.

En résumé, dans la majorité des cas, on doit se borner à l'application des cataplasmes émolliens dans la première période de l'anthrax, et recourir à l'incision dans la deuxième période de cette maladie.

Cependant, si l'anthrax avait un volume considérable, s'il avait son siége dans le voisinage d'organes essentiels à la vie, par exemple au cou, si l'on avait à craindre des accidents graves du côté des voies respiratoires, nous pensons, avec les partisans de l'incision, et M. Nélaton est lui-même de cet avis, qu'il conviendrait de pratiquer immédiatement, sans attendre que la maladie soit parvenue à sa seconde période, de larges incisions sur la tumeur pour dégorger les tissus et faire cesser les accidents.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juillet 1846. — Présidence de M. MATHIEU.

M. Serres communique, au nom de M. Belhomme, un fait d'encéphalocèle congéniale (ectrogénie adymétrique) très curieux.

Les auteurs modernes ont porté leur attention sur les cas de difformités qui sont dus, suivant M. Geoffroy-Saint-Hilaire, à une adhérence des organes primitivement formés avec les dépendances placentaires. Il en résulte que ces organes sont maintenus au dehors des cavités et que les parois de ces cavités ne peuvent les recouvrir. Le cas dont il s'agit appartient à ce genre d'ectrogénie; le cerveau et les membranes ont été, pour ainsi dire, suspendus par une adhérence à la membrane amnios, et les os n'ont pu se développer autour. Voici, du reste, les principaux détails de cette intéressante observation. Il s'agit d'un enfant né le 26 mai 1846, avec la difformité suivante : la tête représente une masse informe, le crâne n'existe pas, les os pa-

séances dans une salle de la mairie ou à l'Hôtel-de-Ville; c'est une faveur qui peut d'un jour à l'autre leur être retirée. Dans ce cas, le Cercle les recevrait. Elles y trouveraient pour leurs séances une salle toujours ouverte à leur disposition.

4° Pour grouper sous un même chef les avantages communs, nous dirons au corps médical de France : Le Cercle veillera aux intérêts de tous et de chacun; il cherchera par tous les moyens possibles à relever la dignité de la profession. Pour être admis et maintenu au nombre des membres de ce Cercle, une réputation intacte sera exigée; le Cercle donnera donc un brevet de moralité : il sera donc moralisateur. Il fera plus : il saura par des moyens certains anéantir ces parasites de la profession, ces hideux charlatans que leur incapacité ou leur immoralité a éloignés de toute profession régulièrement constituée. Le Cercle protégera les droits de chacun. Un médcin est-il injustement lésé dans l'exercice de sa profession, autour de lui le Cercle se serrera et le soutiendra dans son droit. Combien nous aurions à mentionner ici de questions qui sont pour les médecins des questions de vie ou de mort, ou tout au moins d'honnête aisance ou de misère. Ces questions devaient être traitées au Congrès; on connaît les sentiments qui ont dû alors en faire ajourner la discussion. Elles seront portées devant le Cercle pour être débattues au sein de la famille médicale. Problèmes difficiles, insolubles, si nous restons dans notre isolement; ces questions seront résolues, soyez en sûrs, par l'unité de vues, par la tradition de pensée dans l'association. Il y a en médecine deux ordres de choses à organiser : Les unes auxquelles le législateur seul a mission de pourvoir; les autres qui constituent en quelque sorte le milieu dans lequel vivent les praticiens que leur dévouement assujettit à tous les déplacements auxquels les soumet l'arbitraire du premier-venu qui les appelle. Dans ce milieu où s'agitent contre les médecins : ici, l'opinion qui exige d'eux un dévouement sans bornes; là, le mauvais vouloir des ingrats; de tous côtés, l'ignorance et la cupidité qui se substituent à la place de la science dans la reconnaissance de tant d'esprits crédules; dans cet état de désordre et de confusion, c'est par l'association que les médecins pourront faire cesser les amères injustices dont ils sont abreuvés; par l'association seule, ils seront mis en demeure de pratiquer leur désintéressement sans qu'on le tourne contre eux-mêmes. On saura que toujours prêts à offrir leurs sacrifices, il faut bien que, prêtres d'un pénible ministère, ils vivent de l'autel.

On comprendra maintenant pourquoi nous avons donné au Cercle le nom de CERCLE MÉDICAL DE FRANCE. C'est que dans son sein seront prises en considération les opinions, les désirs du corps médical en entier.

Par le concours de la presse médicale, qui dans cette circonstance nous a montré qu'elle ne faillirait pas à ses habitudes de sympathie pour les idées généreuses, les œuvres du Cercle rayonneront au loin dans les localités les plus reculées, les plus obscures de la France, qui toutes voudront être représentées dans ce mouvement de régénération médicale.

A l'heure qu'il est, la Commission d'organisation du Cercle a poursuivi son œuvre avec un succès qui ne laisse plus aucun doute sur la possibilité de donner un corps à l'association des médecins en France au moyen d'un Cercle siégeant au centre de Paris.

Des lettres ont demandé les noms des commissaires : nous répondrons par les listes des adhésions qui ont déjà paru, au nombre de sept, dans la *Gazette des Hôpitaux*, et par celles que nous avons encore à publier. On appréciera le sentiment qui nous a portés à confondre nos noms dans ces listes et à signer notre circulaire de tant de noms honorables.

Nota. Les adhésions seront reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine n° 24, ou au siége de la Commission du Cercle médical, boulevard Montmartre n° 12.

Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds des souscriptions dont le prix sera :

1° Pour les médecins de Paris, 20 fr., plus 10 fr. de droit d'entrée pour la première année seulement;

2° Pour les médecins des départements, 5 fr.

riétaux, le coronal et une portion de l'occipital manquent, et à leur place s'élève une tumeur qui paraît renfermer le cerveau. Cette tumeur est constituée par une membrane d'un aspect fibreux; au côté gauche de cette masse s'aperçoit une seconde tumeur, qui paraît renfermer de la matière cérébrale appartenant au lobe postérieur; elle a une couleur blanc-nacré. En arrière de ces tumeurs, qui sont mobiles et compressibles, on aperçoit la nuque parfaitement formée et qui doit contenir le cervelet, la protubérance annulaire et la portion bulbeuse de la moelle allongée. En avant et au-dessous de la tumeur on voit un rudiment de la face; la mâchoire supérieure est très imparfaitement développée; la voûte palatine est fendue, ainsi que le voile du palais; le nez est fendu, aplati, dévié à droite et plus développé de ce côté. A gauche, il n'y a qu'un rudiment de cet organe. A la place de la voûte palatine, on rencontre une portion membraneuse qui est adhérente d'une part aux os et de l'autre à la portion supérieure de la tumeur cérébrale. La bouche est complète, à l'exception de la lèvre supérieure qui manque et offre un bec-de-lièvre fort large; la langue existe dans son intégrité; la mâchoire inférieure est développée normalement et ses mouvements sont réguliers; les orbites manquent en partie. surtout à droite; les yeux existent à peine; les globes oculaires sont atrophiés; l'œil gauche est seul visible.

Le reste du corps est parfaitement conformé. Toutes les fonctions s'accomplissent d'une manière régulière. Au bout de deux jours la tumeur cérébrale s'échauffa, l'enfant commença à avoir quelques convulsions; tout annonçait un travail inflammatoire, qui finit par le faire succomber le sixième jour de sa naissance.

L'autopsie présenta beaucoup de faits curieux. Les os du crâne manquaient, et cependant on a trouvé les traces de l'organisation de la peau, du tissu cellulaire des enveloppes du cerveau, le cerveau lui-même; un détritus de membrane étrangère à la tumeur est flottant et appartient à l'amnios. La première dissection laisse apercevoir un rudiment de peau qui se continue avec celle du col; mais toutes ces parties étaient imparfaites d'organisation à mesure que l'on s'approchait du lieu d'adhérence placentaire. La peau est représentée par une pellicule à peine visible; les diverses membranes situées au-dessous sont plus ou moins adhérentes et à peine vasculaires; le cerveau manque de circonvolutions; enfin cette imperfection d'organisation qui est si bien démontrée par l'examen attentif, indique un arrêt de développement qui cesse aux parties centrales. On distingue parfaitement le cervelet, la protubérance et le bulbe rachidien; l'origine des nerfs est distincte, les artères sont peu développées et comme atrophiés au sommet de la tumeur.

L'injection artérielle a prouvé évidemment, ce qui est d'ailleurs reconnu généralement, que là où il y a atrophie d'organisation il y a aussi atrophie des vaisseaux. L'artère vertébrale, les artères méningées postérieures et moyennes, sont plus développées que les artères méningées antérieures.

L'examen attentif de la base du cerveau, et même de l'intérieur de toutes les cavités, donne aussi la preuve de cette multiplicité des vaisseaux, qui, au contraire, sont très rares au sommet de la tumeur en raison de la pauvreté d'organisation des membranes qui environnent ces parties difformes.

M. Belhomme résume les réflexions que lui ont suscitées les particularités anatomiques de cette autopsie, dans les propositions suivantes :

1° L'ectrogénie provient quelquefois d'une adhérence d'une partie quelconque des organes formés dans les premiers temps de la conception, avec les dépendances placentaires.

2° Ces organes ainsi suspendus n'acquièrent pas la forme et le volume ordinaire, ce qui cause la différence.

3° Il y a une coïncidence marquée entre le défaut de développement organique et l'atrophie des vaisseaux qui se rendent à ces tumeurs ectrogéniques.

4° Ce fait ne peut que corroborer l'opinion scientifique, au point de vue anatomique, physiologique et organique.

M. Roux donne, à cette occasion, quelques détails sur un fait semblable, dont il a eu récemment communication. Il offrait toutefois avec celui-ci cette différence, que l'encéphalocèle occupait seulement la portion postérieure du crâne. L'issue fut d'ailleurs la même.

— *M. Wanner*, médecin à Salbris (Loir-et-Cher), adresse une note relative à la phthisie pulmonaire qu'il désigne sous le nom de *pneumonie calculeuse*. Suivant lui, les tubercules des poumons ne seraient dus qu'à la présence des principes minéraux qui se trouvent déposés en excès dans ces organes. Préoccupé depuis longtemps de cette opinion, M. Wanner est allé habiter la Sologne, pays où il avait entendu dire qu'il n'existait pas de phthisiques, et il lui fut bientôt démontré, dit-il, que cela était exactement vrai. Ainsi, il n'y a ni phthisiques, ni scrofuleux, ni enfants affectés de carreau, mais dans une partie seulement de cette contrée, et il attribue l'absence de ces affections au manque de la chaux que l'on ne rencontre dans ce pays sous aucune forme.

— *M. Guyon* adresse d'Alger une note sur la nature de la maladie connue des anciens sous le nom de *scélotyrbe* ou *scéloturbe*.

M. Guyon conclut des recherches qu'il a faites sur ce sujet :

1° Que les accidents connus des anciens, sous le nom de scelotyrbe, ne sont autre chose qu'une des manifestations du scorbut.

2° Que leur véritable cause peut éclairer la nature de la maladie en général, en ce sens que, désormais, la difficulté des mouvements, tenant à des infiltrations musculaires, ne sera plus confondue avec celle qui se rattache à la débilité générale qui semble constituer le fond de la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Séance du 24 juin 1846. — Présidence de M. Monod.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Bérard* fait voir un malade auquel il a fait une injection iodée dans l'articulation du genou, qui était le siége d'une hydarthrose paraissant due à une altération des cartilages. Un très grand nombre de moyens, tant locaux que généraux, avaient été essayés successivement sans résultat; et comme cette tumeur empêchait complétement la marche, les chirurgiens de Reims qui soignaient le malade désespérant d'obtenir la guérison, l'envoyèrent à Paris. A son arrivée, le genou présentait un volume énorme et une fluctuation des plus évidentes. M. Bérard voyant que tant de moyens avaient échoué, se décida immédiatement pour la ponction. Il sortit par la canule du troisquart une humeur synoviale onctueuse et normale en grande abondance. Aussitôt après on fit une injection ainsi composée : 100 parties d'eau, 50 d'alcool, 5 d'iode pur et 5 d'iodure de potassium. Cela formait un liquide parfaitement limpide et sans précipité. La douleur fut modérée, et après quelques minutes de séjour l'injection fut évacuée. On appliqua sur la petite plaie de la ponction, qu'on avait eu le soin de faire très oblique, une bandelette de dyachilon, et par-dessus des compresses et une bande trempée dans l'eau froide. Cette opération fut faite le 6 mars. La réaction fut franche; le genou se tuméfia et arriva même à un volume plus considérable qu'avant la ponction, puis il diminua peu à peu. Au bout de quelque temps cette diminution s'arrêta, ou du moins resta stationnaire; et le 30 mars, vingt-quatre jours après la première ponction, M. Bérard en fit une seconde. Celle ci donna lieu à la sortie d'une sérosité rougeâtre sentant fortement l'iode, et contenant en grande quantité des corps ressemblant à du riz crevé, ou mieux, à certaines pâtes d'Italie dont on se sert pour faire des potages. Ils ne furent pas évacués en totalité à cause de la difficulté qu'ils avaient de passer à travers la canule du troisquarts. On fit ensuite le même pansement que la première fois. Le genou ne s'est pas tuméfié, et depuis cette époque jusqu'à présent, il ne s'est pas produit de nouvelle formation de liquide.

Le 15 avril, on appliqua un bandage dextriné pour assurer l'immobilité du membre; il a été retiré vers le 8 mai, et on l'a remplacé par des bandes roulées. Le malade alors s'est levé et a marché dans les cours de l'hôpital. Il y a dix jours qu'il en est sorti, et depuis il a fait d'assez longues courses dans Paris. On constate qu'il n'y a pas de liquide dans le genou, qui conserve seulement un peu plus de volume que celui du côté opposé; ce que M. Bérard attribue au gonflement des os et des parties molles, auquel contribue un certain épanchement de lymphe plastique. On voit ainsi qu'il y a un peu de mobilité de la jambe sur la cuisse.

M. Cullerier dit qu'ayant fait récemment, dans le service dont il est chargé à l'Hôtel-Dieu, une injection de teinture d'iode dans la cavité d'un abcès froid idiopathique, il y a eu une réaction très forte, et qu'au bout de dix jours, la tumeur restant très volumineuse, il a donné un second coup de troisquarts, qui a amené l'issue d'une sérosité rougeâtre exhalant une odeur prononcée d'iode et contenant de petits corps semblables à ceux dont M. Bérard vient de parler, et qu'aussitôt après cette évacuation, la résolution de la tumeur marché rapidement vers la guérison.

— *M. Monod* met sous les yeux de la Société les artères et les veines iliaques externes et fémorales provenant d'une femme de son service morte de gangrène spontanée à la suite de couches, et dont voici l'histoire :

Madame S..., âgée de vingt-huit ans, marchande au Temple; tempérament lymphatique; bonne santé habituelle; menstruation assez régulière; enceinte pour la première fois, elle est accouchée il y a cinq semaines. L'accouchement fut naturel est assez prompt; mais il fut immédiatement suivi d'une hémorrhagie très considérable, qui nécessita la délivrance immédiate et s'arrêta aussitôt après l'extraction du placenta, qui ne fut pas complète, et dont une portion resta dans la matrice cinq ou six jours. A cette époque, il survint une péritonite; elle fut légère et céda en huit jours aux onctions mercurielles, sans qu'on eût employé les émissions sanguines. Elle était convalescente de cette péritonite, se levait et mangeait, quand elle fut prise de douleurs vives dans le pied droit. Tout le membre correspondant paraissait parfaitement sain; pas d'œdème ni d'engorgement inguinal; seulement la jambe et le pied étaient un peu refroidis (ouate; baume de Fioraventi en frictions). Les douleurs augmentèrent, et, quatre jours après, les orteils et le reste du pied se couvraient de phlyctènes sans que l'état général parût s'altérer notablement.

Le 16 juin, dix jours après le début du mal, le pied et la jambe, jusqu'au milieu du mollet, sont noirs et insensibles; la peau a une consistance assez forte, tout en laissant exsuder un liquide noirâtre et fétide en petite quantité. La peau du genou présente des plaques irrégulières d'un rouge livide. La malade ressent des élancements qu'elle rapporte au pied et aux orteils. On ne sent pas les battements de l'artère poplitée; ceux de la crurale sont sensibles, mais beaucoup plus lents que ceux de la radiale. L'état général est assez bon; langue humide et rosée; peu de soif, assez d'appétit; ventre un peu sensible à la partie inférieure; selles régulières; respiration bonne, pouls petit et fréquent. — Poudre de camphre; charbon et quinquina; vin de quinquina; limonade vineuse; extrait thébaïque.

Le 19, la mortification monte, le pouls est plus petit et plus fréquent; il y a plusieurs selles diarrhéiques. — Riz; diascordium.

Le 20, la diarrhée cesse. Dans la journée, la malade est prise tout à coup de suffocation avec sentiment de constriction au larynx, et d'une espèce de trismus avec dysphagie. — Friction avec un liniment éthéré à la belladone.

Le 21, ces symptômes vont en augmentant, et la malade meurt asphyxiée.

Autopsie trente heures après la mort. — A l'ouverture du ventre, on voit que les viscères adhèrent aux parois par le péritoine épaissi, couvert d'exsudations plastiques au niveau de la région hypogastrique et iliaque droite. Le cœcum baigne dans le pus. Ce foyer communique avec un autre, dans lequel se trouve la trompe et l'ovaire du côté droit ramollis et hypérémiés; ce second foyer est circonscrit par l'utérus, le cœcum et quelques anses de l'intestin grêle. L'ovaire gauche a le volume d'une noix; en le pressant, il laisse échapper un peu de pus par une crevasse. Il n'y a pas d'épanchement purulent de ce côté ni dans le reste de l'abdomen. Les viscères sont sains. L'utérus est parfaitement revenu à son volume normal. Son tissu est un peu ramolli et hypérémié, Les artères iliaque primitive, iliaque externe et fémorale ne sont nullement altérées dans leurs parois; seulement, au niveau de l'aine, dans un espace de trois centimètres environ, la fin de l'iliaque externe et le commencement de la crurale adhèrent intimement aux veines, et à ce niveau la lumière du vaisseau est obturée par un caillot gris-rougeâtre, de consistance ferme. La veine fémorale dans ses trois quarts inférieurs, et ses collatérales sont remplies d'un caillot rouge-noirâtre, peu consistant; leurs parois sont un peu épaissies, sans altération de consistance. Les veines fémorale, au quart supérieur, iliaque externe et hypogastrique sont très volumineuses, et représentent un cylindre plein à la vue et au toucher. En les incisant, on trouve leurs parois épaisses, ramollies, noires, sans perforations; leur cavité remplie par une série de caillots non interrompue, d'une couleur variant du rouge au gris-jaune, paraissant en certains points et surtout au niveau de l'aine, là où il y avait un caillot dans l'artère, infiltrés d'un liquide grisâtre semblable à du pus. La veine cave est saine, et contient une grande quantité de sang. L'incision des parties sphacélées permet de reconnaître un abcès dans les muscles du mollet.

M. Monod pense que, dans ce cas, la gangrène a été plutôt produite par l'oblitération de la veine que par celle de l'artère.

— On procède au scrutin pour le renouvellement du bureau. Sont successivement nommés :

MM. Lenoir, président.
Chassaignac, vice-président.
Cullerier, secrétaire.
Gosselin, vice-secrétaire.
Robert, trésorier.

Le comité de publication, également nommé au scrutin, se compose de MM. Michon, Monod et Cullerier.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE GÉNÉRALE.

Implantation du placenta au col. — La Clinique de Montpellier publie un cas curieux dû au docteur Demolins, de La Cadière (Var).

Une femme de trente-huit ans environ, arrivée au huitième mois de grossesse, éprouvait depuis deux mois des pertes assez fréquentes, mais qui n'étaient pas très fortes et qui ne duraient qu'un jour ou deux. A cette époque, une hémorrhagie plus abondante que les précédentes se déclara le soir. La sage-femme appelée prescrivit des réfrigérants à l'extérieur. Vers le matin, voyant que l'hémorrhagie devenait plus forte, on me fit appeler.

A cinq heures du matin, j'arrivai auprès de la malade. La femme ne parlait que par intervalles et d'une voix faible; le pouls était petit, la face et tout le corps décolorés. La quantité de sang qu'elle pouvait avoir perdue me parut très grande. Le toucher me fit reconnaître un commencement de dilatation. Le doigt introduit dans l'orifice rencontra un corps mou, volumineux, et qui ne pouvait être entamé comme l'aurait été un caillot de sang. Tout me faisait penser que c'était une hémorrhagie par insertion du placenta sur le col. Je continuai pendant quelques instants encore les applications froides; je donnai une position convenable à la femme; je lui fis respirer l'air frais, et je tamponnai le vagin. Je ne tardai pas à m'apercevoir que tous ces moyens étaient insuffisants.

Le sang traversait les linges dont je m'étais servi pour tamponner; des syncopes survenait après chaque douleur. Pensant alors que le seul moyen de sauver la femme, c'était de terminer l'accouchement en pratiquant la version aussitôt que le permettrait la dilatation du col, je fis dire au docteur Flory de se rendre immédiatement auprès de la malade. Une demi-heure après, il arriva, examina la femme, reconnut le placenta sur l'orifice et pensa qu'il fallait faire la version. Peu de temps après l'administration de l'ergot, les douleurs avaient augmenté, et dans ce moment l'orifice pouvait permettre d'introduire la main.

Je me disposai à faire l'accouchement; le placenta était décollé dans la moitié de sa circonférence; il me fut donc facile d'introduire la main dans l'utérus en le renversant. Je saisis facilement les deux pieds, car les membranes ne furent rompues qu'au moment où je les reconnus, et je pus faire ce que l'on nomme une version brusquée. Je sentais en opérant des tractions sur les membres inférieurs que l'utérus se contractait. La tête arriva rapidement au détroit inférieur, et son dégagement ne se fit pas attendre. Quelques légères tractions sur le cordon amenèrent l'arrière-faix; l'utérus revint sur lui-même avec rapidité, et l'hémorrhagie s'arrêta.

L'enfant était mort; sa peau était décolorée absolument comme celle de sa mère; il paraissait exsangue. Pendant que j'opérais la version, la femme ne donnait d'autres signes de vie qu'une respiration rare, et un froid glacial s'était répandu sur tout son corps. Peu à peu la chaleur revint à la périphérie; quelques cuillerées d'une potion cordiale relevèrent les forces circulatoires, et la malade ne conserva de cet accident qu'une grande pâleur et de violentes céphalalgies, qui cédèrent aux préparations de fer et d'opium.

Stéatome datant de quarante ans, extirpé avec succès sur un vieillard de 72 ans. — Cette observation, publiée par le docteur Dupierre dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et dont nous allons donner un extrait, a présenté certaines circonstances insolites qui doivent la rendre intéressante pour les praticiens.

Après une chute sur le dos, M. Estivant de Braux, maire de Givet, vit se développer une tumeur, qui, prenant un accroissement continu, finit par acquérir, dans l'espace de quarante ans, un volume extraordinaire. Il vint à Paris consulter quelques chirurgiens, qui ne furent pas du même avis relativement à la nécessité de l'opération. Dans une grande incertitude sur ce qu'il devait faire, il s'en retourna avec sa difformité. La tumeur faisant toujours des progrès, occupa bientôt l'espace compris entre la deuxième vertèbre dorsale et la deuxième lombaire; elle était mobile sur les muscles dorsaux, et sillonnée par des veines variqueuses. A la partie inférieure et un peu à gauche, on sentait quelques tumeurs assez grosses donnant lieu à des douleurs lancinantes. La circonférence de la base de la tumeur était de 80 centimètres, la courbe qui en mesurait la hauteur de 55, et celle de droite à gauche de 33.

Après plusieurs applications topiques, la peau s'ulcéra à la partie inférieure; il s'écoula, pendant deux ans et trois mois, une grande quantité de liquide ichoreux qui soulagea le malade. Ce liquide devint tellement fétide que le malade répandait une odeur très désagréable, et dépérissait tous les jours.

La seule chance de salut fut tentée. Le 1er avril 1844, le malade se soumit à l'opération, qui fut faite du reste selon les règles ordinaires, et qui ne présenta rien de particulier. Quelques-unes des tumeurs squirrheuses ne furent pas enlevées, pour ne pas prolonger plus longtemps une opération aussi douloureuse; ces tumeurs cédèrent, du reste, à une compression méthodique, et aussi, sans doute, à la disparition de la cause qui leur avait donné naissance. Cette tumeur, qui était de nature stéatomateuse, pesait sept livres.

Les suites de l'opération furent assez simples, peut-être sans doute à cause de l'état de faiblesse dans lequel se trouvait le malade. La plaie était cicatrisée au bout de six semaines. Il y a vingt mois que l'opération a été faite, et il ne reste plus au malade que le souvenir de la tumeur.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des yeux; par M. le Dr Laugier.

M. Laugier avait dans son service, à l'hôpital Beaujon, plusieurs maladies des yeux qui lui paraissaient favorables aux expériences qu'il voulait faire avec la térébentine : ces maladies étaient des conjonctivites dites catarrhales, tant aiguës que chroniques, des kératites, des tylosis, des dacryocystites, etc.

Ces diverses maladies étaient déjà traitées par le collyre au nitrate d'argent, et, par conséquent, tous ces cas offraient l'avantage de permettre d'emblée d'apprécier comparativement l'action de la térébenthine. En conséquence, il fit préparer un collyre d'après la formule suivante :

Térébenthine de Venise,	20 grammes;
Essence de térébentine,	10 grammes.

Faire chauffer lentement la térébenthine dans un mortier de marbre, et, lorsqu'elle est devenue fluide, ajouter l'essence par petites portions et en remuant toujours.

On instille, matin et soir, trois ou quatre gouttes de ce collyre entre les paupières.

Dès les premiers jours de l'emploi de ce médicament, son action fut bienfaisante et sembla préférable à celle de l'azotate d'argent, employé à la dose de 15 centigrammes par 30 grammes d'eau distillée.

M. Laugier a continué ses essais sur des malades arrivés à l'hôpital avec des maladies aiguës de la conjonctive et de la cornée, et n'ayant encore été soumis à aucun autre traitement. Le nombre de ces malades est déjà assez considérable, et les essais avec la térébenthine assez multipliés pour permettre à ce chirurgien de certifier le bon effet et l'entière innocuité de ce moyen dans les cas où il en a tenté l'emploi.

Sans doute M. Laugier est loin de croire que la térébenthine en collyre puisse réussir dans tous les cas; mais il suffit qu'elle soit utile dans quelques-uns pour qu'il juge convenable de la signaler aux praticiens comme une application utile. Il affirme qu'il n'y a pas un seul malade qui ne se soit loué de son emploi, et que quelques-uns même l'ont pressé d'y revenir, lorsque, pour mieux juger de son efficacité, il en interrompit l'usage pendant un ou deux jours.

M. Laugier a mélangé l'huile essentielle de térébenthine à la térébenthine de Venise, et il serait facile, dit-il, de l'associer aux corps gras pour s'en servir en pommade.

Il a dû aussi l'essayer pure, car il voulait vérifier si, de cette manière, son action ne serait pas plus puissante, plus rapide, sans être nuisible; elle détermine, seule, une douleur beaucoup plus forte, et elle a sensiblement ravivé l'inflammation dans un ou deux cas; dans la plupart, il a dû revenir au mélange de l'essence et de la térébenthine de Venise, et, en somme, il croit ce mélange préférable. Toute-

fois, il ajoute qne quelques maladcs ont supporté l'essence pure sans éprouver d'inconvénient notable; que deux lui ont attribué une amélioration plus marquée dans leur vision, et qu'il compte même en continuer l'emploi dans le traitement des taies, lorsque la conjonctivite est dissipée.

Efficacité de la créosote dans les cas d'affections papuleuses; par M. le docteur Max. SIMON.

M. Max. Simon vieut de publier une note relative au traitement des affections papuleuses lorsqu'elles sont passées à l'état chronique et qu'elles semblent être devenues une sorte d'habitude morbide de l'organe qui en est le siége. Alors, les changements qu'apportent nécessairement dans la constitution l'âge et toutes les révolutions de la vie n'exercent aucune influence sur ces maladies. C'est que, dans les cas de ce genre, dit M. Simon, la maladie est devenue essentiellement locale, c'est qu'elle ne dépasse point les limites de l'organe dans lequel elle siége; c'est qu'elle n'a aucune racine dans les grands foyers de la vie. Elle n'est donc plus qu'une sorte d'habitude morbide invétérée de l'appareil tégumentaire externe, contre laquelle les moyens ordinairement employés se montrent impuissants. En un mot, c'est un traumatisme anatomique pur, qui n'appelle qu'une simple médication topique.

M. M. Simon pense que dans les cas de ce genre il faut employer, non pas des modificateurs de plus en plus énergiques, mais bien celui qu'appelle la sensibilité particulière, l'état organique spécial de la peau dans une affection cutanée donnée. L'agent qne propose ce médecin est la créosote, qu'il regarde, non comme un moyen infaillible et qui doive réussir dans tous les cas d'affection papuleuse, mais comme modifiant quelquefois avantageusement l'enveloppe cutanée malade. Ce médicament lui paraît surtout agir en opérant une cautérisation lente qui dessèche la surface du tissu avec lequel il est mis en contact.

La forme sous laquelle M. Simon prescrit la créosote dans les cas en question, est celle d'une pommade préparée d'après la formule suivante :

Axonge,	32 grammes.
Créosote,	1

M. et F. S. A. une pommade bien homogène.

Tous les jours le malade se frictionne les points de la peau où l'éruption a son plus haut degré d'intensité, en évitant seulement les parties où l'inflammation est très vive.

Sous l'influence de cette médication, on voit, dans l'espace de quelques jours, la démangeaison disparaître, les écailles furfuracées se détacher des points malades, et la peau se nettoyer complétement.

Sur la préparation des pilules de caoutchouc pour l'administration interne de cette substance contre la phthisie; par M. LEROY, pharmacien.

Nous avons les premiers fait connaître, en France, l'application toute récente qu'un médecin allemand a fait de cette substance au traitement de la phthisie pulmonaire tuberculeuse confirmée. Depuis notre publication, cette nouvelle médication a acquis un certain degré de vogue, et les pharmaciens ont dû chercher les moyens d'amener facilement le caoutchouc à l'état pilulaire.

Ainsi, dans le numéro d'avril 1846 du Journal de Pharmacie et de Chimie, M. F. Boudet a publié à ce sujet la note suivante :

« Ayant reçu depuis quelques jours plusieurs ordonnances prescrivant des pilules de caoutchouc, je me suis d'abord trouvé embarrassé pour donner au caoutchouc la forme pilulaire; mais, après quelques essais, j'y ai réussi par le procédé suivant : J'ai passé rapidement, sur ma râpe fine, un morceau de caoutchouc; cette substance, divisée et échauffée tout à la fois par l'action de la râpe, a pu être facilement dosée, et réduite entre les doigts en petites masses assez régulièrement agglutinées. J'ai donné à ces masses la forme pilulaire en les enveloppant d'une pâte faite avec un peu de farine et d'eau. »

M. Leroy, pharmacien belge, à qui l'on demande également des pilules de caoutchouc depuis quelque temps, ne délivre point cette substance sous la forme pilulaire.

Les guérisons signalées ayant été obtenues avec le caoutchouc pris en nature, ce pharmacien a cru bien faire en ne cherchant pas à lui associer de substances étrangères pour lui donner la forme de pilules, et encore moins à lui appliquer la chaleur que l'on ne peut éviter par l'action de la râpe. Voici comment il agit : il prend un morceau de caoutchouc qu'il coupe en lanières épaisses de 4 à 5 millimètres, puis il décompose ces dernières à la distance également de 4 à 5 millimètres, suivant le poids que doivent avoir ces petits morceaux.

Comme ce n'est pas à la forme, mais bien plutôt à un médicament efficace que tiennent les praticiens, M. Leroy croit remplir un devoir en faisant connaître à ses confrères le moyen qu'il met en usage pour délivrer ce médicament. Du reste, il ajoute qu'il est encore facultatif aux pharmaciens de donner le caoutchouc sous forme pilulaire, en enveloppant les petits cubes, obtenus comme il vient d'être dit, d'une pâte de farine et d'eau, ainsi que l'a dit M. F. Boudet.

Formule de pilules antiasthmatiques; par M. le docteur LIPPICH, de Padoue.

Asa fœtida,	4 grammes.
Fleurs de zinc,	50 centigrammes.
Extrait de jusquiame,	40 centigrammes.
Extrait de réglisse,	q. s.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène et de consistance convenable, qui devra être divisée en trente pilules bien égales et argentées,

M. le professeur Lippich a retiré un avantage signalé de l'administration de ces pilules dans un cas d'asthme nerveux avec dilatation et hypertrophie du cœur, compliqué d'emphysème pulmonaire.

Il faisait prendre au malade quatre de ces pilules toutes les deux heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement de la hernie ombilicale chez l'enfant. — M. le docteur Chicoigne, de la Chapelle-sur-Loire, nous adresse une lettre sur la question radicale de la hernie ombilicale chez les jeunes enfants ; après avoir examiné succinctement les différents bandages conseillés pour maintenir cette hernie, et les différents procédés opératoires auxquels on a cru devoir recourir pour en tenter la guérison, M. Chicoigne, frappé de leur inefficacité, propose le moyen suivant, dont nous extrayons la description textuelle de sa communication.

Voici comment je procède : L'enfant, préalablement couché sur le dos, soit sur un lit résistant, soit sur les genoux d'un aide, sa tête et sa poitrine étant un peu relevés, je réduis d'abord avec soin toutes les parties herniées ; puis, saisissant entre le pouce et le doigt indicateur de l'une ou l'autre main toute la peau qui recouvre la face externe du sac intermédiaire, je la comprime de manière à lui faire former un pli longitudinal ; je fais ensuite frotter entre mes doigts, l'une contre l'autre, les parois du sac herniaire, afin de m'assurer si quelques portions d'intestin ou d'épiploon ne seraient point engagées entre elles ; alors je pince, à un demi-centimètre environ du ventre, le pli formé par la peau, entre deux morceaux de bois (de 12 centimètres de longueur chaque et de 1 centimètre d'épaisseur) garnis d'un linge fin, fixé avec solidité; je les serre ensuite l'un contre l'autre au moyen d'un fil ciré, avec lequel je fais plusieurs tours à chaque extrémité; la compression exercée, quoique modérée, doit être assez forte pour maintenir les parties reduites et tenir les parois du sac en contact immédiat. Ces morceaux de bois doivent être aplatis sur leur face correspondantes, afin qu'ils puissent embrasser une plus grande étendue de peau ; une compresse double, fendue jusqu'à sa partie moyenne, est placée entre l'appareil et le ventre de l'enfant afin d'éviter l'irritation qui pourrait survenir à la peau par son contact avec le bois ; un bandage de corps maintient le tout en place. Pour plus de solidité, j'ai l'habitude de fixer, au moyen de quelques points d'aiguilles, les extrémités des morceaux de bois ou bandage de corps. Cet appareil ainsi appliqué doit rester en place six à huit jours, temps nécessaire pour que l'inflammation adhésive puisse se produire, et la portion de peau qui dépasse l'appareil se mortifier. On panse ensuite simplement avec un linge fin enduit de cérat, renouvelé deux fois le jour; le bandage de corps avec une petite compresse sur l'ombilic, complète le pansement. Il est nécessaire de continuer l'emploi du bandage au moins trois mois après la guérison, la cicatrice n'étant pas assez résistante pour être abandonnée de suite aux seuls efforts de la nature. Au bout de quinze jours ou trois semaines environ, le petit abcès résultant de la chute de la portion de peau mortifiée est guéri. Les enfants supportent toujours très bien ce petit appareil, qui ne trouble ordinairement pas leur gaieté ni leur sommeil. Il est utile de le surveiller les premiers jours de son application, afin de resserrer les fils s'ils venaient à se relâcher et fixer le tout solidement ; quand il est bien appliqué, il ne se déplace ordinairement pas.

J'ai employé ce moyen curatif sur cinq enfants, il a été suivi chez tous d'un plein succès. Chez deux, la hernie avait le volume d'un œuf de poule et existait depuis treize mois, âge des deux enfants; les trois autres avaient de quatre à neuf mois. Chez tous ces enfants, que j'ai revus plusieurs fois depuis l'opération, l'ombilic est très résistant, et même chez quelques-uns légèrement rentré en dedans, comme chez ceux qui n'ont jamais eu de hernies. Tous ces petits enfants avaient été soumis sans succès à différents bandages, dont les parents avaient fini par se lasser à cause de leur peu d'efficacité.

NÉCROLOGIE.

M. Souberbielle est mort le 10 juillet, à l'âge de 92 ans. Né à Pontacq (Basses-Pyrénées) le 19 mars 1754, d'une famille alliée à celle de frère Côme, M. Souberbielle vint à Paris en 1774, et se trouva placé sous l'égide de frère Côme et de son neveu Pascal Baseilhac. Il suivit pendant sept années les leçons de Desault, et fut interne à l'Hôtel-Dieu.

Héritier des instruments et de la réputation de frère Côme, M. Souberbielle a toujours professé une prédilection marquée pour la taille par le haut appareil, et a soutenu une longue et vive polémique contre les partisans trop exclusifs de la lithotritie. Il a jusque dans les dernières années de sa vie conservé une sûreté de main qui n'est ordinairement le partage que de la jeunesse, et continué à pratiquer l'opération de la taille.

Les obsèques de M. Souberbielle ont eu lieu hier dimanche, 12 juillet, au milieu d'un nombreux concours de médecins et d'amis.

La fabrique des instruments orthopédiques ne doit pas être confondue avec celle des instruments de chirurgie; car l'orthopédie proprement dite a pour but spécial de remédier aux difformités du corps humain par l'application d'appareils combinés, d'après les indications de la science. La maison du sieur BÉCHARD, rue de Tournon, 15, à Paris, est une de celles qu'ont le plus avantageusement fait connaître les récompenses qui lui ont été décernées par les jurys des expositions de 1839 et 1844. Aussi nous faisons-nous un devoir de la signaler de notre côté aux savants praticiens que nous comptons au nombre de nos lecteurs.

Nous recommandons d'une manière toute particulière les Bouts de Sein et les Biberons en Tetine de madame BRETON; les personnes qui en feront usage n'auront que des remercîments à nous adresser.

Les nombreuses Médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 83. TOME VIII. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.—M. BAILLARGER.

Clinique sur les maladies mentales.

Nouvelles considérations sur la paralysie générale incomplète.

(Suite du numéro du 9 juillet.)

C. LÉSIONS DE L'INTELLIGENCE. — Chez quelques malades, ces lésions consistent simplement dans un affaiblissement de plus en plus marqué des facultés intellectuelles; c'est-à-dire qu'il existe chez eux de la démence, mais point de délire. Ces malades restent calmes et paisibles ; ils succombent sans avoir été agités un seul instant.

On ignore, et on ignorera probablement toujours la proportion exacte de paralytiques atteints de démence simple, parce qu'ils restent presque tous dans leur famille, où ils meurent sans avoir pu servir à la statistique.

Chez d'autres, il y a du délire ; mais toujours ce délire, quelle que soit sa forme, est accompagné, dès le début, de signes de démence.

La paralysie générale avec délire maniaque s'observe surtout chez les sujets jeunes, pléthoriques et sanguins.

La monomanie est la forme du délire la plus fréquente chez les paralytiques, et surtout la monomanie ambitieuse. Mais les monomanes ordinaires diffèrent des monomanes paralytiques par leur opiniâtreté à soutenir leurs idées. Certains principes une fois posés, ils en font découler des conséquences fort justes et très logiques. Les monomanes paralytiques, au contraire, à cause de la perte de la mémoire, n'ont pas de suite dans les idées, ils font des erreurs grossières et se contredisent à chaque instant. Quant à la fréquence du délire ambitieux, les mauigraphes ne sont pas d'accord. M. Bayle pense qu'on le retrouve toujours ou presque toujours; M. Parchappe, chez un quart; MM. Aubanel et Thore, chez un tiers des sujets atteints de paralysie générale.

Il faudrait, pour arriver à un résultat exact :

1° Ne faire porter les relevés que sur les paralytiques atteints de délire.

2° Suivre les individus pendant toute la durée de la maladie; car quelques malades qui, au début, n'ont pas d'idées de grandeur, en offrent plus tard, et *vice versa*. La nommée D... nous en offre un exemple des plus tranchés. Il y a deux ans, reine et propriétaire de meubles en or, elle est aujourd'hui de la plus grande humilité, et présente tous les signes de la mélancolie.

3° Tenir compte des nuances. Ce genre de délire peut, en effet, varier depuis la simple exagération jusqu'aux idées les plus déraisonnables. Tel paralytique se contentera de faire admirer la beauté de ses meubles, de ses habits, fort simples en réalité; tel autre se croira millionnaire, roi, empereur, Dieu, etc. ; il formera les projets les plus extravagants.

Les autres formes de délire sont assez rares chez les paralytiques. Il existe cependant dans la science quelques cas de lypémanie avec suicide chez des paralytiques. Les hallucinations se rencontrent aussi quelquefois ; il en existe en ce moment deux exemples dans notre service. Ce sont surtout des hallucinations de la sensibilité générale qu'on observe chez ces malades.

On voit aussi s'affaiblir peu à peu, puis s'abolir complétement, les facultés affectives ; c'est avec une profonde indifférence que la plupart des paralytiques revoient les personnes qu'ils ont le plus chéries ; ils restent impassibles à la joie et à la douleur de leurs proches; ils les quittent sans même leur dire adieu.

Lésions des fonctions nutritives.

Dans la première période, toutes les fonctions végétatives s'exécutent en général fort bien ; l'appétit est souvent vorace. Plus tard, les déjections deviennent involontaires ; des malades jusque-là fort propres finissent par gâter; mais, chose assez curieuse, que j'ai constatée pour la première fois à la Salpêtrière, certaines femmes, avant que la paralysie des sphincters ne soit devenue définitive, ne gâtent qu'à l'époque menstruelle.

Quand la maladie est arrivée tout à fait à la fin de la dernière période, on voit quelquefois le pharynx lui-même être frappé de paralysie, les aliments s'accumuler à sa partie supérieure, et déterminer l'asphyxie.

Enfin, chez certains malades, l'embonpoint finit par faire place à la maigreur ; celle-ci se change bientôt dans le marasme le plus avancé ; des taches gangréneuses se forment au sacrum, aux coudes, sur les grands trochanters, et même sur les points du corps qui ne supportent aucune pression. Cette tendance à la gangrène s'étend même jusque sur les muqueuses. J'ai vu, chez une malade, la muqueuse palatine complétement mortifiée tomber en lambeaux.

Dans les derniers jours, survient souvent une diarrhée que rien ne peut arrêter, et à laquelle les malades succombent.

Tels sont les symptômes de la paralysie générale. Examinons l'ordre dans lequel ils se succèdent. La maladie s'annonce le plus ordinairement, suivant M. Bayle, par un léger embarras de la parole. Je partage complétement son opinion à cet égard. J'ai pu, en effet, annoncer un assez grand nombre de fois l'invasion plus ou moins prochaine d'une paralysie générale chez des personnes qui n'offraient encore que ce symptôme prodromique. Après l'embarras léger de la parole, il faut citer une tendance marquée à l'assoupissement ; un peu de démence, qui commence à poindre par un affaiblissement de la mémoire.

Les individus perdent alors l'aptitude nécessaire pour remplir les devoirs de leur charge ou de leur profession. Ils ne peuvent plus s'élever aux combinaisons d'esprit les plus simples. L'incohérence commence à percer dans leurs discours.

Chez quelques individus on observe, un an ou plus avant le début de la maladie, une *perte des facultés génitales*. Parmi les observations de ce genre que j'ai recueillies depuis quelques années, je citerai, entre autres, celle d'un ouvrier peintre qui, autrefois, très porté à l'acte générateur, avait, pendant les deux années qui ont précédé l'invasion de la maladie, couché auprès de sa jeune femme sans montrer le moindre penchant vénérien ; cet homme est mort paralytique à Bicêtre.

Depuis que j'ai indiqué ce signe prodromique de la paralysie générale incomplète, plusieurs faits m'ont été communiqués qui confirment pleinement ceux que j'ai moi-même observés. Un jeune médecin me rapportait, il y a quelques jours, qu'un de ses proches parents, mort de paralysie générale incomplète, s'était souvent plaint de cette perte des facultés génitales avant le début de la maladie. Chez la plupart des sujets menacés de paralysie générale incomplète, on observe enfin de *légers tremblements des membres* et fréquemment des *congestions cérébrales*, dont quelques-unes ne provoquent d'autre symptôme que l'abolition momentanée de la parole.

Une question se présente maintenant : Les lésions de l'intelligence précèdent-elles ou suivent-elles les lésions des mouvements ?

Il faut, pour arriver à la solution exacte de ce problème, se mettre en garde contre certaines causes d'erreur ; et d'abord, ne pas accepter, les yeux fermés, tous les renseignements donnés par les parents à ce sujet. Ceux ci, en effet, s'aperçoivent immédiatement des moindres désordres intellectuels ; les lésions légères des mouvements, que des praticiens exercés sont seuls à même de reconnaître, leur échappent, au contraire, le plus souvent, aussi la plupart d'entre eux vous affirment-ils avec une conviction des plus persuasives que leurs proches ont déraisonné bien longtemps avant d'être atteints de paralysie. Les documents ainsi obtenus ne peuvent donc être d'aucune utilité.

Ensuite, il est très important de distinguer l'espèce de lésion des facultés intellectuelles qui a précédé. En effet, en admettant quelquefois que les lésions de l'intelligence précèdent celles des mouvements, faudra-t-il en conclure que la paralysie générale incomplète n'est qu'une complication de la folie, qui resterait ainsi la maladie principale et primitive ? Nous croyons que, dans beaucoup de cas, ce serait commettre une erreur., et nous faisons, sous ce rapport, une distinction que nous croyons importante. Si les lésions de l'intelligence n'ont précédé que de peu de temps, si elles ne consistent qu'en des signes de démence ou de monomanie ambitieuse, on devra regarder le délire comme purement symptomatique de la paralysie générale incomplète. On pourra, au contraire, regarder cette affection comme une complication de la folie, seulement dans les cas où elle succédera à un délire datant déjà de plusieurs années et n'ayant point offert la forme spéciale qui présente chez les paralytiques.

M. Calmeil ne cite qu'un seul cas où la folie ait précédé de très longtemps (treize ans) la paralysie. Pour moi, je suis convaincu que la paralysie précède presque toujours le délire, et je regarde comme exceptionnels les cas dans lesquels les symptômes se succèdent dans un ordre inverse.

Marche. — Elle est très irrégulière ; quelques malades restent très longtemps à la première période, d'autres pré-

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN ;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

QUATRIÈME CHAPITRE. (Suite.) — *Maladies des femmes. (Aménorrhée, dysménorrhée, métrorrhagie, hémorrhoïdes, stérilité.)*

Hémorrhoïdes. — Pour être conséquent avec la méthode que nous avons adoptée, nous rapprocherons des flux métrorrhagiques d'autres évacuations qui, pour différer de siége, ne s'en rapprochent pas moins par leur nature et leurs symptômes. Les hémorrhoïdes critiques qui jugent les affections hypocondriaques seront l'objet d'un long examen; celles qui se rattachent aux maladies goutteuses seront aussi étudiées en leur lieu ; il nous reste à traiter ici brièvement des hémorrhoïdes idiopathiques. Sous ce nom nous désignons les congestions anales dont la venue ne semble coïncider avec aucun trouble général. Ce sont ordinairement les plus abondantes. Les individus que ces sortes d'hémorrhoïdes affectent de préférence sont d'un tempérament sanguin plutôt que pléthorique ; ils n'éprouvent dans les longues rémissions de la maladie aucun accident qui puisse la faire prévoir, et ne présentent pas, même à un faible degré, les caractères auxquels se reconnaissent les congestions veineuses du bas-ventre. Tout au plus un ou deux jours avant que l'évacuation ne s'établisse, ils se plaignent de maux de tête, de somnolence, de pesanteur des paupières ; bientôt une démangeaison ou une douleur légère analogue à celles que produisent les marches forcées, les avertit du flux qui va paraître. A la première garde-robe, ils perdent, à la suite des matières, quelques gouttes de sang. Cette première évacuation n'apporte qu'un soulagement passager ; les accidents locaux redoublent ; la tension de la muqueuse provoque des envies fréquentes d'aller à la selle, et les efforts souvent répétés finissent, en augmentant la congestion, par amener un flux plus considérable. Tout rentre alors dans l'ordre accoutumé jusqu'à ce que les mêmes circonstances amènent une pareille terminaison. Tant que les choses en restent à ce point, l'intervention du médecin est inutile ; la nature fait à elle seule les frais de la guérison.

Mais des complications peuvent survenir, et ce sont exactement les mêmes que nous avons signalées à propos de la menstruation : l'écoulement hémorrhoïdal est supprimé ; il diminue ou devient excessif.

La suppression du flux, lorsqu'elle ne détermine aucun trouble, est une circonstance favorable dans les conditions particulières que nous avons désignées et dans celles-là seulement. Lorsqu'elle ne s'accomplit pas si heureusement, les accidents qu'elle entraîne sont ceux des congestions actives vers la tête ou vers la poitrine ; le pouls est fort et large ; le visage et les yeux sont injectés ; en un mot, le malade est devenu pléthorique. Les saignées ou la diète suffisent pour guérir ces dispositions ; mais pour peu qu'elles se répètent, il faut recourir à d'autres moyens. On songe alors à prescrire les eaux minérales, et comme elles ont pour effet d'exagérer l'écoulement des hémorrhoïdes, leur usage semble parfaitement indiqué. Cependant elles ne sont pas exemptes de dangers, et pourraient aussi bien provoquer toute autre hémorrhagie que celle dont le médecin veut hâter l'apparition. Il n'est pas rare que les individus envoyés aux sources minérales salines soient pris les premiers jours d'oppression légère, de bourdonnements d'oreilles et de congestions à la peau ; il semble que la circulation hésite avant de prendre la route où plus tard elle doit s'engager. Or les hémorrhoïdaires dont nous parlons n'ont pas acquis à un assez haut degré l'habitude de la fluxion locale, pour qu'on puisse la prévoir avec certitude. Chez eux les lavements produisent de bons résultats, leur action irritante topique localise en quelque sorte le molimen hémorrhagique, et ne lui permet pas de dépasser ses limites régulières. Les eaux franchement laxatives ou rendues purgatives par l'addition des eaux-mères, devront être seules conseillées, et leur emploi n'a pas besoin d'être continué assez longtemps pour rendre nécessaire la fréquentation des eaux minérales. C'est un tort sans doute de ne pas tenir compte des hémorrhoïdes, ce serait une erreur aussi grande que de vouloir les rappeler à tout prix.

L'excès des évacuations hémorrhoïdales entraîne à la longue les mêmes désordres que la surabondance des évacuations menstruelles. Les malades s'affaiblissent, deviennent anémiques, et continuent à rester hémorrhoïdaires, non plus par la trop grande quantité, mais par la trop grande fluidité du sang. Quoique les exemples de ce genre soient rares, ils n'en sont pas moins authentiques. En général la constitution se détériore plus lentement qu'à la suite des métrorrhargies répétées ; les pertes de sang sont moins fréquentes, et la fonction physiologique ne les rappelle pas avec une égale périodicité. Les eaux minérales salines ont alors les plus graves inconvénients ; elles détruisent, par leur action locale sur le rectum, l'influence heureuse qu'elles exercent sur l'état général. Aussi, moins elles contiennent de principes salins, et plus on doit compter sur leurs bons effets. Il vaut mieux recourir aux sources ferrugineuses de Spa, Schwalbach, etc., et exclure du traitement Kessingen, Kreutznach, Hombourg et les établissements analogues.

Stérilité. — Quand après quelques années de mariage une femme n'a pas encore eu d'enfants, le médecin qui dirige sa santé a deux grands remèdes à prescrire : les bains de mer, les bains d'Ems. Jadis on conseillait Forges et Spa ; aujourd'hui la mode souffle d'un autre côté. Il est triste d'avouer que la mode a sur nos décisions médicales, en ce qui concerne les eaux, une influence prépondérante. Pendant tout le règne de Louis XIII et de Louis XIV, pendant toute la première moitié du dix-huitième siècle, les bains ferrugineux de Forges en Normandie furent en possession de rendre fécondes les femmes que leur stérilité affligeait depuis bien des années ; Spa, si brillant naguère, fit perdre aux eaux de Forges la réputation presque exclusive dont elles jouissaient. Aujourd'hui les bains de mer, les bains d'Ems n'ont plus de rivaux dans le traitement de la stérilité ; c'est à peine si quelques médecins osent se souvenir de la vieille renommée de Spa.

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81.

sentent presque d'emblée les symptômes de la seconde. Aujourd'hui le malade se promène, la faiblesse des jambes est peu sensible, on comprend son langage. Le lendemain, sous l'influence d'une congestion intercurrente, il ne peut plus faire un pas sans tomber; il lui est impossible d'articuler un seul mot. D'autres, que l'on croyait condamnés à une mort plus ou moins prochaine, se relèvent très promptement; leurs jambes acquièrent tout à coup un certain degré de force, ils se mettent à marcher plusieurs heures par jour pour retomber plus tard.

Durée. — Variable depuis quelques mois jusqu'à trois, quatre et même cinq et six ans. La moyenne de l'existence des paralytiques paraît être de dix-huit mois à deux ans. La vie semble se prolonger plus longtemps chez les femmes que chez les hommes; peut-être est-il possible d'expliquer cela par la moindre fréquence chez elles des accès épileptiformes.

Complications. — Les accès épileptiformes sont certainement la plus fréquente. Ces derniers terminent souvent l'existence des paralytiques. Comme nous venons de le dire, ces accès nous paraissent beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes; chez ces dernières, ils sont remplacés par des congestions lentes qui se traduisent au dehors par un état demi-comateux. Tantôt, les convulsions ne se montrent qu'à la face; d'autres fois, elles occupent toute une moitié du corps, tandis que le côté opposé est frappé d'hémiplégie. Chez quelques malades, on a vu les mouvements convulsifs cesser d'un côté pour apparaître du côté opposé.

La durée de chacun de ces accès peut varier depuis quelques minutes jusqu'à un jour entier. Il ne faut point oublier que ces accidents précipitent beaucoup la marche de la maladie.

L'*hémiplégie simple* complique aussi quelquefois la paralysie générale incomplète. Elle présente alors ceci de curieux qu'elle se dissipe souvent en quelques heures sous l'influence des saignées.

Pronostic et terminaisons. — Il résulte évidemment de tout ce qui précède, que le pronostic de cette affection est excessivement grave; c'est à peine, en effet, si l'on compte quelques cas de guérison bien avérés.

Dans la première période, la mort survient le plus ordinairement à la suite de congestions cérébrales violentes.

Dans la deuxième, ce sont, comme nous l'avons dit plus haut, des accès épileptiformes qui viennent terminer la vie.

Dans la troisième, les malades succombent en général dans le marasme, quelquefois asphyxiés par l'accumulation des aliments dans le pharynx. Tout le corps est couvert d'escharres.

D'autres fois ils sont entraînés par des maladies incidentes et en particulier par la pneumonie et l'œdème des poumons, des entérites chroniques, etc.

Altérations anatomiques. — On peut les diviser en deux groupes.

Dans le premier groupe se retrouve l'ensemble des altérations de la méningo-encéphalite du pourtour, telles que: injection vasculaire, épaississement des membranes, taches opaques d'un blanc grisâtre en plusieurs de leurs points, légère infiltration de la pie-mère, mais surtout *adhérences des membranes à la couche corticale du cerveau plus ou moins ramollie.* Cette altération est, sans contredit, de toutes la plus fréquente. Un des auteurs qui se sont occupé de ce sujet avec le plus de soin, M. Calmeil, l'a trouvée vingt-huit fois sur trente-cinq. Ces adhérences peuvent être plus ou moins étendues, plus ou moins nombreuses; on les rencontre surtout le long de la scissure longitudinale, sur la convexité plutôt qu'à la base. Si l'on vient à enlever les membranes, les points de la surface du cerveau qui correspondent à ces adhérences offrent un aspect tomenteux, comme ulcéré, d'une couleur quelquefois violacée. Ce ramollissement de la couche corticale s'étend plus ou moins profondément; il pénètre quelquefois jusqu'à la substance blanche.

Dans le deuxième groupe, nous réunirons les caractères anatomiques de l'hydrocéphale avec atrophie de la substance cérébrale. Ici, en effet, au lieu des lésions précédemment énumérées, nous rencontrons un épanchement de sérosité plus ou moins abondant dans l'arachnoïde et les ventricules, à la surface desquels on remarque aussi presque toujours de petites granulations. Dans ces cas, la substance cérébrale, comprimée dans tous les sens par le liquide épanché, est comme revenue sur elle-même; elle a pris plus de consistance; la substance blanche s'est indurée; les circonvolutions atrophiées n'offrent plus de reliefs aussi prononcés qu'à l'état normal.

On trouve encore, chez les individus morts de paralysie générale incomplète, des altérations variables, telles que des fausses membranes plus ou moins épaisses, des kystes, une hypertrophie de la substance grise, une couleur noir ardoisé de la substance grise, des bulles d'air sous les membranes, des épanchements de sang; enfin quelquefois, mais très rarement, une espèce d'*usure*, d'*absorption par plaques*, des membranes et de la substance corticales, variable en étendue et en profondeur.

Les manigraphes ont expliqué de différentes manières les symptômes caractérisés pendant la vie par les altérations que nous venons de passer en revue.

Pour M. Bayle, la paralysie générale incomplète est le résultat d'une méningite chronique. Il explique les symptômes du début par la congestion qui se produit alors. Ceux de la deuxième et de la troisième période reconnaîtraient pour cause l'épanchement de sérosité.

Cette opinion ne me paraît pas admissible; car on rencontre toutes ces lésions chez des sujets qui n'ont jamais été aliénés ni paralytiques: nous les avons trouvées à Charenton chez un ivrogne nullement paralytique.

M. Parchappe pense que la maladie qui nous occupe tient constamment au ramollissement de la couche corticale de la substance cérébrale; d'après lui, dans les cas où il n'existe pas d'adhérences qui le rendent évident, on peut toujours le constater en grattant avec un scalpel la surface de l'encéphale. Cette opinion paraît trop exclusive, et on peut citer un assez grand nombre de cas dans lesquels cette portion du cerveau a été trouvée parfaitement saine.

M. Foville explique les symptômes de la paralysie générale incomplète, principalement par l'adhérence anormale des différents plans qu'il décrit dans la substance blanche.

Enfin, pour ne rien omettre, nous ajouterons que M. Delaye, dans sa thèse publiée en 1824, a principalement rapporté, dans la plupart des cas, les désordres fonctionnels à l'induration et à l'atrophie de la substance cérébrale.

Quant à nous, considérant que parmi les altérations ci-dessus mentionnées aucune n'est constante, et que chacune d'elles peut se rencontrer dans d'autres maladies que la paralysie générale incomplète, nous concluons, avec M. Calmeil, que l'affection qui fait le sujet de notre étude ne peut s'expliquer complétement ni par la méningo-encéphalite du pourtour, ni par l'hydrocéphale, mais qu'elle est due à une modification identique encore inconnue dans sa nature intime; *modification qui*, comme le dit M. Calmeil, *devait exister chez tous les individus, indépendamment des désordres signalés.*

Diagnostic. — Quoique dans la plupart des cas la paralysie générale incomplète ait des symptômes tellement nets et tellement tranchés qu'on ne puisse guère la confondre avec aucune autre affection voisine, nous allons cependant passer rapidement en revue les différentes maladies en présence desquelles l'observateur pourrait concevoir quelques doutes.

Les principaux symptômes auxquels on reconnaîtra la paralysie générale incomplète sont: un embarras de la langue, d'abord léger; un défaut de solidité dans la progression, lequel n'empêche pas les malades de prendre de l'exercice, mais rend leurs mouvements moins assurés, tandis que les bras jouissent encore d'une grande mobilité; de la lenteur, une certaine gêne dans l'exercice des facultés intellectuelles et surtout une diminution de la mémoire; dans beaucoup de cas, une tendance au délire ambitieux, etc.; l'augmentation lente et progressive de tous ces accidents avec absence de fièvre, de chaleur à la peau et les apparences extérieures de la santé.

Les cas qui pourraient le plus embarrasser dans la pratique sont:

Dans la première période:

Le *delirium tremens* accompagné d'embarras de la parole et d'idées ambitieuses; mais la cessation de tous les accidents après quelques jours de traitement lèvera toute espèce de doute.

Dans la seconde période, on pourrait faute d'attention s'en laisser imposer par:

1° *Des maladies de la moelle* occupant un siége élevé. Mais, alors, les membres supérieurs se prennent aussitôt sinon plus tôt que les inférieurs; il n'y a pas d'embarras de la parole, l'intelligence reste intacte.

2° *Les maladies du cerveau à invasion brusque.*

Les hémorrhagies doubles simultanées ou successives anciennes, dans lesquelles la résorption des caillots est en partie opérée et les mouvements généraux passablement rétablis. On arrivera cependant toujours au diagnostic en ne négligeant pas les commémoratifs.

La marche et la succession des différents symptômes aideront encore à distinguer un ramollissement double de la paralysie générale incomplète.

Il nous reste à considérer quelques maladies identiques, suivant nous, à la paralysie générale incomplète et qui en ont été séparées à tort; nous voulons parler de la paralysie des vieillards, de l'hydrocéphale chronique des adultes, et, enfin, de l'hydrocéphale consécutive à des altérations locales du cerveau.

Dans toutes ces affections, les symptômes sont en effet les mêmes, les altérations anatomiques tout à fait semblables.

Ici, M. Baillarger cite plusieurs observations des maladies que nous venons d'indiquer et les compare, sous le double rapport des symptômes et des caractères anatomiques à d'autres observations de paralysie générale incomplète; il s'efforce de prouver qu'il n'y a entre tous ces cas aucune différence essentielle.

Traitement. — Il n'est guère applicable que dans la première période; c'est pour cette raison que nous avons insisté sur l'histoire des prodromes de cette terrible affection.

Dans cette première période, si le sujet est fort, sanguin, pléthorique, on aura recours avec avantage à des applications de sangsues, à des ventouses à la nuque, quelquefois même à de petites saignées générales. Il faut ajouter à ces premiers moyens des révulsifs sur le tube digestif et sur les extrémités. On appliquera un exutoire à la nuque. S'il survient quelque complication, on la combattra par les moyens appropriés.

Les malades devront prendre de l'exercice en évitant toutefois avec le plus grand soin ce qui pourrait augmenter l'excitation cérébrale. On conseillera cependant, l'hiver, l'habitation dans le midi de la France ou en Italie. Quant au régime, il devra être assez substantiel.

Dans la seconde période, on appliquera encore de temps à autre, chez les sujets forts, quelques sangsues à l'anus, mais on devra surtout recourir aux exutoires. Celui que l'on préfère généralement est le séton mis à la nuque; il a l'avantage d'entretenir une suppuration abondante sans déterminer, comme le vésicatoire, une irritation permanente vers le cerveau. Par l'emploi sagement ménagé de ces différents moyens de traitement on parvient assez souvent à ralentir, sinon à entraver complétement la marche des accidents.

Dans la troisième période, on n'a plus à s'occuper que des soins de propreté et d'hygiène. Il faut surtout prendre de grandes précautions en faisant manger les malades afin d'éviter l'asphyxie dont nous avons parlé.

Hipp. BLOT.
Interne du service.

ERRATA *de la leçon précédente.* — *Au lieu de:* des maladies aiguës le plus souvent chroniques; *lisez:* et le plus souvent avec des maladies chroniques. — *Au lieu de:* un sixième environ des malades; *lisez:* un huitième. — *Au lieu de:* la folie simple est un tiers plus fréquente en été; *lisez:* dans les six mois les plus chauds.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des bains de mer qui réclament, à juste titre, une large part dans le traitement de l'infécondité; nous essaierons seulement de faire connaître rapidement les indications qui doivent déterminer le médecin dans le choix des eaux alcalines ou ferrugineuses.

Il suffit de réfléchir un instant à la diversité des causes de la stérilité, pour comprendre qu'il est aussi absurde de prescrire toujours les eaux ferrugineuses comme on le faisait jadis, que de conseiller les eaux alcalines d'Ems ou les bains de mer, comme tant de médecins le font aujourd'hui, sans avoir songé aux indications que l'on remplit avec ces puissants agents de la thérapeutique, sans s'être rendu compte de leur composition, de leur mode d'action. Ce qui discrédite, ce qui discréditera toujours les eaux minérales, c'est leur emploi empirique; et il est triste de dire que, à peu d'exceptions près, les médecins des eaux, s'ils n'encouragent pas cette tendance déplorable, ne font rien du moins pour formuler nettement les indications que l'on peut remplir avec les eaux qu'ils dirigent; et le vague qu'ils laissent à dessein dans cette question si importante, ne contribue pas peu à faire des sources diverses une affaire de mode.

Ems est aujourd'hui en possession de rendre toutes les femmes fécondes, comme autrefois Forges et Spa. Cette réputation est usurpée, comme l'était jadis celle des sources qu'Ems supplante aujourd'hui; mais elle ne l'est pas davantage.

Toutes les fois que la stérilité est liée à un état de pléthore générale, avec congestion habituelle de l'utérus, dysménorrhée, leucorrhée, fluxion hémorrhoïdale, constipation opiniâtre, les eaux d'Ems prises en bains et en boisson auront une incontestable utilité. Sous leur influence, l'état pléthorique se modifie, les fluxions locales deviennent moins actives, la menstruation devient plus facile et plus abondante, les flueurs blanches diminuent; et, après six semaines ou deux mois de séjour à Ems, les fonctions de l'utérus sont rétablies, et bientôt la conception devient possible. Ces eaux, remarquons-le bien, sont essentiellement controstimulantes et sédatives; l'indication était ici d'atténuer le sang, de calmer l'excitation vasculaire, et quelles eaux rempliront mieux ce but que les eaux alcalines?

Mais si le sang a perdu sa plasticité normale, s'il existe des hémorrhagies passives, ou une aménorrhée, une dysménorrhée, des flueurs blanches liées à la chlorose; quand bien même il se manifesterait souvent de ces fluxions passagères si communes chez les femmes anémiques, et cette mobilité nerveuse singulière qui va augmentant à mesure que le sang s'appauvrit, gardons-nous d'un examen superficiel, gardons-nous de confondre des accidents qui ne se ressemblent qu'à la surface, et comprenons que la stérilité qui se lie aux accidents que nous venons de décrire, deviendra plus rebelle encore et plus incurable si l'on envoie la malade aux bains d'Ems; tandis qu'à Spa, qu'à Schwalbach elle trouvera presque certainement la guérison. En effet, les préparations ferrugineuses sont particulièrement indiquées dans les conditions que nous avons mentionnées. C'est ainsi que Forges guérissait et guérit encore.

Mais si la stérilité se lie à une étroitesse du col de l'utérus, que feront les bains d'Ems et de Schwalbach? Evidemment ici une intervention chirurgicale est nécessaire: dilater le col à l'aide de cordes à boyau, d'éponges préparées, de sondes; sauf à modifier l'état général avec les eaux alcalines ou ferrugineuses, si d'ailleurs existe l'indication de leur emploi.

Dans quelques cas encore, on observe, chez les femmes stériles, un état qui a quelque rapport avec celui dont nous venons de parler. Les femmes éprouvent pendant quelques jours les préludes de la menstruation, maux de tête, inappétence, gonflement des seins, fluxion hémorrhoïdale, facilité plus grande des garde-robes, puis survient une pesanteur considérable dans le bas-ventre; bientôt se développent des coliques utérines d'une violence extrême, qui durent jusqu'au moment où s'échappe de l'utérus du sang en caillots; et les jours suivants, l'écoulement prend, pour la couleur, pour l'odeur, les caractères qui appartiennent aux lochies. Ici il y a à la fois étroitesse anormale du col de l'utérus et distension de la matrice par le sang qui s'accumule dans la cavité du viscère.

Souvent l'extrême plasticité du sang, qui se lie à un état pléthorique évident, est une cause d'aggravation des accidents. Dans ce cas, les eaux alcalines d'Ems et de Schlangenbad seront encore fort utiles; mais c'est surtout aux applications topiques de la belladone et du datura stramonium sur le col de l'utérus, aux dilatations mécaniques du col qu'il faudra recourir.

Que si la fluxion utérine habituelle reconnaît pour cause une affection rhumatismale évidente, les bains et les douches de Wiesbaden devront être conseillés de préférence aux eaux alcalines et martiales. Ici le rhumatisme domine les indications. Quant à l'emploi des bains de mer, nous en traiterons ailleurs.

(La suite à un prochain numéro.)

Traitement topique des cors; par M. LAROCHE.

Ce traitement consiste uniquement dans l'emploi d'un mélange emplastique préparé d'après la formule suivante:

Huile d'olives,	30 grammes.
Cire blanche,	12

Faire dissoudre la cire dans l'huile à une douce chaleur, et colorer avec

Orcanette,	q. s.

Passer, puis battre la pommade obtenue avec

Farine,	90 grammes.
Acide acétique,	90
Huile volatile de lavande,	4

Introduire ensuite le mélange dans de petits flacons bouchés à l'émeri.

M. Laroche fait étendre une quantité suffisante de ce topique sur un morceau de toile avec lequel il recouvre entièrement la surface du cor, puis il maintient le tout en place au moyen d'un morceau de sparadrap.

L'application doit être prolongée pendant vingt-quatre heures pour produire tout l'effet désiré.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 14 juillet 1846. — Présidence de M. Roche.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

— *M. Rochoux*, vu la longueur et l'importance de la discussion, propose pour en hâter le terme de décider qu'une séance extraordinaire sera tenue chaque semaine.

M. Roche fait observer que le conseil d'administration a reconnu à cette mesure de graves inconvénients, et que cette considération l'a seule déterminé à ne point y donner suite.

La proposition de M. Rochoux n'est point adoptée.

— *M. Pariset*. Les remarques que j'ai promis de vous exposer dans cette séance porteront sur l'endémicité de la peste, sur la contagion de cette maladie, sur ce qu'on appelle infection, sur la durée de l'incubation, et sur ce génie épidémique dont on fait tant de bruit. Je serai court, ou je tâcherai de l'être, sur chacun de ces articles parce qu'il est plus que temps de mettre un terme à la discussion qui vous occupe.

Toute endémie suppose dans la contrée qu'elle affecte des causes qui l'ont fait naitre et qui l'entretiennent. Chaque endémie a ses causes propres : la peste a les siennes, et, si nous parvenons à déterminer quelles sont ces causes, nous n'aurons plus qu'à chercher s'il est dans le monde une contrée où ces causes sont permanentes, et où, après avoir produit de premières pestes, elles en ont produit de subséquentes et en produisent encore de nos jours. Après quoi, nous chercherons s'il est quelque moyen praticable de faire disparaître ces causes, et d'en éteindre pour jamais l'activité.

Posons d'abord quelques vues théoriques. Toute maladie aiguë se compose, selon moi, de deux éléments : l'un que j'appelle état maladif, l'autre que j'appelle acte maladif.

Le premier consiste dans les altérations que subit l'intime composition de nos partics ; le second, dans les efforts que déploie le principe dont nous sommes animés pour éliminer ce qui le gêne, et ramener l'économie à son état primitif de santé. Supposons qu'il n'existe aucune peste. Comment se forme l'état maladif de la première ? Rappelez dans vos esprits ce que vous apprend sur ce point l'expérience universelle. Jamais, avec un air pur, avec une eau pure, avec une terre salubre, avec des aliments sains et pris dans une juste mesure, vous ne produirez dans l'économie de l'homme et des animaux ces étranges mutations qui donnent la mort, ou provoquent un acte maladif ou une réaction quelle qu'elle soit. L'excès de nourriture ou la disette, l'excès de travail ou de repos, les inégalités de la température donneront des maladies, mais jamais vous ne verrez sortir de là ni peste ni rien de semblable à la peste.

Pour produire l'état maladif de la peste, ou les états similaires, il faut que l'air, l'eau, la nourriture fassent pénétrer dans notre intérieur quelques éléments étrangers, et ces éléments sont les effluves, les émanations, les miasmes qui s'échappent des cadavres putréfiés des animaux et surtout des cadavres de l'homme. Ce n'est pas moi qui vous parle, ce sont les écrivains les plus respectables : Ambroise Paré, Joubert, Diemerbroeck, Sennert, Lancisi, Ramazzini, Zacchias, Pringle, Huxham, Haller, Sauvages ; ce sont les observateurs les plus dignes de foi : Haguenot, Maret, Navier ; ce sont les magistrats les plus éclairés de deux grands parlements ; ce sont les dangereuses fièvres, ce sont les accidents affreux que l'on a vus à Paris, à Versailles, à Dunckerque, à Dijon, à Saulieu, à Riom, à Ambert, à Montpellier, à Marseille, dans la capitale même du monde chrétien, à Rome ; ce sont des historiens, des physiciens, des philosophes, ou plutôt c'est le cri de tous les siècles depuis Moïse jusqu'à nous. A la vérité, dans les lieux que je viens de citer et dans tous les lieux de l'Europe où existent des causes analogues, ces causes ne sont nulle part assez énergiques pour produire de véritables pestes, si ce n'est très rarement, dans des cas tout sporadiques et sans qu'on ait quelque raison de s'en douter, comme l'a dit de Haën, parce qu'en effet on n'y voit rien de contagieux ; mais si dans notre Europe ces causes sont balancées par d'autres causes, ne fût-ce que par les variations quelquefois si brusques de la chaleur et du froid, de la sécheresse et de l'humidité, par la pente des terres, par une propreté plus générale, par une nourriture meilleure et plus abondante, et surtout par la qualité des terres où se décomposent les cadavres ; si de façon ou d'autre ces causes ne s'élèvent pas jusqu'à donner la peste, elles donnent du moins ce qui la prépare ; elles en donnent les préliminaires et presque les équivalents, c'est-à-dire les suffocations, les syncopes, les morts subites, les ophthalmies, les céphalalgies, les vomissements, les soifs dévorantes, les diarrhées, les dysenteries, les adynamies profondes, les flux sanguin et biliforme, les vergetures, les tumeurs, et ces fièvres pétéchiales, malignes, nerveuses si voisines de la peste ; et ces exanthèmes universels que voyait Diemerbroeck et que j'ai vus moi-même en Syrie, ainsi de suite ; car, dans la contrée où la peste est endémique, ce sont ces mêmes accidents, ce sont surtout les fièvres de mauvaise nature, les pétéchies et les tumeurs, qui se présentent de partout, soit pour annoncer une peste prochaine, soit pour en tenir lieu, soit enfin pour s'associer et s'associer très diversement aux symptômes qui caractérisent cette maladie, tellement que de cette suite ou de cet ensemble d'actions se forme une peste continue, qui, prenant telle forme ou telle autre, se perpétue et ne s'arrête jamais.

J'ai parlé tout à l'heure de la qualité des terres où sont déposés les cadavres, parce qu'en effet, deux terres différentes étant données, les cadavres ne s'y décomposent pas de la même manière, et par conséquent ne donnent pas des émanations identiques. Il est des îles, dit Ortetius, où les cadavres sont à l'abri de la corruption. Vicq-d'Azyr a vu, à Toulouse, deux églises où les cadavres se conservent en se desséchant. J'ai visité le caveau de l'église des Cordeliers. On y respirait librement ; l'odorat n'y était point offensé ; des centaines de corps s'y étaient momifiés. Les liquides en avaient été vaporisés par la chaleur et absorbés par les murailles. De quelle nature sont ces pierres ? Dans la Troade, dans la Lycie et dans d'autres contrées de l'Orient, au rapport de Pline, il est des terrains où les cadavres sont promptement consumés. Je tiens d'un très habile chimiste, M. Danger, qu'ensevelis dans des terrains argileux ou calcaires, les cadavres n'entraînent presque aucun inconvénient. Enfin, Messieurs, de même que parmi les êtres vivants le corps diffère du corps, selon la parole d'Hippocrate, de même aussi le cadavre diffère du cadavre. Rappelez-vous ce que dit Ammien Marcellin sur la décomposition si différente des cadavres des Romains et des cadavres des Perses après la bataille d'Amine. N'est-ce point parce qu'ils avaient appartenu, ceux-ci et ceux-là, à des hommes différemment composés ? Mais en quoi consiste cette différence ? C'est ce qu'on ne sait pas ; c'est ce qu'on ne saura peut-être jamais.

Lorsqu'en 1783 on fit, à Dunkerque, l'exhumation des cadavres de l'église St-Eloy, quels contrastes étonnants ! Trois hommes momifiés étaient là depuis cent cinquante-sept ans. Le papier doré, le laurier qui leur servaient de couronne, étaient parfaitement conservés. Rien ne pouvait expliquer cette momification. A côté d'eux se trouvait le corps d'un homme mort de fièvre putride et enterré depuis douze ans. Il était aussi entier et aussi infect que le premier jour. Des cadavres d'hommes morts de variole ont donné des varioles mortelles. Etrange fait qui, sous les yeux de Chaussier, s'est renouvelé à Paris dans l'église des Cordeliers. Une femme morte de variole, et inhumée depuis cent ans, a donné la variole à deux enfants qui s'étaient approchés de son cercueil. Quelle singulière persistance dans le principe de la maladie ! Est-il nécessaire de reproduire ici ce qu'on a pu voir de nos jours lorsqu'on a déplacé le charnier des Innocents, contre lequel tant de plaintes s'étaient élevées depuis Fernel et Baillou ? Maintenant, Messieurs, combinez dans vos esprits les variétés dans la composition des cadavres avec les variétés dans la qualité des terres ; sans parler de tant d'autres variétés, dans la température, dans l'humidité, dans la pression, et voyez quelle inépuisable source de produits divers, les uns indifférents, les autres horriblement dangereux ! Quel champ immense s'ouvre ici aux recherches de la chimie ! Nous verrons dans un moment à quoi ces considérations peuvent nous conduire.

Si donc, par une probabilité presque aussi forte qu'une vérité démontrée, il est reconnu que les émanations ou les miasmes des cadavres, et surtout des cadavres humains, sont les causes génératrices de la peste, ou du moins de cet état intérieur, de cette sorte d'empoisonnement qui, par la réaction vitale, va tout à l'heure en provoquer les symptômes, il ne reste plus qu'à déterminer s'il est sur la terre un point qui réunisse ces causes avec assez de persistance et d'énergie non-seulement pour produire la peste, mais encore pour la produire d'une manière soutenue, et en quelque façon perpétuelle ; en d'autres termes, s'il est un point sur la terre où la peste soit endémique, ou comme attachée au sol et à la population. Pour nous guider dans cette recherche, nous prendrons les hommes les plus éclairés : tous vous montrent du doigt l'Orient comme le berceau de la peste. Toutefois, dans l'Orient, à quelle région nous arrêter ? A la Syrie ? Mais la Syrie est une des contrées les plus saines de la terre ; seulement, vers le nord, elle a Scanderoun que l'on dit flanquée de marais. Or, dans le cours du dix-huitième siècle, c'est uniquement en 1761, lorsque la peste était dans tout l'empire ottoman, que Scanderoun l'eut pour la première fois, encore lui fut-elle apportée ; ce qui détruit la folle supposition que les marais concourent à la génération de la peste. Jamais la peste en Syrie ne commence par l'intérieur du Liban, de cette longue chaîne dont les pieds sont presque partout lavés par la mer. La peste commence toujours par quelques villes maritimes, ou voisines de la Méditerranée : Byass, Antioche, Tripoli, Beyrout, Seyde, Tyr, Saint-Jean-d'Acre. Ces ports sont ouverts à toutes les nations ; jamais navire venu de l'Occident ne leur a donné la peste : c'est au contraire la Syrie qui la leur donne. Mais elle ne la donne que parce qu'elle l'a reçue ; et, sauf les cas fort rares où, par un détour, elle l'a reçue de Constantinople, c'est toujours de l'Egypte qu'elle la reçoit : fait capital constaté par les archives de tous les consulats européens, et par les registres de tous les couvents de la terre-sainte. J'ai vu la Syrie en 1829 ; la peste y était depuis 1827. Deïr-el-Kamar, la capitale, située sur un plateau très élevé dans le cœur même du Liban, Deïr-el-Kamar l'avait eu des villages du Béqua ; ces villages l'avaient reçue de Damas ; Damas l'avait reçue d'Alep, Alep d'Antioche, Antioche de Tarsous, dans l'Asie mineure ; Tarsous de Constantinople, qui l'avait depuis 1823, et Constantinople de l'Egypte, d'Alexandrie, que la peste n'a pas quittée de 1813 à 1825. J'aime à revenir sur ces généalogies, parce qu'à mon avis, pour la connaissance de la peste, rien n'est plus significatif. Je reviens à Deïr-el-Kamar. Cette ville, en 1827, perdit 700 des siens, partie pendant les vives chaleurs de l'été, partie sous les neiges de l'hiver ; et puisque les récits sont pardonnables à mon âge, vous me pardonnerez celui que je vais vous faire. Un père de famille, un vieillard de soixante-dix-sept ans, Abou-Habbout, avait huit enfants, cinq garçons et trois filles. Un des jours de la fin d'octobre 1827, vers quatre, cinq, six heures du soir, les voilà tous les huit malades de la peste ; six étaient morts avant minuit ; les deux autres moururent vers le matin. Le jour venu, le malheureux père, malade lui-même, met sur des ânes les cadavres de ses enfants et les conduit au lieu de la sépulture ; il les conduit à pied, gémissant, récitant les litanies de la Vierge, et s'écriant de temps en temps : « Hélas ! hélas ! pourquoi eux et pas moi ! » Il arrive ; il creuse les fosses ; il enterre ses huit enfants, et vers dix heures, il tombe sur le bord de la fosse et rend le dernier soupir. Toute une famille de neuf personnes détruite en dix-huit heures ! La peste à Deïr-el-Kamar ! La peste qui dépeuple des villages tout entiers sous les glaces du Liban ! La peste à Balbeck ! elle y était en 1815 et 1816 ; à Balbeck, où les eaux sont si vives, l'air si pur, la végétation si riche, la population si peu nombreuse, au milieu de tant de ruines magnifiques ! N'est-il pas clair que la peste n'est là que parce qu'elle y a été portée, que parce qu'elle est transmissible, que parce qu'elle est contagieuse ? Concluons que la Syrie n'a jamais produit et ne produira jamais la peste, et que cette affreuse maladie n'y saurait être endémique.

Ce que je viens de dire de la Syrie je le dirai hardiment et de l'île de Chypre, et de l'île de Rhodes, et de l'île de Candie, et de toutes les îles de la Grèce, et de toute l'Asie mineure, d'Adana et de Tarsous à Smyrne ; je le dirai même de la capitale de l'empire, de Constantinople ; je le dirai, non d'après la peinture que me faisaient de l'état général de cette grande ville des personnes distinguées qui l'avaient longtemps habitée, et que je prenais soin de consulter avec détail, soit au Caire, soit à Alexandrie ; mais je le dirai sur la foi de Timoni, de Mackensie, du médecin juif dont Howard a publié les témoignages : hommes habiles, qui pendant longues années ont observé sur les lieux, et qui, voyant toujours la peste importée, soit à Smyrne, soit à Constantinople, la voyaient décliner et s'éteindre avec le temps, et ne reprendre vigueur que par des importations nouvelles. Je le dis enfin sur la foi des événements qui se sont passés et se passent encore sous nos yeux. Pendant la guerre, ou, si l'on veut, pendant la rupture de la France avec la Porte, Constantinople a été huit années sans peste, et voilà bientôt huit années que des mesures sagement conduites l'en ont délivrée, et probablement l'en délivreront toujours. De si longs intervalles, je ne dirai pas d'intermittence, mais de suppression, peuvent-ils se concilier avec la permanence, ou, ce qui est la même chose, avec l'endémicité d'une maladie ? Cependant, qu'a-t-on fait dans les deux Turquies ? On a isolé les malades, ce qui revient à dire que l'on a empêché les rapprochements et les contacts, voilà tout. On n'a changé ni l'air, ni les eaux, ni les lieux, ni le sol. D'autres soins seront pris, sans doute, car tout n'est pas fait pour un entier assainissement. Mais enfin le soin qu'on a pris a suffi pour trancher le mal, et ce soin n'eût été qu'un faible palliatif si le mal avait eu son principe ou dans l'air, ou dans les eaux, ou dans les aliments, ou dans les habitations, ou dans le sol même, ou, à plus forte raison, dans toutes ces choses à la fois. Concluons encore que la peste n'est endémique dans aucune partie des deux Turquies, d'Asie et d'Europe ; que la capitale la reçoit et la rend quelquefois sans jamais la produire, et que, si la première de toutes les pestes connues lui est venue d'une source étrangère, c'est aussi de la même source que, pendant treize siècles entiers, elle a reçu toutes les autres.

(La suite au prochain numéro).

— *M. Londe* donne lecture de la lettre suivante, qu'il vient de recevoir du docteur Clot-Bey.

Vous avez été un des premiers à écrire sur la peste et à signaler les abus qui existent dans le régime quarantenaire. Je ne doute pas que vous n'ayez contribué puissamment, comme membre de la Commission formée dans le sein de l'Académie royale de médecine, à faire prévaloir les saines doctrines qui se trouvent dans le rapport qu'elle a fait à la Société, mais dans lequel se trouvent cependant des théories médicales que probablement vous ne partagez pas, et dont je vais vous signaler les principales.

1. La Commission paraît avoir accepté sans restriction l'hypothèse de l'un de ses membres sur l'origine de la peste, en la considérant comme une maladie qui ne daterait que du sixième siècle, et qui serait résultée de l'abandon des lois hygiéniques, et surtout de l'usage des embaumements. Je soutiens, au contraire, qu'on ne peut pas assigner, à la peste, une date précise, pas plus qu'à l'origine de la fièvre jaune, du choléra et de toute autre affection épidémique.

2° L'adoption de cette première idée a conduit la Commission à considérer la peste comme une maladie infective analogue au typhus ; mais elle oublie que le typhus ne prend jamais le caractère épidémique d'une manière générale ; qu'il est toujours borné à une localité ; que les causes qui le produisent sont toujours appréciables ; qu'il se déclare dans tous les pays ; qu'on pourrait le produire artificiellement et à volonté, tandis que pour la peste il faut des conditions de climat, de saison et de circonstances météorologiques ; qu'il se forme des constitutions pestilentielles qui envahissent plusieurs provinces, plusieurs contrées. Si on réunissait tous les éléments possibles d'infection, on ne produirait jamais la peste ; et, de nos jours, nous voyons la peste cesser lorsque les cimetières regorgent de victimes de l'épidémie, et que les marchés sont encombrés des dépouilles des morts.

3° La Commission est conduite par analogie, et comme conséquence de ces deux premiers principes, à admettre la contagion de la peste par infection ; mais cette opinion a contre elle tous les contagionistes, qui n'ont jamais admis que la contagion virulente, et la législation sanitaire, qui est basée sur ce même principe. Il n'existe pas un seul fait bien avéré qui prouve que la peste ait été communiquée aux personnes qui ont soigné les pestiférés dans les lazarets, bien que l'on cite cinq ou six cas dans une période de cent vingt-huit ans, qui n'ont probablement pas plus de réalité que celui du *Luxor*, auquel l'intendance de Marseille a donné tant d'importance.

Les recherches faites par M. Ségur-du-Peyron, inspecteur des établissements quarantenaires de France, prouvent que les marchandises n'ont jamais porté la peste dans les lazarets, et cela se trouve confirmé par ce que nous avons observé depuis 1835, où plus d'un million et demi de balles de coton a été recueilli, emballé, embarqué et transporté en Europe pendant que la peste régnait en Egypte, sans que cela ait pu donner la maladie à un seul des portefaix, véritables essayeurs de peste, obligés qu'ils sont d'enfoncer leurs bras dans le lainage, éminemment contagieux.

4° Encore comme conséquence de ces opinions, la Commission croit qu'il est possible de détruire la peste en Orient, en y introduisant les lois hygiéniques de l'Europe. Cela n'est pas plus possible pour la peste que pour le choléra et la fièvre jaune, parce qu'on ne pourra jamais changer ni le climat, ni la constitution physique des contrées où ces maladies sont endémiques. La peste régnait en Orient à l'époque où ces pays étaient très avancés en civilisation ; et malgré l'application des principes d'hygiène les plus rigoureux ; voire même les embaumements, des épidémies pestilentielles les ravageaient. Nous ne nions pas toutefois que le développement de la culture, des habitations plus saines, en un mot un bien-être plus généralement répandu, ne puissent atténuer les effets de ces épidémies.

On s'abuse étrangement si l'on pense que parce que la peste n'a pas paru depuis trois ans, on le doit à quelques améliorations qui ont été opérées en Turquie et en Egypte dans le régime sanitaire ; il suffit, pour prouver le contraire, de dire qu'avant la réforme et l'établissement des quarantaines, on a eu des périodes de dix années pendant lesquelles la peste n'a pas sévi.

5° Les conséquences pratiques que la Commission a formulées se trouvent en désaccord complet avec les théories admises dans la première partie de son travail, et l'on pourrait croire que c'est par des considérations étrangères à la science, que reculant devant les réformes radicales des quarantaines, elle est restée en arrière, même de ce qui se pratique déjà en Autriche et en Angleterre.

Je joins à ces observations quelques notes relatives à la contagion et non-contagion. J'espère, Monsieur et très illustre confrère, que ces renseignements, quelque incomplets qu'ils sont, pourront vous intéresser en raison de leur opportunité.

Agréez, etc. CLOT-BEY.

— *M. le président* annonce que par suite des décès de MM. Demangeon, Bouillon-Lagrange, et Clarion, une place est vacante dans l'Académie. Une commission de onze membres sera nommée dans la séance prochaine, pour examiner dans quelle section aura lieu la nomination.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juillet 1846. — Présidence de M. Mathieu.

La plus grande partie de la séance a été occupée par des discussions étrangères à la médecine.

— *M. Andral* présente un travail de M. Robert-Latour, ayant pour objet l'étude du froid et de son action sur le corps humain.

Parmi les points les plus importants de ce mémoire dont M. Andral présente en quelques mots une idée succincte, on remarque l'opinion suivante de M. Robert-Latour, qui se trouve en opposition avec les idées généralement reçues. Cet auteur a constaté que l'augmentation de chaleur que l'on éprouve dans une partie qui a pendant un temps plus ou moins long été soumise au froid, n'est pas réelle. Pour le prouver, il a plongé dans de l'eau à quelques degrés seulement au-dessus de zéro, son pied, dont la température, mesurée au thermomètre, était de 26°. Au bout de quinze minutes, la température du pied avait baissé de 13 degrés. Le pied fut retiré de l'eau. Dix minutes après, l'expérimentateur y éprouvait une sensation de chaleur et de brûlure ; cependant le thermomètre ne marquait que 23 degrés pour la température du pied.

M. Robert-Latour cherche à démontrer, par des expériences, que l'action du froid est d'autant plus facilement et plus longtemps supportée que la température normale du corps est plus élevée. Une des conclusions les plus curieuses auxquelles il soit arrivé, est celle-ci : que, de quelque façon que l'on s'y prenne pour élever la température, on ne peut jamais obtenir une augmentation de plus de deux degrés, soit pour une partie seulement, soit pour le corps tout entier. Au delà de cette augmentation de deux degrés, le thermomètre ne monte plus, et la sueur s'établit. Ceci a lieu, quelle que soit la température au point de départ, au commencement de l'expérience. De plus, une fois ces deux degrés de chaleur obtenus, on peut impunément soumettre le corps à l'action de l'eau froide.

— *M. Duchesne-Duparc* adresse un livre intitulé : Examen complet des doctrines médicales qui ont dominé jusqu'ici l'étude des maladies de la peau.

— *M. Lassaigne* adresse à l'Académie le résultat de ses recherches sur la composition de l'air pris à différentes hauteurs dans des salles closes, où ont respiré un grand nombre de personnes. L'auteur rappelle que l'opinion vulgaire est celle-ci : que l'acide carbonique est, dans des circonstances de ce genre, en proportion plus considérable dans les parties inférieures que dans les couches supérieures. Il résulte des expériences de M. Lassaigne, que cette opinion est erronée. Non-seulement l'acide carbonique se trouve également répandu dans les différentes couches d'air ; mais s'il y a une plus forte proportion dans un point de la salle, une analyse très minutieuse prouve que c'est peut-être plutôt dans les régions les plus élevées.

— *M. le docteur Bonjean* (de Chambéry) envoie un travail sur l'*ergotine* et son emploi contre les hémorrhagies artérielles. L'auteur n'est pas éloigné de croire que l'on pourrait retirer quelque avantage de cette substance pour hâter la cicatrisation des plaies.

REVUE GÉNÉRALE.

Interversion des périodes de la fièvre intermittente. — Frisson, chaleur et sueur, telles sont les trois périodes qui caractérisent l'accès régulier d'une fièvre intermittente. Quelquefois l'un de ces temps manque, ou il est respectivement plus court ou plus long que les autres; mais il est infiniment rare d'observer une interversion telle entre eux, que, débutant par la sueur, l'accès se termine par le frisson; on a même nié l'existence de cette anomalie. Le fait de M. Mangenest, rapporté par la Revue médicale, témoigne qu'elle existe et qu'elle est par conséquent possible. Il y a plus, dans cette circonstance : le sulfate de quinine seul a pu, comme dans beaucoup d'autres, triompher de cette affection, sur la nature de laquelle, à raison de cette forme insolite, il eût pu s'élever des doutes.

En 1827, au mois d'août, M. Laurent fils, huissier à Culmau (Cher), fut atteint d'une fièvre intermittente dont la succession des périodes était tout à fait anormale. Sa fièvre débutait au milieu de la nuit par une sueur très abondante, qui durait une heure ou à peu près. Alors la peau devenait sèche, plus chaude; la figure s'animait, la tête était douloureuse, les yeux s'injectaient; le pouls était dur, plein, accéléré; il y avait de la soif. Cet état durait quatre à cinq heures.

Ensuite la scène changeait : la peau du malade se refroidissait, celle des pieds et des mains surtout. Il y avait peu de frisson. Le malade se faisait couvrir davantage, et au bout d'une heure la peau reprenait sa chaleur normale; tous les autres symptômes de la fièvre disparaissaient, et le malade n'éprouvait plus qu'un sentiment de fatigue qui ne tardait pas à se dissiper. La mère du malade, déroutée par l'interversion des trois périodes de la fièvre de son fils, refusait de croire, malgré l'assurance que je lui en donnais, qu'il fût atteint d'une fièvre intermittente. Effrayée par la bizarrerie de cette maladie qu'elle croyait nouvelle et partant inconnue, elle me pria instamment de m'adjoindre un confrère. Le docteur Bernard, de La Châtre (Indre), fut consulté, et, ce respectable et savant confrère s'étant joint à moi pour rassurer cette dame sur le compte de son fils, le sulfate de quinine fut administré, et la fièvre ne tarda pas à disparaître pour ne plus revenir.

Traitement des névralgies par le quinquina — La *Gazette médicale* a publié récemment un mémoire du docteur Hermel sur ce sujet; Mémoire qui nous a paru pouvoir se résumer dans les propositions suivantes :

1° Il y a des névralgies essentielles qui affectent le type intermittent ou rémittent. Ces névralgies sont traitées avec succès par le quinquina et ses préparations.

2° Il y a des névralgies qui apparaissent avec un mouvement fébrile, ou à la suite de frissons ou de bouffées de chaleur, qui ont de l'analogie avec un des stades de la fièvre intermittente; elles guérissent par l'emploi du quinquina.

3° Il y a des maladies qui présentent dans leur cours un plus ou moins grand nombre d'affections diverses; telles sont la goutte, les scrofules. Lorsqu'une des affections symptomatiques de ces maladies vient à disparaître, soit, par exemple, les hémorrhoïdes, et que des névralgies apparaissent, le meilleur et même le seul moyen de guérir ces névralgies, eussent-elles le type intermittent, est de rétablir l'affection qui les avait précédées. Ces névralgies ne réclament point la médication du quinquina.

4° Dans les névralgies à type intermittent qui sont symptomatiques d'une maladie ou d'une affection qui ne présente point ce type, le quinquina et ses préparations peuvent être employés comme moyen accessoire pour combattre la douleur nerveuse intermittente, si elle persistait.

5° On ne doit pas compter sur la modification des premiers accès dès les premières doses du médicament, surtout pour les névralgies intermittentes essentielles.

6° Les névralgies intermittentes, comme les fièvres du même type, présentent des rechutes, des récidives. C'est pourquoi il faut continuer l'administration du quinquina et de ses préparations, non-seulement après la disparition de tous les symptômes, mais encore pendant l'espace d'un septénaire environ.

M. Hermel donnait le sulfate de quinine à la dose de 1 à 4 grammes dans une potion de 120 grammes. Dans les cas où cette dose était insuffisante, il y ajoutait de 2 à 4 grammes d'extrait de quinquina; on faisait prendre au malade une infusion de café torréfié après le repas.

Discours de M. Payen prononcé sur la tombe de Souberbielle.

Nous venons de rendre les honneurs funèbres au doyen des chirurgiens de Paris et peut-être des médecins de la France.

Le docteur Souberbielle a terminé sa carrière le 8 juillet dans sa quatre-vingt-treizième année. L'inhumation a eu lieu dimanche dernier, et un cortége nombreux accompagnait cet homme de bien à sa dernière demeure.

Les notabilités sociales, dont un si grand nombre a dû à Souberbielle la santé et la vie, n'étaient pas représentées à son convoi; le souvenir du bienfait n'avait pas vécu autant que le bienfaiteur; ceux qu'on appelle les princes de la science faisaient également défaut; la garde qu'on accorde aux membres de la Légion-d'Honneur n'entourait pas l'humble cercueil du décoré de l'ordre de la Bastille, et cependant ce convoi dans sa simplicité avait aussi sa solennité.... : la louange dans toutes les bouches, la tristesse sur tous les visages, la douleur dans tous les cœurs, des larmes dans les yeux du plus grand nombre !

Le cortége se composait de quelques amis intimes et fidèles, de confrères affectueux, de membres des Sociétés médicales dont Souberbielle faisait partie, de quelques-uns de ses obligés, et surtout de cette classe laborieuse à laquelle il avait voué ses sympathies, à qui il a toujours si libéralement prodigué ses soins, de ce peuple dont la douleur est au jour suprême le plus beau de tous les éloges; ils étaient là, hommes et *femmes*, vieux et jeunes, tous profondément affligés, car ils sentaient qu'ils avaient perdu un ami!

Et lorsqu'au moment de fermer la tombe le docteur Serrurier, payant un dernier tribut d'éloges à notre vénérable confrère, disait que souvent il avait aidé de sa bourse et de son crédit le malheureux à qui il avait donné l'asile pour lui rendre la santé, qu'il était touchant d'entendre ces voix reconnaissantes qui interrompaient l'orateur pour s'écrier : *C'est vrai*, C'est moi, Il l'a fait pour nous!...

Enfin, au moment de se séparer, un homme s'est avancé sur le bord de la tombe, couvert de ses habits de travail; il était bien ému, et, déposant sur cette terre fraîchement remuée une couronne d'immortelles, il dit en sanglotant : *Je ne suis pas riche, mais j'ai pu le suivre jusqu'ici ; je m'en vais content!*

C'était un ancien militaire auquel Souberbielle a extrait, il y a vingt-cinq ans, un biscaïen qu'il avait reçu dans l'abdomen, et qui, ayant pénétré dans la vessie, était devenu le noyau d'une pierre.

Et la foule s'est écoulée silencieuse répétant au fond du cœur les dernières paroles de l'Eglise :

Qu'il repose en paix!

La mort de Souberbielle fait perdre à la chirurgie un de ses plus habiles praticiens, à la France un de ses fils les plus dévoués, à l'humanité un de ses plus ardents défenseurs.

Le nom de Souberbielle vivra dans la science à côté de celui de son vénéré maître frère Côme, qui semblait lui avoir transmis ses qualités avec son talent.

Son nom vivra dans la mémoire des hommes, car il les a aimés, soulagés, consolés, et il comptera au nombre des bienfaiteurs de l'humanité.

C'était un homme de bien dans toute l'acception du mot : homme de cœur, de dévouement et surtout de conviction. C'est ce dernier sentiment qui donnait parfois à sa parole une âpreté qui pouvait paraître blessante, mais qui jamais n'a été plus loin que ses lèvres; la vérité ou ce qu'il croyait tel était son idole, et il la défendait avec une véritable passion; il avait en un mot les défauts de ses qualités.

D'une philosophie pratique naïve et en quelque sorte instinctive, l'amour qu'il portait à tous lui faisait oublier l'ingratitude de quelques-uns; il savait toujours trouver dans un malheur quelque chose de consolant; de la douleur, il n'acceptait que ce qui était inévitable; dans les contrariétés mêmes, il saisissait volontiers le côté plaisant. C'est ainsi qu'il a conservé sa santé, sa gaîeté, son énergie, et par suite son habileté et son intelligence, jusqu'au dernier jour de sa longue carrière. On peut dire qu'il n'a compté les années que par leurs printemps, et sa vieillesse a été belle comme les hivers de Naples, étincelante de lumière et couronnée de roses.

Il a cependant vu venir la mort et il n'a pas fléchi devant elle; plein d'espoir encore quelques heures avant d'expirer, il sentit, vers deux heures de la nuit, un trouble inaccoutumé dans la circulation; et, plaçant une main sur la région du cœur, il dit : *Cela s'engorge, le râle va venir, tout est fini*. A cinq heures, il n'existait plus.

Pour ceux qui ont eu le bonheur de vivre dans l'intimité de Souberbielle, sa mort laissera un vide qui ne sera jamais rempli; pour nous, qui depuis plus de trente ans nous étions fait une douce habitude de son affection tendre, nous qu'il avait associé à ses travaux comme à ses projets, nous pouvons dire avec vérité dans l'amertume de notre douleur :

Multis ille bonis flebilis occidit, nulli flebilior quam mihi.

Huitième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Testel.
Moussous.
Morel-Lavallée.
Poyer.
Duchamp.
Moreau (de Tours), médecin de la Salpêtrière.
Clerc, D.-M. à Soron (Mayenne).
Magne.
Dupré.
Piorry, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Wertheim.
Rochard.
Piedagnel, médecin des hôpitaux.
Place.
Bonnet.
Bureau-Rioffrey.
Cerise.
Chéreau.
Canuet, ex-médecin de Sainte-Périnne.
Dupré-Latour.
Voirhaie.
Brun.

Nota. Voir l'Adresse de la Commission d'organisation du Cercle aux Médecins (*Gaz. des Hôp.*, 14 juillet 1846, n° 82).

D'après le dernier compte-rendu par l'administration des hospices, il manque dans les hôpitaux, pour le service des malade, 70,952 draps de lit, 18,567 alèzes, 38,626 chemises, et une grande quantité d'autres effets de lingerie. Pour que la ville laisse ainsi ses malades sans draps et sans chemises, il faut qu'elle soit bien pauvre; et cependant, d'un autre côté, en lui voyant abandonner aux compagnies de gaz, pour dix-sept ans, un revenu annuel de deux à trois millions qu'elle devrait s'attribuer, les départements croient certainement qu'elle est immensément riche. Le conseil municipal pourrait seul nous dire comment il se fait que la ville soit en même temps trop pauvre pour ne pas donner des chemises aux malades que la misère amène dans les hôpitaux, et trop riche pour n'avoir point à s'occuper de la réalisation d'un revenu de plusieurs millions.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur sera donné pour les versements de fonds.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 18 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 84. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE sont reçus chez M. Joseph Thomas, News agent, 1. Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 17 JUILLET 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Une thèse remarquable vient d'être, il y a quelques jours, soutenue à la Faculté, sur la fissure à l'anus et sur son traitement. Bien qu'elle soit l'œuvre d'un tout jeune médecin, auquel la pratique n'a pas encore appris autant qu'aux chirurgiens blanchis sous le harnais, nous y avons trouvé quelques considérations curieuses, principalement sous le rapport de la définition.

Voici celle que donne M. Auclerc de cette maladie :

« La fissure à l'anus doit être définie : Une ulcération plus ou moins étroite, allongée, superficielle, développée vers la marge de l'anus, entre les replis radiés de la membrane muqueuse de cette partie, *toujours accompagnée d'une douleur extrêmement vive* pendant et surtout après l'expulsion des matières fécales, et d'*une contracture constante du sphincter anal*, que cette contracture doive être considérée comme cause ou comme effet. — Disons en passant, ajoute l'auteur, et nous y reviendrons plus tard, que cette contracture est toujours pour nous la conséquence et non la cause de la maladie. »

On voit que cette définition diffère un peu, quant à sa seconde partie, de celles généralement admises, en ce sens que M. Aucler fait entrer comme élément de diagnostic le sentiment de déchirure atroce dont se plaignent les malades, et la contracture musculaire, deux circonstances essentielles que les auteurs mentionnent seulement dans la symptomatologie, et auxquelles il accorde, lui, une importance beaucoup plus grande.

Cette définition a, nous le pensons comme M. Aucler, une plus haute valeur qu'on ne serait tenté de le croire d'abord. Qu'en résulte-t-il en effet ? C'est que d'après cela il n'y aurait qu'une seule espèce de fissure à l'anus, celle dans laquelle l'ulcère est placé à la fois sur la peau et sur la muqueuse rectale, à *cheval*, qu'on nous passe cette expression, sur le sphincter inférieur, et que l'on devrait rejeter les trois divisions admises par plusieurs savants chirurgiens, parmi lesquels nous citerons MM. Blandin et Hervez de Chégoin.

MM. Blandin et Hervez de Chégoin décrivent trois variétés de la fissure anale :

1° L'une se développe au-dessous du sphincter, vers la peau de l'anus; 2° d'autres appartiennent à la face interne du sphincter; 3° enfin, il en est qui apparaissent au dessus de lui. « Cette triple distinction, ajoute M. Blandin, est à la fois naturelle et utile, et nous affirmons que sans elle on est maintes fois tombé dans l'inconvénient de confondre ensemble des maladies essentiellement semblables sans doute sous le point de vue de leur cause, mais très différentes quant à leurs symptômes et à leur traitement. »

Certes cette division paraît, au premier abord, très naturelle, et l'on serait tenté de l'admettre sans discussion. M. Auclerc, tout en sollicitant l'indulgence de ses maîtres pour l'innovation qu'il propose, discute dans les termes de la plus exquise convenance l'utilité et l'opportunité de cette division, et ne la trouve point. Examinant au point de vue de la symptomatologie ces espèces de fissures, il cherche à démontrer que la fissure inférieure et la fissure supérieure ne doivent pas être considérées comme réellement deux variétés de l'affection.

« Les fissures inférieures au sphincter, dit M. Blandin, n'appartiennent presque qu'à la peau et point à la muqueuse anale; elles sont visibles à l'œil; elles fournissent la matière d'un écoulement jaunâtre qui tache continuellement le linge du malade; elles occasionnent un prurit plus ou moins grand, mais point ou presque point de contraction du sphincter; elles gênent peu la défécation; le plus souvent elles reconnaissent pour cause le vice vénérien. » Pour nous, répond M. Aucler, ce ne seraient point là de *véritables* fissures. D'après la définition que nous avons donnée, pour qu'il y eût véritable fissure, il faudrait qu'avec la peau la muqueuse fût intéressée; il faudrait qu'il y eût contracture du sphincter, condition qui, à nos yeux, paraît essentielle pour caractériser la maladie qui nous occupe; or, ici ces deux circonstances manquent. Que si, dans quelques cas, cette fissure inférieure a été accompagnée de contracture du sphincter, ne serions-nous pas en droit de supposer, jusqu'à plus ample informé, que l'ulcération intéressait également la muqueuse, et que, par une circonstance étrangère au chirurgien, l'ulcération de la muqueuse aurait échappé ?

Quant à ce que l'on a dit du vice vénérien, considéré comme cause fréquente de ces fissures, M. Aucler pense que, de deux choses l'une, ou il y a ulcération spécifique, inoculable, et alors c'est un chancre; ou c'est une simple érosion de la peau déterminée par le pus irritant de certains accidents secondaires, tubercules plats, etc., et alors encore c'est une ulcération simple qui pourrait aussi bien être produite par le liquide non virulent de la blennorrhagie ou du catarrhe utérin.

Quant aux fissures supérieures au sphincter, voici ce qu'en dit encore le chirurgien de l'Hôtel Dieu :

« Les fissures supérieures au sphincter de l'anus sont tout à fait muqueuses, et l'œil ne peut jamais les apercevoir qu'avec la plus grande difficulté, et toujours à l'aide du spéculum seulement. Le doigt, porté dans le rectum, indique au lieu qu'elles occupent une corde noueuse dure, et dont la pression fait ressentir une vive douleur; leur surface devient saignante, lorsque les malades font des efforts pour aller à la selle; elle cause un ténesme difficile à décrire; les matières fécales rendues sont enduites de mucosités puriformes et sanguinolentes du côté qui correspond à la fissure. Ces fissures sont rarement accompagnées de constriction de l'anus, et le plus souvent elles sont produites par l'ulcération d'hémorrhoïdes internes pendant le passage des matières fécales endurcies. »

Dans ce cas encore, M. Aucler ne croit pas que l'on ait affaire à une véritable fissure. Le ténesme est il est vrai pénible, mais cesse immédiatement après l'expulsion des matières fécales. Or dans la fissure, il est un phénomène sur lequel on n'a point assez attiré l'attention. C'est que la douleur devient ordinairement beaucoup plus vive quelque temps après la défécation qu'au moment même où elle s'exécute. Puis, cette fissure supérieure n'est que rarement accompagnée de contracture musculaire, et suivant la définition de l'auteur, sans contracture, pas de véritable fissure. Nous le répétons, dit M. Aucler, ce qui constitue la fissure, c'est essentiellement la contracture et la douleur qu'elle détermine. Dans la fissure inférieure, cette douleur et cette contracture manquent souvent; ce n'est donc qu'une simple gerçure, une simple ulcération cutanée. Dans la fissure supérieure, ces deux caractères sont encore moins constants; l'ulcération échappant à la vue, il est impossible d'en supposer l'existence, puisque le malade ne s'en plaint pas.

Par ces diverses raisons, M. Aucler persiste dans son opinion, ne croit pas devoir quant à présent admettre la triple distinction dont nous avons parlé, et se borne à reconnaître comme *véritable* fissure, l'ulcération qui *siége à la fois sur la muqueuse et sur la peau, constamment accompagnée d'une douleur vive, et d'une contracture du sphincter anal.*

Nous avouons avoir que que tendance à partager l'avis nettement et clairement motivé de notre jeune confrère; il nous paraît d'autant plus digne de méditation, que si l'on admet sa définition, on se rendra compte facilement d'un fait qui jusque-là pourrait paraître inexplicable; à savoir : que certaines médications ont pendant un temps guéri des fissures à l'anus, qui maintenant restent inertes entre les mains du chirurgien, la monésia, la paullinia, etc. Il est probable que bonne partie des faits de guérison obtenus par ces agents n'étaient que de simples gerçures de la peau, sur lesquelles il aura suffi de faire quelques lotions astringentes pour en obtenir la cicatrisation complète.

M. Aucler a été conduit par l'observation des faits à établir que le siége de la fissure anale est de beaucoup plus fréquemment sur les parties latérales que sur la ligne médiane du sphincter; cette disposition lui paraît même tellement constante qu'à première vue l'on pourrait s'en servir pour le diagnostic différentiel de la fissure et du chancre de l'anus, celle-là étant presque toujours latérale, tandis que le chancre siége le plus souvent à la partie médiane antérieure ou postérieure.

La médication à laquelle se rallie M. Aucler est la section sous-cutanée du sphincter, procédé de M. Blandin, que nous avons souvent, en effet, nous aussi, vu suivi des résultats les plus heureux et les plus rapides.

Nous avons cru devoir consacrer ces quelques lignes à la remarquable dissertation de M. Auclerc, parce qu'il nous paraît utile de faire voir aux jeunes gens qui s'occupent sérieusement de la pratique de l'art, que toujours ils trouveront dans la presse médicale un appui favorable et une appréciation sincère des travaux que de longues et pénibles études les auront mis à même d'exécuter. Z...

HOTEL-DIEU. — M. LOUIS.

Métro-péritonite puerpérale. Guérison.

Suzanne D....., âgée de dix-huit ans, journalière, née à Thionville, à Paris depuis trois ans, est entrée à la salle St-François, où elle a été couchée au n° 6. D'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament sanguin, cette femme a été réglée à quatorze ans pour la première fois. Après une première apparition des règles, elle est restée près d'un an sans les voir reparaître; mais à peu près tous les mois, et à l'époque correspondant à celle à laquelle elles auraient dû se montrer, elle ressentait une légère indisposition : épistaxis, céphalalgie, fièvre même, pendant deux ou trois jours; au bout d'un an elles ont reparu, sans qu'on fît rien pour les provoquer.

Au moment de son entrée, elle est enceinte pour la première fois; sa grossesse a été pénible pendant les cinq premiers mois environ. La malade dit qu'elle était sujette à des vomissements très fréquents, et qui se répétaient presque à chaque repas. Un mois avant de devenir enceinte elle avait eu une maladie, qui, d'après la description qu'elle en donne, paraît avoir été une pleurésie. Les derniers mois de sa grossesse se sont assez bien passés. Entrée le 3 à l'hôpital, ressentant des douleurs depuis quelques heures, elle accouche le 5 après trente deux heures de travail, d'une fille bien constituée. L'accouchement s'est fait naturellement; mais il a été suivi d'une perte assez abondante de sang, et de légers frissons.

Du 5 au 10, quelques frissons encore, coliques assez violentes, presque continuelles; peau chaude, sudorale; pouls fréquent, petit; on applique à la malade, en trois fois, 80 sangsues sur l'abdomen, qui est douloureux à la pression surtout. Les seins sont peu gonflés, non douloureux. Selles normales; ni constipation, ni diarrhée.

Le 12, persistance des coliques, ventre un peu tendu, sensible à la pression, surtout de chaque côté de l'ombilic; au niveau de cette région on aperçoit une tumeur assez étendue, circonscrite néanmoins, peu résistante. La matrice, non encore revenue à son état naturel, est un peu déviée à droite. Visage animé, surtout aux pommettes. — 20 sangsues dans la région péri-ombilicale; mauve; sirop de gomme; julep gommeux. Cataplasmes sur le ventre. Diète.

Le 14, ventre peu sensible à la pression; pas de coliques ce matin. Les sangsues ont fourni abondamment. Matrice encore dure, volumineuse, non sensible à la pression, fortement inclinée à droite. Du côté gauche, il existe une tumeur située un peu au-dessus de l'arcade crurale. Cette tumeur est mobile et s'avance en haut vers la fosse iliaque et jusque vers l'hypogastre, où elle paraît se confondre avec le bord gauche de l'utérus. Sans toucher à la crête de l'os iliaque, elle est cependant au niveau de cette partie de l'os. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Pas de selles depuis deux jours. La malade ne peut se coucher que du côté gauche, le décubitus du côté droit est impossible. L'enfant de la malade est mort hier, et cet accident l'a beaucoup affectée.

M. Louis pense qu'il existe une péritonite partielle, laquelle a donné lieu à une réunion partielle de l'intestin qui formerait la tumeur droite.

Il existe aussi du côté gauche une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque du même côté, et s'étend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur ne paraît pas être constituée par la matrice; son bord supérieur est inégal, insensible à la pression, large. Ventre souple, insensible, un peu de météorisme. — Chiendent, sirop de gomme. Cataplasmes.

Du 16 au 21, l'état de la malade reste à peu près stationnaire. La tumeur dont nous avons signalé l'existence ne diminue pas; son niveau supérieur est situé à deux travers de doigt plus haut que les jours précédents; elle est dure, rénitente et insensible; elle s'étend moins à gauche; elle ne dépasse guère que de quatre centimètres la ligne médiane. Elle s'avance également moins dans la fosse iliaque. L'écoulement lochial a complètement cessé. Les seins, qui depuis l'accouchement n'ont été ni gonflés, ni douloureux, présentent tout à fait l'aspect normal. Chicorée, nitrate de potasse 4 grammes, lavements, injections, cataplasmes, bouillons.

Le 22, la tumeur du côté gauche a complètement disparu; la région qu'elle occupait n'est ni douloureuse, ni même sensible à la pression. La tumeur du côté droit existe encore, mais depuis hier elle a considérablement diminué dans toute sa circonférence. Elle est profonde; disposition qui au premier abord ferait croire à sa disparition complète, tandis qu'il suffit simplement pour la sentir d'exercer une pression un peu plus considérable. Les parois abdominales sont souples et insensibles; la tumeur n'y adhère probablement plus, puisqu'elle a changé de place et qu'elle est actuellement située plus à droite et plus profondément. Même traitement.

Le 25, la malade a eu dans la journée d'hier sept ou huit selles déterminées par l'administration de l'huile de ricin. Aujourd'hui la malade se plaint de coliques vives, qui ont commencé hier après le purgatif. Grande agitation cette nuit, céphalalgie violente. Ce matin, il n'y a point de fièvre; la malade est assez calme. La tumeur est encore diminuée, suivant son diamètre transversal, mais dans le diamètre vertical elle offre à peu près toujours la même dimension.

Les jours suivants, l'amélioration devient toujours de plus

en plus notable; la tumeur du côté droit finit par disparaître presque complétement, et la malade sort parfaitement guérie dans les premiers jours du mois suivant.

— Sans rien présenter d'extraordinaire, cette observation n'est cependant pas sans quelque intérêt; nous signalerons certains points qui sont complétement confirmatifs des descriptions si nombreuses qu'ont faites de la maladie qui nous occupent les auteurs qui se sont occupés de pathologie interne.

Et d'abord, on notera la précocité du début de la maladie. Les frissons se sont fait sentir presque immédiatement après l'accouchement, chose assez rare. On sait qu'il est des cas où la péritonite puerpérale peut débuter pendant le travail même de l'accouchement ; mais les faits de cette espèce sont assez peu fréquents pour que l'on soit en droit de les considérer comme tout à fait exceptionnels. C'est en général du deuxième au cinquième jour que l'invasion a lieu. Il est assez peu fréquent aussi de la voir commencer après la fin du septénaire qui suit l'accouchement. A plus forte raison M. Baudelocque a-t-il été dans le vrai en disant que l'on ne doit point regarder comme péritonite puerpérale celle qui se développe après la cessation naturelle de l'écoulement lochial, et lorsque l'utérus, ses annexes et le ventre sont revenus à leur état naturel, c'est-à-dire trente à quarante jours après l'accouchement.

Nous savons que tous les auteurs n'ont pas été de cet avis; mais il est véritablement impossible de regarder comme des fièvres puerpérales des cas de la nature de celui rapporté dans l'histoire de la Société royale de médecine, relatif à une femme atteinte de l'affection dont nous parlons au moment où elle sevra son enfant. Que dire de l'exemple rapporté par Pinel, d'une fièvre puerpérale survenue treize mois après l'accouchement? N'est il pas évident que là il y a eu peut être fièvre de mauvaise nature présentant, quant aux symptômes, de l'analogie avec les phénomènes de la fièvre puerpérale, mais qu'il n'y a point eu, à coup sûr, influence de l'accouchement sur une maladie qui ne s'est montrée que treize mois après!

La malade n'a pu nous dire d'une façon bien certaine dans quel point précis avaient commencé les douleurs; cependant, on a observé dans la marche de la maladie la succession ordinaire des phénomènes caractéristiques du côté de l'abdomen, c'est-à-dire la propagation de la douleur et de l'empâtement de la région hypogastrique ou des fosses iliaques jusqu'à l'ombilic.

S'il avait pu rester le moindre doute sur l'époque à laquelle s'est développée la péritonite dans le cas dont nous avons donné les détails, il est une circonstance qui l'aurait dissipé: c'est l'absence de la sécrétion lactée. Lorsque la péritonite débute avant que cette sécrétion n'ait commencé, le lait, comme on dit, ne monte pas et les seins restent affaissés, ou du moins dans leur état naturel. Si ce n'est qu'après que la sécrétion lactée a commencé à se faire que la fièvre se manifeste, cette sécrétion est moins active, et presque toujours les seins s'affaissent très promptement. Lorsque, dans des cas malheureusement trop rares, la maladie doit se terminer par résolution, c'est au moment où l'intensité de l'affection commence à être moins considérable, que les sécrétions se rétablissent, et les mamelles, jusqu'alors flasques, molles, acquièrent de nouveau la propriété de sécréter le lait. La plupart des auteurs ont eu l'occasion d'observer les rapports qui existent entre ce rétablissement de la sécrétion du lait, et la cessation des accidents les plus alarmants; cependant, il est bon de remarquer que ce rétablissement de la sécrétion, que les anciens regardaient comme la cause de l'amélioration dans l'état des malades, n'est, au contraire, que la conséquence, le résultat de la disparition ou de l'amendement des accidents généraux et locaux.

L'histoire de la péritonite puerpérale est assez connue pour qu'il soit superflu de s'y étendre davantage. Disons seulement deux mots du traitement mis en usage dans le cas actuel. Il a consisté en saignées locales, émollients et purgatifs. Quoi que l'on en ait pu dire, la saignée locale par les sangsues, dans la fièvre puerpérale, est une médication de laquelle on retire souvent de très bons effets. Sous ce rapport, la pratique de M. Louis se rapproche beaucoup de celle de Desormeaux. On trouvera dans un fort intéressant mémoire de M. Tonnellé, inséré aux Archives de médecine, des considérations pratiques sur la manière dont Desormeaux employait les émissions sanguines locales dans la métro-péritonite puerpérale, et la preuve des succès qu'il obtenait par cette médication. Enfin les purgatifs employés à plusieurs reprises n'ont pas été sans influence sur l'heureuse terminaison de la maladie, en faisant disparaître la constipation; condition toujours contraire dans l'affection dont nous parlons.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Rétention du placenta dans l'utérus après une fausse couche. Hemorrhagie. Extraction du délivre. Cessation des accidents.

Au numéro 6 de la salle des femmes, était couchée une malade qui se trouvait au huitième ou au dixième jour d'une fausse couche, et qui était persuadée avoir rendu l'œuf dans son entier. Cependant, malgré cette expulsion, la perte continuait avec abondance, au point que cette femme était exsangue quand elle se décida à entrer à l'hôpital.

Au récit seul de la marche des accidents, nous avons pensé que quelques portions de l'œuf devaient avoir été retenues dans la matrice, et l'exploration directe a immédiatement justifié notre prévision. Nous avons trouvé engagé dans le col un corps du volume d'un œuf, et nous sommes parvenu à porter nos doigts jusqu'au-dessus et à l'extraire. Nous avons reconnu que cette masse était composée d'une portion du placenta, de caduque et de caillots sanguins.

Cette extraction opérée, l'hémorrhagie s'est arrêtée; mais la femme n'en est pas moins demeurée très affaiblie par la perte de sang considérable qu'elle a éprouvée, et, pendant les quinze jours qu'elle est restée à l'hôpital pour se rétablir, nous avons pu observer un phénomène qui se produit presque toujours dans ces circonstances, et qu'il est important de bien connaître. Nous voulons parler de cette céphalalgie intense qui survient chez les individus qui ont perdu une grande quantité de sang. Il faut être prévenu de l'apparition de ces douleurs de tête, qui souvent sont très vives et tourmentent beaucoup ces malades, même quand les accidents dont ils sont l'effet ont été arrêtés depuis quelque temps. Il faut surtout se garder de confondre cette céphalalgie avec celles qui réclament l'emploi des antiphlogistiques. Les sangsues appliquées derrière les oreilles, la saignée ne conviennent nullement dans ces sortes de cas; et, loin de soulager les malades, ces moyens aggraveraient certainement les douleurs dont elles se plaignent.

L'indication, dans ces céphalalgie qui suivent les pertes abondantes, est de reconstituer le sang de toutes les manières possibles, et l'on voit bientôt alors le mal de tête disparaître complétement. Cette femme s'est plainte encore d'une douleur dans le côté; mais nous n'y avons trouvé rien de matériel, et elle sortira ces jours-ci de l'hôpital pouvant se considérer comme guérie.

Des anciens ulcères syphilitiques et de la méthode de traitement qui leur convient.

Nous avons reçu ces jours ci une femme enceinte et avancée déjà dans sa grossesse, qui porte sur la main et sur le bras des ulcérations présentant les caractères des ulcères vénériens.

Nous voulons rappeler à ce sujet un traitement que nous ne manquons jamais d'employer dans des cas semblables, et qui produit des résultats qu'on peut, sans exagération, qualifier de merveilleux. Nous nous étonnons qu'il n'ait pas frappé comme nous les divers observateurs, et qu'on ne l'ait pas généralisé; car il n'en est vraiment pas qui produise de ces guérisons plus rapides et plus sûres.

Il consiste tout simplement à toucher toutes les parties purulentes avec le nitrate acide de mercure, avec les précautions, bien entendu, qu'exige l'emploi de ce caustique, et dont nous ne parlons pas parce qu'elles sont généralement connues; puis, quand on a ainsi touché tous les ulcères, soit à la fois, s'ils sont peu nombreux ou peu étendus, soit en partie, s'ils sont en trop grand nombre ou trop larges; quand on a, disons-nous, touché la surface de toutes les ulcérations deux, trois, quatre fois, jusqu'à ce qu'elles aient été nettoyées avec le caustique et aient pris un meilleur aspect, alors on les enveloppe dans une bottine ou un bracelet de bandelettes de diachylon imbriquées de bas en haut, et faisant le tour du membre, et bientôt la cicatrisation se complète.

Cette malade veut absolument partir; ses plaies n'ont été touchées que deux fois, et déjà elles sont en pleine voie de cicatrisation. Nous n'avons pas cru devoir la soumettre à un traitement antiphlogistique complet, parce qu'elle est tellement près du terme de sa grossesse, qu'il faudrait bientôt interrompre ce traitement pendant ses couches, et nous pensons qu'il vaut mieux attendre qu'elle soit complétement rétablie; d'autant, que si le fœtus doit être infecté, il l'est présentement, et ne retirerait aucun avantage d'un traitement incomplet.

Nous venons de voir, dans une autre circonstance, un exemple frappant des effets de ce traitement que nous avons employé chez cette femme. Un homme vint à Paris, de la province; il portait une trentaine d'ulcérations de toute largeur; on le traitait depuis dix-huit mois sans obtenir d'améliorations. Les ulcérations étaient taillées à pic, grisâtres, sales, avec les caractères des vieux ulcères vénériens.

Nous n'avons pas voulu toucher tous ces ulcères à la fois, à cause de leur nombre; nous les avons cautérisés par tiers, ils n'ont été touchés encore qu'une seule fois; le malade en est à son troisième pansement avec les bandelettes, et les dix-neuf vingtièmes de ses ulcérations sont cicatrisées; ce malade n'est encore en traitement que depuis une vingtaine de jours. Il est très vrai que nous avons donné le protoiodure à l'intérieur, ce qu'on doit faire, une tisane altérante, et quelques bains. Ce n'en est pas moins un résultat très satisfaisant pour nous, et qui pour le malade passe pour tout à fait merveilleux. Ce sont de ces guérisons qui font grand bruit quand elles ont pour sujet quelque personnage haut placé; car pour cet homme, il ne comprend qu'une seule chose: c'est qu'il était malade depuis près de deux ans, et qu'il est guéri en un mois.

Ce remède, le nitrate acide de mercure, paraît véritablement agir comme spécifique dans ces maladies, comme caustique et comme composé mercuriel. Nous avons fait autrefois des essais comparatifs, desquels il est résulté pour nous que les autres caustiques n'agissent pas avec la même efficacité contre ce genre d'affection.

Aussi ne doit-on pas hésiter à employer le traitement que nous venons d'exposer, toutes les fois qu'on rencontrera des ulcérations laciniées, à pic, ayant des caractères équivoques, lors même qu'on ne trouverait pas la vérole dans les antécédents du malade. On est presque certain, avec de tels ulcères, d'obtenir des guérisons inespérées.

Accumulation de matières stercorales dans le rectum prise pour un cancer de l'intestin.

L'observation de cette malade est peut-être celle qu'on peut regarder comme la plus intéressante de toutes celles que renferment les salles présentement. Il s'agit d'une femme de soixante ans à peu près, qui a toutes les apparences de la santé et qui se dit malade depuis trois semaines à un mois environ.

Avant cette époque elle avait eu, dit-elle, quelques embarras dans le ventre, auxquels elle n'avait pas fait grande attention; depuis, ces embarras se sont accrus; et aujourd'hui elle se plaint de ne pouvoir plus aller à la garde-robe; elle a consulté un médecin, qui paraît l'avoir examinée, et qui a pensé avoir constaté à la région postérieure du rectum une tumeur qui nécessiterait une opération.

En examinant l'extérieur de cette femme, nous ne lui trouvions pas l'aspect qui caractérise les cancéreux; mais comme il existe des individus qui portent des cancers, même avancés, sans présenter la physionomie propre à cette maladie, nous ne nous y sommes pas arrêté. Passant à l'examen direct, nous avons constaté à l'entrée du rectum la présence d'une tumeur globuleuse assez considérable; mais nous avons reconnu aussi que la paroi intestinale présentait sa souplesse ordinaire. Cependant, comme le médecin qui avait examiné cette femme n'avait pas précisé l'endroit où se trouvait le mal, nous avons porté le doigt aussi loin que possible, et nous avons trouvé que cette tumeur se prolongeait très haut, mais que le rectum lui-même n'était pas malade, du moins dans toute la portion que nous pouvions explorer.

L'interrogation de la malade a de l'importance dans une affection semblable; on peut presque éclairer une partie de la question à l'aide des renseignements qu'elle fournira: cette femme n'est malade que depuis un mois; elle n'a jamais eu d'hémorrhoïdes; elle ne rend pas de sang, elle n'a jamais rendu de pus; la santé générale a été constamment bonne, la face est naturelle.

En présence des résultats fournis par l'exploration avec le doigt, et des commémoratifs, il y a lieu de croire qu'il ne s'agit pas d'une maladie organique de l'intestin, mais seulement d'une accumulation de matières stercorales endurcies dans le rectum.

Il ne faudrait pas croire que l'erreur commise soit rare; il n'est pas du tout, comme on le penserait *à priori*, difficile de se tromper dans des cas semblables, et la méprise du médecin qui a vu la malade peut être considérée comme fréquente. On a souvent traité pour des cancers des malades qui n'avaient pas autre chose que ce que présente cette femme. Ce qui contribue surtout à faire commettre cette erreur, c'est la persistance des garde-robes chez les malades qui ont ainsi des fèces accumulées dans l'intestin. Cela est difficile à comprendre au premier abord; on ne conçoit pas qu'un individu dont le rectum est bouché par une masse considérable et endurcie au point d'avoir la consistance d'une véritable pierre, comment, disons-nous, chez cet individu, les matières puissent sortir pour être expulsées au dehors.

Voici comment les choses se passent.

Au-dessus de cette pierre stercorale sont sécrétées des matières muqueuses, séreuses même, par suite de l'irritation que produit cette espèce de bouchon; ces liquides filtrent entre la paroi intestinale et la masse endurcie, et ces malades, tout en ayant l'intestin obstrué, ont cependant le dévoiement. Muni de ce renseignement, à savoir, que le malade va à la selle, qu'il a même la diarrhée, le médecin n'a pas l'idée d'une accumulation de fèces, et il est beaucoup plus disposé, s'il explore, à prendre cette masse pour une production pathologique. Ainsi cette femme va à la garde-robe, elle y va mal, incomplétement, mais enfin elle y va; et cela explique l'erreur qui, nous le répétons, est fréquente.

On raconte à ce sujet une histoire qu'il est bon de faire connaître, pour graver mieux ces erreurs dans la mémoire et les faire éviter à l'avenir.

A Marseille, étaient rassemblés plusieurs chirurgiens autour d'un malade qui présentait une tumeur du rectum; chacun proposait son opération, quand l'un d'eux soutint contre les autres qu'il n'avait besoin que d'huile de ricin pour le guérir: et l'événement lui donna raison.

Il faut savoir cependant que les purgatifs ne réussissent pas toujours, tant s'en faut, contre ces pierres stercorales. Ainsi, nous avons donné d'abord de la teinture de jalap composée; cela n'a rien produit. Le plus souvent il faut avoir recours à des moyens mécaniques, il faut en venir à débarrasser le rectum avec les doigts ou avec une cuiller, et on rend l'opération plus facile en administrant des lavements huileux, mucilagineux; et, chez les femmes, en portant quelques doigts dans le vagin, on les recourbe, et l'on presse ainsi d'arrière en avant, à travers la cloison recto-vaginale, pour faire avancer les matières. C'est une opération peu agréable, sans doute; mais la médecine est une mission qui impose quelquefois des devoirs pénibles, qu'on doit savoir remplir.

Du reste, pour cette maladie, le tout est de la reconnaître; car, dès lors, rien n'est plus facile que la thérapeutique. Il se pourrait qu'au-dessus de la masse stercorale le rectum présentât quelque lésion organique, et que le premier médecin eût eu raison; c'est une question qui ne pourra s'éclaircir qu'après avoir vidé l'intestin.

Tumeur rare et non décrite encore siégeant dans la région iliaque droite chez une femme à la suite de couches.

La malade du n° 9 présente un état singulier, qui ne nous paraît pas avoir été décrit encore.

Cette femme, d'une constitution molle, lymphatique, est accouchée il y a un mois; l'accouchement a été heureux et même prompt; elle était primipare, et est accouchée, dit-elle, en deux douleurs.

Quelques jours après, elle a ressenti une douleur dans la région iliaque droite; cette femme a continué à se livrer à ses occupations, elle est domestique: la souffrance a augmenté. Elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A son entrée, cette femme est sans fièvre, la langue est limoneuse; mais il n'y a pas de réaction générale marquée. La région iliaque droite est le siége d'une tuméfaction, qui s'étend depuis le milieu de la crête iliaque jusqu'au pubis. Cette tumeur est bosselée, mollasse, demi fluctuante au centre et en avant; la malade y perçoit une douleur sourde; pongitive. Elle est très sensible à la pression. Comme les parois du ventre sont souples, on peut passer presque en arrière de cette tumeur, et constater qu'elle envoie un prolongement dans le canal inguinal.

En présence de ces symptômes, nous avons pensé à l'inflammation de tous les éléments qui entrent dans la composition du ligament rond.

En effet, quand l'inflammation existe dans la fosse iliaque, c'est entre le péritoine et le *fascia iliaca* qu'elle se développe; alors la tumeur est adhérente, comme plaquée, et on ne la trouve pas mobile, détachée, comme elle l'est chez cette malade. Puis quand un phlegmon existe dans la fosse iliaque, et qu'il se prolonge par en bas, c'est vers le canal crural qu'il marche et non vers le canal inguinal, puisque le tissu cellulaire qui est son siége se continue avec celui du premier de ces deux canaux. On n'observe rien de semblable ici.

Si cette phlegmasie existait chez l'homme, le cordon testiculaire rendrait la chose plus évidente; mais chez la femme, comme c'est le ligament rond qui traverse cette ouverture des parois abdominales, on ne peut trouver de preuves de la réalité de l'inflammation de ce ligament que dans l'ensemble des circonstances suivantes:

D'abord, c'est à la suite de couches qu'est apparue la maladie; or, tout le monde sait que rien n'est plus commun que l'inflammation des annexes de l'utérus chez les nouvelles accouchées. Ensuite, le phlegmon de la fosse iliaque, seul affection avec laquelle celle-ci pourrait être confondue, ne prend pas son point de départ dans les tissus qu'affecte cette espèce d'inflammation. On comprend que les phlegmons qui surviendront après l'accouchement apparaîtront en général le plus près possible de l'utérus. Cet organe, gorgé de fluides ainsi que ses annexes au terme de la grossesse, éprouve par le fait même de l'accouchement une secousse violente, qui le prédispose plus qu'en un autre temps aux inflammations. Aussi, c'est dans les ligaments larges, c'est-à-dire dans les parties qui sont le plus rapprochées de lui, que débutent le plus souvent les phlegmasies. Partie des tissus cellulaires qui se trouvent entre les feuillets de ces ligaments, l'inflammation gagne les fosses iliaques, où elle s'étale, d'où les phlegmons de cette région.

Quoi d'étonnant alors que l'inflammation, au lieu de suivre la route que nous venons de tracer, suive le ligament rond jusque vers les anneaux inguinaux où s'en va ce ligament et non jusqu'à la vulve, comme on l'a écrit partout?

Selon nous, la marche de la maladie, les conditions dans lesquelles elle s'est produite, ses caractères, son aspect ne nous permettent pas de douter qu'il ne s'agisse d'une inflammation du ligament rond: maladie qui n'a pas encore été étudiée.

Pour le pronostic, nous pensons qu'il n'est pas aussi grave que celui des phlegmons de la fosse iliaque. Ces derniers peuvent amener à leur suite des accidents d'une extrême gravité; le pus peut fuser dans le péritoine, se frayer une voie par la vessie, l'intestin, etc. La thérapeutique diffère du tout au tout: celle des phlegmons de la fosse iliaque est difficile, délicate dans le commencement; on se trouve, en effet, dans des conditions malheureuses; il faudrait ouvrir l'abcès promptement, d'un côté, et, d'un autre, il faut pénétrer profondément; le péritoine est là, il y a des vaisseaux importants à éviter; ici, rien de semblable; la suppuration est peu profonde, l'abcès facile à vider; aussi l'avons-nous ouvert hier avec le bistouri.

Quoi qu'il en soit, c'est là une maladie peu connue et qui mériterait une mention dans les traités.

— Il y a eu depuis quelques jours dans le service cinq ou six inflammations sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes, qui n'ont du reste rien offert de particulier.

Une femme s'est présentée à l'hôpital avec deux enfants, l'un de quatre ans et l'autre dont elle est accouchée il y a un mois; tous trois sont atteints d'ophthalmie purulente. Cette femme a fait ses couches à la Maternité, où elle avait emmené la petite fille, qui a été prise de la maladie, et successivement la mère et le nouveau-né en ont été atteints. M. Velpeau faisait remarquer que ce fait, avec beaucoup d'autres qu'il avait observés, prouverait d'une façon évidente que l'ophthalmie purulente est contagieuse. Il a rappelé que cette ophthalmie débutait par la conjonctive palpébrale, tandis que l'ophthalmie blennorrhagique et d'Egypte s'emparait d'abord de la conjonctive oculaire; ce qui expliquait la différence dans la rapidité de la perte de la vue. Il a ajouté que le seul moyen vraiment efficace consistait dans la solution de nitrate d'argent aux doses de un décigramme pour les enfants, de trois, quatre décigrammes, un gramme, deux, trois, quatre grammes même par once d'eau chez les adultes, et que, quant aux saignées générales, locales, purgatifs, mercuriaux, révulsifs, c'était une série de moyens excellents comme adjuvants, mais incapables d'arrêter la marche d'une maladie aussi rapidement fâcheuse.

Un garçon d'une vingtaine d'années, auquel on avait enlevé le premier os du métatarse, a subi l'amputation de l'orteil correspondant. Selon M. Velpeau l'ablation analogue vantée à la main par M. Roux est une bonne opération, qui au pied ne présente aucun avantage et devrait disparaître de la médecine opératoire; l'orteil qu'on laisse ne servant à rien, et gênant infiniment pour la marche. PAJOT.

ACADÉMIE DE MEDECINE. (Addition à la séance du 14 juillet).
Suite du discours de M. Pariset sur la peste.

Enfin, cette endémicité que nous cherchons, la trouverons-nous dans les Etats barbaresques? Non, Messieurs: de même que les deux Turquies, de même que la Syrie, ces Etats reçoivent la peste, et, après l'avoir reçue, ils la répandent autour d'eux; ils la donnent même à l'Occident. Ils l'ont donnée plus d'une fois à l'Espagne et à la Hollande, et par la Hollande à l'Angleterre et au nord de l'Europe, mais ils ne la produisent pas. Si l'Algérie, qui faisait partie de ces Etats, avait la funeste propriété de la produire, est-ce que depuis une possession de seize années cette triste révélation ne se serait pas faite et faite plus d'une fois à la France? Les marais que renferme l'Algérie ont-ils fait naître la peste, ni même ombre de peste? Ici, d'ailleurs, nous ne sommes plus dans l'Orient proprement dit. Retournons en Orient; et, comme une permanence constante est le caractère propre de l'endémicité, est-il finalement une contrée où se trouve cette permanence qui ne se dément jamais? Oui, Messieurs, cette contrée existe, et c'est précisément celle que nous avons déjà nommée en ne la nommant pas: oui, cette contrée est l'Egypte. Oui, l'Egypte est un foyer permanent de peste, et j'ajoute, comme je l'ai dit ailleurs, c'est le seul foyer de peste qui soit au monde. « Vous cherchez la peste, » me disait dans la Haute-Egypte un ministre du vice-roi; retournez » au Caire, car elle y est toujours. » Ce que ce ministre me disait du Caire, je le dirai de Damiette, de Rosette, d'Alexandrie, des petites villes, des moindres bourgs et des moindres villages de l'Egypte inférieure. Dans le cours d'une année, il n'est pas de mois, il n'est pas de semaine, pas de jour, pas d'heure où vous ne rencontriez ici, là, partout, soit des cas véritables de peste, soit quelques-uns de ces accidents qui ont avec elle une étroite affinité: tels que de vifs élancements dans l'aine ou les aisselles, des taches, des vergetures, des pétéchies, des charbons, des fièvres de mauvais caractère et promptement mortelles, et finalement de ces abcès, de ces tumeurs qui prennent leur siége sur tous les points de la périphérie, au cou, au dos, au bras, à l'épigastre, ou bien enfin dans le pli des aines ou des aisselles. Et, sans parler de ces brusques morts que l'un de nous voyait à Alexandrie, quelle rapidité dans le mal! A six heures, un homme est en pleine santé; à sept, il a la fièvre et le délire; à huit, bubon et mort. Et le contraire. La peste, ou plutôt l'acte maladif qui la manifeste, semble se décomposer en efforts succesifs mais imparfaits. Un bubon se forme tous les six mois; il suppure, et santé plus vive qu'à l'ordinaire, puis le bubon revient, ainsi de suite. Un soldat a la peste en Morée, il a fièvre et bubon; la fièvre s'arrête, le bubon rentre, et la peste avorte; puis santé chancelante. Le malade revient en Egypte, il est pris de fièvre. Le bubon reparaît; il mûrit; on l'ouvre; guérison. Le premier de ces deux cas n'est-il pas une peste intermittente, le second une peste chronique, et, de part et d'autre, ne sont-ce pas là deux longues incubations? Mais quoi! une peste n'a été mortelle qu'après cent jours, et, pendant ces cent jours, le malade eût pu donner sa maladie!....

Ici, Messieurs, je cesserai de vous entretenir de mes observations personnelles pour vous rappeler celles que firent les illustres médecins de la grande expédition: Desgenettes, Larrey, Savarési, Pugnet, Louis Franck, Sotira, Boussenard, tous déclarent qu'à chaque pas nos soldats rencontraient la peste, qu'on la voyait à la fois dans cent lieux différents, lesquels ne communiquaient entre eux par aucun intermédiaire, et surtout ne communiquaient point avec Constantinople, car alors la guerre avait rompu tous nos liens avec la Porte, et la Porte n'avait pas la peste. Quelle conclusion tirez-vous, Messieurs, de ces observations, si ce n'est la conclusion qu'en ont unanimement tirée les observateurs eux-mêmes, savoir: Que la peste ne quitte jamais l'Egypte, et qu'elle y est conséquemment stationnaire ou endémique, vérité que rendra plus sensible encore le petit nombre d'observations que je produirai tout à l'heure!

Ainsi, Messieurs, l'Egypte que nous connaissons, l'Egypte moderne, est le domaine de la peste, et, pour emprunter les paroles du docteur Leukias, elle en est la source prototype, la source procathartique, ou primitive, comme l'avait dit Montesquieu: elle est devenue pour l'homme un séjour de ruine et de mort, comme le prouverait le dépérissement, tantôt ralenti, tantôt précipité, de sa population; elle qui était autrefois pour l'homme un lieu de délices, de conservation et de santé. D'où vient cette énorme différence? les éléments naturels se sont-ils détériorés? le soleil et l'air ne sont-ils plus les mêmes? l'eau du Nil a-t-elle perdu ses qualités originelles? On parle d'anciens canaux qu'on a laissés combler, mais ils n'ont pu se combler qu'en se remplissant de terre et de sable, et jamais le sable de l'Egypte, jamais la terre d'alluvion dont elle est formée, ne produiront une ombre même de maladie. On parle de flaques d'eaux stagnantes et de marais. Messieurs, j'ai bien vu l'Egypte: les flaques d'eau que le Nil, dans sa retraite, laisse après lui dans quelques bas-fonds, ces flaques d'eau sont en très petit nombre. Elles ont peu de profondeur et d'étendue. L'eau s'y altère, il est vrai, par la décomposition des végétaux et des insectes, par le mélange des fumiers, des égoûts, des excréments, et surtout par la décomposition de quelques grands animaux, qui se traînent jusque-là pour étancher leur soif, et s'y laissent tomber morts de faiblesse ou de maladie. C'est malheureusement de ces eaux que s'abreuvent les fellahs du voisinage, et qui sont trop éloignés du Nil. Qu'un tel breuvage les empoisonne plus ou moins lentement, et finisse par provoquer l'acte maladif, c'est-à-dire la fièvre, le bubon, les charbons, les pétéchies, c'est ce que je ne contesterai pas; mais ces causes locales n'ôtent rien à l'activité des causes qui produisent la peste dans les grandes villes du Caire, de Damiette, d'Alexandrie; car c'est là surtout que se forment les grandes épidémies pestitentielles. Quant aux marais, où sont-ils? Veut-on parler de ce grand réservoir d'eau vive du Fayoum, voisin du Birket-el-Quérum, ou du lac Mœris d'aujourd'hui? Veut-on parler des lacs qui bordent la côte septentrionale dans une longueur de soixante lieues? Mais on ne voit jamais la peste partir ni du lac Mœris, ni du lac Mariotis, ni du lac de Bourlos, ni du lac Menzaleh. J'ai visité ce dernier lac, et j'y ai vu presque au centre les îles Matarieh, lesquelles ont été trente-deux ans sans peste; et, pour le dire en passant, j'y ai vu des varioloïdes sans variole et sans vaccine antécédente. A l'égard de la peste, ce n'est ni de ces lacs, ni de leurs bords fangeux que naît cette dangereuse maladie. Jetez du reste les yeux sur le globe, et dans les deux hémisphères, au sud et au nord de l'équateur; de zéro à 31 ou 32 degrés de latitude, considérez les contrées qui correspondent à l'Egypte, vous trouverez des grands fleuves, des terres d'alluvion, encore diffluentes et mal formées, vous trouverez des marais où, sous l'influence du soleil, pourrissent des végétaux, des insectes, et de petits animaux; car pour mourir, les grands animaux se cachent on ne sait où; vous verrez s'échapper de ces marais des effluves qui font pénétrer dans l'économie de l'homme les principes des fièvres intermittentes, des fièvres pernicieuses, et les principes de beaucoup d'autres maladies non moins redoutables, peut-être la fièvre jaune, peut-être le choléra; mais au nombre de ces maladies, vous ne trouverez jamais la peste d'Orient; je ferais mieux de dire la peste de l'Egypte. Pour engendrer la peste, il faut donc que l'Egypte ait quelque maléfice particulier? Oui, sans doute. Je reconnais le premier tous les maux que peut faire aux hommes un gouvernement sans tendresse, sans pitié, sans souci de l'avenir, sans intelligence de ses véritables intérêts, un gouvernement aveugle, que ne peuvent éclairer ni la science, ni ses propres malheurs, et qui se traîne de ruine en ruine, infatué de cette pensée que, dans ses préceptes d'hygiène et de conservation l'Europe se nourrit et veut repaître les autres de chimères et de puérilités. Je reconnais le premier que la misère, la nudité, la malpropreté, le supplice de la faim, dépravent profondément les organisations, et les ouvrent à toutes les maladies imaginables; mais je soutiens que ces maladies, bien que rapprochées de la peste par les affinités les plus étroites, ne sont pourtant pas la peste, et que, pour franchir le léger intervalle qui les sépare, le secret maléfice dont je parle est absolument nécessaire; et ce maléfice, quel est-il? Je le dis pour la centième fois, et je le répéterai jusqu'à satiété, ce maléfice est l'empoisonnement par les émanations des cadavres, soit des cadavres des animaux, soit surtout des cadavres humains, ainsi que le déclare si formellement Joubert, ainsi que l'établit Ambroise Paré lui-même, par un fait décisif, je veux dire par l'histoire de la peste de 1562.

En 1562, en effet, du puits du château de Pènes, rempli de cadavres jusqu'à 100 brasses de profondeur, sortit, comme du puits de l'Apocalypse, une vapeur qui se répandit à dix lieues à la ronde, dans tout l'Agénois, et y fit paraître plusieurs cas de véritable peste. Si, témoins de cet événement, vous eussiez raisonné comme Ambroise Paré, vous raisonneriez *à fortiori* de la même manière pour l'Egypte, avec cette différence que, dans cette peste d'Agen, l'effet fut transitoire et borné, parce que la cause l'était elle-même; au lieu qu'en Egypte, la cause étant permanente, l'effet est permanent comme elle. La cause est permanente, si je dit, et c'est surtout par là que l'Egypte de nos jours diffère si prodigieusement de l'Egypte d'autrefois. L'ancienne Egypte poussait au dernier excès l'horreur de toute pourriture animale. Elle en préservait avec toute la rigueur d'un scrupule religieux toute terre qui pouvait recevoir une plante, un arbre, une habitation, et toute cette matière putrescible, dont j'essayais l'autre jour de faire comprendre l'immense quantité, toute cette matière préparée, desséchée, enveloppée de bitume ou simplement de linge à profusion, et j'ajoute recueillie dans des tombes de pierre, ou dans des cercueils de sycomore, ou entassée dans des millions de millions de vases en terre cuite, toute cette matière était finalement ensevelie dans des cavités profondes, ouvrages de la nature ou de l'art, plus grands, plus multipliés, plus durables même que les palais et les temples; le sol, l'eau l'air étaient préservés! au lieu que cette même pourriture, je la vois aujourd'hui mêlée sans préparation et comme incorporée toute crue avec la terre; de telle sorte que l'Egypte d'aujourd'hui ne serait qu'un vaste cimetière, et qu'à cause de l'égalité et de la porosité du sol, à cause de la chaleur et de l'humidité dont il est pénétré dans toutes ses parties, surtout pendant la tiédeur des hivers, ce cimetière serait une véritable distillerie de cadavres. Est-ce que j'exagère? Ah! j'ai encore en ce moment sous les yeux toutes les abominations qui nous saisissaient d'étonnement, M. Hamont et moi, à mesure que nous avancions dans le Delta. J'en ai parlé avec étendue, et j'ose dire avec une extrême fidélité dans le mémoire que j'ai publié sur les causes de la peste, mémoire que vous avez entendu dans une de vos séances, et que je viens de relire avec la défiance que vous me connaissez pour tout ce que je pense et tout ce que j'écris; et dont j'aurai néanmoins la hardiesse de dire aujourd'hui qu'il n'est pas une seule expression que j'en voulusse retrancher, ni peut-être une seule que je voulusse rendre plus vive et plus énergique, tant l'image de l'horrible état où je voyais la Basse-Egypte, il y a seize années, se retrace avec force dans mon esprit.

Ces tableaux affligeants vous ont été présentés plus d'une fois, et je vous fatiguerais sans fruit si je reproduisais en ce moment ce qu'on peut voir dans ce petit ouvrage sur l'incroyable insalubrité du Caire; de cette grande ville que traverse un canal d'eau croupie, et dont la moitié est assise sur des sépultures en général très superficielles; sur les trente-cinq cimetières qui lui appartiennent et dont vingt-cinq en occupent ou en occupaient l'intérieur, si voisins des maisons habitées que les morts semblent faire partie des vivants; sur ces quartiers sombres, humides, irréguliers, mal construits, à rues étranglées, où l'on compte par centaines des maisons toutes remplies de cadavres; conditions malheureuses qui suffiraient toutes seules pour menacer la vie des hommes, et l'abréger par les plus dangereuses maladies, comme le prouve l'étonnante mortalité des enfants; conditions du reste que l'on rencontre partout, je le répète, dans les villes petites ou grandes de la Basse-Egypte, mais plus spécialement dans les villages, où elles se montrent sans masque et sous l'aspect le plus hideux, le plus effrayant et le plus digne de pitié. Ce qui met le comble à tant de maux, c'est lorsqu'à de fortes pluies succèdent rapidement de fortes chaleurs. L'évaporation devient alors si abondante et si pernicieuse que ces villages, bâtis de charognes et de boue, sont comme plongés dans une fournaise de mort; c'est ainsi que la peste éclate et achève de les dépeupler.....

Maintenant, lorsque le cadavre fait naître la peste, que se passe-t-il entre le mort et le vivant? En quoi consiste le dangereux principe que le second reçoit du premier? Mystère que, malgré ses admirables progrès, la chimie n'a pas encore pénétré. Toutefois, souffrez ici quelques remarques que je dois à l'obligeance de M. Danger.

Cet ingénieux expérimentateur s'est essayé sur les décompositions des matières animales, et particulièrement sur les terres des cimetières. Si je l'ai bien entendu, voici ce que lui ont appris ses études. Les produits immédiats de la décomposition putride ne sont pas, comme on se l'est figuré, des corps élémentaires, tels que l'hydrogène, le carbone, l'azote, etc. Ce sont, au contraire, des vapeurs dont les molécules, organisées, condensables, susceptibles de se dessécher et de se conserver indéfiniment sous cet état, le sont aussi de se désorganiser complétement par une certaine combinaison de chaleur et d'humidité. Entraînées par les gaz, par les vapeurs d'eau, les courants d'air et de poussière, dispersées sans être détruites par l'eau pure, comme le pensait Desgenettes, expulsées par l'acide sulfurique, elles ne sont neutralisées que par les bases alcalines puissantes, la chaux, la potasse, la soude, l'ammoniaque, les cendres des végétaux. Elles sont condensées, au contraire, et non décomposées par les corps poreux, au nombre desquels on doit ranger le sable fin. Du reste, tant qu'elles conservent l'organisation qui leur est propre, elles peuvent servir de ferment, et par conséquent agir sur les êtres vivants pour les désorganiser, par la raison que, trouvant en eux le degré de chaleur et d'humidité qui doit les détruire, elles ne se détruisent en effet, elles ne subissent leurs métamorphoses qu'en les faisant partager à l'être qui les a reçues, et dont la vie se trouve ainsi compromise et quelquefois anéantie. On comprend par là comment, au milieu de tant d'agents contraires, la peste n'est pas, pour l'Egypte, aussi funeste qu'elle pourrait l'être. L'air y est toujours en mouvement; des torrents de poussière la balayent pour ainsi dire dans toutes les saisons. Les germes de pestes ainsi dispersés par le vent sont moins rapprochés et moins actifs.

En second lieu, l'eau du Nil est très alcaline. Répandue sur les terres, elle atteint les cadavres, elle en retient, elle en neutralise momentanément les miasmes; mais la source n'en est pas épuisée. Dans la douce et humide chaleur de l'hiver, la décomposition putride se ranime. Les subtils ferments qu'elle produit se condensent dans le sol sablonneux qui forment l'Egypte, et où repose les cadavres. Pour peu que l'élévation de la température les fasse vaporiser, l'homme les reçoit par les vaisseaux absorbants superficiels ou par ceux des poumons, c'est-à-dire par l'acte respiratoire. Par l'une et par l'autre voie, il s'en sature à ce point que ce que j'appelle l'état maladif s'achève, et que tout à l'heure la peste, ou plutôt l'acte qui la manifeste, éclatera avec plus ou moins de violence. D'un autre côté, comme les plantes, selon la remarque de Montesquieu, s'approprient, ainsi que l'air, les particules de la terre qui les nourrit, il est permis de supposer que les plantes textiles de l'Egypte, le lin, le chanvre, le coton, attirent dans leur intérieur ces molécules si ténues échappées des cadavres, et les conservent dans leur tissu comme le fait la soie, comme le font surtout la laine, les poils, les plumes des animaux. Ces matières textiles une fois travaillées, devenues marchandises et pressées sur elles-mêmes, soit dans des magasins, soit dans des vaisseaux de transport,

les miasmes qu'elles recèlent peuvent, par le repos, par l'exclusion de l'air et par une certaine chaleur, réagir les uns sur les autres et se prêter à des combinaisons nouvelles et toujours plus dangereuses, comme il arrive parmi nous au linge de l'homme le mieux portant, lorsqu'après l'avoir porté pendant quelques jours, cet homme s'avise de le ployer en plusieurs doubles et de le tenir exactement clos dans une étroite armoire, comme je l'ai observé moi-même, soit sur des cahiers d'hôpital que l'on avait tenus quelque mois en repos dans le coin obscur d'une pharmacie, soit sur les papiers que la Commission française avait rapportés de Barcelone, et qu'il fallut brûler aux portes de France, dans le lazaret momentané de Bellegarde.

Outre ces exemples, outre une foule d'autres exemples analogues ce qui autoriserait de telles spéculations, ce sont certains récits que l'on rencontre dans Mead, et personne n'accusera Mead de crédulité; ce sont le récits que M. Drovetti faisait devant moi sur les promptes morts qui frappaient à la première ouverture des magasins de coton que l'on avait tenus longtemps fermés; ce sont les récits que l'on faisait à Lancisi sur les maladies qu'avaient à subir les ouvriers de Constantinoples qui maniaient le chanvre et le lin récemment arrivés d'Alexandrie; maladies promptement mortelles, ou qui ne tardaient pas à revêtir tous les caractères de la peste. Que si ces récits ont été trop souvent contredits pour n'être pas suspects, voici un fait que je tiens d'un témoin oculaire, homme éclairé, sincère, et dont le témoignage est pour moi celui de la vérité même.

Il est en Egypte une ville dont on ne s'occupe presque pas en Europe, et qui, de toutes les stations maritimes, est peut-être la plus dangereuse : c'est Damiette. Or, il est de toute certitude que du chanvre porté de Damiette à Salonique, a introduit plus d'une fois, dans cette dernière ville, des pestes furieuses, entre autres celle de 1816, qui fit périr toute la maison du shérif de La Mecque, et le shérif lui-même. On sait que, fait prisonnier par Méhémet-Ali, il avait été relégué a Salonique par la sublime Porte. Lorsque la peste est en Egypte le cabotage de Damiette est plus redouté, même par les Turcs, que les navires expédiés d'Alexandrie...

Je viens, Messieurs, de parcourir un long espace, et je pense avoir solidement établi cette suite de propositions, que la peste n'est endémique ni dans la Syrie, ni dans les deux Turquies, ni dans les îles qui les environnent, ni à Erzeroum, ni dans le Bas-Danube, ni dans les Etats barbaresques, et qu'au contraire elle est endémique en Egypte. Je pense avoir fixé nettement les conditions de cette endémicité, conditions qui ne se trouvent nulle part dans le monde, ni au même degré ni avec la même permanence, parce que ces conditions sont pour ainsi dire l'Egypte elle-même, terre égale, unie, légère, poreuse, chaude, humide et saturée de matières animales, et spécialement de cadavres humains; car, en général, les cadavres des autres grands animaux, tels que les bœufs, se décomposent à l'air libre, et cette décomposition, bien qu'insalubre, n'a pas à beaucoup près les mêmes dangers : on a vu pourquoi. Si dans tout cela je ne me suis pas mépris, il s'ensuit que tout ce que le rapport de votre Commission renferme de contraire est ruiné de fond en comble, ou demanderait au moins de grandes restrictions. Il suivrait encore de là que, pour abolir avec sécurité nos quarantaines, pour délivrer l'Europe des périls qui menacent la vie des hommes et des gênes que souffre le commerce, dernière considération d'un moindre prix, à mon avis, que toutes les autres, il faudrait s'attacher à détruire la peste en Egypte. Mais cette destruction est-elle possible? Oui, sans doute. Faites revivre l'ancienne sagesse; toutefois, ne remuez pas les terres : la peste en sort, vous l'avez vu. Laissez au temps, laissez à l'air le soin de dissiper, d'épuiser, d'éteindre le poison dont elles sont pénétrées. Ayez d'abord un état civil qui constate les décès; puis changez les lieux de sépulture. Ne souffrez plus de sépultures domestiques, portez-les toutes dans le sable du désert, loin de toute demeure humaine, et, puisque les matières alcalines ont l'heureuse propriété de neutraliser les miasmes ou les molécules délétères, sachez mettre à profit les dons que vous a faits la nature; car on dirait que, pour la conservation de l'Egypte, la Providence a mis dans ses mains ces puissants auxiliaires, et les a mis à profusion.

L'eau de son fleuve est alcaline ; qu'elle multiplie ses canaux d'irrigation, afin que ses cultures soient toujours arrosées d'une eau si bienfaisante : double source de fécondité et de salubrité. Elle a du natrum en surabondance; qu'elle en enveloppe ses cadavres, comme le faisait l'ancienne Egypte; qu'elle en recouvre la surface de ses cimetières actuels; qu'elle le répande par couches légères sur les points suspects de son territoire; enfin, qu'elle change l'intérieur de ses villes et de ses villages; qu'elle en élargisse les rues; qu'elle en nettoie les maisons, qu'elle les rende saines et commodes; qu'elle purifie ses égouts; qu'elle imite, en un mot, le bel exemple que lui a donné l'armée française il y a près d'un demi-siècle. Peines, travaux, dépenses, eh! qu'importe, puisqu'il s'agit de la conservation des hommes! Voyez ce qu'a fait la Hollande pour la sûreté des siens Singulière économie! vous ménagez la peste qui vous détruit, vous detruisez les hommes qui vous servent. Mais, comme je l'ai dit si souvent au vice-roi, à Méhémet-Ali, les hommes sont la première de toutes les richesses, celle qui suppose mais aussi qui produit toutes les autres. Vous aspirez à la civilisation ; mais il n'est point de civilisation sans travail, et le travail n'a pas pour objet la félicité d'un seul, mais la félicité générale : hors de là point de civilisation Je puis me tromper sur l'efficacité des moyens que je propose, et le problème à résoudre en demanderait sans doute beaucoup d'autres; toutefois, j'ose penser que le plus noble soin qui puisse occuper les puissances de l'Europe serait de s'unir pour en provoquer la solution, et pour y contribuer, soit par des conseils, soit même par des secours effectifs; car, enfin, une telle entreprise intéresserait tous les peuples. La religion, la philosophie, l'intérêt même ont appris à tous les peuples qu'ils sont frères, et que le meilleur emploi qu'ils puissent faire de leurs forces serait de les tourner, non à leur ruine par la guerre, mais à leur conservation réciproque par le travail et les arts de la paix. Si jamais un projet de cette nature s'exécute, que de bénédictions pour les auteurs d'un si grand bienfait! et pour l'Europe, et pour l'Egypte, et pour le monde, quelle ère d'opulence et de sécurité! L'Egypte serait encore la contrée la plus délicieuse de la terre, comme le pensait Louis Franck; elle reprendrait cette antique splendeur que Bossuet a célébrée. Et quel heureux séjour pour les sciences! Jamais service plus signalé n'aurait été rendu au genre humain. Je le déclare avec la conviction la plus profonde, pour trancher sans retour la question des quarantaines, pour en affranchir à jamais l'Orient et l'Occident, il n'est que ce moyen, et peut-être ne serait-il pas indigne de l'Académie d'appeler sur ce point toute la sollicitude du gouvernement. Vaincre la peste serait la plus grande et la plus pure de toutes les gloires.

Je passe maintenant à la question de la contagion.

(*La suite au prochain numéro*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE

Séance du 1er juillet 1846. — Présidence de M. MONOD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Guersant* fait voir un enfant de huit ans qui, à l'âge d'un an, a eu une fracture de la jambe gauche, que l'on n'a pas traitée ou dont le traitement a été très irrégulier; car aujourd'hui la jambe forme un angle presque droit, saillant en avant, qui n'empêche pas complétement la marche, mais qui la rend très difficile La consolidation paraît entièrement solide à quelques membres de la Société; pour d'autres, au contraire, la rencontre des os offre un tant soit peu de mobilité. M. Guersant se propose de faire la section du tendon d'Achille, qu'il croit devoir être un obstacle au redressement des os; puis, cette section opérée, de faire céder le cal soit seulement avec les mains, soit à l'aide des appareils. Il préfère cette méthode à celle qui consisterait à faire la section du cal.

M. Malgaigne ne voit pas la nécessité de couper le tendon d'Achille, qui ne lui paraît pas assez rétracté pour empêcher le redressement du pied. Il pense que si la consolidation a lieu par un tissu fibreux, comme le croit M. Guersant, ce serait un malheur de mettre le tibia bout à bout dans ce moment, car il présenterait deux pointes qui n'acquerraient pas de solidité; tandis que si l'on faisait la résection en coin du cal, on obtiendrait deux surfaces qui tomberaient d'aplomb l'une sur l'autre comme deux pierres taillées, ce qui rendrait la station beaucoup plus facile. Telle est l'opération qu'il propose, et pour l'exécution de laquelle il donnerait la préférence aux pinces incisives sur la scie, parce que l'on conserverait plus de périoste. Il croit qu'après la résection du tibia, on redresserait facilement le péroné en faisant la section simple avec les pinces incisives à l'endroit du cal, et sans opérer un grand délabrement des parties molles.

M. Nélaton a vu, dans un cas qui avait beaucoup de ressemblance avec celui-ci, un chirurgien fort habile après avoir fait la résection du tibia au moyen de la scie à chaîne éprouver tant de difficulté à fracturer le péroné, qu'il fut obligé d'y renoncer. Aussi il croit qu'après la résection du tibia faite, il conviendrait de pratiquer au côté externe du péroné une incision qui ne communiquerait pas avec celle faite sur le tibia, et de réséquer l'os avec la scie articulée passés à travers cette ouverture.

M. Michon n'est pas convaincu que l'opération soit bien indiquée, et voici les raisons qu'il donne contre. D'abord les muscles formant des cordes très tendues et ceux de la couche profonde offriront une résistance très grande et bien autre que celle qui peut exister maintenant dans le tendon d'Achille. Ensuite l'anatomie de cette jambe n'est probablement plus normale les artères ne sont plus à leur place et il serait alors difficile de les éviter. D'un autre coté, on sait combien les plaies des résections sont dangereuses; et puis, la consolidation aura-t-elle lieu, et ne se fera-t-elle pas sans beaucoup de racrourcissement? Certainement, à mesure qu'il grandira, cet enfant verra la difformité de sa jambe augmenter; mais est-ce une raison suffisante pour lui faire courir des chances de mort par une opération problématique? Et dans cette incertitude, n'est-il pas plus prudent de laisser les choses telles qu'elles sont, et de ne rien tenter?

M. Guersant pense qu'entre l'opinion de M. Michon et celle de M. Malgaigne, il y a un moyen terme, et que si après la section du tendon d'Achille et des fléchisseurs il n'y a pas d'amélioration, il cessera les tentatives de redressement, car il croit que le reste n'est pas une opération innocente.

M. Denonvilliers est d'avis qu'il ne faudrait pas commencer par la section des muscles, qui serait au moins inutile, car les tendons lui paraissent avoir conservé assez de longueur pour se prêter au redressement de la jambe, qu'on y arrive soit par des pressions lentes et graduées, soit par une rupture instantanée. Ce qui donne la preuve que les muscles ne sont pas rétractés, c'est précisément la disposition du pied qui forme avec la jambe un angle aigu.

M. Malgaigne qui pendant la discussion vient de prendre la mesure exacte du membre, fait observer que le tendon d'Achille du côté malade est tout aussi long relativement que celui du côté opposé, et que les os fracturés mesurés séparément sont déjà plus courts que ceux de l'autre jambe; que ce raccourcissement ira toujours en augmentant, ce qui rendra la marche d'autant plus pénible et ce qui doit engager à faire dès à présent quelque chose pour remédier à cette infirmité. Toutefois, il pense qu'il convient d'éviter la section des tendons, car il y a des cas dans lesquels elle n'a pas été faite et qui n'en ont pas moins bien réussi. D'ailleurs, il y a un grand intérêt pour cet enfant a garder intact le tendon d'Achille, car l'articulation tibio-tarsienne est très faible, et il serait à craindre qu'après cette section les muscles antérieurs ne l'emportassent sur ceux de la partie postérieure, ce qui rendrait la conformation du membre encore plus fâcheuse.

— *M. Malgaigne* donne des nouvelles du malade auquel il a pratiqué la ligature de l'artère crurale. Dès le jour même de l'opération, il y a eu une diminution rapide dans le membre, qui était énormément distendu. Au bout de quelque temps, par suite d'un peu de pression, il s'est formé sur le mollet quelques phlyctènes, qui ont guéri sans mortification; mais il y a maintenant un commencement de gangrène à l'extrémité des orteils, qui sont flétris, secs et momifiés. On combat la douleur dont ils sont le siége par l'opium à l'intérieur, suivant la méthode de Pott. Depuis le moment de l'accident, le pied était toujours resté froid. Il faut noter que le malade prétend avoir eu autrefois les pieds gelés.

— *M. Cullerier* lit un travail sur quelques accidents déterminés par les préparations d'iode, et principalement sur les lésions organiques et fonctionnelles des testicules et des mamelles. Il rapporte des faits d'atrophie complète ou d'altération passagère de ces organes sous l'influence de l'iode administré pour combattre des blennorrhagies chroniques, des orchites ou des engorgements de l'utérus Il cite aussi des observations prises sur des nourrices, chez lesquelles on vit la sécrétion du lait gravement compromise pendant l'usage de ce médicament. Il fait ressortir la différence d'action de l'iode dans les affections locales sans altération de la constitution, ou bien quand il est donné lorsque toute l'économie est sous le coup d'un état morbide général, scrofules ou syphilis, et il cherche à prouver que dans le premier cas l'action atrophique est bien plus sensible, tandis que dans le second elle est au contraire excessivement rare.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Erratum. — C'est par erreur que nous avons intitulé, dans notre dernier numéro, la rélation que nous adressait le docteur Payen sur les obsèques de M. Souberbielle : *Discours prononcé sur la tombe*, etc. Ce discours a été lu par *M. Serrurier*, et l'article du docteur Payen était un compte-rendu de la cérémonie.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 85. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 20 JUILLET 1846.

LES QUARANTAINES.—IDÉES DOMINANTES EN ANGLETERRE.

Au moment où l'Académie va être appelée à voter sur les conclusions du rapport sur les quarantaines, il n'est pas sans utilité de faire connaître l'opinion des autres pays sur les questions à résoudre. On trouvera dans l'article suivant, extrait du *Times* (13 juillet 1846), l'exposé des idées dominantes en Angleterre, et nous ne doutons pas qu'il ne soit lu avec intérêt :

Les entraves et les charges imposées par les lois de quarantaine des différents états méditerranéens à leurs relations commerciales et au transport des voyageurs et des marchandises, ont souvent attiré notre attention. Les mesures prises par notre propre gouvernement pour obtenir le relâchement des précautions excessives et vexatoires qui sont en vigueur dans plusieurs des ports de la Méditerranée, ont été formellement approuvées par une décision de la Chambre des communes en date du 23 juillet 1844. Le surintendant général des quarantaines anglaises, sir Williame Pym, a été envoyé en 1844 pour visiter tous les principaux établissements sanitaires de l'Autriche, l'Italie, la Sicile, la France et le Levant; et lord Aberdeen n'a jamais cessé d'insister auprès du gouvernement autrichien sur la convenance qu'il y aurait à assembler un congrès ou une conférence de commissaires ou délégués de tous les principaux états de la Méditerranée, de la mer Noire et de l'Orient, ayant pour but d'établir certains principes fixes pour l'adoption d'un système uniforme de quarantaine. Ce projet avait été originairement proposé en 1838 par le gouvernement français; le gouvernement anglais l'avait chaudement repris en 1843, et la ville de Gênes fut proposée comme l'endroit le plus convenable pour rassembler les commissaires. M. Guizot donna tout d'abord son assentiment à cette proposition, mais exprima sa préférence pour Paris comme siége des délibérations. Il consentit cependant à passer sur ce point si le prince de Metternich désirait Gênes. Le prince de Metternich, dans toute cette négociation, a montré certaine apathie, certaine répugnance aux mesures actives, bien qu'il ait admis, dans une dépêche en date du 24 mai 1844, que la réforme du système quarantenaire était non-seulement utile, mais nécessaire pour remédier aux abus et aux contradictions du système actuel. Mais avant que les membres de la conférence proposée fussent convoqués, le ministre autrichien demanda un délai de six mois pour qu'on pût recueillir les opinions des principales autorités médicales, quant au *maximum* et au *minimum* de la durée de la quarantaine à imposer aux personnes et aux marchandises, et aussi quant au meilleur mode de désinfecter les objets supposés susceptibles de transmettre la contagion. Plus de deux ans se sont écoulés depuis que cette réponse a été donnée. Tous les efforts faits depuis par lord Alberdeen et son représentant à Vienne pour faire avancer la question, sont restés sans résultat.

Il est absolument indispensable, pour régler le système des quarantaines, d'obtenir le concours de toutes les puissances maritimes de la Méditerranée, parce que l'effet de toute réforme partielle est que le port ou le pays qui a abandonné les précautions rigoureuses adoptées partout ailleurs, court le risque d'être exposé à tous les inconvénients de la patente suspecte. C'est pourquoi rien ne peut être fait sans l'Autriche. Mais en même temps il faut avouer que l'exemple donné à cet égard par l'Autriche dans ses propres ports, offre un contraste tout à son avantage avec ce qui se passe dans les états du Pape, la Sardaigne et la France. Le comte Stadion, le gouverneur éclairé de Trieste, est extrêmement favorable à la réforme des quarantaines; et, en général, l'administration autrichienne s'est montrée plus empressée de pratiquer un système libéral dans ses propres états, que de le faire adopter aux autres puissances.

L'origine de ces abus doit être en grande partie attribuée à un intérêt pécuniaire. Les intendants ou les officiers sanitaires de presque tous les ports de la Méditerranée sont indépendants de leurs gouvernements respectifs, et soldés par les droits de quarantaine qui sont imposés à la navigation de tous les pays. Ces corporations ont donc un intérêt direct à soumettre tous les navires à une détention aussi longue et aussi vexatoire que possible. Les droits payés *à la santé* sont leur pain quotidien; et, pour s'assurer cette espèce d'impôt, nous pourrions dire de redevance, de la part du commerce du monde, ils font tout ce qui est en leur pouvoir pour entretenir la terreur populaire de la peste, et pour résister à l'intervention des gouvernements de l'Europe. Il y a peu de temps encore, toute l'intendance de Marseille a résigné ses fonctions parce qu'elle n'approuvait pas une réforme très modérée qui venait d'être adoptée par le ministre à Paris.

Il y a environ trois ans, le gouvernement napolitain réduisit de 14 jours à 3 la durée de la quarantaine absurdement imposée aux navires qui venaient du détroit de Gibraltar. Aussitôt les gens de la santé ~~assurèrent au roi que la mesure~~ prise les privait de tout moyen d'existence, et demandèrent avec prière le rétablissement de la quarantaine, *ce qui fut immédiatement fait.* A Palerme, les autorités sanitaires ont reconnu avec sir William Pym (dans le rapport duquel se trouve cité ce fait) qu'elles avaient placé en quarantaine en 1825 un navire venant d'Angleterre; que, par leur ordre, des barres de fer avaient été mises au feu pour être purgées de toute contagion, et que des barriques de sucre avaient été lavées à la chaux. Depuis, très récemment, le navire *le Rapide* a été mis en quarantaine à Messine, parce qu'on avait parlé dans les journaux d'une fièvre qui régnait à Glascow, port dont il venait, et il dut payer environ 3 p. 0/0 sur la valeur de sa cargaison pour droit de quarantaine. Il est évident que jusqu'à ce que des instructions générales données par l'autorité compétente d'un congrès puissent servir de guide à ces officiers locaux qui agissent d'eux-mêmes, et jusqu'à ce que leurs intérêts pécuniaires personnels aient été complétement rendus distincts du maintien des abus existants, en mettant à la charge des gouvernements les frais de quarantaine, ces procédés absurdes et vexatoires continueront d'avoir lieu.

Quant à la principale question qui domine cette controverse, nous croyons que l'on peut affirmer, en toute sûreté, que depuis 29 ans, c'est-à-dire de 1817 à 1846, il n'y a pas eu de cas authentique de peste qui ne se soit manifesté après une période de 8 jours depuis le départ du navire d'un port infecté. On vient de présenter au parlement un rapport remarquable, où il est dit que 5240 individus ont subi le *spoglio* au lazaret d'Alexandrie dans le cours des quatre années depuis le 1er janvier 1840 jusqu'au 31 décembre 1843; sur ce nombre, 43 ont été attaqués de la peste, tous avant le huitième jour depuis l'opération du *spoglio*.

En ce qui concerne les questions relatives au temps et aux méthodes à employer pour la désinfection des marchandises supposées capables de transmettre la contagion, elles sont d'autant plus obscures qu'il n'y a point de fait incontestable d'une pareille transmission de la contagion. L'existence de la peste dans l'individu est un fait hors de doute; et lorsqu'un cas se présente, on peut noter la date exacte de l'infection, ou du moins les limites du temps dans lesquelles elle pourrait avoir été contractée. Des précautions analogues à celles qu'on prend pour les hommes seraient justifiées en ce qui concerne les hardes qui ont été en contact immédiat avec les corps des pestiférés. Mais la liste entière des objets qualifiés susceptibles ou des marchandises rangées par classes, est complétement fantastique et arbitraire. La théorie sur laquelle repose le système des *sereines* (ou exposition à l'air), à savoir qu'une maladie infectieuse peut être renfermée dans une cargaison de chanvre, une balle de coton ou une feuille de papier à lettre, est entièrement contredite par la seule preuve qu'on pourrait en produire, c'est-à-dire par l'introduction de la peste au moyen de ces différents objets dans les lazarets où les expositions à l'air ont lieu, et parmi les agents employés à ouvrir les marchandises. Nous osons affirmer que parmi ces agents qui s'efforcent de perpétuer l'illusion à laquelle ils doivent leur emploi, il n'y en a pas un qui croie sa vie exposée au plus léger danger par ce motif. Nous n'avons vu nulle part qu'aucune de ces personnes soit tombée victime de ces *courageuses* occupations.

Cependant, nous ne nous attendons pas et nous ne prétendons pas à ce que dans une matière aussi grave on se livre à des expériences que l'on pourrait traiter de témérités.

Sans aucun doute, ce fait qu'il n'y a pas eu de peste à Constantinople depuis l'introduction en 1837 des lois de quarantaine, est un témoignage puissant de l'efficacité de ces règlements. Mais les lois de quarantaine ne sont pas le seul préservatif. Lorsque sir William Pym dit à Méhémet-Ali que tout ce qui vient d'Egypte ne faisait qu'une courte quarantaine en Angleterre, le pacha répliqua avec son bon sens et sa sagacité ordinaires: « Il ne devrait point y avoir de quarantaine du tout: c'est notre faute; c'est notre faute, répéta-t-il encore: nous devons nous débarrasser de la peste. » Telle est la grande œuvre qui doit être accomplie par la science et la civilisation avec le concours des puissances de l'Europe et de l'Orient.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Carie des premières vertèbres cervicales. Compression de la moelle épinière. Mort.

Au n° 9 de la salle Saint-Ferdinand était couché, le 3 février 1846, le nommé Legrand, sculpteur, âgé de cinquante ans. Cet homme, qui n'avait jamais été malade, avait été pris deux mois auparavant de douleurs vives à la partie postérieure du cou; en outre, les mouvements de cette partie étaient devenus si difficiles qu'il ne pouvait plus porter sa tête vers l'épaule droite. On lui avait appliqué des cataplasmes, des sangsues, des vésicatoires, mais sans succès. Il s'était formé, sur les parties latérales droites du cou, un abcès, que l'on avait ouvert, et d'où s'était écoulée une certaine quantité de sang et de pus. Quatre ou cinq jours après, le malade ressentit dans le bras droit des crampes et de violentes douleurs, qui ne tardèrent pas à être remplacées par la paralysie complète de ce membre. Quelques jours après, mêmes phénomènes dans la jambe droite; puis dans la gauche, également suivis de paralysie de ces parties.

A son entrée, ce malade présente une paralysie du mouvement du bras droit et des deux membres inférieurs. Cette paralysie est complète. Le bras est gisant le long du corps, sans que le malade puisse s'en servir; et si on le place sur sa poitrine, ce membre ne tarde pas à redescendre en obéissant à la pesanteur. Les membres inférieurs sont entièrement immobiles, le malade ne peut même pas déterminer une contraction des orteils; toutefois, en frappant directement sur les muscles, on peut les faire contracter, et faire exécuter au pied et à la jambe des mouvements très limités. Le bras gauche est bien plus faible qu'à l'état normal; cependant, le malade s'en sert encore. La tête est inclinée vers l'épaule gauche; mais le malade peut la relever et l'incliner à droite, sans pouvoir cependant lui faire exécuter dans ce sens des mouvements aussi étendus. La sensibilité générale est intacte, les sens ont conservé leur intégrité. Les selles sont involontaires. Il y a incontinence continuelle d'urine. Le malade a la sensation d'une barre qui occupe la base de la poitrine, et la respiration est considérablement gênée. La peau est chaude; le pouls plein, fort, fréquent, à 100. Pas d'appétit. La déglutition est facile. Dans le fond de la gorge on n'aperçoit aucune espèce de tuméfaction. A la partie postérieure et supérieure du cou on sent une tuméfaction mal circonscrite avec un peu de rougeur de la peau, mais sans fluctuation. En suivant de bas en haut la direction des apophyses épineuses, on croit reconnaître que ces apophyses se dévient à gauche supérieurement, ainsi que toute la région cervicale. On lui fit immédiatement appliquer des ventouses scarifiées sur les parties latérales du cou. Le lendemain, on lui appliqua trois cautères. Le 5, on fut averti qu'il existait au sacrum une eschare de quatre à cinq pouces de large sur deux à trois de haut. Le prépuce était également le siége d'une plaque gangréneuse fort étendue correspondant au point qui portait sur l'urinoir. Le surlendemain, il succomba.

Autopsie. — On commença par disséquer avec le plus grand soin les muscles de la partie supérieure du cou. Ceux de la région superficielle ne présentèrent rien de particulier. Il n'en était pas de même des muscles profonds, qui, dans plusieurs points de leur étendue, avaient commencé déjà à subir la transformation graisseuse. Mais c'étaient surtout les muscles obliques de la tête qui avaient souffert; ils étaient presque détruits, et imprégnés d'une sanie fétide. Les apophyses épineuses et les arcs des deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales étaient complétement dépouillées de leur périoste. La substance osseuse était noirâtre, et comme macérée. Un stylet pénétrait librement entre ces vertèbres jusqu'à la cavité médullaire. Pour examiner la pièce avec plus de soin, on détacha toutes les vertèbres cervicales. On reconnut alors que les apophyses articulaires de la troisième vertèbre cervicale, ainsi que l'apophyse articulaire inférieure de la deuxième, et la supérieure de la quatrième du côté droit, étaient cariées. De sorte que cette sanie fétide dont nous avons parlé à propos des muscles, baignait également ces surfaces articulaires. A l'aide de deux traits de scie on détacha les lames des vertèbres, pour reconnaître quel était l'état de la moelle, et l'on trouva dans le point correspondant aux vertèbres malades, en dehors des membranes d'enveloppe, une matière molle qui lui servait de nouvelle enveloppe, et qui exerçait sur elle une compression notable. Cette matière était-elle de la lymphe plastique ou de la matière tuberculeuse, c'est ce qu'il ne nous a pas été possible de déterminer. Les membranes d'enveloppe présentaient dans toute cette étendue une résistance et une épaisseur plus considérables qu'à l'ordinaire. Incisée dans toute sa longueur, la moelle épinière offrait dans toute son étendue la même ténacité. Seulement au niveau du point malade elle était comme étranglée, et présentait un peu de congestion sanguine. Toutefois, cet étranglement paraissait porter sur toute la circonférence du cordon médullaire.

Une observation aussi intéressante nous paraît mériter quelques réflexions; et d'abord, à quoi attribuer cette altération des vertèbres? Est-ce à une carie simple, ou à la présence de matière tuberculeuse? Malgré ce que l'autopsie a révélé, il est bien difficile de croire qu'il pût exister une affection tuberculeuse des os chez un sujet de cinquante ans; et d'ailleurs il ne restait plus rien des tubercules, si l'on en

excepte cette matière qui formait une espèce d'enveloppe à la dure-mère rachidienne. Un autre point qu'il nous a été fort difficile d'éclaircir, c'est cette circonstance que le bras gauche avait conservé ses mouvements, alors que la jambe du même côté était complètement paralysée, et d'un autre côté que la sensibilité était conservée partout, alors que l'autopsie nous a montré la moelle comme étranglée dans toute sa circonférence. Il y a donc quelque chose que nous ignorons sur les fonctions sensitives de cette portion des centres nerveux. Est-ce que la sensibilité serait plutôt transmise par les faisceaux centraux de la moelle, que par les faisceaux postérieurs?... Signalons encore la facilité avec laquelle il est survenu des escbares gangréneuses dans les parties qui étaient soumises à une pression prolongée. C'est encore un fait à ajouter à tous ceux qui montrent l'influence de l'innervation sur la vitalité de nos organes. Y.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Des fièvres intermittentes.

(Suite du numéro du 11 juillet.)

Nous avons dit, dans un précédent article, que si l'engorgement de la rate persiste, même après la guérison apparente de la fièvre, on ne doit pas considérer la maladie comme guérie, et l'on doit employer le quinquina, dont les heureux effets sont incontestables.

Lorsque ces engorgements persistent dans les premières semaines qui suivent la cessation des accès, à une époque où l'on doit encore, par prudence, employer le quinquina pour empêcher la maladie de se reproduire, les effets en sont encore plus marqués; lorsqu'ils persistent alors que la fièvre est parfaitement guérie, le quinquina est impuissant pour en triompher; car il n'y a plus là simple hypertrophie, mais induration de l'organe. Nous nous rappelons avoir vu un nègre couché dans nos salles il y a quelques années, qui, après avoir longtemps souffert d'une fièvre intermittente, présentait une rate dont la matité occupait un espace de 0,18 à 0,20 m. Nous lui administrâmes pendant plusieurs jours, et à assez forte dose, le quinquina. Cet homme succomba aux progrès de la maladie, et nous trouvâmes que le tissu de la rate offrait une induration beaucoup plus forte qu'on ne la rencontre dans les cas ordinaires.

Lorsque l'engorgement de la rate est à la fois ancien, très considérable, accompagné d'induration, que les accès fébriles ont cessé depuis longtemps, les préparations de quinquina n'ont que peu d'efficacité. On a proposé alors d'associer, dans les cas de ce genre, d'autres substances aux antipériodiques, et principalement les ferrugineux. Lorsqu'il y a anémie bien évidente, les deux sortes de préparations joignent leurs propriétés, l'une et l'autre appartiennent à la classe des toniques; leur action se trouve en quelque sorte doublée. Il n'en est pas de même d'autres médications qui ont été proposées par quelques médecins, en petit nombre, il est vrai, nous voulons dire l'emploi des émissions sanguines concurremment avec le quinquina. On a cité des faits de succès, mais ils sont peu nombreux; et d'ailleurs, il est des cas où, en associant au quinquina mille remèdes différents, on n'empêche cependant pas le quinquina d'agir. On a eu souvent le tort d'attribuer au mélange de deux substances les résultats qui ne sont dus qu'à une seule, à la plus énergique, nous voulons dire le quinquina.

Ici se fait remarquer une chose analogue à celle qui se passe lorsque, dans le traitement des maladies syphilitiques, vous administrez le mercure avec les sudorifiques; et l'on sait que les sudorifiques ne font pas suer, c'est une erreur de laquelle on commence à revenir. Il n'y a jamais là qu'un seul médicament qui agit: là, c'est le quinquina; ici, c'est le mercure.

L'opium, dans quelques circonstances; dans d'autres, le fer, pourraient donc produire de bons effets, associés aux préparations de quinquina. Mais presque jamais les émissions sanguines ne pourraient produire autre chose que des conséquences fâcheuses. Non pas que nous voulions dire que l'on n'a pu guérir quelquefois des engorgements de la rate avec des émissions sanguines employées simultanément avec le quinquina; mais nous sommes en droit de supposer que l'on aurait guéri encore plus vite et plus complétement si l'on n'avait point fait subir au malade ces pertes de sang qui ne pouvaient avoir en pareille circonstance que des résultats fâcheux. Pour nous résumer en deux mots, tant que dure la fièvre intermittente, on devra associer les préparations de quinquina à des substances qui sans altérer en rien leurs propriétés toniques et antipériodiques, auront pour objet de ralentir leur cours dans le tube digestif. Les agents qui sont dans ce cas sont principalement les narcotiques, et en première ligne l'opium, puis le fer, les analeptiques, etc.

Ainsi donc, si l'engorgement existe lorsqu'il y a encore quelques traces d'accès, la médication ne change pas; c'est le traitement de la fièvre intermittente que l'on emploie pour combattre les phénomènes qui se rattachent à la fièvre intermittente, principal élément morbide à maîtriser. Si au contraire l'engorgement splénique est très ancien, qu'il n'y ait plus de traces de phénomènes fébriles, d'accès, si de plus il est accompagné d'induration de l'organe, dans ce cas le quinquina est impuissant; l'engorgement persiste malgré tout ce que l'on pourra faire. Les anciens médecins conseillaient les diaphorétiques, les laxatifs doux, un régime végétal. Quelques prises de tartrate de potasse, l'usage habituel de suc de chicorée, de plantes amères ou rafraîchissantes, constituent une médication souvent utile. Mais surtout, et condition sans laquelle il est impossible de rien obtenir, on devra prescrire l'éloignement du malade des lieux dans lesquels il a contracté la fièvre intermittente, surtout si cette affection y règne d'une manière endémique.

On n'a pas assez tenu compte de la distinction des fièvres intermittentes; elles sont essentielles, c'est-à-dire résultant directement de l'action de causes spécifiques; d'autres fois, elles sont liées à des causes bien différentes, et qui réclament l'emploi de médications très diverses. Il y a donc là des motifs sérieux d'étudier ces divers points de l'histoire des fièvres intermittentes avec un soin tout particulier; d'autant mieux que tous les médecins emploient maintenant le sulfate de quinine avec l'espoir d'en obtenir des effets qui sont malheureusement bien éloignés de ceux que l'on détermine en réalité. Il y a des praticiens qui ont dans le sulfate de quinine une confiance illimitée; d'autres s'imaginent qu'ils viendront à bout, à l'aide du quinquina, d'une fièvre symptomatique quelconque, comme d'une fièvre intermittente. Est-il besoin de vous dire combien ils sont dans l'erreur? Il nous suffira de vous rappeler le fait d'un homme très sensible, très impressionnable, chez lequel un accès fébrile se développait toutes les fois qu'il avait une sonde dans l'urètre, et chez lequel la fièvre cessait lorsque l'on enlevait l'instrument.

Les fièvres intermittentes essentielles forment un ordre très remarquable de maladies, en ce qu'elles sont distinctes de toutes les autres, et qu'elles peuvent se rapprocher cependant de tous les autres états fébriles par leurs formes symptomatiques. En même temps qu'elles ont un type à elles, qu'elles ont un traitement particulier, elles peuvent se rapprocher par leurs symptômes de presque toutes les maladies aiguës; elles peuvent les simuler toutes par les formes diverses qu'elles affectent suivant les circonstances; elles peuvent se rapprocher de toutes les phlegmasies, de toutes les fièvres, de toutes les névroses; il n'y a pas une phlegmasie qui n'ait été simulée par une fièvre essentielle intermittente, au moins pendant quelque temps. Ainsi, l'on peut dire que les fièvres intermittentes constituent un ordre de maladies bien tranché, bien distinct, ayant un type qui lui est propre, et qui, à côté de ces trois circonstances, peut se rapprocher, quant à la forme, de presque toutes les maladies connues, comme toutes les maladies connues peuvent accidentellement prendre le type intermittent.

L'étude de ce genre de maladies offre un intérêt tout spécial; dans le cadre nosologique, rien qui leur ressemble essentiellement, et cependant toutes les affections les plus diverses peuvent leur ressembler. Ces maladies sont caractérisées surtout par ce fait, qu'une maladie unique se décompose en une série d'affections rapprochées les unes des autres, séparées par des intervalles plus ou moins longs, et que chacun de ces accès ne constitue pas à lui tout seul une maladie complète; c'est leur réunion qui constitue la maladie proprement dite. Elles sont liées ensemble par une même cause qui les produit, par la similitude des accès, par l'intervalle égal qui les sépare. Ces alternatives donnent à l'affection une physionomie, un caractère tout particuliers; les fièvres intermittentes se rapprochent de ces affections, que nous serions assez porté à appeler maladies disséminées. Il existe un lien unique et sans analogue qui les rapproche. Parmi les maladies cutanées, rien n'est plus fréquent que les phlegmasies disséminées. Dans la rougeole, dans la variole, la scarlatine, il y a deux ou trois mille petites phlegmasies de la peau, autant de phlegmasies qu'il y a de pustules, de taches ou de plaques; l'urticaire est dans le même cas. Toutes ces affections offrent la forme inflammatoire; mais cependant, le phénomène inflammatoire n'est jamais chez elles qu'un élément secondaire. Dans la variole, dans la rougeole, ce qui constitue la maladie c'est le virus; c'est la cause qui la produit. Certaines phlegmasies des organes génitaux sont, sous ce dernier rapport, dans les mêmes conditions; traitées comme les phlegmasies ordinaires, elles ne subissent aucune modification; traitées par les médications spécifiques, elles guérissent sûrement et rapidement. La plupart des phénomènes de ce genre qui se disséminent ne sont pas des affections distinctes, mais des affections liées à une même cause. Ce que l'on peut dire pour ces affections qui sont disséminées quant aux points de la surface du corps qu'elles occupent, on peut le dire également, sous un autre point de vue, des fièvres intermittentes dans lesquelles les phénomènes sont disséminés quant au temps, sinon quant à l'espace. Pour nous résumer en deux mots, la fièvre intermittente est une maladie qui se décompose en une apparition de plusieurs maladies semblables.

La fièvre intermittente comprend une succession de phénomènes très divers, fort éloignés les uns des autres, la santé et la maladie. Le temps pendant lequel on observe la forme *maladie*, c'est ce que l'on appelle l'accès; le temps pendant lequel le sujet revenu à l'état normal semble jouir de la santé la plus parfaite, c'est l'intermission. Nous commencerons, dans ces considérations pratiques sur les fièvres intermittentes, par déterminer quelques points en particulier, en insistant principalement sur les causes, les symptômes, les formes diverses de la maladie, leur diagnostic, enfin sur le traitement de la maladie, comme nous avons coutume de faire et comme nous avons fait jusqu'à présent pour les différentes affections dans lesquelles nous avons pris les points pratiques.

Causes. — Et d'abord, pour les causes qui les produisent, nous devons établir une division nécessaire. Il existe, comme vous l'avez vu, deux ordres différents de maladies intermittentes, les unes produites par une cause morbifique qui trouble l'économie et détermine l'apparition et la répétition régulière des accès. Les autres ne sont que des formes intermittentes produites par des maladies diverses et de nature différente. Dans le premier cas, les fièvres intermittentes sont dites essentielles ou idiopathiques, c'est-à-dire indépendantes de lésion matérielle appréciable; dans le second cas, elles sont dites symptomatiques, c'est-à-dire se rattachant à une lésion matérielle quelconque, appréciable par nos moyens d'investigation, et dont l'accès n'est qu'un phénomène secondaire. Que l'on y fasse bien attention: par cette expression *essentielles*, nous ne voulons pas dire qu'il y a dans le corps humain un être particulier, une entité morbide. Nous entendons ceci: Que, parmi ces maladies intermittentes, parmi ces accès, il est des cas où l'affection est le résultat direct des causes morbifiques. Le premier phénomène qui nous frappe dans ces circonstances, c'est la maladie elle-même; c'est à ces fièvres intermittentes, et à elles seules, que nous donnons le nom de fièvres intermittentes essentielles. Pour les autres, nous les appellerons fièvres intermittentes symptomatiques; elles peuvent reconnaître pour cause une phlébite, par exemple, un abcès dans la région lombaire, un abcès avec infiltration urineuse, etc.

Il n'y a pas, avons-nous déjà dit souvent, de maladie aiguë qui ne puisse présenter des accès de fièvre intermittente et simuler une fièvre essentielle. Mais si pour celle-ci nous admettons une cause spécifique, pour les fièvres symptomatiques nous ne trouvons pas de spécificité dans les causes. Du moment qu'il y a un remède spécifique pour une maladie, nous sommes obligé de remonter à l'admission d'une cause spécifique. Dans les fièvres intermittentes symptomatiques, il est impossible de trouver un remède spécifique. La spécificité du remède force de remonter à la spécificité de la cause. Par contre, la spécificité de la cause permet de rechercher s'il existe une médication spécifique. Si dans la première de ces deux circonstances, c'est-à-dire ayant un remède spécifique contre une maladie, vous ne pouvez parvenir à constater la cause, cette cause n'en existe pas moins, bien qu'elle échappe à l'investigation.

Ici une réflexion en passant; on a quelquefois proposé des prix pour la recherche et la découverte d'un remède applicable à une maladie qui peut souvent reconnaître des causes très diverses, l'épilepsie, par exemple. Nous ne comprenons pas une telle manière de procéder. L'épilepsie peut se rattacher à tant d'altérations diverses qu'il serait insensé de rechercher une médication qui pût la combattre dans tous les cas. Il n'en est pas de même des affections qui, comme la rage, par exemple, la syphilis, ne reconnaissent qu'une seule et même cause. Pour la dernière, on a trouvé le spécifique; la nature de la première permet d'espérer qu'on en découvrira un aussi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. (Addition à la séance du 14 juillet.)
Suite du discours de M. Pariset sur la peste.

Un foyer de peste une fois formé, la peste peut-elle en sortir pour se répandre au dehors? J'avoue qu'après tant et de si éclatants exemples, après les effroyables désastres qu'ont essuyés tant de nations diverses, et lorsque de toutes les contrées de l'Europe, Russie, Pologne, Allemagne, Suède, Danemarck, Angleterre, France, Italie, Espagne, depuis Gibraltar jusqu'à Smyrne, Constantinople, Alep et Damas, des cris de contagion se sont élevés pendant tant de siècles et s'élèvent encore de nos jours, je ne puis concevoir qu'on ait l'indigne courage de mettre en doute la fatale propriété qu'ont certaines maladies de se transmettre et de se multiplier, en se communiquant de l'homme qui l'a à celui qui ne l'a pas, du peuple qui l'a à celui qui ne l'a pas. Quoi qu'en aient dit une poignée d'hommes qui ont voulu se singulariser par des paradoxes, ou céder, comme Stoll, à des complaisances ou à je ne sais quels intérêts, la peste, ainsi que la variole, fait partie de ces redoutables maladies. La peste est communicable, transmissible, contagieuse: trois expressions identiques, ce me semble, pour qui dédaigne les vaines arguties et les vaines disputes de mots. Elle se communique par tous les intermédiaires imaginables: tout ce qui sort d'un pestiféré, même l'air qu'il expire, à plus forte raison le sang d'une hémorrhagie, le sang des règles, l'ichor, le pus, les sueurs, les selles, les urines, les mucosités, les crachats, toutes ces matières donnent la peste, dit M. le docteur Leukias, en cela d'accord avec M. Lobb, qui considère chaque pestiféré comme un foyer d'émanations pestilentielles. Vous comprenez que, parmi ces moyens de transmission, je range le contact immédiat, dont certains hommes ne veulent pas. Et pour ne pas parler de ma propre expérience, qui m'autoriserait à proférer ces paroles, j'ai pour moi l'expérience de Diemerbroeck, de Lange, de Samaïlowitz, de Mertens, etc., et surtout celle de Klint. Voyez un des recueils de Baldinger: Klint vous y dira qu'il a traité dix mille pestiférés, et qu'il n'a jamais vu la peste passer d'un homme à un autre, si ce n'est par le contact immédiat. Supposez maintenant que, pour un autre observateur, le contact n'ait pas toujours eu de si fâcheux résultats; placés comme vous l'êtes entre deux autorités en apparence contraires, de quel droit rejetterez-vous l'une pour adopter l'autre? Et supposé qu'il y ait vérité des deux parts, est-il donc si difficile de concilier ces contraires que j'ai dit tout à l'heure n'être qu'apparents? Dans les régions chaudes, les émanations des pestiférés, raréfiées par la température ou déplacées par des courants d'air, sont moins denses et par conséquent moins actives; le toucher immédiat n'en ferait recevoir qu'une petite quantité. Dans les régions froides, ces émanations seront plus denses, et le contact n'en sera que plus dangereux, et l'inverse. Dans le Midi, les émanations épanouies par la chaleur, et accumulées dans une chambre étroite et close, pénétreront plus profondément, sinon par le toucher, du moins par les poumons d'un homme sain; au lieu que dans le Nord, ces émanations, retenues à petite distance autour du malade, permettront à l'homme sain de respirer impunément l'air dont le malade est environné. Je suppose que cet air n'est point raréfié lui-même par une chaleur artificielle; j'ajoute que l'état des vaisseaux absorbants n'est pas le même chez tous les hommes. Il est des peaux, il est des poumons, comme le dit Sanctorius, d'un tissu plus ou moins serré, d'un tissu plus ou moins perméable. Je n'insiste pas sur ces variétés, qui font si prodigieusement varier nos aptitudes; toutefois, voulez-vous quelques exemples de l'extrême danger des contacts? A Salonique, dans la peste de 1816, une pauvre telsingnène (c'est-à-dire une pauvre bohémienne pestiférée) était gisante en pleine rue. Des janissaires se jouaient de ses souffrances; cependant, touché de pitié, l'un d'eux la prend sous les aisselles, la soulève et l'appuie contre un mur. Le soir, ce janissaire était mort. Mais, dira peut-être un esprit pointilleux, le janissaire n'a point touché la malade; il n'en a touché que les vêtements. Fort bien; mais d'où venait à ces vêtements le poison qu'ils recelaient? Ce poison était-il autre chose que les émanations de la malade, émanations plus concentrées dans les vêtements et par conséquent plus dangereuses? Autre exemple: A Constantinople, en 1812, les chefs de la monnaie, riches Arméniens catholiques, se tenaient renfermés. Des khavas, ou, si vous voulez, des gendarmes du grand vizir, forcent la porte de leur maison; l'approche de ces hommes donne la peste au portier et à l'un de ses enfants. En sortant de la maison, un de ces khavas chancelle et tombe mort sur le trottoir.

Que les faits de cette nature sont loin de nos habitudes, et que nous avons peine à les croire ! mais qu'ils sont fréquent dans tout l'Orient, et qu'ils y impriment de terreur !.....

A l'égard de ceux qui sont épargnés dans les grandes pestes, et dont l'immunité donne des arguments contre la contagion, j'ai deux remarques à faire; la première, que ces arguments n'ont qu'une valeur précaire ; car il est tel homme qui, après avoir impunément passé dix, douze, quinze grandes pestes, succombe à la seizième, soit que les aptitudes qui le préservaient n'existent plus, soit que les miasmes aient plus d'énergie, soit par ces deux raisons à la fois : témoin ce généreux missionnaire qui, après dix-neuf pestes, n'a vu la vingtième que pour en mourir.

La seconde remarque, c'est que dans les grandes épidémies personne ne peut se vanter d'y échapper. Le miasme peut être reçu ; il peut rester silencieux dans l'économie, se dissiper par les sueurs et les selles : deux genres de crise dont j'ai beaucoup d'exemples ; il peut se décomposer en partie par toutes les voies excrétionnelles, et mêler enfin ses restes à des maladies subséquentes d'une tout autre nature, et leur imprimer quelque chose de pestilentiel. Et ne seraient-ce pas les hommes ainsi disposés qui donneraient la peste sans l'avoir eux-mêmes, ou du moins sans l'avoir en apparence ?

Je poursuis. Après le contact avec les malades, je pourrais même dire bien au-dessus de ce contact, les intermédiaires de transmission les plus dangereux sont les effets usuels que le pestiféré laisse après lui, et qui, non lavés, non ventilés, sont immédiatement repliés sur eux-mêmes et renfermés dans une malle, dans une caisse, dans une boîte. Là s'opèrent entre les miasmes les plus mortelles combinaisons; malheur à qui fera l'ouverture de cette malle, de cette caisse, de cette boîte !...

Que de fois les dépouilles des Turcs ont été fatales à leurs vainqueurs, Allemands et Russes ! Et pourra-t-on jamais oublier tout ce qu'ont coûté à l'Europe et les chances de la guerre et la piraterie, et la contrebande et le brocantage des juifs ? Vieilleries, que tout cela, s'écrie-t-on, comme s'il y avait prescription pour la vérité, comme si ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera pas dans mille ans, et toujours ! Est-ce que les cent quarante-cinq années qui viennent de se passer ont effacé de la mémoire des hommes les récits de Lemoine et Bailly, de Blanquet, de Rochevalier, de Courzier sur les pestes d'Alais, de Conéjac, de la Canourgue et de Marjevoil ? « Depuis deux années que » je suis attaché dans le Gévaudan au service des pestiférés, dit Blan» quet, je n'ai vu personne contracter la peste qu'après avoir com» muniqué avec ceux qui l'avaient, ou s'être servis des habillements » et des hardes de ceux qui avaient péri. » Le vénérable don Raphaël Cirbié me disait au Caire, qu'à Damas, sa ville natale, en temps de peste, une femme perdit son mari le jour de Pâques; pour prendre des vêtements de deuil, elle quitte ceux qu'elle avait, les ploie et les met dans un tiroir. Le jour de Pâques suivant, elle quitte ses vêtements de deuil et reprend ceux qu'elle avait l'année précédente à pareil jour : oui; mais, en les prenant, elle prend la peste et meurt. Quelque chose de semblable est arrivé, il y a seize à dix-sept ans, dans un couvent de Saint-Jean-d'Acre que j'ai habité ; rien de mieux avéré qu'un pareil fait. L'historien des croisades, M. Michaud, l'a constaté sur les lieux, et me l'a confirmé depuis de vive voix. Au Caire, et sur les raisons les plus frivoles, on le travestit en fable; on travestit presque en fable, à Paris, un fait analogue arrivé à Beyrout, et consigné dans le rapport d'un consul de France. Quoi donc ! au Caire, à Paris, sait-on mieux ce qui se passe à Saint-Jean-d'Acre et à Beyrout que des témoins oculaires et officiels qui sont à Beyrout et à Saint-Jean-d'Acre ? Vous-mêmes n'avez-vous pas dit que la première étincelle de la peste de 1835 sortit d'une caisse transportée de Jérusalem en Egypte et ouverte dans un couvent d'Alexandrie ? Ce fait avoué, pourquoi se montrer si difficile sur celui de Saint-Jean-d'Acre ? Mais ce qu'on a dit, on le perd de vue, et ce dont on ne peut refuser les conséquences, on le nie, ne voyant pas qu'on autorise à rétorquer. Dans deux ou trois de vos séances, Desgenettes a raconté qu'un mouchoir de cou laissé par un pestiféré avait donné une peste mortelle à dix soldats qui l'avaient pris l'un après l'autre. Ce fait, qui rappelle la pelisse de Fracastor et le doliman de Constantinople, n'a pas été admis par votre Commission. Pourquoi ? Parce qu'il manque, a-t-on dit, d'authenticité; mais quelle authenticité vous faut-il si la parole de Desgenettes n'en a pas ? Tout dans cette question repose sur des témoignages, et si vous demandez une garantie pour un premier témoignage ; il vous faudra une garantie pour cette première garantie, ainsi de suite, à l'infini. Il est des choses qui ne se prouvent jamais, et qu'il faut recevoir sur la foi publique et même sur la foi d'un seul témoin, quand ce témoin ne peut être suspect.

Et, par exemple, quand Orrans me dit qu'un soldat russe ayant vendu à un juif une fourrure qu'il avait prise sur un Turc, ce juif y prit la peste et mourut avec ses deux enfants, aurai-je l'insolence de dire à Orrans qu'il en a menti ? Quand il me dit qu'en recevant d'un bohémien une petite pièce de monnaie turque, *un enfant ressentit dans la paume de la main une sorte de brûlure et eut une peste mortelle*; dirai-je à Orrans que ce qu'il a vu il ne l'a pas vu ? Enfin, quand il me dit, qu'en 1770, à Jabi, deux soldats commis à la garde d'un magasin de vêtements de pestiférés, ayant eu l'imprudence de dormir sur ces vêtements, furent trouvés morts au bout de quelques heures, dirai-je que c'est là un fait controversé ? Autre exemple : Pugnet me rapporte ce qui suit; je copie ses paroles : « A Caïpha, huit » Français se sont successivement communiqué le germe de cette ma» ladie (la peste) en se transmettant une pelisse ; à Gaza, cinq sur six, » en se disputant un habit de drap, la dépouille d'un de leurs compa» triotes; à Jaffa, quatre en mettant aussitôt à leur usage des mou» choirs de cou qu'un pharmacien de troisième classe avait apportés » d'Italie. Ces quatre héritiers furent en même temps atteints de bu» bons alentour du cou, et périrent du troisième au sixième jour. » Quand Pugnet me raconte ces faits, je le crois sans hésiter; et pour m'assurer sa parole, je ne veux que sa parole. Savari lui-même n'a pas un autre langage. N'ai-je pas entendu l'autre jour affirmer devant vous qu'à Constantinople les effets des morts colportés dans la ville par des tellahs ou des crieurs ne communiquent jamais la peste ? Sachez, Messieurs, que, non-seulement la vente de ces effets sert à la propagation du mal, comme Savari le dit pour l'Egypte, mais qu'encore on a vu plus d'une fois ces tellahs eux-mêmes tomber dans la rue sans pouvoir se relever; ils étaient morts ou mourants. Dans la peste d'Amsterdam que décrit Barbette, un fardeau est mis sur le dos d'un emballeur ; sa femme en porte une partie : tous deux contractent des bubons. Il y a plus; en 1815, à Corfou, pendant la peste, et dans un village où cette maladie avait régné plusieurs mois, on avait de bonne heure fermé l'église. Lorsqu'on l'ouvrit pour la purifier, le prêtre qui secouait le drap de l'autel afin de le nettoyer, ce prêtre est pris tout à coup de mal de tête et de vertige ; il chancelle, il tombe, et au bout de trois heures il meurt avec bubons aux aisselles et pétéchies sur tout le corps. Ce fait me rendrait aujourd'hui probable un autre fait qu'on me racontait en Egypte et que je n'osais croire. Des draps d'Angleterre retenus quelque temps à Alexandrie au moment d'une grande peste, puis expédiés plus tard pour une ville de Syrie, firent éclater la peste dans cette dernière ville. Quelle ténuité dans les miasmes ! quelle ténacité dans leur adhérence aux étoffes ! et cependant quelle puissance !...

Ces considérations me conduisent naturellement à la propagation de la peste par les marchandises. De tous les moyens de transmission, celui-là serait le plus contesté. Je ne veux point rappeler ce qui s'est passé aux Bermudes, ni à Rome du temps de Gastaldi, ni en Angleterre, du temps que l'Angleterre recevait ses cotons par la Hollande, ni dans plusieurs lieux d'Espagne, particulièrement à San Lucar de Barameda, ni à Patras, ni à Messine, ni à Malte, ni, en dernier lieu, à Salonique et dans les îles Ioniennes, j'insisterai seulement sur ce qui suit. Je crois savoir que, de 1721 à 1830 inclusivement, c'est-à-dire en cent dix années, trente-quatre navires sont arrivés à Marseille ayant la peste à bord, ayant eu des morts à la mer, ayant déposé des malades au lazaret, et qu'enfin plusieurs portefaix employés à ce qu'on appelle la purge des marchandises, en ont reçu la peste et y ont succombé. Toulon, Gibraltar, les îles Baléares, la Corse, la Sicile, Malte ont été menacés; et finalement, en 1812 et 1813, les ports de l'Adriatique ont essuyé des accidents ; le cabotage et les pèlerins partis de Rosette, de Damiette et d'Alexandrie, ont porté la peste dans l'une des Cyclades, à la Canie et dans huit ou dix autres lieux des deux Turquies d'Asie et d'Europe. Mais par quels moyens ? Pour toute réponse, je ne ferai qu'une remarque. Il est de notoriété historique que les principales villes du nord de l'Europe, Moscou, Dantzik, Hambourg, Copenhague, Stockholm ont eu la peste. La peste y a régné avec la violence et l'étendue qui n'appartiennent qu'aux épidémies. Cela établi, de deux choses l'une ; ou il faudrait supposer que ces grandes villes ont été momentanément des foyers de peste, ce qui serait absurde, ou il faut reconnaître que la peste y a été portée. Or, elle n'a pu y être portée que par des hommes, ou par des effets, ou par des marchandises, ou tout à la fois par ces trois intermédiaires de transmission ; car, comment séparer les hommes d'avec les choses ? Et parmi les choses, comment ne pas comprendre les effets et les marchandises ? Et dire que dans tout cela il ne s'est jamais opéré d'attouchement ou de contact, n'est-ce pas une puérilité ?

Aux hommes qui ont rassemblé des faits en faveur de ces vérités, le rapport fait un singulier reproche : on les blâme d'avoir recueilli ces faits « sous un point de vue exclusif et sous l'empire d'une opi» nion régnante » D'une opinion régnante ! Et qui vous l'a dit ? Et d'où venait cette opinion, d'elle-même ou des faits ? Ne sont-ce pas là les faits qui l'ont suggérée ?...

Je m'arrêterai ici, Messieurs, et je prends la liberté de conseiller à M. le rapporteur de transposer les deux conclusions qui terminent le troisième chapitre de sa troisième partie, et de dire que des faits très nombreux prouvent que les effets des pestiférés sont très souvent fort dangereux, et que, pour donner quelque valeur aux faits contraires, il faut attendre qu'une expérience ultérieure ne les ait jamais démentis.

J'ai déjà parlé de l'infection : je n'en dirai plus qu'un mot. Cette expression n'a de sens que pour marquer la fâcheuse impression que fait sur nos organes un objet extérieur, animé ou inanimé, vivant ou mort, d'où s'échappent des émanations désagréables, repoussantes et même dangereuses ; un marais, un cloaque, des rues pleines d'ordures, l'haleine d'un ivrogne, d'un malade, d'un scorbutique, par exemple ; le pus d'un ulcère, surtout d'un ulcère cancéreux, un cadavre, une charogne, ainsi de suite. Dans tout cela, il n'est pas question de maladies transmissibles ; mais elle en peut naître, et une fois formée, telle que la peste, le mot infection ne doit plus s'entendre que des émanations du pestiféré quelles qu'elles soient, et sous ce rapport ces deux mots infection et contagion sont synonymes ; tellement que de l'un et de l'autre on peut affirmer ou nier les mêmes choses, à moins que par un raffinement de langage on ne veuille dire que l'infection est la matière ou l'instrument de la contagion : finesse oiseuse et propre seulement à jeter de la confusion et de l'obscurité dans les idées.

A l'égard de l'incubation, j'ose dire qu'il n'est pas possible de lui assigner d'exactes limites. Il est des incubations de quelques minutes, de quelques heures ; d'un, deux, trois jours, jusqu'à sept et huit ; c'est là le maximum pour quelques médecins ; d'autres vont jusqu'à treize et quinze ; mais il est des incubations de vingt, de trente jours et même de dix semaines : Diemerbroeck en donne un exemple, et je ne sache pas qu'on ait le droit de l'en dédire, comme l'a fait le docteur Leukias. Il est enfin des pestes intermittentes ; il en est de chroniques. Si celles-là sont contagieuses, ce n'est heureusement qu'à un très faible degré ; de même que ces pseudo-pestes qui se mêlent à d'autres maladies, et qui sont le résultat de ces restes de miasmes décomposés à notre intérieur et assimilés à notre économie, comme l'insinue Chenot et comme semblent le penser Œlhaëf et Sydenham. Du reste, à l'égard de cet homme d'Alep qui donnait la peste sans l'avoir, dans quelle catégorie mettre cette sorte d'auréole pestilentielle qui marchait avec lui sans l'atteindre, ou, si l'on veut, cette longue incubation qui le rendait si dangereux et qui durait depuis quinze et même vingt jours ou vingt-cinq jours ? Les chiffres que je viens de donner conviennent peu, je l'avoue, à l'administration ; mais c'est à elle et non point à nous qu'il appartient de choisir, car à la rigueur les intérêts qu'elle doit concilier ne sont pas les nôtres.

L'incubation ferait penser à l'inoculation. Il n'est que trop vrai que des hommes se sont inoculé la peste ou l'ont inoculée à d'autres, et presque toujours avec succès : je veux dire avec des résultats très souvent mortels.... Une mère pestiférée allaite un enfant ; elle meurt, l'enfant n'a rien. Et l'inverse : Une nourrice donne le sein à un enfant pestiféré ; l'enfant meurt, la nourrice n'a rien. Dans ces deux cas, point d'inoculation. Oui ; mais une femme saine met au monde un enfant qui a la peste. Une mère pestiférée allaite son enfant pestiféré comme elle : l'enfant meurt ; la mère fait sucer son lait successivement par quatre petites chiennes, et les quatre petites chiennes meurent l'une après l'autre ; enfin, la femme meurt elle-même. Voilà des contraires, comment les concilier ? Je ne sais ; mais je sais que ces contraires, quelquefois si bizarres, sont tellement multipliés dans la peste qu'ils en formeraient un caractère, et qu'au milieu de ces *oui* et de ces *non*, il n'est pas possible d'asseoir une seule proposition absolue, si ce n'est celle que j'établis en ce moment....

Je termine par une réflexion : Je ne puis concevoir qu'on ait jamais pu s'aviser d'inoculer la peste. On a plusieurs fois la peste, des huit, dix et douze fois, tandis qu'on n'avait qu'une fois la peste d'Athènes, ce qui établit, ce me semble, une différence fondamentale entre cette peste et la peste d'Orient. Est-il nécessaire d'ajouter que l'inoculation n'est admissible que pour les maladies qu'on n'a très généralement qu'une seule fois ! Que penser de ce médecin juif de Smyrne qui fit l'inoculation de la peste à ses sept enfants et en perdit six, et de ce pauvre chirurgien russe qui, prisonnier de guerre à Constantinople en temps de peste, inocula la peste à deux cents de ses compatriotes et à lui-même ? Ils moururent tous sans exception.

Enfin, j'en viens à ces mots qui résonnent si souvent dans le rapport : *épidémies*, *constitution épidémique*, *génie épidémique*. Je l'avoue à ma honte, il est telle et telle de ces expressions qui n'ont pour moi aucun sens, du moins relativement à la peste. Si, par le mot épidémie, on entend toute maladie qui affecte à la fois un grand nombre d'hommes, assurément il est des pestes qui sont épidémiques. Mais par constitution épidémique, qu'entend-on par là ? Dans la langue médicale, le mot constitution a plusieurs sens : tantôt il signifie un état général propre à tout l'ensemble de nos organes, d'où viennent ces mots : constitution forte ou faible, ou sanguine, ou lymphatique, ou nerveuse ; tantôt on l'entend des états de l'atmosphère, états qui, résultant des combinaisons que peuvent former entre eux le froid ou le chaud, le sec ou l'humide, forment en effet les quatre constitutions établies par Hippocrate et adoptées par les médecins, et qui, par leur longue action sur notre économie, lui impriment des modifications profondes, ou, si vous l'aimez mieux, lui font contracter à l'intérieur des altérations telles qu'il en naîtra des maladies et même de véritables épidémies de fièvres inflammatoires, de fièvres bilieuses, de fièvres catarrhales et de fièvres putrides. Supposez que mille autres causes tirées des aliments, de la boisson, du travail, etc., viennent se mêler à celles-là pour en compliquer ou en dénaturer les effets. Vous verrez sortir de là toutes les maladies imaginables, où vous retrouverez peut-être encore le caractère des constitutions, mais vous n'y verrez rien qui ressemble à une constitution pestilentielle : j'entends bien qu'en Egypte, où la peste est endémique, une certaine condition de l'air, la tiède humidité du printemps ou même de l'hiver, par exemple, favorise le développement de la peste en multipliant les cas sporadiques ; mais si cette constitution favorise la peste, elle ne la produit pas. Le mal préexiste, et vient d'ailleurs disséminer ces cas sporadiques, la constitution est détruite et il n'y aura pas d'épidémie ; cependant l'état de l'air n'a pas changé. En un mot, dans la peste, ce n'est pas la constitution qui fait l'épidémie, c'est l'épidémie qui fait la constitution ; et qui est-ce qui fait l'épidémie ? C'est l'accumulation des cas sporadiques et spontanés, lesquels sont, je le répète, de véritables empoisonnements ; l'air n'y est pour rien. La chaleur et l'humidité ne sont que des causes accélératrices ; elles ne font que hâter l'action de l'élément pernicieux qui a pénétré dans l'économie ; en un mot, par cela seul qu'une maladie est *endémique*, elle est indépendante de toute constitution ; dans ce sens qu'elle préexiste, et qu'une certaine constitution de l'atmosphère peut tout au plus encore une fois en ralentir ou en précipiter le développement... La chaleur arrête le typhus, le froid arrête la fièvre jaune, mais rien n'arrête la peste, si ce n'est l'isolement ; et cette maladie sans lois, comme le dit Ramazzini, n'a peut-être que celle-là ; aussi est-ce par l'isolement que les orphelins de Moscou ont été préservés, bien que leur grande demeure ait été bâtie sur d'anciens marécages.

Je n'irai pas plus loin, Messieurs. J'ai touché, ce me semble, tous les points essentiels de la question ; je m'en suis expliqué avec toute la netteté, j'ose dire, avec toute la sincérité dont je suis capable. Il n'est pas nécessaire de récapituler ce que j'ai dit, et d'en former une série de propositions que je pourrais comparer une à une à la série des conclusions par lesquelles M. le rapporteur a terminé son travail. Cette comparaison ferait voir quelles sont celles où j'ai le bonheur trop rare de m'accorder avec lui ; quelles sont celles où nous différons plus ou moins sensiblement ; quelles sont celles où nous sommes en opposition manifeste, et finalement quelles sont celles que je pourrais considérer comme erronées ou comme renfermant des suppositions, des contradictions et des trivialités peu dignes d'une Académie. Telle serait toute la suite des conclusions depuis la septième jusqu'à la dix-neuvième inclusivement ; puis viennent les conclusions où figure l'action toute chimérique, selon moi, de l'infection et de l'influence ou du génie épidémie. Enfin, je ne puis me défendre de voir une sorte de non-sens ou de trivialité dans la vingt-huitième, et une véritable contradiction entre la vingt-sixième et la trentième. Que dit la vingt-sixième ? « Que les malades atteints de peste sporadique ne peuvent » déterminer des foyers d'infection (assez actifs pour transmettre la » maladie.) » Et que dit la trentième ? « Que dans les pays sains, et » l'influence des causes générales étant nulle, l'influence des pestiférés » et des foyers qu'ils peuvent fournir reste seule, et que, dans ce der» nier cas, l'isolement met à l'abri de tout danger. » Mais si ces foyers sont trop faibles pour transmettre la maladie, de quel danger peut donc préserver l'isolement ? et si l'isolement est nécessaire ou même utile, n'est-ce pas parce que la maladie se transmet ? D'un autre côté, après avoir établi, conclusions douzième, treizième et quatorzième, qu'on n'a pas de preuve que la peste se communique ou par le contact, ou par les effets, ou par les marchandises, on écrit hardiment pour seizième conclusion : « Qu'il est incontestable que la peste » est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires » en mer, soit dans les lazarets d'Europe. » Mais si elle ne se transmet ni par les hommes, ni par les effets, ni par les marchandises, par quoi donc peut-elle se transmettre ? Elle se transmet par infection. Mais d'où vient, encore une fois, cette infection ? N'a-t-elle pas été formée par les émanations des malades, et n'est-ce pas se jouer de soi-même et des autres que de se payer et de les payer de ces non-sens, je dirais presque de ce jargon incompréhensible ? Mais que serait-ce s'il fallait relever une à une toutes les fautes dont fourmille ce rapport !

Vous pensez bien, Messieurs, que, pour moi, je n'aurai qu'une conclusion définitive à vous soumettre : c'est que, pris dans son état actuel, le rapport de votre Commission n'est pas digne de vos suffrages, et qu'il ne pourra l'être que lorsque votre Commission lui aura fait subir tous les changements nécessaires.

Cours de physiologie expérimentale.

M. le docteur Bernard vient d'ouvrir un cours public de physiologie expérimentale. On sait quelles difficultés entravent cet enseignement public. Divulguer les arcanes épars d'une science à son berceau, exposer les méthodes expérimentales acquises près de son illustre maître, M. Magendie, tel est le but que se propose aujourd'hui M. Bernard. Nous ne pouvons qu'applaudir à ces tendances progressives, et nous espérons que nos abonnés nous sauront gré de leur donner un résumé succinct de la première leçon de ce cours.

La physiologie, dit M. Bernard, est à juste titre regardée comme la science la plus importante et la plus difficile. On comprendra sans peine cette difficulté en réfléchissant qu'il s'agit, avec nos moyens bornés d'investigation, de pénétrer dans l'analyse des phénomènes de l'organisme vivant. On ne devra donc pas s'étonner que la physiologie paraisse être arriérée quand on la compare aux autres sciences expérimentales dont l'objet est l'étude de la nature morte.

Mais, de ce que les résultats physiologiques positifs fournis par l'expérience sont encore peu nombreux, de ce que les faits paraissent souvent obscurs ou même en apparence contradictoires, doit-on en conclure que cette voie d'investigation ne conduise qu'à l'erreur lorsqu'on l'applique à l'étude des phénomènes de la vie ? Tout récemment encore, un écrivain distingué a proclamé l'incertitude de l'expérimentation physiologique. C'est une grave erreur ; et certes, si la méthode que nous suivrons dans ce cours devait, au lieu de nous éclairer, ne servir qu'à nous mieux égarer, nous serions condamnables de ne pas nous en être aperçus les premiers. Afin de vous faire partager nos convictions et de vous inspirer le courage nécessaire pour aller à la recherche de la vérité au milieu d'expériences souvent longues et pénibles, je tiens à vous prouver que cette méthode est essentiellement utile, et que l'enfance de la physiologie expérimentale a pour raison la place relative qu'occupe cette science dans le cadre des connaissances humaines.

En effet, la physiologie a besoin, pour se développer, des secours des autres sciences dont elle est en quelque sorte tributaire. Au premier rang se place l'anatomie ; c'est elle qui fut interrogée d'abord. Cette tendance tout anatomique qui commence à Galien, se généralisa scientifiquement dans les écrits de Haller. Toutes les conditions des phénomènes étaient recherchées dans la disposition anatomique des organes : la physiologie n'est-elle pas, disait ce grand physiologiste, l'*anatomie animée* ? La vie ou le *primum agens* de toute fonction résidait dans deux propriétés essentielles ; l'*irritabilité* dans le tissu musculaire, la *sensibilité* dans le tissu nerveux. C'est en s'appuyant sur les connaissances anatomiques exactes, éclairées par les vivisections, que les plus grandes découvertes physiologiques ont été faites. Si les dissections sur le cadavre ont pu faire connaître les cavités du cœur, par exemple, la disposition des valvules dans les veines, ce sont les vivisections qui ont montré la direction du courant sanguin et fait découvrir la circulation, etc. Il serait trop long d'énumérer toutes les richesses acquises en suivant cette direction *anatomico-physiologique*. Seulement il est une remarque facile à faire, c'est que nous ne voyons partout que des *solides* en jeu ; tout se résume, dans ce système, à la fibre *sensible* et *irritable*. Le scalpel a laissé tous les fluides de côté, et on osait à peine y songer ; cependant ils doivent être très importants dans les phénomènes de la vie.

L'anatomie microscopique, la physique et la chimie sont venues, de nos jours, apporter leur lumière sur l'étude des fluides animaux, qui avait été négligée par l'école hallérienne. La chimie organique surtout a élargi dans ces derniers temps, le cercle de nos connaissances d'une manière rapide et incontestable sur tout ce qui regarde les fonctious dites de *nutrition*.

Ainsi la physiologie expérimentale a une nouvelle voie ouverte, c'est la tendance *chimico-physiologique*. Mais il fallait, avant tout, que la chimie organique fût elle-même suffisamment avancée : sans ce nouvel auxiliaire, la physiologie ne pouvait aborder l'étude des fluides, et elle était condamnée à rester à l'état d'une demi-science.

Il est à présumer même que c'est cette tendance chimico-physiologique qui est appelée à rendre les plus grands services à la médecine. C'est sous la dépendance immédiate du fluide sanguin que se trouvent placées les conditions physiologiques de tous les solides, et c'est en s'adressant aux fluides qu'on peut modifier le plus profondément les phénomènes de l'organisme vivant.

Nous dirigerons d'abord notre étude sur les phénomènes de la nutrition qui comprennent le concours de plusieurs fonctions, dans l'exercide desquelles dominent surtout les influences chimico-physiologiques.

Si les moyens matériels nous manquent pour répéter toutes les expériences relatives à chacun des points que nous allons examiner, nous ferons cependant sous vos yeux les expériences les plus saillantes, parce que nous tenons à démontrer qu'à l'aide de nos connaissances chimiques acquises il nous sera possible de remonter avec une grande uetteté, dans la majorité des cas, aux causes des phénomènes fonctionnels ; de la même manière, par exemple, qu'en connaissant exactement la distribution d'un nerf, on peut suivre sa paralysie en quelque sorte le scalpel à la main. Le but que nous nous proposons est bien moins de satisfaire une curiosité louable dans ce cas, que d'inspirer le goût des recherches expérimentales et d'initier aux méthodes qui pourront guider plus tard dans l'étude si difficile des phénomènes de la vie.

NOUVELLES.

M. le baron de Watteville, inspecteur général dés établissements de bienfaisance, vient de publier un ouvrage sur ce sujet. Cet ouvrage, dont le but est de faire connaitre le nombre et les ressources des établissements charitables que possède la France, établit, pour la première fois d'une manière exacte, ce qu'on peut appeler à bon droit le budget de la charité légale. D'après ce travail, il existe :

1,338	hôpitaux ou hospices dont les revenus ordinaires s'élèvent à	53,622,972 77
1	hospice royal pour les aveugles, id.	332,492 »
7,599	bureaux de bienfaisance, id.	13,557,836 »
46	monts-de-piété, dont les prêts s'élèvent à . .	42,220,684 »
39	institutions consacrées à l'éducation des sourds-muets. Les budgets des deux institutions royales établies à Paris et à Bordeaux sont seuls connus ; ils forment ensemble la somme de	255,503 »
1	institution id. pour les jeunes aveugles . .	156,699 »
144	dépôts d'enfants trouvés, *pour mémoire quant à la dépense* les 6,717,829 fr. consacrés à ce service figurent déjà dans les revenus hospitaliers ci-dessus mentionnés.	
73	37 asiles publics pour les aliénés indigents. . . . / 25 quartiers dans les hospices pour les indigents. / 11 asiles privés pour les indigents. . . . . — reçoivent des départements	4,826,168 75
1	maison royale de santé pour les aliénés, à Charenton.	459,857 «
9,242	établissements divers dépensant annuellement	115,441,232 52

Les 1,338 hôpitaux ou hospices forment 1,168 administrations hospitalières.

Le nombre des sourds-muets admis dans les 39 institutions est de 1,675.

Le nombre des enfants trouvés, âgés de moins de douze ans, est de 123,394 ; on ignore le nombre de ces enfants de douze à vingt et un ans. Sur ces 144 dépôts, 54 n'ont point de tour d'exposition, et 21 départements n'en ont également pas.

— Le choléra, qui s'est déclaré avec tant de rapidité au commencement de mai à Aden, a presque disparu, Quelques cas se présentent encore de loin en loin, mais sans gravité. Le changement de mousson a délivré Aden du fléau qui, pendant le peu de jours qu'il a été dans sa force, lui a enlevé 400 habitants. La proportion a été de quatre morts sur cinq malades.

En rade, les navires de guerre ou de commerce ont perdu des hommes. Le navire anglais *Brooke*, sorti du port le 21 juin, y est revenu le 23, ayant perdu son capitaine. Les matelots ne voulaient pas continuer le voyage, prétendant que la mort du capitaine les déchargeait des engagements pris avec lui. Ils demandaieot une augmentation de salaire. Les tribunaux ont décidé qu'un matelot était engagé avec le navire et non avec le capitaine. L'équipage a dès lors repris son poste à bord.

Le choléra s'étend sur tout le territoire de l'Yemen. La mortalité est effrayante ; Mocha, lidda, Jambo, tous les bords de la mer Rouge sur la côte arabique sont atteints. La côte abyssinienne est dans un état sanitaire satisfaisant.

La maladie suit le même itinéraire qu'en 1822 et 1833,

Le climat d'Aden est lui-même fort malsain pour les Européens, dont la plus forte constitution ne résiste pas à un séjours de plus de trois ans. Telle est la chaleur dans la ville, pendant cinq mois de l'année, du 1er mai au 30 septembre, qu'il arrive aux verres d'éclater sur les tables.

Le choléra fait de grands ravages dans toutes les parties de l'Inde.

— Le 23 juin, des prix ont été distribués aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchement à Paris, par M. le vicomte de Mortemart, membre du Conseil général des hospices, délégné par ce Conseil pour présider cette solennité.

La distribution a été faite en présence de MM. Edmond Halphen, membre du même Conseil, et Boicervoise, membre de la commission administrative, chargé de la surveillance de l'établissement ; de M. Dubost, membre de la commission administrative, secrétaire-général ; de MM. les professeurs, médecins et chirurgiens, et de madame la sage-femme en chef de la maison d'accouchement.

M. le vicomte de Mortemart a ouvert la séance par une allocution dans laquelle, après avoir félicité les élèves d'avoir répondu par la persévérance de leurs efforts aux intentions bienveillantes du Conseil, il leur a rappelé les nouveaux devoirs qu'elles allaient avoir à remplir envers la société, et les a engagées à ne jamais perdre de vue dans leur accomplissement les leçons de dévouement et de charité qu'elles avaient reçues de leurs maitres.

Mademoiselle Carbonneau, au nom des élèves de la maison, a témoigné sa reconnaissance et celle de ses compagnes envers l'administration, les professeurs, la sage-femme en chef et l'aumônier de la maison.

Le directeur de l'établissement a lu ensuite le procès-verbal des épreuves du concours auquel les élèves sages-femmes ont été soumises, et proclamé les noms de celles qui ont obtenu des récompenses,

Le premier prix a été décerné à mademoiselle Carbonneau, élève aux frais du département de Lot-et-Garonne.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après mademoiselle Carbonneau, sont :

Mesdames Levieil. élève aux frais du département de Seine-et-Oise ;
Bellanger, éléve aux frais du même département ;
Préau, élève aux frais du département de l'Yonne.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 juin 1846, sont nommés agrégés près de l'Ecole de pharmacie de Montpellier : MM. Figuier (Louis), pharmacien de première classe, licencié es sciences physiques ; Gay (Honoré), pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques ; Fages (François-Victor), pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques.

— L'empereur d'Autriche vient de nommer une commission pour régler définitivement la construction à Vienne d'un nouvel hospice pour les aliénés ; elle se compose de M. le baron Lago, vice-président de la régence de la Basse-Autriche, des directeurs actuels de l'ancien hospice et de plusieurs médecins des principales villes de la monarchie. Le gouvernement a alloué préalablement une somme de 600,000 florins pour les travaux de construction.

— *Lait frélaté.* — Une mesure de rigueur, malheureusement trop rare, a été prise il y a quelques jours par M. le directeur de l'hospice Cochin. Si nous la faisons connaître, c'est surtout pour remplir un devoir, celui d'appeler sans cesse l'attention publique sur les actes de l'administration si grassement payée des hôpitaux.

Le lait, pour beaucoup de malades, est la seule nourriture possible ; mais pour tous les hôtes malheureux des hospices, il constitue un des repas de chaque jour. Le lait pourtant est peut-être de tous les aliments fournis aux hospices, celui dont la mauvaise qualité est le plus incontestable. On se rappelle de quelles observations cette fourniture fut l'objet dans l'énergique rapport publié il y a deux ans par les médecins des hôpitaux.

Depuis quelque temps, un des chefs du service médical les plus consciencieux, M. le docteur Nonat, observait dans ses salles des accidents qu'il attribuait au lait servi à des malades. Sur ses observations répétées, le lait, examiné par le directeur de l'hospice Cochin, a été trouvé tellement frelaté, qu'on a dû le refuser, malgré les protestations du fournisseur, qui a déclaré que jamais, pour le prix alloué, il ne pourrait en livrer de meilleur.

Veut-on savoir à présent quel est ce prix ? 20 centimes par litre, quand il est de notoriété publique que du lait médiocre, mais pur, coûte 50 centimes à Paris.

Quant à la peine qui atteint le fournisseur en pareil cas, voici ce qui se passe. Aux termes du cahier des charges, le directeur est autorisé à s'adresser immédiatement au commerce pour remplacer, aux dépens du fournisseur, les denrées refusées qu'on lui rend. Tout se borne là ; et, comme ce jour-là le directeur n'a pu trouver dans le faubourg Saint-Jacques une quantité de lait à beaucoup près suffisante, les malades de l'hospice Cochin ont été mis à la diète.

— par ordonnance ministérielle en date du 30 juin 1846, M. Melays, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine de Rouen, est nommé professeur suppléant près cette école en remplacement de M. A. Flaubert promu à une place de professeur adjoint.



Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 23 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 86. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'épididymite blennorrhagique.

(Suite du numéro du 14 juillet.)

Nous avons mentionné quelques-unes des principales causes qui peuvent déterminer la production de l'épididymite blennorrhagique; il en est quelques-unes encore qui méritent d'être mentionnées, la marche longtemps prolongée, la station debout, l'exercice du cheval, une continence absolue trop longtemps continuée, ou bien encore une excitation intempestive des organes génitaux. Dans la prévision et dans la crainte de l'épididymite, on devra toujours avoir soin d'éviter, autant que possible, l'introduction dans l'urètre de corps étrangers, sondes ou bougies, principalement vers la période de déclin de la maladie, lorsqu'elle est franchement aiguë. Dans la période d'acuité, on se gardera de pratiquer aucune cautérisation. Le malade ne se livrera point à des efforts violents; enfin il aura soin de se garantir de toute espèce de choc et de contusion.

Les causes spéciales une fois bien reconnues, comment la maladie se développe-t-elle, quelle est sa marche, quel son siége absolu? quels sont ses symptômes? quelles affections peuvent venir la compliquer? Nous avons dit en commençant cette histoire, que la maladie avait pour siége exclusif le canal déférent et l'épididyme. Il n'y a pas de maladie blennorrhagique du testicule dans laquelle l'épididyme ne soit point affecté. Tout ce que nous trouverons dans la maladie en dehors de l'inflammation de l'épididyme et du canal déférent, n'est qu'accidentel et ne doit point être considéré comme essentiel à l'épididymite; le mécanisme de la production de cette phlegmasie est des plus simples et des plus faciles à concevoir.

De l'urètre, l'inflammation descend dans les voies spermatiques. Faisons bien remarquer ici, bien que ce soit à peine nécessaire, que ce n'est pas le pus qui, tombant en vertu des lois de la pesanteur, détermine des accidents, mais bien l'inflammation qui, se propageant par voie de continuité, gagne de proche en proche les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, qui, pour le dire en passant, se prennent plus ou moins vite, et enfin arrive à l'épididyme. Dans ce trajet, les parties qui sont successivement prises sont plus ou moins influencées par l'inflammation, de manière à pouvoir traduire par le toucher et par la sensation douloureuse qu'il détermine, l'état pathologique d'une manière plus ou moins manifeste.

Ce qu'il y a de certain et d'incontestable, c'est que c'est toujours l'épididyme qui est la partie la plus affectée; on pourrait presque dire que l'épididyme est le *primum vivens* et l'*ultimum moriens* lorsqu'il s'agit des accidents de la blennorrhagie.

Chez quelques sujets, l'engorgement de l'épididyme, qui est la première chose saisissable, est très appréciable sans qu'il y ait encore rien au canal déférent. Ceci est quelquefois tellement prononcé, que nous avons pu admettre deux sortes d'épididymites, l'une par succession, et l'autre sympathique, sans qu'il y ait pour cette dernière aucune altération des tissus situés entre l'urètre malade et l'épididyme.

Il y a certains cas, mais excessivement rares, dans lesquels l'inflammation, partant de l'urètre, peut s'arrêter dans les vésicules séminales sans s'étendre jusqu'à l'épididyme; mais ces cas sont exceptionnels, et c'est à peine si on rencontre quelques faits isolés dans lesquels on ait affaire à une inflammation des conduits sans que l'épididyme soit pris.

Jusque-là, le testicule reste froid, tranquille, indépendant de cette scène morbide. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas d'orchite, la maladie restant bornée à l'épididyme; mais si la phlegmasie continue à progresser, l'inflammation peut, par droit de voisinage, par contiguïté, passer de l'épididyme au testicule. Ici il y a donc orchite, mais orchite avec épididymite préexistante. Pour arriver au testicule, il a toujours fallu que l'inflammation passât par l'épididyme. La maladie continue-t-elle à marcher, ou son retentissement a-t-il été plus grand sur la séreuse que sur le corps du testicule, c'est la tunique vaginale qui s'affecte. Mais ici, cependant, nous devons vous faire remarquer qu'il est rare d'avoir affaire à une véritable *vaginalite*, si nous pouvons nous exprimer ainsi, à une inflammation franche de la tunique vaginale. Dans un nombre de circonstances assez grand d'une manière absolue, mais moins considérable relativement au nombre des épididymites blennorrhagiques, on rencontre des hydrocèles qui n'ont pas eu de cause autre que l'existence antécédente d'une épididymite. Mais la suffusion séreuse n'est pas le fait de la phlegmasie de la tunique vaginale, mais bien le résultat d'une exhalation dépendant d'un obstacle à la circulation, d'une stase du sang dans les vaisseaux. L'épanchement est ici produit par un mécanisme analogue à celui qui détermine la production d'une suffusion séreuse péritonéale, reconnaissant pour cause la présence d'une tumeur qui comprime de gros troncs veineux.

L'affection continue-t-elle à marcher encore, soit qu'elle ait envahi le testicule, ou qu'elle se soit portée sur la tunique vaginale, on voit quelquefois le tissu cellulaire se prendre ou de simples engorgements œdémateux survenir par suite encore d'une gêne dans la circulation. Cette infiltration du tissu cellulaire peut, dans quelques cas assez rares, revêtir l'aspect d'une véritable inflammation phlegmoneuse avec toutes ses conséquences. Dans le premier cas, la peau des bourses change à peine de couleur; elle paraît seulement un peu plus épaissie, légèrement transparente et cédant à la pression du doigt. L'augmentation de volume du côté malade déjette le raphé du côté opposé. D'autres fois, la peau devient rouge, animée, chaude, participe à l'inflammation, cesse d'être mobile et forme un tout solide avec les parties sous-jacentes, surtout lorsque l'inflammation a gagné le testicule lui-même.

Il faut observer que l'inflammation de la peau ne prend que rarement les caractères extensifs de l'érysipèle phlegmoneux ordinaire. Quel que soit son degré d'intensité, cette phlegmasie cutanée est presque toujours bornée à un seul côté, à moins qu'il ne s'agisse d'une épididymite double, soit qu'il y ait œdème simple, soit qu'il y ait phlegmasie plus ou moins aiguë du tissu cellulaire scrotal. La tumeur peut acquérir un volume très considérable, surtout dans ses parties déclives, et cela d'autant plus que les malades continueront à marcher ou à rester debout. Ces accidents plus ou moins graves, selon les parties qu'ils affectent, ne doivent être après tout considérés que comme des complications analogues, quant à la manière dont elles se produisent, aux complications inflammatoires que l'on observe dans les phlegmasies pulmonaires, par exemple, pleurétiques, bronchites, etc.

Symptômes. — Les prodromes de l'épididymite blennorrhagique peuvent différer suivant les individus et suivant les circonstances. Chez quelques sujets, les testicules semblent devenir le siége d'une sensation de pesanteur insolite, sensation que l'on parvient à calmer dans les premiers temps par l'usage d'un suspensoir et par un léger degré de compression. D'autres fois, les premiers symptômes sont analogues à ceux qui caractérisent la phlegmasie de la portion prostatique de l'urètre et la cystite du col, ténesme vésical, envie fréquente d'uriner, pesanteur périnéale, etc. Quelquefois, le seul symptôme appréciable est une douleur lombaire assez semblable au lumbago. Il n'est pas rare que la douleur suive le trajet des voies spermatiques et soit surtout plus prononcée dans le canal inguinal. D'autres fois enfin, et c'est le cas le plus commun, le malade est pris tout à coup de malaises, de fièvre, de phénomènes nerveux plus ou moins prononcés, de syncopes, sans qu'aucune autre souffrance locale ait révélé la cause de ces accidents. Puis, les prodromes ayant duré plus ou moins longtemps, les malades sont pris de douleurs dans le scrotum, dans le trajet du canal inguinal, douleur qui peut retentir dans la région lombaire, comme nous venons de le voir plus haut. Averti par ces symptômes, on examine l'épididyme, et l'on trouve un développement, un engorgement de cette partie.

Il est assez peu fréquent de voir des prodromes se manifester avant qu'il y ait d'altération matérielle appréciable. On trouvera, en général, un plus grand nombre de malades ne souffrant pas encore, et portant cependant un engorgement quelquefois assez considérable de l'épididyme, que l'on n'en verra atteints de fièvre sans lésion organique encore appréciable. Le développement insensible et indolent de la tumeur de l'épididyme, dont les malades ne s'aperçoivent souvent que par hasard, a pu faire croire quelquefois à certains individus que c'était au moment où ils faisaient un effort, où ils soulevaient un fardeau, que la chaudepisse était tombée dans les bourses. Dans des cas de ce genre, la cause qui fait découvrir la maladie a été prise pour celle qui l'avait produite. Ainsi, que l'affection soit déjà développée sans douleur, sans sensibilité, et ne soit découverte que quand les symptômes se sont manifestés ultérieurement; que les prodromes se manifestent sans que les parties soient matériellement prises d'une façon appréciable: dans les deux cas, si vous touchez les parties malades, vous trouvez, dans les cas normaux et réguliers, la tumeur placée en dedans et en arrière du testicule. Cette tumeur se continue dans les cas d'épididymite par succession avec le canal déférent et le cordon spermatique. Le testicule reste accolé à la tumeur avec son aspect, sa consistance normale; la tumeur est chaude, douloureuse principalement à la pression; la sensibilité est encore accrue par le poids de l'organe; la douleur se continue dans le trajet du canal déférent et retentit jusque dans la région lombaire.

A mesure que la maladie progresse, que l'inflammation gagne en étendue et en intensité, aux accidents locaux d'inflammation se joint un mouvement fébrile. Cependant, dans beaucoup de cas, la maladie est localisée, et, tant qu'elle n'affecte que les parties que nous avons indiquées, il n'y a pas encore beaucoup de réaction fébrile. Si la maladie continue à marcher, elle ne tarde pas à intéresser les autres éléments du cordon spermatique. Le cordon peut être étranglé par les anneaux et par le canal inguinal. Avec cet étranglement, vous trouvez, dans la région inguinale, une tumeur opaque cylindrique, sensible à la pression surtout, accompagnée de symptômes sympathiques assez analogues à ceux que détermine la hernie étranglée. Puis arrive du hoquet; le malade a de la constipation, les intestins craignant, en quelque sorte, de se contracter et d'augmenter la douleur. On observe tous les désordres circulatoires accoutumés, le pouls péritonéal, les cris, etc.; quelquefois il peut se faire même que l'on arrive à la péritonite. Mais jusque-là, et à part les accidents qui pourraient venir du gonflement du cordon, à part ces cas particuliers, l'épididymite peut être très forte sans que les accidents soient très considérables. Des lipothymies, des syncopes, des vomissements peuvent avoir lieu, même sans étranglement du cordon; fréquence et dureté du pouls: vous avez là l'inflammation parenchymateuse, la douleur en l'absence même de la pression et du contact. L'inflammation se trouve limitée par une fibreuse qui ne peut pas céder, et vous avez une inflammation compliquée d'étranglement; puis surviennent des frissons; l'engorgement de l'épididyme se propage, avons-nous dit, au testicule.

Le premier phénomène de cette propagation, c'est la perte de cette consistance normale, de cette élasticité de l'organe qui le caractérise et le fait si bien distinguer de l'espèce de croissant formé par l'épididyme, et dans lequel il est enchâssé. Lorsque l'inflammation l'a atteint, il prend du volume, malgré la résistance de son enveloppe fibreuse; il y a augmentation de la plasticité, coagulation du tissu. La tumeur est dure, empâtée, sans rénitence, sans souplesse. Si la maladie gagne la tunique vaginale, dans la grande majorité des cas, cette tunique vaginale n'étant presque point sensible au toucher, le malade souffre peu. On constate une fluctuation plus ou moins prononcée, suivant que l'épanchement est plus ou moins considérable; fluctuation que vous distinguerez toujours de la rénitence du testicule normal. Chez beaucoup de sujets qui n'ont pas encore le tissu scrotal affecté, vous trouvez la transparence. Si vous faites une ponction, dans des cas de cette espèce, voici ce que vous constatez et la nature du liquide que vous retirez: il est de consistance aqueuse, citrin, parfaitement transparent, sans aucun flocon albumineux, sans traces de globules purulents; c'est de la sérosité pure et simple.

Dans quelques cas rares, il y a véritablement vaginalite; la tunique vaginale s'enflamme; alors, en raison de la sensibilité des séreuses, le malade souffre; vous avez de la fluctuation; et puis, si vous ouvrez la tumeur avec le bistouri, vous trouvez un liquide sanguinolent, contenant de l'albumine en suspension, du pus; en un mot, tous les produits des séreuses malades. Avec l'inflammation de la tunique vaginale, vous avez encore plus d'accidents réactionnels que dans les cas où il y a simplement épanchement passif. Si l'affection gagne la peau des bourses, on aura des symptômes de phlegmon, d'érysipèle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juillet 1846. — Présidence de M. ROCHE.

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission chargée de décider dans quelle section aura lieu la prochaine élection.

Cette commission se trouve composée de MM. Castel, Honoré, Bégin, Jolly, Gimelle, Louis, Moreau, Adelon, Boulay jeune, Orfila, Bérard aîné.

— La parole est à M. Prus, rapporteur de la Commission de la peste pour résumer les discussions générales.

Messieurs,

Plus je réfléchis au plan qu'il convenait de suivre dans l'exposition des faits propres à jeter la lumière sur les questions de quarantaine, plus je pense que l'ordre adopté dans le rapport était celui qu'il fallait choisir. Avant de rechercher quels pouvaient être les divers modes de transmissibilité de la peste, il convenait d'apprécier, autant que l'état de la science permet de le faire, l'influence des causes productrices de la peste spontanée, sporadique ou épidémique. Déterminer d'une part l'action des causes locales, d'une autre part l'action de la constitution pestilentielle qui paraissant toujours née dans des endroits insalubres, s'est souvent montrée dans des contrées fort saines, c'était le seul moyen de restreindre l'action des agents de transmissibilité, quels qu'ils fussent, à ce qu'elle a de réel et de positif. Rapporter à chacun de ces trois ordres de causes les effets qui lui appartiennent, telle est la pensée qui domine et explique tout le rapport, pensée

qui, je le crois, n'avait pas encore reçu l'heureuse application dont elle est susceptible.

En poursuivant avec persévérance la réalisation de cette idée, en n'admettant, pour les solutions à chercher, que les faits les plus dignes de confiance soit par leur authenticité, soit par leur nombre, soit par les détails avec lesquels ils ont été rapportés, enfin, en ne tirant de ces faits que des conséquences rigoureuses, on devait arriver à des conclusions utiles et bien motivées. Mais, en même temps, il fallait s'attendre à froisser des convictions établies sur des études faites dans une autre direction, avec des éléments moins nombreux et souvent fautifs; il fallait s'attendre à rencontrer les esprits disposés à n'admettre certaines conclusions, nouvelles à quelques égards, qu'après une discussion sérieuse et approfondie des faits sur lesquels elles reposent.

Ces prévisions se sont réalisées.

La plupart des médecins croyaient trouver dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, un plaidoyer pour ou contre la contagion. Contagionistes et non-contagionistes ont été également déçus dans leurs espérances. De là, chez quelques personnes dont les doctrines étaient fortement enracinées, une réaction défavorable contre certaines parties du rapport.

MM. Pariset, Bousquet, Castel, Hamont et Desportes, veillant avec une sollicitude inquiète au maintien intégral du domaine et même des usurpations de la contagion, ont repoussé tout ce qui ne concordait pas avec leur système.

D'un autre côté, M. Dubois (d'Amiens) a mis en doute, et M. Londe a nié la valeur et la portée des faits établissant la transmission de la peste en dehors des foyers épidémiques.

Les sept adversaires que nous avons rencontrés dans la discussion générale sont donc en complète opposition entre eux. D'un côté est le camp des contagionistes; de l'autre est celui des non-contagionistes. C'est toujours la vieille querelle; c'est toujours la science marchant avec une aveugle opiniâtreté dans deux ornières, dont ni l'une, ni l'autre, ne peut mener à la vérité.

C'est parce qu'ils ne se sont pas renfermés dans une manière de raisonner aussi étroite, que MM. Ferrus, Bégin, Poiseuille, Rochoux, Piorry, Bricheteau et Gaultier de Claubry ont cru pouvoir donner leur approbation aux doctrines exprimées dans le rapport. Ils ont compris que dans l'étude de la peste comme dans toutes les études scientifiques, il n'y avait pas de progrès possible si on ne se dépouillait pas de ses préjugés, si on hésitait à admettre franchement, et dans toutes leurs conséquences, les vérités qui découlent naturellement des faits.

Je n'ai pas parlé de la réserve faite par l'honorable M. Gaultier de Claubry relativement à la non-transmissibilité de la peste sporadique, parce que connaissant son amour sincère de la vérité, j'ai l'esperance de lui faire partager l'opinion de la majorité de la Commission.

Dans tous les cas, cette dissidence entre les membres qui ont exprimé publiquement leur approbation des doctrines du rapport, ce que n'ont pas cru devoir faire un très grand nombre des membres de cette assemblée, malgré des convictions tout aussi arrêtées; cette dissidence, dis-je, paraîtra bien légère si on la compare à celles qui divisent nos adversaires, contagionistes ou non-contagionistes.

Pénétrons dans le camp des premiers. Que voyons-nous? Tandis que M. Pariset attribue exclusivement l'origine de la peste à la putréfaction animale, tandis que M. Castel rapporte la peste à un *ferment* introduit ou développé spontanément chez le malade; tandis que MM. Hamont et Desportes accusent principalement les causes locales d'insalubrité, M. Bousquet ne croit pas que la peste puisse naître sans un germe persistant. Quelle confusion! quelle anarchie!

Dans le camp opposé ne règne pas un meilleur accord. L'un doute, l'autre affirme. M. Londe nie la transmissibilité de la peste de la manière la plus absolue; M. Dubois flotte au milieu de ses incertitudes.

Que serait-ce maintenant si nous voulions mesurer la distance qui sépare l'opinion de M. Bousquet de celle de M. Londe! Ce que l'un affirme, l'autre le nie. Hommes et choses peuvent à chaque instant transmettre la peste, selon M. Bousquet. Jamais, dit M. Londe, ni les hommes, ni les choses ne donneront la peste à personne. Vous le voyez, Messieurs, c'est l'extrême droite et l'extrême gauche. Au lieu de perdre nos efforts à les concilier, consolons-nous en pensant que M. Londe a montré qu'il défendrait énergiquement les deux premières parties du rapport contre les attaques de M. Bousquet, et même de M. Dubois, tandis que, très certainement, M. Bousquet et ses coopinants ne défendront pas avec moins de chaleur et avec moins de succès la transmision de la peste contre les doutes de M. Dubois, contre les négations de M. Londe.

Messieurs, dans une première réponse, je me suis attaché à réfuter les objections présentées contre le rapport par l'honorable M. Dubois (d'Amiens); j'ai insisté particulièrement sur ce fait, que les cas de peste observés au lazaret de Marseille depuis 1720, n'établissent que trop bien la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques. Depuis, un membre de la Commission, M. Poiseuille, qui a fait une étude attentive, minutieuse de toutes les pièces qu'a bien voulu nous transmettre M. le ministre du commerce, a corroboré tout ce que j'avais dit sur ce point, tout en traitant d'autres questions très intéressantes au point de vue des quarantaines.

Malgré les défiances témoignées récemment par M. Londe contre les certificats délivrés par ceux qu'il appelle les *lazarétistes*, je ne crois pas devoir revenir en ce moment sur cette question. Je prierai seulement M. Londe de vouloir bien lire et méditer toutes les pièces de Marseille. Il verra clairement que les certificats délivrés chaque jour, et souvent deux fois par jour, par plusieurs des médecins et chirurgiens du lazaret, méritent beaucoup plus de considération qu'il ne leur en accorde. Il sait sans doute qu'en ce moment les médecins et chirurgiens de l'intendance sont M. Robert, le savant et respectable correspondant de l'Académie; M. Ducros, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, et professeur de clinique médicale à l'Ecole secondaire; M. Martin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale; enfin, M. Roux, de Brignolles, secrétaire-général de la Société royale de médecine, l'un des hommes les plus consciencieux et les plus indépendants que l'on puisse citer. Ce sont les certificats délivrés par ces confrères aussi instruits qu'honorables que notre collègue voudrait frapper de nullité en faveur d'une doctrine qui pourrait avoir le mérite d'être simple, si elle n'était évidemment en contradiction avec des faits dignes de ma confiance. L'Académie sera tout à la fois plus prudente et plus juste.

Je veux aujourd'hui faire droit aux objections de ceux qui professent la doctrine opposée à celle de M. Londe.

MM. Castel et Bousquet, qui n'étaient pas habitués à accorder aux causes productrices de la peste spontanée toute l'influence qui leur appartient, accusent le rapport d'avoir trop diminué le rôle des agents de transmissibilité de la peste. M. Bousquet va plus loin; il croit avoir découvert que lorsque le rapporteur a écrit les deux premières parties de son travail, il ne savait pas jusqu'à quel point il serait amené, par les faits contenus dans la troisième partie, à reconnaître la puissance des agents de transmission. Notre collègue est, à cet égard, dans une complète erreur. Au moment où le rapporteur de la Commission a pris la plume, il avait apprécié toute la portée des faits de Marseille et des faits analogues; mais il savait aussi que les croyants à la contagion, négligeant entièrement ou presque entièrement l'étude de tout ce qui n'est pas agent de transmission, avaient besoin qu'on développât devant eux, avec les détails nécessaires, les preuves de la spontanéité de l'épidémicité de la peste.

Ces développements, que les uns ont trouvés trop longs, ne paraissent pas avoir été suffisants pour quelques autres.

C'est ainsi que M. Bousquet, fidèle à la doctrine qui n'admet pas que la peste puisse naître sans un germe préexistant, prétend que la Commission n'a émis que des conjectures sur les causes qui engendrent la peste spontanée. Rien, continue-t-il, n'est moins prouvé que ces causes.

Si M. Bousquet ne veut pas reconnaître l'influence des causes locales qui rendent la peste endémique dans la Basse-Egypte, qu'il nous dise donc pourquoi dans les temps, dans les lieux, dans les saisons où les causes signalées dans le rapport n'ont pas existé, la peste ne s'est pas montrée dans ce pays;

Qu'il nous dise pourquoi la peste est, pour ainsi dire, journalière à Damiette, où les causes indiquées sont réunies, tandis qu'elle ne naît jamais au Fagoum, qui se trouve dans des conditions opposées;

Qu'il nous dise pourquoi, selon les remarques de Gaëtani-Bey, Bassora et Bagdad sont devenues aujourd'hui des foyers producteurs de peste, tandis que ces villes, malgré des communications fréquentes avec des pays pestiférés, étaient exemptes du fléau quand les canaux étaient bien entretenus, quand une administration prévoyante prenait les précautions hygiéniques convenables.

Il est vraiment digne de remarque que les médecins qui ont le mieux étudié sur les lieux la peste et les causes qui la produisent, n'hésitent pas à regarder ces causes, non-seulement comme pouvant être déterminées, mais même comme pouvant être détruites, au moins en grande partie; tandis que d'autres médecins, qui n'ont vu ni la peste, ni les lieux qui l'engendrent, nient ce que les autres affirment. C'est ainsi que M. Bousquet se trouve ici en contradiction flagrante avec Pugnet, avec MM. Pariset, Hamont, Delaporte, Aubert-Roche et avec presque tous les médecins européens habitant l'Egypte. Je me rappellerai toujours la réponse que me fit Gaëtani-Bey lorsque je lui demandai ce que serait la peste en Egypte si les conditions d'insalubrité signalées dans le rapport n'existaient plus. « C'est, me dit-il avec cet air fin et pénétrant qui le distingue, comme si vous me demandiez s'il y a des effets sans cause. »

Cette étude des causes productrices de la peste mérite plus que toute autre l'attention des médecins, puisqu'elle tend à faire connaître les moyens de prévenir le développement de la maladie. Je demanderai donc à l'Académie la permission de m'y arrêter encore quelques instants pour ajouter de nouveaux faits à ceux consignés dans le rapport.

La première cause que nous vous avons indiquée est l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux.....

Ici M. Prus passe rapidement en revue plusieurs faits de contagion, examine les opinions des auteurs anciens et de quelques modernes; puis, prenant l'une après l'autre les assertions émises par les adversaires du rapport, il examine d'abord celles de M. Bousquet.

Les partisans de la contagion qui ne veulent pas que certaines conditions locales et atmosphériques puissent produire la peste sporadique et épidémique, voudraient bien ne pas admettre l'action des foyers épidémiques. En cela, ils sont conséquents avec eux-mêmes. Car, dans l'un et l'autre cas, il faut renoncer à la nécessité du germe préexistant.

M. Bousquet, qui a lu les faits nombreux consignés dans le rapport, lesquels prouvent incontestablement que la quarantaine la plus sévère, la plus irréprochable n'empêche pas de contracter la maladie quand on est placé dans le foyer épidémique, ne peut plus employer cet argument si longtemps victorieux, savoir : Que la meilleure preuve que la peste se gagne exclusivement par le contact, c'est que l'isolement met à l'abri de tout danger. C'est encore une arme brisée entre les mains des contagionistes purs. De là un grand embarras. Aussi M. Bousquet se contente-t-il de parler de la presque immunité des personnes isolées. Mais, il faut bien l'avouer, Messieurs, ce *presque* ne peut servir qu'à couvrir la retraite devenue nécessaire. Ne suffit-il pas, en effet, d'un seul cas de peste bien constaté chez une personne parfaitement isolée pour qu'il soit certain que la peste peut être due à une autre cause que la contagion? Reconnaître que la peste atteint quelquefois les personnes les mieux isolées quand elles restent au milieu des foyers épidémiques, c'est déclarer que les causes générales épidémiques produisent la peste indépendamment de toute contagion.

En vain M. Bousquet prétendrait-il que la manière dont la peste naît et se propage la rapproche des contagions et l'éloigne des épidémies.

Dans les maladies contagieuses, ajoute notre confrère, il y a toujours un premier cas qu'il est ordinairement facile de saisir et qui est la cause de ceux qui le suivent. Dans les épidémies, au contraire, il n'y a pas un premier malade; il y en a plusieurs. Les maladies épidémiques, suspendues en quelque sorte dans l'atmosphère, frappent çà et là sur plusieurs points à la fois.

J'accepte l'objection posée dans ces termes. Ecoutons Pugnet nous racontant le début de la peste de Damiette en l'an IX :

« A quelques accidents assez légers et en petit nombre que nous ne pouvons décrire parce que alors nous habitions la Haute-Egypte, avait succédé un calme parfait et soutenu. Le long espace de temps qui s'était écoulé depuis l'orage ne permettait plus d'appréhender son retour. On goûtait généralement les douceurs d'une sécurité à laquelle invitaient chaque jour davantage et l'inaltérable pureté du ciel et les progrès marqués de la chaleur. Vaine confiance! Le 15 et le 16 germinal, l'atmosphère s'obscurcit et se charge; des nuages amoncelés sur nos têtes versent des torrents de pluie pendant les 17, 18 et 19, et le 21 la contagion éclate. Ce fut un coup de foudre qui atteignit à la fois onze personnes dans l'enceinte de la ville; elles seules furent frappées. Aucun autre malade ne s'offrit à nous jusqu'aux 26 et 27 du même mois, où de nouvelles pluies déterminèrent de nouveaux accidents. Ceux-ci eurent des suites non équivoques. Soit qu'ils eussent une plus grande force de reproduction, soit qu'ils trouvassent des sujets plus susceptibles de se prêter à leur action, ils se propagèrent sensiblement, et c'est à leur époque que parut véritablement commencer le règne de la maladie. » (Pugnet, p. 152)...

En présence de pareils faits, il me paraît impossible de contester que la peste ne naisse souvent à la manière des épidémies.

Mais M. Bousquet insiste. La Commission, dit-il, ne réussira pas a assujettir la peste aux lois des épidémies; elle suit invariablement celle des contagions.

Cette proposition ainsi formulée me paraît de tous points inadmissible.

Comment! la peste ne s'est pas montrée généralement avec les caractères des maladies épidémiques!

M. Bousquet voudrait-il nier que quand la peste a sévi avec quelque violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle ait offert dans sa marche ces trois périodes, si remarquables et si importantes à connaître, que j'ai signalées avec soin dans le rapport?...

M. Bousquet voudrait-il nier, contre l'évidence, qu'en temps d'épidémie pestilentielle l'influence épidémique se manifeste non-seulement sur les maladies intercurrentes, mais encore sur les personnes en santé?

Voudrait-il nier qu'en Egypte, à Constantinople, à Smyrne la peste cesse très généralement à des époques fixes, qu'on peut déterminer d'avance, par suite d'un changement dans la direction des vents ou dans la température?

Personne ne peut révoquer en doute ces vérités désormais incontestables. Mais alors, qu'il me soit permis de demander si ce sont là les indices, les signes, les caractères d'une maladie exclusivement contagieuse? Avons-nous jamais vu rien de semblable pour la syphilis, la gale, la rage, la morve? Non certainement.....

M. Bousquet ne sait pas si un seul cas de variole ne peut pas donner naissance à une épidémie. Mais ce que M. Bousquet sait comme nous, c'est que quand il n'existe pas dans l'atmosphère et dans les populations certaines conditions inconnues mais nécessaires, un premier cas de petite vérole n'est souvent pas suivi d'un second. C'est ce qu'on voit journellement dans les hôpitaux de Paris, quoique le varioleux soit placé au milieu des autres malades.....

Quand on compare les maladies contagieuses à la peste, il faut donc distinguer avec soin les maladies exclusivement contagieuses, comme la syphilis, des maladies épidémiques et contagieuses, comme la variole, la rougeole et la scarlatine.

La peste naît et se propage à la manière de ces dernières. Elle n'a de commun avec les premières que la faculté de transmission, faculté qui, dans la peste, est très variable et paraît même souvent manquer complétement.

Voilà ce qu'enseigne une étude impartiale des faits. Aussi pensons-nous que le moment est arrivé où les médecins ne pouvant plus méconnaître ce point fondamental, savoir, que la peste peut être également due soit à des causes locales, soit à une constitution pestilentielle, soit aux pestiférés eux-mêmes, ne devront plus s'appliquer qu'à faire la part de ces trois ordres de causes.

Passons à une autre objection.

MM. Castel et Bousquet pensent que le premier devoir de la Commission était de donner une bonne théorie de la contagion en général et de celle de la peste en particulier. La Commission, ajoutent-ils, n'aurait plus eu qu'à faire l'application de la doctrine adoptée.

Examinons un instant, Messieurs, quels auraient été les résultats de cette tentative.

Et d'abord, comment fallait-il entendre le mot contagion?

Dans son acception la plus large, répond-on; c'est-à-dire qu'il fallait confondre sous la même dénomination la transmission par le contact des pestiférés, des hardes, des marchandises, et la transmission par l'air chargé de miasmes pestilentiels. Pour moi qui pense que les sciences vivent de distinctions et non de confusions, je ne vois pas, je l'avoue, l'avantage de suivre ici les errements de Fracastor. Mais ne nous arrêtons pas à cet inconvénient, quelque grave qu'il soit; allons au fond des choses, et voyons si la voie qu'on nous indique est la plus rationnelle et la plus utile.

La contagion, dit M. Castel, résulte d'un *ferment septique* issu d'un corps malade.

Cette doctrine n'est pas celle de M. Bousquet. Toute maladie est contagieuse, dit-il, qui crée avant de s'éteindre un *germe* en état de la reproduire.

Il est bien évident, Messieurs, qu'un ferment septique et un germe sont choses très différentes. Si donc M. Castel a trouvé la vérité, M. Bousquet est dans l'erreur et réciproquement.. ..

Je m'arrête, Messieurs, en concluant avec M. Bégin, que c'est là une médecine hypothétique, fantasmagorique, indigne de notre époque. J'ajouterai que de pareilles conceptions sont souvent aussi nuisibles qu'elles sont futiles.

L'esprit humain, prompt à réaliser ce qui d'abord n'a été et n'a pu être qu'une simple hypothèse imaginée pour faciliter l'intelligence d'un phénomène, ne craint pas de prêter à ces êtres imaginaires des propriétés des plus singulières. C'est ainsi qu'on a dit que le germe de la peste peut rester adhérent à des substances animales, végétales et même minérales pour éclore après plusieurs mois, plusieurs années, plusieurs dizaines d'années. Et qu'on ne croie pas que nous soyons bien éloignés des temps où on acceptait de pareils préjugés. En 1828, lorsque les médecins de l'armée russe virent éclater la peste à Bucharest, la plupart d'entre eux, ne trouvant aucun moyen de prouver l'importation de la maladie, déclarèrent que la peste qu'ils avaient sous les yeux était due à des germes pestilentiels conservés dans la capitale de la Valachie depuis 1813, c'est-à-dire quinze ans après que ces derniers cas de peste avaient été observés dans cette ville.

En 1842, la même explication a été donnée par le Conseil supérieur de santé de Constantinople pour les treize pestes qui se sont montrées dans la Turquie d'Europe et d'Asie depuis 1838; pestes dont il n'a pu établir l'importation soit de l'Egypte, soit de la Syrie, soit même de la Turquie d'Asie.

C'est parce qu'on a cru rendre compte de l'origine d'un très grand nombre de pestes à l'aide d'une explication aussi dérisoire, qu'on a trop longtemps négligé l'étude et l'appréciation des causes qui engendrent la peste spontanée. Dans les sciences, une fausse explication est moins dangereuse, en ce qu'elle répand l'erreur, qu'en ce qu'elle empêche de chercher la vérité.

Après avoir parlé d'une manière générale de la contagion de la peste, suivons nos adversaires dans les reproches qu'ils nous adressent relativement à ce que dit le rapport des divers modes de transmission.

On se plaint que le rapport n'ait pas regardé les inoculations qui auraient été faites en 1801, à Rhamanié, comme suffisamment authentiques. Sur ce point, votre Commission a été unanime, et il me sera, je crois, facile de prouver qu'elle a eu raison de ne pas regarder comme dignes d'entrer dans la science des faits qui n'étaient qu'énoncés, et qui aujourd'hui même sont rapportés d'une manière différente par trois membres de cette Académie. Suivant M. Pariset, quatorze individus auraient été inoculés par Dussap; suivant M. Bousquet, le nombre des inoculés se réduirait à douze. D'après MM. Pariset et Bousquet, tous les inoculés auraient eu la peste. D'après M. Hamont, parmi les enfants inoculés, enfants dont il ne détermine pas le nombre, les uns auraient eu la peste, les autres n'auraient éprouvé aucun accident.

Le défaut complet de détails sur chaque individu inoculé, même dans la narration de M. Pariset; le désaccord qui existe entre les résultats annoncés de mémoire par Dussap vingt-cinq ans au moins après les inoculations pratiquées, et ceux fournis par les inoculations faites depuis cette époque et d'une manière beaucoup plus authentique; enfin, la différence si grande qu se fait remarquer entre la version de M. Pariset et celle de M. Hamont, qui tous deux ont connu Dussap, sont autant de circonstances qui expliqueront à l'Académie la réserve dans laquelle sa Commission a cru prudent de se renfermer.

Je n'accepte pas non plus le reproche qui m'a été fait, en termes assez vifs, relativement à ce que dit le rapport, de l'inoculation que s'est pratiquée le médecin anglais Withe mort le neuvième jour après l'inoculation et sous les yeux du docteur Rice. J'ai signalé très exactement le seul renseignement que j'avais pu me procurer. N'est-ce pas tout ce que l'Académie peut exiger d'un rapporteur? Toutefois, je remercie sincèrement M. Desportes des nouveaux détails qu'il nous a donnés, et qui, certainement, ajoutent à son importance. Nous aurons à examiner plus tard s'ils doivent modifier le jugement porté par la Commission sur cette inoculation.

Des faits nouveaux d'inoculation produits par M. Hamont me paraissent devoir appeler toute l'attention de l'Académie. Je veux parler des six inoculations pratiquées par M. Ceruti, pharmacien, dans la citadelle du Caire, c'est-à-dire dans un lieu qui, à cause da son élévation au-dessus de la ville, passe pour avoir toujours été à l'abri de l'influence des constitutions pestilentielle. Je prie donc instamment notre collègue de vouloir bien nous fournir à cet égard tous les renseignements qu'il possède ou qu'il pourra se procurer.

C'est ici le moment de parler d'une objection de M. Bousquet, qui a accusé la manière dont raisonne le rapport.

L'inoculation échoue-t-elle, c'est que la peste n'est pas inoculable. Réussit-elle, l'expérience ne prouve rien; car elle a été faite dans un foyer épidémique ou dans un foyer d'infection pestilentielle.

Qu'il me soit permis de répliquer en peu de mots.

D'abord, il est plus que probable que quand on a inoculé plusieurs personnes dans une ville frappée d'une grande épidémie de petite vérole, on a pu rapporter à l'inoculation des varioles dues à l'influence épidémique. Cette remarque est si naturelle, qu'il me paraît bien

douteux qu'elle n'ait pas été faite. On n'eût pas manqué d'en tenir compte ainsi que de l'infection miasmatique, si, dans la localité où s'étaient trouvés les inoculés, l'épidémie d'une part, et les miasmes échappés du corps des malades de l'autre, avaient enlevé dix-neuf personnes sur vingt, comme la chose est arrivée en 1835 aux élèves venus d'Abou-Zabel à l'hôpital de l'Esbequies au Caire. Or c'est dans ce même hôpital, et après avoir passé plusieurs jours à soigner les pestiférés, que les prisonniers extraits de la citadelle du Caire, et auxquels M. Bousquet fait allusion, ont été inoculés.

Quelles conséquences peut-on raisonnablement tirer d'expériences faites dans de semblables conjonctures? Les prisonniers inoculés par le sang, par la sérosité des charbons, ou par le pus des bubons, ceux qui ont couché dans des lits récemment abandonnés par des pestiférés ont été frappés dans une proportion moindre que les élèves venus d'Abouz-Abel, qui avaient été soumis aux mêmes causes de peste, moins l'inoculation.

Mais, reprend M. Bousquet, où voulez-vous qu'on expérimente, si ce n'est sur le théâtre de l'épidémie?

Je répondrai avec Chervin : Pour que les expériences soient valables, il faut de toute nécessité qu'elles soient faites loin des pays où la peste est endémique, loin des foyers épidémiques et des foyers d'infection pestilentielle.

Maintenant, comment se transmet la peste?

Aucun des cinq partisans de l'ancienne doctrine de la contagion n'a nié que la peste se transmît par l'air chargé de miasmes pestilentiels. Tous, au contraire, ont prétendu que ce mode de transmission n'était pas le seul.

La peste se communique-t-elle par le toucher?

J'avoue, dit M. Bousquet, que la transmission par attouchement n'est pas facile à prouver. Quand j'approche un varioleux, sans le toucher, il n'y a pas de difficulté, si je prends sa maladie c'est l'air qui me la donne; mais quand je touche, comment saurai-je si je reçois la contagion de l'air ou du toucher?

Pour sortir d'embarras, M. Bousquet adopte et l'avis de ceux qui veulent que la peste se transmette par l'air et l'opinion de Mertens, qui dit très nettement et itérativement que sans le contact il n'y a pas de danger. M. Bousquet aurait tort de craindre, malgré ces affirmations réitérées de Mertens, d'être en contradiction avec lui en admettant la puissance de l'air comme véhicule de la peste. Car, à la page 63 de son ouvrage, Mertens fait remarquer : « Que l'air libre ne devient jamais contagieux, sinon dans le voisinage des places où plusieurs cadavres d'hommes morts de la peste restent sans sépulture et pourrissent. » Il ajoute : « Que l'air renfermé et chargé de quantité d'exhalaisons épaisses qui sortent du corps de malades entassés dans une même chambre peut infecter les gens sains qui y entrent. » Il termine en disant que « ces mêmes exhalaisons perdent leurs qualités nuisibles dès que par une communication libre avec l'atmosphère elles y sont dispersées et divisées. »

Mertens admettait donc la transmission de la peste par l'air chargé de miasmes pestilentiels, quoiqu'il proclamât que sans contact il n'y a pas de danger.

Revenant à la question posée par M. Bousquet, nous dirons que, comme il ne cite aucun fait propre à prouver la transmission de la peste par le seul contact des malades, nous ne pensons pas que l'Académie modifie sur une simple assertion la conclusion proposée à cet égard par sa Commission, conclusion qui ne nie pas, comme le suppose M. Bousquet, la transmissibilité de la peste par le toucher, mais qui dit seulement, ce qui est bien différent, que les faits probants manquent pour établir la transmissibilité par cette cause agissant seule.

La peste est-elle transmissible par les vêtements?

Je ne le sais pas, dit M. Bousquet, mais je l'affirme tant la chose me paraît probable. Vous le voyez, Messieurs, l'idée de M. Bousquet devance toujours l'examen des faits....

Pour moi qui ne procède pas de la même façon, j'ai constaté qu'après de grandes épidémies de peste, à Alexandrie, au Caire, à Constantinople et ailleurs, les hardes et vêtements qui venaient de servir aux pestiférés ont pu être mis en usage sans aucune purification préalable et sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient.

J'ai été vivement frappé de cette circonstance vraiment remarquable que, quand le règne de l'épidémie pestilentielle vient à cesser à Alexandrie, au Caire, à Smyrne, à Constantinople, ce qui a lieu presque toujours à des époques fixes et que l'on peut déterminer d'avance, les hardes et vêtements les plus infectés ne donnent la peste à personne.

Examinant ensuite ce qui se passe en dehors des foyers épidémiques, j'ai dit que si les hardes et vêtements transmettaient la peste aussi facilement qu'on l'a cru longtemps, on devrait trouver des cas nombreux, authentiques, évidents, dans lesquels la transmission de la maladie se serait opérée par cette voie. Cependant, depuis 1720, aucune transmission n'a eu lieu dans les lazarets d'Europe par des hardes ou vêtements, même chez les portefaix chargés d'ouvrir les malles, de manier et aérer les effets qu'elles contiennent. Les quatre ou cinq cas de transmission par les hardes que l'on peut citer, auraient eu lieu à bord. Ils sont d'ailleurs, comme le dit le rapport, loin de réunir les conditions qu'exige la science pour qu'on puisse en déduire des conséquences de quelque importance.

Toutefois, la question a paru tellement grave à votre Commission, que les doutes qu'elle a pu conserver sur la valeur de quelques faits peu certains, peu concluants, l'ont portée à proposer des expériences destinées à lever tous les scrupules, à dissiper toutes les craintes. Mais, dit M. Castel, la Commission a-t-elle bien réfléchi aux dangers que pourraient entraîner de semblables expériences. Je ne crains pas de répondre affirmativement, et d'ajouter que c'est parce qu'à ses yeux ces expériences, si utiles pour les réformes à opérer et pour la sécurité publique, peuvent ne pas être sans quelque péril, qu'elle a désiré qu'elles fussent faites par des médecins. Les expérimentateurs, j'en suis certain, ne manqueront pas au jour où il leur sera fait appel.

Cette proposition de la Commission prouve, d'une part, qu'elle ne repousse pas d'une manière absolue, comme on le lui a reproché mal à propos, la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques par des hardes et des vêtements; et, d'une autre part, que pour ne pas exposer les populations à un danger, même douteux, elle veut que des expériences bien faites et suffisamment variées et répétées, aient résolu la question avant de conseiller au gouvernement l'abandon des mesures prescrites contre les hardes et les vêtements pouvant être soupçonnés de contenir le principe pestilentiel.

Pouvait-on raisonnabelment pousser plus loin la circonspection? Avant de terminer ce qui a trait à la transmission de la peste, je dois m'occuper d'une question neuve et délicate pour la solution de laquelle les faits manquaient complétement avant 1835.

Est-il vrai que la peste sporadique ne soit susceptible de se transmettre d'aucune manière?

J'ai dit dans le rapport, et d'après M. Aubert-Roche, que sur 649 cas de peste sporadique observés à Alexandrie par des médecins contagionistes et non-contagionistes, depuis le 1er juillet 1835 jusqu'à la fin de 1838, aucun n'avait transmis la maladie. M. Aubert a rapporté avec détail dans son ouvrage un grand nombre d'observations particulières faisant partie des 649 cas ci-dessus et qui sont bien propres à porter la conviction dans les esprits. Depuis 1838, les médecins qui résident en Egypte, et qui ont observé chaque année un assez grand nombre de pestes sporadiques, ont partagé de plus en plus cette doctrine au point qu'on ne trouve plus de contradicteurs dans cette contrée.

Pour avoir la contre-épreuve, et à la demande de l'honorable M. Adelon, j'ai recherché si les dix bâtiments qui ont importé la peste à Marseille depuis 1720 étaient tous partis de lieux où régnait la peste épidémique. Le fait me paraît démontré. Il est donc prouvé que depuis 1720 aucun bâtiment parti d'un pays où n'existait que la peste sporadique n'a apporté la peste à Marseille. L'Académie comprendra facilement toute la portée de ce résultat aussi important qu'imprévu.

Certes, les faits que nous devons à M. Aubert-Roche et ceux analogues qui les ont suivis méritent toute l'attention des médecins. S'ils étaient confirmés par une expérience ultérieure, ils amèneraient nécessairement une diminution bien notable dans les mesures quarantenaires. La Commission demande donc avec instance à tous les médecins qui sont à même d'observer des pestes sporadiques de s'assurer, par tous les moyens possibles, de leur transmissibilité ou de leur non-transmissibilité.

Provisoirement, la Commission s'abstient de baser aucune prescription sanitaire sur cette donnée encore trop nouvelle de la science. Si, d'un côté, elle autorise le médecin sanitaire français placé au port du départ à délivrer patente nette aux navires quittant un pays où il n'existe que quelques cas de peste sporadiques; de l'autre, elle demande, même pour les cas de patente nette, une quarantaine de dix jours à bord, et sous les yeux d'un médecin sanitaire, quarantaine qui, à la rigueur, serait suffisante pour le cas de patente brute.

Cependant des reproches ont été adressés à la Commission, qui, sur ce point comme sur tous les autres, croit avoir agi avec toute la prudence, toute la réserve possibles.

M. Castel nous dit que c'est un immense préjugé d'admettre que la peste sporadique n'est pas contagieuse, comme si, ajoute-t-il, il existait une ligne de démarcation entre le ferment qui produit la maladie et celui qui la rend contagieuse. Il reconnaît, toutefois, un peu plus loin, que la peste sporadique est beaucoup moins sujette aux chances de transmission.

M. Hamont, en contradiction sur ce point avec son ami Gaëtani-Bey et avec tous les autres médecins qui ont observé la peste sporadique en Egypte, nie la non-transmissibilité de la peste sporadique, sans citer aucun fait à l'appui de son opinion.

M. Gaultier de Claubry dit que la peste sporadique et la peste épidémique étant de même nature, présentant ordinairement les mêmes symptômes, ayant souvent la même gravité, doivent être transmissibles l'une et l'autre. Cependant, je lis dans le Bulletin de l'Académie du 15 juin, p. 967, Bulletin qui contient l'opinion de notre confrère : « Quand la peste existe à l'état sporadique, les foyers restreints d'infection miasmatique qui se produisent autour de chaque malade n'exercent qu'une influence infectieuse peu considérable, très limitée dans son action. La transmissibilité de la maladie aux assistants est peu probable; elle peut même être révoquée en doute. »

M. Bousquet conteste également la non-transmissibilité de la peste, attendu, dit-il, qu'un attribut aussi essentiel que la transmissibilité dépend de la nature de la maladie et non du nombre des malades.

Je ne crains pas de le déclarer, Messieurs, je ne vois dans toutes ces objections que des considérations *à priori*, que des conceptions théoriques qui ne peuvent, en aucune manière, infirmer des faits nombreux et authentiques qui se sont passés sous les yeux de médecins contagionistes et non-contagionistes. Une vérité nouvelle qui se présente à l'Académie avec de pareilles garanties doit certainement être accueillie par elle, sauf vérification ultérieure. Nous ne devons pas, d'ailleurs, perdre de vue, Messieurs, les heureuses et importantes applications dont cette nouvelle donnée de la science serait susceptible.

Faut-il conclure de là que la peste épidémique et la peste sporadique sont deux maladies différentes? Nullement. La dyssenterie sporadique et la dyssenterie épidémique ne sont pas regardées comme deux maladies différentes, quoique la première ne soit pas transmissible, quoique la seconde le soit souvent à un haut degré.

Mais, nous dit-on, où finit la peste sporadique et où commence la peste épidémique? Quel est le nombre des malades nécessaires pour faire une épidémie? En faisant cette objection, on oublie qu'elle s'applique à toutes les maladies qui, ordinairement sporadiques, passent accidentellement à l'état épidémique; on oublie qu'à chaque instant les médecins sont dans l'obligation de se prononcer sur des cas analogues. Quel est le nombre de pulsations artérielles nécessaire pour constituer le pouls fébrile? Personne ne le sait, et cependant les médecins n'hésitent guère pour dire que tel ou tel malade a ou n'a pas la fièvre.

En fait, les médecins reconnaissent fort bien et assez facilement quand la peste n'est que sporadique ou quand elle est épidémique.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juillet 1846. — Présidence de M. BRONGNIART.

La séance a été occupée entièrement par des discussions étrangères à la médecine.

— *M. Testel* a adressé un mémoire sur la pratique de la vaccine en France, sur la manière de bien inoculer et sur les précautions à prendre pour conserver le virus vaccin. L'opinion la plus remarquable que nous ayons remarquée dans ce travail est celle-ci : que l'auteur ne pense pas que le vaccin soit susceptible de dégénérer; il croit que l'inefficacité démontrée par quelques faits dépend de circonstances étrangères. M. Testel admet trois variétés de vaccine : 1° la fausse, qui ne préserve pas de la variole; 2° une vaccine mixte, qui préserve pour quelques années seulement; 3° enfin la vaccine vraie, qui, suivant lui, préserve constamment et pour toute la vie. L'auteur décrit en détail chacune de ces trois espèces de vaccine, et en donne les caractères différentiels.

Bibliographie.

Traité de Nosographie médicale; par J. BOUILLAUD.
(Cinq volumes. Chez J.-B. Baillière.)

Au moment où nous allons essayer de donner une idée de l'ouvrage de M. le professeur Bouillaud, nous éprouvons à un degré encore plus élevé que de coutume le sentiment des devoirs imposés à la critique scientifique.

Ce n'est pas, en effet, une tâche de médiocre importance que d'avoir à peser l'œuvre d'un homme, quand cet homme compte parmi les plus éminents, quand cette œuvre est comme le résumé de toute une vie vouée à la recherche intrépide de la vérité et à l'avancement de la science.

Cette tâche devient plus importante, et plus de déférence, plus de respect sont commandés à la critique envers l'écrivain, lorsque celui-ci n'a pas été exempt de ces épreuves diverses par lesquelles les robustes intelligences payent le droit d'initiative.

Peu d'ouvrages ont été aussi vivement désirés que celui dont nous entreprenons l'analyse. Cet impatient désir du public impose à l'auteur un plus laborieux effort. Quand l'attente est si longue, il est difficile de ne pas la tromper. Mais il est des noms qui sont une garantie assurée, et, dans ce cas particulier, le public ne pouvait être déçu.

C'est pourtant une œuvre difficile qu'une nosographie; si difficile, notamment au point de vue de la classification, qu'un professeur distingué, M. Forget, de la Faculté de Strasbourg, a pu dire : « Nous sommes arrivé à cette triste conclusion, que non-seulement dans l'état actuel il n'existe pas une classification de tout point satisfaisante, mais encore qu'une telle classification est impossible...... » (Programme du cours de philosophie médicale professé à la Faculté de Strasbourg en 1844-1845.)

Dès la première ligne, M. Bouillaud marque son point de vue principal. « La médecine, dit-il, est au premier rang des sciences qui, dans les temps modernes, ont subi cette transformation fondamentale invoquée par l'illustre chancelier Bacon. » Ailleurs, il dit plus radicalement : « Depuis un quart de siècle environ qu'a paru la dernière édition de la Nosographie philosophique, la médecine a réellement changé de face. » Cette proposition, qui reproduit la première en la précisant, élève l'esprit du lecteur à la contemplation de l'un des plus grands résultats de la marche de l'esprit humain; savoir : la rénovation ou mieux la constitution de la médecine à l'état de science proprement dite.

Jusqu'à l'école de Morgagni, les médecins n'étaient pas entrés dans les maladies. L'observation avait été extérieure. Il y avait une *pratique médicale* fondée généralement sur des approximations; il n'y avait pas de *science médicale*.

Les faits n'étaient pas connus dans leurs éléments les plus essentiels.

Pinel lui même n'a fait qu'entrevoir les nouvelles destinées de la médecine. Il croyait à la possibilité de passer, moyennant une pente insensible, des anciens aux modernes, tandis qu'une ligne profonde de démarcation tendait à s'établir entre le passé et ce prochain avenir qui est devenu notre présent. Il y a des crépuscules pour les sciences comme pour les lettres, comme pour les sociétés, et les hommes qui marquent dans ces temps de transition participent au demi-jour qui les entoure. Pinel proclame le doute philosophique; il veut faire table rase comme Descartes, et, par une contradiction frappante, il convie les modernes au culte des anciens.

M. Bouillaud a donc raison de dire que depuis Pinel, la face de la médecine a été renouvelee. On pourrait même objecter, si ce n'était élever une vaine querelle de mots, que c'est le fonds de la médecine et non seulement la face qui a changé.

On peut exprimer, on peut partager de telles opinions, sans manquer à la vénération presque religieuse dont le nom des grands observateurs de l'antiquité est environné. Les progrès des sciences sont en partie l'œuvre du temps, et assurément les hommes éminents qui les ont cultivées ne sont pas moins dignes d'admiration, parce que, plus éloignés de la vérité, ils ont eu plus d'efforts à faire pour s'en rapprocher.

D'ailleurs, il est des questions particulières, celle de l'empyème, par exemple, considérée au point de vue chirurgical, dans lesquelles les anciens semblent avoir atteint la perfection. M. le professeur Sédillot l'a bien prouvé et en bons termes.

Dans de rapides et substantiels prolégomènes, M. Bouillaud présente des considérations générales — sur la médecine et la maladie, — sur les caractères anatomiques et physiologiques des maladies, — sur le diagnostic et le pronostic « ce diagnostic de l'avenir, » comme il dit très heureusement, — sur la marche, le cours, la durée et le type des maladies, — sur l'étiologie et la pathogénie, — sur le traitement, — sur la nomenclature, — enfin sur la classification.

Ces divers points forment le sujet d'autant de sections divisées en articles.

La maladie est définie un « *changement* quelconque dans les conditions soit matérielles, soit dynamiques de l'organisme en général, ou de chacun des éléments immédiats ou médiats dont cet organisme se compose. » Un mot nous arrête dans cette définition. L'âge amène des *changements* dans l'organisme, et celui-ci ne sort pas pour cela de l'état physiologique. Tous les *changements* dans les conditions matérielles ou dynamiques de l'économie, ne sont donc pas des maladies.

Ce sont là de légères critiques. Aussi nous ne craignons pas de nous arrêter un instant sur la définition du symptôme.

« La physiologie pathologique, dit M. Bouillaud, est la connaissance des — signes ou des changements survenus dans l'*exercice* normal des *actes* et des *fonctions* dont l'ensemble constitue la vie. — *On a donné le nom de symptômes ou de signes des maladies aux changements dont il s'agit.* » Mais, ferons-nous observer, la rougeur, la tuméfaction, etc., sont aussi des symptômes, des signes; et ce ne sont pas des changements dans l'*exercice* normal d'un *acte*, d'une *fonction*, ce sont des changements dans l'*état* normal des parties. On devrait donc définir le symptôme : tout changement survenu, soit dans l'exercice normal d'un acte ou d'une fonction, soit dans l'état normal d'une partie.

Cette définition renferme implicitement la distinction, maintenue par l'auteur, des symptômes : en physiologiques (les changements dans l'exercice d'un acte ou d'une fonction), et en physiques (les changements dans l'état, des parties).

Une autre distinction usitée en Allemagne mériterait d'être admise; c'est celle des symptômes : en *objectifs*, constatables par l'observateur (la rougeur, la dureté, par exemple), et en *subjectifs*, appréciables seulement par le sujet (la douleur, les fourmillements, etc.).

M. Bouillaud tranche nettement la question des maladies *sine substantiâ*. Il n'y a point, et il ne peut y avoir, pour lui, de maladie sans lésion d'un organe ou d'un élément anatomique. « Soutenir le contraire, ajoute-t-il, ce serait soutenir implicitement qu'il peut exister des fonctions sans organes, c'est-à-dire une palpable absurdité. »

Rien ne paraît, du moins si nous en jugeons par notre sentiment, plus évident, et plus simplement évident, que cette proposition. Telle est pourtant la loi de l'esprit humain, si habile à obscurcir l'évidence dont il est à la fois si avide, que la proposition dont il s'agit est opiniâtrément contestée et niée par quelques-uns. Pour ne citer qu'un exemple, un observateur consciencieux, M. le docteur Belhomme, réunit un nombre suffisant d'observations, peut-être écourtées, mais probantes, qui montrent la paralysie se généralisant chez les aliénés à mesure que l'inflammation chronique s'étend de la surface du cerveau au centre, et qui, d'autre part, montrent aussi la lésion psychologique toujours en rapport avec l'altération anatomique. Eh bien! un académicien distingué, qui est un élégant écrivain, prend occasion de ces faits, dans lesquels, suivant une locution vulgaire, le rapport du symptôme à la lésion matérielle *saute aux yeux*, pour proclamer qu'il n'y a pas de condition matérielle capable d'établir la loi de causalité de la folie. La discussion s'élève, et un physiologiste avance que, dans la folie instantanée qui se développe à la suite d'une mauvaise nouvelle, *c'est la faculté de sentir qui est lésée*. Comme si la faculté de sentir pouvait exister et être lésée indépendamment de l'organe sentant! Il est bon, du moins, et c'est pourquoi nous félicitons M. Bouillaud de la façon péremptoire avec laquelle il a présenté cette question, il est bon, disons-nous, que les élèves soient prémunis contre ces écarts d'une pathologie par trop spiritualiste. Dans les sciences de pure spéculation, de telles erreurs peuvent s'accumuler impunément; et l'esprit humain ne s'en fait pas faute. Dans une science appliquée, surtout dans une science appliquée au corps de l'homme, il en est tout autrement. Qu'un médecin, dans un cas donné, admette l'idée d'une lésion de la *faculté de sentir*, comme il n'a pas prise sur la *faculté*, qui est un abstrait, il restera inactif, tandis qu'il agirait, et peut-être efficacement, s'il se croyait en présence d'un *organe* lésé.

M. Bouillaud a écrit sur le pronostic des pages qui nous font regretter qu'il n'ait pas plus développé cette matière. Mais un volume entier y suffirait à peine, dit l'auteur. La *Nosographie* pouvait avoir

six volumes. Tout le monde y aurait gagné.

Dans les généralités sur la thérapeutique, M. Bouillaud fait à M. le docteur Mialhe une place méritée. Des extraits du *Traité de l'art de formuler* font connaître suffisamment les nouveaux principes émis par ce fécond et ingénieux chimiste, sur l'action des médicaments.

L'auteur, au sujet de la nomenclature des maladies, reproduit des réflexions qu'il publia, il y a seize ans, dans le *Journal hebdomadaire*, et qui montrent que depuis longtemps il s'était habitué à considérer la médecine au point de vue classique. A cette époque, vivement pénétré de la nécessité d'une réforme dans la nomenclature, il exprimait le vœu qu'une société de médecins fût chargée d'opérer cette réforme. « Ce que je proposais de confier à une société de médecins, dit-il, M. le professeur Piorry vient de l'exécuter à lui seul... Je ne puis que féliciter M. Piorry de la persévérance avec laquelle il a poursuivi la tâche difficile qu'il s'était imposée. » Persévérance bien digne d'éloges, en effet, et qu'à notre tour nous félicitons M. Bouillaud d'avoir su reconnaître et proclamer.

Arrivons à la classification.

Dans un premier aperçu, M. Bouillaud range toutes les maladies dans trois familles : la première se composant des « maladies organo-vitales ou chimico-vitales, lesquelles portent essentiellement atteinte à la constitution chimique, ou, comme on le dit, à la structure interne des parties » ; la seconde comprenant les « maladies purement dynamiques, les névroses proprement dites ou les lésions des forces vitales, des forces nerveuses elles-mêmes » ; la troisième, enfin, embrassant « tous les changements survenus dans les conditions purement physiques, statiques, anatomiques, ou, suivant une expression reçue, dans la structure externe des parties. »

Cette répartition n'est, comme nous l'avons dit, qu'un aperçu préalable, un premier coup d'œil jeté sur l'ensemble de la pathologie. La véritable classification, celle qui sert de trame au livre, vient ensuite. Pourtant, nous hasarderons une remarque sur l'une des trois familles : celle qui se compose des affections *purement dynamiques*, des *lésions des forces vitales*.

Ç'a été le jeu d'un grand esprit de constituer une force vitale ornée de mœurs et d'un caractère, de sympathies et d'antipathies. Montpellier, où brille en M. Lordat comme alors brillait en Barthez une des lumières et l'une des gloires de la science, se fait honneur d'avoir vu naître, par l'opération de l'esprit, on peut bien le dire, ce fruit litigieux du plus pur ontologisme. Mais que l'on nous amenât, nous, que l'on pût amener M. Bouillaud, le positivisme, l'exactitude mêmes, à proclamer des maladies des forces vitales, voilà qui serait, pour l'antique et vénérable Ecole, un triomphe bien inattendu ! Heureusement, le sévère observateur, entre ces désignations inaccoutumées — maladies purement dynamiques et lésions des forces vitales — glisse un mot — névroses — qui, reportant notre esprit à un siége matériel, nous donne une satisfaction implicite. D'ailleurs, nous avons sa déclaration sur les maladies sans lésion anatomique; ce qui prouve qu'il s'agit d'une difficulté *nominative*.

C'était sans doute un *bel ensemble*, suivant l'expression de M. le professeur Andral, que celui de la médecine grecque, où l'on voyait, dans une sorte de trilogie, les maladies des solides, celles des liquides, celles des forces; et l'on comprend que Galien ait blâmé ses contemporains d'avoir rompu un ordre si régulier. Mais cet ensemble n'était complet qu'en apparence. Le cercle n'était pas fermé. Là où l'on croyait que se trouvaient les forces, il n'y avait rien. Depuis tant de siècles qu'on y travaille, on n'a pu donner encore aux forces une existence indépendante, et l'on aspirerait à constituer la pathologie des forces ! Autant vaudrait étudier les maladies du vide. C'est aux médecins surtout qu'il convient de suivre l'énergique impulsion donnée à la philosophie par M. Auguste Comte, puissante intelligence secondée par un maître dans l'art de penser et d'écrire, M. Littré. Formée de ces deux athlètes, l'Ecole nouvelle, qui a inscrit sur son drapeau : *Philosophie positive*, a sonné la dernière heure des métaphysiques. Telle est du moins sa prétention absolue. Ici, toutefois, il faut s'expliquer. Que la métaphysique soit bannie des sciences naturelles : c'est un vœu légitime. Mais, en dehors de ces sciences, en dehors de la *philosophie naturelle*, interdire la recherche du point unique, de la cause universelle à laquelle tout se rapporte, comme tous les rayons du cercle se rapportent au centre, ce serait la chose impossible, parce que cette recherche est un des éternels besoins de l'esprit humain. Quant à la métaphysique dans les sciences d'observation, et nous y revenons expressément, c'est une absurdité en soi, attendu que ce qui est *au delà* des choses physiques ne peut avoir place au sein même des choses physiques.

M. (de C.).

(*La suite au prochain numéro*).

REVUE GÉNÉRALE.

Kyste au-devant du sinus maxillaire. Cautérisation. Guérison. — La *Gazette médico-chirurgicale* publie le fait suivant, d'un intérêt éminemment pratique, et que nos lecteurs nous sauront gré de reproduire.

Madame G......, âgée de soixante-douze ans, présente du côté gauche de la face une tumeur sans changement de couleur à la peau, et du volume d'un petit œuf. Son origine remonte à deux ans. Ses progrès, très lents d'abord, ont été beaucoup plus rapides dans ces quatre ou cinq derniers mois. La malade se porte bien d'ailleurs; elle éprouve seulement, dit-elle, quelques petits élancements dans la joue du côté malade. Il existe dans le point correspondant à la paroi antérieure du sinus maxillaire, depuis la base de l'orbite jusqu'au rebord alvéolaire, une tumeur à surface régulière, d'une consistance demi-liquide, demi-solide, sur laquelle la peau, qui conserve ses caractères normaux, glisse avec facilité. L'aile du nez est légèrement déjetée du côté opposé à la tumeur, mais il n'existe ni sécheresse de la narine, ni épiphora. L'œil est sain, et il n'y a pas d'exophthalmie. La voûte palatine est à l'état normal. Les dents, du côté malade, ne sont pas en plus mauvais état que celles du côté sain. Un examen plus attentif permet de constater que la partie inférieure de la tumeur fait saillie dans la cavité buccale, vers le niveau du bord alvéolaire de la dent canine. La tumeur n'est pas mobile, elle adhère évidemment à l'os sous-jacent; une pression légère de la joue augmente encore cette proéminence de la partie inférieure de la tumeur; de plus, il existe un sentiment de fluctuation obscure. Il n'y a pas de bruit de crépitation, comme cela se rencontre dans quelques tumeurs dites fongueuses de la dure-mère.

Le 3 mai, dans la prévision qu'il s'agissait d'un kyste développé à la partie antérieure de l'os maxillaire, une incision, d'ailleurs exploratrice, est pratiquée par la bouche sur le point le plus déclive de la tumeur; ce qui est très facile en relevant légèrement la lèvre supérieure, et en pressant sur la partie centrale de la joue pour augmenter un peu l'abaissement de la tumeur. Il s'écoule aussitôt la valeur de 40 à 50 grammes d'un liquide citrin dans lequel nagent quelques paillettes micacées. La joue qui était soulevée s'affaissa et la difformité disparut tout aussitôt; le kyste était simple et les os sous-jacents ne parurent pas avoir trop souffert de sa présence. Pour tout pansement, introduction de quelques brins de charpie entre les lèvres de la plaie

Le 6, le kyste ne s'étant pas enflammé, un crayon de nitrate d'argent est promené à son intérieur. Les jours suivants, inflammation très violente, gonflement aigu de la joue, œdème des paupières, réaction fébrile, etc. — Frictions mercurielles sur la joue.

Le 8, une suppuration sanieuse d'abord, franchement purulente ensuite, s'écoule par l'ouverture buccale du kyste. Injections detersives dans son intérieur. Bientôt les parois se réunissent, un stylet ne peut plus être introduit.

Le 15, la guérison est parfaite.

Les kystes développés dans cette région ne sont pas communs, et une pareille tumeur, au premier abord, pouvait faire craindre le développement d'une affection cancéreuse de l'os maxillaire.

On a vu par ce fait combien il a été utile de choisir la partie inférieure de la tumeur pour pratiquer avec succès une opération qui ne laisse après elle aucune difformité et n a entraîné réellement aucun danger sérieux. La cautérisation a été plus prompte et plus efficace que ne l'eût été une injection iodée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Fmploi du seigle ergoté dans le traitement des hémoptysies actives; par M. le docteur BERTINI, de Turin.

L'ergot de seigle, convenablement récolté et conservé, a été donné avec succès, à l'état de poudre récemment préparée, pour réprimer certaines hémorrhagies. M. Bertini a confirmé son efficacité dans le traitement des hémoptysies actives ; toutefois, ce praticien a constaté qu'on n'en peut obtenir tout l'avantage que l'on s'en promet que dans les cas où, avant son administration, l'on a eu le soin de modérer le raptus inflammatoire ou de faire cesser la congestion pulmonaire, en pratiquant d'abord deux ou trois saignées.

Efficacité de l'huile volatile de térébenthine à forte dose dans le traitement du purpura hæmorrhagica; par M. le docteur MOORE-NELIGAN, de Dublin.

Après avoir essayé sans succès les toniques, le vin, le quinquina, les acides et les purgatifs contre le purpura hæmorrhagica, il eut l'idée de recourir à l'huile volatile de térébenthine, qui, outre ses propriétés cathartiques et stimulantes, possède la qualité particulière d'arrêter les hémorrhagies dues à l'état atonique des vaisseaux capillaires.

Ses espérances ne furent point déçues, et sous l'influence de cette médication la maladie céda comme par enchantement.

M. Moore administre cette huile à la dose de 30 à 45 grammes pour les adultes, et à celle de 8 à 16 grammes pour les enfants La plupart du temps, il l'associe à l'huile de ricin, soit pour l'usage interne, soit pour l'injecter en lavement.

M. le docteur Le Roy-d'Etiolles, président de la Société médicale du 1er arrondissement, duit soumettre à l'examen de ses collègues les questions suivantes :

1° Est-il convenable et opportun que les médecins électeurs censitaires se considèrent comme les mandataires du corps médical, et se regardent comme tenus de se conformer au choix de la majorité?

2° Est-il convenable et opportun de mettre des conditions à l'appui que donnerait le corps médical du premier arrondissement au candidat de son choix ?

3° Quelles seront ces conditions ?

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 87. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 33.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 24 JUILLET 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

M. Ricord a présenté dernièrement à ses auditeurs un homme entré à l'hôpital depuis quelques jours, avec des symptômes tertiaires de vérole constitutionnelle, dont le point de départ avait été un chancre contracté trente ans auparavant. Chez cet homme, chose curieuse, après un laps de temps aussi long, l'induration existait encore et était facilement reconnaissable. M. Ricord a profité de cette occasion pour développer ses doctrines relativement au chancre induré, à la persistance possible de l'induration pendant un temps souvent fort long, et enfin à l'incertitude d'une guérison complète et radicale de la syphilis constitutionnelle, même après les traitements les plus méthodiques.

Pour M. Ricord, l'induration du chancre prouve que la constitution est prise. Abandonnez à lui-même un sujet atteint de chancre induré, vous verrez apparaître, dans un espace de temps qui variera de six semaines à six mois environ (M. Ricord donne une année comme limite extrême) des phénomènes secondaires de syphilis constitutionnelle, et le plus fréquemment des éruptions exanthématiques, parmi lesquelles, en première ligne, il place la roséole, contrairement aux idées d'un dermatologiste distingué, M. Cazenave, qui considère cette éruption comme assez rare.

Si dès que l'on a pu se convaincre de l'induration de l'ulcère spécifique, on fait suivre au malade un traitement mercuriel, avant que ne soient apparues les premières manifestations secondaires, il est possible de supprimer ce chaînon de l'affection syphilitique, infaillible dans les circonstances ordinaires. Quelquefois, quelque bien fait qu'ait été le traitement, l'on verra se produire, au bout d'un temps plus ou moins long, des symptômes tertiaires. L'empêchement de la manifestation secondaire ne contrariera nullement l'évolution de la maladie générale; mais peut-être seulement la retardera-t-elle.

Les faits de la nature de celui-ci prouvent, suivant M. Ricord, que si toutes les fois qu'un symptôme de vérole constitutionnel apparaît, on peut, à de très rares exceptions près, s'en rendre maître en lui opposant une médication spécifique; on n'est *jamais* sûr d'avoir complétement détruit la diathèse, et l'on doit constamment s'attendre à voir un jour ou l'autre reparaître quelques-uns des accidents auxquels elle peut donner lieu. Il est possible que la diathèse soit, chez quelques individus, détruite par la thérapeutique antisyphilitique; mais il est possible aussi que le malade succombe à une tout autre affection sans avoir présenté de nouvelles manifestations, bien que la diathèse persiste à l'état latent. Il n'est pas possible dans l'état actuel de la science, peut-être ne le sera-t-il jamais, d'assigner une limite après laquelle on puisse dire à un malade : Vous êtes radicalement guéri, et vous n'aurez plus désormais d'accidents syphilitiques quels qu'ils soient. Nous venons de mentionner un individu chez lequel trente années se sont écoulées depuis l'infection syphilitique; l'an dernier nous avons vu, dans les salles du même professeur, un ancien militaire présentant des tubercules térébrants de la troisième période de la syphilis, accidents qui reconnaissaient pour cause un chancre contracté trente-neuf ans auparavant.

— A quelle cause, dans la plupart des cas, doit-on rapporter la mort sénile?

Pour M. Rostan, la cause la plus fréquente est, sans contredit, la gêne dans la circulation déterminée par les ossifications valvulaires et artérielles. Ce professeur a eu, pendant longues années passées à la Salpêtrière, l'occasion de constater, à de nombreuses reprises, que l'ossification des valvules sigmoïdes de l'aorte, et souvent des valvules auriculo-ventriculaires, comme aussi celle des parois artérielles elles-mêmes, existait chez presque tous les sujets avancés en âge, et constituait un état en quelque sorte physiologique. De là, difficulté de la circulation, congestions consécutives dans les divers viscères; mort nécessaire.

Boerhaave avait admis que la mort sénile avait lieu par le cerveau; Bichat, qu'elle pouvait avoir pour cause l'interruption de la circulation, de la respiration, ou de l'action du cerveau. M. Rostan pense que cette mort naturelle, sénile, si rare, cette mort *physiologique*, qu'on nous passe cette expression, est presque toujours la conséquence de l'ossification des vaisseaux artériels. Quelques auteurs ont voulu voir dans l'ossification des artères un résultat constant de l'inflammation. Cette opinion est très loin d'être l'expression de la vérité. Une des meilleures preuves en est que tous les vieillards, comme nous l'avons déjà dit, présentent cette altération, plus ou moins prononcée, plus ou moins étendue, et qu'il serait déraisonnable de supposer qu'ils ont eu tous des artérites, affection beaucoup plus rare qu'on a bien voulu le dire dans ces derniers temps.

Ces réflexions ont été faites par le professeur à propos d'une femme qui succomba dernièrement dans son service à l'Hôtel-Dieu, et dont l'observation est assez curieuse pour qu'il ne soit pas déplacé d'en dire deux mots. Elle était âgée de soixante ans, n'offrait à son entrée que des phénomènes généraux d'asthénie, un peu d'orthopnée; pouls petit, misérable, irrégulier; un peu d'infiltration des membres inférieurs. Du reste, état parfaitement normal des fonctions respiratoires et digestives. Appétit médiocre; ni nausées, ni vomissements; un peu de constipation. A la palpation, pas de tumeur dans l'abdomen; soit dans la région épigastrique, soit dans les flancs ou dans les environs de l'ombilic. M. Rostan, en présence de ces signes, tous négatifs, ne crut pas devoir porter de diagnostic positif tout d'abord. Cependant, il fit remarquer un peu de gêne dans la circulation générale, et pensa que probablement existait une ossification des valvules sigmoïdes de l'aorte. Au bout de quelques jours, la malade se trouvant mieux, voulut sortir. Quelques heures après son départ on la rapporta dans les salles de la clinique; elle était tombée sans connaissance peu après avoir quitté l'hôpital. Une nouvelle exploration faite sept ou huit jours après, fit découvrir dans la région épigastrique une tumeur du volume du poing environ. Craignant d'avoir simplement affaire à une accumulation de matières fécales dans le colon transversal, M. Rostan donna un léger purgatif; la tumeur disparut, ou du moins il devint impossible de la retrouver. Depuis lors, diarrhée, affaiblissement du sujet, altération profonde de la constitution. Cette femme succomba samedi dernier, et voici ce que l'on trouva à l'autopsie.

Vers la grande courbure de l'estomac, tumeur considérable, cancéreuse, ulcérée, principalement située sur la paroi postérieure du ventricule. A côté de cette ulcération, un foyer qui s'est probablement ouvert dans l'estomac, et qui constituait, avant de s'ouvrir peut-être sous l'influence des mouvements musculaires provoqués par le purgatif, la grosseur que l'on avait constatée entre l'épigastre et l'ombilic. Le cancer, situé plus près du pylore que du cardia, dans le voisinage de la grande courbure de l'estomac, est fongueux, mou, s'écrasant sous la pression exercée avec le manche du scalpel; d'une couleur rougeâtre, injectée, d'un diamètre de 5 à 6 centim. dans tous les sens. Bien évidemment, la tumeur qui avait été perçue pendant quelques jours n'était autre chose que cet abcès, dont l'ouverture a déterminé peu après la diarrhée qui fut observée dans les derniers temps de la vie.

Ce fait est curieux en ce sens que, privé des caractères les plus essentiels et les plus constants du cancer de l'estomac, vomissements, douleur et tumeur épigastriques, caractères que l'on peut cependant rencontrer sans qu'il y ait cancer, et qui peuvent manquer quand la maladie existe, on dut rester pendant quelque temps dans l'incertitude, malgré les plus minutieuses et les plus attentives recherches. Les valvules du cœur étaient ossifiées, et le ventricule gauche, par suite de l'obstacle au cours du sang, était tellement hypertrophié, que la cavité avait presque entièrement disparu.

— Depuis assez longtemps M. Bérard (Aug.) emploie dans son service à l'hôpital de la Pitié, en place d'extrait de belladone, des collyres dans lesquels entre comme principe actif l'*atropine*, alcali végétal extrait de la belladone. Cette substance, signalée pour la première fois par M. Brandes, qui n'avait pu l'obtenir à l'état de pureté parfaite, isolée depuis par MM. Mein et Simes, présente sur l'extrait de belladone plusieurs avantages : d'abord, d'agir avec une extrême rapidité pour produire la dilatation de la pupille et d'être douée d'une grande énergie puisqu'il suffit pour déterminer cet effet d'une solution de 0,05 ou 0,10 grammes dans 20 grammes d'eau distillée. Puis, considération de peu d'importance dans les hôpitaux, mais qui aurait une certaine valeur près des malades de la ville, en se servant du collyre d'atropine on évite de faire sur le front et sur les paupières ces onctions brunes qui salissent le linge et pour lesquelles quelques sujets, les femmes surtout, éprouvent la plus vive répugnance.

— Nous avons vu, dans le service de M. Guersant fils, une petite fille de cinq à six ans qui présente une division congéniale du voile du palais et de la voûte palatine; la solution de continuité du voile du palais est complète; celle de la voûte palatine n'occupe pas toute l'étendue antéro-postérieure de l'os maxillaire. Malgré les avantages que l'on retirerait d'une réunion faite dans le jeune âge, si l'on pouvait l'obtenir, M. Guersant préfère ne la tenter qu'à une époque plus avancée de la vie. On sait combien est difficile, dans les cas les plus favorables, la réussite de l'opération de la staphylorhaphie chez l'adulte, alors que les sujets présentent toutes les garanties de docilité, qu'ils se condamnent au silence le plus absolu, qu'ils consentent à ne se nourrir pendant plusieurs jours que d'aliments liquides, etc. Dans un cas semblable à celui-ci, trois sutures au moins seraient nécessaires, qui nécessiteraient trois fois le passage de l'aiguille; l'enfant consent bien à laisser examiner sa gorge; mais, s'il s'agissait de pratiquer même la plus légère opération, les efforts, les cris viendraient déranger le chirurgien, et, en supposant cette suture convenablement faite, il serait assez difficile que la petite opérée eût assez de raison pour observer toutes les précautions nécessaires et indispensables au succès.

Nous partageons complétement sur ce point l'opinion et la résolution de M. Guersant. Autant il serait utile de faire l'opération le plus tôt possible, si la division intéressait toute l'étendue de l'os maxillaire supérieur et la lèvre elle-même, l'observation démontrant que sous l'influence de la réunion des parties extérieures, les parties profondes, même solides se rapprochent, autant il est permis d'attendre, alors que la lèvre est intacte. Peut-être même ne pourrait-on qu'y gagner; car il est probable que plus l'enfant avancera en âge, plus l'écartement diminuera, et plus l'opération sera facile, et le succès à espérer.

— Dans le même service a été amenée, il y a quelques jours, une fille de treize ans, qui, au dire de ses parents, fut prise, il y a cinq semaines, d'une fièvre désignée par le médecin traitant, sous le nom de *fièvre typhoïde*. L'absence de toute espèce de renseignements sur le début de l'affection, les phénomènes présentés par l'enfant doivent laisser quelques doutes sur la nature de cette affection, qui dura, à ce qu'il paraît, près de quinze jours, très intense. Nous ne sommes point de ceux qui croient, avec certains auteurs qui n'ont probablement jamais soigné d'enfants, qu'au-dessous de quinze ou seize ans il n'existe pas de fièvre typhoïde. Il suffit d'avoir suivi pendant quelques mois les visites des médecins de l'hôpital des Enfants pour se convaincre que cette affection est presque aussi fréquente au-dessous de cet âge, que de vingt à trente ans. Mais ce qui nous porterait, dans le cas actuel, à supposer que peut-être y a-t-il eu erreur de diagnostic, c'est qu'au bout de quinze jours l'enfant était assez bien rétablie sous le rapport de la santé générale, et ne présentait plus, quand elle fut amenée à l'hôpital, qu'une plaque gangréneuse, assez large, occupant une partie de la joue droite depuis la commissure, et commençant à se limiter.

Evidemment une fièvre typhoïde assez forte pour produire une gangrène de l'étendue d'une pièce de cinq francs, n'eût pas eu une durée de quinze jours seulement; ce n'est guère qu'au bout de trois à quatre septénaires que l'on observe des gangrènes chez les sujets typhoïdes, et encore, le plus souvent, n'est-ce que sur les points où ont été placés des vésicatoires, ou sur lesquels porte le poids du corps, les mollets et les cuisses, par exemple, le dos, et en particulier la région sacrée. Peut-être, et ce serait plus facile à admettre, l'affection dont fut atteinte cette enfant n'était-elle autre chose que le début d'une gangrène, l'une de ces pyrexies auxquelles Borsieri donnait le nom de *fièvres gangréneuses ?*

Quoi qu'il en soit, jeudi dernier, 23 juillet, l'eschare gangréneuse était tombée depuis deux ou trois jours, laissant une perte de substance de quatre à cinq centimètres de diamètre, intéressant la joue dans toute son épaisseur et la moitié de la lèvre supérieure droite. Ce serait certainement bien là le cas de combler, à l'aide de l'autoplastie, cette vaste échancrure; mais une complication importante a dû engager M. Guersant à attendre pour faire une opération qui remédiât définitivement à cette difformité. Une portion de l'os maxillaire supérieur a été frappée de mort, et devra nécessairement, dans un temps plus ou moins long, se faire jour au dehors. Cette circonstance, jointe à cette autre, que, vu l'état de faiblesse dans lequel se trouve encore l'enfant, il serait possible que la réunion ne se fît pas convenablement si l'on tentait l'autoplastie, a déterminé M. Guersant à se borner à essayer, au moyen de quelques points de suture, le rapprochement d'une partie des lèvres de la plaie seulement, leur surface étant d'un rose assez vif et paraissant dans d'assez bonnes conditions pour la réunion.

Le chirurgien s'est donc borné à essayer le rapprochement des bords de la plaie, opération des plus simples et qui ne peut être suivie d'aucun résultat fâcheux, lors même que la réunion ne se ferait point, puisque l'on n'a été obligé de produire aucune nouvelle perte de substance dans le but de rafraîchir les bords de l'échancrure.

— L'abondance des matières nous force à renvoyer à la prochaine Revue l'analyse de quelques cas intéressants recueillis dans le service de M. Lisfranc. Z...

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Fracture de la cuisse, compliquée de plaie aux téguments. Guérison. Réflexions pratiques sur cette complication.

Un homme d'une quarantaine d'années, employé au che-

min de fer, était occupé à décharger une voiture chargée de pièces de vin, lorsqu'il reçut une de ces pièces sur la cuisse gauche, fut renversé par ce coup et en eut le fémur brisé. Il se fit immédiatement conduire à l'hôpital, et il entra dans le service de M. Robert. Ce chirurgien, au premier examen qu'il en fit, trouva un gonflement considérable dans la cuisse, et reconnut facilement à travers celui-ci, l'existence d'une fracture du fémur; il trouva aussi à la partie antérieure du membre une très petite plaie de forme triangulaire, par laquelle s'échappait une grande quantité de sang noir. C'est principalement à propos de cette complication de la fracture, qui est souvent très grave, que cet habile chirurgien a cru devoir faire les remarques cliniques suivantes.

Il y a une différence énorme entre une fracture sans aucune lésion à la peau qui entoure la fracture, et celle accompagnée d'une plaie quelconque dans l'enveloppe cutanée. Pourtant si cette plaie est superficielle et ne communique pas avec le foyer de la fracture, le pronostic pourra être favorable; car la plaie pourra marcher vers sa cicatrisation, en même temps que l'os de son côté tend à se consolider sans que l'une exerce une influence fâcheuse sur l'autre; mais il en est autrement, si la plaie a une communication plus ou moins directe et intime avec la fractnre elle-même. Dans ce cas encore, il faut distinguer: si la plaie cutanée se forme rapidement et ôte toute communication entre l'os brisé et l'air extérieur, la fracture pourra marcher vers la consolidation sans accidents, comme si la complication précédente n'avait pas lieu; si au contraire elle suppure, si la suppuration se propage jusqu'au foyer de la fracture, des accidents très graves, mêmes mortels, peuvent se développer. La fièvre s'allume, les parties molles s'étranglent par suite d'un gonflement inflammatoire; des douleurs très vives se font sentir dans le membre; qui réclamera de larges débridements; la suppuration peut fuser malgré ces débridements plus ou moins éloignés, au milieu des aponévroses, disséquer les muscles, dénuder les os, et produire d'épouvantables désordres, faciles du reste à concevoir.

Dans ces circonstances, quand même les choses se terminent d'une manière favorable, il ne faut pas moins de huit à dix mois de traitement, et la guérison ne pourra avoir lieu qu'avec raccourcissement plus ou moins sensible du membre, En effet, les fragments qui ont baigné dans le pus sont inévitablement nécrosés dans une certaine étendue; et pour que la guérison puisse avoir lieu, il faut que les parties nécrosées aient été éliminées. Pendant cette longue période, l'abondance et la persistance de la suppuration, les inflammations des trajets fistuleux, la fétidité du pus qui en résulte, des érysipèles sont encore des causes capables de compromettre gravement la vie des malades. Et l'existence d'une plaie communiquant avec le foyer d'une fracture de la cuisse, est donc une complication extrêmement grave.

Il nous importait beaucoup de connaître la profondeur de la plaie dont je vous ai parlé; mais la crainte d'exciter de l'inflammation en explorant son intérieur, m'a détourné de toute recherche directe. Je n'ai donc pu acquérir que des présomptions fondées sur la position de cette plaie, son étendue et sa forme. Eh bien, il y a tout lieu de croire que cette plaie a été causée par un des fragments de la fracture. En effet, elle siége au niveau de celle-ci; elle est petite, et ressemble à celle qu'aurait pu produire un instrument piquant, et ses bords ne sont point contus, toutes circonstances qu'on rencontre dans les lésions de ce genre, et que nous ne retrouverions pas dans une plaie produite par un corps contondant ordinaire. Du reste, dans le doute, nous devons nous comporter comme si cette plaie pénétrait seulement dans le foyer de la fracture. Or, dans ce cas, le traitement de la fracture elle-même n'est en quelque sorte que secondaire.

Il faut s'occuper de la plaie, empêcher à tout prix l'inflammation de s'y développer et en obtenir la réunion immédiate. Pour le moment, nous nous contenterons de donner au membre une position qui laisse les fragments dans des rapports réciproques assez favorables et tels que les parties molles qui les environnent ne soient ni blessées ni irritées. La position demi-fléchie sur le bassin de la cuisse, et dans une gouttière formée par les oreillers, nous paraît la plus favorable pour remplir cette indication. La plaie sera couverte d'un large emplâtre de sparadrap, et la cuisse soumise à des irrigations continues d'eau à 18 ou 20° comme nous les employons ordinairement. Lorsque par l'emploi de ces moyens, secondé par de larges saignées générales et l'usage interne de l'opium que nous leur associons communément dans ce cas pour calmer la douleur et engourdir les contractions musculaires, nous aurons obtenu la cicatrisation de la plaie, une forte diminution du gonflement dû au sang épanché dans les muscles; lorsque, en un mot, nous n'aurons plus à craindre le développement de l'inflammation, nous nous occuperons de la fracture. Dix ou douze jours seront nécessaires pour arriver à ce résultat. Or, je ne pense pas qu'un défaut de coaptation des fragments pendant un laps de temps si court puisse exercer une influence fâcheuse sur la formation du cal.

Je n'ignore pas que des objections peuvent être adressées à cette pratique. Quels inconvénients, dira-t-on, peut présenter l'application immédiate d'un appareil ordinaire? N'aurait-elle pas, au contraire, l'avantage d'assurer la coaptation des fragments et par conséquent de soustraire les parties molles à une cause d'irritation? Et, d'ailleurs, la compression douce exercée autour du membre par l'appareil n'est-elle pas propre à prévenir l'inflammation et à activer la résorption du sang épanché? A ce, je répondrai que, d'abord, l'application d'un appareil, faite dans les premiers temps de l'existence d'une fracture de la cuisse, ne réussira pas à obtenir la coaptation des fragments. A cette époque, en effet, les muscles contractés par l'irritation se roidiront et opposeront un certain obstacle à la coaptation même; par conséquent, on n'arrivera qu'imparfaitement à mettre les fragments en rapport; tandis que plus tard, quand l'inflammation sera tombée, on trouvera cette réduction bien plus simple et facile. D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure, il n'y aura pas de temps perdu, car le travail de consolidation de l'os ne commencera pas dans les premiers huit à dix jours, de sorte que, en attendant que ces premiers jours soient passés et que le membre soit dans des conditions plus favorables, on sera toujours à temps de réduire, et la consolidation ne s'opérera pas moins vite pour cela, au contraire elle marchera d'une manière plus franche et plus régulière.

Quant à la compression considérée comme moyen préventif des inflammations, je n'approuve pas sans restriction la faveur que lui accordent plusieurs chirurgiens distingués de nos jours. L'observation démontre que ce moyen est difficile à employer, à doser pour ainsi dire, et que si l'afflux des liquides se trouve être trop considérable par le fait du stimulus inflammatoire, la compression devient une cause de douleur, gêne la circulation, et peut donner lieu à l'étranglement. Enfin l'application de l'appareil gênerait l'emploi des irrigations, que je considère, dans ces circonstances, comme le plus puissant et le plus avantageux de tous les moyens antiphlogistiques.

Le système de traitement précédemment exposé a été mis en usage sur notre malade, et au bout de douze jours le gonflement avait considérablement diminué; la plaie était fermée, et sa cicatrice solide. Les parties molles n'étaient nullement endolorées; la conformation du membre était normale. Celui-ci alors a été placé dans l'appareil ordinaire de Scultet et dans l'extension. Il n'est rien survenu de remarquable; l'appareil a été renouvelé tous les huit ou dix jours; le cinquantième jour de la première application de l'appareil, la consolidation était suffisante pour permettre d'enlever les attelles et les coussins, et de laisser seulement le membre entouré de quelques liens peu serrés. Il ne paraît y avoir qu'un centimètre de raccourcissement; différence trop légère pour qu'on ait à redouter de la claudication.

Le 4 juin, le malade commence à s'asseoir sur le bord de son lit. Il y a tout lieu de croire qu'il quittera au bout du temps nécessaire, parfaitement guéri, l'hôpital.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. (Addition à la séance du 20 juillet).
Suite et fin du discours de M. Prus sur la peste.

La discussion générale devant être entièrement close à la fin de cette lecture, et aucune occasion ne devant plus m'être offerte de répondre à un certain nombre de points qui n'ont pas été traités dans ce que j'ai eu l'honneur de vous dire jusqu'ici, je vous demande, Messieurs, la permission de répondre brièvement aux différents orateurs qui ont pris la parole. Je tiens à prouver à tous que leurs discours ont été médités par moi avec la ferme intention de corriger l'erreur et d'arriver à la vérité. Le mémoire par lequel M. Pariset a cru devoir combattre presque toutes les conclusions adoptées par la Commission, exigera des explications nn peu étendues.

M. Dubois (d'Amiens) a le premier dirigé contre le rapport des attaques que j'ai cherché à repousser. C'est M. Rochoux qui a pris ensuite la parole; je l'ai entendu avec une véritable satisfaction donner son approbation à l'exposition des faits nombreux consignés dans le rapport, et aux interprétations qu'ils m'ont suggérées. C'est implicitement reconnaître la vérité des conséquences qui en ont été déduites.

Après de savantes études sur la contagion et l'infection, qui, pour M. Rochoux, est la viciation de l'air par un principe toxique non virulent, l'auteur arrive à ces deux propositions qui résument toute sa pensée sur la peste :

« Née de l'infection, et sans aucun germe préexistant, la peste se montre contagieuse à la manière des autres typhus; devient comme eux susceptible d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et diverses circonstances à elle étrangères, et, comme eux, perd promptement sa propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des malades, l'aération et l'emploi d'une hygiène éclairée. »

« Le principe délétère auquel la peste doit son développement se trouve presque toujours répandu dans l'air à l'état gazeux; ce qui rend le contact des pestiférés à peu près sans danger alors que la respiration des miasmes sortant de leur corps exerce la plus fâcheuse influence. »

Vous le voyez, Messieurs, M. Rochoux partage les doctrines auxquelles les faits ont conduit votre Commission. Toutefois, nous verrons nn peu plus tard qu'il n'en a pas tiré les mêmes conséquences que nous relativement aux quarantaines.

A M. Rochoux a succédé M. Castel, qui a commencé par un reproche qui paraîtra à beaucoup de personnes un éloge. Il a blâmé le rapporteur d'avoir établi exclusivement les conclusions de son travail sur des faits qui, au dire de M. Castel, ont été analysés avec sincérité et classés avec méthode.

M. Castel m'a fait beaucoup d'autres reproches auxquels j'ai déjà eu occasion de répondre. Au lieu d'y revenir, je préfère appeler l'attention de l'Académie sur un passage du discours de M. Castel qui exprime avec netteté une vérité importante, et trop souvent méconnue :

« Les préjugés accrédités sur la peste viennent principalement de ce qu'on l'a considérée comme une entité morbide sans rapport avec aucune autre, et que ses causes, ses phénomènes et surtout son caractère éminemment contagieux devaient faire classer à part.

» On lui a assigné une origine distincte, et cependant ses causes sont ou pareilles ou semblables à celles qui donnent naissance à d'autres maladies.

» On veut lui attribuer une nature propre, et, cependant, par ses symptômes, par les périodes qu'elle parcourt, par son jugement, par les lésions cadavériques, elle se rapproche de beaucoup d'affections fébriles, notamment du typhus. Sydenham, Lieutaud et d'autres l'ont assimilée à une fièvre maligne. »

Les conclnsions médicales du discours de M. Hamont, qui me paraissent devoir surtout exciter l'intérêt de l'Académie, sont les suivantes :

Il n'existe pas de constitution pestilentielle autre que celle formée par les émanations des localités où naît la peste et par les émanations des malades.

Voici ma réponse :

Dans les localités présentant les causes d'insalubrité signalées dans le rapport, mais aussi dans des localités trop salubres pour engendrer la peste, on a remarqué que cette maladie revêtait quelquefois le caractère épidémique; on a remarqué alors qu'une influence générale épidémique agissait soit sur les maladies intercurrentes, soit sur les personnes saines. Quand l'atmosphère possède ces propriétés, je dis qu'il y a constitution pestilentielle. Si on la constate dans une localité salubre, il faut dire qu'elle y a été apportée par une espèce de migration, ou bien reconnaître qu'elle a pu s'y former par des causes inconnues. Cette dernière hypothèse me paraît peu probable. L'histoire de la peste semble prouver, au contraire, que les constitutions pestilentielles commencent toujours dans des contrées réunissant les causes d'insalubrité sur lesquelles j'ai si souvent insisté.

Il n'est pas démontré, dit M. Hamont, que la peste ne soit pas contagieuse. — Non, cela n'est pas démontré, même en ne donnant au mot contagieux que la signification de transmissible par le contact. Mais la proposition contraire n'est pas démontrée non plus; et c'est là tout ce que dit le rapport.

M. Hamont croit savoir que la peste épidémique règne en Egypte plus souvent que tous les dix ans.

En Egypte, le gouvernement du pays ne conserve aucune mention écrite des événements qui peuvent survenir. Il n'y a donc aucune liste officielle des pestes épidémiques; chacun est autorisé à faire la sienne plus ou moins exacte. Ces listes varient ensuite, suivant qu'on tient compte et des épidémies graves et des épidémies légères, ou seulement des épidémies graves. Enfin, il arrive souvent qu'une peste épidémique se montre plusieurs années de suite, à la même époque. Dans ces cas, admettra-t-on qu'il y a eu plusieurs pestes ou une seule?

Avec de pareils éléments, le calcul a dû nécessairement donner des résultats différents.

Le retour périodique des grandes pestes tous les dix ans *environ* est assez bien établi.....

Relativement à l'incubation, M. Hamont prétend qu'on ne peut regarder comme probantes les recherches faites au lazaret d'Alexandrie par M. Grassi, attendu qu'il ne s'agit là que de pestes venues de Constantinople, pestes qui, de l'aveu du rapport, sont moins redoutables que celles d'Égypte.

Il y a ici une erreur véritable. Les compromis admis dans le lazaret d'Alexandrie sont, pour la plus grande partie, les membres restants d'une famille de la ville ayant perdu un pestiféré. L'objection de l'honorable membre porte donc à faux.....

Il me reste, Messieurs, à répondre au dernier orateur entendu dans la discussion générale. Personne, plus que moi, ne sent la difficulté, et j'ajouterai, la singulière délicatesse de ma tâche. Il faut que vous sachiez, Messieurs, qu'élève à Bicêtre, il y a déjà quelques dizaines d'années, j'apprenais le matin à reconnaître au lit des malades la justesse des aphorismes et des pronostics d'Hippocrate, tandis que le soir un professeur habile, qui voulait bien admettre quelques-uns d'entre nous au sein de sa famille, nous ouvrait les sources de la littérature ancienne, nous faisant remarquer, tantôt les beautés à la fois si simples et si grandes d'Homère, tantôt, et plus souvent, le style si concis et si énergique de Tacite, cet historien honnête homme. Vous l'avez deviné, Messieurs, le maître qui utilisait les premières heures de notre journée et qui savait si bien en charmer les dernières, n'était autre que l'élégant traducteur d'Hippocrate, que l'éloquent panégyriste des membres les plus illustres de cette Académie. Ce sont là, Messieurs, des souvenirs qui me sont chers, des souvenirs que je ne dois, que je ne veux surtout jamais oublier. Mais, d'un autre côté, une voix me crie que je dois me rappeler aussi les obligations que votre Commission m'a imposées en me confiant le dangereux honneur de faire le rapport discuté, rapport qui m'a attiré des reproches sévères, et qui m'eussent été sensibles si je croyais les avoir mérités. Dans ma défense, je respecterai un maître que je suis depuis longtemps habitué à aimer et à honorer; et cependant, toutes les fois que mon opinion ne sera pas conforme à la sienne, je le dirai avec franchise : *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*

M. Pariset présidait la Commission qui a été chargée en 1827, par le gouvernement français, d'aller en Egypte rechercher les causes de la peste, et apprécier l'action des chlorures sur le principe pestilentiel.

Avant, pendant et après son voyage, M. Pariset a émis cette idée, que la cause exclusive de la peste résidait dans les miasmes qui s'exhalent des cadavres d'animaux, et surtout des cadavres humains.

Pour lui, la peste ne naît spontanément qu'en Egypte, et, encore, depuis la cessation des embaumements.

Pour M. Pariset, enfin, la peste est transmissible par le contact médiat et immédiat des pestiférés, par toutes les émanations, solides ou gazeuses, qui s'échappent du corps de ceux-ci...

Mon premier soin doit être de dégager les pensées principales de M. Pariset et de ces formes séduisantes qui pourraient en exagérer la valeur, et de ce luxe d'érudition qui pourrait les obscurcir. Vues dans leur simplicité, dans leur réalité, elles seront, je crois, un peu moins redoutables pour le rapporteur de votre Commission.

Un premier reproche est celui d'avoir trop étendu le plan du rapport. A ce reproche, une double réponse : La première, c'est que ce plan ne renferme que les questions dont la solution est indispensable pour une bonne réforme de notre système sanitaire; la seconde, c'est que M. Pariset oublie tout à fait qu'il a fortement appuyé la proposition de M. Dubois de faire l'histoire complète de la peste.

Un second reproche ne me paraît pas plus fondé. Le voici : « Dire que pour les provenances du levant les Anglais et les Autrichiens ont sinon aboli, du moins notablement diminué leurs quarantaines, c'est avancer une chose inexacte. » Cette objection est fondée sur ce qu'en Angleterre et en Autriche on aurait diminué, il est vrai, les quarantaines pour les personnes, mais en conservant pour les choses un temps d'épreuve au moins égal à celui recommandé par nos règlements. Je répliquerai d'abord que j'ai parlé des quarantaines en général, en ayant particulièrement en vue celles des personnes; ensuite, que M. Pariset n'ignore pas plus que moi que le Conseil privé en Angleterre et les principales autorités sanitaires en Autriche, modifient journellement et arbitrairement l'application des règlements existants sur le papier. Enfin, toute l'Europe sait que les voyageurs venant d'Alexandrie ou de Constantinople, et munis de leurs malles, arrivent plus vite à Paris en passant par Londres ou Trieste qu'en prenant la voie de Marseille.

Pourquoi avoir défini la peste dans le rapport? Il fallait dire avec Dehaën, qu'elle est indéfinissable. — J'ai pensé, Messieurs, je pense encore, et M. Pariset partage cet avis en termes formels, qu'il fallait séparer la peste de toute autre maladie. Mais cette séparation ne peut se faire que par une définition. Je crois celle que j'ai donnée d'accord avec les symptômes pendant la vie, d'accord avec les lésions après la mort; je suis prêt à la soutenir. Valait-il mieux dire, avec M. Pariset, que la peste est un typhus spécial, *un typhus exalté*, plus mortel qu'aucun autre? L'Académie décidera.

Passant à ce qu'il appelle les hors-d'œuvre du rapport, mon honorable contradicteur signale les courtes recherches que contient le rapport sur la première origine de la peste. Quelle liaison, dit-il, peut avoir cette première origine avec la question de quarantaine?

M. Pariset n'a-t-il donc pas remarqué que la question à résoudre était celle-ci : Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu naître la peste spontanément? Evidemment, pour y répondre, il fallait suivre la peste en Egypte à toutes les époques où elle s'y est montrée. Faut-il ajouter que la question posée est certainement en tête de celles dont la solution intéresse le système quarantenaire?

Pour que la théorie de notre ingénieux secrétaire-perpétuel sur l'origine de la peste ne rencontre pas de faits qui la contrarient, la peste ne doit pas se montrer en Egypte avant la cessation des embaumements, c'est-à-dire avant l'année 356 de notre ère, et même un peu plus tard, afin de laisser aux effets de cette suppression le temps de se produire. Aussi, pour M. Pariset, la première peste à bubons ne remonte-t-elle pas au delà de 542.

Malheur aux historiens, malheur aux médecins qui osent interroger sur ce point les temps antérieurs à 542!

J'ai dit : La plus ancienne mention que nous trouvions de la peste est celle que nous a laissée Moïse, et qui porterait à penser que la peste existait en Egypte dès l'année 2443 de l'ère ancienne, si les symptômes indiqués par l'auteur juif démontraient mieux qu'il s'agit de la peste, telle que nous l'avons définie.

Cette dernière partic de la phrase aurait dû me mettre à l'abri du danger. Vaine espérance ! Où M. le rapporteur a-t-il pris cette date de 2443 ? s'écrie M. Pariset. Dans quel écrivain ?

J'ai pris cette date de 1443, à la page 209 du volume *Della peste*, publié en 1840 à Venise par le docteur Frari, qui suit dans tout son ouvrage un système de chronologie qu'il croit préférable à tout autre. Cette autorité, je ne puis en douter, paraîtra très compétente à M. Pariset. Je n'ai pas besoin de dire que Moïse a fait cette mention de la peste au chapitre IX, versets 9 et 10, du livre de l'Exode. La citation que j'ai faite est donc de tous points irréprochable.

Si la susceptibilité de M. Pariset est aussi facile à exciter, si un fait que j'ai reconnu n'être rien moins que concluant, provoque une sortie aussi vive que celle qui a amenée la citation ci-dessus, que sera-ce s'il vient à être articulé que la peste véritable, la peste à bubons et à charbons, a existé trois siècles au moins avant Jésus-Christ, c'est-à-dire plus de 656 ans avant la cessation des embaumements.

Comment prévenir un pareil échec pour une théorie qu'on voudrait bien voir aussi solide qu'elle est brillante ?

D'abord, il faut rendre la chose improbable, et pour cela rien de mieux que de vanter la salubrité de l'ancienne Egypte. Aussi, voyez comme M. Pariset s'appuie sur le témoignage d'Hérodote, accusé cependant d'avoir été au moins bien crédule, et qui, par exemple, a beaucoup parlé de l'existence en Egypte de médecins spéciaux pour toutes les parties principales du corps, ce qui est démontré aujourd'hui être au moins une erreur. En vain le témoignage d'Hérodote sera-t-il fortement contredit par Cicéron (1), par Athénée (2), par Pline (3), et même par Strabon. Les trois premiers, M. Pariset les passera sous silence ; quant au quatrième, il sera dit qu'il n'a pas vu la peste à Alexandrie. C'est possible. Mais on ne peut nier qu'il a vu la peste ou des maladies pestilentielles en Egypte, comme le prouve le texte suivant : « *Atque hinc* propter siccitatem pestes *incidere et lacus cœnosas fieri, locustarumque existere copiam* (Geogr., lib. XVII, pag. 571, édition de Casaubon). Vous remarquerez, Messieurs, ces mots *propter siccitatem ;* ils semblent indiquer que Strabon connaissait les effets pernicieux du desséchement des terrains qu'abandonne le Nil.

Quoi qu'il en soit, fort de l'affirmation d'Hérodote, M. Pariset trace un long et magnifique tableau de l'ancienne Egypte, de ses innombrables habitants, de ses travaux immenses, de ses monuments gigantestes, de ses arts si perfectionnés.

Mais toutes ces belles et pompeuses paroles ne peuvent détourner l'attention de ce texte de Rufus, de ce texte malencontreux qu'Angelo Maï aurait bien fait de laisser enfoui dans la poussière du Vatican pour la satisfaction et la tranquillité de M. Pariset.

Enfin, il est impossible que M. Pariset ne reconnaisse pas avec tout le monde que ce texte parle de la vraie peste.

Mais combien d'efforts pour jeter quelque doute sur son authenticité !

« C'est Oribase qui le dit sur la foi de Rufus ; c'est Rufus qui le dit sur la foi de trois médecins, Dioscoride, Posidonius, et Denys-le-Court. »

Pourquoi ces formes dubitatives employées par M. Pariset ?

Il sait qu'Oribase, auteur exact, copie textuellement les auteurs qu'il cite.

Il n'ignore pas que Rufus était un médecin très instruit et très estimé.

Enfin, la description si exacte donnée par Dioscoride, Posidonius et Denys, prouve que ces trois médecins avaient bien connu la peste. En désignant le dernier par le nom de Denys-le-Tortu, j'ai traduit *chuptos* par le mot *tortu*. J'ignore tout à fait pourquoi M. Pariset a traduit *chuptos* par le mot *court*. C'est évidemment un *lapsus calami*.

Denys-le-Tortu, cité dans la Vie des Hommes célèbres écrite par Hermippe, qui vivait vers la 125e olympiade, c'est-à-dire 280 à 277 ans avant J.-C., était ou antérieur à Hermippe, ou son contemporain. On comprend dès lors pourquoi j'ai été autorisé à dire que la peste observée par Denys-le-Tortu remontait à trois siècles environ avant J.-C. J'ajoute que, comme les médecins cités parlent de la peste comme d'une maladie connue, nous devons penser qu'il faut dire avec le rapport que la peste existait 300 ans au moins avant notre ère et non 300 ans au plus comme le proposerait M. Pariset.

Notre érudit collègue, toujours poussé par le même besoin de défendre sa thèse, avance qu'aucun auteur ne vient soutenir les affirmations si positives de Rufus, et, pour prouver son assertion, il cite des auteurs dont on n'a plus les ouvrages, tels que Dioclès, Praxagore, Sérapion-Soranus, ou bien des gens qui n'ont jamais écrits, comme Philippe, médecin d'Alexandre, ou des savants qui n'avaient aucune raison de parler de la peste, comme Aristote.

Mais que dire quand M. Pariset soutient que Galien n'a pas parlé de la peste à bubons ?

Qu'il veuille bien relire le commentaire du médecin de Pergame sur le passage du 55e aphorisme de la 4e section, et sur le texte relatif à la peste dans le 2e livre des *Epidémies*, il verra que Galien parle des fièvres épidémiques avec bubons comme d'une maladie ancienne et connue.

« Les bubons qui surviennent dans les fièvres, dit-il, sont plus mauvais que ceux à la suite desquels la fièvre se manifeste, car ils annoncent une phlegmasie intense des viscères et une corruption profonde des humeurs. C'est ainsi que dans les *constitutions pestilentielles on voit les bubons apparaître au milieu des fièvres de mauvais caractère.* (Comment. III, in Epid. II, p. 411, edit. Kuhn.)

N'êtes-vous pas frappés, Messieurs, de ce que dit ici Galien ? Comment ne pas reconnaître la peste dans cette fièvre grave caractérisée par des bubons et qui s'accompagnait d'une phlegmasie intense des viscères et d'une corruption profonde des humeurs ?

Aussi longtemps qu'on n'avait pas trouvé antérieurement à Galien une preuve positive de l'existence de la peste à bubons et à charbons, on pouvait considérer ces passages comme ne fournissant que des renseignements équivoques. Le texte si clair et si net de Rufus leur donne aujourd'hui une bien plus grande importance.

Je ne veux pas insister davantage sur une démonstration qui est complète, ce que reconnaît implicitement M. Pariset lui-même, lorsqu'il fait remarquer qu'il ne peut être coupable de ne pas avoir connu en 1827 une découverte faite à Rome en 1831...

J'ai hâte d'arriver à des questions qui aient plus directement trait aux conclusions du rapport.

Parcourons donc rapidement ce que M. Pariset dit de l'endémie de la peste, de sa contagion, de l'infection, de la constitution pestilentielle, enfin de la durée de l'incubation de la maladie.

Endémie. — Voici à cet égard la doctrine de M. Pariset. Je cite textuellement :

« Pour produire la peste, il faut les miasmes qui s'échappent des cadavres putréfiés et surtout des cadavres des hommes. Ces miasmes n'ont toute leur puissance, toute leur force qu'en Egypte. Dans notre Europe, ces miasmes sont plus faibles et ne donnent que les préliminaires, que les équivalents de la peste, c'est-à-dire les suffocations, les syncopes, les morts subites, les ophthalmies, les céphalalgies, les vomissements, les soifs dévorantes, les diarrhées, les dysenteries, les adynamies profondes, les flux sanguin et biliforme, les vergetures, les tumeurs, et ces fièvres pétéchiales, malignes, nerveuses si voisines de la peste ; et ces exanthèmes universels que voyait Diemerbroeck et que j'ai vus moi-même en Syrie. »

(1) *De natura deorum*, lib. I, cap. XXXV.
(2) Liv. II, chap. IV.
(3) *Histor. nat.*, lib. XXXI, cap. IV, § 92.

Je ne discuterai pas, Messieurs, cette théorie. Je n'examinerai pas la réalité de ce qu'on appelle si singulièrement les équivalents de la peste. Je ne prétends qu'une chose, c'est que cette théorie n'autorise pas M. Pariset à nier, comme il le fait, la spontanéité de la peste dans la Syrie, dans les deux Turquies, ni même dans les Etats barbaresques.

La Syrie, dit M. Pariset, est une des contrées les plus saines de la terre : seulement, elle a vers le nord Scanderoun qu'on dit flanqué de marais. — La Syrie n'a jamais produit, ne produira jamais la peste.

Sur le premier point, Volney, qui, parti de France en 1782, a passé d'abord sept mois au Caire, ensuite huit mois chez les Druses pour apprendre la langue arabe ; qui, enfin, a parcouru en tout sens la Syrie pendant une année entière, ne partage pas l'avis de M. Pariset.

« On peut, dit-il, considérer la Syrie comme un pays composé de trois longues bandes de terrain de qualités diverses. L'une, régnant le long de la Méditerranée, est une vallée chaude, humide, d'une salubrité équivoque, mais d'une grande fertilité. L'autre, frontière de celle-ci, est un sol montueux et rude, mais jouissant d'une température plus mâle et plus salubre. Enfin, la troisième, formant le revers des montagnes à l'orient, réunit la sécheresse de celle-ci à la chaleur de celle-là (1).

» Sur les montagnes et dans toute la plaine élevée qui règne à leur orient, l'air est léger, pur et sec ; sur la côte, au contraire, et surtout depuis Scanderoun jusqu'à Jaffa, il est humide et pesant ; il est généralement malsain ; il fomente les fièvres intermittentes et putrides et les fluxions des yeux, dont, dit Volney, j'ai parlé à l'occasion du Delta (2).

» Les lacs sont assez nombreux en Syrie. On remarque celui d'Antioche, celui d'Alep, de Damas, de Houlé, de Tabarié, et celui qu'on a décoré du nom de mer Morte (3).

» L'insalubrité de l'air de Scanderoun est portée à un point extraordinaire. On peut assurer qu'elle moissonne chaque année le tiers des équipages qui y estivent. La plaine au milieu de laquelle se trouve Scanderoun est une terre d'alluvion.

» L'épidémie règne surtout depuis mai jusqu'à la fin de septembre, c'est une fièvre intermittente du plus fâcheux caractère (Malte-Brun dit que pendant six mois les habitants sont obligés de se retirer dans l'intérieur du pays).

» Les villes de Tripoli, d'Acre et de Larnaca en Chypre sont également sujettes, quoiqu'à un moindre degré, à des épidémies de fièvres intermittentes. Partout ce sont des marais voisins, des eaux croupissantes et par conséquent des vapeurs méphitiques auxquelles on doit en rapporter la cause.

» On n'a aucun soin de la propreté et de la salubrité des villes. Elles ne sont en Syrie, comme en Egypte, ni pavées, ni balayées. Les rues sont étroites, tortueuses, encombrées de décombres. Les chiens et les chacals cachés dans les jardins et les tombeaux sont chargés de manger les charognes.

» En Syrie, tout le monde use et abuse de fruits non murs, de légumes crus, de miel, de fromages, d'olives, d'huile forte, de lait aigre et de pain fermenté.

» Les maladies les plus communes en Syrie, comme en Egypte, sont les dysenteries et les fièvres intermittentes de mauvais caractère. »

Telle est, Messieurs, la description que nous a laissée Volney, description qui nous montre que sous un bien grand nombre de rapports la Syrie rappelle l'Egypte.

Je pourrais citer un grand nombre d'auteurs qui viendraient confirmer ce que Volney a si bien vu. Je me contenterai d'emprunter à M. Larrey les lignes suivantes :

« Les torrents des montagnes et les pluies abondantes inondent la plaine d'Acre pendant l'hiver. Elles y croupissent longtemps en formant des lacs qui ne tarissent jamais. — Les fortes chaleurs de l'été mettent les eaux de la plaine en évaporation : il en résulte des brouillards épais et que rend très malsains la décomposition qui se fait dans ces eaux de substances animales et végétales. L'homme respire difficilement au milieu de cet air ; et sans doute que ces brouillards infects, plus abondants lorsque les vents du sud-est règnent, n'ont pas peu contribué au développement des maladies contagieuses. » (Larrey, Mém. et camp., t. I, p. 293, éd. 1812.)

L'Histoire médicale de la Syrie vient à l'appui des remarques de Larrey.

« En 1785, dit Volney, une épidémie a désolé Tripoli ; c'était une fièvre violente accompagnée de taches livides et bleuâtres, ce qui l'a fait soupçonner d'être un peu mêlée de peste. »

M. Pariset a vu lui-même en Syrie, en 1829, ce qu'il appelle des exanthèmes universels.

En 1761, la peste fut à Scanderoun : mais, dit M. Pariset, elle lui fut apportée.

Cette dernière assertion pourrait être contestée, en ce sens au moins que la peste est très souvent née spontanément en Syrie.

Russel, cité par M. Pariset, dit que la peste règne tous les dix ans à Alep. M. le docteur Lachèze, qui a vérifié le fait sur les lieux, dit la même chose que Russel.

Mais, dit-on, ce dernier a soin de déclarer que des vêtements sont tous les ans apportés d'Egypte à Alep. Si des vêtement sont apportés tous les ans d'Egypte, où la peste, selon M. Pariset, serait continue, pourquoi ces vêtements ne donneraient-ils la peste à Alep que tous les dix ans ?

M. Larrey (t. I, p. 330) a appris à Jaffa des habitants du pays que la peste régnait chaque année dans leur ville, et cela depuis trente ans.

Notre illustre et si regrettable collègue dit encore : « La peste a fait de grands ravages parmi les habitants de Gaza, Jaffa, Saint-Jean-d'Acre. Elle n'a pas épargné les Arabes du désert voisins de la mer. Elle ne s'est fait sentir qu'à peine dans les villages des montagnes de Naplouse et de Canaan ; mais elle a régné dans les lieux bas, marécageux, et dans ceux qui bordent la mer. »

« Je considère la peste, dit Larrey, comme endémique, *non-seulement sur la côte de Syrie*, mais même dans les villes d'Alexandrie, de Rosette, de Damiette et dans le reste de la Basse-Egypte. En effet, continue-t-il, elle me paraît dépendre de causes propres à chacun de ces pays. » Il signale ensuite toutes ces causes, qui ne sont autres que celles qui figurent dans le rapport. (Larrey, t. I, p. 328.)

Vous me pardonnerez, Messieurs, d'avoir insisté sur les preuves de l'insalubrité de la partie basse de la Syrie et sur celles de l'endémicité de la peste dans cette contrée. C'est un point qui n'avait pas été suffisamment traité dans le rapport et qui cependant est d'une bien haute importance pour déterminer les précautions que la France doit prendre contre les provenances de Syrie.

Je ne dirai que très peu de mots de l'endémicité et de la spontanéité de la peste dans les deux Turquies, sur les bords du Bas-Danube et dans les misérables villages qui environnent Erzeroum. Renvoyant à ce qu'a établi le rapport à cet égard, me réservant de prouver, s'il en est besoin, lors de la discussion des articles, la vérité de ce que j'ai avancé ; je veux seulement faire remarquer à l'Académie que la réclamation dont M. Pariset a fait beaucoup de bruit, et qui aurait été élevée par les médecins de l'intendance de Constantinople qui prétendent que la peste ne naît pas spontanément sur les bords du Danube, perdra toute sa valeur par une explication bien simple. Ces messieurs ne nient aucunement ce qu'ils ont écrit dans le Mémoire qui vous a été adressé par eux, savoir, que de 1838, époque de l'établissement régulier de l'intendance sanitaire, jusqu'en 1842, il a existé dans les deux Turquies 13 pestes dont on n'a pu établir l'importation soit d'Egypte, soit de Syrie ; mais ils attribuent ces pestes à des germes qu'ils supposent être restés dans les lieux attaqués depuis un temps qu'ils ne déterminent pas. Ces pestes, suivant votre Commission, doivent être rapportées non pas à des germes imaginaires, mais à des causes locales d'insalubrité et à la misère extrême des habitants. Vous aurez bientôt, Messieurs, l'occasion de vous prononcer dans ce débat, qui ne me paraît pas sérieux.

(1) Volney, Voyage en Egypte et en Syrie, t. II, p. 214.
(2) Volney, ouv. cit., t. I p. 293.
(3) Volney, ib.

Je ne parlerais pas du tout de l'endémicité, trop bien prouvée, de la peste en Egypte, si M. Pariset n'avait cité à ce sujet deux faits qu'il regarde comme constituant, l'un ce qu'il appelle une peste intermittente et l'autre une peste chronique, faits dont il cherche plus tard à tirer des inductions pour la durée de l'incubation.

Le premier cas est ainsi rapporté : « Un bubon se forme tous les six mois ; il suppure, et santé plus vive qu'à l'ordinaire ; puis le bubon revient ; et ainsi de suite... »

J'avoue, Messieurs, que ma foi pathologique ne va pas jusqu'à me faire voir dans cette observation une peste intermittente, *avec des intervalles de santé de six mois.*

Je ne puis davantage donner le nom de peste chronique à l'observation suivante ; « Un soldat a la peste en Morée ; il a fièvre et bubon. La fièvre s'arrête ; le bubon rentre, et la peste avorte. Puis, santé chancelante. Le malade revient en Egypte, il est pris de fièvre ; le bubon reparaît ; il mûrit ; on l'ouvre, guérison. »

Et c'est à l'aide de pareilles observations qu'on voudrait établir que l'incubation de la peste peut se prolonger pendant six mois et plus !

Un mot, un seul mot sur la spontanéité de la peste dans les états barbaresques. Tout médecin qui lira avec attention le mémoire si curieux de M. Berbrugger sur les pestes de l'Algérie, pensera avec lui que si la plupart des pestes observées dans ce pays y ont été importées, il en est cependant un certain nombre qui y sont nées. (1)

Je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit au commencement de cette réponse relativement aux divers modes de transmissibilité de la peste. Je prierai seulement M. Pariset de vouloir bien se joindre à M. Bousquet, pour formuler un amendement dans le sens de la transmission par le seul contact d'un pestiféré ou par des vêtements infectés. Nos savants collègues produiront tous les faits qui leur paraîtront le plus propres à décider le jugement de l'Académie. S'il m'était permis de leur donner un petit conseil, je leur dirais qu'ils feront bien de ne plus parler ni de la pelisse de Fracastor, ni du doliman de Constantinople, ni du mouchoir de Pugnet, ni de la cravatte de Desgenetes, ni de la pièce de monnaie turque qui a brûlé la main d'un enfant et lui a donné une peste mortelle. Le moindre inconvénient de ces faits est qu'ils se seraient passés au milieu d'un foyer épidémique, ce qui déjà leur ôterait toute valeur. Je craindrais aussi que l'histoire du germe pestilentiel renfermé dans une boîte et qui n'est éclos qu'après 33 ans, et celle de la femme qui, exhumée *après cent ans*, a donné la petite vérole à deux enfants qui n'ont pas touché le cercueil, mais qui en ont approché, produisissent un effet autre que celui qu'on en attendrait.

Quant aux marchandises, M. Pariset veut bien ne pas parler des pestes qui auraient été autrefois importées par elles en Angleterre, en Espagne ; il insiste seulement sur un grand fait qui doit porter la conviction dans tous les esprits. Voici comment il s'exprime :

« *Je crois savoir* que de 1721 à 1830 inclusivement, c'est-à-dire en 110 années, 34 navires sont arrivés à Marseille ayant la peste à bord, ayant eu des morts à la mer, ayant déposé des malades au lazaret, et qu'enfin plusieurs des portefaix employés à ce qu'on appelle la purge des marchandises, *ont reçu la peste et y ont succombé.* »

Ici, Messieurs, le silence ne m'est plus possible. Je vous ai dit, et je maintiens que, d'après les pièces remises par M. le ministre du commerce à votre Commission, 10 bâtiments, et non 34, sont arrivés depuis 1720 avec la peste à bord au port de Marseille. Je suis ensuite obligé de déclarer hautement qu'en avançant que des des portefaix de Marseille, employés depuis 1721 à la purge des marchandises, ont contracté des pestes mortelles, M. Pariset est en contradiction manifeste avec le résultat de l'enquête officielle faite par M. de Ségur Dupeyron, avec ce que vous a écrit tout récemment votre respectable correspondant M. Robert.

M. Pariset, ne voyant dans l'*infection* qu'un mode de contagion, dit que ces deux mots sont synonymes. Je ne puis partager cette opinion, convaincu que je suis qu'il importe de distinguer la transmission par le contact direct des pestiférés, de la transmission par l'air chargé de miasmes pestilentiels. N'oublions pas que c'est en jetant l'obscurité et la confusion dans les mots, qu'on peut continuer à disserter sans fin sur des points qui n'admettraient pas une longue controverse si les mêmes mots avaient le même sens pour tout le monde.

M. Pariset me demande ce que c'est qu'une constitution pestilentielle.

Hippocrate et Galien le lui ont appris depuis longtemps. C'est un état atmosphérique déterminant la peste...

L'*incubation* de la peste varie, pour M. Pariset, entre quelques minutes et plusieurs mois. Il ne paraît pas d'ailleurs avoir une opinion assez arrêtée à ce sujet pour donner un conseil à l'administration.

J'arrive enfin aux conclusions médicales du rapport que M. Pariset voudrait voir supprimer ou changer.

M. Pariset n'admettant pas l'existence d'une constitution pestilentielle indépendante des pestiférés, rejette les conclusions qui consacrent et développent cette vérité.

Il rejette ensuite toutes les conclusions proposées par la Commission relativement à la transmission de la maladie.

M. Pariset n'excepte pas même celle qui établit la transmissibilité par l'air chargé de miasmes pestilentiels, quoiqu'il ait déclaré admettre ce mode de transmission comme tous les autres. La discussion à laquelle je me suis livré fera comprendre pourquoi les conclusions de la Commission doivent être maintenues.

La 28e conclusion est un non-sens, dit M. Pariset.

Je n'accepte nullement le reproche pour la Commission. Dire, avec M. le docteur Lachèze, que la préexistence d'une constitution pestilentielle est nécessaire pour que la peste importée dans tel ou tel lieu puisse se transmettre et se propager, c'est, à mon sens, aller un peu au delà des faits. Je pense cependant que certaines conditions des choses et des hommes sont indispensables pour qu'une peste importée puisse être transmise, et la preuve, c'est qu'il est des lieux où la peste ne se transmet pas. C'est cette donnée d'expérience que la Commission a consignée dans sa 28e conclusion. Certes, ce n'est pas un non-sens.

Il y a, dit mon honorable adversaire, contradiction entre la 26e et la 30e conclusion. Cette contradiction n'existe pas, Messieurs, et je puis facilement vous en convaincre.

Que dit la 26e conclusion ? « Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir former des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie. »

La seconde partie de la 30e conclusion porte :

« En dehors des foyers épidémiques ordinairement circonscrits, et

(1) Voir Pièces et Documents à l'appui du Rapport, no VI.

dans les pays habituellement sains, l'influence des causes générales étant nulle, l'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule. L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout danger. »

Le raisonnement que M. Pariset oppose à la Commission est celui-ci : Puisque les cas isolés de peste ne transmettent pas la maladie par l'air chargé des miasmes qu'exhale le pestiféré ; puisque, dans la 30e conclusion, vous supposez qu'il n'y aura, dans la circonstance que vous indiquez, d'autre action possible que celle d'un cas isolé de peste, il est évident que l'éloignement où l'on se tiendra du pestiféré ne peut préserver d'un danger que vous déclarez vous-même ne pas exister.

L'erreur de M. Pariset vient de ce qu'il a confondu les cas sporadiques avec les cas isolés de peste épidémique, confusion qu'il ne sera plus permis de faire désormais qu'on saura que la peste sporadique et la peste épidémique n'entraînent pas le même danger de transmission.

Voici la dernière objection de M. Pariset ; elle a trait encore à une contradiction qu'il croit apercevoir entre les 12e, 13e, 14e conclusions médicales et la 16e. Il la présente dans le syllogisme suivant :

La peste, selon le rapport, ne se transmet ni par le contact, ni par les effets, ni par les marchandises. Or, si elle ne se transmet ni par les hommes, ni par les choses, comment donc se transmet-elle ? Evidemment, par rien.

L'argument pèche par un défaut qui saute aux yeux. J'ai dit qu'aucun fait concluant ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades ; mais je n'ai dit nulle part, comme le suppose la seconde partie du syllogisme, que la peste ne se communiquait pas par les hommes, ou, ce qui revient au même, par les émanations qui s'échappent des pestiférés.

La conséquence déduite par M. Pariset est donc tout à fait inadmissible.

J'ai parcouru, Messieurs, la série des reproches que M. Pariset a faits au rapport. Qu'il me soit permis, en finissant, d'exprimer un regret bien sincère, celui que des opinions arrêtées d'avance, et qu'il n'a pas cru pouvoir faire partager à la Commission, l'aient empêché de prendre une part aussi active que je l'aurais désiré aux travaux de celle-ci. Le rapport y eût beaucoup gagné. Mais, je suis heureux de le proclamer à cette tribune ; quel que soit le vote de l'Académie sur les conclusions controversées, à M. Pariset appartiendra la gloire d'avoir attiré l'attention de l'Europe sur le tableau hideux, mais vrai, de l'Egypte moderne ; d'avoir signalé en termes éloquents les causes de la peste ; enfin, d'avoir hâté le moment où toutes les grandes puissances comprendront que le plus sacré de leurs devoirs est de ne rien négliger pour détruire la peste en Egypte.

Vous aurez remarqué, Messieurs, qu'en vous entretenant des objections et des réflexions présentées par les différents orateurs sur les conclusions médicales, je ne vous ai pas parlé des modifications qu'ils proposaient d'apporter aux conclusions pratiques du rapport. Cependant, c'est là, en définitive, le point important pour l'administration. C'est aussi celui qui fera le mieux apprécier l'état des esprits dans la grande question qui nous occupe.

La proposition la plus radicale est celle faite, il est vrai par des motifs différents, par MM. Rochoux et Londe. Ils proposent la suppression des lazarets, des quarantaines, des purges ; en un mot, de toutes les précautions sanitaires.

Déjà M. Bégin s'est demandé si, dans le cas où nos deux honorables collègues auraient le pouvoir d'opérer immédiatement la destruction réclamée par eux, ils convertiraient leurs paroles en faits. La connaissance que nous avons de la prudence, et surtout de l'humanité de MM. Rochoux et Londe, nous donne le droit de conserver des doutes.

M. Gaultier de Claubry, se fondant sur ce que la période d'incubation de la peste ne paraît pas dépasser huit jours, demande que toutes les quarantaines pour les provenances du Levant soient fixées à dix jours, à partir du départ. Cette proposition, déjà faite dans la Commission par M. Mélier, devra être discutée avec soin lors du vote des conclusions d'application.

M. Hamont voudrait que l'Académie décidât :

1° Que les provenances de l'Egypte seront toujours soumises à la patente brute.

2° Qu'une quarantaine de quinze jours, voyage compris, sera imposée à tout bâtiment marchand ou autre venant du Levant.

3° Enfin, que la durée de la quarantaine sera fixée par l'administration toutes les fois qu'une maladie suspecte ou la peste se sera déclarée à bord.

Pour la première proposition, on peut objecter que si, comme le certifie l'intendance d'Alexandrie ; si, comme l'affirme M. de Ségur dans son rapport fait au ministre du commerce en 1846, il n'y a eu de peste d'aucune espèce en Egypte depuis dix-huit mois, on ne voit pas pourquoi on ne délivrerait pas de patente nette à Alexandrie.

Sur la seconde proposition, qui consiste à imposer quinze jours de quarantaine, voyage compris, à tous les bâtiments venant du Levant, je ferai remarquer à M. Hamont qu'il nous a dit que chez Pietro di Papa Giovanni, l'incubation de la peste a été de dix-sept jours. Comment donc peut-il réduire les quarantaines à quinze ?

Quant à la troisième proposition de M. Hamont, c'est la reproduction d'une des conclusions du rapport.

Plusieurs membres ont paru désirer que des conclusions nouvelles fussent ajoutées aux conclusions pratiques du rapport...

M. Dubois (d'Amiens) et après lui M. Desportes ont demandé que le gouvernement fût invité à ordonner l'assainissement du port de Marseille. M. Dubois a promis de rédiger un amendement à cet égard. Si cet amendement est adopté, comme je l'espère ; si l'Etat, propriétaire du port de Marseille, consent à faire la dépense nécessaire, il devra y mettre une condition, c'est que la ville de Marseille assainira ses vieux quartiers, dont j'ai pu apprécier la puanteur et l'insalubrité.

M. Desportes a formulé des propositions d'assainissement beaucoup plus vastes. Il pense que votre Commission aurait dû proposer, en première ligne, les mesures suivantes :

1° Pour la France, assainir avant tout ses rivages et ses ports de la Méditerranée (l'air, les eaux et les lieux) ; faire disparaître ses plages inondées, marécageuses, et les remplacer par des terres cultivées ; expulser des ports les eaux noires et fétides, et les vases putrides qui les infectent ; curer au loin les rades, faire observer dans les villes et les habitations particulières tous les préceptes de l'hygiène publique et privée ; diminuer considérablement, sinon annuler, le nombre des indigents, en faisant pénétrer dans tous les rangs de la population méridionale cette stricte aisance sans laquelle l'homme ne peut vivre doué de toutes ses facultés naturelles de force physique et morale.

2° Pour les nations qui ont été, et qui sont fréquemment envahies par la peste, assainir leur territoire, le bien cultiver, rendre bon le mode d'existence des populations au milieu desquelles l'indigence ou même la misère hideuse domine uniformément jusqu'à ce jour.

3° Pour toutes les nations, former une alliance par laquelle chacune d'elles s'obligerait à établir des quarantaines à l'égard du peuple qui se refuserait à détruire sur son territoire toutes les causes qui ont été signalées comme capables d'exciter le développement de la peste ou de toute épidémie meurtrière, par exemple, de la fièvre jaune, du choléra, etc.

Enfin M. Hamont a proposé d'appeler, d'une manière formelle, l'attention du gouvernement français et des autres gouvernements de l'Europe, sur la possibilité et la nécessité de détruire la peste en Egypte.

Vous aurez à décider, Messieurs, si cette proposition déjà faite dans le cours du rapport, n'aura pas beaucoup plus de chances de succès étant présentée séparément et dans les conclusions d'application. Il ne peut y avoir de doute entre nous que sur le choix du meilleur mode de manifestation de nos vœux. Nous voulons tous que l'Egypte soit arrachée à d'affreuses calamités ; nous voulons tous que l'Europe soit délivrée de la crainte de l'importation de la peste ; nous voulons tous, enfin, qu'elle soit déchargée des entraves et des frais qui nuisent aux relations internationales.

Tel est, Messieurs, l'ensemble des propositions pratiques qui vous ont été soumises. Il ne vous échappera pas que parmi elles il n'en est qu'une seule qui soit en contradiction avec les propositions de la Commission, c'est celle de la destruction complète des garanties sanitaires. Je suis fondé à croire qu'elle ne trouvera pas beaucoup d'appui dans cette enceinte.

Je ne saurais, en finissant, prier assez instamment ceux de nos collègues qui désireraient présenter des amendements nouveaux, à vouloir bien les déposer sur le bureau, en les accompagnant de tous les faits, de toutes les considérations propres à les faire accueillir par l'Académie. Je m'empresserai alors de réunir la Commission ; sachant qu'elle veut, non pas le maintien des conclusions qu'elle a adoptées, mais le triomphe de la vérité quelle qu'elle soit.

NOUVELLES.

Il paraîtrait que, d'après une nouvelle répartition des salles de médecine à l'hôpital de la Charité, M. Briquet, médecin à l'hôpital Cochin, abandonnerait son service dans ce dernier hôpital pour passer à la Charité. On ne sait encore qui remplacerait M. Briquet à l'hôpital Cochin.

— MM. les médecins habitant le premier arrondissement sont *tous* invités à se réunir, samedi 25, à sept heures et demie du soir, dans le salon du manége, rue Duphot, n° 10. *Qui aures habet audiendi audiat* (Matth., cap. XIV, v. 7).

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 JUILLET 1846. (19e ANNÉE.) N°. 88. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Les ateliers étant fermés mercredi, à l'occasion de l'anniversaire des journées de juillet, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Polypes du nez et de l'oreille. Considérations sur ces derniers. Du broiement comme opération pour les polypes fibreux.

Au n° 9 était un malade affecté de polypes du nez; un autre se trouvait au n° 10 avec la même maladie; enfin une femme est entrée avec un polype de l'oreille. Nous profiterons de cette réunion de malades pour entrer dans quelques considérations sur les polypes du nez, et en particulier sur ceux de l'oreille, qui sont moins fréquents et moins connus des praticiens.

Le malade du numéro 10 est un grand jeune homme, maigre, grêle, dont la narine droite est remplie de polypes qu'on retrouve jusque dans la bouche et dans le gosier; la cloison, chez lui, est déviée à gauche. Il n'est pas très sûr que ces polypes soient muqueux, parce que depuis le temps qu'il assigne à leur apparition ils devraient être plus développés qu'ils ne le sont. En effet, cet homme fait remonter à trois ans le début de sa maladie, et en trois années des polypes muqueux acquièrent un volume plus considérable que ceux-ci n'en présentent; ils devraient proéminer en arrière, s'ils étaient muqueux et qu'ils datassent de cette époque: c'est ce qu'on n'observe point. De plus, on ne trouve pas dans ces tumeurs la mollesse, la mobilité qui caractérisent les polypes muqueux. C'est donc, pour ce malade, une question à revoir que celle de la nature de ses polypes.

Celui du numéro 9 avait, lui, des polypes clairement fibreux dans la narine droite, qui en était remplie; dans la narine gauche et aussi dans le pharynx. Après avoir réfléchi sur ce qu'il convenait de faire, désespérant de pouvoir les lier ou les extraire, nous prîmes le parti de les broyer, pensant qu'ils se mortifieraient, et qu'après leur chute ou étranglerait alors ceux du pharynx. L'opération fut faite, il y eut une hémorrhagie; on fit respirer la solution d'alun, le sang s'arrêta. Quelques jours après, celui du pharynx, qui était gros comme le poing, tomba spontanément pendant la nuit, il n'en reste plus de traces; quelques lambeaux seulement se montrent encore dans la narine, lambeaux qui ne tomberont probablement pas.

C'est un fait qui ne manque pas d'intérêt, car il peut devenir le point de départ d'une nouvelle méthode pour opérer les polypes fibreux. On concevra facilement qu'une opération semblable à celle que nous avons pratiquée dans cette circonstance, est infiniment plus simple que la ligature ou l'ablation de ces végétations. Dans le gosier, par exemple, l'extirpation des polypes est à la fois difficile et délicate; l'hémorrhagie peut venir la compliquer d'une manière très fâcheuse, en ce sens que l'on se trouve désarmé contre cet accident, qui peut acquérir une extrême gravité si la quantité de sang perdue est considérable. Au contraire, l'opération par broiement peut être regardée comme facile et peu dangereuse.

Nous disons donc que ce pourrait être le point de départ d'une nouvelle méthode d'opérer les polypes du nez et de la gorge, de même que pour les polypes de l'utérus. Quand on broie ces derniers, ils guérissent également, parce que ce broiement amène après lui la gangrène, qui s'empare de toute la tumeur et détermine bientôt sa chute. Or, ce qui arrive pour les polypes fibreux de la matrice peut aussi arriver et arrivera en effet pour ceux du nez; et c'est une opération qui, selon nous, est plus sûre pour les malades que l'extirpation, et plus facile que la ligature.

C'est donc un premier fait pour les polypes fibreux du nez qui ne doit pas être perdu; pour les polypes muqueux, il n'est pas besoin de s'en occuper, tout le monde est d'accord à leur sujet.

Le malade se trouvant guéri, bien qu'il reste encore quelques débris dans le nez, demande à sortir de l'hôpital; nous ne croyons pas que cela vaille la peine de le retenir.

La troisième malade porte une végétation dans l'oreille droite. Les polypes de cette région, sans être très rares, ne sont pas fréquents pourtant; ils méritent qu'on s'y arrête pour cette raison d'abord, puis par cette autre considération plus importante, qu'ils sont en général symptomatiques d'une autre maladie. Fréquemment les polypes de l'oreille tiennent à une lésion de la caisse, plus souvent même qu'à une maladie du tympan: ce sont des végétations celluleuses, fibreuses, cancéreuses; ce sont des végétations purement celluleuses comme ils s'en développe sur les os cariés, c'est une forme assez fréquente; et quand ils dépendent d'une carie du rocher, le pronostic est fort grave. On voit quelle différence on doit établir, sous ce point de vue, entre les polypes de l'oreille et ceux du nez: en effet, la carie, source première de la végétation, fait des progrès incessants; il se forme des abcès qui compromettent les méninges, le cerveau, et amènent la mort du malade.

La femme qui fait le sujet de notre observation a toujours eu l'ouïe un peu dure; elle a éprouvé des douleurs assez vives à divers intervalles, et un suintement s'est établi par le conduit auditif. Aujourd'hui on aperçoit une végétation grisâtre qui ne présente ni écoulement de sang, ni suppuration. Cette circonstance, à savoir, que le polype ne laisse pas suinter de sang, prouverait que ce n'est pas une végétation purement muqueuse; cela ferait croire que ce n'est point un polype qui vient des os: ces conditions, enfin, démontreraient qu'il a plutôt sa racine sur la membrane du tympan, et par conséquent qu'il n'est pas d'une mauvaise nature; mais il ne faut pourtant établir cette dernière assertion qu'avec une certaine réserve.

On peut détruire ce polype par plusieurs moyens; ceux qui s'offrent naturellement à l'esprit sont: la ligature, la cautérisation, l'ablation; chacune de ces méthodes a ses applications; ici, comme la végétation ne remplit pas le conduit auditif tout entier, il ne sera pas difficile de l'enlever au moyen de pinces. C'est ainsi que nous procéderons.

On a beaucoup disserté sur ces polypes; comme l'oreille est un point de l'économie dont se sont emparés exclusivement quelques pathologistes, il est arrivé ce qui arrive toujours dans des circonstances pareilles, c'est qu'on a fait de longs mémoires sur des vétilles qui n'en valaient pas la peine et que l'on a dit beaucoup de choses inutiles.

Pour justifier ce que nous disions tout à l'heure, que les polypes de cette région étaient beaucoup plus graves que ceux des fosses nasales, il faut savoir que toutes les tumeurs, de quelque nature quelles soient, prennent dans l'oreille la forme de polypes. Dans le nez, les tumeurs de mauvaise nature, les cancers, revêtent moins souvent cette forme; ces tumeurs peuvent s'étaler plus facilement; mais, comme le conduit auditif est étroit; comme, d'autre part, il communique avec le pharynx par la trompe d'Eustache, avec le labyrinthe, avec les cellules mastoïdiennes; puisqu'il est tapissé par une membrane muqueuse, qu'il reçoit des nerfs des vaisseaux comme les autres parties, il en résulte que toutes les tumeurs qui viennent de l'intérieur et qui peuvent prendre naissance dans l'un ou l'autre de ces éléments nombreux, dans l'une ou l'autre de ces régions, il en résulte, disons-nous, que ces tumeurs proéminant dans le conduit auditif prennent la forme de polypes.

C'est ainsi que, dans le conduit auditif externe, par exemple, on trouvera les végétations qui naîtront de la membrane du tympan, comme celles qui prendront leurs racines dans le canal lui-même. Faisons en passant une remarque: i

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le spirituel auteur des *Causeries*, dont nous espérions annoncer le rétablissement très prochain, n'est pas encore en état de reprendre sa tâche hebdomadaire. Sa maladie, sans offrir un danger réel, a pris un caractère de gravité auquel nous étions loin de nous attendre. Grâce aux bons soins et à l'habile direction de M. le professeur Trousseau, nous ne doutons pas cependant que notre collaborateur ne puisse, sous très peu de temps, recommencer ces feuilletons qu'on lisait avec tant d'intérêt, et qui étaient rédigés avec un esprit si fin et si délicat. Tâchons de suppléer à ce silence forcé.

— Il ne nous appartient pas de traiter, dans ce Journal, une question palpitante d'intérêt, qui tient en suspens les esprits et agite la France entière, les *élections*. Nous applaudissons de tout notre cœur aux efforts d'un grand nombre de confrères qui s'en occupent d'une manière active, et affrontent même les hasards des hustings; mais la loi nous défend de les suivre dans ce champ clos où la faveur ministérielle ne les suit guère, où les sarcasmes et les impertinences de certains journaux ne leur font pas défaut... *Lisez l'Epoque!* L'indépendance n'est pas du goût de certaines gens, et le mot d'ordre qui depuis si longtemps leur ferme l'entrée de la chambre haute, et par lequel on voudrait les exclure de la chambre basse, où leurs lumières sont souvent si utiles, est à coup sûr parti de haut; mais il doit nous être permis au moins de rapporter un fait nouveau et assez singulier que nous fait connaître un journal du Midi, *L'Indépendant*. Voici dans quels termes ce fait est indiqué:

« Une certaine agitation se faisait remarquer, il y a quatre ou cinq jours, à la Faculté de médecine de Montpellier. Les élèves, plus nombreux que d'habitude, se pressaient dans la salle d'examen, et il était facile de voir, à leur animation, à leurs paroles chaleureuses et indignées, qu'ils étaient vivement impressionnés par un fait extraordinaire. — Voici les explications que nous avons demandées et qui nous ont été fournies par plusieurs d'entre eux. Le fait que nous avons à signaler est de la plus haute gravité. Nous le rapportons parce qu'il est généralement accrédité, et qu'il est nécessaire, ce nous semble, de provoquer, à cet égard, des explications.

» Un officier de santé, aspirant au doctorat, s'est présenté chez M. Duportal, qui devait être l'un de ses examinateurs, et lui a dit qu'il désirait être reçu avec la note *bien*. M. Duportal a dit que cette note lui serait donnée s'il répondait de manière à la mériter; l'élève a insisté alors, disant qu'il était nécessaire qu'il eût la note *bien*, et comme M. Duportal repoussait une telle prétention, son visiteur lui a exhibé une lettre dans laquelle on disait que cet élève devait être reçu avec la note *bien*, pour se le rendre favorable, lui ou ses parents, dans les prochaines élections. De qui était cette lettre? Nous n'en savons rien, et il court à ce propos différents bruits. Quoi qu'il en soit, M. Duportal, blessé d'une pareille atteinte à la dignité du professeur, a congédié l'élève et a déclaré qu'il ne siégerait pas à son examen. En effet, bien que M. Duportal fût porté sur la liste des examinateurs, il n'a pas paru à l'examen, et a été remplacé. L'élève a été reçu avec la note *assez bien*, que, du reste, il a méritée par ses réponses, à ce qu'on nous assure. L'insulte faite à M. Duportal était connue; deux élèves qui devaient aussi l'avoir pour examinateur étaient allés lui rendre visite; et M. Duportal, leur racontant ce qui se passait, leur avait dit qu'il ne pourrait pas les examiner. Ces élèves ont rapporté le fait à leurs condisciples. Aussi les étudiants étaient venus en foule à cet examen, et ont protesté par des exclamations non équivoques contre cette énormité.

— Nous avons parlé avec intérêt de l'établissement de la *Société protectrice des animaux*, et dont plusieurs médecins font partie. Nous voyons avec plaisir que nos confrères des départements s'occupent à ce sujet d'une question importante au point de vue de la santé publique. L'Académie de médecine de Caen émet des vœux pour que les animaux destinés à la boucherie soient amenés sur les marchés ou conduits aux abattoirs sans éprouver de ces tortures qui nuisent essentiellement à la qualité de la viande.

Ce qui paraît, dit l'*Union agricole*, avoir fixé plus particulièrement l'attention du corps savant, c'est l'état dans lequel les veaux sont traités dans le transport et sur la place du marché. Ces malheureux animaux, les quatre pattes liées ensemble et souvent tellement serrées que les cordes pénètrent dans les chairs tuméfiées et presque gangrenées, sont jetés pêle-mêle dans une charrette, la tête pendante et heurtée à chaque secousse contre les montants de la voiture; arrivés sur le marché, ils sont étendus tantôt sur un sol glacé, sous une pluie battante, où l'on peut les voir grelotter; tantôt sous un soleil brûlant qui les asphyxie à demi. — Il est aisé de comprendre que les animaux qui, avant d'être tués, ont éprouvé de telles souffrances, ne peuvent fournir une nourriture aussi bonne que s'ils arrivaient bien portants à l'abattoir. Il y a, pour la plupart des consommateurs, répugnance bien naturelle à manger de la chair d'animaux morts accidentellement, ou d'une maladie quelconque; or, presque tous les veaux qui sont mis en vente sur les marchés sont *gravement malades quand on les met à mort*, et vraisemblablement un grand nombre périraient de diverses maladies si on les retirait du marché avec intention de les conserver.

— Voici l'observation qu'un médecin de Caen adresse à M. Seminel, directeur de la *Normandie agricole*, relativement aux conséquences de la barbarie avec laquelle sont traités les veaux destinés à la boucherie:

« Dernièrement, la fantaisie m'ayant pris de manger des poumons de veau (partie de l'animal désignée dans le commerce de la boucherie sous le nom de *couraie*), j'en fis acheter dans une des bonnes boucheries de Caen. Lorsque l'on fut sur le point de préparer cette chair, on crut s'apercevoir qu'elle était de mauvaise qualité, et en effet, en les examinant, je les trouvai profondément altérés; ils étaient remplis de tubercules, et les bronches étaient en état complet de suppuration.

» J'envoyai acheter de suite une autre couraie, et je la trouvai dans un état tout à fait semblable à la première.

» Je ne fais aucun doute que cette affection doit être attribuée exclusivement aux tortures que l'on fait subir aux malheureux animaux, soit en les amenant au marché, soit en les y laissant exposés à toutes les intempéries des saisons.

» Il ne peut dès lors être douteux que la chair de l'animal arrivé à cet état de maladie est très malsaine. J'ajouterai même que j'ai la conviction que sur dix des veaux que l'on relèverait sur nos marchés, il n'en est pas un qui pût se rétablir. Tel est l'état de l'une des viandes dont il se fait une des plus grandes consommations. »

— Un concours pour les places d'aides d'anatomie est ouvert devant la Faculté de médecine de Paris; nous en dirons sous peu quelques mots.

— Un autre concours pour la chaire de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg sera terminé le 17 août; trois épreuves ont eu lieu, et ces épreuves ont présenté un intérêt soutenu, tant par les sujets qui ont été traités que par la science et l'érudition dont les candidats ont fait preuve. Nous joignons nos vœux à ceux de la *Gazette médicale de Strasbourg* pour que ces solennités ne soient pas enlevées à la province. Les médecins et les élèves y puisent d'utiles enseignements, et les Facultés en retirent un peu de ce lustre dont elles ont tant besoin.

Les concurrents à cette chaire sont au nombre de cinq: ce sont MM. E. Küss, chef des travaux anatomiques et agrégé; Strohl, agrégé; Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences; Scrive, professeur à l'hôpital militaire de Lille, et Michel, docteur en médecine à Besançon.

— M. le docteur C.-S. Cliet vient de publier sur les garde-malades des réflexions que nous croyons utile de reproduire:

« Les femmes qui exercent la profession de garde-malades offrent-elles au public et aux médecins des garanties suffisantes de moralité et de capacité?

» Cette question, si minime au premier aspect, acquiert une telle importance lorsqu'on l'examine sérieusement, que l'on a vraiment le

n'est pas prudent et il est inutile dans les commencements, quand on soupçonne une carie, de porter un stylet dans l'oreille ; si la maladie permet qu'on pénètre dans la caisse, outre qu'on peut lacérer quelques-uns des petits muscles qui meuvent les osselets, la sensation que donnent ces petits os, dont le périoste est si mince que c'est presque comme s'il n'y en avait pas, fera toujours croire à une carie, quand même elle n'existerait point, si l'on s'en rapportait à ce seul signe.

L'opération a été pratiquée ; le polype n'avait ni la facilité à saigner des végétations muqueuses, ni la dureté qui caractérise les polypes fibreux; il n'avait pas non plus l'aspect cancéreux; il était fort petit, et il a été possible de s'assurer par l'opération qu'il s'agissait d'une tumeur très singulière, qui consistait en une sorte de petit kyste, à coque sèche, mince et friable, renfermant une matière qui s'est échappée pendant les tractions. Cette tumeur paraissait être cutanée avec une petite poche qui n'avait pas l'air de pénétrer profondément.

L'insertion a été cautérisée avec le nitrate d'argent, et, le lendemain de l'opération, il a été possible d'en voir le fond, et, un peu plus loin, d'apercevoir des laciniures qui pénétraient assez avant dans le conduit, d'où il suit qu'il y avait véritablement deux espèces de tumeurs : un kyste comme sébacé probablement, et une autre petite masse se continuant par une racine et dont la nature nous est inconnue.

Tumeur de mauvaise nature dans l'épaisseur de la cloison pharyngo-laryngienne.

Au numéro 9, est couché un jeune homme de vingt et quelques années, venant de la province, d'une constitution médiocre, assez maigre, disant cependant se bien porter, et n'avoir jamais eu de maladies sérieuses.

Il y a un an à peu près, il prit, dit-il, un coup d'air, et commença dès-lors à éprouver de la difficulté dans la respiration et dans la déglutition; il remarqua aussi que le timbre de sa voix s'altéra. Il n'a jamais eu la syphilis, n'est pas sujet aux rhumes, et n'a pas craché de sang. On comprend, sans qu'il soit besoin d'y insister, la valeur de ces renseignements.

L'hiver dernier, dans des efforts de toux et de vomissements, il rendit, toujours d'après lui, une sorte de morceau de chair et du sang; cela lui creva dans la gorge : ce sont les expression dont il se sert. Il se trouva soulagé après cette expulsion. Mais bientôt les accidents reparurent; la gêne dans la déglutition devint considérable; il consulta un médecin qui lui trouva une tumeur dans le gosier et l'enleva ; le malade fut soulagé encore une fois, mais la maladie ne tarda pas à repaître ; on procéda de nouveau à l'ablation de la tumeur; elle reparut encore, et devint telle enfin qu'on la trouve aujourd'hui; car le malade se décida alors à venir à Paris, espérant qu'on pourrait l'y guérir.

Ce jeune homme ne paraît d'ailleurs éprouver aucun symptôme général; il n'a pas de fièvre, et assure qu'il mangerait avec appétit s'il lui était possible d'avaler. Il respire, il est vrai, avec peine, mais en prenant certaines positions la fonction se fait encore suffisamment pour qu'il ne soit pas tourmenté sous ce rapport.

En examinant l'arrière-bouche, on ne voit rien; mais quand on fait pénétrer le doigt profondément dans le pharynx, on trouve une tumeur qui peut avoir 4 à 5 centimètres de longueur jusqu'au point qu'on peut atteindre, et 2 ou 3 d'épaisseur à peu près. Ses dimensions doivent être plus étendues; car le doigt ne parvient pas à atteindre ses limites en bas, et à arriver sur les tissus sains. Cette tumeur est inégale; elle donne une sensation de fongosité; elle saigne quand on la touche, mais peu, cependant. Elle suit d'ailleurs les mouvements du larynx. Il est vraiment très singulier qu'une tumeur de ce volume puisse exister dans cette région sans avoir déjà suffoqué le malade.

A quelle paroi appartient-elle ?

Une tumeur dans ce lieu peut naître d'un grand nombre de points différents. Elle peut venir de la base de la langue, de l'épiglotte, de la paroi postérieure du pharynx, des vertèbres même, de la cloison pharyngo-laryngienne. Nous pensons que ce dernier siége est le véritable, sans pouvoir l'affirmer d'une manière positive, cependant, à cause de l'impossibilité qu'éprouve le doigt à dépasser ses limites ; mais cette hypothèse réunit le plus de probabilités, parce qu'il est évident d'abord qu'elle n'a pas son point de départ à la base de la langue ou à l'épiglotte; ensuite, quand on fait pénétrer le doigt dans le larynx, on constate que la tumeur est en arrière. Il est donc très présumable qu'elle s'élève de la cloison qui sépare les deux conduits.

Quelle est la nature de cette tumeur ?

C'est une question extrêmement difficile à résoudre. Dans cette région, apparaissent des végétations ; mais le malade assure n'avoir jamais eu la syphilis, et nous sommes disposé à le croire, parce qu'il paraît comprendre qu'il y aurait intérêt pour lui à l'avouer si la chose était vraie. D'ailleurs, une autre considération nous porte malheureusement à croire que ce jeune homme dit la vérité, c'est que les végétations, suite d'infection syphilitique, apparaissent plutôt dans le larynx que dans le pharynx. Nous disons que c'est une circonstance malheureuse pour ce malade qu'on ne puisse pas soupçonner la vérole comme cause de la maladie dont il est atteint; car chacun comprend combien il vaudrait mieux, pour lui, que ce fût une maladie syphilitique, sur laquelle, au moins, nous aurions prise par des médications qui, si elles ne réussissent pas toujours dans de semblables cas, sont cependant assez souvent aussi suivies de succès.

Après les végétations vénériennes, arrivent les végétations cancéreuses. Ce malade, pourtant, n'a pas la teinte qui caractérise la cachexie cancéreuse; sa coloration est encore naturelle; d'un autre côté, les fongus cancéreux repoussent avec plus de rapidité que n'a paru le faire celui ci. Quand on les opère, il semble que l'opération même les rend plus vivaces et leur accroissement marche plus promptement qu'avant l'ablation. Les fongus cancéreux saignent très facilement; non-seulement ils donnent lieu à des suintements de sang quand on les touche, mais ils en laissent écouler spontanément sans qu'ils soient le siége d'aucune irritation extérieure. La tumeur de ce malade, au contraire, non-seulement ne saigne jamais seule, mais encore saigne fort peu, même quand on la touche. Il reste donc une lueur d'espérance ; nous disons une lueur; car malgré le désir que nous avons de nous tromper, nous craignons fort que cette tumeur ne soit de mauvaise nature, et l'on sait ce que cela signifie pour le malade.

Est-il besoin d'établir le pronostic ? Evidemment il ressort tout entier des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer sur la nature de la maladie. C'est une tumeur très grave. Elle tire sa gravité de deux sources, de sa nature et de sa situation, puisqu'elle conduit fatalement le malade à périr par l'asphyxie ou le défaut d'alimentation.

Quant à la thérapeutique, elle est non moins embarrassante; les remèdes autres que l'ablation il n'y faut pas songer, et l'enlèvement d'une pareille tumeur est quelque chose de fort grave; car située entre deux conduits également indispensables à la vie, profondément étendue dans l'épaisseur de leur séparation, outre les difficultés de l'opération elle-même, on demeurerait sans aucune ressource s'il survenait une hémorrhagie. Sans cette dernière crainte, à la rigueur l'ablation serait possible.

Il ne restera donc plus contre les accidents que cette tumeur déterminera bientôt, que deux moyens extrêmes destinés, non à guérir, mais à prolonger seulement la vie du malade, la trachéotomie contre l'asphyxie, et une sonde œsophagienne contre l'inanition. Ce sont de tristes extrémités sans doute, mais il n'en existe pas d'autres.

Au reste, c'est un malade dont l'état est tellement grave et intéressant que nous l'examinerons encore, et que nous réfléchirons de nouveau aux chances que pourrait présenter l'extirpation de cette tumeur.

— Si l'opération est pratiquée, nous en rendrons compte.

Ulcération phagédénique de la jambe. Du pronostic.

Une femme de soixante-huit ans, couchée au n° 16, présente une maladie sur le pronostic de laquelle il est utile d'appeler l'attention, à cause de son apparente bénignité et des conséquences graves qu'elle entraîne quelquefois.

Cette femme paraît avoir eu plusieurs maladies; elle a le nez écrasé; elle prétend que cela date de son enfance; la chose est possible, mais il se peut aussi que ce soit un résultat d'une affection vénérienne, dont on retrouve quelques traces probables sur la jambe droite, où se montre une vieille cicatrice datant de trente à quarante ans. La femme aurait été à cette époque sept mois à l'Hôtel-Dieu pour une ulcération.

Aujourd'hui, cette malade présente à la face postérieure de la jambe droite aussi, une ulcération qui serait survenue à la suite de contusion, d'une chute sur l'angle d'un meuble. Elle a traité cela chez elle avec des cataplasmes, de l'extrait de saturne.

Cette ulcération a environ un décimètre de long sur quatre à cinq centimètres de large; elle comprend toute l'épaisseur de la peau, toute la couche sous-cutanée et va jusqu'à l'aponévrose, qui est compromise elle-même. On voit encore les restes d'une eschare, qui témoignent que la gangrène s'est emparée des parties; les bords de l'ulcération sont d'ailleurs flasques, décollés; en un mot, il existe là tous les caractères d'un ulcère phagédénique.

On sait que le pronostic de ces sortes d'ulcérations peut être grave; on voit quelquefois cette gangrène gagner de proche en proche, s'étendre sous la peau, et ne se borner qu'après avoir produit de grands dégats. Nous en avons eu un exemple, à ne pas oublier, chez un homme dont le doigt s'est mortifié spontanément; la gangrène s'est emparée des tendons et a gagné jusque dans la paume de la main.

On a essayé aujourd'hui le pansement de l'ulcération avec un baume excitant, le baume d'Arcœus. Si demain l'aspect est le même, nous cautériserons avec le nitrate liquide acide de mercure.

— Un malade a succombé cette semaine dans le service; c'était un homme, couché au n° 44, qui était entré le 22 avril pour une carie et une nécrose du pied gauche. Il était décidé à se laisser extraire les os mortifiés, mais ne voulait pas être amputé. M. Velpeau, croyant la chose possible, l'avait admis; au bout de quinze jours, des fragments assez volumineux se sont présentés et sont sortis sans difficultés; le malade a été mieux. De l'inflammation est survenue; un abcès, qu'on a ouvert; une suppuration abondante s'est montrée : tout s'est calmé. Il y avait quinze jours que ces accidents étaient apparus, quand il a été pris de fièvre et de si-

---

droit d'être surpris de l'espèce d'oubli dans lequel elle est habituellement délaissée.

» Dans ses fonctions, si modestes en apparence, la garde-malade, en effet, tient en partie dans ses mains la réputation du médecin, le salut du malade, fort souvent la bourse de ce dernier, et quelquefois des secrets de famille.

» Ce sont là, ce me semble, des considérations d'un assez haut intérêt pour qu'il y ait tout à la fois convenance et utilité à appeler sur cette question l'attention du corps médical et la sollicitude de l'autorité.

» Examinons donc rapidement quel est le degré de capacité et de moralité que présentent *en général* les garde-malades. (Je dis *en général*, car parmi les femmes qui se livrent à cette humble profession, il en est, je ne l'ignore point, qui, par leur douceur, leur probité, leur dévouement et leurs connaissances, sont les anges gardiens des familles et la providence des voyageurs.)

» Et d'abord, comment et à quel titre une femme devient-elle garde-malade? Où puise-t-elle l'instruction nécessaire pour exercer au moins convenablement cet état?

» Le voici en quelques mots et à peu d'exceptions près :

» Une femme est tombée dans la misère par inconduite ou par suite de malheurs réels; un soir, elle se couche le désespoir dans l'âme et *ne sachant plus de quel bois faire flèche*....., le lendemain elle se lève.... garde-malade!.... Oh! mon Dieu, c'est là tout.

» Vigilance, patience, discrétion, probité, savoir, expérience, etc., toutes les vertus, toutes les qualités de l'état lui sont venus dans une NUIT!

» Et c'est aux soins de ces femmes que l'on confie tous les jours sa mère, son mari, ses enfants, etc., tout ce que l'on a de plus cher au monde; c'est à elles, *à elles seules*, que le voyageur malade, loin de sa famille et entouré d'étrangers, fût-il millionnaire, doit demander des services affectueux, intelligents et *délicats !*

» En vérité, je crois rêver en écrivant ces lignes, tellement ici l'absurde et le déplorable le disputent au vrai !

» Voyons maintenant ces femmes à l'œuvre : appelée auprès d'un malade, une garde devient presque toujours aussitôt sa directrice suprême, et de plus son intendante, surtout si ce malade est un célibataire ou un voyageur. Médicaments, sangsues, sucre, miel, sirops, citrons, oranges, confitures, bouillons, aliments, linge de literie, de corps et de pansement, etc., etc., tout cela est de son ressort, tout cela passe entre ses mains... Ce simple aperçu doit suffire, je pense, pour faire comprendre, de reste, que l'on ne saurait trop exiger de *moralité* chez les femmes de cette profession. Néanmoins, et ne fût-ce que pour l'instruction de mes confrères, je consignerai ici le fait suivant :

» Dans le mois de mars 1845 (*ab uno disce omnes*), je fus appelé pour donner des soins à un *voyageur*, M. D., administrateur des hôpitaux de Lyon, atteint d'un commencement d'hémiplégie. Après une forte saignée du bras, je crus devoir prescrire, en outre, une application de *vingt* sangsues sur la région mastoïdienne. Cette application eut en effet lieu, et, à ma première visite, la garde-malade me déclara que les *vingt* sangsues avaient *toutes admirablement pris*.

» Quelques jours après, M. D., dont la santé s'était rapidement améliorée, se plaignit d'une douleur assez vive qu'il éprouvait au pavillon de l'oreille, et qu'il attribuait à la morsure d'une sangsue. J'examinai alors pour la première fois, je l'avoue, les piqûres de ces annélides, et je reconnus, à ma grande stupéfaction, que non-seulement les sangsues avaient à peu près mordu où bon leur avaient semblé, mais encore qu'il n'existait que NEUF *piqûres!*... Onze sangsues à 50 centimes chacune font, selon Barême, 5 francs 50 centimes; je n'ai pas trouvé de meilleure explication de ce phénomène.

» Je me gardai bien, on le conçoit, de faire part de ma découverte à mon malade, et, si j'en parle aujourd'hui, c'est uniquement, je le répète, pour que mes confrères en fassent leur profit, comme j'en ai fait le mien depuis cette époque.

» Suivons actuellement la garde-malade dans l'exercice de ses fonctions.

» Dès son entrée dans une maison, son premier soin est de s'assurer si elle aura un bon fauteuil pour sa nuit, une cheminée ou un fourneau pour son café, etc, précautions assurément fort naturelles, mais qui ne devraient jamais venir qu'en dernière ligne.

» L'ordonnance du médecin est enfin le sujet de son attention. A-t-il prescrit des lavements, des vésicatoires, des fomentations, des cataplasmes, des bains, etc., la *diète;* sa figure se rembrunit. Mais a-t-il ordonné de l'orangeade, de l'eau de groseilles, des sirops (je pourrais dire *des sangsues*), des consommés, du poisson, du poulet, etc., oh! alors une douce satisfaction se peint sur tous ses traits. Cette différence de traitement est aussi pour beaucoup dans la manière dont la garde *apprécira* le talent de MONSIEUR LE DOCTEUR. Car les garde-malades (il faut le dire à la honte du public, bien plus encore qu'à celle du corps médical) sont, à leur gré, la providence ou le fléau des médecins : la providence du médecin *sans dignité;* le fléau du praticien *honorable*.

» Entendez, en effet, la plupart de ces femmes, surtout celles qui, vieillies à Paris sous le harnais, commencent invariablement leurs phrases par ces mots sacramentels : *Du temps de M. Dupétrin...;* entendez-les discourir en termes que leur eût enviés Molière, et avec un aplomb à désespérer nos célébrités, sur la nature d'une maladie et sur les moyens curatifs prescrits ou à employer, et dites-moi si, révolté de tant d'ignorance unie à tant d'effronterie, le praticien qui se respecte ne doit pas alors exprimer hautement l'indignation et le mépris que lui inspire l'impudence de ces commères!

» Eh bien, ce qui vous révolte, vous praticien consciencieux, ce qui vous indigne au delà de toute expression, est au contraire un baume consolateur pour les trois quarts des malades. Car la plupart d'entre eux, riches ou pauvres, ont plus de confiance dans le jargon scientifique de cette femme, que dans toutes vos connaissances à diplôme...

» Règle générale du public en ce qui concerne la médecine.

» *Moins l'on est médecin, mieux l'on doit guérir!*.... Voyez plutôt si depuis la *bonne femme* jusqu'à (......), cette règle souffre la moindre exception?

» Mais poursuivons notre examen.

» Il est, on le sait, une foule de prescriptions médicales qui doivent être à peu près exclusivement exécutées par les garde-malades. Sachons donc comment elles s'acquittent pour la plupart de cette partie si importante de leurs fonctions.

» Vous ordonnez une application de sangsues à l'anus : examinez cette région après l'opération; vous trouvez beaucoup de piqûres aux cuisses, aux fesses, et à peine une ou deux à la marge de l'anus. Vous prescrivez un lavement : ce lavement est administré trop chaud ou trop froid; et comme ces femmes n'ont et ne peuvent avoir la moindre idée de la disposition anatomique du rectum, elles blessent fréquemment le malade en introduisant le bec de la seringue.

» Est-ce un cataplasme qu'il s'agit d'appliquer, ce cataplasme, presque toujours mal confectionné, est trop petit, trop mince ou trop épais. Une simple infusion à faire, votre malade prend une décoction horriblement chargée. Entre-t-il de l'éther ou une substance volatile quelconque dans une potion, vous trouvez constamment le bouchon à côté du vase qui le contient. Une autre potion contient-elle des poudres insolubles ou des oléagineux, la garde ignore qu'il faut l'agiter au moment d'en administrer une cuillerée au malade. Y a-t-il un cautère ou un vésicatoire à panser, soyez sûr qu'au bout de quelques jours la peau du pourtour de la plaie sera enflammée par suite de la malpropreté qui s'y est accumulée, etc., etc. Mais comme cette revue, assez dépourvue d'intérêt du reste, serait beaucoup trop longue si je la faisais complète, je passerai sous silence les bains, les pédiluves, les frictions, les fomentations, c'est-à-dire vingt autres petites opérations qui, toutes du ressort d'une garde, exigent toutes une instruction, des connaissanceset une expérience qu'une femme qui s'est faite de son chef *et en une nuit* garde-malade ne saurait certainement posséder!

» Après cet exposé de l'état général de la profession de garde-malade, peut-être me sera-t-il permis de conclure qu'une réforme de cette profession est aussi nécessaire qu'urgente?

» Mais en quoi devrait consister cette réforme?

» Question infiniment plus difficile à résoudre qu'on ne le croirait au premier abord, et sur laquelle, ainsi que je l'ai dit en commençant, je me bornerai à appeler la sérieuse attention du corps médical et la sollicitude de l'autorité. »

gnes de pneumonie, mais constatables seulement par l'auscultation. Il n'y a pas eu de crachements de sang, pas de douleur de côté; du râle crépitant seul a éclairé le diagnostic. Saigné trois jours de suite, le sang s'est montré couenneux, puis la suffocation est devenue considérable. On a donné le tartre stibié, selon la méthode rasorienne, et le malade a expulsé des concrétions membraneuses dans lesquelles on a pu reconnaître la forme des tuyaux bronchiques; il a succombé sans crachements de sang et sans douleur dans la poitrine.

C'est là un cas de pneumonie insolite dont M. Nonat aurait parlé, mais qui ne serait pas décrite. Si l'autopsie apprend quelque particularité intéressante, nous la ferons connaître dans le prochain compte-rendu. PAJOT.

Bibliographie.

Traité de Nosographie médicale; par J. Bouillaud. (Cinq volumes. Chez J.-B. Baillière.)

(Deuxième article.)

Voici maintenant le cadre dans lequel M. Bouillaud a disposé les affections morbides qui forment le domaine de la pathologie interne.

Ce cadre comprend douze classes, savoir :

1re *classe*. Fièvres et inflammations (ou pyrexies).

2e *classe*. Affections consistant en un défaut d'excitation, d'action vitale.

Appendice aux deux premières classes. Excès et défaut d'hématose.

3e *classe*. Ataxie des centres nerveux.

4e *classe*. Maladies miasmatiques et virulentes.

5e *classe*. Hétérophies, hétérocrinies et hétérogénies, d'origine non inflammatoire.

6e *classe*. Epanchements en général, et épanchements de sang, ou hémorrhagies, en particulier.

7e *classe*. Solutions de continuité et communications anormales.

8e *classe*. Changements de position et de direction, ou déplacements et déviations.

9e *classe*. Adhésions, connexions et insertions anormales.

10e *classe*. Changements d'étendue, de volume et de capacité.

11e *classe*. Corps étrangers et retenta.

12 *classe*. Changements relatifs à la configuration, au nombre et à l'existence même des organes et de leurs parties constituantes.

Ces classes sont divisées, quand il y a lieu, en ordres et en sous-ordres. La première classe, par exemple, comprend trois ordres :

Celui des phlegmasies proprement dites et des fièvres continues ;

Celui des irritations proprement dites et des fièvres intermittentes ;

Celui des produits des irritations et inflammations considérés en eux-mêmes.

Si la *critique* est plus facile à mesure que l'*art* offre plus de difficultés, rien ne doit être plus aisé que de critiquer une classification. Voici d'ailleurs l'opinion très loyalement exprimée par M. Bouillaud lui-même sur l'ordre qu'il a adopté: « Malgré, dit-il, tous les efforts que depuis plus de dix ans j'ai tentés presque chaque jour pour trouver une classification nosologique qui satisfit aux conditions fondamentales d'une œuvre de ce genre, *je n'y suis point encore parvenu au gré de mes propres désirs*. » Cette louable sincérité n'est point compromettante si, comme l'a dit M. Forget, « une classification de tout point satisfaisante est impossible. » Du reste, il suffit, au point de vue pratique, nous voulons dire pour l'utilité du livre, que la classification soit telle que l'universalité des maladies puisse s'y ranger.

Pourtant, et bien que nous n'ayons pas la prétention de *proposer des améliorations*, nous présenterons quelques remarques à ce sujet. Le passage suivant nous en donne le droit et nous en fait presque un devoir : « Je m'empresserai, dit M. Bouillaud, de profiter de toutes les améliorations qui pourraient m'être proposées, et je ne cesserai, pour ma part, de travailler au perfectionnement de cette partie de mon ouvrage. »

Le temps serait venu, pensons-nous, d'inaugurer une classification qui ferait des maladies deux parts, suivant qu'elles auraient leur siége primitif dans les liquides animaux ou dans les solides.

Les exanthèmes fébriles (rougeole, scarlatine, variole), le typhus, la peste (typhus d'Orient dans notre opinion comme dans celle de M. Bouillaud), les fièvres intermittentes miasmatiques, la morve, la syphilis, la rage, l'infection purulente, le scorbut, le purpura hæmorrhagica, certaines hémorrhagies, certaines gangrènes, certaines hydropisies, la pléthore, l'anémie, la chlorose, la glucosurie, l'asphyxie, les scrofules, les tubercules, le cancer, la goutte, la gravelle, etc., composeraient la première classe, celle des maladies des liquides animaux.

On y ferait rentrer un grand nombre de maladies de la peau. Quand on voit une affection cutanée se reproduire, se généraliser sans qu'aucune cause extérieure puisse en rendre compte, on a le droit de supposer que la cause est intérieure, et alors où peut-elle être si ce n'est dans le sang? Certainement, beaucoup de dermatoses sont des maladies humorales dont la manifestation extérieure n'est pour ainsi dire que l'*enseigne*.

On ne s'étonnerait pas de voir le tubercule et le cancer au nombre des maladies des liquides. Si, en effet, il y a une condition générale pour la production du tubercule et du cancer; si ces maladies sont diathésiques, cette condition, cet élément de la diathèse, il faut bien qu'on les cherche dans le sang.

A un autre point de vue, peut-on concevoir le cancer, le tubercule, autrement que comme des organes s'étant développés et vivant d'une vie propre au sein et aux dépens d'un organisme? Or, où sont les matériaux de tous les organes, normaux ou anormaux, si ce n'est dans le sang.

Donc le cancer, donc le tubercule sont primitivement dans le sang, et doivent être étudiés à titre de maladies du sang.

Dans cette étude des affections morbides des liquides animaux, on ne suivrait pas un ordre arbitraire.

Il y a trois liquides composants : le sang, le chyle, la lymphe. On étudierait successivement les maladies de ces trois liquides.

Relativement au sang, on considérerait :

1° Les altérations de ses principes médiats, sur lesquelles on n'a encore que très peu de données;

2° Les altérations de ses principes immédiats : fibrine, albumine, globules, etc.; ces principes peuvent être *a* augmentés (exemple, la fibrine dans l'inflammation); *b* diminués (exemple, la fibrine dans la fièvre typhoïde, dans le scorbut; les globules dans la chlorose); *c* altérés (exemple, la fibrine dans les mêmes cas où elle est diminuée; mais on n'a rien de bien positif à cet égard);

3° Enfin, les altérations du sang dans son entier.

Il peut être augmenté (pléthore), diminué (anémie), altéré soit par un poison morbide (morve, rage, infection purulente, syphilis, etc.,), soit par un venin naturel (miasmes, venins, etc.).

Cet ordre est celui qui a été suivi par M. Andral dans son cours de pathologie et de thérapeutique générales.

La scrofule serait rattachée à l'hydrémie. La diathèse scrofuleuse est l'exagération du tempérament lymphatique, qui est très mal nommé ainsi, et qui serait bien appelé tempérament hydrémique, de même que le tempérament dit sanguin serait mieux désigné sous le nom de tempérament cruorique.

Qu'il y ait dans la scrofule autre chose que l'hydrémie, on peut le supposer; mais la démonstration d'un élément morbide spécial dans cette diathèse ne semble pas possible, tandis que, de toute évidence, les scrofuleux, pour la plupart, sont lymphatiques à l'excès, c'est-à-dire hydrémiques, d'où il suit, encore une fois, que l'histoire de la scrofule serait logiquement placée à l'article de la pléthore aqueuse.

A l'occasion des altérations de la lymphe et du chyle, on aurait à rechercher la signification de ces faits curieux dans lesquels le sérum du sang a l'apparence laiteuse. Cette apparence est due à des corpuscules de matière grasse analogues aux granules moléculaires du chyle, ce qui ferait supposer que, dans ce cas, il y a une atteinte portée à la nutrition dans sa source même. Voici comment : ces granules sont aux globules du chyle, ce que les globules blancs du sang, qui ne sont autres que les globules du chyle arrivés dans les veines, sont aux globules rouges suivant la théorie de M. Donné; c'est-à-dire, que, premiers éléments solides de l'organisme, ils servent à former les globules du chyle. Or, dans les cas de sang laiteux, il y aurait un arrêt de développement par lequel ces granules ne se formeraient pas en globules, et arriveraient tels quels dans le sang.

Les maladies des solides seraient étudiées par appareils, puis par organes, en commençant par le système nerveux.

On étudierait dans les solides :

1° L'irritation ;

2° La congestion ;

3° L'inflammation ;

4° Les effets et produits de l'inflammation (adhérences, oblitérations, etc.);

5° Les hémorrhagies indépendantes d'une altération du sang ;

6° La diminution et la suspension du mouvement circulatoire dans une partie ;

7° La localisation dans certains solides des maladies diathésiques, étudiées dans la première classe (cancer, tubercules, etc.);

8° Les lésions de la nutrition (hypertrophie, atrophie, hétérogénie);

9° Les lésions par suite d'un vice dans les actions organiques (aménorrhée, impuissance, etc.);

10° Enfin, les lésions physiques, mécaniques, statiques.

Les lésions de sécrétion seraient rattachées en partie à la première classe (exemple: la glucosurie), en partie à la seconde (exemple: l'albuminurie).

Dans la glucosurie, c'est le sang qui est affecté primitivement, et qui, faute des alcalis nécessaires, ne dissout pas le sucre des aliments. Dans l'albuminurie, le sang est affecté secondairement, par suite de la lésion des reins. Différence radicale qui justifierait le classement de ces deux maladies dans deux ordres distincts. Nous n'ignorons pas combien ces questions sont controversées ; mais nous nous rangeons aux solutions qui nous ont paru avoir le plus de faits en leur faveur.

Cette nosographie commencerait par des généralités dans lesquelles les maladies seraient considérées en elles-mêmes. On étudierait les maladies avant d'étudier les organes malades.

Nous n'avons pas d'illusions sur cette classification; mais nous maintenons notre point de départ, savoir: que, dès à présent, on pourrait instituer une nosographie dichotomique.

M. Bouillaud a adopté un autre cadre, plus en harmonie avec l'ordre généralement suivi, et à la rigueur on le conçoit. C'est surtout pour les élèves que le célèbre professeur a écrit sa nosographie. « Si cet ouvrage, dit-il, peut être utile aux élèves, son auteur aura reçu la plus douce des récompenses, et il remerciera la Providence de lui avoir permis de l'achever. » Avec cette préoccupation, dont la jeunesse lui sera reconnaissante, on comprend que M. Bouillaud ait pu craindre d'ajouter aux difficultés de l'étude par une innovation trop radicale. D'autant plus que, pour l'élève, ce qui importe, c'est que la maladie soit bien décrite. La logique scientifique examine le point de vue général et l'enchaînement. L'élève a besoin du détail; plus tard il se préoccupera de l'ensemble. Quant à présent un certain ordre pour ainsi dire matériel lui suffit. Le sens de la généralisation est le dernier qui se développe dans l'éducation de l'esprit.

En l'absence d'une classification qui lui permît de grouper toutes les affections dans lesquelles il existe primitivement une altération du sang, l'auteur a été conduit à ranger les fièvres éruptives, par exemple, parmi les inflammations de la peau. Mais il a soin de bien faire remarquer que l'inflammation cutanée, dans ces pyrexies, est l'élément secondaire, et il s'exprime à ce sujet en termes qui méritent d'être cités.

« Au reste, dit-il, les phlegmasies cutanées de cette catégorie (scarlatine, rougeole, variole), ne sont qu'un des moindres éléments des fièvres continues spécifiques, auxquelles il a été jusqu'ici d'usage de les rattacher; elles en constituent en quelque sorte la forme plutôt que le fond. En *sacrifiant à l'usage* reçu, nous sommes loin assurément de sacrifier à l'erreur de ceux qui s'imagineraient avoir donné une idée *complète* de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, en les considérant comme des phlegmasies de la peau, erreur d'autant plus impardonnable, d'ailleurs, que la phlegmasie cutanée ne se manifeste que quelques jours après le développement de la fièvre continue spécifique, en laquelle consiste essentiellement chacune de ces pyrexies générales. »

On le voit, l'auteur fait un sacrifice à l'usage. Nous avons souligné ces mots, qui viennent à l'appui de notre interprétation du motif qui a pu le déterminer dans le choix de sa classification.

Puisque, incidemment, nous avons été amené à mentionner les maladies de la peau, on nous permettra d'exprimer tout de suite, en quelques mots seulement, notre opinion sur le chapitre que M. Bouillaud leur a consacré, quitte à revenir ensuite sur nos pas. Ce chapitre a environ deux cent cinquante pages. Il y règne une extrême clarté, comme au surplus dans l'ouvrage tout entier. Les descriptions sont courtes, nettes, frappantes; les doctrines rapidement exposées et sainement discutées. Cette histoire des dermatoses, si fastidieuse pour l'élève, si accablante, est ici d'une lecture très facile, on peut même dire attachante. M. Bouillaud se plaît à citer son savant collègue de la Charité, M. Rayer, auquel il emprunte sa classification, et qu'il laisse parler lui-même, autant que possible, comme il fait du reste à l'égard des autres auteurs, avantage inappréciable pour le lecteur, qui, ainsi, n'a pas sujet de craindre les altérations involontaires dans les doctrines rapportées ou discutées.

La première classe des maladies (inflammations, fièvres et irritations) remplit les trois premiers volumes et une grande partie du quatrième.

L'auteur entre en matière sur les maladies de cette classe par des considérations générales sur l'inflammation et sur les fièvres. La moitié environ du premier volume est légitimement consacrée à ces importantes généralités.

Il est impossible d'être plus complet et à la fois plus concis que ne l'a été M. Bouillaud dans son exposition raisonnée des doctrines sur l'inflammation. J. Hunter, Bichat, Boerhaave (à propos de Bichat), Pinel, Richerand, Broussais, Tommasini, Dupuytren, Maraudel, M. Roche, M. Andral, M. Magendie, M. Dubois (d'Amiens), sont cités successivement et discutés. M. Bouillaud cherche dans l'auteur dont il parle le passage qui résume le mieux son opinion, et ils transcrit ce passage: nous avons déjà loué ce procédé, le meilleur et non le plus facile.

M. Bouillaud fait bonne justice de l'opinion suivant laquelle l'afflux du sang dans la partie enflammée résulterait, non de l'irritation, mais de la diminution de la résistance, provenant d'une solution de continuité des capillaires. « Je ne prétends pas assurément, dit-il, nier l'influence d'une cause dont la physique la plus vulgaire nous fait connaître les effets si nombreux; mais il est clair comme le jour que l'explication fondée sur cette donnée n'est pas applicable à l'afflux du sang qu'on observe dans l'inflammation ou la phlogose ordinaire la plus simple, puisqu'alors il n'existe aucune solution de continuité des vaisseaux malades.... » Ajoutons que, la diminution de la résistance par suite d'une solution de continuité n'exclut pas l'irritation; l'une et l'autre sont des résultats connexes du premier fait, la solution de continuité.

La conclusion principale de l'examen des doctrines sur l'inflammation est que de « nouvelles recherches d'une observation attentive, faite avec les méthodes et les instruments usités dans les sciences exactes ou physico-chimiques, sont nécessaires pour qu'il soit permis de formuler une théorie définitive de l'inflammation. »

Depuis que ce passage a été écrit, les recherches désirées ont été faites, et l'on peut donner aujourd'hui une base solide à la théorie de l'inflammation. Ces recherches, nous les trouvons dans le précieux ouvrage de M. le docteur H. Lebert.

M. Dubois, dans ses expériences, avait vu l'accélération des courants capillaires (pas toujours); puis le ralentissement de ces courants (toujours); ensuite les propulsions saccades; en quatrième lieu, les mouvements de va-et-vient; enfin, la cessation de tout mouvement : telle serait la succession des phénomènes dans l'acte de l'inflammation.

Voilà une analyse faite avec soin, et nous ne pouvons qu'en louer M. Dubois, quel que soit le sentiment que nous inspirent, d'ailleurs, certaines conclusions excessivement tranchantes et le ton général de son livre.

Mais, dans cette analyse minutieuse, un mot, un détail manqué. Ce mot, ce détail si fin, c'est, à nos yeux, l'assise fondamentale de la théorie de l'inflammation.

A quoi tient l'accélération du sang ? Voilà la question.

Si ce pourquoi est trouvé, le premier fait de l'inflammation est trouvé aussi : chose immense!

M. Lebert, sans se préoccuper de la théorie, sans rien déduire; M. Lebert, rigoureux et infatigable observateur, va nous donner ce pourquoi, et éclairer tout à coup notre horizon d'une vive lumière. Il dit : « Le premier phénomène que nous vîmes survenir comme résultat de l'irritation était une accélération de la circulation capillaire, *avec rétrécissement momentané du calibre de ces petits vaisseaux*. » Plus loin, il ajoute : « En même temps, le calibre de ces vaisseaux se rétrécit. Cela fait que le sang, dans ces capillaires, paraît plus pâle, vu que sa coloration, pendant la circulation, dépend de la largeur des tuyaux qu'ils traverse. »

Ainsi, le vaisseau se *rétrécit* en même temps que la marche du courant est accélérée.

Ce rétrécissement, que nous caractériserons mieux tout à l'heure, serait le premier fait observable de l'inflammation.

Effectivement, ce n'est pas l'accélération du courant qui pourrait déterminer le rétrécissement du vaisseau. De toute évidence, si cette accélération était le premier phénomène, au lieu de rétrécir le vaisseau, elle le dilaterait, plus de sang, dans un espace de temps donné, arrivant dans le même vaisseau.

Donc, c'est le rétrécissement du vaisseau qui a lieu d'abord; et nous concevons très bien que le vaisseau, en se rétrécissant, précipite le cours du liquide contenu dans son intérieur, comme en pressant un tube élastique ouvert à l'une de ses extrémités, on fait jaillir avec plus de force le liquide qu'il renferme.

Ainsi, rétrécissement du vaisseau, et par suite accélération du sang dans son intérieur: voilà les deux premiers phénomènes de l'inflammation.

Seulement, comme ils se passent dans un espace de temps extrêmement rapide, l'œil ne les sépare pas, et l'observateur dit qu'ils ont lieu en même temps. C'est ici que la raison est apte à corriger le rapport des sens.

Mais ce rétrécissement, qui serait, avons-nous dit, le premier fait observable de l'inflammation, doit être mieux caractérisé.

Le vaisseau se rétrécit parce que ses parois se *contractent*.

Donc, le premier fait observable de l'inflammation, le voici : la *contraction*.

Mais si les parois du vaisseau se contractent, c'est parce qu'elles ont puissance de se contracter, parce qu'elles sont contractiles, parce qu'elles ont en elles la *contractilité*.

Donc on peut dire, arrivé à ce point, que le premier fait de l'inflammation c'est l'augmentation de la contractilité.

Ce n'est point encore là pourtant le fait primordial de l'inflammation.

Si une cause n'était pas intervenue, le vaisseau ne se serait pas contracté; c'est parce qu'une cause a agi sur lui, parce qu'il a *senti* cette cause, qu'il s'est contracté.

Donc, et en définitive, le premier fait de l'inflammation, c'est l'augmentation de la sensibilité.

Broussais a tout rapporté à la contractilité. Son erreur (nous osons l'appeler ainsi), a été de rayer la sensibilité du nombre des propriétés vitales. Il dit : « Lorsque la fibre, pour avoir été touchée par un agent quelconque, se met en état de contraction, on juge qu'elle a senti la présence de cet agent; de là l'expression de *sensibilité* On a donc attribué à la fibre vivante la sensibilité et la contractilité. Mais si le véritable sens de ces deux mots se réduit à ce qui suit :— La fibre s'est contractée parce qu'une cause l'y a déterminée ; — il est clair que la première de ces deux propriétés rentre nécessairement dans la seconde (Physiol. path., t. I, p. 18). » C'est l'opposé qui, à notre avis, est parfaitement clair; et l'on ne peut pas plus confondre en un seul acte l'impression avec la contraction, dans la fibre, que, dans le moral, on ne peut confondre en un seul acte la sensation avec la volition. La contraction sans l'impression serait un effet sans cause. La contractilité sans la sensibilité serait une faculté au repos.

Il serait facile maintenant de définir l'inflammation, en tenant compte de l'*exsudation* qui a lieu après la stase du sang dans les vaisseaux, et dans la matière de laquelle se forment les globules granuleux caractéristiques.

Après l'étude de l'inflammation en général, M. Bouillaud expose les doctrines qui ont régné sur les fièvres. Il traite, dans trois divisions : 1° de la fièvre simple (aiguë et chronique); 2° des fièvres essentielles; 3° des fièvres intermittentes et rémittentes. Il insiste, en discutant Pinel, sur la contradiction qui ressort d'une doctrine dans laquelle toutes les fièvres sont localisées en même temps qu'elles sont déclarées essentielles : comme si l'auteur avait voulu se démentir lui-même dans les mêmes pages, dans les mêmes phrases. Effet manifeste de cette lueur crépusculaire dont nous parlions dans notre précédent article, et à travers laquelle on entrevoit les objets dans les temps de transition!

Prost et Broussais tiennent une grande place dans cette discussion, où Selle n'est pas et ne pouvait être oublié. M. Bouillaud rend une éclatante justice à Prost, et le pose comme un des vrais fondateurs de l'*école organique*. C'est justice. On en jugera par ce passage : « Le but de mes recherches, dit Prost, est depuis longtemps la connaissance des altérations organiques dans les maladies ; je me suis attaché surtout à celles qui donnent lieu aux désordres des fonctions animales et aux *fièvres*..... » Prost, s'écrie M. Bouillaud avec admiration, Prost est un génie méconnu de son époque.

Les doctrines de l'auteur sur la *fièvre simple aiguë* sont depuis longtemps connues : dès 1826, dans sa Pyrétologie, il avait localisé cette fièvre dans le système circulatoire à sang rouge (contenant et contenu). Le nom donné par Pinel à son premier ordre (fièvres angioténiques) pourrait faire supposer que le célèbre nosographe n'avait rien laissé à formuler touchant cette localisation. Mais, comme s'il était sous un joug fatal, le nom heureusement trouvé, qu'il donne à ces fièvres, nom qui contient une localisation, ne l'empêche pas de

déclarer que ces fièvres sont essentielles. Etrange essentialité que celle de la fièvre traumatique, comprise dans cet ordre. « N'est-ce pas là, dit M. Bouillaud, le comble de l'aveuglement ! »

Dans l'histoire de l'angiocardite simple, mieux appelée par M. Piorry angio-hémite, suivant M. Bouillaud lui-même, se trouve un passage explicite qui pourrait inspirer des doutes sur l'existence de la fièvre simple aiguë ou de l'angio-hémite, en tant que maladie indépendante. « Il est d'ailleurs *bien rare*, dit M. Bouillaud, d'ouvrir les cadavres d'individus qui aient succombé à une angio-cardite simple, ou non compliquée d'un élément typhoïde, à moins toutefois que cette fièvre ne coïncide avec une inflammation de quelque organe important à la vie. » S'il en était ainsi, s'il n'était pas bien certain qu'il y eût des autopsies cadavériques démontrant l'existence indépendante de la fièvre; si, d'autre part, le diagnostic de la fièvre idiopathique est *loin d'être facile*, on est amené à penser que Pinel, auquel on a toujours le droit de reprocher d'avoir appelé angio-ténique des fièvres qu'il appelle en même temps essentielles, n'avait pas si tort de rejeter la fièvre simple.

Comme pour la fièvre simple, comme pour les fièvres essentielles, M. Bouillaud, dans la troisième division de son chapitre, consacrée aux fièvres intermittentes, discute Pinel et Broussais; puis il passe en revue les doctrines de MM. Nepple, Boudin, Maillot, Audouard, Piorry et Monneret. Le savant article de M. Monneret l'arrête surtout. Une phrase de ce dernier article nous a vivement frappé..... « C'est par un étrange abus de mots, que l'on place parmi les fièvres intermittentes les fièvres continues et les rémittentes. » Ce n'est pas seulement dans les mots qu'existe l'abus; il existe malheureusement aussi dans la thérapeutique, et l'on voit des médecins d'ailleurs éclairés se laisser dominer exclusivement par l'idée d'intermittence, dans des cas où la congestion est évidente, et où les saignées rapprochées sauveraient peut-être les malades, que le sulfate de quinine, administré comme seule ressource, laisse mourir. L'affection décrite par Puguet et par M. le docteur Clot (Clot-Bey) sous le nom de *dem-el-muia*, et qui est appelée par les indigènes de l'Algérie *selema* ou *bi-kala*, est ainsi, à notre avis, une congestion cérébrale au plus haut degré, que l'on regarde généralement comme une fièvre pseudo-continue. On lira, sur le *selema*, dans le dernier volume des Mémoires de médecine militaire, un article fort intéressant de notre savant confrère et collègue, M. Larger, chirurgien-major, qui nous a révélé ces dénominations arabes, et qui nous pardonnera de placer ici, à côté de l'expression de notre estime pour son travail et pour son talent, celle de notre dissentiment sur la manière de concevoir la nature de cette maladie.

Pour M. Bouillaud, les fièvres intermittentes sont des irritations du système nerveux ganglionnaire, avec ou sans infection paludéenne.

Ce sera pour l'élève, et pour le praticien oublieux des enseignements théoriques de l'Ecole, une lecture à la fois bien instructive et bien attrayante que celle de ces pages où, d'un style admirablement clair et facile, M. Bouillaud a retracé toutes ces grandes discussions, toutes ces belles et glorieuses disputes, qui ont si efficacement agité le monde médical depuis Bichat: discussions, disputes, immense entassement de recherches et de travaux fait pour effrayer de prime abord la jeunesse studieuse, qui en trouvera la notion suffisante dans la moitié d'un volume. On le voit, ce n'est pas un médiocre service que M. Bouillaud a rendu aux études.

Et maintenant convient-il que nous suivions pas à pas l'auteur dans cette longue description de toutes les maladies? Deux motifs nous retiennent: d'une part, cet article dépasse déjà de beaucoup les limites d'une appréciation critique, du moins dans ce journal; de l'autre, il n'y aurait pas utilité. Hé quoi! un homme aura prouvé dans vingt volumes ses qualités pratiques, comme observateur, et sa virtualité comme penseur; pendant quinze ans, il aura formé les jeunes générations à l'étude exacte de la médecine; il aura pour lui la double popularité, le double prestige de l'écrivain et du professeur; il aura, d'une main féconde, touché à l'histoire de toutes les maladies, et, quand cet homme se résume lui-même, on aurait besoin de faire connaître ce vétéran de la science comme on ferait d'une recrue!

Vétéran par le nombre et l'importance des travaux bien plus que par l'âge. A cet égard, une phrase de la préface de M. Bouillaud nous arrête: « Désormais, dit-il, l'âge, les fatigues et les ennuis me commandent la retraite, et j'aspire au repos. » Cette phrase, où se trahissent de secrètes souffrances, nous a serré le cœur. Dieu merci! elle ne saurait exprimer qu'un sentiment passager. Le repos est le besoin des faibles et des vieillards. Vous êtes encore jeune et vous êtes puissant. L'impôt se mesure aux richesses, et à ce compte, quel que soit le tribut déjà payé, vous devez encore beaucoup à la science.

MARCHAL (de Calvi).

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Heureux emploi de l'acide sulfurique comme caustique dans le traitement de l'arthrite chronique; par M. le docteur ROBERT.

M. Robert a employé, avec le plus grand succès, chez trois individus affectés d'arthrite chronique du poignet, la cautérisation transcurrente, pratiquée à l'aide de l'acide sulfurique, sur les parties malades.

Il a encore, actuellement, dans son service à l'hôpital Beanjon, deux individus soumis à cette médication.

Pour procéder à ce nouveau mode de cautérisation, M. Robert trempe un pinceau dans l'acide sulforique, puis il fait, sur l'articulation douloureuse, de quatre à six cautérisations linéaires.

L'efficacité de la révulsion produite sur la peau par l'action du caustique, action superficielle d'ailleurs, a été constatée de manière à ne plus pouvoir être révoquée en doute: elle calme la douleur à ce point que les malades eux-mêmes demandent qu'on leur en fasse de nouvelles applications lorsque l'effet des premières a cessé de se faire sentir.

Emploi du cyanure de potassium contre le tétanos; par M. LAFORE, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse.

M. Lafore a tenté l'administration du cyanure de potassium sur huit chevaux affectés de tétanos.

Chez trois de ces animaux, dont la maladie avait pour point de départ une cause traumatique le médicament est resté tout à fait impuissant; mais chez les cinq autres, dont le traitement était purement idiopathique, la médication a été suivie d'un succès complet.

Bien que, chez l'homme, le tétanos soit beaucoup plus fréquemment traumatique qu'idiopathique, et que, par conséquent il n'y ait pas lieu d'espérer de grands résultats de la médication dont il est question ici; nous croyons cependant que les faits observés et mis au jour par le professeur de Toulouse sont de nature à encourager les praticiens dans l'emploi du cyanure de potassium contre le tétanos.

Formule d'un sirop antispasmodique destiné à la préparation de potions calmantes extemporanées; par M. CAP, pharmacien.

M. Cap prépare ce sirop d'après la formule ci-dessous:

Hydrolat de tilleul deux fois cohobé,	120 grammes.
Hydrolat de fleurs d'oranger double,	15
Sucre très blanc,	270
Faire fondre à froid, puis ajouter:	
Ether sulfurique,	25 grammes.

On place le tout dans l'appareil à sirop d'éther, et on agite de temps en temps, pendant plusieurs jours; après quoi, on laisse reposer. Lorsque le sirop s'est éclairci, on le soutire par le robinet d'en bas, et on le conserve dans un flacon hermétiquement fermé.

En mélangeant une cuillerée à café de ce sirop et deux cuillerées à bouche d'eau fraîche, on prépare extemporanément une potion calmante que l'on peut renouveler à chaque instant.

Il n'est pas besoin d'insister pour faire sentir tout l'avantage que doit présenter une pareille préparation soit aux praticiens de village, qui sont obligés de porter avec eux les médicaments à administrer aux malades qu'ils vont voir, soit aux personnes qui habitent la campagne et qui sont loin des médecins dont elles peuvent réclamer les secours en cas de besoin, soit enfin aux personnes de faible constitution, aux femmes nerveuses, etc., qui ont de longs voyages à faire.

Cas de manie furieuse guérie par l'administration de l'huile de croton tiglium à haute dose; par M. le docteur HEUSINGER, professeur de clinique à Marburg.

M. Heusinger, appelé à donner des soins à un malade de la campagne atteint d'une manie furieuse, prescrivit, pour obtenir un effet purgatif très prononcé, une émulsion de 180 grammes avec 15 gouttes d'huile de croton tiglium à prendre par cuillerées à bouche de deux en deux heures. Toutefois, ce praticien ne se dissimulait pas l'énormité de la dose d'un médicament aussi actif qu'il faisait entrer dans sa prescription.

Deux jours après il revit un des membres de la famille du malade, et sur la demande qu'il lui adressa pour savoir si la potion avait bien été administrée de deux en deux heures, il apprit que, les difficultés étant trop grandes, parce qu'il fallait six hommes pour contenir le malade, la dose avait été donnée en une seule fois. Il en était résulté d'excessives évacuations par le haut et par le bas; des mouvements convulsifs s'étaient manifestés dans les extrémités inférieures; après quoi le malade s'était endormi, et, à son réveil, il s'était enfin retrouvé dans son état de santé.

NOUVELLES.

Nous avons la douleur d'annoncer la perte de notre honorable confrère, M. le docteur Thibert, qui vient de succomber, âgé de trente-huit ans, à la suite d'une courte maladie. Tout le monde connaît ses beaux travaux d'anatomie plastique. Les sciences anatomiques, l'anatomie pathologique surtout, lui doivent beaucoup. Il a été frappé au moment où il allait recueillir le fruit des immenses sacrifices qu'il avait dû faire pour parvenir à l'exécution de ses idées. La mort, on peut le dire, l'a arrêté à l'heure du succès. Toutes les personnes qui ont eu des relations avec lui se louent de sa distinction parfaite et de son empressement à se rendre utile à ses confrères. Il a donné les plus belles preuves de désintéressement dans ses travaux pour le nouveau Musée.

— Les médecins du 1[er] arrondissement, réunis en assemblée générale au nombre d'environ 80, ont, après mûre délibération, adopté à l'unanimité la résolution suivante:

Le corps médical doit, par son influence morale et par l'emploi de tous les moyens légaux en son pouvoir, chercher à obtenir: 1° l'adjonction des capacités ou, en d'autres termes, la fusion des deux listes du jury; 2° la présentation prochaine d'une loi sur la réorganisation de la médecine, dont les dispositions principales devront prononcer l'abolition de la classification des médecins en deux ordres, et assurer la position de la médecine militaire.

Il a été arrêté que les médecins électeurs présenteraient aux candidats à la députation ce souhait de la majorité des médecins de l'arrondissement, et s'efforceraient d'obtenir d'eux un engagement formel à cet égard. En conséquence, deux commissions choisies parmi les médecins électeurs dans les deux camps, ont été immédiatement nommées et chargées de faire connaître aux candidats des deux opinions la résolution de l'assemblée. Après l'élection, ces deux commissions se réuniront pour agir en commun sur le député, et veiller à la réalisation des vœux du corps médical.

— Quelques erreurs typographiques se sont glissées dans l'article de M. le docteur *Chicoyne* sur le traitement de la hernie ombilicale que nous avons publié le 14 de ce mois, nous ne relèverons que la plus importante. Ainsi, dit M. Chicoyne, *il faut dire* la petite plaie résultant de la chute de la portion de peau, *au lieu de dire* le petit *abcès* résultant de la portion de peau. Cette rectification était nécessaire, attendu qu'il ne résulte jamais d'abcès par suite de la chute de la portion de peau mortifiée; et si cela venait à avoir lieu, je le regarderais comme un accident propre à retarder la guerison, ou même à la faire échouer.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 JUILLET, ET SAMEDI 1er AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 89. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 31 JUILLET 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le service de M. Lisfranc renferme un grand nombre de cas intéressants.

A la salle St-Antoine, un jeune homme de dix-sept ans, qui porte un calcul vésical. Cette affection date de l'enfance du sujet. Le malade étant très nerveux, très irritable, supportant avec peine et impatiemment l'introduction d'une simple sonde, on a dû rejeter tout d'abord l'idée de la lithotritie. D'ailleurs, la nature probable et la composition chimique de la pierre suffiraient presque à elles seules pour la faire éloigner. Ce malade a été envoyé par M. Le Roy d'Etiolles, qui doit faire l'opération de la taille. M. Lisfranc a pratiqué deux fois le cathétérisme. De ces explorations résulte pour lui la conviction que le calcul est très dur, mais qu'il est peu volumineux, point important lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la question de savoir si l'on fera la taille hypogastrique, par le haut appareil, ou la taille périnéale.

On a, dit M. Lisfranc, discuté longuement sans pouvoir s'accorder, et l'on s'est demandé si, comme méthode générale, l'une de ces deux tailles devait l'emporter sur l'autre, et laquelle était la plus avantageuse. Ce n'est qu'avec des faits nombreux et bien observés que l'on peut espérer de résoudre définitivement cette difficulté. Mais quelle que soit l'opinion que l'on adopte, on doit toujours prendre en considération le volume du calcul. Pour M. Lisfranc, il regarde la taille par le haut appareil comme beaucoup plus dangereuse et plus souvent suivie de résultats fâcheux que la taille périnéale. Dans le cas actuel, bien qu'il ne soit pas encore fixé sur le diamètre que peut présenter la pierre, et en attendant que l'on puisse se prononcer d'une manière positive, lorsque l'on aura, à l'aide de l'instrument lithotripteur, mesuré le calcul dans plusieurs sens, M. Lisfranc pense qu'il est peu volumineux, et que la taille périnéale suffira.

M. Le Roy-d'Etiolles a examiné aussi le malade. Comme M. Lisfranc, il a reconnu les aspérités nombreuses et très saillantes de la pierre, ce qui le porte à croire aussi qu'elle est fort dure, composée probablement d'oxalate de chaux recouvert, comme il arrive souvent, d'une couche de phosphate ammoniaco-magnésien. Mais, pour le volume, il diffère d'avis avec le chirurgien de la Pitié; il pense, après avoir mesuré approximativement le calcul avec une sonde à très faible courbure, qu'il offre un grand diamètre de 20 à 22 lignes (48 à 50 millimètres). Aussi, croit-il que l'on éprouvera les plus grandes difficultés à l'extraire par le périnée, et préférerait il pratiquer la taille hypogastrique, pour laquelle il ne partage pas les craintes de M. Lisfranc. Suivant lui, si la taille par le haut appareil est suivie si souvent de funestes résultats, c'est qu'on l'emploie trop fréquemment dans des cas désespérés. Nous reviendrons sur ce fait lorsque l'opération aura été pratiquée, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des particularités qu'elle aura présentées.

A propos de ce cas, M. Lisfranc a présenté quelques considérations pratiques relatives aux précautions à prendre lorsque l'on doit lithotritier des sujets nerveux et irritables. Il recommande de n'opérer jamais les calculeux au moment, pour ainsi dire où ils descendent de voiture. Il faut leur laisser au moins quelques jours de repos; leur administrer de temps en temps des quarts de lavement laudanisé, leur pratiquer au besoin une ou deux petites saignées. A l'aide de ces précautions, M. Lisfranc est dans certains cas arrivé à faire supporter la lithotritie à des sujets dans ces conditions exceptionnelles, beaucoup plus aisément que cela n'arrive chez des individus même d'une forte constitution, et d'un tempérament peu irritable.

— Dans le même service étaient couchés deux hommes, complétement guéris maintenant, affectés, l'un d'une fracture oblique du tiers inférieur de la jambe gauche, l'autre d'une fracture oblique également du tiers inférieur de la cuisse. Ces deux sujets entrés, l'un le 10 juin, l'autre le 11, étaient le 21 juillet, c'est-à-dire au 40e jour, dans un état très satisfaisant : consolidation parfaite, cal tellement régulier que le membre n'avait pas subi la plus légère déviation, le plus petit raccourcissement, et qu'il était presque impossible de retrouver par l'examen le plus attentif le point dans lequel avait eu lieu la fracture, tels sont les faits que nous avons pu constater.

M. Lisfranc n'a pas de règle fixe et inflexible pour le traitement des fractures. Comprenant avec tous les hommes d'un sens juste et droit, qu'en chirurgie, pas plus qu'en médecine, il n'est permis de poser ces prétendues *formules* dont on a fait grand abus dans ces derniers temps, mais que les circonstances particulières des cas doivent modifier les méthodes et font surgir à chaque pas des indications nouvelles, M. Lisfranc place tour à tour, et suivant le besoin, les membres fracturés dans l'extension ou dans la demi-flexion.

Nous avons remarqué principalement, dans le traitement des fractures, le soin de chaque jour avec lequel M. Lisfranc remédie au déplacement des fragments, leur oppose tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, les compresses graduées et les attelles, mettant en action ce principe si vrai de Dupuytren, qu'il faut *faire aux déplacements la guerre de partisans.* Dans le but de s'opposer à ces saillies osseuses, à ces changements dans les rapports normalement rétablis, M. Lisfranc panse les fractures récentes tous les deux jours, quelquefois même plus souvent. La raison de cette manière d'agir est celle-ci: que plus une fracture est récente, plus il y a d'irritation dans les parties avoisinantes; cette irritation sollicite l'action musculaire, qui est l'une des causes les plus fréquentes des déplacements osseux; il est donc d'autant plus nécessaire de renouveler fréquemment les applications d'appareils que les fractures sont plus récentes, et les muscles plus susceptibles de provoquer des déplacements par leurs contractions insolites. Au fur et à mesure que les parties musculaires circumjacentes au point de l'os fracturé s'accoutument à ces conditions pathologiques et deviennent moins irritables, il est moins nécessaire de replacer l'appareil aussi fréquemment, et les rapports des fragments restent plus longtemps et plus complètement exacts entre eux.

— Au numéro 38 de la salle Saint-Augustin, est couchée une femme qui porte dans la matrice un polype de la grosseur environ de l'extrémité du doigt auriculaire. Ce polype a ceci de très curieux, que lorsque l'on examine la femme et lorsqu'on explore les organes de la génération, soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum, tantôt on sent avec le doigt ou l'on voit bien distinctement le polype, tantôt il est impossible d'en constater la présence, ce corps étranger étant en quelque sorte remonté dans la cavité utérine, et l'orifice s'étant refermé sur lui. Ce fait étrange n'est pas tellement rare que M. Lisfranc n'ait eu déjà occasion de le rencontrer dans sa pratique. Nous lui avons entendu raconter, entre autres, un fait analogue dont voici l'analyse rapide.

Ce chirurgien fut appelé, il y a quelques années, par M. le docteur Nauche, près d'une femme qui portait, disait ce dernier, un polype de la matrice. M. Nauche avait constaté d'une manière tellement précise le volume et la position du polype, dont il donna la description à M. Lisfranc, que l'opération fut résolue, sauf examen bien entendu, et que jour fut pris pour la faire. Lorsque le chirurgien de la Pitié arriva près de la malade au jour et à l'heure convenus, il pratiqua le toucher, appliqua le *spéculum*, et fut fort étonné de ne rencontrer qu'un polype du volume d'un tout petit pois, dont il fit l'extraction, à la grande surprise aussi de M. Nauche, qui affirmait en avoir reconnu un beaucoup plus volumineux. Le lendemain eut lieu une nouvelle exploration de la malade; le col utérin était entr'ouvert, et l'on constata la présence d'une excroissance polypeuse de la grosseur, en effet, d'une poire d'Angleterre. Comme dans le cas actuel, le

---

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

CINQUIÈME CHAPITRE. — *De l'hypocondrie.*

Voici bien la maladie par excellence, celle qu'on retrouve au bord de toutes les sources; compagne aussi inséparable des eaux minérales que les brochures où on raconte leurs vertus, et que les concerts du dimanche. L'hypocondrie, puisqu'il faut l'appeler par son nom, prend sa résidence d'été à Hombourg comme à Kreutznach, à Soden comme à Nauheim, partout en un mot où elle trouve à sa suffisance des eaux acidules et du sel marin.

Les anciens médecins voulaient qu'on étudiât les maladies aiguës durant les grandes épidémies. Les observations, en se rapprochant, rendent alors plus évidentes les analogies et les différences. On n'a pas le temps d'oublier son expérience de la veille quand elle trouve à s'exercer dès le lendemain; la nature se charge tristement de tout le travail, elle fait à elle seule les frais des comparaisons ingénieuses et des relations imprévues. Si on tient à faire profiter les maladies chroniques du même procédé, les eaux minérales en fournissent une épidémie permanente.

Malheureusement il ne suffit pas que des malades se réunissent attirés par un commun espoir et viennent mettre au jour leurs infirmités, il faut encore des observateurs curieux qui se donnent la peine ou trouvent le loisir d'exploiter ces étranges richesses. Or, les médecins résidents ont autre chose à combiner que des études pathologiques; ils sont au plus pressé, et soignent les gens au lieu de disserter sur leurs souffrances. D'ailleurs, que serait pour eux le mal sans son médicament; il n'y a ni goutte ni gravelle, mais des eaux qui guérissent la gravelle ou la goutte.

Nous pouvons, nous que ne sollicitent pas les mêmes intérêts, profiter de l'occasion. Le sujet en vaut la peine; car, si longuement qu'on s'étende sur les maladies chroniques, on est sûr d'être incomplet et d'oublier plus d'une de leurs variétés et de leurs métamorphoses: d'ailleurs, les praticiens en retireront quelque profit. Rien n'est moins facile que d'estimer les mérites thérapeutiques des eaux minérales qu'on n'a pas fréquentées. Ceux qui se chargent de nous apprendre leur action, ont toujours en vue leur source à eux bien connue; ceux qui sont chargés de les prescrire n'ont sous les yeux que des malades; ils choisissent toujours la source pour la maladie, et jamais la maladie pour la source.

Aussi, en insistant sur les détails pathologiques, en les traitant non comme des accessoires, mais comme la chose essentielle, nous marcherons de compagnie avec les médecins auxquels ces notes sont destinées. Peu nous importe de rompre en visière aux méthodes habituelles, nous ne prétendons pas renseigner les médecins directeurs des eaux.

L'hypocondrie est d'ailleurs une affection trop mobile pour qu'il lui suffise de se nommer. En Allemagne tout le monde y croit; on va même plus loin, car tout le monde l'explique; en France beaucoup doutent encore et prennent les récits des hypocondriaques pour des inventions d'un esprit mal assuré ou pour les prodromes de quelque grave lésion. Que les incrédules voyagent sur les bords du Rhin, qu'ils visitent Hombourg et ses annexes, qu'ils informent et regardent de près, ils trouveront des démonstrations à chaque pas et s'en reviendront convaincus.

On s'explique d'ailleurs l'hésitation et le doute quand on songe à la nature de cette singulière maladie. L'hypocondrie n'est pas une affection à la façon des pneumonies, c'est un état maladif auquel concourent tous les organes et qui emprunte à chacune de ses influences un caractère différent. Pris isolément, ses symptômes n'ont aucune valeur; il n'est personne qui n'ait ressenti l'un ou l'autre, et cela sans changer rien à son régime ou à ses habitudes. Réunis, ces minces accidents font une forte somme; si le médecin tarde à les apercevoir, ils se croisent, se multiplient et finissent par aboutir à quelque lésion incurable.

Les états hypocondriaques de leur nature sont passagers; ils ne tendent pas à se perpétuer dans l'économie, mais ils servent d'introducteurs à des maux mieux déterminés. C'est une transition, rien qu'une transition qui prépare, comme disait Stoll, le dénoûment de la tragédie. Prenez-les par un point, vous aurez l'asthme qui s'essaie; par un autre, la dyspepsie chronique débutante; plus loin, hémorrhoïdes; ailleurs, la migraine ou la goutte; mais considérez l'ensemble, et vous verrez ces routes ouvertes dans tant de directions partir du même centre. Cela veut dire en langue médicale qu'il existe des symptômes communs et des formes particulières. Pour connaître jusqu'à quel point l'hypocondrie est en cause, il faut examiner ces caractères communs pour savoir quels secours fourniront les eaux minérales et quelles sources ont le plus de chances; il faut noter avec soin les phénomènes particuliers.

Le premier fait de l'hypocondrie, c'est d'avoir son point de départ dans les organes abdominaux; le second, c'est d'être mobile. Le malade se plaint de douleurs abdominales sourdes, de vagues malaises qu'il accuse toujours comme ayant devancé les autres accidents. Si des signes physiques se joignent à ces sensations, le gonflement épigastrique, la tension des parois du ventre, les coliques flatulentes et le reste se produisent également dès le début. Il faut en un mot, et cette remarque n'est pas neuve, pour qu'il y ait hypocondrie que le mal siége aux hypocondres.

Les affections chroniques du bas-ventre, les diarrhées persistantes, les vomissements obstinés, ne peuvent être confondus avec l'hypocondrie. Ils s'établissent et prennent domicile; quand le mal s'en va, guéri par la nature ou par les remèdes, on n'a plus à s'en préoccuper. Chez l'hypocondriaque la douleur vient, disparaît, et revient encore; les trêves, quelque longues qu'elles soient, n'assurent jamais une paix durable. Des mois s'écoulent sans souffrance; on n'y songe déjà plus. Tout d'un coup, hors de propos, les troubles recommencent. Ni les craintes, ni les prévisions inquiètes, ces effets, dont on a voulu faire des causes, n'intervenaient en rien; le malade avait oublié la maladie, et c'est elle qui le rappelle à ses souvenirs.

Du jour où les douleurs abdominales ont reparu, elles traînent avec elles leur cortége accoutumé de sombres préoccupations. Les gens du peuple disent, en parlant de spasmes vagues des membres, qu'ils ont des inquiétudes dans les jambes; on pourrait dire des hypocondriaques, qu'ils ont des inquiétudes et des angoisses dans le ventre. Si on les interroge avant que le mal n'ait fait de graves progrès, ils rapportent là leur tourment; plus tard les douleurs se dispersent, elles envahissent le corps tout entier; au début, elles n'ont qu'un seul siége.

Les médecins d'aliénés ont changé dans l'hypocondrie et le sens de son nom et celui de ses symptômes. Habitués à ne voir les malades qu'au dernier terme de la déraison, n'assistant pas aux prodromes, ils ont pu se demander s'il n'y avait pas là une simple folie cérébrale. Personne ne se posera jamais cette question, dès qu'il aura suivi la succession des accidents. Il y a des nosophobes qui n'ont rien de commun avec les hypocondriaques. Voilà ceux qu'on guérit avec des pilules de mie de pain, et comme la médication est facile, on aimerait assez à l'étendre aux autres, qu'elle ne guérit pas. L'hypocondrie est une affection locale, réelle, marchant toujours avec ses trois symptômes : troubles abdominaux, accidents mobiles, inquiétudes de l'esprit.

Quelles sont donc les lésions qui correspondent à cette unité maladive? A-t-on vu l'hypocondrie sous un scalpel? Les Allemands disent oui, les Français disent non.

Si on ne partage pas sur ce point les idées allemandes, encore est-il nécessaire de les bien connaître et de les avoir présentes à l'esprit pour visiter utilement les eaux minérales. Faute d'être familiarisé avec ses

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83.

polype semblait parfois remonter dans la cavité de l'utérus, dont l'orifice se refermait sur lui, et l'exploration la plus attentive ne permettait point de retrouver alors la moindre trace de son existence.

Ce fait et le suivant, emprunté au même service, sont d'autant plus intéressants que nous pourrons les rapprocher d'un cas observé par nous ces jours derniers, dans le service de M. Velpeau, à la Charité, et qui n'est peut-être pas sans quelque analogie avec ceux de la Pitié.

— A la salle Sainte-Augustin était couchée une femme qui a fait, il y a quelques jours, une fausse couche; le fœtus pouvait être âgé d'environ trois mois. Cinq à six jours après l'avortement, fut expulsé un morceau de placenta de l'épaisseur de deux travers de doigt. Nous noterons qu'au moment de la fausse couche le fœtus était sorti avec un arrière-faix, qui, au premier abord, paraissait entier et d'un volume proportionné à l'âge du fœtus. De ceci résulte l'indication d'examiner toujours avec la plus grande attention le placenta au moment de l'accouchement, et de s'assurer, autant qu'il est possible, qu'il est bien intact. C'est, sans nul doute, à des accidents de l'espèce de celui-ci qu'il faut souvent rapporter l'erreur commise par des praticiens qui viennent vous dire dans certains cas : Le fœtus était à terme; le placenta n'était pas proportionnellement développé. Dans des circonstances semblables, il est souvent arrivé à M. Lisfranc de faire ultérieurement chez ces femmes l'extraction d'une portion de placenta restée dans la matrice. Pour le dire en passant, M. Lisfranc croit qu'un grand nombre d'accouchements prématurés sont déterminés par une mauvaise disposition des annexes du fœtus.

— Voici maintenant l'observation de la Charité :

Une femme, placée au n° 19 des salles de la clinique chirurgicale, fit, au septième ou huitième mois de sa grossesse, une fausse couche, laquelle fut suivie d'une hémorrhagie utérine, dont la durée dépassa les limites ordinaires et inspira même de vives inquiétudes. M. Velpeau était resté dans le doute sur un point, sur la question de savoir si par hasard il n'était pas resté dans la cavité de la matrice un corps étranger. Au toucher, le col ne présentait rien d'anormal. En introduisant le doigt plus profondément dans la cavité même de l'utérus, le chirurgien atteignit une petite tumeur globuleuse, dure, élastique, qui donnait la sensation qu'aurait fait éprouver un polype, ou d'un repli formé par le fond de l'organe lui-même. Le seigle ergoté fut administré à doses fractionnées. Des sinapismes furent promenés le long de la colonne vertébrale. L'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître, jusqu'au moment de la sortie de la malade, qui quitta l'hôpital huit jours après la cessation complète de l'accident. Le col de l'utérus s'était fermé complètement, et il n'était plus possible de sentir la tumeur.

Nous avons placé ce fait immédiatement à côté des deux précédents, parce que tout douteux qu'il est resté pour M. Velpeau lui-même, il n'est pas impossible qu'il se rapproche de l'un ou de l'autre. Il serait à la rigueur possible qu'une portion du placenta constituât le corps étranger, à la présence duquel on doit très probablement rapporter l'hémorrhagie. Cependant, si telle eût été sa nature, il n'est point à supposer que la scène se fût terminée aussi tranquillement, et sans expulsion de la portion placentaire emprisonnée. On sait de combien graves accidents est ordinairement suivie la non-expulsion des annexes du fœtus, à laquelle on a dû fréquemment rattacher le développement de fièvres puerpérales et de résorptions purulentes. Dans le cas actuel, M. Velpeau semblait plus tenté de croire à l'existence d'un polype encore peu volumineux, sur lequel la matrice se serait contractée sous l'influence de l'ergot de seigle, et qui aurait échappé aux recherches ultérieures. En admettant cette seconde supposition, que rend plus probable encore la dureté, la rénitence, l'élasticité de la tumeur, on est forcé de trouver quelque analogie entre ce cas et celui du polype à *apparition intermittente*, qu'on nous passe cette expression, dont nous avons dit quelques mots précédemment; il y aurait toutefois ici cette différence que chez la malade de la Charité, la disparition de la tumeur a été artificiellement produite par un agent médicamenteux et permanente pendant le reste du séjour de la malade à l'hôpital.

— A l'occasion d'une femme qui a fait à la clinique un séjour de six semaines, M. Velpeau a attiré l'attention de ses auditeurs sur les antéflexions et les rétroflexions de l'utérus, beaucoup plus communes que l'on ne pense, et auxquelles on doit rapporter un nombre infini de malaises et d'indispositions qui tourmentent les femmes.

Entrée le 17 juin, cette malade avait déjà été traitée à la Maison de Santé de la rue Saint-Denis, sans soulagement. Lorsqu'elle entra à la Charité, elle accusait des douleurs de reins, des pesanteurs du siége, des tiraillements dans les aines; en outre, leucorrhée très abondante, et quelques phénomènes de chlorose. A l'exploration, on ne put constater autre chose qu'une antéflexion de la matrice, et en effet cette déviation suffit pour rendre parfaitement compte des accidents que nous venons de signaler. Ces dispositions de l'utérus sont au nombre de celles que beaucoup de praticiens de la ville traitent encore journellement sous le nom d'*engorgements* de la matrice. Une preuve bien évidente que ce dernier mot constitue une erreur de diagnostic, c'est que depuis ces dernières années et à mesure que la science fait des progrès, les engorgements de matrice deviennent de plus en plus rares, et le nombre des flexions vicieuses de l'organe semble augmenter. Il est manifeste que ceci n'est autre chose que le résultat d'une observation plus rigoureuse et d'une connaissance plus exacte de la disposition des parties. Aux yeux de M. Velpeau, ceci est tellement vrai, qu'il ne craint pas d'affirmer que sur cinquante femmes qui sont dites affectées d'engorgement utérin, quarante-cinq au moins n'offrent que des déviations.

Comment peut-on expliquer des erreurs pareilles de la part d'hommes instruits et sérieux? La raison en est bien simple. La malade étant couchée, le doigt avec lequel on pratique le toucher constate une certaine direction du col; puis, en avant, s'il y antéflexion, en arrière, s'il y a rétroflexion, on rencontre une tumeur qui paraît assez volumineuse, et qui est sensible. On conclut à l'engorgement, à l'épaississement des parois de la matrice. Or, cette tumeur, c'est uniquement et simplement le corps de l'utérus qui s'est coudé à angle plus ou moins obtus, quelquefois à angle droit, et s'est conséquemment abaissé. S'assurer de ce fait est chose des plus aisées, surtout lorsque les parois du ventre, comme chez les femmes qui ont eu des enfants, ne sont ni épaisses, ni tendues. En déprimant doucement l'hypogastre, comme pour pénétrer dans le bassin, l'on arrive à saisir le corps de la matrice dans les deux mains, et à en apprécier le volume, la direction, aussi clairement que si on l'avait sous les yeux. Il est encore si vrai que l'engorgement est la moindre des conditions dans lesquelles se trouve la matrice, que souvent, et la femme que nous avons vue à la Charité en est un exemple, le corps de l'organe est un peu atrophié.

Si nous faisons de cette disposition le sujet d'aussi longues réflexions, c'est que le traitement est ici, comme partout, du reste, tout entier dans le diagnostic. Une fois ce point bien reconnu, que l'on n'a affaire qu'à une déviation, sans tuméfaction de l'organe, on ne se croira plus obligé de chercher par tous les moyens possibles à faire fondre une tumeur qui n'existe point, de maintenir pendant des mois entiers les malades étendues sur une chaise longue, et de les soumettre à une foule de médications plus débilitantes et plus inutiles les unes que les autres. La seule thérapeutique de M. Velpeau, dans les cas de ce genre, consiste en un exercice modéré, un régime substantiel et tonique, quelques anti-spasmodiques, des boissons ferrugineuses, des bains salins et des injections vaginales détersives et astringentes; enfin, l'emploi d'une ceinture qui soutienne les viscères abdominaux, et les empêche de peser sur l'organe dévié.

— L'entérite pseudo-membraneuse est une affection assez rare, et dont l'histoire est encore à faire. Signalée pour la première fois par un médecin anglais, Powel, observée depuis par MM. Cruveilhier, Bretonneau, Guersant, Andral, elle n'est point accompagnée de symptômes assez tranchés pour qu'il soit possible de la reconnaître autrement que par l'expulsion des fausses membranes que les malades rendent avec les matières excrémentitielles.

Nous en avons vu un exemple à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérard, chez une femme de quarante-six ans, qui a rendu, en effet, pendant plusieurs jours, des lambeaux de concrétions pseudo membraneuses par les selles. La réaction fébrile étant peu intense, M. Guérard s'est borné à l'emploi de quelques laxatifs doux et des émollients. M. Guérard a déjà par devers lui quelques faits de la même nature qu'il a traités, souvent avec succès, par les lavements de solution de nitrate d'argent, même lorsque la maladie est dans la période d'acuité. Il y a quelques mois, notre honorable confrère fut appelé à soigner une femme atteinte d'une entérite pseudo-membraneuse, à laquelle il fit administrer des lavements ainsi composés. L'amélioration qui survint sous leur influence ne fut pas de longue durée, et la malade finit par succomber. A l'autopsie, on trouva des ulcérations nombreuses et des plaques pseudo-membraneuses dans le cœcum, le colon ascendant et le colon transverse. L'S iliaque et le rectum présentaient des traces d'altérations pareilles parfaitement cicatrisées. On distinguait facilement le point à la hauteur duquel s'était arrêté le liquide médicamenteux, et auquel aussi s'était nettement limitée la maladie.

Pour atteindre sûrement et dans toute leur étendue les points malades du gros intestin, M. Guérard se trouve très bien de prescrire, dans des cas pareils, des lavements très copieux; il porte la quantité du liquide jusqu'à quatre litres, de manière à remplir l'intestin tout entier jusqu'au cœcum. Ces lavements fatiguent un peu plus les malades, il est vrai, mais ont l'avantage de porter la solution caustique sur toute la surface de la muqueuse du gros intestin. Voici, du reste, comment on doit préparer le lavement. La seringue est remplie presque tout entière d'une forte décoction de racine de guimauve. Dans l'espace laissé vide, on verse une solution de 0,50 gr. de nitrate d'argent dans 30 gr. d'eau distillée, puis on ajoute la canule et l'on administre le lavement. De cette façon, la solution argentique, plus légère que la décoction de guimauve, passe la première sur les surfaces malades, que vient en quelque sorte laver aussitôt après la décoction émolliente. Les effets de cette médication sont un exemple de plus de l'efficacité du nitrate d'argent dans les affections diphthéritiques, contre lesquelles elles semblent avoir une véritable spécificité.

Z...

---

opinions, on se prive de presque tous les documents que peuvent seuls fournir les médecins des sources. Ils parlent en effet une langue doublement étrangère, dont le vocabulaire n'est pas représenté dans notre nomenclature pathologique. On publie des brochures pour apprendre comment sont disposés à Hombourg et ailleurs les logements et les tables d'hôte, c'est bien le moins qu'on dise au médecin comment y sont conçues les doctrines médicales.

L'école de Halle a transmis à l'Allemagne de notre temps ses traditions, dont elle ne s'est pas départie. L'histoire des affections aiguës a pris un autre cours; celle des maladies chroniques est restée fidèle aux enseignements de Stahl et de Fr. Hoffmann. Pour ces deux grands maîtres, l'hypocondrie avait sa source dans un trouble de la circulation. Le sang, réparti également dans les divers organes, reflue vers les intestins soit d'une manière continue, soit à des périodes irrégulières, et cause alors les désordres si variés qu'on a nommés depuis pléthore abdominale. Lorsque la circulation apporte ainsi vers les mêmes appareils un excès de fluide sanguin, plusieurs conditions peuvent se présenter.

Si les artères versent en abondance leur sang dans les tissus capillaires du bas-ventre, qu'il soit repris par les veines et reporté vers les autres parties, ce surcroît d'activité n'entraînera jamais d'affection à forme chronique. Nous aurons là des phénomènes qui pour le médecin correspondront à ceux que détermine un raptus exagéré vers le cerveau, qui pour le malade seront traduits par des sensations différentes suivant les fonctions de chaque organe. Les individus à constitution artérielle, comme les appelait Puchelt (Syst. de méd., Heidelb., 1827), sont prédisposés aux inflammations, pour peu que l'équilibre soit rompu et que le sang afflue dans un point. Quant aux accidents intermédiaires entre la santé parfaite et l'inflammation confirmée, nous ne pouvons les connaître que par le récit des malades et ce sont, en général, de trop mauvais observateurs d'eux-mêmes pour que nous en soyons convenablement instruits.

Dans le cas, au contraire, où la circulation veineuse devient insuffisante, le sang s'accumule dans les vaisseaux, les veines restent chargées d'un excès de fluide qu'elles transportent lentement; de là des congestions locales et passives, des infarctus, et toute cette série de maux que les anciens désignaient vaguement sous le nom d'obstructions. Cependant, avant que des lésions organiques ne se soient ainsi développées, l'observateur attentif reconnaît par des symptômes particuliers cet état qui n'est pas encore une maladie, et déclare qu'il existe une *venosité abdominale*. Qu'on ne s'effraie pas du mot. Il est impossible, si on ne l'accepte, de s'entendre avec la plupart de nos confrères d'outre-Rhin.

Cet afflux exagéré du sang, qui se porte à l'abdomen et constitue une pléthore locale du système veineux, reconnaît des causes de diverse nature et amène à sa suite des phénomènes différents. Il est concevable d'abord que les organes du bas-ventre soient son siége de prédilection; les conditions toutes particulières de la circulation par la veine-porte, la présence d'organes glanduleux et perméables, la structure vasculaire du mésentère sont autant de circonstances qui favorisent la stase du fluide sanguin. Des faits bien interprétés viennent d'ailleurs comme preuves à l'appui. Ainsi, les prodromes de la menstruation pour les femmes, ceux des hémorrhoïdes dans les deux sexes, tous les agents extérieurs qui appellent sur ces points une plus grande quantité de sang artériel provoquent chez les individus à constitution veineuse des accidents analogues. Si les arguments anatomiques nous font défaut, ceux que nous donnent les inductions les plus logiques et les expériences les plus vulgaires paraissent favorables à la doctrine allemande.

La meilleure démonstration aux yeux du médecin doit s'obtenir et s'obtient en effet en procédant comme le font les géomètres : supposons donc un moment le problème résolu et cherchons, en acceptant provisoirement l'hypothèse, à la vérifier par le témoignage des symptômes de la maladie. Nous ne considérons pas cette recherche comme une simple affaire de curiosité; elle appartient à l'étude raisonnée des eaux minérales et peut jeter quelque jour sur les obscurités de leur action.

La vénosité abdominale, avons-nous, dit est réputée dépendre de plusieurs causes : ou elle provient de la laxité des tissus du bas-ventre, de leur pénétration trop facile dans certaines constitutions, ou elle a pour raisons des constrictions locales d'une partie de l'économie, qui, chassant mécaniquement la masse sanguine, la porte vers les organes disposés par leur nature à la recevoir. Dans le premier cas, la constitution des malades correspond au laxum des anciens; dans le second, elle a pour caractères les brusques déplacements des congestions et la mobilité des symptômes. L'hypocondrie rentre dans cette dernière catégorie; on s'en rend compte en consultant les malades; la fixité s'allierait mal avec une affection qui procède toujours par accès, laisse des intervalles de repos et se trouve si souvent remplacée par des accidents étrangers aux fonctions gastro-intestinales. Il est d'observation, en effet, que pas un hypocondriste, pour nous servir du mot des Allemands, n'est demeuré durant sa maladie exempt de ces vagues métastases qui rappellent les transpositions goutteuses. Les médecins d'aliénés l'expliquent par des préoccupations morales; les élèves de l'école de Halle par des troubles dans le mouvement circulatoire. Entre les deux, le choix ne nous semblerait pas difficile.

En étudiant dans leur marche et dans leur terminaison les diverses formes de la passion hypocondriaque, on peut avoir en main toutes les pièces du procès.

Au début, le malade accuse des douleurs vagues et erratites, une pesanteur incommode; rien n'est encore dérangé dans ses fonctions; il digère facilement, conserve son activité, qu'il se plaint déjà de souffrir. C'est la première et la dernière manifestation. Bientôt il éprouve les accidents communs aux dyspepsies, mais sans désigner l'estomac comme le point où réside son mal. A entendre le récit de ce qu'il éprouve, on croirait à une affection gastrique; en l'interrogeant sur le lieu de ses douleurs, il mentionne exclusivement la région des hypocondres et le bas-ventre. Plus tard les phénomènes se concentrent davantage. Il attribue ses digestions laborieuses à des vents. Son ventre, dit-il, se gonfle et se ballonne en totalité ou par portions. La constipation est survenue, et avec elle sa compagnie inséparable, les fatigues des membres, les tensions pénibles, la pesanteur de tête et la lassitude de l'esprit. A ce moment la crainte s'empare de lui; jusque-là il avait été préoccupé, il devient inquiet. Sa taciturnité cède pourtant si on l'amène sur le chapitre de ses maux, il les raconte avec complaisance en vous interrogeant du regard. Quelques frais d'imagination qu'on lui suppose, il est impossible de ne pas être frappé des analogies évidentes que présentent tous les récits des hypocondriaques.

Tel est à grands traits le premier degré. Le plus souvent il échappe à notre observation; il faut, pour l'étudier, avoir vécu par circonstance avec des gens affectés de cette lente maladie. Leurs craintes ne vont pas encore assez loin pour qu'ils recourent à la médecine. Et cependant, c'est à ce moment que les remèdes sont vraiment actifs. Il n'est pas de crise qui ne cède aux laxatifs répétés. Nous avons essayé l'eau de la source Elisabeth à Hambourg, et nous l'avons vue réussir en quelques jours dans le petit nombre de cas dont nous étions témoins.

A une période plus avancée les mêmes accidents se reproduisent, mais plus intenses, et d'autres s'y viennent ajouter sans dépasser encore les limites des organes abdominaux. Une angoisse plus profonde, et qui rappelle les coliques sourdes dont les règles sont précédées, s'empare des hypocondriaques; ils ressentent des battements d'un côté ou de l'autre, la tension du ventre est quelquefois suffisante pour occasionner une légère oppression, l'appétit diminue, et les sensations sont plus vives après le repas. Ces accès procèdent franchement, ils durent un ou deux jours, rarement quelques heures, et laissent après eux un moment de calme. Les flatuosités que tous les observateurs ont mises en cause, parce que tous les malades s'en plaignent, deviennent le fait dominant: les selles sont plus rares, les urines s'évacuent avec quelques douleurs.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 28 juillet 1846. — Présidence de M. Roche.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— *M. Bousquet* lit un rapport sur les vaccinations pratiquées en 1845.

— *M. Bally* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Martinenc, relatif au choléra-morbus. Il conclut en proposant le dépôt du mémoire aux archives, et l'inscription de M. Martinenc au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

M. Honoré raconte succinctement l'histoire d'un cas de choléra très léger qu'il a observé récemment dans son service à l'Hôtel-Dieu, chez un sujet convalescent d'une fièvre typhoïde. Ce fait a offert si peu de gravité qu'il a cédé à l'usage de l'eau de Seltz et à l'administration de lavements laudanisés, et que le sujet a pu sortir le sixième jour après l'invasion de la maladie, complétement rétabli.

A ce propos, il cite un autre cas de choléra observé par lui dans sa pratique de la ville chez une dame de soixante-sept ans, d'une bonne constitution ; d'une bonne santé habituelle, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, et survenu après un séjour de plusieurs heures dans une cave humide et froide. Sous l'influence de boissons émollientes, de la diète, du repos, une amélioration notable s'était fait sentir. Quelques imprudences de régime firent reparaître les symptômes plus graves, plus intenses ; un homœopathe fut appelé, qui se borna à la prescription de globules. M. Honoré fut averti deux jours seulement avant la mort de la malade, qui présentait, au moment de sa première visite, des symptômes de congestion cérébrale, une diarrhée abondante (12 à 15 selles dans les 24 heures, bilieuses), vomissements, etc., accidents que les médications les plus rationnelles ne purent enrayer.

M. Gimelle vient d'observer tout récemment, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, un fait du même genre chez un infirmier, qui a guéri, bien qu'il fût en proie à une affection des plus graves et des mieux caractérisées.

Enfin *M. Nacquart*, chez une dame qu'il a soignée dernièrement, dit avoir observé des vomissements abondants et fréquents, et des selles, non point séreuses comme on les remarque d'ordinaire, mais verdâtres et bilieuses.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du rapport sur la peste.

La discussion générale étant close, M. le rapporteur donne lecture de la première conclusion, ainsi conçue :

Première conclusion. — On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Afrique et d'Europe.

M. Adelon fait observer qu'en engageant la discussion sur la partie du rapport destinée à l'étude de la peste spontanée, il n'est pas possible d'empêcher les orateurs de parler de la peste spontanée en général ; on devra seulement leur recommander d'aborder le moins possible les questions générales qui ont été suffisamment développées dans la première partie de la discussion. (Approbation générale.)

M. Rochoux, premier orateur inscrit, annonce qu'il veut en quelques pages résumer toutes les conclusions du rapport. (Vives interruptions.)

M. Adelon. Nous voulons tous la vérité ; nous voulons que le grand travail entrepris sur la peste aboutisse et conduise à un résultat. Pour cela, il faut que tout le monde soit admis à parler et à exposer ses opinions. Il est impossible de fixer d'une manière positive les limites qui séparent la discussion générale de la discussion des conclusions en particulier. Les questions sont tellement connexes qu'il est impossible de ne point rentrer de temps en temps, et pour quelques points, dans la discussion générale.

M. Rochoux se borne à donner lecture d'une conclusion par laquelle il voudrait que l'on remplaçât les trente premières conclusions du rapport, et dont voici le sens : Subjuguée par l'évidence des faits, l'Académie ne peut se dispenser de réclamer la suppression des mesures sanitaires prises jusqu'à ce jour contre la transmission de la peste, et leur remplacement par des dispositions plus en rapport avec l'observation des faits. M. Rochoux propose également la suppression complète de la seconde partie du rapport.

M. Adelon. Dès la première page du rapport, la Commission déclare avoir voulu limiter son travail sur la peste, à l'examen des questions dont la solution est nécessaire pour la révision de notre législation sanitaire.

A ce titre, elle aurait dû intituler son rapport, non comme elle l'a fait : *De la peste et des quarantaines ;* mais : *De la peste considérée au point de vue de la législation sanitaire.* Les quarantaines sont bien une des principales mesures du régime sanitaire ; mais elles ne sont pas l'unique.

Il faut distinguer entre la législation sanitaire et l'hygiène publique : la première n'est qu'une fraction de la seconde.

L'hygiène publique tend à maintenir en un pays la santé de tous ses habitants, et à y prévenir autant que possible le développement de toutes les maladies qui peuvent y éclater spontanément.

La législation sanitaire tend seulement à prévenir l'importation en un pays des maladies qui peuvent y être apportées du dehors.

Puisque la Commission, dans son travail sur la peste, se proposait surtout le remaniement des ordonnances et règlements sanitaires, c'était principalement de l'importation de la peste qu'elle avait à s'occuper. D'ailleurs, la France n'a point à craindre aujourd'hui, vu ses progrès en hygiène publique et en civilisation, que la peste éclate spontanément en quelques-unes de ses provinces ; elle n'a réellement à redouter que l'importation de la peste.

Ainsi, dire si l'importation de la peste en France est un fait, non-seulement possible, mais réel ; dire comment se fait cette importation ; désigner les pays desquels elle peut nous venir ; indiquer les moyens par lesquels on peut l'empêcher ; rechercher les mesures par lesquelles on peut en prévenir, en borner les suites, telles sont, sinon les seules, au moins les principales questions qu'avait à aborder la Commission, et l'ordre dans lequel elle devait en faire l'étude.

Dans la discussion générale, plusieurs de nos collègues ont reproché a la Commission d'avoir compris dans son travail plusieurs questions dont l'étude n'était pas absolument nécessaire pour le but qu'elle s'était proposé. Ces reproches portent surtout sur les deux premières parties du rapport, celles qui traitent de la peste spontanée et de la peste épidémique. Bien que je reconnaisse l'utilité dont peut-être, particulièrement pour l'étiologie de la peste, l'étude de ces deux points, je regrette qu'à leur occasion la Commission ait abordé des questions hérissées de difficultés tellement insurmontables, qu'on peut dire ces questions insolubles, et que par ce seul motif elle eût dû négliger. Celle dont il va être question aujourd'hui nous en fournira un exemple.....

Je ne me permettrai que deux courtes remarques sur l'introduction qui est en tête du rapport.

La première consistera à revendiquer pour les médecins, chirurgiens et pharmaciens de l'armée d'Egypte en 1796, une bonne partie des éloges que M. le rapporteur a donnés à si justes titres aux médecins qui ont traité la peste en Egypte en 1835. Sans doute ces derniers ont plus fait pour la science : ils étaient en des conditions meilleures pour observer ; ils n'étaient pas entravés par les malheurs, et les nécessités de la guerre : d'ailleurs, un intervalle de près de quarante ans, pendant lequel avaient eu lieu les débats sur la fièvre jaune, avait préparé les esprits. Mais le service médical de notre grande expédition d'Egypte déploya, dans ses soins près des pestiférés, le même courage ; les pestiférés furent soignés comme tous les autres malades, et beaucoup de nos confrères y perdirent la vie. Dès le commencement de l'épidémie à Damiette succombèrent cinq officiers de santé des hôpitaux de la marine, et le chirurgien de première classe Masclet. Plus tard périrent, à Gaza, les docteurs Auriol, Bruault, Devewre, Saint Ours, et, dit Desgenettes, presque tous les officiers de santé de l'hôpital de cette ville. Plus tard encore succomba le docteur Ceresola. Sans doute, sur l'ordre du général en chef, s'appliquaient les mesures sanitaires ; mais les médecins eurent toujours soin qu'aucune entrave ne fût apportée à l'accomplissement de leur ministère. Aussi, sur un chiffre de 1,689 individus que l'armée perdit par la peste, le service médical compta à lui seul 82 victimes : 5 médecins, 49 chirurgiens et 28 pharmaciens.

Ma seconde remarque portera sur la définition qui est donnée de la peste. Je comprends que la Commission devait dire quelle était la maladie à laquelle elle donnait le nom de peste, et à laquelle elle entendait appliquer tout ce qu'elle allait établir ; mais sans vouloir, sur ce point tout à fait médical, plus de détails que n'en comporte un travail destiné à l'administration et au gouvernement, je ne puis accepter, au nom de l'Académie, le laconisme de ce chapitre, réduit à quatre lignes. Il était sinon nécessaire, au moins convenable et possible de rappeler en quelques pages ce qui est généralement admis par la pluralité des médecins sur la nature de la peste, son siége anatomique, ses principaux symptômes, sa marche, son issue si souvent fatale. Si les conclusions de la Commission sont légitimes, elle aurait trouvé dans les deux ou trois pages consacrées à cet objet, à en poser les premiers fondements. Il ne m'appartient pas de proposer un modèle de ce que devrait être, selon moi, cette partie du rapport ; je me borne à dire qu'elle ne peut rester ce qu'elle est ; il faut ou la retrancher, ou la renvoyer à la Commission, pour que celle-ci avise à présenter un chapitre plus digne du reste du rapport, et surtout d'un travail portant le nom de l'Académie.

J'arrive maintenant à l'objet de la discussion du jour, la première partie du rapport.

Cette première partie, qui traite de la peste spontanée, ainsi que la seconde, qui traite de la peste épidémique, n'ont pas pour la révision de la législation sanitaire la même importance que la troisième et la quatrième partie, où sont examinées toutes les questions qui se rattachent à la question de l'importation de la peste et aux mesures sanitaires par lesquelles on cherche à prévenir cette importation et à en empêcher les suites.

Néanmoins ces deux points de l'histoire de la peste y occupent trop de place pour n'avoir pas dû fixer l'attention de la Commission, et celle-ci a dû les comprendre en son travail.

Qu'entend on par peste spontanée? On appelle ainsi celle qui, ne tenant ni a une influence épidémique, ni à une importation, éclate en un pays par des conditions locales inhérentes à ce pays et sans l'intervention d'aucun principe apporté du dehors.

Au rapport ne sont pas exposés les motifs qui ont engagé la Commission à aborder ce premier sujet d'études ; mais M. le rapporteur a réparé cette omission : 1° dans la réponse qu'il a faite le 9 juin dernier à notre confrère Dubois ; 2° dans la dernière séance, lors de son résumé sur la discussion générale. Il ne sera pas inutile de rappeler ce qu'il a dit.

La Commission ayant surtout en vue un « bon remaniement des ordonnances et règlements sanitaires » devait examiner toutes les questions dont la solution était nécessaire pour ce remaniement ; et certainement étaient de ce nombre les questions de la peste spontanée et de la peste épidémique. Sans l'étude de ces deux questions, il était impossible d'apprécier exactement les divers modes de transmissibilité, point capital pour l'étude de l'importation de la peste.

Trois grandes causes, a ajouté M. le rapporteur, produisent la peste : 1° les conditions locales qui éclatent positivement en certains pays : 2° les influences épidémiques (constitutions pestilentielles) qui peuvent la faire naître, même dans les pays les plus salubres ; 3° enfin, les miasmes échappés du corps des pestiférés, auxquels est due la transmission de la peste d'une personne qui a cette maladie à celle qui ne l'a pas. Or qui n'aurait pas étudié avec soin chacun de ces trois ordres de causes, courrait le risque de ne pas bien faire la part des unes et des autres, et d'attribuer à l'une d'elles des pestes qui dépendraient d'une autre.

Enfin, dit encore M. le rapporteur, indiquer les pays où la peste aujourd'hui naît spontanément, c'est servir la législation sanitaire, en indiquant les lieux d'où chaque jour la peste peut être importée en France ; et indiquer les conditions locales auxquelles un pays doit de la produire spontanément, c'est mettre sur la voie des moyens propres à éteindre une des sources de ce fléau.

Tels sont les motifs qu'a présentés M. le rapporteur pour justifier la Commission d'avoir traité de la peste spontanée, et je suis loin d'en contester la valeur. Cependant, qu'il me soit permis de dire que cette étude n'est que d'une importance secondaire pour la révision de la législation sanitaire. Si la peste eût été endémique en quelques points de la France, si la peste naissait spontanément en quelques-unes de ses villes, de ses provinces, l'étude de la peste spontanée eût été de première nécessité ; mais cela n'est pas ; et dès lors, je ne reconnais plus à l'étude de la peste spontanée que deux buts : l'un, qui interesse spécialement la législation sanitaire, savoir : la désignation des lieux dans lesquels la peste naît spontanément, desquels elle peut encore venir, et desquels nous devons être en défiance ; l'autre, qui a rapport à l'hygiène publique, et qui est de nous éclairer sur l'étiologie et la prophylaxie de la peste.

Voyons ce qu'on dit de la peste spontanée dans la première partie du rapport. On peut réduire à trois les points qui y sont traités :

1° Recherche des lieux où s'est montrée autrefois et où se montre encore aujourd'hui la peste spontanée ;

2° Recherche des causes locales auxquelles peut être attribué le développement spontané de la peste en ces lieux ;

3° Enfin, indication des moyens propres à détruire ces causes.

La première conclusion, en ce moment en discussion, est une réponse à la question que voici :

« Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu la peste naître spontanément ?

La Commission répond :

« On a vu la peste naître spontanément, non-seulement en Egypte,
» en Syrie et en Turquie, mais encore en un grand nombre d'autres
» contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique. »

Ce qui importe à la législation sanitaire, c'est moins la désignation des lieux où la peste naît spontanément, que la désignation des lieux où, par une cause quelconque, existe, soit toujours, soit fréquemment, enfin actuellement, la peste, et desquels on peut craindre qu'elle soit importée en France.

Ce qui est vraiment le notion capitale pour la législation sanitaire, c'est de savoir que la peste existe actuellement dans un pays, et y existe, ou toujours, ou temporairement, et plus ou moins fréquemment.

Sur ce premier point, la désignation des lieux où existe la peste, l'intervention de la médecine n'est pas aussi nécessaire que sur plusieurs autres. La peste n'est pas de ces fléaux dont l'existence reste longtemps ignorée ; les malheurs qui la suivent bientôt en font un événement qui retentit au loin.

Et il est si vrai qu'en ceci il y a, préalablement à toutes recherches officielles de la médecine, une désignation faite par la voix publique, que dès longtemps, sur la seule notoriété publique, les ordonnances sanitaires avaient proclamé ce qu'établit la première partie de la conclusion de votre Commission. Depuis de longs temps, la peste était dite provenir d'Egypte, de Syrie, des côtes de l'empire ottoman, des côtes de la Barbarie ; en un mot, de ce qu'on appelle le Levant. Or, c'est ce que répètent les premiers mots de la conclusion qui nous occupe.

Je ne vois d'important et de nouveau dans cette conclusion, que les deux points suivants : la Commission tranche sur l'origine de la peste qui règne en ces pays, et déclare qu'elle y est née spontanément, bien qu'elle puisse y avoir une origine endémique, ou bien qu'elle puisse avoir été importée d'un de ces pays dans l'autre ; par la dernière phrase de la conclusion, la Commission exprime que ce n'est pas seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie qu'on a vu naître spontanément la peste, mais qu'on l'a vue naître également spontanément en beaucoup d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique.

Que l'Académie me permette de lui faire observer que c'est surtout par cette seconde partie de la proposition que cette conclusion a de l'importance.

Enfin, je ferai remarquer combien était large et complexe la question que s'était posée la Commission :

« 1° Quel est le pays ou quels sont les pays?... » Voilà un texte qui interroge sur la question de savoir s'il n'y a qu'un seul foyer primitif de peste spontanée, ou s'il y en a plusieurs, ou même si la peste peut naître spontanément partout.

« 2° Quel est le pays ou quels sont les pays où on a vu?.... » Ces mots « où on a vu », montrent qu'elle ne s'applique pas seulement à ce qui est aujourd'hui, mais porte sur l'universalité des temps.

Je ne conteste pas qu'il ne fût d'une grande utilité pour l'histoire de la peste en général, et même pour la législation sanitaire, d'avoir la solution définitive de chacun des éléments de la question complexe dont je viens de vous rappeler les termes.

Mais cette solution, la Commission l'a-t-elle donnée? Si elle a donné une solution, l'a-t-elle justifiée? Etait-il possible qu'elle donnât, sur ces questions si délicates, et dont les éléments remontent aux temps passés, une solution rigoureuse? Sa réponse pourrait-elle être autre chose au plus qu'une probabilité? Enfin, était-il nécessaire, pour la révision de la législation sanitaire, qu'elle donnât cette solution ? Voilà ce que je vais brièvement examiner.

La Commission a donné une solution par la conclusion qui est en ce moment en discussion. Dans cette conclusion, elle exprime :

1° Qu'il y a plusieurs pays où la peste s'est montrée spontanément ;

2° Que l'Egypte n'est pas, dans le Levant, le foyer unique de la peste ;

3° Enfin, que ce n'est pas seulement en ces contrées du Levant que peut naître spontanément la peste, mais qu'on l'a vue naître de même en beaucoup d'autres contrées d'Europe, d'Asie, d'Afrique.

Encore une fois, cette dernière partie de la conclusion donne à entendre que, dans la pensée de la Commission :

1° La peste est une maladie de tous les pays, qui éclatera partout où seront réunies les conditions locales particulières qui lui donnent naissance ;

2° Qu'en tous pays peuvent ou ont pu se trouver ces conditions locales productrices de la peste.

Telle est la solution donnée par la Commission ; mais l'a-t-elle justifiée? Il lui fallait, pour cela, montrer des faits de peste spontanée non-seulement en Egypte, en Syrie, etc., mais aussi en beaucoup d'autres contrées d'Europe, d'Asie, d'Afrique ; il lui fallait non-seulement montrer que des pestes avaient existé en ces pays si nombreux et si divers, mais encore prouver que ces pestes y avaient éclaté spontanément.

Or, selon moi, la Commission n'a pas fait cette justification ; il lui était impossible de la faire, et elle a tenté là une recherche de laquelle nul aujourd'hui ne pourrait tirer un résultat certain.

Lisez le premier chapitre du rapport, celui qui est destiné à justifier la conclusion dont il s'agit. Qu'y trouvez-vous ? M. le rapporteur recherche dans les siècles reculés celui auquel se rapportent les premiers documents historiques recueillis sur la peste. Il remonte jusqu'au temps de Moïse ; il redescend ensuite la série des temps jusqu'à nos jours, notant la succession des épidémies de peste qui, dans le cours de plus de trente siècles, ont affligé les diverses parties de l'ancien continent. Enfin, il présente comme ayant été des pestes spontanées toutes ou le plus grand nombre de ces épidemies.

Qu'il me soit permis de le dire : d'une part, la justification de la conclusion n'est pas faite ; je ne vois au rapport que des assertions dénuées de toutes épreuves ; d'autres part, la question ainsi posée non-seulement est étrangère au but pratique de la législation sanitaire, mais elle est insoluble. Cette question eût à elle seule exigé des volumes ; car il ne suffisait pas d'écrire des dates, il fallait les justifier. Cette question engageait la Commission, et après elle l'Académie, en des recherches d'histoire politique et commerciale et d'histoire médicale que je crois impossible de conduire à bonne fin. Comment s'assurer que les diverses maladies qualifiées pestes par les historiens existaient réellement? En admettant que ces maladies fussent des pestes, comment distinguer si ces pestes étaient importées, survenues épidémiquement, ou avaient éclaté spontanément? Pour que la conclusion de la Commission soit légitime, il faut que toutes les pestes sur lesquelles on l'établit soient spontanées.

M. le rapporteur a pressenti la force de la première objection ; il a consenti à ce qu'on ne tînt aucun compte des pestes antérieures au sixième siècle, et même de toutes celles antérieures au seizième siècle et à l'établissement des lazarets.

Alors pourquoi avoir fait mention de ces pestes? Et puis reste entière la seconde objection, celle de savoir si les pestes qu'on dit avoir désolé divers pays aux dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième siècles avaient été importées en ces pays ou y avaient éclaté spontanément. Si je consulte les historiens de ces temps passés, tout est litige et contradiction sur cette importante question ; si je consulte les écrivains de nos jours, j'y trouve le même désaccord.... La solution de la question dont il s'agit ici réclamait de longues et difficiles études ; ces études ont-elles été faites ? Je ne le mets pas en doute pour notre savant rapporteur ; mais je n'ai pas vu la Commission en faire un objet spécial de ses travaux en séance ; je ne vois au rapport nulle justification de ce qui y est exprimé ; je n'y trouve sur ce point que des assertions, des chiffres pris dans la table de M. le docteur Rossi.

Je me trompe dans ce que je viens de dire : je suis trop absolu. M. le rapporteur, pour admettre comme spontanées, sinon toutes, au moins un grand nombre des épidémies de peste qui, dans la suite des siècles, ont désolé diverses contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique, a fait valoir une unique argumentation : c'est qu'aux époques de ces diverses épidémies, il n'y avait aucune peste en Egypte.

Voici ce que je répondrai à cet argument :

1° Bien que l'Egypte soit considérée par beaucoup de médecins et de voyageurs comme le foyer primitif de la peste, il est beaucoup de personnes aussi qui citent comme en étant également l'origine la Syrie, la Turquie, la Barbarie, en un mot le Levant ; conséquemment, pour être assuré que les pestes observées en telles contrées de l'Europe, en telles années, y avaient éclaté spontanément, il ne suffirait pas qu'il n'y eût alors aucune peste en Egypte, il faudrait encore qu'il n'y en eût alors en aucune autre partie du Levant.

2° C'est sur la table de M. Rossi que M. le rapporteur appuie son argument ; a-t-il vérifié chacune des assertions de cette table? M. Rossi ne peut-il pas y avoir fait des erreurs, des omissions, bien excusables sans doute lorsqu'il s'agit de remonter à des temps si éloignés? Déjà vous avez entendu notre honorable secrétaire perpétuel en relever plusieurs. Je ne le suivrai pas dans cette difficile carrière ; je

me bornerai à quelques remarques propres à ébranler la foi à accorder aux tables de M. Rossi.

Par exemple, pourquoi la peste qui, sur la table de M. Rossi, est notée comme ayant éclaté en Egypte dix-neuf fois dans le dix-huitième siècle, et huit fois dans les quarante-cinq années du dix-neuvième, n'y a-t-elle éclaté que trois fois dans les deux cents années qui ont précédé? D'une part, vingt-sept épidémies de peste en cent quarante-cinq ans, et, d'autre part, trois épidémies seulement en deux cents ans; quelle énorme différence! L'Egypte était-elle, au seizième et au dix-septième siècle, en des conditions de salubrité supérieures à celles qui y existent aujourd'hui?

D'autre part, j'ai comparé la table de M. Rossi avec ce qu'a dit sur le même sujet M. Aubert-Roche dans le mémoire que ce médecin vous a présenté sur la prophylaxie de la peste; et j'ai trouvé entre ces deux auteurs des différences telles que je suis resté de plus en plus convaincu de la difficulté et même de l'impossibilité de résoudre la question par des recherches d'érudition....

Ai-je besoin de dire que je n'accuse ni l'un ni l'autre de ces deux honorables médecins? que j'ai encore moins la prétention de prononcer entre l'un et l'autre? Je veux seulement prouver que la matière est litigieuse, controversable; qu'il est impossible d'arriver par elle à des résultats certains, et que, puisqu'il n'était pas nécessaire de l'aborder, il eût mieux fait de ne pas s'y engager et d'y engager avec lui l'Académie. Quant à moi, je déclare qu'étant sur tout ceci hors d'état d'approuver comme de contredire, j'aime mieux m'abstenir que d'accepter ou repousser sans connaissance de cause; et je crois que beaucoup de mes confrères de l'Académie seront dans la même impuissance.

Je me résume.

Bien que je reconnaisse de quelle importance aurait été pour l'étiologie et la prophylaxie de la peste la solution de la question au point de vue de la Commission, je ne trouve pas assez justifiée la conclusion qu'elle vous propose, pour l'accepter telle que la Commission l'a exprimée, c'est-à-dire comme une vérité absolue. Tout au plus n'accepterai-je cette conclusion que si le fait qu'elle exprime vous était présenté comme une possibilité.

Mais, considérant que la question telle qu'elle est posée est véritablement insoluble; considérant qu'elle est plus une question d'hygiène publique que de législation sanitaire proprement dite, je propose de la réduire au seul point véritablement utile pour celle-ci, à la désignation des lieux où aujourd'hui la peste naît spontanément et est endémique. Ainsi réduite, elle présentera encore d'assez grandes difficultés. Je vois d'autant moins d'inconvénients à procéder ainsi que le rapport à la fin du chapitre n'admet pour aujourd'hui que trois foyers principaux de peste, l'Egypte, la Syrie et Constantinople; et même qu'à la ligne qui précède immédiatement la conclusion, je lis cette phrase : « Au moment où nous parlons, c'est donc presque exclusivement de l'Egypte que nous avons à craindre de l'importation de la peste. » Avec la conclusion actuelle, que la peste a éclaté spontanément non-seulement en Egypte, Syrie et Turquie, mais encore en un grand nombre d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique, la logique conduisait à soumettre aux mesures sanitaires les provenances de tous les pays et à étendre ces mesures à presque tout le monde entier.

Si l'Académie trouve fondées ces objections, je demande que ce premier chapitre du rapport et la conclusion qui s'y rattache soient renvoyés à la Commission pour qu'elle y fasse d'après ces principes les modifications nécessaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juillet 1846. — Présidence de M. Brongniart.

M. Magendie lit une note sur la présence du sucre dans le sang à l'état normal.

La séance est, sauf cette lecture, entièrement consacrée à des communications étrangères à la médecine.

— *M. Benjamin Phillips* (de Londres) adresse un ouvrage sur les maladies scrofuleuses pour concourir au prix Montyon.

— *MM. Dujardin fils* et *Didier* adressent une note sur la vitalité des globules du sang dans les maladies. Voici à quelle occasion ce travail fut entrepris. Dernièrement M. Dumas lut devant l'Académie un mémoire dans lequel il entretint ce corps savant d'expériences faites sur le sang de l'homme sain, relativement à la vitalité des globules du sang. M. Dumas avait vu ces globules résister à la mort sous l'influence de l'action du sulfate de soude. Après avoir répété les expériences de M. Dumas, les deux auteurs ont porté leur attention sur le sang de l'homme malade. Ils ont soumis à leurs essais le sang de sujets atteints d'affections graves, et celui de personnes affectées de maladies légères ou de maladies nerveuses; ils ont vu que pour ces dernières les globules du sang restaient sur le filtre, et que le sérum n'était que très faiblement coloré en jaune-citron ou en rose. Lorsqu'au contraire il y avait des symptômes graves, MM. Dujardin et Didier ont vu constamment, les conditions d'expérience restant les mêmes, le passage des globules s'effectuer à travers le filtre. Vu en masse, le liquide était louche, opaque même, dans certains cas.

— *M. le professeur Sédillot*, de Strasbourg, adresse un mémoire sur la gastrotomie fistuleuse. Il y a des cas où l'œsophage est rétréci, où les malades ne peuvent avaler la moindre nourriture, et doivent forcément mourir d'inanition. Dans ces cas, M. Sédillot propose de faire à l'estomac une ouverture permanente pour introduire les aliments. Il discute les chances de réussite de cette opération. Il convient qu'il ne l'a pas encore soumise à l'expérience sur l'homme vivant; mais il rapporte des faits dans lesquels la nature avait produit des ouvertures pareilles, et les sujets avaient survécu. Des expériences sur des animaux, et particulièrement sur des chiens, ont parfaitement réussi.

— *M. Bouchardat* adresse un travail sur les boissons alcooliques, et leur influence sur la sécrétion urinaire.

— *M. Lenormant* envoie un mémoire sur les engorgements de la prostate et les moyens de les guérir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Expériences sur l'emploi du sang comme contre-poison de l'arsenic; par M. F. Apoiger.

Les expériences faites par M. Apoiger démontrent que l'arsenic a une très grande affinité pour le sang; en effet, cette affinité est telle que la combinaison chimique des deux substances s'effectue même déjà dans la cavité de l'estomac.

Un chien robuste, atteint d'un *pterygium tenue* à l'œil droit, fut laissé pendant dix-huit heures sans nourriture; puis, à midi, on lui fit avaler 15 centigrammes d'arsenic, et, un quart d'heure après, 560 grammes de sang frais de veau. L'animal fut pris de transpirations, de tremblements, de soif, de nausées et d'abattement. Le soir, tous ces symptômes avaient complétement disparu, sans qu'il fût survenu ni vomissements, ni selles, ni urines.

Trois jours plus tard, on lui donna 30 centigrammes d'arsenic, et, au bout de dix à douze minutes, 375 grammes de sang. Le résultat fut semblable à celui de la précédente expérience; le soir, l'état du chien ne présentait rien d'anormal.

Le cinquième jour, on lui fit avaler 45 centigrammes d'acide arsénieux, et, aussitôt après, 275 grammes de sang. Les résultats furent les mêmes que dans les deux premières expériences; mais, vingt-quatre heures plus tard, le pterygium avait cessé d'exister.

Le septième jour, on donna 60 centigrammes d'acide arsénieux et 250 grammes de sang. La transpiration fut si considérable qu'on aurait pu penser que l'animal sortait d'être immergé dans l'eau; il y eut des déjections alvines, des urines, de l'enrouement.

Le neuvième jour, la dose de l'arsenic fut portée à 90 centigrammes, et celle du sang réduite à 180 grammes. Cette fois, outre les symptômes déjà indiqués, on observa des secousses convulsives, une vive agitation et de la difficulté à se soulever sur les jambes. Du reste, à la fin du jour, il ne restait pas la moindre trace de ces divers symptômes.

Les expériences ne furent pas poussées plus loin, et l'animal se rétablit entièrement.

Le chien ayant été tué, on trouva, à l'ouverture du corps, l'estomac et les intestins phlogosés : le sang était gélatineux.

Par l'analyse chimique, le sang fournit 125 milligrammes d'arsenic, et le cerveau 87 milligrammes seulement.

Emploi de l'acide sulfurique étendu contre la colique de plomb; par M. le docteur Bertini, de Turin.

On a proposé en France de combattre l'intoxication saturnine par l'ingestion de boissons délayantes acidulées avec l'acide sulfurique, et malgré tout ce qu'il y a de rationnel dans l'emploi d'une pareille méthode, malgré les succès avérés qu'on en a retirés dans la pratique, cette médication a trouvé, comme tout ce qui est bon et véritablement utile, de nombreux détracteurs qui sont parvenus à l'empêcher de se répandre dans la pratique.

A Turin, où les coliques saturnines sont très communes, depuis quelques années surtout en raison du grand nombre des artisans dans les mains desquels les diverses préparations de plomb se trouvent placées, M. le docteur Bertini a eu de fréquentes occasions de recourir à l'administration de la limonade sulfurique dans les cas de ce genre, et il affirme qu'il est redevable à l'usage de cette médication si simple de la guérison de bon nombre de coliques de plomb.

M. le docteur Malle, chirurgien-major, agrégé libre de la Faculté de Strasbourg, ancien professeur à l'hôpital d'instruction de cette ville, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital militaire de la Salpêtrière à Alger, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique.

Pendant son séjour à Paris, il y a deux ans environ, M. le major Scarle, des Etats-Unis d'Amérique, circula sur plusieurs promenades à l'aide d'un fauteuil-voiture d'un mécanisme simple et fort ingénieux. M. le major était paralysé des deux jambes, et la facilité avec laquelle il dirigeait lui-même la marche et les diverses évolutions de son fauteuil locomotif fut remarqué de beaucoup de personnes. Plusieurs chirurgiens et médecins ayant engagé M. Charrière à en établir de semblables, il s'enquit auprès du major Scarle des diverses dispositions de cet appareil, et de tout le parti qu'il était possible d'en tirer dans la pratique, puis, sur les instructions qu'il reçut, il construisit ce fauteuil avec les diverses modifications que lui indiqua M. le major Scarle, et quelques-unes qu'il pensa aussi devoir y introduire; aujourd'hui ce fauteuil a acquis tout le perfectionnement désirable. Son mécanisme, encore simplifié, donne à toute personne paralysée des membres inférieurs la possibilité de se transporter elle-même d'un lieu à un autre avec plus ou moins de vitesse (il est susceptible d'en acquérir une très grande); les malades dirigent la locomotion, qui s'effectue par un simple mouvement des mains.

Par le moyen d'un mécanisme doux et très facile à mettre en action, le dossier peut s'abaisser à volonté et transformer instantanément ce fauteuil en un lit de repos, puis se relever ensuite sans nul effort.

Il est encore disposé de manière à servir de chaise à porteurs par le moyen de quatre anneaux pratiqués dans sa partie inférieure. Cette addition est une des modifications introduites par M. Charrière. Ce fauteuil fonctionne dans une rue pavée comme sur le parquet d'un appartement ou dans les allées d'un jardin; il est armé de deux roues destinées spécialement à faciliter les montées; enfin, il décrit telle courbe que l'on veut sans plus d'efforts que dans la marche directe; il tourne sur lui-même ou marche en arrière à volonté.

Son mécanisme est tellement simple, que très peu d'instants suffisent pour s'y familiariser et mettre la première personne à portée de diriger ce fauteuil dans tous les sens.

Déjà plusieurs malades ont fait acquisition de cet appareil.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 90. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la **GAZETTE DES HOPITAUX**, et les Souscriptions à la **BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN** et du **DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE** du Dr Fabre, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU DEY A ALGER.

Service de M. Ferrus.

Les médecins militaires s'occupent sérieusement de la science en Algérie; plusieurs d'entre eux ont trouvé le moyen, au milieu des fatigues qui résultent de l'encombrement des malades pendant les expéditions et lors de la saison des chaleurs, de rédiger des mémoires importants sur différentes questions du plus haut intérêt. C'est ainsi qu'on a pu lire, dans le Recueil des Mémoires de médecine militaire, sur les abcès du foie et la dysenterie, des travaux qui ont jeté un jour nouveau sur l'étiologie et la marche de ces maladies.

On nous communique aujourd'hui quelques observations recueillies par M. le docteur Ferrus, médecin zélé et instruit, attaché à l'hôpital du Dey. On les lira certainement avec intérêt.

La première a trait à un cas de gangrène du poumon, maladie très rare en Algérie, excepté dans l'état scorbutique, et qui fut diagnostiquée pendant la vie. Le cas de méningite cérébro-spinale a ceci de de particulier, qu'il offrait beaucoup d'analogie avec une fièvre rénitente céphalique, et que cependant sa nature fut reconnue avant la mort.

L'observation de diathèse tuberculeuse, portée au suprême degré, malgré l'antériorité de nombreux accès de fièvre dans un lieu essentiellement marécageux, chez un Arabe porteur d'une énorme rate, vient confirmer la loi d'antagonisme de M. Boudin.

La dernière observation est la plus curieuse; malheureusement elle manque de détails; mais il paraît bien prouvé que les glandes mammaires étaient le siége d'une congestion sanguine sous l'influence d'accès; et ce qui confirme cette idée, c'est la disparition de l'engorgement des seins par le sulfate de quinine.

Nous nous empresserons toujours d'accueillir les observations faites par MM. les médecins militaires en Algérie, toutes les fois que, comme celles de M. Ferrus, elles pourront offrir de l'intérêt à nos lecteurs.

Pneumonie typhoïde terminée par la gangrène du poumon droit.

Le nommé Binet (César-Auguste), soldat de deuxième classe dans les compagnies de l'administration, né le 8 novembre 1822, d'une constitution délicate, arrivé au corps le 31 décembre 1843, et en Afrique le 12 janvier 1846, est entré pour la première fois à l'hôpital militaire du Dey le 31 janvier, après cinq jours d'invasion.

On constate, à la visite du premier service, l'état suivant, offert par le malade.

Couché sur le dos, il répond avec difficulté aux questions qu'on lui adresse; elles provoquent son impatience. Il se plaint d'un léger mal de tête depuis son arrivée, de la perte presque complète de l'appétit, d'un peu de diarrhée avec coliques; de soif, de brisement dans les membres et d'un peu de toux plus fréquente le soir, moment où il éprouve de la chaleur, où il se sent plus mal.

La poitrine nous offre de la matité et du râle sous-crépitant à sa partie postérieure du côté droit; du râle muqueux à grosses bulles dans le trajet des grosses bronches: les crachats peu abondants et légèrement rouillés; ils sont visqueux et s'attachent facilement. Le côté droit ne présente rien d'anormal, le cœur non plus; ses pulsations sont faibles; le pouls est petit, déprimé, il varie de 60 à 65; la chaleur de la peau est sèche; celle-ci est rugueuse au toucher; il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite; le météorisme est facile à constater; on n'observe aucune taches rosées lenticulaires ni pétéchies.

La maladie fut jugée grave, et reçut le nom de fièvre typhoïde avec pneumomie.

Une petite saignée d'observation fut prescrite; la faiblesse du malade ne permit de soustraire que de 100 à 150 gr. de sang. 40 sangsues furent appliquées le même jour à la visite du soir. Les purgatifs salins et huileux furent prescrits, avec des lavements froids acidulés; le musc, le sulfate de quinine et un large vésicatoire constituèrent la médication employée.

La prostration du malade fut toujours grande, son découragement ne diminuait pas; il disait toujours: Je suis perdu; je savais bien que je mourrais en venant en Afrique.

Cet état d'adynamie persista jusqu'à la fin de février. Alors les crachats devinrent fétide, d'une viscosité telle qu'il étaient expulsés avec les plus grandes difficultés; leur couleur rappelait celle de la lie de vin; du sang décomposé; quelquefois ils ressemblaient à du mastic; ils renfermaient aussi de petits grumeaux. La respiration du malade repoussait; les extrémités étaient froides, les ailes du nez effilées et glaciales. Au reste le malade ne se plaignait pas, et recevait avec plaisir un peu de vin sucré, un peu de lait, quelques cuillerées de bouillon.

Ce fut alors seulement que me rappelant les circonstances d'une expectoration de même nature, je diagnostiquai une gangrène du poumon droit, qui fut constatée à l'autopsie du malade, qui s'éteignit le 11 mars à cinq heures du matin.

En présence du médecin en chef de l'hôpital, on vérifia les altérations suivantes:

Corps parvenu au dernier degré du marasme. La poitrine ouverte n'offre pas d'adhérences de la plèvre. L'aspect extérieur des poumons semble normal. Le poumon gauche est complétement sain; il crépite dans toutes ses parties. Celui du côté droit exhale une odeur fétide, gangréneuse, tellement intense, qu'elle repousse l'observateur. Son tissu est entièrement décomposé, noirâtre, réduit en bouillie, et on n'y reconnaît plus aucune trace d'organisation; si on l'incise, il s'en écoule un liquide sanieux, noir, et d'une fétidité gangréneuse insupportable.

Le cœur est petit, flasque, anémique. L'estomac et la première portion de l'intestin grêle sont sains. La dernière portion offre des arborisations, des pointillements, de petites plaques gaufrées; un seul point ulcéré existe vers la valvule. Le gros intestin n'est pas malade; les reins n'offrent rien de particulier. Le foie n'est pas voluminenx, il est mou, gorgé de sang. La rate est convertie en un vaste abcès, renfermant de 3 à 400 grammes de matière purulente, blanchâtre, et peu consistante. Des adhérences existent entre elles et le grand cul-de-sac de l'estomac. Il y avait aussi péritonite partielle de ce côté, avec exsudation purulente renfermée dans un kyste de petite dimension.

Réflexions. — Cette observation permet d'en déduire les réflexions suivantes:

Une cause morale profondément sentie perd son action déprimante sur le système nerveux dn soldat Binet. Il se met en route pendant l'hiver, suit ses camarades sans se plaindre, bien que les étapes lui parussent longues. Il arrive à Toulon. Huit jours s'y écoulent dans la caserne dite des Passagers, où l'encombrement a souvent lieu avant de s'embarquer. Il arrive à Alger, où quelques libations sont faites avec ses camarades; ses digestions ses troublent, l'appétit se perd, et on le porte à l'hôpital dans un degré de prostration avancé. Tout annonce une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie. Celle-ci marche lentement sans troubles fonctionnels énergiques, et semble absorber tous les autres symptômes qui d'abord se traduisaient dans l'intestin grêle. Ce n'était pas là une inflammation de poumons ordinaire; on aurait affirmé qu'une cause séptique avait pénétré dans tous les organes avec le sang pour véhicule. C'était le plus haut signe de l'hyposthénie par empoisonnement. Aussi insista-t-on positivement sur les révulsifs, les toniques, les antispasmodiques, une alimentation légère, etc.

Déjà l'année dernière j'avais signalé un cas de gangrène du poumon gauche, chez un nommé Saillard, jeune homme de vingt-sept ans, marié depuis quinze jours, et chez lequel la

---

FEUILLETON.

GÉNIE ET CONSTANCE DE L'ECOLE DE MONTPELLIER;

Par le docteur Al. Alquié, professeur-agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Montpellier, etc.

Juger la valeur des Ecoles médicales est une rude tâche où la méditation ne saurait être trop soutenue. Combien de médecins, d'ailleurs très remarquables, ont échoué dans une si périlleuse entreprise! Rappelons-nous seulement Broussais et son *Examen des doctrines*: que d'appréciations fausses ou hasardées! que d'erreurs systématiques accumulées dans un seul livre! C'est que pour juger d'aussi nombreuses et de si difficiles questions, il faut un immense savoir et une solidité de jugement peu commune.

(Après ce préambule, arrivant à des critiques plus récentes, M. Alquié répond en ces termes:)

Serait-il vrai que la Faculté de Montpellier n'a plus maintenant le *caractère* et l'*homogénéité qui la distinguait sous Sauvages, Bordeu, Fouquet, Barthez, Grimaud, Dumas, Bérard, Baumes et Delpech?*

Il devrait nous suffire d'une pareille assertion pour reconnaître évidemment que les critiques de l'état actuel de notre Faculté n'ont jamais étudié ni son histoire, ni son enseignement. Distinguons bien soigneusement l'école hippocratique et la Faculté de Montpellier. Ne confondons pas une doctrine antique, sans cesse enseignée avec éclat *dans notre ville*, avec les membres de corps enseignants. Il nous sera facile de le démontrer; jamais l'Ecole de Montpellier n'a présenté une homogénéité ou consensus plus évident qu'à l'époque actuelle; elle peut plus que jamais se dire le foyer du vitalisme hippocratique. Naguère vous avez entendu le professeur Royer-Collard publier (1) que l'*Ecole de Paris est essentiellement anatomique*; et personne n'a été tenté de lui contester ce titre, bien que parmi les hommes chargés de son enseignement on trouve des vitalistes, des mécaniciens, des chimistes, des disciples de Bichat, de Broussais, et même des hommes sans doctrines et sans principes arrêtés.

C'est qu'il ne faut pas confondre les dogmes respectés de tous les temps ou les propositions *canoniques*, comme les appelle le professeur Lordat, avec les assertions conjecturales. C'est cependant une telle méprise qui a conduit certains écrivains à prétendre, non pas aujourd'hui seulement, mais à diverses époques, que l'Ecole de Montpellier n'avait pas conservé les mêmes vues médicales.

(1) Disc., *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1843.

En quelle conjoncture notre Faculté vit-elle dans son sein plus d'enseignements disparates et contraires à l'hippocratisme que sous le fameux Chirac? Régent et médecin du roi, le fougueux professeur se servit de toute son influence pour introduire dans la Faculté le chimisme de Willis. « Il ne se contenta pas, dit le professeur Lordat (Philos. méd., Montpellier, p. 34, 1840), d'inspirer ses opinions; il fit des changements dans l'administration de la Faculté. Le silence des faibles, la coopération des intéressés donnèrent à cette compagnie une forme toute nouvelle. Mais dès que Chirac eût fermé les yeux, tout rentra dans l'ancien ordre, et la doctrine hippocratique reprit son rang et son activité dans les chaires. » C'est que la *masse des praticiens de Montpellier* n'avait pu être dominée par l'intérêt, la crainte ou l'ignorance; nos médecins conservèrent le feu sacré, et continuèrent le *rôle caractéristique de la ville médicale*. En présence de cette époque si grave pour les destinées de notre Ecole, que sont les divergences secondaires manifestées ultérieurement dans son sein!

On nous oppose maintenant le temps où vivaient les professeurs les plus illustres de notre Faculté; mais connaît-on bien ce dont on parle! Il est aisé de voir qu'on ne s'en doute pas même. Quoi! il y avait plus de *consensus* du temps de Sauvages, qui mêla souvent les explications et les expériences mécaniques aux idées vitalistes (1); de Bordeu, qui retira surtout la vie générale de la vie individuelle des organes; de Fouquet, qui attribua tant à la sensibilité; de Grimaud, qui raviva le stahliarisme; de Baumes, qui s'oublia au point de faire un grand ouvrage de nosologie chimique; de Dumas, qui fit trop dominer l'anatomie dans ses explications médicales; de Fr. Bérard, qui, après son séjour à Paris, sacrifia un moment à l'autel de Baal; de Delpech, enfin, qui affichait une sorte d'indépendance doctrinal, etc.! Ces remarques historiques suffisent, ce nous semble, pour démontrer que dans toutes les corporations savantes leurs membres, quoique partisans des mêmes principes généraux, ne peuvent s'accorder absolument sur tous les faits accessoires, et encore moins pendant tous les jours de leur vie. Telle est du reste la condition de la fragilité humaine. Tous les jours nous voyons, le Code à la main, les gens de loi ne pas s'accorder sur les faits les plus manifestes; des cours royales se contredire dans leurs arrêts; et l'on serait sans divergence, même accessoire de vues, dans une corporation d'hommes réunis par les circonstances les plus diverses et sous le bénéfice d'une indépendance absolue d'opinion! Les associations religieuses ou militaires, avec leur obéissance passive à la loi adoptée, sont seules susceptibles de l'unité et de l'homogénéité que l'on demanderait vainement à la république des sciences et des lettres. Comment donc la Faculté de Montpellier présenterait-elle une identité de vue dans tous ses membres?

(1) Nosolog. méthod., tom. III, pag. 32. Edit. 1772.

« Il y a, dit-on, aujourd'hui à Montpellier des représentations de » toutes les doctrines, et ce mélange n'a pu s'effectuer sans altérer » profondément leur type. » Rien n'est moins exact maintenant. Oui, il est vrai que naguère les professeurs Lallemand et Dugès enseignaient l'organicisme avec talent. Mais ont-ils en rien changé les idées de notre école? Ils y ont attaché davantage, si je puis dire, les disciples et les maîtres; témoins Lordat, Pétiol, Berthe, Bérard, Caizergues, Lafabrie, Anglada, Broussonet, Vignier, Bertin, Dupau, Forget, Double, etc., qui enseignaient ou répandaient le vitalisme hippocratique durant cet antagonisme « importé dans notre Faculté par celle de la capitale. » Aussi l'un de nos plus célèbres maîtres disait-il naguère à l'un de ces professeurs: « J'espère que vous nous prouverez de Paris le bien que » vons auriez dû nous faire pendant votre séjour ici. »

Mais peut-être oublie-t-on cette époque bien peu éloignée et pourtant si expressive, pour critiquer la composition actuelle de notre Faculté. Si l'homogénéité n'était point parfaite en ce moment, on avouerait du moins que notre temps a cela de commun avec celui que l'on a choisi pour terme de comparaison. Je vous entends, en effet; tel professeur proclame la *vie universelle*, tel autre se montre partisan des idées de Hanemann; un autre enfin s'occupe de la pathologie des chiens et des lapins. Est-ce que ces quelques hommes composent toute la Faculté? Est-ce qu'ils représentent forcément l'Ecole de Montpellier qui a été, est et sera toujours elle-même avec ou sans le concours d'hommes en robe et en bonnet? Est-ce que d'ailleurs MM. Lordat, Caizergues, Golfin, Broussonet, Estor, Serres, Delmas, René, Duportal, Jaumes, Khunotte, Andrieu, Barre, Lombard, etc., devraient s'effacer devant deux ou trois partisans d'idées particulières?

Remarquez encore que ces hommes estimables, à vues personnelles, sont loin d'abandonner la voie hippocratique. Jamais MM. Ribes, D'Amador, etc., ne se sont dits et n'ont jamais voulu être autre chose que disciples de Cos. Lisez l'ouvrage du premier de ces auteurs sur l'*Anatomie pathologique*; ceux du second sur le même sujet, sur les constitutions médicales, les épidémies et sur la méthode numérique, et vous reconnaîtrez la justesse de cette remarque. Ils n'ont jamais voulu substituer le spinozisme ni l'homœopathie au vitalisme hippocratique, mais réunir les premiers à cette dernière; selon eux, ces idées modernisées sont des extensions du domaine de Cos. Il est bien permis d'embrasser ces vues accessoires qui, même chez eux, n'altèrent pas les dogmes vitalistes, et encore moins chez la plus part des médecins de notre Ecole. Qu'on veuille bien donc se le rappeler: un systématique met sa doctrine ou son hypothèse à la place de celle d'Hippocrate complétement bafouée ou reniée à la manière de Paracelse; beaucoup de vitalistes au contraire ont certaines idées secondaires qu'ils croient pouvoir associer aux dogmes fondamentaux, et presque toujours ces prétentions personnelles ont peu de durée chez

constitution se montrait belle, forte et sanguine.

Atteint de pneumonie aussitôt son arrivée à Alger, la maladie résista aux saignées répétées, aux applications de sangsues, aux ventouses, aux vésicatoires, à l'administiation du quinquina, du musc. La dyspnée était considérable; le malade, couché sur le dos, offrait l'image de l'anxiété la plus grande; ses traits étaient altérés, sa respiration fétide, ses crachats blanchâtres, grumeleux, peu abondants, et sortaient avec peine. Forcément visqueux, ils étaient complétement adhérents sur le vase qui les recevait; leur aspect rappelait la couleur du mastic dont se servent les vitriers; ils n'étaient que bien rarement accompagnés de stries de sang.

A l'autopsie, nous trouvâmes une collection de liquide purulent dans tout le côté gauche de la poitrine. Nous y cherchâmes en vain le poumon; il n'en existait plus qu'un morceau décomposé et ressemblant à de la glu dont se servent les enfants, ou à des tissus cellulaires mortifiés, avec odeur caractéristique rappelant la gangrène ou la pourriture d'hôpital. Je dois ajouter que la gangrène du poumon ne fut pas annoncée, l'autopsie seule nous la fit connaître. Ce cas ne s'était pas encore présenté à notre observation : reproduit par nos souvenirs dans cette dernière circonstance, nous fûmes autorisé à l'annoncer.

Méningite cérébro-spinale sporadique.

Braconnier (François), né dans le département des Vosges, âgé de trente-trois ans, taille de 1 mètre 580, tempérament sanguin, constitution robuste, cultivateur avant son entrée au service, remplaçant dans le corps des zouaves, où il sert depuis 1841, a été atteint quatre fois de fièvre intermittente sans complication; sa dernière entrée a eu lieu par l'évacuation de Blidah en janvier 1846; son séjour à l'hôpital fut de peu de durée et sa sortie demandée avec instance, le malade étant persuadé de son renvoi immédiat en France, l'époque de sa libération étant arrivée.

Un mois après sa sortie, Braconnier fut apporté sur un brancard à l'hôpital, salle 14, n° 48, malade depuis quatre à cinq jours. Nous appréciâmes sa situation de la manière suivante :

Couché sur le dos, il se plaignait d'un violent mal de tête qu'il rapportait à la région frontale et s'irradiant vers la nuque. La douleur était gravative, et augmentait vers le soir. Le malade accusait des bourdonnements d'oreille; l'ouïe était dure, et il paraissait vivement contrarié des questions qu'on lui adressait.

Les symptômes fournis par les autres appareils étaient peu graves. Il y avait de l'anorexie, de la soif, de la fréquence dans le pouls, dont les pulsations variaient de 90 à 100; la peau était chaude, sèche. Il y avait eu un peu d'épistaxis avant son entrée à l'hôpital. Point de diarrhée, de météorisme; seulement un peu de sensibilité par la pression à l'hypocondre gauche.

Le médecin diagnostiqua une fièvre rémittente céphalalgique, prescrivit une saignée de 750 grammes, suivie d'une application de 40 sangsues avec des fomentations froides acidulées, et des lavements de même nature avec addition de 2 grammes de sulfate de quinine.

Le malade eut du délire pendant la nuit; ses voisins ne purent dormir. Sa pensée lui rappelait son départ et l'obstacle qu'il avait rencontré par l'ajournement des congédiés, en ajoutant : Je suis perdu, monsieur le major.

Une seconde saignée fut faite; les autres moyens continués, en ajoutant des cataplasmes sinapisés aux extrémités.

Ce ne fut que le deuxième jour qu'on diagnostiqua une méningite cérébro-spinale, le malade éprouvant de la difficulté à mouvoir les extrémités inférieures, et accusant une vive douleur dans les portions cervicale et lombaire du rachis; sa tête se renversant en arrière, et des mouvements convulsifs se manifestant dans les muscles du globe de l'œil droit.

Le pouls était descendu à 60 pulsations; la chaleur de la peau fortement diminuée; le malade buvait avec peine; les urines s'échappaient dans son lit, bien qu'il en eût la conscience, mais les forces lui manquaient pour en prévenir l'infirmier.

Les purgatifs dits drastiques à hautes doses furent employés; et Braconnier mourut dans la nuit du 10 au 11 février, après six jours de séjour à l'hôpital, et neuf ou dix de l'invasion de la maladie.

Nécropsie. — Corps non amaigri.

Cerveau. La pie-mère est injectée, ses vaisseaux sont remplis de sang. Entre l'arachnoïde et la pie-mère on trouve une couche de pus étendu à la surface du cerveau et qui l'entoure complétement, ainsi que la moelle. La matière purulente existe aussi à la base, dans les ventricules et dans le voisinage des nerfs optiques. La substance cérébrale est hypérémiée. Il n'y a pas de ramollissement. Sa consistance est normale.

Le rachis ouvert nous a présenté la même couche purulente entre ses membranes; le pus semblait étalé en bandelettes.

Les viscères n'ont présenté aucune altération notable; seulement la rate avait un volume exagéré se rattachant aux fièvres intermittentes antérieures.

Réflexions. — En cherchant l'étiologie d'une semblable affection si rapide dans sa marche, nous sommes conduit à conclure qu'une affection morale profondément sentie a déterminé toute la maladie. Ce militaire avait terminé son service; il se disposait à partir, il y comptait, et se complaisait tellement dans cette idée de revoir sa famille, qu'il me communiquait tous ses rêves de bonheur.

L'ordre d'ajournement arrive, aussitôt il perd l'appétit et la gaieté qui lui était habituelle; il devient morne, taciturne, accuse de la douleur à la tête, et se fait transporter à l'hôpital, où il succombe bientôt.

Diathèse tuberculeuse chez un Arabe atteint de fièvre intermittente depuis plusieurs années.

Le 26 janvier dernier, à la visite du soir, je reçus dans la salle 14, n° 1, Abderhaman, âgé de vingt-quatre ans, tirailleur indigène, au service de la France depuis quatre ans, et en garnison à la Maison-Carrée : ce malade était né dans une des tribus qui avoisinent le Fondouck.

Il entrait à l'hôpital, disait-il, pour une nouvelle rechute de fièvre intermittente quotidienne; il ne se rappelait plus l'époque de son origine, tant elle était ancienne.

Son ventre, très développé, nous offrit une hypertrophie considérable de la rate; elle s'étendait d'un hypocondre à l'autre. Le foie présentait également une augmentation de son volume. Un épanchement assez considérable existait dans le péritoine. La respiration était fréquente, et accusait déjà une lésion avancée des poumons. La poitrine, percutée, auscultée, nous offrit de la matité dans les deux tiers inférieurs des deux poumons, et l'existence d'une caverne dans le lobe supérieur droit. Le pouls était fréquent, la soif grande, les crachats rouillés. Le malade ne pouvait rester que sur le dos. Je me demandais comment ce militaire avait pu faire son service, et venir à pied à l'hôpital avec de pareils désordres.

Une saignée de 400 grammes fut prescrite et renouvelée le lendemain. L'état du sang, l'ancienneté et les complications de la pneumonie s'opposant à de nouvelles évacuations sanguines, nous eûmes recours à l'émétique à haute dose. Le malade ne voulut pas en prendre une seconde fois : alors nous lui administrâmes 8 grammes de sulfate de quinine en huit jours.

Dans cet intervalle tout le thorax fut recouvert de deux vastes vésicatoires.

L'emploi de ces divers moyens n'opéra aucun changement, et le malade s'éteignit le 25 février, à six heures du matin, après une agonie de six heures.

J'ajouterai que j'accordai toujours quelques aliments, l'Arabe ne pouvant comprendre qu'il doit s'abstenir de manger.

Autopsie. — Le ventre est rempli de sérosité lactescente : sa quantité était de plusieurs litres. La rate avait le volume d'un petit foie; elle était farcie de tubercules dont quelques-uns représentaient les dimensions d'une pièce de cinq et dix sous. Incisés, ils avaient l'aspect nacré et la dureté d'un cartilage. Au reste, son tissu intérieur était diffluent et n'offrait plus de traces d'organisation.

Le foie était dur, splénisé, plus volumineux qu'à l'ordinaire; il présentait le même aspect tuberculeux : ceux-ci étaient isolés, non ramollis et se dessinaient à sa surface comme des marbrures que je comparerais à un bouton blanc incrusté dans son tissu. La vésicule du foie était considérable et remplie d'une bile peu consistante, peu colorée.

Les ganglions mésentériques fortement développés et tuberculeux.

Les reins étaient aussi farcis de tubercules crus, et il y en avait de toutes les dimensions; leur tissu ne semblait pas modifié dans sa consistance et dans sa couleur.

La poitrine ouverte nous offre, à droite, des adhérences de la plèvre costale; la portion qu'on put en détacher était recouverte d'une multitude de petits tubercules à l'état cru. Il n'y avait pas d'épanchement.

Les deux poumons étaient hépatisés au deuxième et troisième degrés. Ils étaient aussi remplis de tubercules à tous les états; il y en avait de très gros et du même aspect que ceux signalés dans les autres organes; ils étaient placés à leur surface externe; ils renfermaient également des cavernes au nombre de quatre. Le lobe supérieur gauche était sain; celui du côté droit fonctionnait encore, quoiqu'il s'y trouvât une caverne.

Le cœur était petit, flasque; le poumon renfermait un peu de sérosité trouble et offrait des rugosités saillantes.

Cette coïncidence d'une cachexie tuberculeuse envahissant tous les organes est assez curieuse pour appeler l'attention, s'étant manifestée chez un indigène venu au monde dans un pays à fièvre, porteur d'une grosse rate et offrant cette teinte caractéristique des fébricitants chroniques.

Un autre sujet d'étonnement se présente quand on apprend que ce militaire vient de faire une campagne qui a duré plusieurs mois.

Hypertrophie des mamelles survenant pendant la durée d'un accès de fièvre intermittente.

L'année dernière, je donnais mes soins à une jeune femme espagnole atteinte de fièvre intermittente contractée dans la province d'Oran. A ma troisième visite, elle me fit remarquer la dureté de son sein et l'exagération de son volume. Il y avait de la chaleur et de la douleur qui se propageaient jusque sous les aisselles. Frappé de cette observation, je pensai

---

le même individu, comme la vie de Baumes nous en donne un frappant exemple. Ces réflexions suffisent, ce nous semble; pour démontrer que jamais la Faculté de Montpellier ne montra plus d'homogénéité dans ses principes, et que l'école hippocratique y a encore aujourd'hui ses plus zélés partisans.

Poursuivant la critique de l'Ecole de Montpellier, on établit quatre espèces de théories vitalistes : le *naturisme* d'Hippocrate, l'*animisme* de Stahl, l'*archéisme* de Van Helmont, le *dynamisme* de Barthez. On prétend démontrer une grande différence entre toutes ces théories; et, quant à la première et à la dernière, on ajoute que celle-ci repose sur *une force* dite expérimentale, une abstraction, logique représentation des traits consacrés par le naturisme, l'animisme et l'archéisme. C'est assez pour connaître cette doctrine qui, basée sur l'admission de *deux causes supérieures*, ne comprend pas sous une seule force les trois théories désignées. S'éloignant en cette différence fondamentale des théories de Stahl et de Van Helmont, elle proclame que les actes de l'économie humaine sont sous la dépendance d'une première cause intelligente qui préside aux actions de conscience (âme ou sens intime), et d'une seconde cause expérimentale (force ou principe de vie, etc.) qui dirige les actes de développement et de conservation de l'individu, sans que nous en ayons conscience. Et c'est précisément par cette distinction fondamentale que la doctrine de Montpellier est l'expression de celle de Cos. L'Ecole reconnaît, en effet, « deux causes actives » des phénomènes du corps humain. » Elle signale l'*âme* comme la plus excellente de ces deux puissances : Γνώμη γὰρ ἡ τοῦ ἀνθρώπου πέφυκεν ἐν τῇ λαιῇ κοιλίῃ, καὶ ἄρχει τῆς ἄλλης ψυχῆς; l'*âme* de l'homme siége dans le ventricule gauche du cœur et commande à l'autre puissance. (Livre du Cœur, édition de Foës, pag. 269, 171.) La supposition du siége est fort peu afférente à notre objet, il nous suffit de constater l'admission de l'âme par l'antique doctrine. Et remarquez bien que c'était là la philosophie de son temps et de ceux qui l'ont suivie, car Aristote et Platon l'ont embrassée avec certaines modifications accessoires. Cette idée d'une âme supérieure à une autre puissance a été exprimée diversement, et la distinction consacrée par l'auteur du Timée de l'âme rationnelle et irrationnelle n'est pas autre chose.

Je n'ai pas à examiner si le livre du *Cœur* est du grand Hippocrate ou de l'un des membres de sa famille, comme divers traducteurs l'ont prétendu. Cette opinion, qui n'est pas sans vraisemblance, m'expliquerait comment l'auteur emploie le terme ψυχῆς synonyme, pour Hippocrate de γνώμη, à la place de φύσις, dont le divin vieillard se servait toujours en opposition à cette dernière puissance. Néanmoins, ce passage montre, chez les Asclépiades, l'admission de deux causes actives; l'une douée de raison supérieure, l'autre irraisonnable. Cela doit suffire à notre objet.

Dans l'Ecole de Cos, on était tellement persuadé de l'excellence de l'âme, que, la faisant provenir de la divinité, ils s'exprimaient à son égard de la manière la plus remarquable : « Il ne nous appartient de parler des choses célestes et placées dans les hautes régions, qu'autant qu'elles contribuent à démontrer, relativement à l'homme et aux autres animaux, pourquoi ils y sont liés et en proviennent, pourquoi ils sont doués d'*âme* : Ὅτι ψύχη ἐστίν. » Ainsi s'exprime Hippocrate dans son livre, non des *Chairs*, suivant la croyance générale (περι σαρχῶν), mais bien des *Principes* (περι αρχῶν), comme le démontrent les sujets dont traite l'auteur, selon la remarque de Leclere (1). Partant de cette puissance, le divin vieillard l'appelle *flamme*, *vie*, et il dit : δοχέει δέμοι ὅκα λέομενον θέρμον, ἀθάνατόν τε εἶναι, καὶ νοεῖν πάντα, καὶ ακρούσιν, καὶ εἰδέναι πάντα, καὶ τὸν ὄντα, καὶ τὰ μέλλοντα ἔσεσθαι; ce que nous appelons feu me paraît un être immortel, qui connaît, comprend, voit, entend tout, et conçoit enfin tout, soit présent, soit futur » (2)... Et comme pour rendre la ressemblance de sa doctrine avec celle de Montpellier plus frappante, si je puis dire, il ajoute : « Lorsque tout le reste a été désordonné » (cette puissance) se retire dans les sublimes demeures, que les anciens, ce me semble, ont appelées éthérées. » — « Les signes des » maladies, dit-il ailleurs (3), se tirent des fourmillements; de la douleur, de l'âme, γνώμη, » etc.

Ainsi donc, l'Ecole de Cos reconnaît deux causes actives dans le corps vivant; l'une, supérieure, intelligente, prévoyante (ψυχή, γνώμη) qu'elle compare au feu (θέρμος), idée conservée dans le langage de tous les peuples, où, selon la remarque de Cicéron (4) et de notre Grimaud (5), flamme et vie sont souvent synonymes. La seconde de ces puissances est celle qu'Hippocrate invoque le plus souvent sous le terme de φύσις, ou nature; φύσις ἐξαρκέει πάντα πᾶσιν, la nature suffit à tout et partout (6). A celle-ci, il rapporte tous les changements opérés dans l'économie vivante : φύσις ἀπρατούσης, κενέα πάντα, sans l'action de la nature tout est vain. A cette cause, il attribue la solution des maladies : Νούσων φύσις ἰητήρ, c'est la nature qui guérit les maladies.

Profond commentateur des œuvres d'Hippocrate, Galien nous fournit à cet égard des preuves nouvelles : « J'entends, dit-il, par nature une certaine force qui réside dans le corps vivant, qu'elle anime et qu'elle dirige, et dont il est inutile de chercher l'essence, autant que de s'efforcer de connaître celle de l'âme... Quelques-uns, dit-il ailleurs, croient que l'âme et la nature sont composées d'une seule et même substance; les uns la font consister en un esprit, d'autres dans les propriétés du corps; quant à moi, j'ignore si le Créateur a mis dans notre cerveau une puissance corporelle ou incorporelle, si elle s'éteint par la mort de l'animal, » etc.

(1) Hist. méd., 1re part. liv. III, ch. 2.
(2) Des principes, édit. Foës., p. 248.
(3) De l'aliment., p. 381, édit. citée.
(4) De la nat. des dieux, liv. II.
(5) Mém. sur la nutrit., 1re part., p. 36.
(6) De l'aliment., p. 381, édit. citée.

L'Ecole de Cos admettait donc des principes actifs dans le corps humain; l'idée plus ou moins abstraite qu'elle s'en formait tenait à la philosophie de son époque, dans laquelle le divin vieillard ne voulait pas trop s'élancer pour ne pas plonger la science médicale dans les divagations des rhéteurs de son temps. Toutefois, il ne repoussait pas les conceptions philosophiques, puisqu'il considérait le médecin philosophe comme la plus sublime expression de notre art : ἰητρὸς γὰρ φιλόσοφος ἰσόθεος (1). S'il cherchait à prémunir ses disciples contre les écarts des systèmes, il leur enseignait à ne pas mériter la qualification d'empiriques ou d'ennemis des hautes conceptions. Aussi aucun de ses adeptes n'a jamais encouru le reproche adressé par J. de Maistre au siècle dernier : « C'est un poltron qui a peur des esprits! »

Une troisième objection faite à l'Ecole de Montpellier, c'est qu'elle regarde l'*unité du corps vivant* comme l'expression des causes actives dont Hippocrate proclama le mieux l'existence. L'on ajoute que notre doctrine veut voir cette unité en « opposition avec la nature » parce qu'elle a choisi arbitrairement ses termes de comparaison aux » deux extrémités de l'échelle des êtres. » Pour nos antagonistes, « il » y a entre les cristaux et les zoophytes jusqu'à l'homme toutes les » nuances qui marquent la gradation de l'unité de structure, et effacent cette opposition factice tirée d'un contraste exagéré. » Telle est aussi la formule du *panthéisme* ancien et du *naturisme* des Allemands de nos jours; et les explications consignées dans le même travail à l'appui de cette hypothèse sont la reproduction des assertions d'Empédocle, d'Epicure, de Lucain, de Spinoza, de Hobbes, de Burdach, etc.

Contre un tel système, nous serons court; car nous ne croyons pas devoir nous engager dans des discussions si souvent reproduites. D'abord, et avec la meilleure volonté, nous ne voyons pas de transition entre le corps brut le mieux cristallisé et le zoophyte le plus simple : la vie est ici et n'est pas là; les phénomènes obscurs de l'état léthargique n'ont jamais donné le droit de nier la présence de la vie au sein des animaux qui sont plongés dans une mort apparente. La considération de toutes les parties du monde nous oblige à reconnaître des êtres doués de vie et d'autres corps qui ne la possèdent pas. L'étude attentive, non des extrêmes, mais de tous les corps de la nature, nous conduit forcément à l'admission de la vie dans le végétal et l'animal et non dans le minéral. Les plantes, disait Barthez, ont un principe vital (2), et il était loin par conséquent de le refuser aux

(1) Liv. de la décence, § 4.
(2) Vie et œuvres de Barthez par Lordat, p. 320.

que la fièvre ne devait être que symptomatique de l'engorgement des glandes thoraciques, que je devais combattre, afin de la faire disparaître. Communiquant cette réflexion à la malade, elle me répondit : Cela ne m'arrive que pendant mes accès ; une fois passés, il ne me reste plus qu'un peu de douleur; et j'en prévois le retour au moment où elle se fait plus vivement sentir, avec l'augmentation de leurs proportions peu remarquable dans mon état de santé (ce que j'ai constaté plusieurs fois).

En effet, l'administration du sulfate de quinine continuée plusieurs jours fit disparaître cette hypertrophie, si fréquente dans la rate, le foie, et non encore signalée dans l'organe dont je viens de parler. J'ai communiqué ce fait à plusieurs de mes confrères à Alger, tous m'ont répondu qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion de le vérifier. Il a été communiqué à l'Académie de médecine, où il a passé entièrement inaperçu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE

Séance du 8 juillet 1846. — Présidence de M. MONOD.

M. Guersant annonce qu'il a fait la section du tendon d'Achille au jeune malade dont il a été question dans la dernière séance ; que cette opération ne lui a pas fait gagner grand'chose, si ce n'est qu'il a imprimé plus facilement quelque mouvement dans la fracture du tibia sans rien obtenir dans celte du péroné ; que la cicatrice de la section du tendon commence à se faire, et qu'il est probable que dans quelques jours les choses seront au même point qu'elles étaient avant l'opération. Il désire que la Société revienne encore sur ce sujet, afin de s'éclairer sur ce qu'il devra faire ultérieurement.

M. Huguier avait cru reconnaltre, dans l'examen qu'il avalt fait du membre, que les extrémltés du tibia n'étaient pas sondées et qu'on y percevait un peu de mobilité, tandis que le péroné était tont à fait solide ; aussi il croit que le plus grand obstacle au redressement du membre viendra de cet os. En conséquence, il propose de sectionner le péroné avec des pinces incisives, et il pense qu'on redressera ensuite plus facilement le tibia sans employer l'instrument tranchant.

M. Monod partageait d'abord l'opinion émise par M. Michon, et pensait que c'était là une opération de complaisance ; mais en faisant attention à ce que l'on a dit, que cet enfant avait besoin de travailler, et qu'à mesure qu'il grandira le raccourcissement augmentera, ce qui rendra la marche plus pénible, il modifie sa manière de voir, et il est d'avis de faire ce que propose M. Huguier, sans perdre de vue toutefois l'objection qu'y faisait M. Malgaigne dans la dernière séance.

M. Deguise père approuvait complétement ce que voulait faire M. Guersant, c'est-à-dire la section du tendon d'Achille et ensuite le redressement du membre à l'aide des mains ou des appareils. Il ne se dissimule pas les inconvénients qu'il pourra y avoir plus tard pour cet enfant à garder sa difformité ; mais, comme il marche mieux qu'on ne pouvait le croire à l'aspect du membre et que les chances de guérison que l'opération lui fera courir seront très incertaines, il croit qu'il ne faut rien faire.

M. Gosselin aurait été tout d'abord et est encore très embarrassé de se prononcer; car, si l'opération réussit et qu'on arrive à faire disparaître l'angle qui existe, il est à craindre que l'on n'obtienne pas pour cela une amélioration très grande parce que ce membre ne se développera jamais comme celui du côté opposé. Dans cette incertitude, il ne ferait rien.

M. Marjolin fils a fait voir à son père le dessin du membre, et lui a fait connaitre les diverses opinions qui ont été émises dans le sein de la Société. M. Marjolin a été d'avis qu'il ne fallait rien faire, parce qu'à ses yeux c'est toujours une chose sérieuse que de rompre ou de réséquer un cal vicieux.

M. Malgaigne soutient l'opinion qu'il a déjà cherché à faire prévaloir. Il dit que l'on a avancé que le bénéfice que l'enfant retirera d'une opération ne sera pas tel qu'on doive lui en faire affronter les risques. S'il en était ainsi, il y a un grand nombre d'opérations qu'on ne pratiquerait jamais. On n'opère pas toujours parce que la vie est en danger. La carie d'un métatarsien ne compromet pas l'existence, et pourtant on l'enlève, et, si on fait l'amputation pour des cas qui n'altèrent pas la santé générale, on est bien en droit de la pratiquer dans un cas comme celui-ci. On a dit aussi que le petit malade marcherait mieux avec une jambe de bois. Cela est vrai ; mais, avant d'en arriver là, la chirurgie a d'autres moyens à tenter, moyens qui d'ailleurs ne sont pas nouveaux et qui en définitive ne feront pas courir plus de risque que l'amputation de la jambe au tiers inférieur.

M. Robert fait remarquer que M. Malgaigne a singulièrement étendu la question en comparant le cas actuel à celui d'une carie, mais que cette comparaison manque de justesse. En effet, l'enfant peut marcher et sa santé n'être pas altérée; tandis qu'une carie amène avec elle une suppuration qui peut être très abondante, qu'elle expose aux érysipèles, et qu'elle laisse toujours le malade avec des chances d'infection purulente. Ici, outre les dangers de mort par suite de l'opération, il y a aussi ceux de non réussite qui mettraient le membre dans une position plus fâcheuse. Quant à la résection du cal en coin comme on le propose, la science n'a pas encore dit ce qu'on peut en attendre, et si on la compare à l'excision du genou, par exemple, on voit qu'elle est bien incertaine; car, bien que cette opération ait été faite trois ou quatre fois en Amérique, les chirurgiens d'Europe n'ont pas osé la tenter. Dans la résection des articulations la consolidation s'obtient difficilement; on sait même que Chaussier, qui avait fait de nombreuses expériences sur les résections articulaires, n'a jamais pu l'obtenir, et pourtant les extrémités des os peuvent se solidifier plus facilement que les diaphyses, parce qu'on peut mieux les mettre et les maintenir en contact. En somme, comme avec l'opération il y a de mauvaises chances, et que d'un autre côté on peut au moyen d'un appareil prothétique faciliter la marche, M. Robert se rattache à l'opinion de M. Michon.

M. Marjolin fils ne trouve pas non plus très exacte la comparaison qui a été faite du cas actuel avec la carie, maladie devant laquelle le chirurgien ne doit reculer que quand elle se complique de la tuberculisation pulmonaire. Il serait plus convenable de l'assimiler aux cas dans lesquels un orteil pris entre les autres et dans une direction vicieuse gêne la marche, et que pourtant on n'enlève pas. Chez cet enfant il y a une raison particulière de ne pas opérer, c'est que, comme on l'a dit déjà, les rapports anatomiques sont dérangés, et que l'on agirait en aveugle, bien qu'il ait été témoin des résultats heureux obtenus à Wurtzbourg par M. Textor dans des résections de la continuité des os; résultats que d'ailleurs il a fallu attendre des années; il regarde comme une opération de complaisance celle que l'on propose, et il la rejette.

M. Michon ne veut pas revenir sur les objections que l'on a faites à M. Malgaigne; mais il distingue le cas où il y a maladie et celui où il y a infirmité, et il admet que ce serait être rétrograde que de rester dans l'inaction devant l'une, tandis que ce serait faire acte de prudence que de ne pas agir devant l'autre. On a dit que le sujet n'était pas neuf; c'est pour cela qu'il a avancé son opinion; car si l'on consulte les relevés des résections, on voit que non-seulement il n'y a pas eu de consolidation, mais encore que la pluspart ont été suivies de mort, et Boyer a insisté sur les dangers de la résection dans la continuité des os. L'opération qu'on propose n'est pas même comparable à l'amputation, car elle peut mettre le membre dans la position d'être amputé plus tard par suite des graves accidents que le contact de l'air ou d'autres causes pourront développer dans les plaies du tibia et du péroné. Ces considérations le maintiennent dans l'idée de ne rien faire. Cependant s'il fallait absolument agir, c'est au moyen proposé par M. Huguier qu'il donnerait la préférence.

M. Morel-Lavallée est d'avis que s'il y a soudure du tibia, il ne faut rien tenter; que si au contraire la mobilité s'y fait sentir, il est disposé à adopter l'idée de M. Huguier. La section du péroné faite, on pourra mettre bout à bout les extrémités du tibia, et les maintenir en contact au moyen de l'appareil inamovible. La consolidation pourra se faire bien qu'il manque une certaine longueur du péroné, car on connait des cas dans lesquels elle s'est opérée malgré l'absence d'une portion de cet os.

M. Malgaigne dit qu'il n'est pas permis de faire la distinction de maladie et d'infirmité qu'on vient d'introduire dans le débat ; car il y a des circonstances dans lesquelles il est consacré d'opérer, quoique la vie ne soit pas en danger. S'il en était autrement, les trois quarts des opérations qu'on pratique journellement ne seraient pas faites. On ne toucherait pas aux fistules à l'anus, et on n'enlèverait pas les phalanges cariées ou nécrosées. On ne peut pas davantage comparer le cas dont il s'agit aux résections cunéiformes des articulations, et celles faites pour des pseudarthroses. Le plus grand nombre de ces dernières ont été faites sur l'humérus, où le défaut de réussite tient à la grande distance qui sépare les extrémités qu'il est très difficile de maintenir rapprochées. Et, ce qui prouverait que c'est là l'obstacle capital, c'est que M. Flaubert, après avoir fait la résection dans un cas semblable, appliqua une ligature sur les deux bouts de l'os pour les maintenir en contact, et qu'il réussit. C'est également une théorie de penser qu'il y a plus de facilité à obtenir la consolidation dans les résections articulaires que dans celles de la continuité des os ; car le périoste des diaphyses aide bien plus à la consolidation que celui des extrémités; et ici, où il s'agit d'enlever une portion d'os surabondante sans qu'il soit nécessaire de toucher au périoste postérieur, la scie ne passerait pas de l'autre côté de l'os, et il n'y aurait pas d'écartement, pas de vide, les muscles rapprocheraient les extrémités, et un seul os pourrait suffire, au besoin, à la consolidation. Il y a des opérations qui sont plus comparables à celles-ci; ce sont celles faites pour des pseudarthroses de la jambe; elles sont rares, mais celles que l'on connaît ont été couronnées de succès. Aussi, autant M. Malgaigne hésiterait peut-être devant une fausse articulation de l'humérus, autant il se prononce pour l'opération dans le cas actuel.

M. Denonvilliers croit que ce qui produit la divergence des opinions, c'est la nouveauté du fait pour lequel il n'y a pas de règles établies. Tous les jours on opère pour des cas dans lesquels on a à choisir entre d'autres moyens soit locaux, soit généraux et l'opération. et c'est à elle qu'on donne la préférence, témoin la fistule lacrymale ; mais on opère parce qu'il y a des règles fixes dont on ne se départ pas. Hardis par tradition, on recule ici parce qu'il n'y a pas une conduite toute tracée. Prétendre avec M. Michon que l'opération qu'on propose mettra le membre dans le cas d'avoir à subir plus tard une amputation, c'est faire le procès à toutes les résections et dire, comme on l'a fait, que le malade marcherait mieux avec une jambe de bois; c'est dénoncer l'insuffisance de la chirurgie. Suivant M. Denonvilliers, on a été optimiste sur l'état de cet enfant, qui marche d'une manière déplorable et qui marchera de plus en plus mal, car il grandira, tout son corps prendra de la force, mais la partie malade ne se développera pas, et elle tendra même à s'atrophier. Il trouve aussi que l'opération proposée par M. Huguier est une illusion, parce qu'on n'arrivera pas à mettre les extrémités des fragments en contact. En faisant au contraire la résection du péroné, en enlevant une portion du tibia et en plaçant ensuite le membre dans un appareil inamovible, il sera difficile de ne pas arriver à quelque chose de mieux que ce qui existe aujourd'hui. La fracture est même placée de telle sorte que plus tard on pourra, au moyen d'une bottine appropriée, maintenir encore les fragments. N'oublions pas, dit en terminant M. Denonvilliers, que la chirurgie possède des moyens nouveaux, l'irrigation pour les accidents primitifs, et les appareils inamovibles pour les consécutifs ; secondés par ces moyens, il faut, non pas de la témérité, mais un peu de hardiesse pour faire l'opération.

M. Gosselin voudrait qu'avant de se décider à opérer, on attendît quelques années pour voir si le membre se développera. Il pense qu'alors la consolidation sera plus forte, que les parties molles environnantes y aideront mieux, et que l'opération n'offrira pas plus de dangers qu'aujourd'hui. Pour le moment, il reste dans l'opinion qu'il a émise.

M. Guersant est d'avis qu'il faut que la chirurgie fasse des progrès, pourvu toutefois que ce soit en respectant la vie des malades. Il adopte la distinction de maladie et d'infirmité, et il croit que les membres affectés de carie sont dans une condition tout à fait différente de celui-ci. A l'hôpital des Enfants, et cela a lieu d'ailleurs dans tous les hôpitaux, la plupart des amputations faites pour des maladies chroniques guérissent bien, tandis qu'il perd les malades qu'il ampute pour des lésions traumatiques. Il cite à ce sujet l'observation d'un élève en pharmacie, qui gêné par un orteil mal placé, pria Dupuytren de le lui enlever. Celui-ci refusa d'abord; mais sur de nouvelles instances il eut, dit M. Guersant, la faiblesse de consentir à faire l'opération, et elle fut suivie de mort.

M. Huguier fait observer que de tout ce qui vient d'être dit il résulte que deux opinions différentes règnent dans la Société: celle qui consisterait à laisser les choses telles quelles, et celle qui veut que l'on fasse la résection. Il demande si, le péroné étant coupé, on parvenait à redresser le tibia, on en proposerait encore la résection, et il déclare qu'il n'opérerait pas s'il fallait réséquer le tibia, parce qu'il n'y a pas d'analogie entre cette opération et celle qu'il propose. Elles diffèrent entièrement l'une de l'autre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Bibliographie.

Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire;
Par le docteur VIDAL (de Cassis).

(Deuxième article.)

Nous avons, dans un premier article, exposé la tendance générale

---

zoanthes.

Direz-vous que *tout vit, mais à des degrés et à des modes différents* comme l'avouent les partisans de votre système? Mais c'est là une misérable association de paroles aux dépens de la justesse des idées. Ce qu'il vous plait d'appeler *mode de vie* est un état tout à fait différent de la vie observée sans subtilités et exprimée sans arguties. Il vous sourit de dire que le minéral vit à sa manière, sans vous apercevoir que vous donnez à vos expressions une valeur tout autre que celle que le bon sens et l'observation ont apprise dès l'enfance comme dans l'état actuel de la science. La naissance, l'accroissement excentrique, les mouvements spontanés, les maladies et la mort sont-ils des actes de vos masses cristallisées? Ne faisons pas une dispute de mots mais d'idées, et il me semble vous convaincre de l'erreur du système de la *vie universelle*, car je vous crois du jugement et de la bonne foi.

La vie est donc propre aux êtres organisés; mais pour ce fait, dit-on, je me livre à une abstraction inutile en leur supposant une cause inductive. Une notion du simple sens commun veut une cause à un effet, et à celui-ci un instrument. Je mets en présence deux boules de sureau dont l'une est électrisée et bientôt la seconde manifeste l'influence exercée par cette dernière. Je conclus de cette simple observation à l'existence d'une cause que je ne vois pas et que j'appelle *électricité*. Je vois un autre ensemble de phénomènes, dans les réactions chimiques, que les lois expérimentales de l'électricité ne peuvent ni produire ni expliquer, et je les rapporte à une autre cause abstraite. J'agis de même pour les actes des êtres organisés : les impondérables ne pouvant m'en rendre compte, je les attribue à des forces propres. La méthode philosophique de Cos, reproduite par Bacon, est donc toujours la règle de l'Ecole hippocratique. Cette conduite inductive est forcée et je puis dire aussi prudente que satisfaisante.

Mais vous voulez accorder la source des actes des corps vivants soit à l'influence des agents extérieurs, soit à la texture particulière des êtres organisés, ou mieux à la réunion de ces deux influences : telle est, en effet, la base du *naturisme moderne*. Vous assurez que l'économie est soumise aux forces générales du monde, et n'en est pas indépendante comme, dites-vous, certains vitalistes l'ont prétendu. Je ne sais ou plutôt il n'est pas de mon objet de savoir de quels vitalistes il s'agit ici; il nous importe peu que certaines sectes ou certains hommes aient oublié à cet égard les enseignements de l'Ecole de Cos. Un médecin tant soit peu instruit des œuvres de cette illustre famille médicale n'a jamais pu oublier le beau *Traité de l'air, des eaux et des lieux*, celui de l'*Aliment*, celui du *Régime*, ni une foule d'autres passages des livres vénérés : cela doit suffire pour montrer le peu de fondement du reproche adressé à l'Ecole antique. Comme je suppose aussi beaucoup d'instruction à nos antagonistes, je me contente de leur rappeler la *Pratique* de Rivière, le discours préliminaire de la *Nosologie méthodique* de Sauvages, l'*Historia chytificationis* de Bordeu, les travaux sur les *constitutions médicales et les épidémies* de Fouquet, les *Principes de physiologie* de Dumas, etc., etc. Enfin, en employant des médicaments, les médecins de cette Ecole n'ont pu commettre l'absurdité de nier l'utilité des agents du monde extérieur.

Mais cela suffit-il pour conclure que la vie est le résultat *obligé* de l'action de la matière qui nous environne introduite ou non au sein des êtres organisés? Nullement, car il est une foule de cas où cette influence est indifférente. La fécondation des germes, le développement de l'embryon, la ressemblance du fœtus à ses parents, le sexe; la transmission héréditaire et initiale des tempéraments, des idiosyncrasies, des lésions morbides; les influences morales, les conceptions intellectuelles, le génie et beaucoup d'autres faits me montrent des résultats obtenus sans participation *directe* et *déterminante* des forces du macrocosme. Je vois là des phénomènes dissemblables à ceux de ce dernier, où la nécessité et un fatalisme primordial manifestent une opposition flagrante avec la mobilité et la variabilité incessantes des actes spontanés de l'être vivant.

Essayez, dit-on de supprimer la température; changez la tension habituelle; renversez la proportion d'oxygène et d'azote de l'air; que devient cette spontanéité? Encore une fois, l'Ecole de Montpellier n'avait jamais pu croire qu'on lui opposerait de pareilles naivetés. *Pour préparer un civet de lièvre, prenez un lièvre*! Malgré cette admirable commande, le *Cuisinier royal* a oublié d'ajouter qu'il faut quelqu'un pour exécuter cette simple opération. Eh bien! Le même sens commun, si vous le voulez, nous force à exprimer cette nécessité, et à demander naïvement un directeur, une cause pour mettre en jeu les matériaux apportés du dehors, pour les diriger et les faire servir convenablement aux actes et aux résultats un peu moins simples du microcosme. Les disciples de notre Ecole ne peuvent se défaire de cette idée, que, s'il faut un chimiste habile pour fabriquer, non pas un grain de blé que leur demandait Jean-Jacques pour croire à leur science, mais certaines combinaisons artificielles, il faut au moins une puissance agissant comme si elle était intelligente, pour conduire les combinaisons physiques ou chimiques qui se passent dans le corps vivant. L'Ecole de Montpellier a toujours eu la folie de croire que les actes de la pensée, les rêves, les conceptions philosophiques, les passions, la nostalgie, les névroses, les névralgies, etc., ne sont pas le résultat de l'action des atomes anciens ou modernes.

Admettrons-nous que la vie est le résultat des propriétés de tissu? Nous ne commettrons pas davantage l'absurdité de nier l'utilité et la nécessité des organes pour les manifestations de la vie : si tout effet suppose une cause, il ne nécessite pas moins des instruments; les organes sont donc nécessaires. Mais sont-ils en même temps cause et moyen? Je les vois bien doués des forces physiques et chimiques comme tous les autres corps du monde; mais je les rencontre plusieurs fois dépourvus de l'activité spéciale à la vie. Si la structure et les propriétés générales d'un nerf, de l'encéphale, etc., étaient la cause *absolue* de leurs fonctions, il faudrait rigoureusement qu'en tout et partout ces mêmes organes manifestassent ces actes, ainsi qu'un minéral jouit constamment des mêmes propriétés. Et cependant les paralysies locales, la séparation d'une partie du corps, la mort enfin, nous montrent tous les jours ces organes constitués physiquement et chimiquement de la même manière que pendant leur animation. Qu'est-ce qui leur reste alors? Les propriétés générales de la matière qui les constitue. Qu'est-ce qui leur manque? Ce qui différencie la plus belle masse cristallisée du plus simple zoophyte. La matière ne peut donc jamais perdre ses propriétés; les êtres organisés peuvent perdre ce qui les fait différer des corps bruts : leurs manifestations ne sont donc pas le résultat *obligé* de leur texture, mais d'une cause qui leur est inhérente, tout en étant susceptible de les abandonner. Est-il nécessaire maintenant de discuter la valeur du *naturisme* panthéiste des anciens et des modernes matérialistes? Nous croyons que ces réflexions suffisent pour démontrer la nécessité d'admettre l'unité et la spontanéité des corps vivants à la manière hippocratique ; le dogme de la nature médicatrice en découle rigoureusement. Ainsi, la logique sévère de l'observation me renferme forcément dans la méthode philosophique de Cos, préconisée par Bacon et soigneusement suivie dans l'Ecole de Montpellier.

L'on n'est pas davantage fondé quand on avance que notre Ecole *supprime le fait et le mode spécial organique, chimique ou mécanique de la causalité morbide* Nous venons de le montrer ; si elle n'accorde pas la prédominance des forces physiques et chimiques dans les actes du corps vivant, ce n'est pas par ignorance, mais par suite de l'étude attentive de tous les phénomènes de la nature. Dans la production et le développement des maladies, elle ne *supprime* pas les actions et les réactions chimiques ; comme pour la digestion, la nutrition, la respiration, elle reconnaît des effets et des actes de cet ordre ; mais elle voit aussi que la direction, la distribution, et le résultat définitif de ces changements physiques ou chimiques, manifestent des lois et des forces supérieures à celles du monde extérieur, qu'elles utilisent en les soumettant à leur autocratie. « Pour bien diriger les applications de la chimie au corps humain, dit notre illustre Chaptal (1), il faut réunir des vues saines sur l'économie animale à des idées exactes de la chimie ; il faut subordonner nos résultats du laboratoire aux observations physiologiques, tâcher d'éclairer les

(1) Elém. de chimie, 3e édit., t. Ier. Disc. préli., p. 82.

du nouveau livre de M. Vidal, fait connaître ses principales divisions, et dit quelques mots du livre premier, consacré aux prolégomènes de la chirurgie. Abordons aujourd'hui l'histoire de la chirurgie des tissus et de la chirurgie des régions.

Une section importante est celle qui renferme les maladies des artères, et où se trouvent analysés et commentés les travaux des Scarpa, des J.-L. Petit, des Hodgson, etc. On verra, dans ce chapitre, combien les gravures étaient indispensables pour faire clairement comprendre les variétés de cette espèce d'anévrisme qui se produit lorsque l'artère est piquée en même temps qu'une veine volumineuse (anévrisme artérioso-veineux). Le sang peut passer directement dans la veine et la dilater; il peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire environnant; il peut enfin traverser la veine sans la dilater. Cette maladie, tout anatomique, toute matérielle, était d'une étude assez difficile pour qu'il fût souvent malaisé pour l'élève de se rendre compte de ces différentes altérations. Mettre en regard de chaque description la représentation exacte de la maladie, c'était rendre un vrai service au jeune chirurgien, et M. Vidal l'a bien senti. Dans cette section encore, les dessins d'anatomie chirurgicale aident singulièrement la pratique de la ligature des artères. C'est à la suite du chapitre où sont traitées les affections de ces vaisseaux, que vient l'étude des hémostatiques, distribution qui nous semble la plus logique et la plus rationnelle.

En effet, la ligature, la torsion, la compression des artères, tous les moyens hémostatiques enfin ne peuvent être bien connus dans leur application, dans leurs résultats que quand on a suivi avec soin l'histoire du traumatisme artériel, et il n'est peut-être pas d'invention touchant à ces procédés qui n'ait eu pour point de départ l'observation pathologique.

Dans ce deuxième livre, nous signalerons la section consacrée à la maladie des os. *A priori*, l'on serait assez porté à croire qu'il n'est pas difficile de jeter beaucoup de jour sur des maladies aussi tranchées que celles du squelette, surtout lorsqu'elles sont déterminées par des causes physiques; et cependant, si parfaitement que soient connus de l'élève les travaux estimables des auteurs modernes sur les différents déplacements, les luxations de l'humérus, par exemple, combien ces lésions ne lui paraîtront-elles pas souvent obscures parce que l'idée synthétique de ces travaux ne lui aura été présentée par personne! M. Vidal a voulu combler cette lacune. Un tableau synoptique permet d'embrasser d'un coup d'œil toutes ces luxations dont le dessin reproduit les principales variétés. Le résultat de cette méthode a été de présenter en un très petit nombre de pages l'histoire complète des luxations et la façon la plus rapide en même temps que la plus claire et la plus frappante. Ce que nous avons dit des luxations peut s'appliquer de même aux fractures dont quelques figures parviennent à rendre complétement les espèces, les variétés, soit qu'il s'agisse de la direction, des rapports des fragments, etc., etc.

Les avantages du système de l'auteur ne sont pas moins évidents lorsqu'il s'agit des maladies des régions. Chaque groupe motive un certain ordre de procédés qui se rapportent tous à une idée mère, à une méthode, et par conséquent présentent de nombreux points d'analogie. Suivant la région dans laquelle est située une tumeur, par exemple, c'est l'anatomie qui commande, qui dirige le bistouri. Quand il devient nécessaire, discutant la nature de l'affection, que le chirurgien se prononce sur les indications et les contre-indications opératoires, la pathologie seule peut le guider pour la solution de ces problèmes. M. Vidal a donc eu raison de qu'*il a cherché partout à éclairer, quelquefois à contenir la médecine opératoire par la pathologie.*

On se plaint à juste titre que trop souvent les chirurgiens ne possèdent pas en médecine des connaissances suffisantes; c'est un reproche que nous sommes heureux de ne point être obligé d'adresser à M. Vidal, qui sur les questions d'opportunité, de nécessité de l'intervention de la chirurgie a jeté, sans contredit, une vive lumière. Des études antérieures, sérieuses en médecine proprement dite, études auxquelles M. Vidal a dû d'arriver par concours à l'agrégation dans la section de pathologie interne, nous étaient d'ailleurs d'avance un sûr garant que sur ce point M. Vidal ne resterait point au-dessous des espérances que l'on était en droit de concevoir. C'est assez dire que, tout en consacrant dans son livre la division de la science en médecine et en chirurgie, M. Vidal reste le plus souvent médecin, c'est-à-dire, opérateur prudent et non pas seulement *coupeur* habile.

La chirurgie des régions a dans ce livre encore une importance sur laquelle nous fixerons un instant l'attention. Maladies des yeux, maladies des voies urinaires, du rachis, des membres, toutes affections à l'étude et à la thérapeutique desquelles n'ont pas été sans servir les nombreux travaux des spécialistes honnêtes et honorables dont nous parlions dernièrement dans une autre notice bibliographique, M. Vidal les a décrites avec un soin tout particulier, et l'on trouvera dans son livre un résumé succinct mais complet et suffisant d'ophthalmologie, d'urologie, d'orthopédie, etc.

Pour nous résumer en deux mots, nous dirons qu'il y a dans le livre de M. Vidal une indépendance et une justice qui ne pourront être révoquées en doute. Elèves et praticiens ne pourront que retirer de sa lecture d'immenses et réels avantages. C'est un titre de plus à joindre aux titres qu'a M. Vidal à la reconnaissance du public médical.

Dr A. F.

— Il vient d'être créé par le ministre de l'instruction publique une place de chef des travaux cliniques près l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Montpellier. M. Léon Brousse, agrégé de cette Faculté, a été nommé à ce poste pour six ans par le ministre. Passé ce terme, la place sera mise au concours.

unes par les autres. C'est pour s'être écarté de ces principes qu'on a regardé le corps humain comme un corps mort et passif, et qu'on y a appliqué les principes rigoureux qui s'observent dans les opérations du laboratoire. » Telle fut toujours la pensée de l'Ecole de Montpellier à cet égard, comme les ouvrages et les leçons de Venel, de Virinque, d'Anglada le démontrent.

Ainsi, dans le développement, la reproduction et la transmission héréditaire de la maladie calculeuse, notre doctrine reconnaît bien une certaine constitution physique et chimique des organes ou des liquides favorable à la formation des pierres urinaires; mais elle ne peut voir là toutes les conditions du problème pathologique; elle ne peut méconnaître l'existence de modifications autres et propres aux forces spéciales du corps. De là l'expression inductive et expérimentale de *diathèse* ou d'affection calculeuse dont elle se sert pour désigner ce fait.

Toutefois, si l'Ecole de Montpellier reconnaît des actions physiques ou chimiques quand l'observation rigoureuse les lui démontre, elle ne peut les supposer lorsque tous nos moyens d'investigation nous les refusent. L'épilepsie, le tétanos, les fièvres paludéennes, etc., ne présentent que peu ou point de changement dans la crasse du corps; et leurs causes manifestes, leurs caractères, enfin leur réaction spontanée ou provoquée par les remèdes sont en désaccord formel avec les lois du macrocosme, et découlent seulement de celles du monde vital. Que dirait-on de la sagesse constante de notre Ecole, si elle supposait des actions chimiques là où on n'en voit pas; si elle accordait un rôle supérieur à des lois et à des effets qui n'y jouent qu'un rôle accessoire; si elle traitait les maladies en conséquence des lois et des connaissances physiques et chimiques? Rappelez-vous l'essai malheureux du professeur Baumes, et dites-moi ce qu'est devenue cette thérapeutique composée d'oxygénants, d'hydrogénants, d'azoténants, de phosphorénants.

Serait-il nécessaire, en ce moment, de montrer que l'Ecole de Montpellier ne *supprime* pas davantage les *altérations organiques* et les symptômes qui en dépendent? Nous ne le croyons pas, puisque nous nous adressons à des hommes assez instruits pour connaître le Traité d'anatomie pathologique du professeur Ribes, etc. En présence de ces simples réflexions, conçoit-on qu'en parlant de l'Ecole de Montpellier on ait écrit : « On peut dire que le vitalisme est une doctrine toute » subjective qui n'emprunte des faits que l'occasion et le prétexte.. !»

ALQUIÉ.

Montpellier, le 28 juillet 1846.

NOUVELLES.

Le concours de fin d'année pour la nomination aux places de chirurgien sous-aide-major vient de s'ouvrir au Val-de-Grâce sous la présidence de M. le docteur Gasc, inspecteur général. Les autres membres du jury nommés par commission ministérielle sont : MM. Malapert, chirurgien principal d'armée, juge titulaire; Briant, chirurgien-major à l'infirmerie de l'hôtel royal des Invalides, idem; Lacauchie, chirurgien-major, professeur, idem; Marchal (de Calvi), chirurgien-major, professeur, idem; Barthez, médecin ordinaire, juge suppléant, et Rollin, pharmacien principal d'armée, idem.

Les élèves sont au nombre de 74.

La première épreuve est une composition écrite sur une question de pathologie interne (maladies aiguës).

Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *De l'endocardite aiguë.*

—MM. Rambaud, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bone, et Gasté, médecin en chef de l'armée d'Afrique, sant morts en Algérie dans le courant du mois dernier.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) No. 91. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 5 AOUT 1846.

A pareille époque, l'année dernière, nous avions la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Antonini, médecin en chef de l'armée d'Afrique, enlevé dans la force de l'âge par une dysenterie contractée pendant l'inspection médicale de l'Algérie.

Le successeur de M. Antonini, M. le docteur Gasté, vient de succomber de la même maladie, contractée également pendant cette funeste inspection médicale d'Afrique, qui avait déjà coûté la vie à l'illustre Larrey.

Comme M. Antonini, M. Gasté était jeune encore, plein de vigueur et d'activité. Comme M. Antonini, il meurt laissant une nombreuse famille, entourée de la considération publique, seule fortune qu'un médecin militaire puisse espérer au terme de la carrière la plus laborieuse et la plus dévouée.

On annonce sa mort à la date du 22 juillet dernier.

M. Gasté était l'auteur de plusieurs ouvrages estimés, notamment d'une Histoire abrégée de la médecine, et d'un livre ayant pour titre : Du calcul appliqué à la médecine comme complément de la théorie, des faits et des raisonnements sur lesquels doivent être fondées la pathologie, la thérapeutique et la clinique.

Avant d'être appelé à exercer les fonctions de médecin en chef de l'armée d'Afrique, M. Gasté remplissait celles de médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, où il s'était concilié l'estime générale par son dévouement dans le service des malades et par son zèle dans l'enseignement.

Voilà donc trois inspecteurs qui succombent presque coup sur coup à la suite de l'inspection médicale d'Afrique. Déjà, l'année dernière, à l'occasion de la mort de M. Antonini, nous rappelions la mort du baron Larrey, et nous demandions s'il ne serait pas possible de modifier le service des inspections médicales, de manière que celle de l'Algérie fût moins dangereuse pour les chefs de la médecine militaire qui en sont chargés.

Nous ne doutons pas de l'extrême importance des inspections médicales, et nous tenons pour certain qu'elles ont déjà produit d'excellents résultats. Leur institution a été une bonne pensée de M. le maréchal Soult, de qui il n'a point dépendu que d'autres améliorations fussent effectuées. Nous sommes donc très éloigné de nous élever contre l'institution elle-même; mais il est du devoir de l'administration de l'améliorer en ce qui concerne l'Afrique. Désormais, l'oubli de ce devoir serait sans excuse. C'est trop déjà que la vie d'un homme honorable ait encore été sacrifiée, alors que la presse, fidèle à ses obligations, avait fait entendre de sages avertissements. Il suffirait, pour rendre moins dangereuse cette longue pérégrination à travers nos possessions d'Afrique, que l'inspecteur doit sillonner en tout sens, il suffirait, disons-nous, que l'inspection médicale de l'Algérie eût lieu à une autre époque de l'année que celle des plus fortes chaleurs : en automne, par exemple. Il y aurait à cela cet inconvénient, que le travail de l'inspection médicale d'Afrique ne pourrait être réuni à celui des inspections médicales des arrondissements du royaume. Cette difficulté est réelle; mais il ne serait pas impossible de la lever; et, d'une manière ou de l'autre, il faut, de toute nécessité, que l'administration avise à la solution de ce problème: conserver l'inspection médicale de l'Algérie comme toutes les autres inspections, en la rendant moins dangereuse pour celui qui en est chargé.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Cal vicieux à la suite d'une fracture des deux os de la jambe.

Au n° 23 de la salle Saint-Côme est couché un enfant de huit ans que nous avons eu l'occasion de vous faire voir à plusieurs reprises; il est d'une assez bonne constitution, sans avoir cependant l'aspect extérieur très fort. A l'âge d'un an, pendant qu'il était en nourrice, il a eu une jambe fracturée; la blessure a été tellement négligée par les personnes qui l'entouraient, que la fracture s'est consolidée de la manière la plus vicieuse.

Le tibia est disposé de telle sorte qu'il forme un angle droit à sommet dirigé en avant. La fracture a eu lieu à la réunion du tiers inférieur environ avec les deux tiers supérieurs. L'extrémité inférieure du fragment supérieur est appuyée sur le bout supérieur du fragment inférieur, et forme arcboutant. Il semble, en saisissant avec les mains chacun des deux fragments, qu'il existe entre eux un peu de mobilité, ce qui tiendrait, soit à la production d'un tissu fibreux non complétement ossifié entre les deux bouts de l'os, soit à l'établissement d'une fausse articulation.

Le péroné est courbé également presque à angle droit, mais décrivant plutôt un arc de cercle qu'un angle véritable; il est plus large, plus épais, plus aplati que le même os à l'état normal. Nous avons constaté qu'il y avait une rétraction des muscles de la partie postérieure de la jambe. L'enfant marche assez bien, court même, mais boite d'une manière très sensible, puisque sa jambe présente un raccourcissement de 8 à 10 centimètres.

Malgré ce raccourcissement, l'enfant est presque aussi solide sur cette jambe que sur l'autre.

Il y a huit à dix jours que ses parents nous l'on amené, sans avoir précisément l'espoir d'obtenir une guérison complète, mais pour nous demander s'il était possible, par un moyen quelconque, de diminuer cette difformité.

Après avoir examiné attentivement le petit malade, nous nous sommes demandé s'il était possible d'agir, et nous sommes resté dans un état d'irrésolution telle, que nous avons dû demander à plusieurs de nos confrères et collègues des hôpitaux, leur avis sur ce cas difficile. Nous avons conduit l'enfant à la Société de chirurgie, et les opinions ont été partagées à peu près d'égale façon pour et contre l'opération. Ceux de nos collègues qui ne sont pas disposés à agir, ont examiné tour à tour les circonstances dans lesquelles se trouve l'enfant, ce qui surviendrait immédiatement après l'opération si on la pratiquait, et enfin les conséquences probables. Quant à l'état actuel, le petit malade ne souffre pas. Nous avons dit qu'il se servait assez bien de sa jambe, soit pour marcher, soit pour courir, et sans être moins solide sur l'une que sur l'autre. Malgré la difformité dont il est affecté, le membre inférieur malade s'est développé, sauf la longueur, à peu près autant que l'autre, soit en force, soit en volume. Il est probable, d'après cela, que le développement continuera à se faire d'une manière presque régulière, bien qu'il soit possible que la difformité paraisse augmenter à mesure que l'enfant grandira. Quant à l'espace qu'il peut parcourir actuellement, nous ne savons pas précisément quel il peut être; mais la manière dont il marche nous fait supposer qu'il peut bien environ faire à pied deux kilomètres de suite.

Si, d'un autre côté, nous examinons ce qu'il doit faire plus tard, à quels travaux il doit se livrer, et quelle profession il doit embrasser, cet enfant est destiné à être ouvrier, il pourra donc, dans un certain nombre de métiers, se servir de sa jambe, quoiqu'elle ne soit ni droite, ni aussi longue que l'autre.

Si l'on tente quelque opération, quelle est celle à laquelle il faudrait donner la préférence? A nos yeux, il est impossible de choisir entre des procédés autres que les deux moyens suivants: ou une nouvelle fracture volontairement pratiquée avec toutes les précautions nécessaires au niveau du cal vicieux, ou la section à l'aide de la scie.

Pour le premier moyen, une fracture nouvelle, des instruments très forts seraient nécessaires. Dans un cas à peu près analogue, le professeur Sanson avait voulu agir de cette manière, et avait même fait fabriquer des instruments appropriés, d'une très grande solidité. Au moment de faire l'opération, nous devons dire qu'il y renonça. Il existe, en effet, des raisons nombreuses qui semblent devoir dissuader de faire des tentatives de cette espèce.

Ainsi, par exemple, même avec les précautions les plus minutieuses, il est possible que l'on ne parvienne point à produire la fracture là où on le voudrait, et dans le point juste où ce serait nécessaire. Si on la détermine un peu trop au-dessus ou au-dessous, on n'atteint pas le but que l'on se proposait. Nous avons abandonné l'opinion que nous avions un instant conçue de la possibilité d'une nouvelle fracture de l'os; cependant nous avouons que ce n'est pas sans quelque regret que nous nous sommes cru forcé d'y renoncer; c'est ce procédé que nous avions préféré à tout autre; il nous semblait avoir l'avantage immense de mettre le sujet dans les conditions d'une fracture ordinaire. On courrait bien le risque de déchirer quelques parties avoisinantes; mais en définitive, on ne produirait pas de solution de continuité à l'extérieur. Si nous pouvions espérer de déterminer une fracture sans désordres graves, sans danger de lésions profondes et étendues intéressant des organes importants, nous hésiterions beaucoup moins.

Serait-il préférable de scier l'os? La section des os n'est point chose absolument neuve; elle a été faite assez souvent, quelquefois sans succès, surtout lorsqu'il s'agissait d'un seul os. Ici une circonstance fâcheuse, c'est qu'il faudrait scier les deux os de la jambe. Pour en arriver là, il faudrait évidemment faire des plaies, même assez étendues; on mâcherait les parties molles. Si l'on pouvait respecter le péroné, il servirait comme d'attelle au tibia; mais si les deux os sont divisés, il serait difficile de mettre les deux extrémités bout à bout et de les maintenir exactement en rapport. Pour le tibia, la chose ne serait pas plus aisée; il faudrait d'abord faire subir à l'os une perte de substance en coin, dirigée de telle sorte que la base du coin répondît à la saillie du tibia, tandis que le sommet répondrait à l'angle rentrant de la face postérieure de la jambe.

Lorsque le malade aurait été opéré de cette manière, il se trouverait dans les conditions d'un sujet présentant une fracture régulière des deux os, mais compliquée de plaie. Or on sait combien sont dangereuses les fractures compliquées de plaie, et combien facilement elles s'accompagnent d'accidents nerveux, de tétanos, de phénomènes inflammatoires, d'érysipèles, de phlegmons, d'abcès profonds, de gangrène; nous ne serions nullement étonné de les voir arriver à un point de gravité telle que l'amputation devînt nécessaire; et, certes, ce serait là une chose des plus fâcheuses que de faire perdre à ce jeune malade un membre qui fait encore assez bien son service, et peut lui servir suffisamment. Sans compter que, comme l'a dit un de nos collègues, l'anatomie de cette jambe n'est peut-être pas sans avoir subi de grandes modifications. Les artères ne sont certainement plus à leur place normale, et il serait difficile de les éviter.

Admettons que tous ces accidents n'aient pas lieu; que les symptômes inflammatoires consécutifs puissent être prévenus ou enrayés par des irrigations continues sur la partie correspondant au point opéré, par des émissions sanguines générales ou locales faites à propos, obtiendrions-nous bien positivement et d'une manière certaine une consolidation? C'est encore là une chose douteuse. Quand il y a eu fracture, les pointes osseuses, qu'on nous passe cette expression, s'engrènent les unes dans les autres, et les fragments peuvent être maintenus en rapport. Lorsqu'il y a eu section, les deux extrémités de l'os sont lisses, ne présentent aucune saillie, aucun enfoncement qui puissent concourir au maintien des deux fragments; les chances de réunion sont donc moins nombreuses, et les dispositions moins favorables pour la réunion. L'enfant courrait donc le risque de ne point voir sa jambe se consolider; mais alors, il est vrai, l'on pourrait lui faire porter un brodequin, une jambe métallique, qui maintiendrait les surfaces en rapport.

Nous avouons que toutes ces considérations l'emportent de beaucoup sur les raisons qui conseillaient l'opération. Néanmoins nous ne regardons pas comme tout à fait impossible la résection; mais elle ne serait faisable qu'à la condition de n'attaquer les deux os que l'un après l'autre, et de surveiller attentivement la production des accidents qui pourraient survenir.

Nous venons d'exposer en peu de mots les indications et les contre-indications de l'opération à tenter. Nous croyons qu'un chirurgien prudent doit balancer et peser mûrement toutes ces considérations avant de prendre une détermination positive et inébranlable. Cet enfant boite, c'est vrai; mais nous allons lui faire courir des dangers bien plus graves; nous allons risquer sa vie si nous l'opérons, et cela dans un moment où il jouit de la plus parfaite santé.

Il y a en chirurgie trois périodes, trois époques correspondant aux âges divers du praticien : la témérité, la prudence, la timidité. Nous serions presque tenté de taxer de témérité ceux qui voudraient agir dans un cas pareil à celui-ci. Cependant un de nos collègues auquel nous ne saurions refuser un grand talent, et pour lequel nous professons la plus haute estime, M. Malgaigne, pense qu'il y aurait lieu d'agir, et nous a manifesté le désir de nous voir envoyer le malade dans son service. Nous le lui adresserons. Nous croirions être téméraire en cherchant à remédier à l'infirmité de cet enfant. Il est des cas où la témérité est certainement permise, où elle est même du devoir du chirurgien. Qu'un homme ait une affection qui doit nécessairement entraîner la mort, une blessure, par exemple, de l'artère iliaque primitive, il faut aller, quelque peu de chances que l'on ait pour la réussite, il faut aller lier l'artère au-dessus de la blessure. Téméraire ou non, il faut opérer; sans quoi, le malade meurt infailliblement et promptement.

Mais s'il ne s'agit, comme ici, que d'une pure et simple difformité, nous croyons, nous, que l'opération, qui pourrait donner lieu aux graves accidents que nous avons mentionnés, serait d'une témérité que rien, même le succès, ne saurait faire excuser. Si l'on réussit, ce sera un coup de hasard, et l'on n'en aura pas moins risqué la vie du malade. De plus, les parents nous ont demandé s'il y avait quelque chose à faire à cette jambe; mais ils nous ont paru presque décidés à s'abstenir s'il y avait du danger. Or, nous ne pourrions leur cacher les dangers que courrait leur fils. Quoi qu'il en soit, nous adresserons cet enfant à notre confrère et collègue M. Malgaigne; et si, après un nouvel examen, il juge à propos de faire quelque chose pour remédier à cette difformité, nous aurons soin de vous en entretenir.

Taille périnéale.

Au numéro 11 de la même salle est couché un enfant de

dix ans qui a présenté depuis cinq ans des symptômes de calcul vésical. Il avait toujours pissé au lit, il souffrait en urinant, rendait quelquefois du sang avec les urines; on avait même trouvé quelques graviers dans le fond du vase; il éprouvait des cuissons et des démangeaisons au bout de la verge; souvent enfin, il lui arrivait, pendant qu'il urinait, de voir le jet de l'urine se supprimer brusquement. Tous ces renseignements, qui nous furent donnés par les parents, suffirent pour nous convaincre de l'existence d'un calcul vésical chez ce petit malade. Nous pratiquâmes le cathétérisme, et nous reconnûmes facilement la présence d'un calcul. Pendant cette petite opération, l'enfant se débattait et poussait des cris violents; nous dûmes donc ne pas prolonger le séjour de l'instrument dans l'urètre, et à cette première exploration nous n'eûmes pas à nous rendre compte du volume de la pierre, bien que nous ayons eu lieu de penser de suite qu'il devait être assez volumineux. Nous n'étions même pas précisément sûr qu'il n'y en eût qu'un seul, ce qui tenait, nous le reconnûmes plus tard, aux bosselures et saillies que présentait la pierre.

Il n'y avait évidemment pas à songer à la lithotritie. La pierre était trop volumineuse pour qu'il fût possible de la briser en une seule séance. En outre, les pierres murales sont ordinairement formées d'oxalate de chaux, substance fort dure; et cette condition était encore défavorable au broiement. Nous crûmes qu'il serait plus convenable de recourir à la taille bilatérale. Nous préparâmes le malade par quelques bains, un régime doux. La veille de l'opération, nous lui fîmes prendre un peu d'huile de ricin; le lendemain matin, jour de l'opération, un lavement fut encore administré. Nous ne saurions trop recommander d'insister de la manière la plus pressante sur l'évacuation des matières qui peuvent se trouver dans le rectum, non-seulement par les laxatifs, mais encore par les lavements. Et voici nos raisons.

Les chirurgiens ne rapportent pas toujours les cas malheureux de leur pratique, et n'aiment pas en général à raconter leurs insuccès. Nous ne sommes point de ceux-là. Nous convenons facilement des malheurs qui nous sont arrivés, nous y voyons un enseignement pour les autres et pour nous-même; et dans l'explication de la manière dont les choses se sont passées, nous voyons un moyen d'éviter le renouvellement d'accidents semblables. Nous avons, jusqu'à présent, fait trente fois l'opération de la taille périnéale chez des enfants. Deux fois nous avons blessé le rectum. Il est bien clair que ce sont ceux qui font le plus grand nombre de fois une opération qui sont exposés à avoir le plus grand nombre d'insuccès. Ce sont les chirurgiens qui ont fait la taille le plus souvent, auxquels il est arrivé de tailler des sujets chez lesquels on ne trouvait pas de pierre. La première fois qu'il nous est arrivé de blesser le rectum, un lavement avait été prescrit la veille au soir et le matin de l'opération. Ce dernier ne fut pas donné; un bouchon de matières fécales durcies fut expulsé au moment de l'opération et fit saillir le rectum sous le bistouri au moment où nous pratiquions l'incision. Dans ce cas, il y avait eu négligence de la part des personnes chargées de soigner l'enfant.

La seconde fois que l'accident nous est arrivé, on avait donné les deux lavements prescrits; mais une circonstance malheureuse se rencontra que nous devons signaler. Une religieuse, passant dans les salles de très grand matin, donna à l'enfant une *cerise*, une seule; mais le petit malade avala le noyau, et, au moment où nous fîmes l'opération, le noyau se présenta sous les membranes constituant les parois du rectum, au moment où les lames du lithotome incisaient les tissus et où nous retirions l'instrument ouvert. Nous devons dire, du reste, que nous eûmes le bonheur dans ces deux cas de ne point avoir de fistule à la suite de l'accident grave qui nous était arrivé.

Dans le cas actuel, l'opération se fit avec beaucoup de promptitude et de facilité, jusqu'à l'extraction du calcul, bien que le bassin de l'enfant n'eût pas été très bien maintenu et que le petit malade se fût vivement débattu. Nous avons facilement incisé la portion membraneuse de l'urètre, facilement engagé le lithotome dans la canule du cathéter, et fait la section complète des tissus sans accident. Mais, lorsqu'il s'est agi de faire l'extraction de la pierre, comme elle était assez volumineuse, l'écartement des branches des tenettes ne fut pas assez prononcé pour permettre de la saisir complétement; à la première et à la deuxième tentative, nous ne pûmes saisir et ramener que des petits mamelons saillants à la surface du calcul, circonstance qui nous fit croire un moment qu'il y avait plusieurs calculs. Mais bientôt nous reconnûmes que la pierre était volumineuse, d'autant plus difficile à saisir que les mamelons étaient plus saillants et plus volumineux; elle était environ du volume d'une noix. Nous fûmes obligé d'opérer sur les tenettes des tractions longues et pénibles.

La difficulté de cette extraction ne pouvait être attribuée à l'étendue de la plaie; elle était suffisante, et nous avons quelquefois extrait par des plaies de cette largeur des calculs beaucoup plus volumineux, mais lisses et sans aspérités. Dans le cas actuel, les saillies présentées par le calcul, au delà du niveau des cuillers des tenettes, empêchaient la sortie de la pierre. Ce n'est donc qu'avec une forte traction que nous sommes venu à bout de la retirer.

Les bords de la plaie ayant dû par conséquent être fortement contus, et le col de la vessie assez violemment comprimé, nous devions redouter la production d'accidents inflammatoires, et ne pouvions pas espérer le résultat de nos tailles ordinaires.

Depuis l'opération, le malade a eu de la fièvre; nous lui avons fait prendre un bain le jour et le lendemain de l'opération.

Des cataplasmes ont été maintenus sur le ventre. Pendant deux jours, il a été tenu à la diète la plus sévère. Le troisième jour, il a pris un peu de bouillon. Un peu de diarrhée. Avant-hier, nous avons supprimé le bouillon pour le remplacer par de petites panades. Le ventre a été un peu ballonné. Au périnée, autour de la plaie existent quelques rougeurs érysipélateuses, dont nous attribuons la production au séjour de l'urine sur les parties malades. Ceci n'est pas sans nous inquiéter quelque peu. Nous avons prescrit de nouveaux bains, des onctions avec l'axonge fraîche sur les points où s'est développé l'érysipèle; enfin, nous avons fait disposer sous les lombes et sous les jarrets des coussinets, qui, tenant ces parties élevées, laissent le bassin dans une position tout à fait déclive.

La réaction fébrile, du reste, n'est pas très forte. Le pouls, à 100 le matin, offre quelquefois, le soir, un peu d'accélération, et s'élève à 120 par minute. Il n'y a point eu de frissons. En somme, bien qu'il ne soit pas tout à fait hors de danger, nous avons le plus grand espoir de retirer cet enfant de la position où il se trouve et d'obtenir un succès complet.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Fracture du col du fémur chez une femme de soixante-dix-huit ans. Mort à la suite d'une autre affection survenue pendant son séjour à l'hôpital. Remarques sur cette sorte de fracture, etc.

Plusieurs femmes ont été successivement admises dans le service de M. Robert pour y être traitées de fracture du col du fémur. Une entre autres de ces malades, qui a succombé, a présenté beaucoup d'intérêt au point de vue des symptômes et des lésions pathologiques.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante-dix-huit ans, d'une faible constitution, admise à l'hôpital le 10 mars dernier. Elle était tombée sur la hanche gauche le jour qui précéda celui de son entrée.

Je constatai, dit M. Robert, à une première visite une rotation légère du membre en dehors et un raccourcissement d'un centimètre environ. La douleur était modérée et avait son siége au pli de l'aine. Je pensai qu'il y avait fracture intracapsulaire du col du fémur et me bornai à prescrire le repos. Mais le lendemain je la trouvai, à mon grand étonnement, dans la salle donnant le bras à une fille de service sur laquelle elle s'appuyait très peu. Elle posait à terre le pied gauche, boitait peu et se plaignait à peine de sa hanche. Je la fis coucher, et constatai plusieurs fois qu'elle pouvait sans peine élever le membre gauche en totalité.

En présence de pareils symptômes, j'inclinai d'abord à croire que la fracture s'accompagnait de pénétration du col dans le tissu spongieux du trochanter; mais comme la malade n'accusait pas de douleur au niveau de cette apophyse, ainsi que cela a lieu dans les cas semblables, j'écartai ce diagnostic et renonçai à admettre une fracture du col, que je n'avais supposée d'abord que sur une rotation peu prononcée du membre et un raccourcissement très peu considérable, c'est-à-dire d'un centimètre.

Dès lors, persuadé qu'il s'agissait seulement d'une contusion, je permis à la malade de se lever et de marcher. Pendant quinze jours, elle se promena chaque jour dans la salle et dans le jardin boitant à peine et ne se plaignant pas; mais, à cette époque, elle fut prise de toux et de diarrhée, et elle dut rester au lit se sentant trop faible pour se lever. Les symptômes ne cédant qu'incomplétement déterminèrent un affaiblissement progressif, et la fièvre enfin fit succomber la malade le 11 mai, deux mois après son entrée à l'hôpital.

Avant de procéder à l'autopsie de la hanche, nous mesurâmes avec soin la longueur comparative des deux membres inférieurs : le raccourcissement avait doublé de longueur depuis l'entrée de la malade à l'hôpital et n'était par conséquent pas moindre de deux centimètres. Quant à la rotation en dehors, elle était, comme auparavant, peu prononcée.

Le col du fémur avait été presque entièrement écrasé, de telle sorte que la circonférence de la tête touchait en arrière du bord postérieur du grand trochanter et reposait inférieurement sur le petit trochanter par l'intermédiaire toutefois de la capsule fibreuse, qui pourtant était demeurée intacte. Cet écrasement était beaucoup plus marqué en arrière et en bas que dans le reste de sa circonférence; dans ce sens, le périoste était intact, bien que détaché de l'os dans toute l'étendue correspondant à l'écrasement même. Au-devant, cette membrane était déchirée, et, entre les deux fragments, se voyait un écartement léger, dans le fond duquel on distinguait plusieurs fragments irréguliers et détachés, débris de la portion écrasée du col du fémur. La capsule articulaire était épaissie et résistante à sa partie inférieure.

Une première circonstance à noter dans ce fait, c'est la facilité avec laquelle la malade a pu dès le lendemain de l'accident élever le membre en totalité à une assez grande hauteur, quand elle était couchée sur le dos. Boyer, le premier, a observé que ce mouvement n'était point compatible avec l'existence d'une fracture au col du fémur, et de son absence il a fait un signe presque pathognomonique de cette même fracture. L'autorité de ce chirurgien n'a pas peu contribué à jeter de l'incertitude sur notre premier diagnostic, et à nous faire rejeter l'existence de la fracture. On a vu cependant, par l'autopsie, que non seulement celle-ci existait, mais que le col était écrasé sans pénétration aucune; on n'a pas pu admettre comme explication que le fragment inférieur ait pu trouver un appui contre le fragment cotyloïdien pour exécuter le mouvement dont il s'agit. Ce fait est donc de nature à diminuer l'importance que Boyer attachait au signe mentionné. Peut-être en est-il de celui-ci comme de l'impossibilité où les malades affectés de fracture de la clavicule sont de porter la main à la tête. Comme l'a fait observer M. Gerdy, cette impossibilité existe seulement lorsque l'essai de ce mouvement fait par les malades leur cause de la douleur.

La seconde circonstance, au moins aussi remarquable que la précédente, est la possibilité où la malade a été de marcher le lendemain de l'accident, à peine soutenue par les bras d'un aide, et boitant à peine. Je suis encore à me demander comment la station a pu s'exécuter sans douleur, lorsque les fragments n'étant nullement engrenés, le poids du corps a dû être transmis au membre inférieur par l'intermédiaire seul de la capsule. Le fait est cependant bien constant, et s'est renouvelé chaque jour pendant assez longtemps, jusqu'à ce que la malade ait été obligée de rester au lit par des motifs étrangers à l'existence de la fracture.

Mais pourquoi, dira-t-on, abandonner le diagnostic primitif, en présence d'un raccourcissement du membre et de la déviation du pied en dehors? Les contusions de la hanche ne présentent jamais de pareils symptômes. A cela je répondrai qu'il est souvent difficile d'apprécier la valeur relative du pied en dehors comme signe de fracture; car chez quelques malades ce mouvement est très prononcé lorsqu'ils sont couchés sur le dos, et sans qu'il y ait lésion de la hanche; d'ailleurs, chez notre malade, j'ai dit qu'il était peu prononcé. Quant au raccourcissement, il n'a été que de 1 à 2 centimètres; or on sait aujourd'hui combien de difficultés présente la mensuration rigoureuse des membres inférieurs, à combien de causes d'erreurs elle expose; et il est évident que lorsqu'elle donne pour résultat une différence peu marquée dans la longueur des deux membres, il ne faut pas y attacher trop d'importance ni surtout établir sur ce signe seul les bases d'un diagnostic.

Ce fait est donc un de ceux qui établissent le plus les difficultés que présente souvent au lit des malades la recherche des fractures du col du fémur.

Je vais maintenant, avant de terminer, présenter quelques réflexions sur le mécanisme suivant lequel ont lieu les fractures de ce genre, réflexions qui vous permettront de mieux interpréter, qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, les lésions qui les caractérisent.

Une première question est de déterminer par quelle espèce de chute ont lieu ces fractures. On dit généralement qu'elles sont plus souvent le résultat d'une chute sur la hanche que d'une chute sur les genoux ou sur les pieds; cela est vrai; mais cette énonciation est trop vague, et il est important d'établir les rapports entre ces deux causes.

Le rédacteur des œuvres de Desault dit que sur trente observation, dans 24 la fracture s'était produite par une chute sur le côté. Je suis convaincu que cette assertion n'est pas exacte. En effet, j'ai trouvé dans le Journal de chirurgie de Desault, dix observations, dont aucune ne fait mention de chute sur les pieds. Toutes les fractures relatées dans le Mémoire de Sabatier résultent d'une chute sur la hanche. Sur quarante-deux cas recueillis par Smith, tous ceux où la cause de la fracture est indiquée, font mention d'une chute sur le trochanter, à l'exception d'un seul, où il n'y a eu qu'un simple faux-pas sans chute. Enfin, s'il m'était permis de citer ici ma propre expérience, je dirai que depuis vingt ans je ne me rappelle pas avoir vu une seule fracture du col du fémur résultant d'une chute sur les pieds ou sur les genoux. Astley Cooper dit, il est vrai, qu'à Londres, les vieillards se fracturent souvent le col du fémur lorsque, marchant sur le bord d'un trottoir élevé, leurs pieds portent à faux et glissent sur le pavé; mais comme il ajoute que ce faux-pas est suivi de la chute, il est plus naturel, ce me semble, d'attribuer la fracture à la chute qu'à un simple faux-pas.

On peut donc admettre, comme fait bien établi, que les fractures du col sont le résultat des violences extérieures qui, appliquées plus ou moins directement sur le trochanter, tendent à rapprocher l'une de l'autre les deux extrémités du col lui-même.

Ceci posé, examinons comment ces violences sont transmises au col du fémur, et comment elles agissent sur lui. Dans tous les traités de chirurgie, il est dit que dans ce cas, l'effort tend à redresser le col du fémur et à effacer son obliquité, en sorte que s'il était possible d'assigner un ordre dans la rupture des fibres osseuses, on pourrait dire que les inférieures sont les premières rompues; telle est l'explication donnée par Boyer. Ce n'est qu'une simple hypothèse que rien ne justifie, et qui se trouve même démentie par les lésions qui caractérisent la fracture du col du fémur. En effet, l'on trouve constamment ce col moins oblique sur le corps qu'il ne l'est à l'état normal, et lorsqu'il y a enfoncement du col dans le trochanter, celui-ci est plus marqué en bas qu'en haut. L'étude attentive de la cause fracturante m'a conduit à une tout autre théorie.

Une disposition anatomique importante dans le cas actuel, et qui n'a pas été signalée, est la suivante. L'axe du col du fémur ne tombe point perpendiculairement sur la face externe du trochanter, mais beaucoup plus en avant, de telle sorte qu'il en résulte entre cet axe et le plan extérieur de cette apophyse, un angle aigu ouvert en arrière. De ce fait très facile à constater lorsqu'on jette un coup d'œil sur la face supérieure du col du fémur, il résulte, lorsqu'on tombe sur la face externe du trochanter et sur la partie voisine du fémur :

1° Que le corps de l'os doit tendre à subir sur son axe un mouvement de rotation de dedans en dehors, et que l'angle que le trochanter forme avec l'axe du col doit tendre à augmenter, et par conséquent à fracturer celui-ci à sa base, de manière que si l'on pouvait assigner une succession à la rupture des fibres osseuses, l'on dirait que les antérieures sont les premières à se rompre.

2° Le col du fémur, violemment pressé entre ses deux extrémités, doit tendre ou à s'enfoncer dans le tissu spongieux du trochanter, et à s'écraser; et, dans tous les cas,

l'une ou l'autre de ces deux altérations doit être beaucoup plus marquée à la partie portérieure qu'à la partie antérieure du col.

3° La fracture doit arriver dans le lieu d'intersection des deux lignes représentant l'axe du col du fémur et la direction de la surface du trochanter, c'est-à-dire à la base même du col.

Ces considérations étiologiques donnent la clef des altérations qui caractérisent presque toutes les fractures du col du fémur.

Ainsi, la cause fracturante tendant à rapprocher l'une de l'autre les deux extrémités du col, souvent il y a dans ces fractures, soit écrasement du col, comme dans le cas actuel, soit pénétration du col dans le tissu spongieux du trochanter. Dans ce dernier temps, la pénétration est toujours plus considérable en arrière qu'en avant, et quelquefois même les deux fragments sont écartés l'un de l'autre, et la pénétration s'était effectuée seulement en arrière. Souvent la pénétration est plus marquée en bas qu'en haut, le col du fémur devient horizontal. De toutes ces lésions, résultent :

1° La rotation du membre en dehors ;

2° Le raccourcissement du membre, seul symptôme caractéristique de la fracture du col du fémur.

Dans le cas actuel, la conservation du périoste à la partie postérieure et inférieure de la circonférence du col semble un fait remarquable; mais je dirai qu'elle est presque constante dans les cas analogues, et qu'on la retrouve sur le cadavre lorsque pendant la vie il n'a point été fait de tractions intempestives sur le membre. Du reste, on l'explique très rationnellement en admettant le mécanisme de la cause fracturante tel que je l'ai indiqué, puisque, dans cette hypothèse, le périoste ne subit aucun tiraillement à la partie postérieure du col, et que, si les fragments ont un peu de tendance à s'écarter, c'est seulement à la partie antérieure de cette circonférence.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 4 août 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Rochoux demande à développer, au sujet de la première conclusion, un amendement ainsi conçu : Subjuguée par l'évidence des faits, l'Académie ne peut s'empêcher de demander l'abandon à peu près complet de l'ancien système sanitaire, et son remplacement par un ensemble de mesures préservatives, dont elle s'empressera de poser les bases, si le gouvernement veut bien la charger de ce soin. Il soutient qu'il a le droit de développer cette proposition comme constituant l'amendement le plus large.

M. Gérardin déclare qu'il est impossible de regarder comme un amendement une proposition qui ne tend à rien moins qu'à rayer d'un seul coup trente conclusions d'un rapport.

M. Adelon pense que M. Rochoux a eu tort de laisser fermer la discussion générale, pendant laquelle il aurait dû faire sa proposition. Il conclut cependant à son audition.

M. Rochoux lit un discours pour développer sa proposition ; de plus, il demande la suppression de la deuxième partie du rapport, qui est toute réglementaire ; or, l'Académie n'est point appelée à réglementer ; l'institution des médecins sanitaires décentralise la police prophylactique, qui avait au moins l'avantage de la centralisation.

L'amendement de M. Rochoux est mis aux voix et rejeté.

M. Prus lit une réponse fort étendue à l'argumentation de M. Adelon, dont nous avons rendu compte dans la précédente séance. Il soutient que la Commission devait, non-seulement s'occuper de la question au point de vue hygiénique, mais encore de la législation sanitaire, deux points inséparables en pratique. Quant à la réclamation faite par M. Adelon en faveur des médecins et chirurgiens de l'armée d'Egypte, M. le rapporteur n'a jamais eu l'intention de leur dénier leur gloire ; il s'est borné a dire qu'en 1835, M. Aubert-Roche avait le premier donné l'exemple du zèle et du dévouement. La texture de la phrase indiquait suffisamment que d'autres médecins, à des époques antérieures, avaient donné cet exemple également.

Abordant la critique qu'a faite M. Adelon de la definition donnée par le rapport, M. Prus démontre qu'elle est en harmonie avec les symptômes observés pendant la vie, comme avec les lésions constatées après la mort. Il entre dans les détails de l'anatomie pathologique de la peste, dans la symptomatologie, et justifie cette assertion, émise dans le rapport, que la peste est une maladie générale, dans laquelle les systèmes nerveux sanguin et lymphatique sont surtout affectés.

Pour la Commission, la peste spontanée est celle qui naît sous l'influence de causes locales ou d'une constitution pestilentielle, mais sans l'intervention d'hommes ou de choses pestiférées. M. Adelon a donc tort, suivant lui, de refuser le nom de spontanée à la peste née sous une influence épidémique, et sans communication suspecte.

M. le rapporteur s'attache à prouver que M. Adelon est dans une grave erreur, lorsqu'il dit qu'il n'est pas d'un haut intérêt pour la France de savoir quels sont les pays où la peste naît spontanément et ceux où elle n'existe qu'après y avoir été importée. En effet, des exemples authentiques prouvent que la peste spontanée, sporadique, peut à chaque instant éclater en Syrie, puisque des passagers ou des marins partis de Syrie avec des patentes nettes peuvent apporter, à l'état d'incubation, des pestes spontanées contractées peu avant le départ.

La première conclusion peut se diviser en deux parties. 1° La peste peut naître spontanément en Egypte, en Syrie, et en Turquie; 2° on a vu la peste naître spontanément dans un grand nombre d'autres contrées d'Europe, d'Asie et d'Afrique.

Examinant l'une après l'autre ces deux parties de la première conclusion, M. Prus analyse et discute un grand nombre de faits, de passages dus aux auteurs tant anciens que modernes, d'après lesquels il lui semble impossible de se refuser à admettre la naissance spontanée de la peste en Egypte, en Syrie, à Constantinople. Des renseignements non moins précis prouvent également la possibilité du développement de la maladie sur tout le littoral de la Méditerranée, Bone, Alger, Oran, Tunis, etc. Des recherches historiques accompagnées de citations, et dans le détail desquelles nous ne pouvons suivre le rapporteur, démontrent de même que plus d'une fois la peste s'est manifestée spontanément en France, en Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Espagne, en Belgique, en Suisse, etc.

Je terminerai, ajoute M. le rapporteur, par une courte remarque. Je ne conçois pas pourquoi les médecins qui, comme M. Adelon, admettent que la peste peut naître dans des contrées aussi étendues et aussi éloignées les unes des autres, que l'Egypte, la Syrie, la Turquie, la Barbarie, éprouveraient de la répugnance à reconnaitre qu'elle peut éclater spontanément dans d'autres pays qui présenteraient habituellement ou accidentellement les conditions qui favorisent son développement. Je persiste donc à maintenir la conclusion de la Commission, que l'Académie peut, je crois, voter en toute sûreté de conscience.

Après une courte réplique, dans laquelle il reproduit les principaux arguments établis par lui dans la précédente séance, M. Adelon conclut en disant : que la conclusion actuelle doit nettement borner la question à la désignation des lieux où la peste est spontanée au moment actuel ; que par conséquent il convient de la renvoyer à la Commission pour la modifier en ce sens.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Girouard* fait une communication relative à l'enlèvement de plusieurs tumeurs du sein, à l'aide des caustiques, à l'exclusion de l'instrument tranchant.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 août 1846. — Présidence de M. PONCELET.

M. Mialhe donne lecture d'un Mémoire sur la digestion et l'assimilation des matières albuminoïdes.

Dans ce Mémoire l'auteur se propose d'examiner et de résoudre les quatre questions suivantes :

1° Quelle est la composition du suc gastrique ?

2° Existe-t-il un ou plusieurs ferments ; les ferments (la pepsine, la chymosine, la gastérase et la diastase) présentent-ils des différences entre eux ?

3° Quel est le rôle des acides ?

4° Quel est le rôle des ferments ?

Le suc gastrique est reconnu composé de deux éléments chimiques principaux : l'un acide, l'autre fermentifère. Suivant Berzélius, l'acide est un mélange de plusieurs et probablement de tous les acides dont il se trouve des sels dans le suc gastrique. Dans l'élément fermentifère, on a signalé des principes qu'on a désignés sous le nom de pepsine, chymosine, etc.

D'après M. Mialhe, la pepsine, la chymosine et la gastérase ne sont qu'un seul et même composé organique auquel on doit conserver le nom de pepsine ; la pepsine, qui n'est évidemment qu'un ferment, coagule le lait, la fibrine et le gluten dissous dans un acide, puis agit sur ce coagulum et lui fait subir une véritable digestion. Dans aucun cas la pepsine n'a, comme la diastase, d'action saccharifiante sur la fécule.

Les acides du suc gastrique sont nécessaires non-seulement pour gonfler, hydrater les aliments albumineux et les rendre aptes à être liquéfiés par le ferment gastrique, mais encore pour que la pepsine puisse exercer son action métamorphosante sans laquelle les matières albuminoïdes ne seraient ni assimilables ni absorbables. Une dissolution de fibrine dans l'eau acidulée se trouble par la chaleur, précipite par les alcalis et par les acides, se coagule par la pepsine. Le liquide obtenu par la réaction simultanée de l'eau acidulée et de la pepsine sur la fibrine n'offre aucun de ces caractères.

Pour M. Mialhe, voici donc la théorie du chyme : L'acide produit à la surface du bol alimentaire un coagulum blanchâtre ou rougeâtre pulpeux susceptible d'être redissous par un excès du ferment ; ce coagulum n'est autre chose que ce que les physiologistes ont désignés sous le nom de chyme. C'est au moment où le chyme est rendu soluble par un excès de pepsine qu'il devient propre a l'assimilation. Ces faits établissent que l'estomac n'a pas pour unique fonction de dissoudre les matières alimentaires albumineuses au moyen des acides, qu'il n'est pas seulement un lieu de transit, mais un foyer d'élaboration où se forme le chyme. Le chyme n'est point un être de raison imaginé par les physiologistes ; c'est une bouillie spéciale préparée pour l'assimilation, et sans la production et la transformation de laquelle toutes les matières alimentaires albuminoïdes cesseraient d'être assimilables. Au produit final de la digestion des aliments albumineux, M. Mialhe donne le nom d'albuminose ; ce produit, quelles que soient les substances qui ont été ingérées, offre toujours les mêmes réactions, bien que probablement sa composition centésimale diffère quelque peu suivant les circonstances. L'albuminose est aux produits albumineux ce qu'est la glucose aux produits amyloïdes. Ce nom albuminose a un double avantage, de rappeler l'origine et la destination physiologique du composé.

L'albuminose est blanche, solide, d'une odeur et d'une saveur faible rappelant un peu celles de la viande, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool absolu. La solution aqueuse ne précipite point par la chaleur ni par les acides, ni par les alcalis, ni par la pepsine ; elle est précipitée par les sels de plomb, mercure et d'argent, de même que par le chlore et le tanin. La nécessité des changements des propriétés constitutives est prouvée par ces deux expériences : c'est que l'albumineuse non modifiée par la pepsine et injectée dans les veines d'un animal, passe en nature dans l'urine (Bernard et Bareswil), et je me suis assuré qu'il en est de même de la caséine ou caséum. La fibrine, dissoute dans l'eau acidulée et injectée dans les veines d'un animal, détermine instantanément la mort en donnant lieu à un engorgement des capillaires du poumon, par la précipitation d'une matière insoluble résultant des alcalis du sang sur l'acide qui avait donné la solution à cette matière protéique.

Résumé. — Le suc gastrique, dit l'auteur, se compose de deux agents principaux, acide et ferment.

L'acide, ou pour mieux dire les acides contenus dans le fluide gastrique, jouent, à l'égard des substances albumineuses, le même rôle que la chaleur et le broiement à l'égard des matières purulentes ; ils facilitent l'hydratation, sans laquelle la pepsine ne saurait effectuer son action métamorphosante.

Les ferments, pepsine, chymosine et gastérase, ne sont qu'un seul et même principe, auquel il convient de conserver le nom de pepsine. Quant à la diastase animale mêlée avec le suc gastrique dans la cavité digestive, elle est fournie par les glandes salivaires et pancréatique, et elle est complétement distincte de la pepsine. La pepsine opère uniquement la transformation des matières albumineuses ; la diastase, uniquement celle des matières amyloïdes.

La chymification si bien étudiée et appréciée à sa véritable valeur par les anciens, méconnue et niée par quelques physiologistes modernes, se trouve, par les travaux et expériences contenus dans ce Mémoire, rétablie dans son rôle de phénomène indispensable de la digestion préparatoire ; car le chyme est véritablement une bouillie spéciale, sans la production et la transformation de laquelle les matières alimentaires albuminoïdes cesseraient d'être assimilables.

Ainsi, sous l'influence de deux ferments, pepsine et diastase, les animaux peuvent digérer simultanément les aliments albumineux et les aliments féculents. Dans la double digestion de ces deux groupes d'éléments nutritifs d'une composition chimique si complétement différente, il est évident que les phénomènes chimico-physiologiques se réduisent à trois temps principaux :

Premier temps. Désagrégation et hydratation.

Deuxième temps. Production d'une matière transitoire, chyme pour les aliments albumineux, dextrine pour les aliments amylacés.

Troisième temps. Transformation de cette matière en deux substances éminemment solubles, transmissibles à travers toute l'économie, propre à l'assimilation et à la nutrition, dont l'une, produit final des matières amyloïdes, est connue sous le nom de glucose, et l'autre, produit des matières albuminoïdes, doit recevoir, ainsi que je l'ai proposé, le nom d'albuminose.

La digestion n'est donc pas absolument la dissolution des aliments, et après avoir constaté que la transformation des ferments et des albumineux s'opère par deux ferments, la diastase et la pepsine, il est permis de conclure, comme je l'ai déjà énoncé dans mes précédents travaux, que la nature, si admirable dans sa simplicité et l'uniformité de ses moyens, a procédé par les mêmes lois à l'assimilation des matières grasses, qui constitue le troisième groupe alimentaire, et s'effectue par une réaction chimique semblable, par un ferment ; de telle sorte qu'il n'existe qu'un seul et même phénomène dans l'acte en apparence si compliqué de la nutrition.... C'est ce que je me propose de démontrer dans un prochain Mémoire.

Bibliographie.

CELSE. *Traduction nouvelle ;* par M. CHARLES DES ETANGS, D.-M. Un vol. gr. in-8°.

Il n'existait jusqu'à présent qu'une traduction française de Celse, celle de Henri Ninnin, publiée en 1754.

L'auteur de la traduction nouvelle explique avec beaucoup d'esprit comment deux traductions françaises, publiées l'une en 1821, l'autre en 1824, ne sont autres que celle de Ninnin, quelque peu rajeunie quant aux tours et expressions.

Si la traduction de Ninnin n'avait eu contre elle que son âge, il n'y aurait pas eu lieu d'en entreprendre une nouvelle ; mais elle n'est pas toujours exacte : d'une part, Ninnin s'était composé pour son propre usage une version de beaucoup inférieure à celle de Targa ; de l'autre, il s'est trompé en beaucoup de points. M. Des Etangs cite des exemples manifestes de mauvaise interprétation du texte.

La nouvelle traduction est précédée d'une notice ou introduction, qui est non-seulement d'un érudit, mais d'un écrivain familiarisé avec les considérations les plus élevées de la philosophie médicale.

M. Des Etangs discute la question de savoir si Celse a joint la pratique à la théorie, en d'autres termes, s'il était médecin ; et il se donne raison contre Bianconi, en citant un passage dans lequel, suivant son expression, Celse est surpris en *flagrant délit de pratique médicale.*

Celse, comme on l'admet généralement, doit-il être compté parmi les méthodistes ? Autre question examinée par M. Des Etangs, qui met la vraisemblance de son côté en faisant de son auteur un éclectique, suffisamment enclin au septicisme, ou mieux au doute philosophique, qui n'est pas aussi jeune que son nom.

M. Des Etangs s'est servi, pour sa traduction, des deux éditions de Targa (1769-1810). C'est la première fois que cela se fait pour une traduction dans notre langue, puisque Ninnin, seul traducteur français, s'est servi, comme on l'a vu, d'un texte mixte. M. Des Etangs communique son sentiment au lecteur, quand il dit, en parlant de Targa : « Sur une vie de quatre-vingt-quatre ans, cet infatigable ouvrier de la science s'est senti le merveilleux courage d'en consacrer près de soixante à l'étude de Celse ; et deux éditions, publiées à quarante années de distance, attestent cette continuité d'efforts et cette préoccupation constante. »

Le traducteur a consigné à la fin du volume des notes explicatives et complémentaires, auxquelles il renvoie dans le cours des différents livres. Il a eu l'heureuse idée d'intercaler dans ces notes la figure des divers instruments et appareils dont il est fait mention dans le texte. Quelques-unes de ces figures ont nécessité beaucoup de recherches et de travail.

Le texte latin est mis au bas de la page, et correspond exactement à la version française placée au-dessus.

Ce n'était pas une œuvre facile que de traduire, nous voulons dire de bien traduire l'ouvrage de Celse. Quoi qu'on ait dit de la langue latine, ce fut, dans sa pureté, une pauvre langue pour les sciences ; et les *admirables* descriptions de Celse sont souvent embarrassées et obscures.

En étudiant les causes de cette indigence, M. Des Etangs parle du peuple-roi avec une grande liberté et ne ménage pas le censeur Caton. Il est bien vrai que ce personnage n'a rien fait pour mériter la sympathie des médecins ; mais, quand un homme se met à apprendre une langue étrangère (le grec) à quatre vingts ans, quand cet homme, *dans la vie privée, cultivait les lettres et les sciences avec passion*, il se peut bien que ce fût un esprit *violent*, mais il n'est pas aussi certain que ce fût un esprit *borné*.

Ajoutez aux difficultés résultant des imperfections de la langue latine, les altérations des textes par suite de la négligence des copistes, altérations telles que, notamment pour le huitième livre, Targa, dans une lettre à Morgagni, citée par M. Des Etangs, se plaignait d'être arrêté à chaque ligne ; tenez compte aussi des embûches tendues au traducteur par les mauvais commentateurs, y compris les bons, et vous aurez une idée des obstacles que M. Des Etangs a dû surmonter.

Il faut l'avouer, dans ce temps de littérature facile, on trouve peu d'hommes qui se sentent la force de consacrer longuement leur attention à un travail aussi ardu, d'autant plus que, généralement, il n'est pas apprécié en proportion des peines qu'il a coûté, en proportion du mérite et des connaissances qu'il exige.

La traduction de M. Des Etangs se recommande par l'exactitude et la clarté aussi bien que par l'élégante correction du style. C'est un travail sérieux, consciencieux, et digne à tous égards des éloges de la critique scientifique.

Quant à l'auteur lui-même, quant à Celse, nous n'en parlerons pas, faute de pouvoir en parler aussi longuement que nous l'eussions désiré. Au surplus, il n'est guère besoin de faire ressortir le puissant intérêt qui est pour jamais attaché à l'œuvre médicale du célèbre encyclopédiste. On peut se dispenser de recommander le culte d'un écrivain qui fut de tout temps en possession de l'estime enthousiaste des lettrés et des savants, et dont un homme tel que Fabrice d'Aquapendente a pu dire : *Admirabilis Celsus in omnibus, quem nocturna versare manu, versare diurna consulo.*

X...

CERCLE MÉDICAL DE FRANCE.

La Commission d'organisation publie aujourd'hui son projet de règlement, afin que chacun puisse apporter dans la discussion des articles le fruit de ses réflexions et le tribut de ses lumières. Ce projet, accompagné d'un rapport qui en motivera les dispositions, sera présenté au Cercle dans l'une des premières assemblées générales. Ceux de MM. les adhérents auxquels leur éloignement de Paris ne permettrait pas d'assister aux séances consacrées à cet important sujet, sont invités à communiquer d'avance leurs vues à la Commission (1). De cette façon, les statuts auxquels tous devront se soumettre seront autant que possible l'œuvre de tous, et trouveront dans ce concours même la plus sûre garantie de leur perfection (2).

PROJET DE RÈGLEMENT.

TITRE PREMIER. — *But.*

Art. 1er. Il sera formé, à Paris, un Cercle médical qui portera le nom de Cercle médical de France.

Art. 2. Il aura pour objet l'intérêt de la science, la dignité de l'art et surtout le resserrement des liens de confraternité.

TITRE II. — *Composition.*

Art. 3. Le Cercle sera essentiellement composé de médecins (docteurs, officiers de santé et médecins étrangers autorisés à exercer en France).

---

(1) Ecrire *franco* au siége de la Commission, boulevard Montmartre, 12.

(2) Voir l'adresse de la Commission d'organisation aux médecins (*Gazette des Hôpitaux*, 14 juillet 1846, n° 82).

Art. 4. Cependant, après sa constitution, les personnes qui se sont distinguées dans les sciences ayant rapport à la médecine pourront en faire partie, sur leur présentation au conseil par deux membres du Cercle.

Art. 5. Le nombre des membres du Cercle est illimité.

Art. 6. Les Sociétés médicales des départements pourront être annexées au Cercle ; elles nommeront un correspondant parmi les membres résidents (ceux du département de la Seine).

TITRE III. — *Adhésion. — Admission.*

Art. 7. Avant la constitution du Cercle, tout médecin de Paris ou des départements qui voudra en faire partie devra donner son adhésion personnellement, ou par écrit, ou enfin par l'intermédiaire d'un adhérent.

Art. 8. Après la constitution du Cercle, la demande par écrit sera obligatoire.

Art. 9. Le Cercle sera constitué dès que les recettes seront suffisantes pour couvrir les frais d'établissement et les dépenses de la première année (1).

Art. 10. La principale condition d'admission est une réputation intacte ; le Cercle sera fermé à tous ceux dont l'honneur aurait été compromis, soit par des actes de charlatanisme, soit par des condamnations judiciaires ou autrement.

Art. 11. Toute personne qui aura adressé son adhésion ou sa demande et rempli la formalité indiquée à l'article 9, sera inscrite sur un tableau exposé dans le Cercle, et son nom y restera pendant quinze jours dans le but de provoquer les renseignements.

Art. 12. Dans les mêmes vues, avant la constitution du Cercle, la liste des adhérents sera renvoyée à ceux d'entre eux qui résident à Paris ou qui s'y trouvent momentanément. Après la constitution du Cercle, les membres placés dans les conditions précédentes seront également informés par écrit de chaque candidature.

Art. 13. A l'expiration des quinze jours, le conseil du Cercle, nommé et composé dans les formes prescrites au titre IV, examinera la candidature.

Art. 14. Si l'admission réunit la majorité des voix dans le conseil, elle sera prononcée définitivement.

Art. 15. Dans le cas contraire le Cercle sera convoqué, le Cercle ayant seul le droit de prononcer la non-admission. Le Cercle votera au scrutin par boules, sans discussion préalable.

Art. 16. Il sera procédé dans les mêmes formes à l'annexion des Sociétés départementales, annexion qui confère à ceux qui composent la Société le titre de membre du Cercle. Ils devront d'ailleurs se conformer à l'article 45.

Art. 17. Dans l'intérêt de leur admission, les médecins des départements qui ne seraient pas membres d'une Société annexée sont invités à se faire présenter par une Société médicale d'arrondissement.

TITRE IV. — *Bureaux. — Administration. — Comité de surveillance. — Conseil.*

Art. 18. Il sera créé un Conseil d'administration et d'enquête, composé du bureau (un président, deux vice-présidents et un secrétaire), du comité de surveillance (cinq membres), du trésorier et de treize administrateurs ; il portera le nom de Conseil du Cercle.

Art. 19. Le président et le trésorier sont nommés au scrutin individuel, à la majorité absolue des suffrages de l'assemblée.

L'élection des vice-présidents et du secrétaire, celle des membres du comité de surveillance et de l'administration, ont lieu au scrutin de liste, à la majorité relative.

Art. 20. Les membres du bureau de l'administration et du comité de surveillance seront nommés en assemblée générale avant la constitution du Cercle par les adhérents ; après la constitution du Cercle, par les membres présents à Paris.

Art. 21. Le bureau sera nommé pour un an.

Art. 22. Chaque année, les administrateurs et les membres du comité de surveillance seront renouvelés par tiers.

Art. 23. Le président ne pourra être réélu qu'au bout de cinq ans ; les autres membres du bureau, le trésorier et les membres sortants du comité de surveillance et de l'administration, seront immédiatement rééligibles.

Art. 24. — Le conseil a les pouvoirs les plus étendus pour l'ordre et la tenue de la comptabilité, la gestion des affaires du Cercle sous tous les rapports, le choix des employés et gens de service, la fixation de leur traitement et de leur salaire ; toutes les mesures qu'il adopte sont obligatoires jusqu'à la première assemblée générale, où elles pourront être sanctionnées ou annulées. Il est bien entendu toutefois que le Conseil ne pourra sortir de l'esprit du règlement, et qu'il ne pourra, par exemple, faire ni emprunt, ni appel de fonds, ni changer la destination des fonds, sans mandat spécial du Cercle.

Art. 25. Les administrateurs sont chargés, sous le contrôle du conseil, de toutes les acquisitions ; ils devront ordonnancer toutes les dépenses.

Art. 26. Le conseil devra nommer parmi les administrateurs des commissions spéciales, composées au moins de cinq membres pour les affaires importantes.

TITRE V. — *Assemblées générales.*

Art. 27. Il y aura par an quatre assemblées générales qui sont fixées au dernier dimanche de chaque trimestre.

L'ordre du jour sera réglé par le conseil.

Art. 28. Une assemblée extraordinaire pourra être convoquée, soit d'après la décision spontanée du conseil, soit sur la demande écrite de vingt membres, dans le but de modifier le règlement ou pour un autre objet.

TITRE VI. — *Droits. — Séances des sociétés. — Cours.*

Art. 29. Les membres résidents pourront seuls faire partie du conseil (bureau, comité de surveillance, administration, trésorier. — A part cette exception obligée, tous les membres du Cercle, présents à Paris, jouiront de droits égaux.

Art. 30. Tout médecin étranger, tout savant français ou étranger, pourra être présenté au Cercle par deux membres.

Art. 31. — Les Sociétés de médecine de Paris et les professeurs pourront tenir leurs séances et faire leurs cours au Cercle, après s'en être entendus avec le conseil.

Art. 32. — Les Sociétés annexées recevront les brochures et les ouvrages publiés par le Cercle ou mis à sa disposition.

TITRE VII. — *Ordre intérieur. — Jeux.*

Art. 33. Le Cercle sera ouvert tous les jours depuis dix heures du matin jusqu'à minuit.

Art. 34. MM. les sociétaires s'interdisent absolument toute discussion politique ; et s'il arrivait que l'un d'eux vînt à oublier cette règle, il est du devoir rigoureux de l'administrateur de la lui rappeler.

Art. 35. MM. les sociétaires s'interdisent également, pour tout ce qui a rapport au Cercle, toute discussion devant les tribunaux, et veulent que toutes les contestations qui pourraient s'élever sur l'interprétation du règlement, sur son exécution et sur tout ce qui peut s'y rattacher, soient jugées en dernier ressort, et sans aucun recours, par deux arbitres amiablement nommés par les parties parmi les sociétaires, lesquels arbitres, avant délibération, s'en adjoindront un troisième, et ils prononceront tous trois comme amiables compositeurs.

Art. 36. Les jeux susceptibles d'entraîner des pertes sont formellement interdits.

Art. 37. L'ordre intérieur du Cercle est placé sous la haute surveillance des administrateurs.

Art. 38. MM. les membres du Cercle doivent déférer aux observations de MM. les administrateurs, ces observations n'ayant jamais d'autre but que de maintenir rigoureusement les règles que tous se sont volontairement imposées afin de conserver la bonne intelligence et les égards réciproques.

Art. 39. Le conseil est autorisé à interdire l'entrée du Cercle, pendant un mois au moins et trois mois au plus, à tout membre qui se serait rendu coupable d'une infraction au règlement.

Art. 40. Dans le cas où cette infraction serait grave, le conseil serait tenu de convoquer immédiatement l'assemblée générale, qui, s'il y a lieu, prononcera l'exclusion du sociétaire à la majorité absolue des suffrages, quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 41. Toutefois, le conseil pourra prononcer d'urgence l'exclusion de tout membre auquel des faits graves contre l'honneur ou la délicatesse pourraient être justement imputés, sauf le recours du membre exclu à la prochaine assemblée générale, mais sans que ce pourvoi soit suspensif de la décision du conseil.

Art. 42. Le Conseil est chargé de régler les détails du service dans des articles additionnels qui seront soumis au Cercle.

TITRE VIII. — *Droit d'entrée. — Cotisation.*

Art 43. Les membres résidents devront seul un droit d'entrée, qui sera de 10 francs.

Art. 44. La cotisation annuelle sera, pour les membres résidents, 20 francs ; pour ceux des départements, 5 francs.

Art. 45. La cotisation des médecins et chirurgiens de l'armée et de la marine militaire qui voudront jouir des droits de membre résident pendant plus d'un mois, est de 5 francs par trimestre durant leur séjour à Paris.

Art. 46. Après l'admission, les fonds versés à la caisse appartiennent au Cercle, et ne peuvent être réclamés pour aucune raison que ce soit.

TITRE IX. — *Comptes.*

Art. 47. Les comptes seront vérifiés tous les trois mois par le comité de surveillance.

Art. 48. Après leur apurement annuel par le comité de surveillance, l'état des comptes sera remis à tout membre qui voudra en prendre connaissance avant le compte-rendu du trésorier.

Art. 49. Dans la dernière séance de l'année, le conseil, par l'organe d'un de ses membres, fera l'exposé de la situation, et le trésorier rendra ses comptes.

(1) Un avis ultérieur indiquera le mode de versement du montant de la souscription.

NOUVELLES.

Les docteurs médecins et chirurgiens de la ville de Lyon et du département se sont réunis au palais Saint-Pierre, dans la salle de la Société de médecine. L'objet de la séance était la lecture du projet de statuts pour l'Association médicale du département, rédigés par une commission nommée dans une réunion antérieure. La séance a été ouverte par une allocution de M. le docteur de Polinière, président de la commission, qui, dans quelques pages éloquentes, a fait une histoire rapide de la médecine française dans les deux derniers siècles. Dans ce brillant aperçu, il a su faire ressortir tous les droits que la médecine a su conquérir, à force de travaux et de dévouement, à l'estime et à la reconnaissance des peuples, et l'opportunité du mouvement général qui les sollicite à réclamer enfin de la législature des institutions qui protégent cette profession et assurent son indépendance et sa dignité. — M. le docteur Munaret, secrétaire de la commission, appelé ensuite à donner lecture du projet de statuts, a fait précéder cette communication de quelques phrases d'une énergique concision, dans lesquelles il a formulé quelques-uns des griefs dont la médecine demande le redressement aux lois, et d'autres inhérents à la profession même, et dont l'esprit d'association et de confraternité peut seul être appelé à faire justice. Après la lecture du projet de règlement, M. le président a annoncé à l'assemblée qu'une copie de ce travail serait adressée à tous les docteurs en médecine et en chirurgie du département du Rhône, et que dans une prochaine réunion ils seraient appelés à le discuter.

— La Société de médecine de Paris avait mis naguère au concours la question suivante : De l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques.

Dans sa séance publique du 5 juin dernier, cette Société savante a décerné le prix, consistant en une médaille d'or de 500 francs, à M. le docteur Payan, d'Aix (Bouches-du-Rhône).

— Deux membres de l'Académie de médecine de Paris viennent de partir pour Londres, afin d'étudier le choléra sporadique dont plusieurs cas se sont montrés dans cette ville.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 8 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 92. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Daupbine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 7 AOUT 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les recherches de M. Laugier sur l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille dans les cas de fracture de la base du crâne, sont connues de tout le monde. C'est à ce chirurgien que revient l'honneur d'avoir le premier fixé l'attention des observateurs sur ce signe important, et de lui avoir attribué toute la valeur qu'il mérite. Laissant ici de côté la question de savoir si ce liquide n'est autre chose que la sérosité du sang ou s'il est constitué par le liquide céphalo-rachidien, question que l'on trouvera longuement et savamment discutée dans les Mémoires de MM. Laugier et Robert (Archives de médecine, 1845) et dans un travail intéressant de M. Bodinier (Bulletin de la Société anatomique, 1844), nous nous contenterons de rappeler que tous ces travaux prouvent de la manière la plus irréfragable que cet écoulement séreux doit être considéré comme un signe pathognomonique de la fracture de la base du crâne. Aux faits déjà cités, M. Robert en a ajouté un nouveau, dans lequel l'écoulement de sérosité s'est fait non plus par l'oreille, mais par les fosses nasales. Mais jusqu'à présent il n'existait aucun cas où l'on eût observé chez le même sujet l'épanchement séreux, à la fois par l'oreille et par le nez.

Nous avons vu dans les salles de M. Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis, un jeune bomme chez lequel ce double phénomène s'est rencontré. Ce sujet est tombé du haut d'une charrette sur le pavé; il ne peut dire s'il a perdu connaissance. Toujours est-il qu'il a pu se relever et venir à l'hôpital à pied, soutenu par ses camarades, et ne se plaignant que d'étourdissements.

Il ne présentait au moment de son entrée aucun phénomène de contusion ni de commotion cérébrale. Mais dès les premières heures qui suivirent l'accident, il rendit par les fosses nasales et par le conduit auditif externe une énorme quantité de sérosité limpide, que M. Malgaigne évalue approximativement à plus de 1,000 grammes, d'après les linges qui en furent mouillés, et l'humidité des taies d'oreiller et des draps du malade. D'après ce symptôme, M. Malgaigne se crut en droit de diagnostiquer une fracture de la base du crâne.

Bien qu'au point de vue de certaines écoles un peu trop exclusivement anatomo-pathologiques, l'observation ne soit pas complète, puisque l'autopsie manque heureusement, le malade étant en pleine convalescence, ce fait n'en est pas moins des plus intéressants sous plusieurs rapports : 1° écoulement très abondant de sérosité par le nez et par l'oreille, simultanément; 2° importance du phénomène comme signe diagnostique d'une fracture de la base du crâne très probable, sinon certaine; 3° guérison assez rapide d'une lésion dont la mort est la terminaison la plus fréquente.

Le Mémoire de M. Bodinier, que nous avons indiqué, contient un cas de fracture du crâne, suite d'une chute sur la tête, terminé par la guérison, et dans lequel la formation d'une tumeur œdémateuse dans la région temporo-pariétale gauche fut rapportée, avec quelque doute cependant, à l'épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané.

— M. Malgaigne pense que dans les fractures du corps du fémur, on ne s'est point toujours bien rendu compte des causes qui déterminent et du mécanisme suivant lequel se produit le raccourcissement souvent très considérable que l'on observe dans le membre. On l'a le plus souvent attribué au chevauchement des fragments l'un sur l'autre. M. Malgaigne ne nie pas ce chevauchement, non plus que le raccourcissement auquel il donne lieu. Mais il prétend qu'on ne doit lui accorder qu'une valeur très secondaire dans la production du raccourcissement. Comment expliquer en effet par cet accident des diminutions de six, huit, dix centimètres dans la longueur d'un membre? Pour M. Malgaigne, c'est la saillie des fragments en dehors, saillie produite par plusieurs causes, et entre autres par les contractions des plans musculaires internes de la cuisse, qui est la raison déterminante la plus puissante du raccourcissement. La saillie en dehors commence par le fragment supérieur, et comme il suffit d'une saillie à peine marquée, en dehors, pour faire paraître la cuisse malade beaucoup plus courte que la cuisse opposée, il pourrait arriver quelquefois, si l'on n'y faisait la plus grande attention, que cette saillie externe échappât à l'œil, l'os étant aussi profondément caché dans les parties molles.

Au point de vue pratique, voici où ceci nous conduit. L'appareil à extension continue pour quelques avantages bien douteux, présente des inconvénients tellement nombreux que M. Malgaigne y a complétement renoncé ; mais il remédie à cette saillie en mettant sur le côté externe du membre une forte plancbe de sapin de 0,10 m. de largeur sur 0,03 m. d'épaisseur ; cette plancbe forme l'attelle extérieure, contre laquelle est fortement maintenue appliquée la cuisse à l'aide de longues bandelettes de diachylum. Pour le dire en passant, et nous y reviendrons dans une de nos procbaines *Revues*, M. Malgaigne a singulièrement simplifié les appareils et les bandages si compliqués de la chirurgie que nous appellerions volontiers, qu'on nous passe le mot, la *chirurgie classique*. Nous avons été véritablement surpris de l'adresse et de la promptitude avec laquelle ce chirurgien improvise, avec les ressources les plus bornées, des appareils qui répondent aux indications les plus variées et les plus nombreuses.

— Comme pour venir à l'appui de la démonstration de M. Malgaigne, un cas s'est présenté deux jours après à notre observation, dans le service de M. Voillemier, chargé par *interim* du service de M. Cloquet à l'bôpital dit de l'École. Voici le fait en deux mots.

Un bomme d'une cinquantaine d'années environ eut, il y a neuf mois, le 16 octobre 1845, le fémur fracturé à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Cet individu fut, à ce qu'il paraîtrait, soumis en ville à l'action d'un appareil mal disposé, et, lorsqu'il entra à l'bôpital, le membre fracturé présentait un raccourcissement de plus de dix centimètres, comparativement à celui du côté opposé. Le fragment supérieur, fortement déjeté en dehors, formait avec l'inférieur un angle presque droit, à sommet externe ; la fracture n'était point consolidée, et les deux extrémités osseuses, mobiles l'une sur l'autre, faisaient sous les téguments une saillie très prononcée, appréciable non-seulement au toucher, mais à l'œil. Le niveau du genou droit se trouvait correspondre à la partie moyenne de la cuisse gauche. Lors même que le déjettement des fragments n'eût pas été aussi facilement appréciable qu'il l'était ici, il était évident que ce n'était point à un chevauchement que le raccourcissement eût pu être attribué; un chevauchement de plus de cinq centimètres est cbose extrêmement rare.

M. Voillemier emploie chez cet bomme l'appareil à extension continue de Jarvis, consistant en un cric métallique d'une force extrême, qui prend son point d'appui en dedans de la cuisse sur la branche horizontale du pubis; la traction était exercée par une bande roulée circulairement autour de la partie inférieure de la cuisse, au-dessus des condyles du fémur, et fixée à l'appareil, dont à l'aide d'une roue dentée on augmentait cbaque jour la longueur. Depuis la première application, le membre a gagné plusieurs centimètres en longueur. Malbeureusement, un érysipèle qui est intercurremment survenu a forcé de suspendre momentanément la traction, et l'on a dû se borner, adaptant au pied un brodequin en cuir, à conserver le résultat obtenu, jusqu'à ce que la disparition de toute complication permette de reprendre l'emploi de la mécanique que nous avons indiquée.

Pour M. Voillemier, dans les fractures de la cuisse, deux circonstances se réunissent pour produire le raccourcisse-

---

FEUILLETON.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

CINQUIÈME CHAPITRE. (Suite.) — *De l'hypocondrie.*

Ce deuxième degré serait donc mieux circonscrit que le précédent, s'il ne révélait déjà par quelques signes la mobilité de la maladie. Outre les accidents gastriques, le malade ressent pour la première fois des spasmes errants et fugitifs, dont il parlerait à peine si on ne dirigeait de ce côté les interrogations. Tantôt ce sont des crampes dans les membres inférieurs, des tremblements involontaires de la main, des frémissements des paupières; tantôt les spasmes atteignent de préférence les muscles intérieurs : ce sont alors des déglutitions plus difficiles, des palpitations, des contractions vésicales involontaires. A ces caractères, on reconnatt une affection du genre de celles qu'on appelle communément affections nerveuses ; mais il est important de noter que les désordres ne se portent que secondairement sur l'ensemble du système nerveux. D'abdominaux qu'ils étaient, ils deviennent généraux ; ils ont changé de lieu, mais n'ont pas changé de nature. La cause se manifeste seulement par des effets plus étendus.

On ne saurait trop s'attacher à bien constater la marche de la maladie et la succession vraie de ses symptômes, car c'est sur cette considération que repose la conduite du traitement. Si le médecin se laisse abuser par les troubles de toute l'économie et croit à une affection non encore localisée, il conseillera les calmants et les narcotiques, une hygiène mieux entendue; mais parvînt-il à faire taire un moment ces dérangements incommodes, il ne guérira pas. Lorsqu'au contraire il remonte des ramifications au centre d'où elles partent, l'hypocondrie se dévoile bientôt ; il reconnaîtra le point de départ, et dirigera avec plus de sûreté ses moyens thérapeutiques.

A cette période où le mal semble indécis, il est encore assez facilement curable. Jusque-là, l'hypocondriaque s'était confié aux ressources de la nature ; il commence a réclamer une assistance plus efficace. Les indications curatives ne ressortent pas des faits ; aucun phénomène critique dont on doive aider la venue ne s'est montré. Plus tard, les hémorrhoïdes, les diarrhées intermittentes, les congestions diverses, les accidents nerveux nous font savoir à quelle dérivation naturelle le sujet est prédisposé par sa constitution. Nous n'avons que des possibles; mais entre eux l'hésitation n'est pas permise. Les hémorrhoïdes sont elles-mêmes une maladie, et les inconvénients qu'elles entratnent sont assez graves pour qu'on ne doive pas les provoquer. D'ailleurs, en eussions-nous le plus ferme désir, combien de fois le succès répondrait-il à notre attente? Il n'est rien moins qu'aisé de créer ces hémorrhagies périodiques, et manquer son but est ici nuire assez gravement au malade. Quant aux troubles nerveux, si critiques qu'on les suppose, personne ne songera à les exciter artificiellement; restent donc les sécrétions, et c'est là qu'en effet les meilleurs résultats nous attendent. Il est d'expérience que leur rétablissement ou au besoin leur légère surexcitation ramène peu à peu la santé; l'anxiété s'efface, la pesanteur diminue, les spasmes eux-mêmes sont arrêtés; le malade, en un mot, se sent libre à la fois de ses douleurs et de ses inquiétudes. Mais, en même temps que l'observation nous enseigne comment agit la nature dans les cas les plus beureux, elle nous avertit qu'il ne faut pas se fier à ces améliorations provisoires. Pour être vraiment curative, il est indispensable que la sécrétion intestinale soit prolongée et qu'une habitude nouvelle s'introduise dans l'économie. Les remèdes soudains n'y réussissent pas ; il faut, qu'on nous passe le mot, faire une guerre de partisans plutôt qu'attaquer l'ennemi en bataille rangée.

Fr. Hoffmann, à qui les eaux minérales acidules et salées doivent leur première réputation, prescrivait contre l'hypochondrie à ce degré les eaux acidules et salées, celle d'Eger, de Tœplitz ou même de Selters, sans autres auxiliaires. On peut voir en lisant ses consultations, avec quelle confiance il en ordonnait l'usage; l'expérience de nos jours n'a pas démenti la sienne. Les sources froides sont en général préférables, et sauf des exceptions peu nombreuses les malades supportent facilement leur emploi dès les premiers jours. Ceux dont l'estomac plus délicat s'en accommoderait moins, mêlent l'eau froide avec le lait. On doit joindre aux boissons des lavements et des bains, de manière à solliciter les évacuations alvines et à remplacer la constipation par des selles semi-diarrhéiques. Le grand avantage des eaux chargées de chlorure de sodium, qu'on choisisse Hombourg, Kissengen ou Nauheim, c'est que leur usage prolongé modifie doucement l'organisme. Elles nous semblent sous ce rapport préférables aux eaux alcalines proprement dites, qui, plus actives et plus énergiques, ne se continuent pas toujours sans inconvénients. Certains médecins veulent, conformément aux doctrines du siècle passé, qu'on prépare les malades par les médicaments appropriés. La saignée ou les purgatifs toniques, suivant les tempéraments, remplissent à leurs yeux les deux indications principales, et secondent utilement les effets des eaux prises à la source. D'autres négligent ces précautions; et si nous nous replaçons dans l'hypothèse des médecins allemands, les saignées générales et surtout locales sont particulièrement profitables. Elles soutirent des vaisseaux du bas-ventre leur trop plein, et raniment la circulation. Mais les évacuations alvines répétées, assez modérées d'ailleurs pour être maintenues sans crainte d'accidents, conduisent par une autre voie au même résultat. Le superflu disparaît par les sécrétions au lieu de s'écouler en nature. La pléthore abdominale se dissipe, et l'équilibre est rétabli entièrement.

Joignez aux précieuses ressources des eaux minérales les éléments thérapeutiques qui s'y trouvent toujours réunis, les courses à cheval, à pied, en voiture, dont Boërhaave avait fait la panacée des affections chroniques ; ajoutez les distractions, la société, la présence d'autres malades, dont l'exemple montre combien sont communs les troubles de même nature, et vous aurez la mieux ordonnée de toutes les médications.

Tant que l'hypocondrie ne dépasse pas ces étroites limites, elle n'oppose au diagnostic aucune incertitude ; mais le mal n'est encore qu'à ses premiers essais ; à mesure qu'il avance, il s'étend, se ramifie et perd la netteté de ses contours. La maladie cesse d'être une, ses manifestations s'engagent dans des directions différentes. Il s'agit, non plus d'un mal stationnaire, mais d'un mal en mouvement. L'exposition devient alors singulièrement difficile.

La première terminaison de la passion hypocondriaque se fait par les hémorrhoïdes.

Lorsque la crise hémorrhoïdale doit se déclarer, des signes nouveaux apparaissent qui la présagent au médecin. Les phénomènes que nous avons précédemment indiqués se compliquent des prodromes du molimen hémorrhagique. De vagues et diffus qu'ils étaient, les spasmes deviennent fixes, limités, les douleurs se localisent également. Il en résulte une hypocondrie à forme spéciale, et nous trouvons pour la première fois des symptômes qui ne se reproduisent pas chez tous les individus. Nous tenons surtout à ce que l'on conçoive ce mécanisme de l'affection hypocondriaque. C'est faute de l'avoir bien compris que certains nosologistes ont mis dans leur description tant de confusion et de désordre. En voulant faire de l'hypocondrie une maladie homogène depuis le début jusqu'à la fin, ils ont supprimé les distinctions que donne à reconnaître une observation plus attentive. Lorsque le sujet est destiné à devenir hémorrhoïdaire, il est soumis à des accidents qui ne se montrent plus chez celui que sa constitution dispose aux troubles nerveux, à l'asthme, par exemple. Rassembler dans une unité artificielle, ces deux ordres de phénomènes, c'est supposer liées l'une à l'autre des choses qui s'excluent.

Nous sommes donc loin de croire, avec quelques esprits portés à

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89.

ment, le chevauchement et la saillie en dehors des fragments. Sa manière de voir se rapproche tellement de celle de M. Malgaigne que l'on peut la regarder comme absolument identique, sauf une très légère différence dans l'importance un peu plus grande que le premier accorde au chevauchement.

— Lundi dernier, a été apporté à la salle Saint-Gabriel, à la Pitié (service de M. Bérard), un homme qui présentait une tumeur très volumineuse de la portion droite du scrotum. Cette tumeur, de la grosseur presque des deux poings, située un peu obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, répondait en haut à l'anneau inguinal; à la partie inférieure, on constatait la présence du testicule. La réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs était marquée par une légère dépression circulaire en forme de sillon. A la percussion, sonorité dans la partie située au-dessus du sillon, matité au-dessous. Quelques vomissements depuis la veille, sans mélange de matières stercorales; pas de selles. Les antécédents apprirent que depuis dix-huit ans ce sujet portait une hernie qui, malgré l'emploi d'un bandage, mal fait et mal adapté, sortait souvent, et paraissait même s'être étranglée une fois. Le taxis avait été tenté la veille et le matin sans résultat. Quelques coliques; ventre ballonné, tympanique; urines faciles; pouls singulièrement intermittent.

Les deux tentatives de taxis faites depuis l'entrée du malade, et non suivies de résultat, ne firent pas perdre à M. Bérard tout espoir d'obtenir la rentrée de cette hernie sans opération. Il prescrivit un lavement purgatif, un bain fort chaud, la saignée dans le bain poussée jusqu'à la syncope, et le taxis de nouveau. Cette prescription fut suivie du plus heureux résultat; la hernie fut réduite pendant que le malade était dans le bain.

Autant il est dangereux d'attendre, pour faire l'opération, que la gangrène se soit produite par suite d'un étranglement trop ancien, autant le chirurgien serait coupable de porter le bistouri sur une tumeur herniaire, avant d'avoir mis en usage, et pendant longtemps, toutes les ressources de la thérapeutique antiphlogistique et débilitante, surtout lorsque les phénomènes de réaction inflammatoire sont peu intenses encore. Les cas ne sont pas très rares dans la science, dans lesquels, comme dans celui-ci, le taxis, méthodiquement fait sur un sujet placé dans les circonstances les plus favorables, peut suffire pour faire rentrer une anse intestinale étranglée depuis plusieurs jours. Nous avons omis de dire qu'il fut impossible de savoir du malade depuis combien de temps au juste sa hernie s'était étranglée. Il s'était aperçu de la présence de cette tumeur scrotale l'avant-veille de son admission à l'hôpital.

— Nous avons vu dans le même service, salle des femmes, n° 13, une malade âgée de trente-deux ans, qui présente à la vulve et à l'anus des tubercules muqueux (pustules plates, humides). M. Bérard ne pense pas que cette affection soit toujours le signe d'une vérole constitutionnelle, et ne la regarde pas comme constamment liée à une diathèse syphilitique. Il croit qu'elle peut se manifester souvent chez des sujets qui n'ont eu d'autre accident vénérien qu'une blennorrhagie non spécifique.

Nous ne saurions, sur ce point, partager l'opinion du savant professeur de la Pitié. Nous croyons, avec M. Ricord, que ces pustules muqueuses sont toujours le signe incontestable d'une infection syphilitique constitutionnelle ayant succédé à un chancre induré, quel qu'ait été, du reste, le point du corps sur lequel ait existé l'accident primitif. Interrogée par nous avec le plus grand soin, cette femme nous a assuré n'avoir jamais eu aucune espèce d'affection syphilitique. Mais, outre qu'il est, à la rigueur, possible que la malade ne s'en soit point aperçue, l'on sait qu'en pareille matière l'on doit ajouter peu de confiance aux assertions des sujets, qui souvent ont intérêt à ne point convenir d'une affection de cette nature. Chez cette femme, nous n'avons point tardé à nous convaincre que le cas rentrait dans les règles ordinaires, en trouvant dans la région inguinale les ganglions tuméfiés, résistants, le bubon indolent, non suppuré, signe pathognomonique du chancre induré, et qui persiste longtemps encore après la disparition complète de l'accident primitif.

Nous reviendrons très prochainement sur plusieurs cas intéressants de ce service, et, entre autres sur le fait d'un homme affecté de fistule salivaire, à laquelle M. Bérard se propose de remédier par une opération des plus ingénieuses.

— Dans une de ses dernières conférences cliniques, M. le professeur Rostan a attiré l'attention de ses auditeurs sur un cas un peu douteux observé chez une femme couchée au n° 21 de la salle St-Antoine.

Cette malade, âgée de dix-huit ans, est entrée à l'hôpital offrant un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche, accompagné de rougeur, de douleur et de chaleur; quelques douleurs vagues dans les autres articulations, sans gonflement ni rougeur appréciables, douleurs qui ont disparu dès le lendemain, et dont, en conséquence, il n'y a pas lieu de s'occuper sérieusement. Cette femme est lymphatique, d'assez faible constitution; peu de réaction fébrile. Le traitement a consisté en applications de sangsues, cataplasmes, bains et frictions mercurielles sur l'articulation. Quelques jours après l'entrée de la malade, fluctuation dans l'articulation malade, s'étendant jusqu'au niveau des malléoles. Cette femme n'a pu donner aucun renseignement sur les causes auxquelles elle croyait pouvoir rapporter cette affection. On apprit seulement qu'elle avait un écoulement vaginal fort abondant.

M. Rostan fut conduit à se demander si l'on avait affaire, en cette circonstance, à une arthrite blennorrhagique, si l'on devait rapporter simplement la phlegmasie articulaire à une disposition rhumatismale; enfin si, vu la constitution lymphatique de cette femme, il n'y aurait point là une altération liée à une diathèse scrofuleuse.

M. Rostan admet comme très possible l'existence d'une arthrite blennorrhagique, même dans les cas où l'écoulement persiste en même temps que l'affection articulaire se produit, tout en reconnaissant que le rapport de cause à effet est beaucoup plus évident, lorsque l'écoulement étant supprimé brusquement chez un sujet blennorrhagique, l'arthrite survient aussitôt. Chez la malade actuelle, tout en convenant qu'il n'est pas impossible que la blennorrhagie ait eu une influence sur la production de l'arthrite, l'étiologie restera toujours enveloppée de quelque obscurité. A cette occasion, M. Rostan a rappelé les savantes recherches de M. Brodie sur l'arthrite blennorrhagique, les travaux de MM. Gibert et Lagneau, qui regardent, avec M. Jules Cloquet, cette arthrite comme plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et enfin quelques considérations récemment publiées par le docteur A. Foucart. Ce dernier pense que l'arthrite blennorrhagique est incontestablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et s'appuie sur ce fait que, soit dans les ouvrages spéciaux, soit dans les recueils périodiques, il n'a pu rencontrer aucun fait observé chez la femme; et, cette différence, on se rendra facilement compte en réfléchissant qu'il est fort difficile de savoir clairement ce qui constitue la blennorrhagie chez la femme; est-ce la vaginite, est-ce l'urétrite simple, ou faut-il qu'il y ait à la fois urétro-vaginite?

Ce cas doit rester évidemment parmi les faits douteux, bien que par quelques points il semble se rapprocher de ceux qui sont désignés sous le nom d'arthrites blennorrhagiques; tels sont la limitation à une seule articulation, l'épanchement dans la cavité articulaire, la ténacité de l'affection, etc.

— Un homme, entré dans le service de M. Bricheteau il y a six semaines, était affecté d'une anesthésie complète, bornée à toute la moitié droite du corps. On n'a pu recueillir aucun renseignement bien positif sur la manière dont a commencé la maladie, ni sur les causes qui l'ont produite.

Le sujet, d'une forte constitution, exerçait la profession de tisserand; l'endroit où il travaillait n'était ni froid ni humide; il paraît ne point être sujet à faire des excès de boissons alcooliques. Il n'a pas éprouvé d'étourdissements ni de perte de connaissance lors du début de sa maladie. Il a déclaré seulement qu'il y a trois ans à peu près, en travaillant, il s'aperçut d'un engourdissement et d'un refroidissement subits dans les membres supérieur et inférieur du côté droit, phénomènes qui furent suivis d'une perte complète de la sensibilité.

Dans des circonstances pareilles, M. Bricheteau se trouve très bien de l'emploi de la brucine, qu'il administre à la dose d'un centigramme pour commencer, augmentant chaque jour la dose d'un centigramme. On est allé chez cet homme jusqu'à la dose de vingt-six centigrammes par jour, quantité à laquelle on a dû s'arrêter il y a quelques jours, des accidents nerveux, sans gravité il est vrai, s'étant manifestés. Sous l'influence de cette médication, une amélioration notable s'est produite dans l'état du malade, et, dans quelques points de la moitié droite du corps, la sensibilité commence à revenir.

— Nous avons été témoin dans le même service de guérisons nombreuses de rhumatismes articulaires traités par le sulfate de quinine, suivant la méthode de M. Briquet. M. Bricheteau recommande la plus grande prudence dans l'administration de cet agent thérapeutique, auquel les expériences que l'on a faites dans ces derniers temps ne permettent pas de refuser la plus grande énergie. M. Bricheteau commence par cinquante centigrammes par jour, et ne dépasse jamais la dose d'un gramme et demi dans les vingt-quatre heures. C'est de l'action toxique seule du médicament que lui paraissent dépendre les heureux effets qu'il obtient dans le traitement du rhumatisme. Cette action toxique est tellement marquée chez certains sujets nerveux et irritables que chez un jeune homme, auquel il donnait dernièrement ses soins, la dose de 50 centigrammes ne put jamais être supportée, et provoqua constamment des accidents nerveux, vertiges, titubation, bourdonnements d'oreilles, etc. Le sulfate de quinine, dont les effets sont très rapides dans le rhumatisme et se manifestent dès le second ou le troisième jour, paraît à M. Bricheteau l'emporter de beaucoup sur les émissions sanguines; il n'a point en effet, comme ces dernières, le grave inconvénient de jeter les sujets dans un état d'anémie et de faiblesse si favorable aux récidives, et qui rend si longue la durée des convalescences. Z...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Polype fibreux de l'utérus. Hémorrhagies abondantes. Excision. Observation suivie de réflexions.

Au n° 72 de la salle Saint-Augustin est couchée la nommée Sauvage (Henriette), âgée de quarante-neuf ans, concierge.

Cette femme, d'une assez bonne constitution, ayant eu un

---

l'exagération, que toute hypocondrie tend aux bémorrhoïdes; mais nous sommes persuadé que le flux hémorrhoïdal en est la conséquence assez fréquente. Il est alors utile, au point de vue thérapeutique, de discerner les hémorrhoïdes qui proviennent de cette cause, afin de rechercher quelle a été leur influence sur la marche de la maladie. C'est en s'entourant de renseignements précis sur l'état antérieur, en ne se renfermant pas dans l'observation des faits actuels, que le médecin découvrira l'élément hypocondriaque; une fois qu'il l'aura reconnu, il imposera à sa médication de prudentes réserves. L'emploi des eaux minérales est en effet un moyen précieux ou nuisible suivant les circonstances. Quand les hémorrhoïdes se sont manifestées à la suite de l'hypochondrie, il y a danger à les supprimer brusquement. Nées d'une maladie dont la mobilité est le principal caractère, elles ne disparaissent que pour faire place à des accidents d'un autre ordre, et toujours plus difficiles à modérer; leur suppression est l'origine des désordres les plus variables, quoi qu'en disent les théories modernes. Si, de nos jours, on traite de fables tous ces troubles consécutifs; si, au contraire, les anciens en ont exagéré l'importance, c'est peut-être que, de part et d'autre, on n'a vu que la moitié de la vérité. Il existe en effet des hémorrhoïdaires sans hypocondrie, aussi bien que des hypocondriaques sans bémorrhoïdes.

Lorsque les faits ont une extrême évidence, personne ne commettra d'erreur. Celui qui voit ses souffrances céder aux hémorrhoïdes régulières et revenir dès que les évacuations hémorrhagiques ne gardent plus leur première périodicité, celui-là saisit aisément la relation des deux phénomènes. Mais que les évacuations mal ordonnées soient remplacées par des accidents qui diffèrent de siége et de nature, il perdra de vue la dépendance, et croira subir chaque fois une maladie nouvelle. Au point de vue nosologique, peut-être aurait-il raison; à celui de la thérapeutique, il se trompe. Le remède qui atteint ces hypocondries latentes agit comme le quinquina sur les fièvres larvées. Ni les opiacés, ni les stupéfiants, dirigés immédiatement contre chaque symptôme, ne peuvent réussir, quoiqu'ils semblent parfaitement indiqués. Le malade meurt au plus vite si le médecin n'écarte ces trompeuses apparences pour remonter à l'origine.

Or, dans les cas de ce genre, les eaux minérales, tenant en dissolution le sel marin et rendues digestives par l'acide carbonique, rendent encore les plus signalés services. On doit seulement user de précaution, et ne pas dépasser la mesure du bien en arrivant au mieux son ennemi. Les eaux les moins riches conviennent aux sujets pléthoriques, qui ressentiraient trop vivement l'influence des autres. Ceux chez lesquels les évacuations pourraient devenir excessives prendront de pareils ménagements. Les sources les moins chargées de Soden et de Hombourg, celles de Wiesbaden, de Kreutznacb, de Kissingen leur seront surtout applicables. Les individus, au contraire, dont la constitution ne fait pas redouter des congestions intenses ou des déplétions extrêmes, seront envoyés avec profit aux sources où les principes minéraux abondent, à Nauheim, par exemple, ou du moins on choisira pour eux les fontaines les plus riches de chaque établissement.

Il est rare que les hémorrhoïdes liées à l'hypocondrie, et ce sont les seules dont nous ayons ici à nous occuper, s'exagèrent spontanément au point de devenir une grave lésion. Si cependant un cas de ce genre s'offrait au praticien, il n'aurait aucun bons effets à attendre des eaux minérales allemandes. Elles seraient nuisibles et pourraient accroître les accidents.

La vertu que ces eaux possèdent de favoriser le flux hémorrhoïdal est suffisante pour motiver une semblable contre indication; elle n'est pas assez spéficifique pour réaliser les espérances de quelques médecins. En considérant les procédés suivis par la nature et leur action merveilleuse, on s'est demandé s'il ne serait pas possible de rivaliser avec elle. Les hémorrhoïdes spontanées guérissent, pourquoi ne pas les provoquer artificiellement? Sur cette donnée médiocrement logique beaucoup de tentatives ont été faites: on a recouru aux topiques excitants, à l'aloès, aux eaux dont les propriétés paraissaient les plus favorables, et jamais on n'a réussi. Il est hors de notre pouvoir de créer des hémorrhoïdes sans un molimen hémorrhoïdal, aussi bien que d'appeler les règles par tous les emménagogues si le mouvement du sang ne le portait déjà vers l'utérus.

On aurait donc tort de compter sur les eaux de l'Allemagne plus que sur toutes les autres; autant elles sont utiles pour aider aux efforts de la nature, autant elles sont incapables de la remplacer. L'hypocondriaque que vous enverrez à Hombourg ou à Nauheim y contractera des hémorrhoïdes s'il y est prédisposé, disons plus, si cette prédisposition s'est déjà manifestée par des symptômes appréciables. Ainsi, les douleurs profondes dans la continuité du sacrum, les spasmes des muscles profonds du bassin, les souffrances obtuses de l'articulation coxo-fémorale, les selles glaireuses et d'autres signes encore, permettent au médecin expérimenté de prévoir la terminaison et de fonder son pronostic sur des inductions au moins vraisemblables.

C'est assez, c'est trop, peut-être, nous étendre sur un seul des épisodes de l'hypocondrie, et encore sur celui dont la pathologie française est la moins curieuse. Qu'on nous excuse si nous nous sommes fait Allemand pour quelques pages, on ne pouvait guère autrement initier à la médecine qui a cours au delà du Rhin. Demandez aux interprètes s'il est facile de tradnire sans commentaires.

L'hypocondrie ne se termine pas seulement par les bémorrhoïdes, elle se juge encore par des accidents nerveux. Rien n'est plus fréquent, tout le monde le sait, que de voir un hypocondriaque s'abandonner à la tristesse et revêtir cette espèce de folie à laquelle il a donné son nom. Peut-être n'est-il pas plus rare que l'hypocondrie dégénère en toute autre affection nerveuse dont le siége et la nature peuvent différer, mais qui dérivent de la même cause. Une telle transformation de la maladie hypocondriaque est assez commune pour qu'un grand nombre d'auteurs aient réuni dans le même tableau et l'altération primitive et les affections secondaires que nous signalons. L'hystérie, le type le plus achevé des passions nerveuses, fut longtemps considérée comme une des formes de l'hypocondrie; et cette confusion, que Sydenham avait sanctionnée de l'autorité de son génie, se retrouve dans Robert Whytt et tant d'autres. Après les preuves expérimentales, il n'en est pas de plus concluante que la savante erreur de si grands hommes.

Déjà à l'occasion des hémorrhoïdes nous avons insisté sur ce fait essentiel, que des symptômes particuliers permettent de calculer d'avance la direction que doit suivre la maladie. La même remarque est également applicable aux accidents nerveux. Il est certain en effet qu'un malade prédisposé par sa constitution aux spasmes symptomatiques éprouvera à un plus haut degré les réactions spasmodiques auxquelles tous les autres sont sujets. Tantôt des accès d'asthme essentiel, tantôt des névralgies alternant avec les troubles fonctionnels, éclaireront la prévoyance du médecin. C'est dans les cas de cette espèce que le diagnostic est à la fois important et difficile. Une fois installés, les désordres nerveux prennent possession et dominent toute l'économie; le malade, qui les constate mieux que personne, et fournit à lui seul tous les documents, se préoccupe trop vivement de l'état actuel pour se souvenir du passé. Et cependant lorsque par un effort d'observation persévérante on remonte à l'origine, la médication peut être instituée avec plus d'assurance et par suite avec plus de succès. La médecine des symptômes a le grave inconvénient d'affaiblir un malade déjà disposé à s'alfaisser sur lui-même; on use tout un formulaire avant d'atteindre son but. Les eaux minérales salines conviennent parfaitement à ces affections nerveuses, et plus tôt on y recourra, moins on aura d'obstacles à surmonter. Cependant on ne saurait trop se garder de les prescrire sans un minutieux examen. Autant elles produisent d'heureux effets contre les dépendances de l'hypocondrie, autant elles exagéreraient les névropathies essentielles ou symptomatiques de certaines autres lésions. Les propriétés antispasmodiques que les médecins résidents leur attribuent volontiers, doivent donc être renfermées dans de très étroites limites. On ferait souvent beaucoup mieux avec des bains simples et frais, ou avec les substances que recommande l'expérience thérapeutique, que par les sources allemandes. Ainsi l'asthme, et par ce nom nous désignons une maladie *sui generis*, qui n'a rien de commun avec l'oppression ou l'orthop-

enfant à l'âge de dix-neuf ans, a joui d'une bonne santé jusqu'au 17 juillet 1845; mais à cette époque elle fut affectée d'une perte assez abondante pour nécessiter la présence d'un médecin. Celui-ci parvint cependant à arrêter l'hémorrhagie par l'emploi seul d'injections fortement albuminées. Ce ne fut qu'un mois plus tard, à l'autre époque menstruelle, que l'hémorrhagie reparut; le sang sortait par caillots volumineux plusieurs jours de suite. Les mêmes moyens furent employés et suivis du même succès. Depuis cette époque les pertes utérines devinrent plus fréquentes et irrégulières dans leur apparition; elles étaient séro-sanguinolentes.

La malade se livra néanmoins à ses occupations habituelles jusqu'à la fin du mois d'avril dernier. Depuis cette époque l'hémorrhagie était devenue continue. Enfin, au mois de juin, elle commença à éprouver de la gêne dans les émissions de l'urine, des élancements dans le bas-ventre, de la pesanteur au périnée, sans tiraillements dans les aines, ni dans les lombes; en même temps la marche et la station verticale étaient devenues pénibles; la pâleur que l'on avait remarquée depuis huit mois augmentait chaque jour, sans qu'il y eût encore d'amaigrissement notable.

C'est alors qu'on la recommanda aux soins de M. Jobert. Cette femme entra à l'hôpital Saint-Louis le 31 juillet 1846, et présentait l'état suivant:

Une tumeur volumineuse très dure faisait saillie dans le vagin; elle avait une forme arrondie, et était suspendue par un pédicule peu long, mais assez épais, qui écartait les lèvres du col utérin et allait s'implanter dans l'intérieur même de celui-ci.

Les lèvres du museau de tanche avaient subi une légère augmentation de volume, mais ne présentaient du reste aucune autre altération.

Quant à l'état général, cette malade présente une pâleur manifeste, sans amaigrissement; l'appétit est conservé; les garderobes sont faciles; il n'existe ni constipation, ni dévoiement. La respiration s'exécute librement, et l'on n'observe enfin aucun trouble fonctionnel du côté de la circulation; pas de palpitations, pas d'œdème aux membres inférieurs.

M. Jobert ayant reconnu un polype fibreux de la matrice, se décida à en faire l'ablation pour mettre fin aux hémorrhagies que sa présence déterminait, et qui épuisaient la malade.

Le 4 août, ce chirurgien procéda à cette opération de la manière suivante:

La malade est couchée sur le dos, les cuisses sont fortement fléchies sur le tronc, écartées l'une de l'autre et maintenues dans cette position par deux aides.

L'opérateur introduit son spéculum bivalve à bascule dans le vagin, jusqu'à la rencontre de la tumeur. Ceci fait, à l'aide d'une pince de Museux il saisit le polype et retire ensuite le spéculum; mais, pour abaisser l'utérus, pour attirer la tumeur au dehors avec plus de force, il enfonce encore une seconde pince de Museux dans son épaisseur; il opère ensuite une traction assez intense sur le polype pour le mettre à découvert et permettre d'atteindre son pédicule avec un bistouri boutonné, au moyen duquel on en pratique la section avec la plus grande facilité.

—Ce temps de l'opération, qui consiste à abaisser l'utérus, à mettre la tumeur à découvert, mérite surtout l'attention. En effet, c'est non-seulement dans les ablations de tumeurs utérines, mais encore dans les opérations les plus délicates qui se pratiquent au fond du vagin, que cette manière de procéder offre de grands avantages en permettant au chirurgien de bien découvrir les lésions et d'opérer ensuite avec sûreté et facilité. Nous aurons, du reste, occasion de revenir sur ce point en parlant de plusieurs cas de fistule vésico-vaginale opérés dernièrement par M. Jobert d'après sa nouvelle méthode, c'est-à-dire autoplastie par glissement.

Un autre point sur lequel nous devons insister, parce qu'il touche à la pratique, est relatif aux spéculums dont se sert M. Jobert.

Ces instruments sont au nombre de deux: l'un est en ivoire, composé d'une seule pièce, et ne diffère pas des spéculums ordinaires en étain; l'autre, dû à M. Jobert, est en métal, et formé de deux valves en gouttière et courbées sur leur plan vers la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de leur longueur. Deux de leurs bords s'articulent ensemble, tandis que les deux autres bords sont isolés dans toute leur longueur, et assez écartés pour pouvoir livrer passage à des pinces de Museux. Les deux valves ainsi disposées font bascule, et, par l'écartement dont elles jouissent alternativement à leurs deux extrémités, elles permettent au chirurgien, sans distendre ou blesser les parties génitales externes:

1° De développer dans toute son étendue les nombreux plis de la muqueuse vaginale, et d'en découvrir la moindre altération;

2° De mettre à découvert le museau de tanche dans toute son étendue, d'en écarter même les lèvres au point de pénétrer dans l'intérieur du col et d'y apercevoir une perte de substance, une ulcération qui, avec l'emploi d'un autre spéculum, échapperait à l'examen.

Les cas de cette espèce ne sont pas très rares, et le praticien qui n'en serait pas prévenu serait fort embarrassé pour se rendre compte des symptômes pathologiques qu'il observe alors.

Plusieurs fois nous avons eu occasion d'observer de semblables cas à l'hôpital Saint-Louis, et M. Jobert a pu nous prouver la nécessité d'examiner ainsi l'intérieur du col et l'utilité de son spéculum à bascule dans cette circonstance.

Si dans certains cas ce chirurgien préfère cet instrument au spéculum en ivoire, il en est d'autres, au contraire, où ce dernier doit lui être préféré.

Ainsi, toutes les fois que l'on voudra soit apprécier le volume du col de l'utérus, dans les hypertrophies, par exemple, soit porter le fer rouge sur les parties malades, le spéculum en ivoire est le seul dont on puisse faire usage.

Revenant à notre malade, si nous voulions rechercher les raisons qui décidèrent M. Jobert a préférer l'excision à toutes les autres méthodes, nous les trouverions facilement dans le volume de la tumeur, sa structure fibreuse et l'absence de battements artériels, etc.; en effet, chez cette malade, on ne pouvait craindre une forte hémorrhagie; la situation de la tumeur au dehors la rendait accessible à tout instrument tranchant, et la section du pédicule était plus rapide que la ligature sans exposer aux accidents qui résultent quelquefois de la ligature ou de la torsion.

Examen de la tumeur. — La tumeur une fois enlevée présentait la forme et le volume d'un gros œuf de poule; sa surface était unie, non bosselée et recouverte d'une membrane lisse, épaisse d'une ligne environ, formée partie par la muqueuse qui tapisse l'intérieur du col et partie par la couche musculaire sous-jacente à cette muqueuse.

Quant à la tumeur elle-même, elle paraît formée dans toute son étendue par un tissu homogène blanc-nacré, dur, très résistant, criant sous le scalpel, et qui a les plus grandes analogies avec le tissu fibro-cartilagineux; il est compacte, aussi dur à la circonférence qu'au centre; il est composé de faisceaux de fibres blanchâtres et contournées en tout sens. A l'œil nu, on n'y voit aucune trace de vaisseaux sanguins et encore moins de filets nerveux.

Cette tumeur présente, à l'une de ses extrémités, une surface circulaire de deux centimètres environ, qui résulte de la section du pédicule.

La structure de ce dernier ne différait en rien de celle de la tumeur.

— A l'occasion de cette tumeur, M. Jobert fait remarquer que tous les polypes qui tirent leur origine soit de la cavité utérine, soit de l'intérieur du col sont toujours revêtus d'une membrane d'enveloppe analogue à celle que l'on remarque dans ce cas. Cette membrane est ordinairement formée:

1° De la muqueuse utérine;

2° D'une couche de fibres musculaires plus ou moins épaisse selon le point d'origine de la tumeur.

Ainsi lorsque la tumeur, avant de venir faire saillie dans la cavité utérine entre les lèvres du museau de tanche et de là dans le vagin, naît au milieu des tuniques musculeuses, on conçoit facilement qu'elle sera revêtue d'un plus grand nombre de fibres musculaires et qu'alors son enveloppe sera plus épaisse.

Si, au contraire, la tumeur naît encore dans l'épaisseur de la tunique musculeuse, mais près de la muqueuse, l'enveloppe alors sera moins épaisse.

M. Jobert, en outre, a remarqué que ces tumeurs fibreuses offraient souvent à la section plusieurs points ramollis et en suppuration, mais que cette circonstance se rencontrait surtout lorsqu'elles naissaient de la cavité utérine même.

Quant au pronostic, M. Jobert établit une grande différence entre les polypes fibreux et les polypes muqueux. Ce chirurgien pense, en effet, que ceux de la dernière espèce ont une plus grande tendance à la récidive.

Enfin, chez cette malade, la petite partie du pédicule qui est restée sur le col disparaîtra, sans aucun doute, par la suppuration.

De ce qui précède, il résulte que cette malade, dont la constitution était si gravement compromise par les hémorrhagies que déterminait la tumeur, ne tardera point à se rétablir, et jouira sans doute pour un assez long temps des bienfaits de l'opération.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'oxyde noir de mercure contre les vomissements qui surviennent pendant la grossesse; par M. le docteur STACKLER.

M. Stackler a communiqué, à la Société médicale du Bas-Rhin, deux observations de vomissements opiniâtres chez des femmes enceintes qui présentent un vif intérêt sous le rapport de la thérapeutique.

Dans les deux cas, les accidents ont été réprimés par l'emploi à l'intérieur de l'oxyde noir de mercure administré à la dose de 5 centigrammes par jour.

L'emploi de ce médicament n'a pas donné lieu au moindre accident, et on n'a vu survenir aucun indice de salivation.

A l'occasion de cette communication intéressante, M. le docteur Jauger a cité des faits de convulsions hystériques, de vomissements sympathiques d'un état utérin, qui avaient pareillement cédé à l'emploi du même médicament. Suivant lui, cet oxyde serait tellement approprié à l'état d'irritation de ce viscère, qu'on peut s'en servir avec un égal succès pendant la durée de la gestation et lorsque l'utérus est dans l'état de vacuité.

Si l'expérience ultérieure vient confirmer cette propriété de l'oxyde noir de mercure, ce sera, sans contredit, une précieuse ressource de plus pour les thérapeutistes. Tous les praticiens savent, en effet, combien le symptôme du vomissement dont certaines femmes sont atteintes pendant leur grossesse est rebelle, en général, aux moyens dirigés contre lui, et combien il peut devenir grave. En effet, M. Forget a cité, à l'occasion de la même communication de M. Stackler, le cas d'une femme que ces vomissements nerveux avaient réduite au dernier degré de marasme, et qui a enfin succombé au sixième mois de la gestation.

---

née, l'asthme est amélioré à Hombourg, à Kissingen, à Wiesbaden, aux sources analogues. Est-ce à dire qu'il faille sans distinction envoyer dans le duché de Bade ou de Nassau tous les asthmatiques? Ce serait la plus fâcheuse conclusion à tirer des résultats incontestables de l'expérience. Les malades auxquels ce séjour sera profitable sont ceux qui réuniront des conditions particulières et déterminées. Ils auront à une époque de leur vie subi à quelque degré l'influence hypocondriaque, et la maladie aura gardé les caractères qu'elle doit toujours à sa première origine. Ainsi les attaques, non-seulement seront périodiques, mais elles alterneront avec d'autres accidents. On reconnaîtra alors en étudiant les détails et la génération de la maladie, une correspondance entre les accès d'asthme et d'autres accès prenant leur siége dans les organes abdominaux. Qu'on explique comme on le voudra cette alternance de phénomènes entre lesquels l'esprit ne saisit d'abord aucune relation; toujours est-il qu'elle existe réellement et, dût-on être incapable de l'expliquer, le médecin guérisseur l'admettra, parce que là est la clef du traitement.

Ce serait ici le lieu d'exposer les conséquences cérébrales de l'hypocondrie, et de parcourir les phases de ce délire trop souvent confondu avec la vésanie des nosophobes.

Les aliénés craintifs sont en majorité; les uns redoutent la police, d'autres des ennemis inconnus, d'autres la maladie. Chacun crée à sa fantaisie l'objet auquel il attribue ses pressantes inquiétudes. Il est donc concevable que l'hypocondriaque s'interroge, s'afflige, et tombe peu à peu dans une tristesse pleine d'angoisses. Il subit un mal dont pas un symptôme ne lui échappe; le phthisique ne sait de la lésion à laquelle il succombe, que l'oppression et les douleurs; l'autre, au contraire, est toujours averti des moindres accidents. Outre ces influences morales, les organes abdominaux entraînent avec leurs désordres une anxiété singulière. La peur les frappe les premiers, et les premiers aussi ils font naître les craintes. Tout se réunit donc pour engendrer cette mélancolie, dont les observations ne manquent pas à la science. Nous ne voulons pas entrer dans des considérations que l'usage a ravis à la médecine ordinaire pour en faire un groupe isolé. Nous tenons seulement à mettre en lumière un principe sur lequel reposent les indications thérapeutiques.

Lorsque l'hypocondriaque est au début de sa folie à venir, guérissez la maladie, vous guérirez en même temps ses imaginations délirantes. Quand les choses sont plus avancées, dût l'hypocondrie disparaître, l'aliénation de l'esprit persistera, elle est devenue une habitude, une nécessité; on a perdu le droit de dire: *Sublata causa, tollitur effectus.*

Il en est ainsi de tous les accidents nerveux qui naissent de la même cause. Ils élisent domicile, et ressemblent à ces soldats qui demeurent en pays vaincu après que les troupes se sont retirées. La conséquence thérapeutique de cette observation vulgaire, c'est que l'emploi des eaux doit être précédé, quand le mal date de loin, d'un traitement auquel elles ne suppléeraient pas. Elles viennent alors compléter la guérison, elles seraient impuissantes à la commencer; dans de telles circonstances le mode d'administration revendique souvent la meilleure part du succès. Aussi doit-on choisir de préférence les établissements où les bains sont habilement disposés, et ne pas s'en tenir à la composition chimique. Il est extrêmement difficile d'apprécier le moment opportun, et on ne saurait réunir trop de conditions avantageuses.

Après les maladies nerveuses, que nous avons considérées comme la deuxième terminaison de l'hypocondrie, peut-être conviendrait-il d'établir une troisième classe, et d'examiner les affections goutteuses que précèdent des symptômes hypocondriaques. Cette question entrera naturellement dans l'histoire de la goutte, à laquelle nous consacrerons un chapitre spécial.

La quatrième et dernière forme se compose, pour nous, des sécrétions exagérées ou diminuées et des altérations qui en dépendent.

L'hypocondrie entraîne ordinairement la constipation; elle rend, comme disent les gens du peuple, le ventre paresseux. Les selles deviennent rares dès le commencement; c'est même là ce qu'on pourrait appeler l'état normal de la maladie. Cependant, à des intervalles irréguliers, une diarrhée assez fréquente, mais peu abondante, remplace la constipation. Aux sensations décrites par les malades et à la petite quantité de matières évacuées, il semblerait que l'extrémité seule du gros intestin est en souffrance. A mesure que l'affection fait des progrès, ces diarrhées passagères sont plus rares, tandis que précédemment elles amenaient des rémissions notables; elles s'accompagnent alors de coliques et cessent de contribuer à la guérison. En même temps que les sécrétions intestinales sont ainsi altérées, celles des reins se dérangent souvent. Les urines, moins abondantes et foncées en couleur, deviennent brusquement claires et comparables à l'eau la plus pure. L'émission en est si fréquente qu'elle simulerait sous ce rapport un des symptômes du diabète. En même temps, une sorte de tension lombaire vient remplacer les pesanteurs plus ordinaires du rectum.

Ces accidents sont d'ailleurs d'une extrême mobilité. Lorsqu'ils se fixent davantage sur l'appareil urinaire, la gravelle en est le plus souvent l'inévitable conséquence; à un moindre degré, les sécrétions sont à peine modifiées; il se produit seulement des congestions locales insuffisantes pour troubler la fonction, assez fortes pour que le malade accuse des sensations incommodes. Tantôt les phénomènes congestifs se bornent aux organes abdominaux, tantôt ils envahissent d'autres parties.

Dans le premier cas, ils donnent lieu à ces accidents qu'on a désignés sous le nom d'hémorrhoïdes internes, et peuvent également se porter sur le col de la vessie. Dans le second, ils voyagent sans route tracée. La tête se prend, la figure rougit, les yeux sont injectés, puis tout disparaît pour revenir à son premier siége. D'autres fois, la congestion occupe l'arrière-bouche: les amygdales sont gonflées, la luette est doublée de volume, le voile du palais est rouge et comme œdémateux: si le molimen est assez considérable, une sécrétion salivaire juge la maladie; s'il est peu intense, elle disparaît brusquement et se transporte ailleurs.

Cette forme d'hypocondrie est la moins dangereuse, quoi que souvent la plus inquiétante. On croit à chaque instant voir une lésion grave prête à se déclarer, mais il est évident que les hypocondriaques n'ont pas à se garder des inflammations.

C'est dans les alternatives de congestion et de sécrétion, et dans l'étude de leur influence, que nous devons puiser nos enseignements thérapeutiques. Nous voyons, en effet, la congestion et les incommodités qui en découlent disparaître à mesure que la sécrétion s'exagère. Or, en conseillant les eaux minérales, nous ne faisons pas autre chose que répéter, au moyen d'un remède efficace, tout ce que nous enseigne l'expérience. On ne peut nier que la théorie allemande ne soit ici d'accord avec les faits. Nous ne cherchons ni à l'improuver, ni à la défendre, nous l'acceptons seulement comme un excellent procédé pour classer les symptômes dans un ordre conforme aux indications thérapeutiques.

En résumé, l'hypocondrie est pour nous une maladie réelle, dont l'unité pathologique nous semble démontrée par l'unité du traitement qui lui convient. Les eaux minérales y comptent des succès incontestables. F. Hoffmann avait déjà dit, à ce propos: « Ex toto remediorum tam pharmaceuticorum quam diæteticorum apparatu, certius præstans ac universalius non est subsidium quam quod ex prudenti aquarum mineralium usu recipere benigne permisit natura. »

Nous sommes convaincu en particulier, et pour en avoir fait la légitime épreuve, de l'utilité des eaux qui tiennent en dissolution l'acide carbonique et le sel marin. Reste maintenant, pour renseigner plus exactement les médecins qui partagent nos idées, à donner quelques détails sur les indications particulières à chaque source. Sans attacher, comme on a pu le voir, un grand intérêt aux petites vertus spécifiques, nous admettons cependant que les conditions favorables à certains malades ne se trouvent pas partout également réunies.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Sur l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque; par M. le docteur CARRIÈRE.

M. Carrière, dans un travail fort intéressant sur les effets physiologiques produits par l'acétate d'ammoniaque (*esprit de Mindérérus*), arrive aux conclusions suivantes, qui sont suffisantes pour faire connaître tout ce qu'il y a d'essentiel dans ce mémoire, sous le rapport pratique :

1° L'acétate d'ammoniaque n'est pas seulement un stimulant diffusible, il est surtout antispasmodique;

2° Il est stimulant, diffusible à haute dose; il est antispasmodique à petite dose.

3° Ses qualités antispasmodiques expliquent ses quantités diffusibles et diaphorétiques; car, s'il agit en distribuant les forces nerveuses du centre à la périphérie, ou d'une partie du corps vers toutes les autres, il doit agir finalement sur les capillaires ou les surfaces dermiques, de manière à leur communiquer une plus grande activité.

4° Enfin, l'acétate d'ammoniaque devra être employé toutes les fois qu'il y aura accumulation exagérée de fluide nerveux sur un organe, parce que, sous son influence, l'innervation peut être ramenée aux conditions physiologiques de son équilibre normal.

De l'emploi thérapeutique du sous-nitrate de bismuth; par M. le docteur BERTINI, de Turin.

Introduit depuis une cinquantaine d'années dans la pratique médicale par Odier et La Roche, de Genève, et conseillé spécialement contre les névroses de l'estomac, le sous-nitrate ou magistère de bismuth n'est cependant généralement usité que depuis assez peu de temps.

M. le docteur Bertini a fait prendre ce médicament dans un grand nombre de cas de gastralgie affectant des formes très variées; il l'a fait prendre d'abord à la dose de cinq centigrammes, puis il l'a porté graduellement jusqu'à vingt centigrammes, en l'associant à une égale quantité de magnésie calcinée, et il a fait réitérer son ingestion trois ou quatre fois par jour. Dans la majorité des cas où il a eu recours à cette médication, il a vu les douleurs névralgiques disparaître complétement sous l'influence du médicament; et dans les cas même où la gastralgie, les nausées, les vomissements et les autres symptômes concomitants reconnaissaient pour cause et pour point de départ une lésion organique, le mal a toujours été calmé et un repos temporaire obtenu.

VARIÉTÉS.

Etat de la médecine dans l'Océanie. — Nous trouvons dans la *Revue orientale* quelques détails intéressants sur l'état de la médecine aux îles Gambier (Océanie, archipel de Mangareva). Ces détails ont été communiqués par M. le docteur P.-A. Lesson, médecin en chef des établissements français dans l'Océanie.

« Les Mangaréviens n'avaient pas parmi eux de médecins proprement dits, ou plutôt chacun l'était en prescrivant des remèdes tirés des simples, ou employant les prières des prêtres des idoles. Les missionnaires sont aujourd'hui à la fois médecins de l'âme et du corps. Aux îles Marquises et dans quelques autres archipels océaniens, les guérisseurs sortaient d'une classe à part, s'attribuant exclusivement les fonctions médicales. A Mangareva, il n'en était pas ainsi. Cependant, parmi les recettes populaires, il en est que l'on vante contre la dyssenterie, maladie fort commune et très grave aux Gambier, et dont j'attribue l'origine à l'usage abusif de la canne à sucre fraîche. Cette recette consiste dans l'emploi de certaines doses d'un suc amer et astringent d'une plante dont j'ai le regret de n'avoir pu me procurer des échantillons. Ils emploient contre la syphilis les propriétés sudorifiques d'une plante qui me paraît appartenir au genre poivrier, et cependant je ne crois pas que le piper ava ou methyticum croisse sur ces îles. La gale, nommée *paka*, n'est pas rare. Les blessures (*maki*), les pustules surtout au visage, l'éléphantiasis des jambes, la cataracte, les taies sur l'œil, la lèpre squameuse sont les affections dominantes. Toutefois, la plus commune comme la plus meurtrière est la pneumonie. Aussi les missionnaires ont-ils porté tous leurs soins à modifier la construction des cabanes, s'étant aperçus que les demeures ouvertes autrefois à tous les vents en étaient la cause occasionnelle.

» Les femmes accouchent avec une facilité inconnue dans les pays civilisés. Lorsque les douleurs se manifestent, quelque part qu'elles se trouvent, au pied d'un arbre comme sur le rivage, les jeunes mères sont délivrées par les efforts de la nature; rarement on a recours au mari ou aux parentes. Dans les cas difficiles, des femmes ou même des hommes, jouissant d'une réputation particulière d'expérience, sont appelés pour mettre fin au travail. A peine la femme est-elle délivrée, qu'elle va se baigner dans l'eau froide, et qu'elle reprend le cours de ses travaux domestiques habituels. On cite cependant quelques graves exceptions, et des délivrances très orageuses après plusieurs jours de douleurs. Il résulte aussi parfois, de cette funeste habitude d'immersion immédiatement après la parturition, des accidens fort graves ou même suivis de mort.

» En général cependant, les jeunes mères qui vont se baigner deux heures après leur délivrance se trouvent parfaitement bien; au troisième jour la fièvre de lait a cessé, et la sécrétion du fluide nourricier fonctionne avec régularité. Les femmes n'emploient aucune plante ni pour accroître la quantité du lait, ni pour le supprimer. Leur heureuse ignorance n'a pas, comme en France, la ressource d'une foule de moyens inutiles.

» Les mères nourrissent leurs enfants l'espace de douze mois environ. Il en est qui ont recours à des nourrices étrangères. Je n'ai pu savoir si c'était un privilége des nobles, ou si des mères, se trouvant dans l'impossibilité physique d'allaiter leur enfant, pouvaient se faire remplacer par une mercenaire. Quant à la famille royale, ce privilége lui appartient sans contestation.

» La tendresse des femmes de Mangareva pour leurs enfants est très grande; aussi sont-elles mères excellentes dans toute l'acception du mot. Mais cependant, comme il n'y a pas de règle sans exceptions, le père Armand m'a raconté qu'une mère avait cherché à enterrer vivants les deux enfants jumeaux qu'elle avait eus, et qu'il parvint à sauver. Ces deux enfants ont aujourd'hui sept ans. J'ai déjà dit quelle était la répugnance des naturels pour leurs femmes pendant certains jours du mois et pendant leur gestation. Leurs idées sont celles de Moïse dans toute leur rigueur, et en vérité il y a quelque chose de naturel dans cette répugnance; car les femmes ne peuvent que perdre de leur prestige à se montrer dans cet état d'infirmité.

» On a établi un cimetière à la manière d'Europe, et supprimé l'ancienne coutume d'exposer les cadavres. »

NOUVELLES.

La nouvelle que le choléra avait paru à Londres avait produit dans cette ville une impression si fâcheuse, que le lord maire avait cru devoir, par une lettre rendue publie, recommander les plus grandes précautions. La question a été portée à la tribune de la chambre des lords dans la séance du 31 juillet. En réponse à une interpellation du comte Fitz-Hardinge, le marquis de Lansdown a déclaré qu'il avait ordonné aux autorités médicales d'ouvrir une enquête à ce sujet. Les résultats de cette enquête sont des plus satisfaisants. Après s'être transportés dans les maisons où l'on disait que le choléra s'était montré, les médecins ont déclaré qu'ils n'avaient rencontré aucun cas de choléra asiatique; seulement, dans quelques hôpitaux, ils ont trouvé quelques cas de choléra ordinaire en cette saison. Lord Lansdown a recommandé à la chambre l'adoption de quelques mesures qui, en facilitant l'usage des bains et l'ouverture des lavoirs, fussent de nature à dissiper les craintes et à garantir la santé publique.

Fil fait avec les feuilles du pin. — Le pin (*Pinus sylvestris*) est un arbre fort commun en Allemagne et en France, mais surtout dans la Silésie prussienne. Les feuilles de cet arbre ne sont que rarement utilisées pour la nourriture des moutons, elles n'ont presqu'aucune valeur. En retirer un produit d'une grande utilité, les changer en fil excellent pour faire des étoffes propres à tous les usages, une sorte de laine ou de crin pouvant avec avantage remplir les matelas ou doubler les couvertures, c'est évidemment rendre un service éminent à l'humanité. Cette découverte est faite; elle n'est plus à l'état de projet; elle est éprouvée par la pratique. M. Weiss, propriétaire forestier à Zuckmantel en Silésie, a trouvé un système de macération très peu coûteux, au moyen duquel il obtient des fils, des étoupes et des tourteaux qui ne laissent rien à désirer. M. de Humboldt a fait au roi de Prusse un rapport très favorable sur cette invention, et le roi a commandé pour l'hôpital militaire de Berlin cent lits dont les matelas et les couvertures sont en feuilles de pin. On a trouvé que rien n'est plus sain, à cause de son odeur résineuse, qui éloigne tous les insectes, que ce nouveau produit. Une fabrique à laquelle M. de Humboldt a permis qu'on donnât son nom, s'élève en ce moment à Brœbnitz près de Breslau pour exploiter cette heureuse invention.

Neuvième liste des adhérents au CERCLE MÉDICAL DE FRANCE (1).

MM. Roy.
Sanson, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.
Vergnes.
Panet.
Fouquier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin du roi.
Potier.
Auzias-Turenne.
Taborel, D.-M. à Juvigny (Manche).
Bazile, D.-M. à Ducey (Manche).
Passays, D.-M. à Barenton (Manche).
Vanier.
Grimaud.
Audibert.
Vaché.
Royer-Collard, professeur à la faculté de médecine de Paris.
V. Raymond.
Devilliers père, membre de l'Académie royale de médecine.
Dupraz.
Delasiauve, médecin de la Salpêtrière.

(1) Les adhésions sont reçues (*franco*) au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24. Un avis ultérieur indiquera le mode de versement du montant de la souscription.

Voir, pour informations sur l'institution du Cercle, l'Adresse de la Commission d'organisation aux Médecins (*Gaz des Hôp.*, 14 juillet 1846, n° 82).

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 11 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 93. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'épididymite blennorrhagique.

(Suite du numéro du 23 juillet.)

Nous avons dit précédemment que l'épididymite blennorrhagique peut s'accompagner d'accidents du côté de la tunique vaginale, d'érysipèle de la peau du scrotum. Le volume de la tumeur peut varier. Il est arrivé souvent que l'on a confondu une hernie étranglée avec une épididymite blennorrhagique, une fois qu'elle est arrivée à une certaine période. Cependant, la tumeur tend à être pyriforme; le plus ordinairement, la pression des cuisses donne à la tumeur une forme aplatie. Voilà ce qui se passe dans les cas normaux lorsque les organes sont anatomiquement dans des conditions régulières. Mais il y a des sujets chez lesquels l'épididymite n'est pas régulièrement placée. On trouve l'engorgement en avant et en dedans, ou en avant et en dehors, comme nous l'avons observé chez deux malades que nous avons actuellement dans nos salles.

Mais il y a d'autres cas encore où le diagnostic est plus difficile, où le testicule n'est pas dans le scrotum, soit qu'il soit encore dans le ventre, ou qu'il soit engagé dans le canal inguinal. D'autres fois enfin, mais plus rarement, on constate sa présence dans la région du périnée.

Tous ces cas, toutes ses variétés, nous en avons vu des exemples, et ce n'est pas sur des vues théoriques que nous fondons les principes que nous vous exposons ici. Vous comprenez du reste facilement qu'en pareille circonstance il y a moins de chance d'épididymite que dans ceux où le testicule est descendu dans les bourses. Nous avons eu cependant occasion de voir deux fois l'épididymite chez des individus dont le testicule était dans la région du périnée.

Pour ce qui est du testicule dans l'abdomen, nous n'avons rien à vous en dire; il échappe à tout moyen d'investigation; mais dans tous les cas, lorsqu'il y a des accidents du côté du ventre dans la blennorrhagie, regardez toujours avec soin si les testicules sont tous les deux dans les bourses; si le testicule est arrêté dans le canal inguinal, la scène se passe dans le canal lui-même, absolument de la même manière que si l'organe était dans les bourses; mais il y aura des accidents qui se rapprocheront de ceux produits par le bubon, accidents mixtes, y compris la fluctuation, qui tient à l'épanchement vaginal.

La marche de l'affection est ordinairement aiguë. Cependant, il y a des cas où elle est lente. Lorsqu'il y a, par exemple, des complications tuberculeuses, elle débute et marche lentement; lorsqu'elle est simple, elle est rapide. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, la maladie a acquis son maximum de développement; mais quand cette marche suraiguë n'existe pas, c'est dans le cours du premier septenaire que se fait ordinairement le développement des accidents inflammatoires du côté de l'épididyme. L'état aigu persiste fréquemment pendant deux, trois ou quatre semaines chez les individus chez lesquels on ne cherche pas à arrêter les progrès de la maladie; mais le plus souvent, dans l'espace de deux semaines, trois au plus, tout est à peu près terminé.

Quant au mode de terminaison et de progression, nous allons en dire quelques mots. L'épididymite blennorrhagique se termine rarement par délitescence. Il est excessivement rare de la voir brusquement disparaître. Une fois développée, elle progresse plus ou moins rapidement, et se termine dans un laps de temps plus ou moins court. Néanmoins, il y a des circonstances dans lesquelles il n'y a guère eu qu'une fluxion sanguine, laquelle peut brusquement cesser et se terminer par délitescence. Mais alors l'épididymite n'existait pas encore bien franchement, et c'est là le cas le plus rare. Ce n'est donc qu'à la période de fluxion, avant que la maladie se soit parfaitement caractérisée, que la métastase peut se faire; elle est alors précédée le plus souvent, quelquefois seulement suivie d'une recrudescence de l'écoulement. Chez certains individus, un testicule semble menacer de se prendre; au moment où l'on croit voir devenir volumineux et tuméfié cet organe, tout à coup c'est le testicule du côté opposé qui se prend. Dans ces cas là on peut, ce nous semble, admettre jusqu'à un certain point la délitescence, et mieux encore la métastase. Mais ils ne sont pas fréquents.

Ce que l'on rencontre plus fréquemment, c'est une épididymite développée d'un côté, parcourant toutes ses phases, toutes ses périodes; puis la scène complétement achevée d'un côté, le testicule du côté se prend. Il peut se faire que l'affection soit complétement achevée du premier côté au moment où l'autre devient le siége de l'épididymite. C'est ce que nous appelons l'épididymite à *bascule*. Cette forme est plus fréquente que celle dans laquelle on verrait l'épididymite des deux côtés pris à la fois.

Lorsque la phlegmasie suit sa marche régulière, elle arrive progressivement à son maximum d'intensité; puis après l'avoir atteint, elle passe insensiblement de l'autre côté de la pente, décroît, et se termine par une résolution graduée. La résolution se fait lentement pour arriver à un retour complet à l'état de santé. C'est ici la loi générale, la marche régulière de la maladie. Lorsque la peau est prise, la résolution se fait d'abord du côté de la peau et du tissu cellulaire sous-scrotal. La résorption de l'épanchement suit bientôt, puis le cordon se dégorge; peu à peu le canal déférent reprend son volume et sa consistance, et la dernière partie qui reste malade est celle par laquelle avait commencé la maladie, nous voulons dire l'épididyme. Chez un assez grand nombre de sujets il faut, non pas des semaines, mais des mois, pour que l'organe revienne à l'état normal. Il en est même quelques-uns qui conservent toujours un certain degré d'hypertrophie de cette portion de l'appareil testiculaire, sans que pour cela la sécrétion et les qualités du fluide spermatique soient le moins du monde altérées, comme l'on peut s'en convaincre par l'examen microscopique.

La suppuration est loin d'être fréquente à la suite et comme terminaison de l'épididymite; lorsque par un malheureux hasard elle a lieu, c'est presque toujours dans le tissu cellulaire sous-scrotal ou dans celui du cordon qu'elle se produit, ou dans celui du cordon spermatique lui-même. L'épididyme ou le canal déférent, à moins de complication sérieuse, ne suppurent presque jamais. Comme aussi il est fort rare, à moins de fautes graves dans l'application du traitement, de voir l'état aigu faire place à l'état chronique, et conduire à une véritable et considérable hypertrophie de l'épididyme. Ce n'est que par suite d'une thérapeutique mal appropriée qu'il survient des indurations de l'épididyme. Dans ces derniers cas aussi, c'est que la maladie a été très aiguë et très violente, et c'est alors que l'on voit souvent le sperme mélangé de sang. Le plus ordinairement, comme nous venons de le dire, la sécrétion et l'émission spermatiques reviennent complètes et parfaitement régulières, alors même que les malades conservent encore peu d'augmentation dans le volume et la consistance de l'épididyme. Quand la partie développée n'est plus douloureuse, qu'elle est souple; quand l'émission du sperme se fait bien, que le sperme ne contient plus de traces de matières étrangères, on peut regarder l'état comme définitif, et le retour à la santé comme complet.

Voilà pour les cas simples. Mais lorsque les sujets présentent des complications strumeuses, scrofuleuses, tuberculeuses, l'épididymite devient très fréquemment une cause d'évolution de l'élément scrofuleux ou tuberculeux. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui arrive chez les individus prédisposés aux tubercules, et chez lesquels une bronchite accidentellement survenue devient un coup de fouet pour la maladie principale. Chez les individus qui se trouvent dans cette diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse, l'épididymite blennorrhagique est toujours moins franchement aiguë que lorsque les sujets sont naturellement d'une bonne constitution; mais elle a aussi une tendance plus grande à la suppuration; et puis, si, pendant la période aiguë, l'affection n'aboutit pas à la suppuration, la maladie, au lieu de se terminer d'une manière franche, passe facilement à l'état chronique. L'engorgement, qui n'appartenait qu'à l'état inflammatoire, se résorbe; et dans les points où il y avait quelque chose qui appartenait à l'élément tuberculeux, la partie s'accroît et augmente de volume. Cette affection nouvelle peut durer fort longtemps; c'est le sarcocèle tuberculeux, qu'il faut bien se garder de confondre avec le sarcocèle syphilitique.

Nous insistons sur ceci, parce qu'il est important de vous faire connaître la valeur des conditions dans lesquelles se trouvent les malades, conditions d'hérédité, de constitution, etc. Toutes les fois qu'à l'état aigu vous voyez succéder l'état chronique, que la résolution n'est pas franche, que la tumeur se bosséle à une époque où l'état aigu a complétement cessé, ou qu'il y a de la suppuration, c'est au sarcocèle tuberculeux que vous avez affaire. L'influence de l'épididymite blennorrhagique sur le développement du sarcocèle tuberculeux est tellement fréquente, que quelques auteurs ont regardé la dégénérescence tuberculeuse comme une conséquence possible de la blennorrhagie. C'est une grande er-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Congrès et deux confrères députés non réélus. — Les clients grecs, première et deuxième mystifications. — La *Gazette des Etudes*.

Un an s'est déjà écoulé depuis que ce Journal rendait compte des séances préliminaires du Congrès médical, dont nous nous honorons d'avoir été les premiers instigateurs; que s'est-il passé depuis lors? Nos états-généraux de novembre ont-ils donné des fruits, et devons-nous espérer que l'on essaiera enfin de porter quelque remède aux maux intestins dons nous nous plaignons avec tant de raison? Des réunions imposantes ont eu lieu; de tous les points de la France, nos confrères sont accourus, et dans l'espace de quinze jours, d'immenses travaux ont été exécutés; toutes les questions qui intéressent le corps médical ont été traitées avee maturité et talent, discutées avec soin, votées avec calme. Le pouvoir, soit conscience, soit hypocrisie, a *daigné* applaudir à des efforts aussi louables. Le recueil complet du rapport et des discussions a été publié par les soins de la Commission, permanente qui s'est associée à ces travaux. Une Commission officielle a été constituée; des projets de loi y ont été élaborés, et rendez-vous a été pris pour la session prochaine.

Nous comptons sur cette solennelle promesse; il serait trop pénible de penser que des engagements positifs ne doivent pas être tenus, ou de voir dénaturer par une volonté secrète des dispositions publiques aussi favorables. S'il faut pourtant ajouter foi aux présages, ceux qui nous frappent depuis quelque temps sont loin de nous rassurer. Pendant que celui de nos confrères qui a été la cheville ouvrière du Congrès est couché sur son lit de douleur, épuisé par ses longues veilles, par des travaux incessants et pénibles, et en butte à de vaillants coups d'épingles de la part de certains collègues en journalisme, d'autres succombent sur un autre champ, et se voient enlever un titre qu'ils devaient à la confiance de leurs concitoyens et pour lequel cependant ils n'avaient pas démérité. Les banquiers, les négociants, les avocats étaient, ce nous semble, en assez grand nombre à la Chambre pour qu'on ne nous enviât pas quelques modestes siéges au Palais-Bourbon. Il en est autrement; MM. Bouillaud et Dezeimeris n'ont pas été réélus députés; on a jugé convenable de leur ravir leur mandat, juste au moment où les intérêts du corps médical allaient être mis en cause; on a craint qu'une voix éloquente ne vînt défendre avec succès une classe depuis longtemps sacrifiée, que l'on sait habituée à souffrir, et qui n'a pas droit sans doute aux mêmes égards que ces mille brocanteurs de rentes et de chemins de fer, que ces mille revendeurs d'arguments à deux tranchants dont on devrait pourtant être depuis longtemps fatigué.

Est-ce que tous nos efforts, tous nos travaux, toute cette sympathie dont on a fait étalage à notre égard n'aboutiraient qu'à une immense mystification !

— A propos de mystification, en voici une d'un autre genre qu'il n'est pas mal de faire connaître; nous l'empruntons à un des feuilletons spirituels que le docteur *Noir* publie dans la *Clinique de Marseille*.

« En attendant qu'un jour je vous fasse la peinture des corsaires de la médecine, c'est-à-dire de cette classe de médicastres qui se faufilent chez vos clients, qui vous critiquent devant les sots, qui vous supplantent par subterfuges, en un mot, qui vivotent de rapines, je veux vous dire un mot des *grecs*. — Vous connaissez tous la signification que l'argot parisien a donnée à ce mot-là, on ne sait trop pourquoi; le grec de la médecine existe, c'est celui qui consulte les uns après les autres tous les docteurs de la ville, après avoir oublié d'acquitter chez eux un compte plus ou moins dodu, et qui, pour ne pas être dévoilé, se met à la piste sur le Guide marseillais des jeunes docteurs qui arrivent dans la localité, et qui, les portes du cabinet une fois ouvertes, ont un premier moment de bonheur; ils ont trouvé un client !... — Il y a peu de temps un jeune confrère voit entrer chez lui un monsieur à la belle chevelure (*Karékomoontas Achaïous*, a dit Homère), qui désire le consulter sur une simple irritation uréthrale sans conséquence, comme disent tous ces malades, lorsque le malheureux portait avec lui tout le cortége de maux qui a si effrayamment inspiré un grand poète : *la syphilis*. — A ce sujet, il est bon d'ajouter que notre confrère avait entendu dire souvent que messieurs les *syphiliticiens* sont assez assidus à venir demander des conseils, mais que passé le mal, passé le souvenir, on ne revoyait ni le client, ni son argent; aussi, la rédaction de la consultation terminée, il allait en réclamer le payement, lorsque l'étranger, avec une politesse exquise, s'écria : — Combien vous dois-je, docteur? — Cinq francs. — Oh ! vous êtes vraiment trop raisonnable; et sans plus tarder, l'écu à l'effigie de Charles X tombe net sur le bureau. On se lève, on se fait force compliments, et le docteur, en engageant le malade à revenir dans la semaine, le reconduisit jusque'à la porte...... Puis, revenant pour faire plus ample connaissance avec les 5 francs, jugez de sa stupéfaction. — La pièce était fausse!... »

— Je viens de recevoir le charmant premier numéro à *couverture rose* d'un nouveau journal scientifico-littéraire destiné à la jeunesse. Le titre est admirablement choisi, c'est la *Gazette des Etudes*, journal illustré des colléges et des institutions; les principaux rédacteurs sont : MM. Patin, de l'Académie française; Littré, Lebas, de l'Institut; Désiré et Auguste Nisard, etc.; on voit que les fondateurs du journal ont choisi bonne compagnie. J'y ai lu avec plaisir le commencement d'une biographie de Rollin par M. Patin, la véritable histoire du docteur Faust par M. Dareste, une histoire des expéditions sur la côte occidentale d'Afrique par M. F. Lacroix, une lettre de Michel de L'Hospital, une chronique littéraire de M. Albert Aubert; il n'y a pas jusqu'à une charmante petite narration d'un jeune collégien, M. Rolland, qui ne m'ait fait un tel plaisir que je crois devoir la reproduire malgré sa tendance un peu épigramatique à l'égard de notre profession; le titre est le *Médecin astrologue* :

« Au temps de nos débonnaires aïeux, la médecine n'allait pas sans l'astrologie judiciaire; tous les disciples d'Hippocrate se piquaient de connaître les corps célestes aussi bien que ceux de leurs malades, et je vous laisse à penser si la voûte du ciel avait ou n'avait pas de se-

reur ; la blennorrhagie favorise simplement le développement de l'affection profonde, comme une chute, un coup pourraient le faire, mais pas autrement. Que si vous avez affaire à des sujets qui se trouvent dans d'autres conditions de diathèse, syphilitique ou cancéreuse, par exemple, l'épididymite sera le coup d'une dégénérescence possible du testicule, soit cancéreuse, soit syphilitique ; la blennorrhagie, nous ne saurions trop le répéter, n'est que la cause occasionnelle.

Deux mots, avant d'aller plus loin, sur l'hydrocèle considérée comme complication de l'épididymite.

Elle est plus fréquente que l'orchite. Chez quelques malades, la suffusion séreuse se fait d'une manière lente, à peine appréciable ; elle peut se développer plus ou moins vite, avec plus ou moins d'intensité ; et peut se terminer par résolution, c'est ce qui est le plus commun ; en même temps que l'état aigu disparaît, la maladie disparaît aussi, plus lentement il est vrai, mais complétement. Ce n'est guère que chez les individus scrofuleux ou tuberculeux que vous trouverez des hydrocèles persistantes, et toujours, même en l'absence de tout autre signe, la persistance de l'épanchement dans la tunique vaginale devra être, à vos yeux, un motif de légitime suspicion.

Lorsqu'il y a orchite, la maladie marche d'une manière plus rapide que lorsqu'il n'y a qu'épididymite simple. La sécrétion spermatique est plus profondément troublée ; le sperme subit des modifications dans sa quantité (diminution), ou dans sa composition (mélange de sang, du pus sanieux). Et puis, la maladie continuant à affecter le testicule, ne pouvant être arrêtée à la période de simple fluxion, voici la terminaison la plus ordinaire :

Nous avons dit que, dans les cas où il n'y a qu'épididymite pure et simple, la terminaison régulière est celle par résolution franche. Lorsque le testicule lui-même est enflammé, la terminaison la plus ordinaire c'est celle par atrophie. Lorsque le travail inflammatoire a été violent, que la période de fluxion a succédé plus ou moins rapidement, les vaisseaux séminifères sont gorgés de sang, asphyxiés pour ainsi dire ; au bout de quelques jours, la résolution semble se faire ; mais on est tout surpris de voir l'organe diminuer de plus en plus de volume, et finir par se fondre complétement. La terminaison par atrophie du testicule est très commune dans l'orchite. L'inflammation testiculaire donne souvent aussi lieu à la suppuration. Autant l'épididymite se termine rarement par suppuration, autant cet accident est fréquent à la suite de l'orchite. La suppuration du testicule donne lieu à la destruction complète de l'organe : il ne reste après elle que la tunique albuginée. Chez les individus d'une mauvaise constitution, l'orchite peut donner facilement lieu à la dégénérescence scrofuleuse, tuberculeuse ou carcinomateuse de l'organe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 15 et 22 juillet 1846. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

M. Guersant, à l'occasion du procès-verbal, informe la Société que de nombreuses expériences sur le cadavre lui donnant à penser que la résection des os ne présente que de mauvaises chances, et prenant en considération les observations faites par quelques uns de ses collègues, il se décide à ne pas opérer le jeune enfant qui porte une consolidation vicieuse d'une fracture de jambe. Il offre le malade à M. Malgaigne, qui l'accepte, et qui le fera entrer dans son service.

— *M. Monod* adresse une allocution, et remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait de l'avoir appelé à présider ses séances pendant l'année qui vient de s'écouler. Il invite M. Chassaignac, vice-président, à prendre place au fauteuil, et il exprime le regret que ce soit une raison de santé qui retienne éloigné M. Lenoir, président titulaire.

— La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Carron du Villards, qui se plaint que, dans une des séances de la Société de chirurgie, M. Bérard se soit attribué la première idée de l'emploi du cautère actuel au moyen des aiguilles dans le traitement des tumeurs fongueuses sanguines, et il revendique pour lui la priorité de ce moyen.

M. Bérard rappelle à ce propos que, dans la séance du 18 mars dernier, M. Lenoir ayant rendu compte du traitement qu'il se proposait de faire subir à un enfant qui portait une tumeur érectile à la région parotidienne, et ayant fait voir le dessin d'un instrument destiné à opérer la cautérisation, il avait demandé la parole pour faire savoir que l'idée que venait d'avoir M. Lenoir, il l'avait eue, lui, il y a déjà longtemps ; qu'il avait fait exécuter, et qu'il avait appliqué cet instrument, qui se compose d'une aiguille d'un certain volume, sur laquelle glisse, au moyen d'un pas de vis, une boule métallique, laquelle, chauffée par la lampe à esprit-de-vin, fait fonction de réservoir de chaleur bien plus commode que les réchauds ordinaires ; et que deux enfants traités pour des tumeurs érectiles à l'aide de ce moyen avaient parfaitement guéri.

M. Bérard fait remarquer qu'alors il n'avait été question que du procédé et non pas de la méthode ; qu'il savait très bien que M. Caron du Villards avait proposé l'emploi des aiguilles, auxquelles la chaleur était communiquée et maintenue par le contact d'un marteau chauffé à blanc, mais qu'il y a loin de l'idée de ces aiguilles que l'on est obligé de réchauffer après chaque introduction, à celle d'un trocart pourvu d'un réservoir de chaleur qui lui est propre, et qui peut être plongé quatre, cinq ou six fois de suite dans les parties molles sans perdre de sa température. Il laisse à tout le monde le soin d'apprécier si ce qu'il a fait ressemble au moyen de M. Caron du Villards. Quant à la méthode du cautère à blanc dans le traitement des tumeurs fongueuses sanguines, il n'a jamais eu la prétention d'en revendiquer la priorité, et il ne pense pas que M. du Villards veuille le faire pour lui-même. M. Bérard fait la même observation relativement à l'emploi du caustique de Vienne, et il rappelle qu'il avait eu soin, en le proposant, de faire la distinction entre la méthode et le procédé, et d'établir que bien que d'autres caustiques fussent mis depuis longtemps en usage, la potasse, par exemple, le caustique de Vienne n'avait été ni proposé, ni employé avant lui.

— *M. Guersant* fait voir un grand nombre de tumeurs qu'il regarde comme de nature encéphaloïde, et qu'un enfant de treize ans, mort dans son service, portait sur tous les points du corps ; il y en avait dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le larynx, les reins, les parois de l'estomac, dans les ventricules du cœur et dans les oreillettes, dans les ganglions du cou et du bassin. Le poumon, le foie, la rate et le cerveau en étaient seuls exempts. C'est la première fois que M. Guersant voit pareille chose.

— *M. Gosselin* met sous les yeux de la Société plusieurs pièces qui offrent un bel exemple d'ostéo-malaxie. La substance osseuse n'existe plus, et le canal médullaire, considérablement agrandi, est rempli d'une bouillie rougeâtre qui paraît un détritus d'os et de sang. Il existe alors dans un grand nombre de points des fractures à la partie moyenne des os, et ceux qui ne sont pas fracturés se coupent avec la plus grande facilité. L'altération paraît plus prononcée aux membres inférieurs, et on voit toute la diaphyse d'un fémur réduite à la portion périostique. C'est bien là un ramollissement des os avec atrophie.

M. Chassaignac dit avoir vu, il y a quelques années, un cas tout à fait semblable présenté à la Société anatomique par M. Roberti.

— L'ordre du jour appelle la discussion du Mémoire de M. Cullerier sur quelques accidents déterminés par les préparations iodurées.

M. Robert dit que depuis que ce travail a été lu à la Société, il a eu occasion d'observer un fait qui vient à l'appui de l'opinion de M. Cullerier sur les inconvénients des préparations d'iode, et même de l'iodure de potassium administré à des nourrices. Il s'agit d'une femme qui, au dixième mois de nourriture, le consulta pour un goître. Il conseilla des frictions sur la tumeur avec une pommade iodée, et à l'intérieur l'iodure de potassium. Au bout d'une quinzaine il constata que le goître allait très bien ; mais il apprit en même temps qu'après huit jours de l'usage du médicament, la sécrétion laiteuse s'était arrêtée. Chez cette femme, les seins n'étaient pas notablement affaissés. M. Robert fait remarquer que depuis longtemps on redoutait l'effet de quelques composés d'iode, qui par leur peu de fixité se décomposent facilement ; tel est, par exemple, l'iodure de fer. Mais on pensait ne pas avoir à craindre l'iodure de potassium, qui est une préparation fixe que l'on retrouve en très grande quantité dans les urines des sujets auxquels on l'administre. Les observations citées par M. Cullerier et celles qu'il vient de rapporter prouvent que l'iodure de potassium lui-même peut déterminer des lésions organiques et fonctionnelles des mamelles, et en présence de cette propriété, il se demande s'il ne conviendrait pas de le donner aux femmes nouvellement accouchées, chez lesquelles on veut tarir la sécrétion laiteuse. Il y a des femmes qui, bien que n'allaitant pas, voient cette sécrétion cesser difficilement. Il connaît même une dame qui ne nourrit pas, mais à laquelle il suffit de prendre son enfant sur elle pour déterminer la sécrétion du lait. Ce serait sans doute le cas d'administrer l'iode.

M. Huguier croit que l'iode est utile après les engorgements laiteux ; et depuis la connaissance qu'il a prise d'un Mémoire sur l'emploi de l'iode pour combattre les accidents de la lactation, Mémoire dont il a oublié le nom de l'auteur, il l'a souvent conseillé en teinture pour prévenir les abcès du sein, et il s'en est très bien trouvé.

M. Monod pense que l'explication que M. Cullerier a donnée de la différence d'action de l'iode dans les maladies générales, telles que la syphilis ou les scrofules, et dans les affections locales, n'est pas nouvelle ; qu'elle a déjà été émise, et qu'on la trouve notamment dans une Notice sur l'eau minérale de Wildeg par M. Aimé Robert, Notice offerte à la Société de chirurgie, et déposée sur le bureau dans la dernière séance. M. Monod ajoute qu'il tient d'un médecin distingué de Genève, M. Rilliet, que dans ce pays l'iodure de potassium est administré à doses excessivement minimes, comme, par exemple, un trentième de grain par jour, et que pourtant on en obtient de très bons résultats.

M. Michon rappelle que, quand on commença à mettre en usage l'iodure de potassium, on l'employait à doses bien plus faibles qu'on ne le fait aujourd'hui, et qu'on voit dans le Formulaire de M. Magendie, qui ne passe pas pour être très timoré, qu'il donnait seulement trois grains d'hydriodate de potasse dans les vingt quatre heures. Il croit que dans bien des cas où l'on administre de fortes doses, il suffirait de quantités beaucoup moindres.

M. Gosselin partage cet avis. Il est convaincu que dans l'immense majorité des cas, dans les douleurs ostéocopes surtout, on obtiendrait d'aussi bons effets de l'iodure de potassium à doses minimes, et la lecture du Mémoire de M. Cullerier l'a confirmé dans l'idée de ne le donner que le moins souvent possible à des doses aussi élevées qu'on le fait aujourd'hui.

M. Maisonneuve croit qu'il y a encore beaucoup à faire sur les indications de l'iodure de potassium. Son expérience lui a démontré qu'à 50 centigrammes par jour il réussit très bien dans les accidents syphilitiques de la peau, et que les douleurs ostéocopes résistent à cette dose, tandis qu'elles guérissent à celle d'un gramme. Il a traité une dame qui avait des ulcérations de la peau, et à laquelle il donnait un gramme d'iodure de potassium. Pendant ce traitement il survint un nodus, ce qui l'engagea à porter la dose du médicament à trois grammes. Sous l'influence de cette augmentation, le nodus fut modifié aussi rapidement que l'avait été à une dose deux fois moindre l'affection cutanée. M. Maisonneuve avait dans sa clientèle un jeune homme affecté d'un testicule syphilitique, et il lui donnait deux grammes d'iodure de potassium. M. Ricord, appelé en consultation, recommanda une dose plus forte, elle fut portée à quatre grammes, et la guérison fut rapide.

M. Chassaignac a vu deux fois l'iodure de potassium occasionner des épistaxis ; dans un de ces cas, l'écoulement sanguin fut tellement abondant qu'il dut opérer le tamponnement des fosses nasales.

Sur la proposition de M. Deguise, le Mémoire de M. Cullerier est renvoyé au comité de publication.

— *M. Morel-Lavallée* donne lecture d'un rapport sur une observation présentée par M. Maquet, interne des hôpitaux ; elle a pour titre : Déformation ancienne du larynx consécutive à une plaie, laryngite, dyspnée, trachéotomie, canule à demeure.

Le rapporteur fait voir que le cas d'une angine greffée sur un rétrécissement du larynx n'est pas nouveau, et il en cite deux exemples. Il dit aussi que, sous le rapport de l'addition d'une soupape à la canule trachéale qui a été appliquée après l'opération, l'auteur a été devancé, et qu'il n'a fait que modifier, sans doute sans le savoir, une invention de M. A. Bérard ; que, quant aux expérimentations auxquelles s'est livré M. Maquet sur le mécanisme de l'effort, expérimentations desquelles il résulterait que pour cette action musculaire se produisît il ne serait pas nécessaire que la glotte fût entièrement fermée, c'est une idée qui ne lui appartient pas davantage, M. Morel-Lavallée ayant proposé cette théorie dans des travaux antérieurs. En résumé, le rapporteur pense que l'observation de M. Maquet est importante, que les points essentiels en ont été bien saisis par l'auteur, et que les expériences qui la suivent ont été faites avec intelligence ; toutefois, il regrette que M. Maquet ne l'ait pas mis à même de les vérifier avec lui, ainsi que cela avait été convenu. La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer honorablement son travail aux archives de la Société.

M. Bérard n'accepte pas la priorité de l'idée de la soupape appliquée aux canules trachéales que lui attribue M. Morel-Lavallée. Il dit qu'à l'époque où il était à l'hôpital Necker un homme lui fut amené avec une commotion cérébrale, résultat d'une chute d'un lieu élevé.

Que cet homme revint à la santé, mais fut pris peu de temps après d'étouffements qui allèrent toujours en augmentant. Ce malade ayant manqué plusieurs fois d'être asphyxié, la laryngotomie devint imminente, et elle fut pratiquée. M. Bérard, pensant que l'asphyxie était due à la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, eut l'idée d'appliquer un instrument qui, permettant l'entrée de l'air, ne le laisserait pas échapper. Il en parla à M. Charrière, qui fit une canule avec laquelle le malade parlait très bien. Voilà, dit-il, tout ce qui lui appartient dans l'application de la soupape.

M. Deguise père approuve M. Bérard de ne pas se donner comme l'inventeur de la canule à soupape, car il y a longtemps que cet instrument est employé par les vétérinaires.

M. Robert ne partage pas l'opinion de l'auteur de l'observation et du rapport sur la théorie qu'ils ont donnée de l'effort. Il a fait voir que celle de MM. Bourdon et Cloquet est la seule vraie. Ainsi, il y a quelque temps déjà, sous les yeux même de la Société, il s'est attaché un mouchoir au bras, et il l'a donné à tirer à un malade qui portait dans la trachée une canule à soupape. On a pu constater alors que, la soupape baissée, il l'entraînait facilement ; que, la soupape levée, il n'y avait plus la moindre force. Cette expérience, toute sim-

---

cret pour eux. Quoi qu'il en fût, l'astrologie n'en était pas moins en grand honneur, et tout médecin, pour peu qu'il eût conscience de son mérite, eût-il été le plus petit barbier du plus infime village de Gallice, lisait aussi couramment dans le firmament que dans l'Evangile. Vous comprendrez donc que le docte Clysopompa de Penaflor, vénéré pour sa science à dix lieues à la ronde, se vantât d'entretenir correspondance avec les étoiles ; et, grâce à leurs révélations, de connaître le passé, le présent et même l'avenir. Du reste, rendons-lui cette justice, il était lui-même intimement convaincu de l'infaillibilité de sa science, à tel point que, désireux de connaître l'instant fatal marqué pour le terme de ses jours, il ne crut pas pouvoir le trouver plus sûrement qu'au bout de sa lunette. Notre astrologue, par philanthropie sans doute, et parce qu'il n'en coûtait pas plus de calculs, cherchait en même temps l'horoscope de son valet. Qui se chargera de dépeindre la stupeur de Clysopompa, quand il lut dans les signes du zodiaque qu'il mourrait le même jour que son honnête serviteur. A cette révélation, la lunette prophétique roula de ses mains, il changea de couleur, — et de désespoir s'arracha les cheveux. Vous comprendrez sa douleur quand vous saurez que Gil Antonio, son valet, était riche d'une toux asthmatique, et qu'il avait entendu sonner sa soixantième année à l'horloge du quinzième siècle. Il y avait bien là de quoi motiver l'épouvante du docteur. Quand il en fut un peu revenu persuadé que sa vie dépendait de celle de Gil Antonio, le digne Clysopompa devint d'une excessive philanthropie à l'égard de son valet, et fut aux petits soins pour lui. Et d'abord le savant homme se jeta aux genoux de celui qui avait été son domestique et le pria en grâce de ne s'occuper désormais à rien autre chose qu'à vivre. Il n'eut pas besoin de répéter deux fois sa prière ; Gil consentit à trouver assez convenable le service de maître Clysopompa, et, l'ancienne avarice de ce dernier se démentant enfin, il voulut bien se laisser traiter et festoyer. Aussi les amis de Gil ne manquaient-ils pas, après l'avoir vu, de s'écrier, ceux du moins qui avaient lu Virgile :

> Hei mihi ! qualis erat ! quantum mutatus ab illo
> Antonio !...

Qu'il était gros ! qu'il était gras ! mais, hélas ! les plus heureux hommes ont le pire destin. Le bon Gil, un jour, eut une indigestion si vigoureuse que le docte Clysopompa jugea toute sa science nécessaire. Son premier remède fut de faire mettre au malade les pieds à l'eau ; et cette ingénieuse idée eut un si malheureux résultat que le digne serviteur, trois jours après, s'en allait de vie à trépas !

» L'épouvante est au cœur du médecin plus forte que jamais, et, s'il eût été moins égoïste, son désespoir aurait touché. Le malheureux se tâtait incessamment le pouls, et interrogeait les battements de son cœur, la régularité de sa respiration, et s'attendait à aller d'un instant à l'autre rejoindre son valet défunt. Déjà son testament est fait, vingt legs distribués, deux codiciles ajoutés, et le tout clos et cacheté, et la mort ne vient pas. Voici la nuit, puis l'heure ordinaire du coucher ; c'est pendant son sommeil qu'il aura son existence tranchée ; il ne se réveillera pas. Après tout, cette fin sera plus douce. Il finit par s'endormir.

» Mais quel est l'étonnement du bon Clysopompa quand le lendemain ses yeux s'ouvrent à la lumière ! Il se tâte : c'est bien lui-même. Il regarde autour de lui : c'est bien sa maison. Peut-être s'est-il trompé dans ses calculs ; peut-être doit-il mourir un jour, deux jours après son valet.... Mais huit jours se sont écoulés. Il vérifie ses chiffres ; ils sont exacts. Décidément sa croyance en l'astrologie commence à faiblir, si bien qu'enfermant tous ses instruments d'optique, le docte Clysopompa retourne à ses malades, qui ne s'en portèrent pas mieux pour cela. »

Ne pardonnez-vous pas, comme moi, cher lecteur, cette fin quelque peu piquante en faveur de la grâce de ce petit conte ? Que serait-ce si, comme moi, vous aviez sous les yeux les illustrations remarquables dont M. Théodore Guérin, jeune artiste plein de zèle et de talent, veut bien orner ce Recueil. La première représente le portrait en pied de Rollin ; la pose est parfaite, la figure d'une expression fine et vraie ; le costume reproduit avec fidélité. La seconde illustration est consacrée à la prise d'une redoute en Assinie par les Français, qui ont à y combattre non-seulement les troupes assiniennes, mais encore un ennemi auquel ils étaient loin de s'attendre, des essaims d'abeilles. Il y a dans la figure des soldats une double expression de valeur et de surprise dont le peintre a tiré le plus heureux parti. Le talent véritable du jeune dessinateur augmente le prix de ce Recueil, déjà si intéressant par lui-même. Pour le coup, je n'aurai pas à dire, après l'avoir lu, comme j'ai eu l'occasion de le dire deux fois en recommençant mon article :

Est-ce une mystification ?

NOUVELLES.

Une épidémie singulière commence à paraître et à s'étendre dans toute la vallée de l'Isère, depuis le Dauphiné jusqu'à la Tarentaise ; c'est une fièvre qui saisit instantanément les habitants et se manifeste par des douleurs de reins, des maux de tête et des maux de cœur accompagnés de vomissements. La maladie ne paraît pas jusqu'ici offrir des caractères pernicieux, et l'on ne cite encore aucun cas grave.

Cependant cette épidémie est très affligeante en ce qu'elle frappe la majorité de la population ouvrière des campagnes, précisément dans un moment où elle va avoir le plus besoin de bras. Après les mauvaises récoltes qu'elle a eues, il serait bien funeste que les travaux d'été et d'automne fussent en retard par le manque de travailleurs. Dans la commune des Molettes, on cite un hameau où sur quatre cents habitants cent sont atteints de cette fièvre. Aucun n'a succombé, mais ils restent longtemps dans un grand état de faiblesse.

— On écrit de Lisbonne au *Clamor publico* du 31 juillet : « Une maladie épidémique s'est déclarée parmi les réfugiés espagnols qui sont entrés récemment dans le Tage, et que le gouvernement a envoyés à Cascaes. Le vicomte de Sa da Bandeira a envoyé, le 22, un bateau à vapeur pour prendre et transporter à l'hôpital de la marine les plus malades ; il paraît que ce bateau à vapeur en a emmené soixante. Des ordres ont été envoyés à Cascaes pour traiter avec le plus grand soin ceux qui se trouveraient moins malades.

— Les hôpitaux militaires sont en ce moment encombrés de malades.

ple qu'elle est, explique bien la théorie de ces messieurs.

M. Morel-Lavallée n'avait pas fait de recherches spéciales, et il était de bonne foi en attribuant à M. Bérard la première idée de la soupape. Quant à l'action de la soupape en elle-même, il dit qu'à Alfort on a expérimenté les soupapes avec ou sans cette addition, et que l'effort a été le même; que s'il y a des faits favorables à l'opinion de MM. Cloquet et Bourdon, il y en a aussi qui lui sont contraires. Ainsi, il a vu un bateleur qui soulevait et portait un poids énorme en chantant On sait aussi que pendant les efforts les marins ont une espèce de chant pour mettre de l'ensemble dans les mouvements. Chez le malade de M. Maquet, on a présenté pendant l'effort un miroir devant la bouche, et ce miroir s'est terni. C'est également un fait bien connu que chez le bœuf les cordes vocales ne peuvent pas arriver au contact parfait. D'un autre côté, ainsi qu'il l'a démontré, les hernies du poumon, qui ne se gonflent jamais pendant les efforts, prouvent que, pour qu'ils aient lieu, il n'est pas nécessaire que l'air soit maintenu dans la poitrine.

M. Nélaton ne saurait partager l'opinion émise sur la sortie des hernies du poumon pendant l'inspiration. Quoique cette idée se trouve partout, qu'elle ait été développée par Sabatier, il croit qu'elle est fausse; il a étudié le jeu des hernies pulmonaires, et il a vu qu'il s'y passe précisément le contraire de ce qu'on a avancé. Ainsi, c'est pendant l'expiration que ces hernies se gonflent. Quand le malade tousse, elles tendent à sortir comme les hernies abdominales. Il a vu les choses se passer de la sorte sur un jeune homme blessé d'un coup de sabre. Chez lui, on pouvait même très bien percuter la hernie, maintenue au dehors sous la puissance de l'effort.

M. Morel-Lavallée répond que tous les auteurs ont admis comme chose démontrée que les hernies pulmonaires se gonflent pendant l'inspiration, et que dens la toux il y a un phénomène complexe qu'on ne peut pas comparer à l'expiration simple.

M. Robert a constaté maintes fois que, quand on ouvre la poitrine d'un animal vivant, on voit les poumons tendre à sortir pendant l'expiration, et il pense qu'il en doit être de même quand il y a seulement hernie.

Les conclusions du rapport sont ensuite mises aux voix et adoptées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 juillet 1846. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— La correspondance comprend :

1° Trois numéros du Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.

2° Une lettre de M. Ségalas, président de la Société médicale du 6e arrondissement, accompagnée d'un exemplaire d'un rapport de M. le docteur Gaide. Cette Société a adopté les dispositions suivantes :

« Seront exclus de la Société ceux qui serviront de manteau à des personnes exerçant illégalement la médecine; ceux qui exerceront sous l'inspiration d'une somnambule; ceux qui pratiqueront la médecine homœopathique. »

3° Une lettre de la Commission nommée pour élever une statne à Buffon dane la ville de Montbard.

La Société déclare voter pour la somme de 50 francs.

— *M. Guillon* demande à faire une rectification sur des expressions qui lui auraient été inexactement attribuées dans le procès-verbal du mois de mai.

M. le secrétaire proteste contre l'admission de la réclamation de M. Guillon, refuse d'y faire droit; il déclare que c'est manquer et au secrétaire, et à la Société, que de réclamer contre un procès-verbal adopté en séance. Il est de la politesse de ceux des membres qui peuvent avoir des réclamations à faire, d'assister à la lecture du procès-verbal. D'ailleurs, il est en dehors de tous les usages académiques de faire, dans un cas pareil, aucune rectification ou interprétation. Permis à M. Guillon de reproduire sous forme de communication, l'opinion qu'il prétend avoir été infidèlement rédigée; mais on ne doit pas accéder à la demande qui est faite, sous peine de créer un précédent fâcheux.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le croup, à propos du fait raconté par M. L. Boyer dans la précédente séance.

M. Guersant fils fait observer que ce fait soulève une double question : Existe-t-il une différence entre l'angine pseudo-membraneuse et le croup? Quel doit-être le traitement du croup?

Quant à la première, M. Guersant déclare qu'avec MM. Bretonneau, Guersant père, Trousseau, Blache. il ne voit pas de différence entre ces deux maladies; leur caractère est le même; il n'y a absolument qu'une différence de siége. Mais on ne doit appeler vrai croup que celui où il y a des fausses membranes dans le larynx lui-même. Si elles n'existent que dans le pharynx, c'est une angine couenneuse; si seulement dans la trachée, c'est une trachéite pseudo-membraneuse. Ces trois affections peuvent exister réunies, comme elles peuvent se montrer isolément. Presque toujours la maladie commence par les amygdales, comme on l'a vu dans le fait de M. L. Boyer. Ce n'est guère que lorsqu'il y a des fausses membranes sur les cordes vocales que les sujets succombent, parce que le moindre corps étranger suffit pour oblitérer complétement l'ouverture de la glotte. La diphthérite de la trachée et des bronches n'aura point le même danger, et n'empêchera pas l'air de circuler dans l'arbre aérien. M. Guersant présente à la Société une fausse membrane très complète représentant les subdivisions des bronches jusqu'à leur huitième ou dixième bifurcation, fausse membrane rendue pendant un effort de toux par un enfant de six ans qui a parfaitement guéri. Le fait de ce petit malade est un exemple d'angine trachéo-bronchique pseudo-membraneuse, guérie par les seules forces de la nature. et sans autre traitement que l'eau de gomme et la diète. Il est rare que pareille terminaison heureuse s'observe dans des cas de croup.

M. Léger dit avoir donné, il y a dix-sept ans environ, des soins à un enfant qui succomba, au bout de trois jours de maladie, à une affection présentant tous les phénomènes du croup. L'autopsie ne démontra aucune trace de fausses membranes dans le pharynx, le larynx et les bronches. Depuis cette époque, il a observé un second fait exactement pareil sous tous les rapports. Ces cas sont curieux à mettre en opposition avec celui mentionné par M. Guersant. L'enfant dont parle notre confrère, et qui a expulsé un arbre bronchique pseudo-membraneux, n'avait pas la toux croupale; celui dont M. Léger entretient la Société offrit tous les symptômes du croup, sans traces de concrétions pseudo-membraneuses.

M. Guersant prie M. Léger de bien remarquer que le petit malade qui a expulsé cet arbre bronchique n'avait pas le croup proprement dit, mais seulement une trachéite; ce qui explique l'absence de la toux caractéristique.

M. Duhamel voudrait être édifié sur un point, celui de savoir si l'on peut toujours distinguer sur quelle partie de l'appareil respiratoire existent les fausses membranes, par conséquent à quels cas on doit conserver le nom de croup ou de laryngite pseudo-membraneuse.

M. Sorlin, tout en approuvant les distinctions nominales établies entre la pharyngite, la laryngite et la trachéite pseudo-membraneuses, préfère pour la seconde de ces trois affections le nom de *croup*, qui rappelle le danger de la maladie aux personnes les moins instruites, et la nécessité d'un traitement énergique.

M. Tanchou n'admet nullement l'utilité de ces trois divisions pour la nomenclature, suivant le siége; elles ne seraient importantes qu'autant qu'elles pourraient modifier la thérapeutique. Or, les modifient-elles? Y a-t-il des indications particulières suivant le siége des fausses membranes?

M. Pédelaborde ne peut au contraire qu'approuver ces distinctions de siége, qui seront aussi utiles pour le traitement que l'a été la division des inflammations de l'appareil respiratoire en pneumonie lombaire et lobulaire, bronchite simple et capillaire, etc.

M. Guersant affirme que presque toujours ces cas sont faciles à différencier. Le faux croup est une maladie qui effraie beaucoup les parents des petits malades, commence très brusquement, s'accompagne de phénomènes graves, mais guérit ordinairement assez facilement par les médications les plus simples: l'eau gommée, les gargarismes, les émollients.

M. Foucart ne voit dans la maladie désignée sous le nom de faux croup autre chose qu'une affection nerveuse, une contracture probablement des muscles du larynx, analogue à toutes les autres contractures musculaires et réclamant un traitement fondé sur les mêmes principes, un traitement antinerveux, antipasmodique s'il en existait, et, pour sa part, il pense que la thérapeutique des affections nerveuses est encore dans l'enfance.

M. Guersant pense comme M. Foucart qu'il peut exister quelquefois un croup de nature nerveuse, mais que le plus souvent le faux croup est une laryngite avec gonflement, tuméfaction de la muqueuse du larynx, qui ne réclame pas alors des antispasmodiques, mais bien des adoucissants. Passant au traitement du croup véritable, il fait observer que le plus souvent il s'annonce par la présence de fausses membranes sur les amygdales. C'est à ce moment qu'il est encore possible, par un traitement prophylactique, de guérir le croup véritable, la laryngite pseudo-membraneuse, et la médication la plus efficace c'est la cautérisation directe des surfaces malades. Presque jamais, il n'est utile d'avoir recours aux émissions sanguines générales ou locales, à moins qu'il ne se rencontre des indications spéciales chez des enfants très forts et très sanguins. Le traitement le plus ordinairement suivi de succès consiste en cautérisations et dans l'administration des vomitifs et du calomel.

Si l'on n'a pu à cette période empêcher la marche de la maladie; si le larynx se prend, qu'il y ait aphonie, suffocation, toux croupale, M. Guersant ne croit pas que la saignée soit d'une grande utilité. Tout est alors chirurgical; la plus pressante indication, c'est de rétablir le passage de l'air ou de lui en ouvrir un nouveau. On peut bien, avec les vomitifs, faire expulser quelques fausses membranes, mais il faut agir directement sur la muqueuse, sans quoi les concrétions diphthéritiques se reforment, et pour cela il faut faire arriver la solution caustique dans le larynx et sous l'épiglotte.

M. Pédelaborde pense comme M. Guersant que les émissions sanguines locales sont inutiles la plupart du temps pour l'affection elle-même, mais bonnes pour les complications, principalement pour les complications cérébrales si fréquentes.

M. L. Boyer, résumant rapidement la discussion, conclut de tout ce qui a été dit au sujet de chacune des médications conseillées contre le croup, que le traitement employé par lui dans le cas actuel était le plus rationnel, mais que l'intensité et l'étendue de la maladie, comme aussi la rapidité avec laquelle elle a marché, ont été les seules raisons auxquelles on doive rapporter la mort du sujet.

— *M. Guillon* entretient la Société : 1° d'un nouvel instrument de lithotritie, consistant en une double pince de Hunter, avec laquelle la pierre, une fois saisie, est usée et détruite de la circonférence au centre; 2° d'une modification qu'il vient d'apporter à son brise-pierre, pour les cas malheureux où l'instrument viendrait à se briser dans la vessie; cette modification consiste en un fil adapté à la branche femelle, et à l'aide duquel on pourrait retirer de la vessie le fragment brisé du lithotripteur.

M. L. Boyer fait observer à ce propos que les instruments ne se brisent guère dans la vessie que lorsque l'on fait usage des appareils à pression continue, la vis, ou la crémaillère. Il est très rare que la percussion brise l'instrument; procédant par secousses brusques, la percussion détermine la désagrégation de la pierre et n'agit que sur elle, permettant à l'instrument de se reposer en quelque sorte après chaque coup de marteau. La pression au contraire agit plus spécialement sur l'instrument, le fatigue, et en provoque souvent la rupture.

Le secrétaire annuel, Dr A. Foucart.

Bibliographie.

Exposition des principes de l'organicisme, précédée de réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine; par L. Rostan. — Chez Labé.

Aux hommes sérieux, la critique sérieuse. Au travailleur infatigable et intelligent qui consacre ses labeurs et ses veilles, sa vie tout entière au progrès de la science, à l'instruction des élèves, l'appréciation impartiale et indépendante, mais exacte et fidèle, des œuvres qu'il a produites. Impartiale et indépendante, avons-nous dit; nous entendons par là que celui qui aborde le rôle de critique doit, suivant sa conscience et quelle que soit la position occupée par celui qui devient actuellement son justiciable, oser dire hautement et franchement sa pensée, distribuer sans crainte le blâme ou l'éloge. A l'époque où nous vivons, où le culte des intérêts matériels est tout, l'éloge est devenu chose tellement banale, qu'il faut plus de courage souvent qu'on ne le pense pour le donner à ceux qui l'ont mérité, lorsque leur élévation scientifique est assez grande pour qu'il semble impossible d'agir ainsi sans être suspecté d'obéir à un sentiment personnel. Nous avions besoin de dire ces quelques mots pour justifier l'examen rapide auquel nous allons nous livrer ici des doctrines et des méthodes qui ont constamment dirigé M. Rostan dans l'étude, la pratique et l'enseignement de la médecine, doctrines et méthodes dont est l'exposé complet l'ouvrage duquel nous allons essayer de rendre compte.

Ancien élève de Pinel, dont il devint plus tard le collègue et l'ami, et pour le génie duquel il professa toujours la plus sincère admiration, M. Rostan comprit dès les premiers jours tout le vide, toute l'inanité des théories qui ne reconnaissent pas pour base l'observation des faits. *Ars tota in observationibus* avait dit Baglivi, et Bichat avait ajouté : *Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal?* Ces deux phrases furent le point de départ des travaux auxquels il s'adonna; et bientôt les recherches qu'il avait entreprises dans cette direction l'avaient conduit à cette conséquence inévitable et forcée : en médecine comme partout ailleurs, il n'y a point d'effets sans causes; *il n'y a point de troubles fonctionnels en dehors des altérations organiques.*

C'est sous l'empire de cette idée fondamentale, dont il ne se départit jamais, que sont conçus et exécutés tous les ouvrages qui ont fondé la réputation du professeur de l'Hôtel-Dieu, et dans lesquels, battant en brèche les doctrines vitalistes, il s'efforça de rattacher toujours les phénomènes morbides aux altérations matérielles, leur seule cause possible. C'est ainsi que, dès 1817, il dépossédait l'asthme des vieillards de cette *essentialité nerveuse* généralement admise, voile trop commode sous lequel la science du diagnostic était alors heureuse de cacher souvent son impuissance, et qu'il démontrait par des masses imposantes de faits publiquement recueillis sous les yeux des élèves, la fréquence, nous nous trompons, la constance des lésions physiques du cœur ou des poumons chez des asthmatiques pendant la vie desquels elles n'avaient pas même été soupçonnées. C'est ainsi que frappé de l'obscurité dont était entourée la connaissance des maladies si nombreuses et si variées du cerveau, et placé dans un établissement où mieux que partout ailleurs il pouvait rassembler de précieux matériaux jusqu'à ce moment négligés, il fit un des livres les plus pratiquemment utiles qu'ait vus naître le commencement de ce siècle, nous voulons parler des *Recherches sur le ramollissement du cerveau.* Certes, nous ne craignons pas de le dire, cet ouvrage a fait faire un pas immense à l'une des parties les plus importantes de la pathologie. Il eût à lui seul suffi pour placer son auteur, à défaut de tout autre titre, au rang des observateurs les plus distingués de notre époque.

Mais ce n'était pas tout que de mettre en pratique des méthodes précises et positives d'investigation pour arriver à des résultats incontestables et nouveaux; ce n'était pas tout que de reconnaître des altérations qui jusqu'alors avaient échappé aux cliniciens les plus habiles. Les principes d'après lesquels il se guidait dans l'examen des malades, M. Rostan sentait le besoin de les rassembler en corps de doctrine; ramener les élèves à l'observation rigoureuse des faits, en leur faisant sentir l'immense avantage de l'application des sens, telle était sa préoccupation continuelle. Aussi faisait-il, autant qu'il est possible de le faire, ce que l'on est convenu d'appeler *de la médecine exacte*, et cela longtemps avant que l'on n'eût songé à créer cette expression peut-être un peu prétentieuse, si on la prenait à la lettre, et posait-il dans son *Traité de diagnostic* les premiers éléments de la philosophie médicale qui depuis a servi de modèle et de règle de conduite au plus grand nombre des véritables observateurs.

Beaucoup des anciens élèves de M. Rostan ont conservé le souvenir de ces cours de la Salpêtrière, où chaque année des centaines d'auditeurs venaient avidement puiser la science; et tout dernièrement encore nous entendions un des savants médecins, qui depuis a fait faire de grands progrès à l'étude des maladies mentales, M. Falret, rappeler avec plaisir le temps où, disciple zélé de cet hospice, il publiait dans les journaux scientifiques de cette époque les premières leçons du jeune professeur. Que si quelques autres, oublieux du maître, ont pris ses idées comme monnaie courante, ont fini par se les assimiler entièrement, par les croire leurs, et se sont enhardis à professer qu'*ils ont toujours été organiciens, que tout le monde a toujours été organicien*, c'est que, par une modestie qui ne serait pas du goût de tous, M. Rostan n'a jamais eu la prétention de se poser en réformateur, en chef de secte : « Je hais le bruit, dit-il; je le fuis autant que d'autres le recherchent; je n'ai pas l'humeur militante; j'écris ce que je crois être vrai et je m'en rapporte au temps. »

On nous pardonnera, nous l'espérons, cette digression, cette appréciation rapide de la vie scientifique de M. Rostan. Nous avions le droit de la faire, le grand théâtre sur lequel il est placé le faisant relever de l'opinion publique. Elle était nécessaire; car le livre à propos duquel nous écrivons ces pages n'est que le résumé des idées-mères, l'exposition dogmatique et raisonnée des axiomes sur lesquels repose toute la doctrine du professeur.

« Je crois, dit-il encore, que les principes que j'expose sont un guide sûr pour diriger les médecins dans le dédale de leurs études, et dans les difficultés souvent inextricables de la pratique de leur art; qu'à leur aide, on peut arriver aussi sûrement qu'on puisse l'espérer à la connaissance exacte de tous les éléments des maladies; que par eux on peut atteindre à un diagnostic plus positif, plus complet, par conséquent à un pronostic moins incertain et à des indications plus rationnelles, partant plus efficaces que par le passé. »

Sous ce titre : *Exposition des principes de l'organicisme*, M. Rostan publie aujourd'hui la réimpression de deux thèses soutenues devant la Faculté de Paris, lorsqu'il se présenta, à deux reprises différentes, pour disputer une chaire de clinique interne. Le sort, dans ces deux circonstances, le servit, quant au choix du sujet, au delà de ses espérances.

Bases générales et plan d'un Cours de médecine clinique, tel est le titre de la première, de celle qu'il présenta en 1831 dans un concours qui offrit, pour le dire en passant, ceci de particulier, que celui des candidats qui avait le plus grand nombre de titres antérieurs, et des plus sérieux, qui depuis quinze années professait la médecine clinique, et avec quel succès, on le sait; un de ceux dont le public médical s'attendait avec bonheur à voir sortir le nom de l'urne du scrutin, celui-là seul n'eut pas une voix! Exclusion plus flatteuse peut-être qu'un succès, et qui découragea d'autant moins M. Rostan qu'elle était moins méritée. Ce fut là que, pour la première fois, condensant dans un petit nombre de pages la substance des principes qu'il avait pris pour base de son enseignement, il posa ces aphorismes, dont le reste de la dissertation n'est que le commentaire et le développement, et qui sont tellement connus aujourd'hui, tellement gravés dans tous les esprits, tellement passés à l'état de vérité triviale, qu'il nous suffira de les rappeler en quelques mots.

1° Pour le médecin, il n'existe dans l'homme que des organes et des fonctions.

2° Les fonctions ne sont que les organes en exercice; elles ne sont que des effets.

3° Les organes, dans certaines conditions physiques de volume, de forme, etc., sont dans l'état normal, et exercent des fonctions normales; c'est l'état de santé.

4° Dans d'autres conditions physiques de volume, etc., ils sont dans l'état anormal et exercent des fonctions anormales.

Organes sains, fonctions saines; organes malades, fonctions malades : voilà toute la médecine.

5° La nature des maladies est très variée; il existe des maladies spéciales et des maladies spécifiques.

6° Les fluides peuvent être primitivement ou consécutivement malades, etc.

C'est dans les prolégomènes de cette thèse que, prenant corps à corps les *propriétés vitales* de Bichat, il porta à ces doctrines, erreurs d'un des plus grands génies des temps modernes, ces rudes atteintes desquelles elles ne devaient point se relever.

Qu'est-ce, en effet, que ces propriétés vitales? Pour Bichat, c'étaient des êtres à part, indépendants de l'organisme, qu'on peut en séparer, qui l'animent, qui lui donnent la vie et président à tous ses actes. Pour M. Rostan, « tous les actes vitaux dépendent de l'organisation. Ces actes vitaux sont un résultat, un effet et non une cause, un principe, une loi, une force; les actes vitaux sont des organes en exercice, et les propriétés vitales ne sont que les organes aptes à agir, et disposés pour cela. »

Nous n'en dirons pas davantage sur ce point. Pour ceux qui connaissent le livre, ils savent que l'argumentation y est tellement serrée, tellement pressante qu'elle échappe à l'analyse, et qu'il faudrait pour en donner une idée un espace beaucoup plus étendu que celui dont nous pouvons disposer ici; et, cela nous fût-il possible, nous ne savons si nous pourrions nous résoudre, pour ceux qui ne les connaissent point encore, à déflorer par un sec et aride exposé, ces pages vigoureuses, tracées de main de maître, où l'auteur aborde sans crainte et sans rester au-dessous de son sujet les plus hautes questions métaphysiques, questions dans la discussion desquelles il nous semble du reste impossible d'entrer, si l'on ne connaît, comme le médecin instruit, l'organisation et la texture des rouages admirables qui font mouvoir la mystérieuse machine humaine.

Deux ans après, en 1833, le sort donnait à M. Rostan cette question à traiter : *Jusqu'à quel point l'anatomie pathologique peut-elle éclairer la thérapeutique des maladies?* C'était lui fournir l'occasion de faire l'application directe des principes de l'organicisme, de faire la preuve des propositions exposées *ex professo* dans le précé-

dent travail. Cette thèse était la conséquence de la première; elle en formait pour ainsi dire la seconde partie, le complément nécessaire. Il était donc utile, et c'est ce qu'a compris M. Rostan, de les réunir ensemble dans un même volume. Pour cette thèse aussi, comme pour la précédente, nous nous bornerons à dire en quelques lignes à quelles conclusions est arrivé le professeur. Ces conclusions sont celles-ci : Que l'anatomie pathologique a rendu les plus grands services à la thérapeutique; que tous les jours elle doit servir de guide dans l'indication des traitements; que c'est en éclairant le diagnostic qu'elle a produit ces immenses bienfaits; que tout ce qui est exact et précis en médecine est dû aux progrès de l'anatomie pathologique, tandis qu'il ne règne qu'incertitude et obscurité dans le traitement des maladies qu'elle n'a pas éclairées de son flambeau. Mais, par opposition, il est certaines maladies dont elle n'éclairera jamais le diagnostic local et par suite la thérapeutique; et pour celles-là, mais dans un bien petit nombre de cas seulement, l'empirisme a conduit à quelques modes de traitement sûrs et efficaces, etc. En résumé, M. Rostan prouve de la façon la plus irrécusable que l'anatomie pathologique a éclairé à un haut degré, qu'elle éclaire encore et qu'elle doit éclairer à l'avenir la thérapeutique des maladies.

Enfin à ces deux thèses, comme introduction naturelle à la philosophie de la science, M. Rostan a joint un article sur l'*Incrédulité en matière de médecine*. Certes, il n'est pas indifférent de croire ou de ne pas croire à la profession qu'on exerce. Pour atteindre la supériorité dans un art, il faut l'aimer ; pour l'aimer, il faut y croire. Est-il un seul des hommes qui ont honoré la médecine par leur génie, on peut se le demander, qui n'ait été passionné pour elle, qui ne l'ait étudiée, pratiquée avec amour? Et combien d'autres ne sont restés obscurs que parce qu'ils n'y croyaient pas. Comment, en effet, se donnerait-on de la peine pour approfondir une science à laquelle on n'a pas foi? « Bien plus, ajoute M. Rostan, et ces lignes sont si vraies que nous ne pouvons résister au plaisir de les citer textuellement, bien plus, nous ne craignons pas de dire qu'il ne peut y avoir que des médecins médiocres qui ne croient pas à la médecine; ils ont leurs raisons pour cela, et nous ne devons pas nous étonner qu'ils ne croient pas à la leur. Il est des médecins qui s'imaginent qu'il est spirituel et de bon ton d'afficher de l'incrédulité pour leur profession; ils croient se donner ainsi un air de supériorité. Il fut un temps où il était de mode d'affecter cette espèce d'impiété; contentons-nous de rappeler ici cette sentence de Voltaire : Le plus sûr moyen de rester inférieur à son art, c'est de se croire supérieur à lui. »

C'est en des termes dictés par une vertueuse indignation, et dont nous ne saurions trop approuver l'énergie, que M. Rostan flétrit l'improbité de ces médecins incrédules, qui n'en exercent pas moins leur profession et ne rougissent pas d'en tirer lucre et profit. « Ne ressemblent-ils pas, s'écrie-t-il, à ces faux prêtres qui, ne croyant pas en Dieu, font métier et marchandise de l'autel? Quoi, vous ne croyez pas à votre science et vous vous efforcez d'y faire croire! Vous trompez sciemment votre prochain, vous êtes fourbe, hypocrite, menteur, et vous recevez de vos dupes le salaire qui n'est dû qu'à la bonne foi, à la conviction, à la franchise, et votre main ne se dessèche pas! Arrière! arrière! le médecin qui ne croit pas à son art; il ne mérite pas le nom de médecin, ni même celui d'honnête homme! »

Dans le cours de cette analyse nous n'avons montré dans M. Rostan que le médecin, soit que, praticien consciencieux, attentif au chevet du malade, il rassemble tous les efforts de son intelligence pour découvrir la nature et le siége de l'affection qu'il observe, et prescrire un traitement en harmonie avec les altérations pathologiques qu'il doit combattre; soit que, professeur affable et bienveillant, il ouvre à ses nombreux auditeurs les richesses de sa longue expérience; soit enfin que, penseur sérieux, il mette à profit les connaissances anatomiques et physiologiques les plus précises pour s'élever aux considérations théoriques de la philosophie la plus ardue, et cherche à résoudre les questions les plus brûlantes de la métaphysique.

Deux mots de la forme, et nous terminons.

Ecrivain élégant, toujours correct et pur, M. Rostan expose ses opinions avec simplicité, clarté, concision et méthode. On ne trouvera dans son livre ni métaphores plus ou moins hasardées, ni comparaisons singulières, ni vain étalage de ce clinquant de mauvais goût qu'éloigne toujours avec soin de ses œuvres tout homme d'un jugement sain et droit. Le lecteur trouvera dans le volume que nous avons sous les yeux plus d'une page que ne désavouerait pas tel des écrivains les plus distingués dont s'enorgueillit notre époque.

D[r] A. FOUCART.

De la paralysie générale et incomplète des aliénés.

Je lis dans les numéros du 9 et du 16 juillet de la *Gazette des Hôpitaux* deux articles sur la paralysie générale et incomplète, rédigés par M. Blot d'après les leçons cliniques que M. Baillarger fait à la Salpêtrière. Ces articles sont un résumé généralement assez exact de l'état de la science sur cette question. Permettez-moi cependant de relever une assertion qu'ils contiennent, malgré ma répugnance naturelle pour tout ce qui sent la réclamation personnelle.

M. Blot s'exprime ainsi : « Le premier travail étendu sur ce sujet fut la thèse de M. Delaye (1824). Deux ans plus tard (1826), parurent les monographies de MM. Bayle et Calmeil. »

La thèse de M. Delaye, qui n'est pas longue, comme le dit M. Blot (22 pages), est postérieure de deux ans à mes *Recherches sur l'arachnitis chronique considérée comme cause de l'aliénation mentale*, qui ont paru en 1822 et qui ont 109 pages. Je me suis attaché, dans ce travail, à décrire, avec des observations à l'appui, l'*aliénation avec paralysie générale et incomplète* comme une maladie spéciale, tout à fait différente des autres espèces de folies avec lesquelles on la confondait, et dépendant, suivant moi, d'une inflammation chronique des méninges, laquelle s'étendait souvent à la surface du cerveau.

Voici, du reste, comment j'ai décrit les lésions auxquelles j'attribue cette maladie, et les symptômes qu'elle présente :

« Les caractères anatomiques de cette inflammation chronique sont : l'opacité de l'arachnoïde; son épaississement, qui peut surpasser l'épaisseur d'une feuille de parchemin ; une augmentation de cohésion, qui est quelquefois si considérable que la membrane résiste aux efforts que l'on fait pour la déchirer, et soutient le poids de la masse encéphalique sans se rompre ; l'épanchement d'une grande quantité de sérosité qui se rassemble à la base du crâne, infiltre le tissu de la pie-mère et s'amasse dans les ventricules latéraux, dont elle peut distendre outre-mesure les parois, en constituant ainsi une hydrocéphale symptomatique ; assez souvent l'adhérence de l'arachnoïde à elle-même et *à la surface extérieure de la substance cérébrale*, dans une étendue plus ou moins considérable ; assez fréquemment l'injection de la pie-mère et l'épaississement de l'arachnoïde ventriculaire, sur laquelle on voit des granulations très ténues, perceptibles à l'œil et sensibles au toucher, dans un très petit nombre de cas ; quelquefois de fausses membranes, et rarement des épanchements sanguins entre les deux feuillets de l'arachnoïde. » (P. 40.)

« Les symptômes de cette maladie peuvent tous se réduire à une paralysie générale et incomplète, et au dérangement des facultés intellectuelles. Ces deux ordres de phénomènes marchent d'un pas égal et proportionnel, et peuvent faire diviser la maladie en trois périodes. Dans la première, la prononciation est sensiblement embarrassée, la démarche mal assurée ; le désordre de l'entendement se manifeste par un affaiblissement de l'intelligence, un délire monomaniaque qui domine plus ou moins le malade, et souvent par un état d'exaltation plus ou moins considérable. Dans la seconde période, les mouvements de la langue et des membres conservent souvent le même embarras que dans la première, ou deviennent plus difficiles; le délire est maniaque et général, fréquemment accompagné d'idées dominantes ; il y a de l'agitation, qui varie depuis la loquacité et la mobilité, qui fait changer continuellement les malades de place, jusqu'à la fureur la plus violente et la plus incoercible. Enfin la troisième période est, en général, caractérisée par un état de démence et une augmentation de la paralysie générale et incomplète : la parole est bégayée, tremblante, très difficile, et quelquefois inintelligible ; la démarche est vacillante, très chancelante ou même impossible ; les excrétions sont involontaires; l'entendement, extrêmement affaibli, ne conserve qu'un petit nombre d'idées complétement incohérentes, qui sont tantôt vagues et tantôt plus ou moins fixes ; il y a le plus souvent du calme, et de temps en temps une agitation plus ou moins grande. Cette période se termine quelquefois par une paralysie presque complète de tous les mouvements volontaires, et par un état complet d'idiotisme. Chaque malade ne présente pas constamment les trois périodes ; il n'est pas rare de voir manquer la seconde ; celle-ci offre quelquefois une agitation spasmodique, continue ou périodique ; assez souvent, pendant la troisième, il survient tantôt des attaques de congestion cérébrale accompagnées de perte de connaissance, quelquefois de mouvements convulsifs et de tremblements, et suivies d'une augmentation des symptômes de la maladie; tantôt des attaques épileptiformes. » (P. 41.)

Je donnai plus d'extension à ces idées dans un mémoire publié en 1825 sous le titre de *Nouvelle doctrine des maladies mentales*; enfin en 1826, je publiai une description complète et étendue de la *méningo-encéphalite chronique et de l'aliénation avec paralysie générale et incomplète* qui en est la suite, dans un ouvrage intitulé : *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.*

La plupart des manigraphes, et en particulier Esquirol en 1816, Georget en 1821, avaient parlé de la paralysie des aliénés; mais ils l'avaient considérée comme une complication, un effet de la folie, une maladie consécutive qui termine les jours d'un grand nombre d'aliénés. J'ai cherché à prouver, par des faits publiés en 1822, que la paralysie générale et incomplète n'est qu'un symptôme d'une espèce particulière et fréquente d'aliénation mentale qui a dès son début des caractères très tranchés, et qui reconnaît pour cause organique une inflammation chronique des méninges.

BAYLE.

Observations sur le terme naturel de l'accouchement; par M. le docteur LERAY, de Nantes.

M. Leray a présenté à la Société académique de la Loire-Inférieure (section de médecine) un long travail sur ce sujet. Le mémoire de ce médecin est terminé par les conclusions suivantes :

1° Le terme naturel des accouchements, aussi bien que celui des accouchements prématurés, chez la femme, se rapporte à ses époques menstruelles.

2° Le retour de ces époques, dans tout le cours de la grossesse, est en rapport avec le quantième du mois correspondant à celui du jour où les règles ont commencé à paraître la dernière fois, quel que soit le nombre de jours comptés dans chaque mois.

3° Les annonces de l'accouchement à terme et des accouchements prématurés ont lieu, sur le plus grand nombre des femmes, au quantième désigné ou dans les sept jours qui suivent.

4° Néanmoins, le commencement des douleurs expulsives peut encore se rapporter d'une manière normale, mais beaucoup moins fréquemment, au quinzième jour du dixième mois.

5° Tout accouchement, à terme ou prématuré, qui s'effectue avant l'époque du mois désignée, peut être considéré comme étant en avance.

6° Tout accouchement qui s'effectue après le septième jour de la même époque, peut être considéré comme étant en retard.

7° Les avances sont proportionnellement en beaucoup plus petit nombre que les retards, et, le plus ordinairement même, elles ne précèdent pas le terme désigné de plus de cinq jours.

8° Les retards, au contraire, n'ont pas de délais limités.

9° Enfin, dans l'un et l'autre cas, les causes de l'avance et du retard sont fort appréciables, bien qu'il s'en trouve cependant où il est impossible de les assigner avec certitude.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 94. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des fièvres intermittentes.

(Suite du numéro du 21 juillet.)

Les fièvres intermittentes essentielles se montrent presque exclusivement dans des conditions déterminées. Elles ne se produisent que dans des circonstances spéciales; là, par exemple, où il y a des amas d'eaux stagnantes : qu'elles soient à la surface du sol, comme dans des mares, des étangs, ou que la terre soit seulement humide, et l'eau à quelques pieds au-dessous de son niveau.

On voit ces fièvres frapper toute une population, se renouveler tous les ans à la même époque, à la suite d'inondations partielles, lorsque les eaux ne sont pas immédiatement pompées par le soleil, et que le sol reste humide. Les fièvres intermittentes épidémiques qui se manifestent ainsi disparaissent lorsque la terre redevient sèche et que cessent les conditions auxquelles on devait les rapporter. Ainsi, le développement de ces maladies dans les conditions d'hygiène et de température dont nous parlons, est un fait connu, habituel, qui ne présente rien que de fort ordinaire; et la preuve incontestable en est que, lorsque par des travaux manuels de terrassement, de canalisation, etc., l'homme a rendu au sol sa sécheresse primitive, ses conditions accoutumées, lorsqu'il a desséché les marais, donné un cours aux eaux stagnantes, alors, avec la cause qui les a produites, disparaissent les fièvres essentielles. Si par l'incurie, la négligence ultérieure, les conditions d'insalubrité se renouvellent, les fièvres reparaissent. L'encaissement des étangs, lorsqu'il est impossible de les dessécher, produit quelquefois d'aussi bons effets que l'écoulement des eaux.

Hors des conditions que nous venons de signaler, les fièvres intermittentes ne se montrent que rarement, sporadiquement, comme on dit, c'est-à-dire chez quelques sujets isolés. A Paris, où l'on n'observe qu'un fort petit nombre de fièvres intermittentes, on rencontrait, avant que la petite rivière de Bièvre ne fût encaissée et canalisée, on rencontrait dans les quartiers de la ville qui sont traversés par cette rivière ou qui n'en sont point éloignés, des fièvres intermittentes du plus mauvais caractère, et en grand nombre. Ces fièvres étaient le résultat des conditions accidentelles qui survenaient chaque année au moment des chaleurs. Ces conditions ne se sont plus reproduites, et les fièvres intermittentes ont disparu.

De tout ce que nous venons de vous exposer résulte ceci, que l'influence du voisinage des marais sur la production de la fièvre intermittente n'est pas douteuse. Lorsque des masses d'eaux stagnantes sont ainsi abandonnées à elles-mêmes, qu'il y a des matières animales accumulées dans des lieux humides, les fièvres sont d'autant plus fréquentes et plus graves que les maisons sont plus rapprochées de ces foyers insalubres. La direction des vents n'est pas non plus sans quelque action, et mérite d'être prise en considération. Dans nos contrées, on a remarqué que c'est le vent d'ouest qui souffle le plus ordinairement au moment où règnent les fièvres intermittentes.

Comment ces eaux stagnantes produisent-elles des fièvres intermittentes? A cette question, il n'y a pas deux manières de répondre. Il est évident qu'il s'échappe de ces marais, de ces foyers, des principes particuliers. En quoi consistent ces principes, ce quelque chose? Quelle est la nature de ces émanations? Sont-ce des gaz? La chimie pourrait les constater. Serait-il possible de produire ces gaz, et de déterminer ainsi artificiellement le développement des fièvres intermittentes? Non. Il y a dans la nature des choses qui ne peuvent être saisies, et qui ne le seront jamais. Il y a quelque chose qui n'est pas chimique purement et simplement; ce qui n'est pas douteux, nous le répétons, c'est l'influence du voisinage des marais sur la production de la fièvre intermittente.

C'est principalement à certaines époques de l'année que les fièvres intermittentes se produisent. Ce n'est jamais dans les temps les plus froids, et on le comprend facilement. Les eaux, les substances animales et végétales sont gelées en ce moment, et leurs émanations ne peuvent s'exhaler. Lorsque règne une chaleur excessive, dans le plus fort de l'été, ces fièvres ne se manifestent pas encore non plus. C'est lorsque, par suite des plus fortes chaleurs, une partie des matériaux liquides des marais ont été enlevés par le soleil, que la vase forme la surface de ces marais; c'est alors, disons-nous, que les fièvres intermittentes se montreut. Dans les climats très froids, les fièvres intermittentes sont excessivement rares. Il en est de même, bien qu'à un moindre degré, des climats chauds. C'est dans les régions tempérées, un peu plus chaudes que froides, mais non torrides, que l'on voit les fièvres intermittentes régner de la manière la plus fréquente et avec le plus de violence.

Outre ces conditions générales qui rendent les fièvres intermittentes si communes, il existe des circonstances particulières, individuelles, qui rendent les sujets plus aptes à contracter les affections du genre de celles dont nous parlons. Ainsi pendant la nuit on est plus disposé à prendre les fièvres intermittentes; on a pensé que pendant la nuit les principes miasmatiques étaient peut-être plus condensés; nous croyons, nous, pour notre part, que c'est tout simplement parce que pendant la nuit les sujets offrent moins de résistance aux principes morbifiques, plongés qu'ils sont dans l'état de sommeil, que l'on voit des voyageurs être atteints de ces fièvres lorsqu'ils ont traversé des marais endormis en voiture. Ces sujets, d'une constitution faible, y sont également beaucoup plus exposés que les individus forts et robustes; ceux qui ont été affaiblis par des émissions sanguines, se trouvent encore dans des conditions favorables au développement de la maladie.

Voilà les circonstances dans lesquelles se manifestent les fièvres intermittentes. On ne peut pas dire que ce soit seulement sous leur influence que se développent ces affections. Quelquefois elles se montrent sporadiquement, isolément, chez quelques sujets seulement, et semblent alors n'être plus soumises à aucune des causes que nous avons indiquées. Prenons pour exemple ce qui se passe à Paris chaque jour sous nos yeux. Nous avons dit qu'à Paris les fièvres intermittentes sont assez rares. Cependant il n'est pas un seul hôpital où l'on n'en rencontre quelques faits. Au moment où nous vous parlons, nous avons dans nos salles un homme qui est affecté de fièvre intermittente. Mais ce n'est point ici que cet individu l'a contractée; c'est d'Afrique qu'il l'a rapportée. Or ce que nous voyons chez notre malade, on le voit chez beaucoup d'autres sujets, nous oserions dire chez presque tous. Vous apprendrez des malades eux-mêmes, dans le plus grand nombre des cas, que précédemment, antérieurement à leur arrivée à Paris, ils ont eu déjà des attaques de fièvres intermittentes dans les lieux qu'ils habitaient. Si vous les pressez de questions, si vous les interrogez avec soin, ils finiront par vous dire que là où ils ont éprouvé pour la première fois leurs accès de fièvre intermittente, d'autres personnes en avaient également, et que ces maladies régnaient épidémiquement ou endémiquement. Presque toujours les pays qu'ils ont habités sont des lieux où l'on voit une partie de la population presque continuellement atteinte de cette affection.

Voici comment souvent les choses se passent. Un homme contracte une fièvre intermittente; il en guérit à l'aide des antipériodiques, puis il quitte le pays où il avait pris sa maladie, et vient à Paris. Au bout d'un temps plus ou moins long, un an quelquefois après la guérison, le sujet est mouillé par la pluie, se refroidit, et est de nouveau pris d'une fièvre

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

SIXIÈME CHAPITRE. — *De la goutte.*

Sydenham se consolait de la goutte en songeant que c'est la maladie des gens d'esprit et des grands seigneurs. Il ne paraît pas que ce dédommagement d'amour-propre suffise à tous les goutteux pour compenser leurs pénibles souffrances. Riches pour la plupart, et placés dans une condition sociale qui leur permettrait de jouir de toutes les facilités de la vie, ils ne reculent devant aucun sacrifice, et se soumettent aux plus rudes médications dans l'espoir d'être enfin guéris. Ni les efforts des plus habiles médecins, ni les tentatives des plus audacieux empiriques, n'ont encore réussi à trouver ce remède tant souhaité. Il faudrait un spécifique; et c'est, à vrai dire, *rara avis in terris*. Si productive que doive être la découverte, elle est encore à faire; mais ce n'est pas impunément que les esprits séduits par le desir de soulager une maladie toujours douloureuse et souvent mortelle, ou alléchés par des attraits moins philanthropiques, se sont portés de ce côté. On peut chercher méthodiquement à améliorer l'état général, à parer aux accidents prochains, à profiter, sans rien compromettre, des ressources de la thérapeutique; on ne cherche pas, avec de tels procédés, les médicaments spécifiques. Le hasard les donne, et l'expérience les règle ou les modère; ce n'est pas aux plus habiles qu'ils échoient, et partant, on n'a pas besoin d'être habile pour espérer de les obtenir. Les eaux minérales ont été souvent appliquées avec ces fâcheuses espérances. Les perturbations vives ou les lentes révolutions qu'elle amènent ont été vantées par certains enthousiastes comme des moyens infaillibles. La suite des événements démontrait bientôt l'erreur ou le mensonge de ces promesses, et les malades, trompés dans leur attente, décriaient obstinément les sources où ils venaient chercher la guérison complète, et où ils auraient pu trouver du soulagement. Il en est résulté que, sur ce point comme sur tant d'autres, les opinions se sont partagées, et les partis extrêmes ont eu plus de partisans que les moyens termes, auxquels pourtant revient la vérité.

Nous commencerons par une profession de foi bien explicite : Il n'existe pour nous aucune eau minérale, quelle que soit sa composition chimique, quelques observations qu'elle puisse invoquer, qui jouisse de propriétés spécifiques dans le traitement des affections goutteuses. Beaucoup sont utiles, beaucoup sont nuisibles; pas une ne convient à tous les malades, et ne mérite, par conséquent, les honneurs de la spécificité.

Nous sommes tellement convaincus de l'exactitude de cette proposition que nous ne chercherons pas même à en discuter les preuves. Les sources les plus renommées par leur succès n'ont pas d'autres vertus que les nombreuses substances de la matière médicale tant de fois prescrites avec des résultats variables. Elles modifient la constitution, changent même le tempérament et par suite la forme de la maladie; elles peuvent effacer ses traces, calmer les douleurs violentes, interrompre la périodicité des accès, mais elles ne détruisent jamais la diathèse. Ce n'est pas que des goutteux n'en soient sortis guéris radicalement. La goutte n'est pas un mal de sa nature incurable. Mais quand sur cent individus un seul éprouve de si heureux effets, il n'est ni logique ni raisonnable de conclure à l'efficacité absolue du médicament.

La persuasion où nous sommes rend facilement compte du point de vue auquel nous allons nous placer pour apprécier les vertus réelles des eaux minérales. Il nous faudra chercher pour ainsi dire dans la goutte ce qui n'est pas elle-même, distinguer ses complications, ses transfigurations trompeuses dans l'espoir de la réduire à sa plus simple expression, mais sans prétendre la faire disparaître. Cette élimination successive des accidents les plus pénibles, en respectant le mal, est une des applications délicates de la thérapeutique; quoique les faits ne manquent pas, quoique nous soyons aidé par de nombreuses observations personnelles, nous aurons encore de la peine à décrire avec méthode tant de variétés capricieuses.

Les goutteux ont été depuis longtemps partagés en deux grandes catégories. L'une comprend les malades affectés de goutte atonique, l'autre se compose de ceux chez lesquels la maladie prend la forme tonique ou aiguë; selon quelques médecins, on ne saurait trouver une classification plus juste et qui réponde mieux aux indications du traitement.

La goutte tonique est celle à laquelle se rapportent la plupart des descriptions. C'est la forme la plus facile à observer et la mieux connue. Elle suit une marche régulière; ses accès sont vifs, extrêmement douloureux, mais ils laissent entre eux des intervalles de calme parfait et ne se reproduisent qu'à des époques éloignées. A ne considérer que les phénomènes saillants, le malade souffre d'une des articulations du pied; le plus souvent, le mal ne dépasse pas le gros orteil; les paroxysmes bien accusés sont plus sensibles la nuit; ils diminuent et cessent même vers le matin pour revenir avec une égale intensité la nuit suivante. On constate souvent de la fièvre, et toujours de la rougeur et de l'œdème aux environs des points affectés. On conçoit qu'on ait pu confondre cette espèce de goutte avec l'arthrite et qu'on ait hésité à lui attribuer une influence plus générale qu'à toute autre lésion articulaire.

Mais les erreurs thérapeutiques sont bientôt venues faire justice de l'erreur pathologique. Les médications entreprises sans discernement, poursuivies sans précaution ont prouvé aux incrédules qu'il ne s'agissait pas d'une simple altération locale à laquelle les fonctions organiques restent étrangères. Un examen plus attentif des symptômes aurait épargné aux médecins ces graves mécomptes. En effet, si pour l'observateur inattentif tout se réduit aux quelques manifestations que nous avons indiquées, il n'en est plus de même quand on étudie les choses avec une suffisante conscience.

La forme tonique de la goutte constitue, il est vrai, un type nettement arrêté; mais par ses prodromes ou par les épiphénomènes elle se lie à la grande famille dont nos divisions la détachent artificiellement. Les caractères de la goutte atonique s'y retrouvent avec une moindre importance; c'est une différence de degré plutôt que de nature. D'abord la maladie a des antécédents qui ne participent pas à la délimitation exacte des lésions à venir. L'affection est universelle avant d'être circonscrite; elle est précédée de perte d'appétit, de malaise, de crampes, alors même que rien ne pourrait faire soupçonner la terminaison de ce mal-être général; une constipation parfois opiniâtre devance l'affection ou l'accompagne; quelques individus se plaignent de céphalalgies. Ces petits accidents ne présentent aucune gravité, mais ils ont pour le médecin un intérêt particulier, en ce qu'ils lui révèlent l'essence intime de la maladie. Si régulièrement qu'elle se localise, elle est toujours susceptible de changer de place, et dans les cas les plus heureux où les bornes étroites de l'articulation n'ont pas été dépassées il suffira d'une cause de désordres pour lui rendre sa mobilité naturelle. Supposez, ce n'est qu'une comparaison, un virus répandu au travers de l'économie, et qui tende à se porter vers un point. Dès qu'il y sera accumulé, le reste demeurera à l'abri de ses atteintes; mais momentanément et tant que nulle influence ne viendra reproduire sa première diffusion. Il en est de même de la goutte tonique, dont le caractère est de se concentrer sur un article, mais non pas d'y fixer irrévocablement son siége. Elle garde pour ainsi dire sa mobilité à l'état virtuel, comme le rhumatisme aigu du coude ou de l'épaule.

Or c'est un fait d'expérience incontestable que moins la goutte est sujette à se déplacer, moins elle est dangereuse. Les malades qui se préoccupent avant tout du symptôme douleur, le seul qu'ils soient à même d'apprécier, ne sont pas de cet avis. Ils mesurent la gravité par

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92.

intermittente. Ainsi, bien que la maladie se soit développée très loin des émanations marécageuses, et parmi les individus qui en sont atteints à Paris même, on en rencontre quelquefois qui présentent ici leur premier accès. Dans ces cas, il faut examiner avec soin s'il n'existe pas de causes particulières.

Nous nous rappelons avoir vu chez une dame, il y a quelques années, une fièvre intermittente pernicieuse. Cette dame était depuis peu de jours seulement arrivée de la Pologne, d'où elle avait rapporté le germe de la maladie. Vous trouverez des faits analogues chez un grand nombre de sujets qui vous offrent des fièvres intermittentes, et qui en sont attaqués pour la première fois. Presque tous les pays qui forment les environs de Paris sont assez salubres; aussi la plupart des individus qui sont attaqués de fièvre intermittente ici, ont-ils été puiser ailleurs la cause de la maladie. Cependant, et cela est surtout vrai depuis que l'on s'occupe des chemins de fer, les endroits où l'on fait de grands terrassements, où l'on opère sur une surface fort étendue des mouvements de terrain, peuvent produire spontanément des fièvres intermittentes. Pour nous résumer en quelques mots, parmi les sujets qui sont affectés de fièvres intermittentes dans les pays où la maladie ne se développe pas spontanément, où elle ne règne pas épidémiquement ou endémiquement, vous en trouverez un grand nombre qui ont été chercher le principe de leur maladie ailleurs que dans les lieux où ils habitent ordinairement. C'est un fait qu'il est impossible de révoquer en doute, en présence des faits généraux que l'on observe tous les jours, que des fièvres se montrent au milieu de populations exposées à certaines conditions de température, de sécheresse ou d'humidité, etc.

Il est évident que c'est là où les causes agissent avec le plus de puissance que les maladies doivent être et sont, en effet, les plus fréquentes; il n'est pas toujours possible cependant de remonter à la connaissance exacte et précise des causes. Il est des sujets chez lesquels il est très difficile de parvenir à savoir quelle est la cause déterminante de la maladie dont ils sont atteints, à quelle influence ils se sont exposés, quelles étaient les conditions de salubrité dans lesquelles ils se sont trouvés placés, et s'ils y sont restés longtemps, etc. Mais même dans ces cas douteux et d'après la connaissance que l'on a des faits nombreux et authentiques dont fourmille la science, il est permis d'affirmer que c'est toujours les émanations marécageuses et miasmatiques qu'il faut considérer comme la cause de la maladie.

Voilà ce que nous avions à dire de l'étiologie des fièvres intermittentes essentielles, point sur lequel nous n'avons pas craint de nous étendre un peu, à cause de la fréquence des cas que vous rencontrerez dans la pratique, et que vous pourriez quelquefois être portés à regarder comme douteux, si nous n'avions pris soin de vous prémunir contre ces prétendues exceptions qui rentrent dans la loi générale, comme les faits normaux, dès que l'on se donne la peine de les approfondir.

Quant aux autres fièvres intermittentes, celles auxquelles nous avons donné le nom de symptomatiques, et qui ne sont que le phénomène d'une affection organique, aiguë ou chronique d'un appareil de l'économie, il n'y a pas de maladies qui ne puissent les produire, ou du moins qui ne puissent déterminer le retour d'accès qui les simulent à un degré plus ou moins élevé, d'une façon plus ou moins exacte. Presque toujours, nous trouverons les causes bien évidentes de ces fièvres dans l'existence d'abord d'une maladie organique qui au premier abord pourrait paraître tout à fait étrangère. Puis, en tenant compte des circonstances particulières, le diagnostic sera toujours facile, en ce sens que dans les fièvres intermittentes essentielles il y a toujours régularité parfaite dans le retour, la durée des accès; dans les fièvres symptomatiques, il est très rare que l'on ne constate pas des désordres et des irrégularités, comme règle générale. Dans les fièvres essentielles, il n'y a guère qu'un accès par jour; dans les fièvres symptomatiques, on en compte jusqu'à deux ou trois dans les vingt-quatre heures. Il est rare, dans les fièvres essentielles, qu'il y ait plus de trois jours entre chaque accès; dans les fièvres symptomatiques, l'intervalle qui sépare les redoublements fébriles peut être plus considérable. Enfin, dans les formes mêmes de la maladie, l'on trouve des différences assez sensibles pour établir presque toujours une distinction bien évidente.

Le temps qui s'écoule entre l'action des causes et l'apparition du premier accès de la maladie varie beaucoup, et ne peut être déterminé même d'une manière approximative. On a dit qu'il pouvait s'étendre jusqu'à quinze jours, et même plus. Les accès étudiés en eux-mêmes présentent deux formes différentes, que l'on désigne sous le nom d'accès normaux et d'accès anormaux. Les accès normaux sont constitués par trois périodes bien distinctes, auxquelles on donne le nom de *stades :* période de frisson ou de froid; période de chaleur; période de sueur, à laquelle succède une détente générale et le retour à l'état de santé. C'est là ce que l'on appelle l'accès normal ou régulier, le plus commun heureusement. Ces trois stades se présentent avec des conditions, des modifications diverses d'intensité, de longueur. Le froid peut être plus ou moins intense; il peut n'y avoir qu'horripilation, ou *rigor*, ou tremblement général. Mais qu'il y ait l'une ou l'autre de ces conditions, la période de froid constitue un stade normal. Le plus ordinairement, il est suivi d'une sensation progressivement croissante de la chaleur sèche; la sueur n'arrive qu'après la cessation de la période de chaleur. La durée de chaque stade est souvent la même; elle est le plus fréquemment d'une heure, une demi-heure; quelquefois il y a irrégularité, en ce sens que la durée des stades de chaleur et de sueur est plus longue que celle de la période du froid. Voici comment se passe ordinairement un accès normal.

Il débute par un frisson qui varie depuis une demi-heure jusqu'à deux ou trois heures. La chaleur sèche qui lui succède n'est pas d'une aussi longue durée, à beaucoup près; elle est même, on peut le dire, comparativement plus courte. La période de sueur est la plus longue. Sa durée est plus considérable que celle de chacune des deux autres. Ces trois stades sont accompagnés de phénomènes divers. A côté de ces modifications dans la température du corps se manifestent des troubles fonctionnels, des désordres très variés; des douleurs de tête, des lassitudes dans les membres, un sentiment de courbature, des vomissements; chez quelques sujets, gêne plus ou moins marquée dans la respiration; chez presque tous, des altérations notables dans la composition de l'urine, qui prend une coloration plus foncée, qui dépose un sédiment rougeâtre, briqueté. Nous ne passerons point en revue tous les phénomènes qui peuvent accompagner la fièvre normale, ces détails nous entraîneraient beaucoup trop loin; nous avons seulement dû insister sur les phénomènes caractéristiques des accès réguliers.

Le commencement de ces accès normaux est annoncé quelquefois par des phénomènes particuliers qui font reconnaître aux observateurs la nature de la scène qui va se passer, qui la font reconnaître aussi aux malades lorsqu'ils ont déjà éprouvé des attaques de la même maladie. Ce sont des sensations de vibrations, d'élancements dans quelques parties du corps; puis le froid arrive. Au moment où ce stade commence, le malade éprouve comme une sorte de compression qui lui paraît être exercée sur toute la surface du corps. Les malades comparent cette sensation à un amoindrissement, un amaigrissement brusques des parties les plus apparentes du corps, particulièrement du visage.

La durée des accès entiers est, comme celle des stades, éminemment variable; cependant, les accès de fièvre intermittente ne se prolongent jamais au delà de vingt ou vingt-quatre heures. Ceux qui durent douze heures sont déjà regardés comme très longs. Le plus généralement, ils se prolongent pendant cinq à six heures. On observe même des accès dont la durée n'est que d'une ou deux heures; mais ceci n'arrive ordinairement qu'au commencement ou à la fin de la maladie. Entre deux accès, existe une période pendant laquelle le sujet semble être tout à fait bien portant. C'est ce que l'on appelle l'intermission. Le sujet se croit complétement guéri; cependant, il n'a éprouvé que la première scène de la maladie. Un deuxième accès va lui rappeler bientôt qu'il est dans l'erreur. L'affection dont il est atteint n'est qu'une succession d'alternatives de maladie et de santé apparentes. Nous disons apparentes, parce qu'il est impossible de considérer comme complétement bien portant un individu qui va bientôt être malade de nouveau, bien que tous les symptômes pathologiques aient disparu.

Lorsque tous les accès se sont reproduits pendant un certain temps, il survient des phénomènes que l'on dit secondaires : l'altération du teint, qui devient d'une couleur bis-jaunâtre; l'augmentation plus ou moins considérable du volume de la rate, augmentation proportionnée généralement à la durée de la maladie; quelquefois une augmentation du foie; à une époque plus ou moins éloignée, il survient souvent de l'œdème dans les muscles inférieurs, soit que cet œdème reconnaisse pour cause la compression exercée sur les gros troncs veineux de l'abdomen par la tuméfaction de ces viscères, soit qu'il soit dû à l'altération consécutive survenue dans la composition du sang et dans les modifications quantitatives des principes constituants du sang. Bien qu'ils soient ordinairement lents à se produire, nous n'ignorons pas que quelques-uns de ces phénomènes peuvent cependant se produire quelquefois dès les premiers temps de la maladie.

Les intervalles auxquels se reproduisent les accès constituent la différence des types. Chaque type se subdivise en plusieurs sections particulières. On dit qu'une fièvre est quotidienne lorsqu'elle se manifeste tous les jours. Elle est dite *tierce* quand elle se reproduit de deux en deux jours; quarte, lorsque deux jours pleins séparent les accès; il faut faire la plus grande attention à ceci, les accès doivent être semblables entre eux pour que l'on puisse conclure à l'existence d'une fièvre essentielle normale. S'ils ne sont pas absolument semblables pour la durée générale, la durée de chaque stade, etc.; si, par exemple, il y a un jour un accès d'une certaine longueur et le lendemain un plus court, et ainsi de suite; que les accès ne soient semblables que de deux en deux jours, c'est un type auquel on donne le nom de double-tierce; dans d'autres cas, l'accès du troisième jour est pareil à celui du premier, l'accès du quatrième à celui du second jour; à toutes ces variétés, l'on a attaché des noms particuliers à l'aide desquels on s'est efforcé de rappeler les variétés que présentent chacune des formes auxquelles on a affaire. Il y a d'autres distinctions encore que celles que nous avons mentionnées; mais elles sont beaucoup plus subtiles, et elles s'observent d'ailleurs si rarement dans la pratique qu'on serait presque en droit de les considérer plutôt comme un résultat de la théorie et du raisonnement que comme un fait d'observation véritable et sérieuse.

---

la souffrance, et souhaitent d'autant plus ardemment la guérison, qu'elle doit leur épargner plus d'angoisses. Le médecin se sert d'une autre mesure, et sait au besoin prescrire des douleurs violentes pour remédier à des états mortels. Autrement les stupéfiants de toute espèce deviendraient l'unique médicament à mettre en usage. Quand il s'agit de la goutte tonique en particulier, les patients sollicitent, exigent même un soulagement à tout prix. Vous avez beau leur représenter les inconvénients extrêmes, ils n'y croient pas, et traitent la prudence d'inhabileté. Aussi ne saurait-on déterminer avec trop de circonspection les circonstances où il est permis d'accéder à leurs prières, et celles au contraire où nous devons nous abstenir.

Les individus que frappent les affections goutteuses de la forme dont nous parlons ici, sont en général pléthoriques. Tous les médecins rangent au nombre des causes les conditions de vivre où le sang se produit en excès, les habitudes sédentaires succédant à des occupations actives, les repas copieux et prolongés, l'abus des vins généreux. On admet avec raison que la violence des attaques est proportionnée à la surabondance du sang, et les indications thérapeutiques sont fondées sur ces données. Ainsi, lorsque les accès deviennent intolérables, augmentent de durée et de fréquence, le premier remède consiste à combattre la pléthore. Les exercices actifs, la sévérité du régime, les fatigues même réussissent à modérer la crise en même temps qu'ils assurent de plus longs intervalles de repos. Certaines eaux minérales agissent dans le même sens, et parmi celles des bords du Rhin, Ems tiendrait le premier rang. Au lieu d'être stimulantes comme les eaux de Hombourg, de Kreutznach et de Kissengen, elles tendent à débiliter. Employées avec ménagement, elles diminuent l'état pléthorique et transforment peu à peu le tempérament en un autre qui se prête moins aux vives réactions. Ce n'est pas la goutte qui s'améliore, c'est l'individu goutteux, et quoique la distinction paraisse une subtilité, elle est dûment valable.

Cependant le malade s'applaudit d'un si bon résultat; et voyant son mal décroître, il aime à se persuader qu'un traitement plus prolongé va le faire disparaître complétement. Les eaux d'Ems, de Vichy ou des sources analogues sont continuées avec persévérance; l'accès ne revient pas, le corps est dispos, la pesanteur pléthorique a cessé, tout est rentré dans l'ordre : c'est, en un mot, la guérison. Que le médecin ne se laisse pas entraîner à cette confiance funeste. Le mal n'est pas guéri, il n'est que changé de nature. De locale qu'elle était en vertu de la constitution du sujet, la maladie est devenue vague et diffuse; la goutte tonique a été transformée en goutte atonique, plus légère en apparence, plus redoutable au fond, parce qu'elle a moins de tendance à se fixer.

Tout tient à la mesure du traitement; si on l'arrête en temps opportun, on adoucit l'acuité des souffrances : mais qu'on se garde bien de les annuler entièrement. Il faut, pour que la congestion goutteuse se localise, qu'elle conserve une certaine intensité, ou plutôt que le tempérament du sujet ait encore une assez grande force de réaction. Trop riche, il provoquait des douleurs inouies, des phénomènes presque inflammatoires, une tuméfaction considérable; trop appauvri, il ne suffit plus à diriger le molimen goutteux, si ce mot inusité nous est permis.

Malheureusement nous n'avons pas de règles précises; la même médication est excessive pour les uns, modérée pour les autres; d'autre part, s'il nous est impossible d'assigner une durée absolue et invariable, il serait au moins imprudent d'attendre les résultats. La goutte, comme toutes les affections intermittentes, laisse difficilement apprécier au médecin les résultats obtenus. Comment juger qu'on a tempéré suffisamment, ni trop, ni trop peu, les attaques, lorsque durant toute la saison des eaux le malade n'en éprouve aucune? Les remèdes toniques et excitants manifestent leur action par des effets physiologiques évidents : ce sont tantôt des congestions cérébrales, tantôt des éruptions cutanées, la roideur et la plénitude du pouls; mais les débilitants ne jouissent pas du même privilége. Nous n'avons donc ici, pour nous guider, ni la décroissance de la maladie, ni les changements mal perçus de la constitution; on ne saurait, dans une telle incertitude, apporter trop de réserve.

A défaut de ces documents d'autres nous viennent en aide, et, contrairement à toutes les habitudes, il nous est plus facile de prévoir les faits que de les observer. La goutte tonique est certainement le type le mieux défini dans ses caractères essentiels; mais les symptômes réputés accessoires sont loin d'avoir la même uniformité. Les différences ne sont pas seulement individuelles; elles constituent des espèces dans le genre, et correspondent à autant de prédispositions. On peut, en les étudiant avec soin, pronostiquer les déviations à venir de la maladie, mesurer la persistance probable de la forme actuelle, ou pressentir avec quelle facilité elle changera sous l'influence des agents thérapeutiques.

L'âge doit être pris d'abord en considération. La goutte à forme tonique est celle qui frappe le plus souvent les hommes encore jeunes, soit qu'elle vienne par hérédité, soit qu'elle se développe spontanément. Les malades dans toute la vigueur de l'âge souffrent beaucoup, et se plaignent encore davantage. Chez eux, la réaction goutteuse se complique d'une impatience assez naturelle, la privation du mouvement leur est insupportable; ils ont facilement de la fièvre, et les congestions préliminaires sont en général très vives. Est-il en apparence une condition plus favorable à l'emploi des eaux minérales alcalines? La maladie n'a pas encore droit de domicile; elle frappe des individus pleins de vigueur, et qui répareront bientôt les pertes que pourrait entraîner la médication. Qu'on ne s'y méprenne pas cependant; il n'est aucune circonstance où la réserve soit plus strictement imposée.

Tous les médecins savent que les goutteux atteints prématurément meurent assez jeunes; rarement ils résistent à une affection que d'autres plus âgés subissent sans graves inconvénients. Or, on ne meurt pas de la goutte locale. Si fortes que soient les lésions, si profondes détériorations qu'elles entraînent, elles ne compromettent jamais la vie tant qu'elles reviennent docilement aux articulations, leur siége naturel. Il faut donc, pour que le pronostic soit moins inquiétant chez les hommes jeunes, que le mal tende à se déplacer, et c'est ce que nous prouve l'observation de tous les jours. On aurait tort, par conséquent, de se fier à la vigueur des attaques, et de mesurer leur fixité par la violence des accidents.

C'est qu'en effet la pléthore constitutionnelle est un attribut de l'âge mûr. A une époque moins avancée de la vie, les congestions pléthoriques sont incomplètes; elles n'envahissent point l'économie entière et se transportent facilement dans les points les plus éloignés. La poitrine, la tête, les organes abdominaux y sont soumis, mais d'une manière accidentelle et passagère. Plus tard, ces congestions perdent leur mobilité, et à chaque circonstance qui vient rompre l'équilibre, elles se fixent aux mêmes lieux.

Si les eaux minérales guérissaient réellement la goutte, enlevaient la prédisposition, détruisaient la diathèse, plus on appliquerait le traitement avec persévérance, plus on réunirait de chances favorables. Comme elles ne jouissent pas de cette vertu, la thérapeutique, en le supposant, se placerait dans une fausse et dangereuse hypothèse. Nous pouvons conseiller les sources d'Ems et de Vichy, et compter sur leurs bons effets, mais à la condition, qu'on ne saurait trop redire, de rester en deçà plutôt que de s'avancer au delà du but. Mieux vaudrait renoncer absolument à la médication lorsqu'il est impossible de la surveiller, que risquer de substituer le désordre à l'ordre, et de remplacer la forme tonique par la forme atonique, plus persistante et plus rebelle.

(La suite à un prochain numéro.)

Le concours ouvert depuis le 15 avril dernier devant la Faculté de médecine, pour trois places d'aides d'anatomie, vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. H. Gros d'Avrigny (Haute-Saône), A. Richard de Paris, et P. Broca de Sainte-Foy (Gironde).

— Une épidémie assez grave sévit en ce moment sur le 7e hussards en garnison à Vienne. Plusieurs hommes ont déjà succombé sous les atteintes de la maladie. En apprenant cette nouvelle, l'autorité supérieure de Lyon s'est empressée d'envoyer sur les lieux M. le chirurgien-major docteur Poullain pour observer la maladie et en étudier les causes.

Il en est d'autres encore que l'on a admises : ce sont les fièvres intermittentes *doublées*, quotidiennes, tierces, quartes ; par cette expression *doublées*, on entend dire que le malade a tous les jours, tous les deux jours, tous les trois jours deux accès par jour ou plutôt deux accès dans les vingt-quatre heures. Mais nous devons faire remarquer que ces fièvres appartiennent rarement aux fièvres essentielles. La fièvre double-tierce, par exemple, n'appartient presque jamais aux fièvres essentielles, mais presque toujours aux fièvres symptomatiques. C'est dans les cas où le malade est atteint d'une suppuration profonde, dans la phthisie pulmonaire, entre autres, qu'on observe des faits de cette espèce. Dans ces circonstances, il y a souvent matin et soir frisson léger suivi de chaleur et de sueur ; mais ce n'est là qu'une exacerbation de l'affection profonde organique à laquelle est en proie le sujet.

Enfin, l'on a quelquefois admis des types dans lesquels les accès sont beaucoup plus éloignés les uns des autres, les fièvres *quintanes*, par exemple, dans lesquelles les accès ne se reproduisent que tous les cinq jours. Ces types sont tout à fait exceptionnels dans nos pays et même dans l'Europe entière. Quand il en est ainsi, elles constituent des fièvres erratiques. On a vu des accès de fièvre qui se reproduisaient tous les sept jours seulement; et, en remontant aux causes, on a pu se convaincre la plupart du temps qu'elles dépendaient de circonstances particulières, soit l'habitude de faire à jour fixe un dîner plus abondant qu'à l'ordinaire, soit un grand exercice dans certaines conditions sociales.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du numéro du 30 juin.)

Exaltation momentanée de la vue. — Le phénomène dont nous allons parler est assez singulier; et quoiqu'il se rencontre très rarement, il est bon de le signaler. Il consiste en une sorte de *névrose* de la rétine ayant pour caractère d'exagérer singulièrement la puissance visuelle de la rétine. Voici ce qui a lieu : Sans cause connue, sans symptômes d'inflammation oculaire, sans douleurs névralgiques, le malade qui vient d'être opéré aperçoit, malgré l'obscurité dans laquelle il est placé, malgré le bandeau qui lui ferme exactement les yeux, une lumière *excessive*, un jour *immense*, avec cela il voit des corps flamboyants (*photopsies*), et, chose plus remarquable encore, il distingue les objets qui l'environnent, ceux mêmes qui sont à une distance plus éloignée. On est tout d'abord disposé à mettre en doute les récits du malade, et à nier la possibilité des faits qu'il avance, puisqu'il prétend voir plus distinctement que les personnes qui ont d'excellents yeux et n'ont pas de bandeau. Un examen très attentif prouve néanmoins jusqu'à la dernière évidence l'exactitude de ce phénomène bizarre, et Sanson rapporte que certains opérés qui présentent cette exaltation momentanée de la vue *peuvent même lire* dans un endroit tellement obscur que les personnes qui les soignent n'y voient absolument rien. Le même auteur paraît croire que cette *exaltation momentanée de la rétine* est plus fréquente chez les personnes cataractées depuis longtemps, ce qui semblerait s'expliquer ainsi : « La lumière est d'abord pour elles, dit-il, un milieu trop irritant, et il leur faut quelquefois plusieurs semaines pour s'y habituer. » Quelque rationnelle que paraisse au premier abord cette interprétation, nous ne pouvons y souscrire. Les faits manquent, en effet, pour faire admettre que l'œil, qui recouvre la lumière après une opération de cataracte, est d'autant plus sensible à son contact qu'il était privé depuis plus longtemps de la faculté de voir, ou plutôt les faits nombreux de cataracte ancienne qui existent dans la science, et dont j'ai rassemblé quelques exemples dans une lettre adressée à M. le professeur Serré, de Montpellier (*Note sur les cataractes anciennes, Gazette médicale* 1845), prouvent précisément le contraire; car le remarquable phénomène qui nous occupe, l'*exaltation momentanée de la vue*, n'aurait pas échappé aux oculistes distingués qui rapportent ces observations, et ils n'en disent pas un mot. L'explication donnée par Sanson, et que beaucoup de personnes regardent sans doute comme naturelle, n'est cependant rien moins que logique lorsqu'on veut la méditer un instant.

De deux choses l'une, en effet, ou l'opacité de la cataracte est suffisante pour empêcher l'arrivée sur la rétine d'une quantité de rayons lumineux capable d'entretenir son *excitabilité physiologique*, ou bien elle ne l'est pas.

Dans le premier cas, la rétine restant, quant à sa puissance fonctionnelle, dans les conditions de l'état normal, on ne voit pas pourquoi, après l'opération de la cataracte, elle serait impressionnée autrement qu'elle doit l'être dans l'état physiologique.

Dans le second cas, la rétine ayant cessé depuis un temps plus ou moins long d'être en rapport avec la quantité de lumière qui arrivait sur elle, il est tout naturel de supposer qu'elle a perdu peu à peu de sa sensibilité propre, comme cela arrive d'ailleurs à tous les organes qui ne fonctionnent plus depuis longtemps; mais alors, qu'on veuille bien en faire la remarque, cette torpeur, cette demi-paralysie que l'on invoque, n'est-elle pas l'état le moins propre, je dirai même le plus opposé au phénomène d'exaltation de la sensibilité rétinienne dont il s'agit? Car enfin il me paraît assez paradoxal de prétendre qu'un organe soit d'autant plus apte à EXAGÉRER sa fonction, qu'il est devenu moins propre à la remplir.

Ainsi donc l'explication que nous venons de combattre nous paraît inadmissible, et il est bien plus rationnel de regarder l'*exaltation momentanée de la vue*, après l'opération de la cataracte, comme le résultat d'une sorte de *névrose* qui se développe dans des conditions mal définies.

Il importe d'ailleurs que l'on sache bien, et ceci vient à l'appui de la thèse que nous soutenons, que le phénomène dont il s'agit ne se rencontre pas exclusivement après l'opération de la cataracte, et dans les conditions analogues à celles qui se présentent dans ce dernier cas.

Ainsi une dame était affectée d'une *atrésie pupillaire*, suite d'iritis, et d'une cataracte capsulo-lenticulaire. Je lui pratiquai d'abord une pupille artificielle, qui avait à peu près la dimension de la pupille normale; une petite hémorrhagie qui eut lieu pendant l'opération, m'empêcha de reconnaître sur-le-champ la complication qui existait du côté de l'appareil cristallinien. Par conséquent, il existait après l'opération deux obstacles : celui formé par la cataracte, et l'autre qui résultait de la présence du sang dans le champ pupillaire et dans la chambre postérieure de l'œil. Il ne survint aucune complication, puisque la malade était complétement rétablie de son opération le quatrième jour. Cependant cette dame nous offrit dans les dernières vingt-quatre heures, une *exagération momentanée de la vue*, portée à un tel degré, que cela l'inquiétait vivement. Ainsi je l'ai vue, les rideaux de son lit étant fermés, et des compresses pliées en plusieurs doubles et imbibés d'eau froide placées convenablement sur ses yeux, pouvoir suivre à une assez grande distance les gestes des personnes qui l'entouraient, et tenir compte de tous leurs mouvements, et quoique sa chambre fût à peine éclairée, elle se plaignait d'avoir trop de lumières.

Ce phénomène inquiéta beaucoup mon opérée, qui redoutait qu'il ne fût le prélude d'une violente inflammation de l'œil; cependant il n'existait aucun symptôme de ce genre, et j'étais sans inquiétude. Bientôt cette exaltation momentanée de la vue se calma, et cette malade, avant de subir l'opération de la cataracte, qu'il fallait pratiquer pour la guérir entièrement, resta dans l'état où sont ordinairement les sujets cataractés.

On le voit, il est important de bien connaître la signification de cette exagération passagère du sens de la vue, pour ne pas rattacher son développement à des complications que l'on pourrait considérer comme graves alors qu'elles n'existent pas. Il faut temporiser, laisser l'opéré dans l'obscurité, que l'on diminue graduellement; tenir des compresses d'eau glacée constamment appliquées sur les yeux et attendre. En général, ce petit accident se dissipe le plus souvent de lui-même.

Des épanchements pupillaires. — Les épanchements de sang, de lymphe plastique, de pus qui peuvent se former après l'opération de la cataracte de manière à compromettre gravement sa réussite, doivent être distingués en ceux qui se forment dans l'espace pupillaire lui-même, ou un peu en arrière de lui dans la chambre postérieure. Cette distinction n'est pas futile, car elle a, dans ses applications, une importance que les hommes spéciaux qui assistent avec intelligence aux difficultés de la pratique ne méconnaîtront pas.

A. *Epanchements intrapupillaires.* — L'espace qui est circonscrit par le bord interne de l'iris se rétrécit notablement sous l'influence d'une inflammation de cette membrane, et il arrive assez souvent que la lymphe plastique est sécrétée par le bord libre de l'iris. Ce produit nouveau est d'autant plus apte à fermer l'ouverture pupillaire, déjà notablement rétrécie, que sa production se fait simultanément par tous les points de la périphérie de la pupille. Bientôt, en effet, l'ouverture de l'iris est comblée comme le serait une perte de substance dont les bords se sont rapprochés, et la pupille n'existe plus, à proprement parler. L'iris forme une membrane partout continue avec elle-même; et si l'on examine attentivement les caractères de la production nouvelle qui vient de se développer, on reconnaît qu'elle se trouve sur le même flanc que la face antérieure de l'iris, qu'elle déborde même quelquefois en avant. On voit à sa texture comme fibrineuse et à son aspect d'un blanc grisâtre que son origine est réellement celle que nous venons d'indiquer... Enfin, dans quelques cas rares (car je n'en possède pour mon compte qu'un seul exemple), on rencontre dans cette fausse membrane oblitérante le principal caractère de la vitalité : la *vascularisation*. On voyait en effet, dans le fait dont je parle, un gros vaisseau qui, après avoir rampé quelque temps dans l'iris, où la saillie qu'il faisait le rendait très apparent, venait s'aboucher par des rameaux nombreux dans l'épanchement intrapupillaire, auquel il se distribuait tout entier...

Pour bien se rendre compte du mécanisme de formation de cette occlusion de la pupille, formée par l'inflammation de l'iris, il suffit de se rappeler une des circonstances principales de l'opération de la cataracte, telle qu'on la pratique généralement.... On sait qu'habituellement la capsule antérieure du cristallin, qui par sa partie centrale est si rapprochée de l'iris contracté, a été ou enlevée ou détruite en partie dans sa continuité; par cela même, les conditions où se trouvait l'iris ne sont plus les mêmes, et c'est ce qui explique comment dans quelques cas cette membrane fait à elle seule les frais de l'oblitération dont nous parlons.

L'importance de connaître exactement le mode de formation de l'épanchement plastique intrapupillaire n'est pas douteuse, car lorsque plus tard on viendra à traiter le malade, à lui pratiquer, par exemple, une pupille artificielle, comme je l'ai fait dans ces cas avec succès, on n'aura pas à craindre de rencontrer derrière la perte de substance faite à l'iris une opacité dépendant de la capsule cristalline, puisque celle-ci, soit par son absence complète, soit par la déchirure de sa portion centrale, est restée étrangère au travail pathologique dont l'iris a été le siége.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 11 août 1846. — Présidence de M. ROCHE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Junod, sur l'emploi des grandes ventouses dans le début de la fièvre typhoïde. M. Junod trouve à ce moyen l'avantage de prévenir, par cette dérivation, les congestions locales, ou d'y remédier quand elles sont produites, sans faire subir au sujet de pertes de sang qui le débiliteraient, et sans agir sur le tube digestif, évidemment malade dans cette affection.

2° Une lettre de M. Aubert-Roche, par laquelle ce médecin demande à l'Académie la permission de faire devant elle une lecture ayant pour but la communication de faits relatifs à l'incubation de la peste.

M. Prus appuie la demande de M. Aubert-Roche; il demande, non-seulement que ce travail soit lu devant l'Académie, mais qu'il soit imprimé au Bulletin, les communications devant être accueillies avec empressement, qui ont pour objet la rectification ou la narration des faits susceptibles d'éclairer la conviction sur l'important sujet en discussion.

3° Une lettre de M. Gendrin, dans laquelle ce médecin annonce qu'il soumettra prochainement à l'Académie un travail, dont il envoie les conclusions, sur les affections hystériques.

— *M. Dubois* (d'Amiens) lit un rapport officiel sur un travail de M. Castonnet, intitulé : Moyen facile de faire travailler à une topographie générale de tous les départements de la France.

Dans ce travail, l'auteur reproche à l'Académie la négligence qu'elle met à faire ses rapports sur les mémoires relatifs aux épidémies qui lui sont adressés journellement, et qui sont, pense-t-il, enfouis obscurément dans les cartons. M. Dubois repousse, au nom de l'Académie, le reproche qui lui est adressé; il prouve que M. Castonnet ignore complétement les habitudes de la Compagnie, et que tous les documents importants sont toujours utilisés.

M. Dupuy rappelle qu'il y a quelques années il faisait partie de la Commission chargée du travail des épidémies et que cette Commission a exposé fort longuement sa manière de procéder, que l'Académie a déclarée satisfaisante. Si beaucoup de communications sont mises de côté, c'est qu'elles ne méritent vraiment pas de fixer l'attention, constituant presque toutes des documents administratifs plutôt que des travaux scientifiques.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Joly* lit un rapport au nom de la Commission chargée de décider dans quelle section aura lieu la nomination à la place vacante par la mort de MM. Clarion et Demangeon.

La Commission propose de faire une nomination dans la section de thérapeutique et de matière médicales.

M. Cornac fait remarquer que la section de thérapeutique renferme treize membres, qui doivent être réduits à dix. Cette section n'est qu'une annexe de la section de pathologie, qui renferme encore aujourd'hui vingt-trois membres, devant être réduits à treize. Il pense qu'il serait plus convenable de faire la nomination dans la section de physique et chimie, qui est proportionnellement moins considérable.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. *Lecanu*, *Honoré*, *Boullay*, *Orfila*, l'Académie adopte les conclusions de la Commission, et décide que la première nomination aura lieu dans la section de thérapeutique.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

M. Aubert-Roche a la parole pour une lecture.

Il fait observer que la base d'une réforme sanitaire se trouve tout entière dans la 29e conclusion du rapport, qui peut, en substance, se résumer en ces termes : *En dehors des foyers de peste, la période d'incubation est de huit jours au plus après l'isolement.* Déjà en 1841, M. Aubert avait établi par des faits nombreux, dans un Mémoire lu devant l'Académie, et sur lequel elle s'est prononcée en 1843, une conclusion à peu près analogue, à savoir : que *la période d'incubation ou de manifestation de la peste à bord des navires n'a jamais passé huit jours à dater du départ.* Ces deux conclusions ayant pour base les faits, se corroborent et se soutiennent l'une l'autre. On a, dans la discussion générale, beaucoup insisté sur les analogies qui existent entre la peste et le typhus, la fièvre jaune, etc. Il n'y a qu'une réponse à faire à ces objections ; c'est que ces maladies ne sont pas la peste, et diffèrent entre elles autant par leurs symptômes et leur aspect que par le principe qui les produit. Les observations de M. Grassi, directeur de la santé d'Alexandrie, et contagioniste, observations rapportées par la Commission, prouvent que sur 5,240 personnes admises au lazaret d'Alexandrie, 43 seulement ont eu la peste sept jours après avoir quitté les pestiférés et les foyers d'infection. Les faits observés à bord des navires qui se rendent du Levant dant les lazarets de France, d'Italie, d'Autriche ou d'Angleterre, depuis 1720, constatent une période d'incubation de 8 jours au plus après le départ. Mais, a-t-on dit, les sujets qui ont présenté la peste 6 ou 7 jours après l'isolement, pouvaient l'avoir contractée 3 ou 4 jours avant l'isolement, ce qui remettrait la durée possible de l'incubation à 11 ou 12 jours. Cette objection est plus spécieuse que juste ; peu importe que la maladie ait été contractée 4 ou 5 jours avant l'isolement ou le départ, s'il est prouvé par des faits qu'elle se manifeste toujours dans les huit jours qui suivent l'un ou l'autre.

L'analyse des cas opposés depuis 1841 à la période de huit jours, démontre que toujours des erreurs ont été commises, qui transformaient et dénaturaient les faits au profit de l'opinion des contagionistes à longue période d'incubation. Les faits sont au nombre de seize. Les trois premiers ont été transmis par le ministre du commerce ; le premier a trait à un bâtiment autrichien qui aurait eu deux cas de peste à bord après l'arrivée dans le port; le deuxième, à un bâtiment turc qui aurait eu six cas de peste à bord après l'arrivée, plus un septième sur un portefaix maltais après dix jours et demi; le troisième, à un bâtiment turc qui aurait eu un cas de peste après quarante-sept jours de départ, seize jours d'arrivée. Les documents transmis à M. Aubert par le gouvernement général de Malte, ont démontré que le premier fait est apocryphe; que dans le deuxième il y avait eu des morts en route, et que le portefaix avait été atteint six jours après avoir quitté le bord; que dans le troisième il y avait eu des malades pendant la traversée, et après l'arrivée, que les chiffres de seize et dix-sept jours étaient de pure invention, et que la patente du bâtiment était fausse. Dans le quatrième, donné comme exemple d'incubation de onze jours (navire *le Léonidas*, 1838), le premier malade fut atteint huit jours après le départ; le second l'était au moment du départ. Le cinquième fait, communiqué par M. Pariset, a été inventé de toutes pièces, et l'honorable secrétaire perpétuel a été trompé, comme il résulte des documents officiels de l'administration des postes.

Passant en revue de la même manière et en détail les faits dus à M. Ségur-Duperron, M. Aubert démontre qu'ils sont loin d'être entourés des garanties d'authenticité nécessaires, que la plupart sont douteux, que quelques-uns sont altérés par les capitaines de navires; il fait remarquer que M. Hamont lui-même, qui pendant longtemps a vécu en Egypte, n'a pu constater un fait d'incubation de plus de huit jours, lorsqu'il habitait les foyers d'infection.

En résumé sur seize faits :

Dans cinq, les chiffres étaient énormes (les deux bâtiments turcs, *Bola*, *Léonidas*, *les Cinq-Sœurs*);

Dans quatre, d'autres maladies ont été transformées en peste (*Jason*, *Argentine*, *Notre-Dame de Lorette*, *Lycurgue*);

Dans trois, on a oublié de rapporter ou de prendre en considération des circonstances qui en changent la portée (*Heureuse Sabine*, *Millide*, *Itgelmis*);

Dans un, l'endémicité bien constatée a été oubliée (*Koulili*);

Enfin deux out été fabriqués de toutes pièces (le bâtiment autrichien et le suédois).

Nous avons constaté des erreurs flagrantes, ajoute M. Aubert, nous avons donc le droit d'exiger les pièces les plus authentiques. Ce n'est plus à nous à démontrer le peu de valeur des faits qu'on nous oppose, mais à nos adversaires à en prouver la vérité. De tout ceci, résulte que la limite de huit jours pour la période d'incubation reste intacte, et demeure acquise à la science; sur cette période, on peut donc baser sans crainte toute la réforme des quarantaines.

M. Hamont fait remarquer que la production de la peste tient toujours à des conditions d'insalubrité locale, putréfaction des cadavres, établissement des cimetières dans les villes, des tombeaux dans les églises, absence de ventilation, ect. Mais il n'y a pas de constitution pestilentielle comme le prétend la Commission. La preuve en est que lorsque la maladie existe dans les villes et dans les villages, sous la tente placée à quelques pas de ces foyers d'infection la peste n'existe plus. A mesure que la civilisation s'avance, elle chasse la peste devant elle. Elle a pu exister en France, en Allemagne, en Italie, etc. Les conditions de salubrité de ces pays l'ont complétement chassée. Du moment que l'isolement préserve de la peste, et cela est prouvé, c'est qu'il n'existe pas de constitution pestilentielle. M. Hamont pense que la Commission n'a pas suffisamment insisté sur les conditions de salubrité, de même que sur l'importation de la maladie. On a demandé, dit en terminant l'orateur, que l'Académie ne s'occupât que de la législation sanitaire et qu'elle mît de côté la question scientifique. Il serait malheureux qu'elle suivît cette marche; si elle n'avait à s'occuper que du côté législatif de la question elle ferait mieux de suspendre cette discussion, qui ne peut avoir sous ce rapport aucun résultat. Pendant que vous discutez, l'administration a fait son règlement; elle a un projet tout prêt, projet qui prend pour base la limite de douze jours de quarantaine à partir du moment du départ.

En résumé, M. Hamont voudrait que l'on ajoutât à la première conclusion une phrase en ce sens : La peste disparait à mesure que les moyens hygiéniques se perfectionnent et se multiplient; elle recule devant la création des lazarets.

M. Desportes lit un discours dont la conclusion est celle-ci : Qu'il convient de renvoyer toute cette partie du rapport à la Commission pour être modifiée.

— L'Académie ne comptant plus que dix à douze membres présents, la séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 août 1846. — Présidence de M. Mathieu.

La séance tout entière a été remplie par des communications et des lectures étrangères à la médecine.

— *M. Pétrequin*, chirurgien de l'hôpital de Lyon, qui a déjà eu l'occasion d'adresser à l'Académie plusieurs communications sur une nouvelle méthode de guérison des anévrismes par la galvanopuncture artérielle, et qui n'avait encore obtenu de succès que sur de petites tumeurs, envoie une nouvelle note dans laquelle il annonce que l'on est parvenu à déterminer par son procédé la cure radicale et définitive d'anévrismes assez volumineux, entre autres celle d'une tumeur anévrismale de l'artère poplitée de la grosseur d'un œuf de poule, et cela dans l'espace de dix à douze jours. Il prie l'Académie de joindre cette note aux précédents travaux qu'il lui a adressés pour le concours des prix Montyon.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi de l'huile de ricin dans les maladies de l'enfance; par M. le docteur Spencer Thomson.

Suivant M. Spencer Thomson, il existe peu de cas de diarrhée chez les très jeunes enfants, où cette maladie ne puisse être guérie par le seul emploi de l'huile de ricin. Ainsi, par exemple, elle ne manque jamais de produire son effet salutaire daos les diarrhées qui surviennent pendant la première année de l'existence des sujets mal nourris.

Donc, lorsqu'à des selles d'abord sèches et de couleur variable succèdent des selles liquides, mélangées de matières muqueuses, striées de sang, et dans lesquelles ce dernier peut même prédominer; lorsque ces évacuations sont accompagnées de ténesme, d'inflammation de l'anus, de gouflement douloureux du ventre, de sécheresse de la langue, d'aphthes à la bouche, et enfin d'un état fébrile qui ne tarda pas à jeter l'enfant dans le marasme et la somnolence, ce médecin n'a pas recours à une autre médication que l'huile de ricin associée à quelques légers narcotiques.

Il n'est pas besoin d'ajouter, d'ailleurs, que ce traitement ne saurait exclure la prescription d'un régime approprié, non plus que celle des moyens auxiliaires indiqués dans ce cas; mais ce que M. Spencer Thomson tient particulièrement à établir, c'est qu'aucun autre agent médicamenteux ne peut alors modifier aussi rapidement et avantageusement l'état morbide que le fait l'huile de ricin. Seulement, dit-il, il est indispensable que cette huile soit donnée avec persévérance et à des doses convenables. La formule suivante est celle à laquelle il a généralement recours pour les enfants de deux à quatre mois.

Hydrolat de fenouil,	32 grammes;
Hydrolat d'aneth,	32 grammes;
Huile de ricin très récente,	4 à 6 grammes;
Jaune d'œuf,	50 centigrammes.

M. et F. S. A. une potion émulsive aussi parfaitement homogène que possible.

On en fait prendre une cuillerée à café deux fois par jour.

Ainsi préparée cette potion, à laquelle on peut faire ajouter s'il en est besoin de deux à six gouttes de laudanum, est en général prise par les petits malades sans la moindre répugnance et plutôt même avec une certaine apparence de plaisir.

M. Spencer Thomson prescrit non moins avantageusement l'huile de ricin contre une autre affection intestinale qui se montre depuis l'âge d'un an jusqu'à celui de neuf, et qui a pour caractère essentiel la tendance des déjections alvines à devenir aqueuses, foncées, irritantes, etc. Dans les cas de ce genre, ce médecin porte dans l'émulsion la dose de l'huile jusqu'à douze grammes et plus, suivant l'âge des sujets et la gravité des accidents. Quelquefois, vers la fin du traitement, il recourt aussi à l'adjonction de petites doses de préparations ferrugineuses, comme le tartrate de fer ammoniacal, la teinture de chlorhydrate de fer, pour rappeler les forces et achever la guérison.

Enfin, l'émulsion d'huile de ricin est encore recommandée par M. Spencer Thomson contre les affections diarrhéiques et dysentériques des adultes, spécialement contre la diarrhée qui survient dans le typhus avec symptômes d'ulcérations de l'iléum. Ce praticien l'a prescrite aussi avec non moins de bonheur contre une hépatite subaiguë avec diarrhée, excoriation douloureuse de la langue et prostration considérable des forces.

L'association du jaune d'œuf à l'huile de ricin paraît d'ailleurs modifier puissamment l'action médicinale de cette dernière, car M. Spencer Thompson a constaté que la même quantité de cette huile, qui, donnée seule, agit comme médicament apéritif, ne produit plus le même effet lorsqu'elle est administrée à l'état d'émulsion avec le jaune d'œuf.

Nous devons noter avant de terminer que, si l'estomac était doué d'une grande irritabilité, il deviendrait nécessaire, avant d'administrer l'émulsion huileuse, de remédier à cette disposition organique par l'emploi de boissons gazeuses : toutefois, il faut reconnaître que l'émulsion dont il s'agit est parfaitement tolérée par l'estomac.

Emploi du nitrate de potasse comme antipériodique dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. le docteur Briquet.

M. Briquet a employé le nitrate de potasse dans cinq cas consécutifs de fièvres intermittentes, et, cinq fois de suite, les accès ont été arrêtés et la fièvre coupée: une fois après la première prise du médicament, trois fois après la seconde, et une fois après la troisième seulement. Dans les cinq cas, l'accès pyrétique a diminué d'intensité après la première dose du sel; et il est important de faire observer ici que tous ces sujets avaient eu déjà plusieurs accès, et qu'on avait pris le soin de les tenir, aussitôt après leur entrée à l'hôpital, à un repos absolu et à un régime sévère pendant plusieurs jours, afin de les garantir des changements qu'auraient pu amener chez eux les conditions nouvelles au milieu desquelles ils se trouvaient placés.

Du reste, M. Briquet avoue que la propriété antipériodique du sulfate de quinine l'emporte sur celle que possède le nitrate de potasse; mais il considère ce dernier comme un succédané économique de ce précieux médicament, et qui, s'il ne rend pas des services égaux, s'il n'exerce pas une action plus énergique dans les cas d'intumescence de la rate, peut du moins, dans certaines circonstances, enrayer la marche des fièvres et rendre par conséquent des services réels à la thérapeutique.

M. Briquet a administré le nitrate de potasse soit sous forme de poudre, et enveloppé alors dans du pain azyme, soit à l'état de solution dans un julep gommeux de 120 grammes, dans les six heures qui ont suivi la fin des paroxysmes.

Il l'a fait preudre à la dose de 4, 6 et 8 grammes par jour, et il a même pu, chez un des cinq malades, porter graduellement la dose jusqu'à 24 grammes pour les vingt-quatre heures, en l'augmentant de 1 à 2 grammes chaque jour.

Nouveau procédé pour faire distinguer les taches d'arsenic de celles d'antimoine, dans les recherches de médecine légale; par E. Cottereau fils.

Aux divers moyens déjà connus pour différencier les taches arsenicales des taches antimoniales, dans les recherches chimico légales, M. Cottereau fils vient d'en ajouter un nouveau.

Le moyen proposé par ce chimiste consiste à soumettre à l'action de la vapeur de phosphore des taches que l'on a obtenues sur des capsules de porcelaine.

Pour cela, on divise le phosphore en petits fragments, que l'on place sur une capsule plate, et on renverse sur cette capsule la soucoupe sur laquelle sont les taches; puis on laisse agir le phosphore en abandonnant l'expérience à elle-même. L'action a lieu à la température ordinaire. Toutes les taches produites par l'arsenic disparaissent dans l'espace de quelques heures, tandis que celles qui sont formées par l'antimoine résistent pendant plus de quinze jours. Toutefois ces dernières finissent par disparaître aussi, en partie du moins; et alors, en disposant la soucoupe au-dessus d'une bascule dans laquelle on verse une solution d'acide sulfhydrique, les émanations de ce gaz, qui se dégagent spontanément du liquide, suffisent pour faire reparaître les taches, celles d'arsenic à l'état de sulfure jaune de ce métal, et celles d'antimoine à l'état de sulfure rouge d'antimoine. Toutes ces taches présentent, dans ce nouvel état, la même forme qu'elles offraient auparavant lorsqu'elles étaient à l'état métallique.

Formule d'une mixture antiodontalgique.

Le rédacteur d'un journal allemand, en faisant connaître les effets surprenants obtenus de la mastication des feuilles du *Nepeta cataria*, L. (vulgairement herbe-aux-chats) dans les cas d'odontalgie, rapporte que, tourmenté lui-même par une douleur de dents d'une excessive violence, et qui avait résisté opiniâtrément à tous les moyens usités en pareil cas, il a eu recours avec le plus grand succès à une mixture préparée d'après la formule qui suit :

Laudanum de Sydenham,	2 grammes.
Extrait de jusquiame noire,	40 centigr.
Acide sulfurique étendu de 7 part. d'eau,	60
Huile volatile de girofle,	60

M. S. A.

On étend la moitié de ce mélange avec une gorgée d'eau chaude, et on la place dans la bouche, en ayant soin d'incliner la tête de telle manière que le liquide se trouve toujours en contact avec la partie douloureuse. Après cinq minutes environ, on rejette le liquide, et dans presque tous les cas la douleur a cédé complétement.

Néanmoins, si elle continuait encore à se faire sentir, on devrait, au bout de quelques heures (trois à six), répéter la même opération avec la seconde moitié du mélange. Il est extrêmement rare de voir le mal résister à cette nouvelle application.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 15 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 95. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 14 AOUT 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Une des cavités articulaires qui renferment le plus souvent des corps étrangers, est celle du genou, lequel est en quelque sorte leur siége de prédilection. C'est là que la plupart des auteurs qui ont parlé de cette affection les premiers les ont rencontrés. Une chose assez curieuse, c'est que rien n'indique que ces corps étrangers fussent connus des chirurgiens avant Ambroise Paré, dans les ouvrages duquel on en trouve la première mention. Le deuxième fait appartient à Pechlin, en 1691, et le troisième fut publié en 1726, par Al. Monro.

Il est non pas probable, mais certain, que cette maladie existait bien antérieurement à ces auteurs. Mais il est très rationnel de penser que les anciens devaient la confondre avec les symptômes de quelques autres affections articulaires.

Depuis l'époque que nous avons indiquée, les faits sont devenus extrêmement nombreux; et, sous ce point de vue, la pathologie est assez avancée pour qu'il soit possible, avec les matériaux que l'on possède, de constituer l'histoire de ces corps étrangers. Nous aurons occasion de revenir plus tard sur divers points de cette importante question. Nous ne voulons parler ici que du traitement.

Tant qu'ils ne sont la cause que d'une gêne légère, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, qu'il faut engager les malades à les supporter. S'ils troublent les fonctions de la jointure, avant d'en venir à l'emploi de l'instrument tranchant, il est bon d'essayer la compression.

Ayant remarqué que lorsque ces corps étrangers occupent certains points de l'articulation, ils n'occasionnent plus de douleurs, Middleton pensa qu'en les fixant par une compression méthodique sur l'un de ces points pendant un certain temps, on pourrait déterminer leur absorption ou leur faire contracter des adhérences qui les empêcheraient de repasser désormais entre les têtes articulaires. Il obtint, et après lui Gooch, Hey, Boyer, quelques cas de succès. Mais, préférable quand elle peut être appliquée, cette méthode n'est pas toujours efficace, et l'on a dû fréquemment recourir plus tard à l'extraction. C'est, nous avons omis de le dire, sur les côtés et au-dessus de la rotule que l'on repousse le corps étranger que l'on veut comprimer.

Si la compression ne réussit pas, c'est à l'extraction qu'il faut avoir recours; extraction qui, bien qu'elle ne soit pas des plus dangereuses, n'est pas toujours complétement innocente, vu la gravité des accidents que peut produire le contact de l'air sur les surfaces articulaires. On est bien revenu depuis quelques années des craintes exagérées que professaient les anciens pour ces plaies articulaires; et déjà Desault avait pratiqué des opérations de ce genre en grand nombre et toujours avec succès.

Dans ces derniers temps, M. Goyrand, d'Aix, a proposé, par une heureuse application de la méthode sous-cutanée, de faire passer le corps étranger dans le tissu cellulaire, par une ouverture pratiquée à la synoviale à l'aide d'un instrument fort étroit, puis d'attendre, pour le faire sortir au dehors, que l'oblitération soit faite de l'ouverture articulaire.

Dans un cas de corps étranger dans le genou, qui s'est rencontré dernièrement dans le service de M. Jobert, ce chirurgien a tenté d'abord la compression au-dessus et en dehors de la rotule, le corps étranger ayant été préalablement refoulé dans ce point de l'articulation. Cette méthode n'ayant amené aucun résultat, M. Jobert dut faire l'extraction, qui réussit parfaitement. Cependant, peu après il survint un travail inflammatoire assez intense, qui se communiqua à toute l'articulation et aux parties environnantes, M. Jobert fait remarquer qu'il n'a que rarement rencontré ces accidents à la suite de l'extraction des corps étrangers de l'articulation; le plus ordinairement la guérison est assez rapide. Dans le cas actuel, les symptômes inflammatoires sont assez amendés pour qu'il soit possible d'assurer que la maladie se terminera bien. Peut-être y aura-t-il bien cependant quelques adhérences membraneuses dans l'articulation.

— L'emploi du cautère actuel, dont on a trop abusé pendant un temps, est peut être aussi trop négligé de nos jours. Nous savons que l'appareil qui l'accompagne est toujours effrayant pour les malades; mais il n'en est pas moins vrai qu'il rend à la chirurgie des services que l'on attendrait vainement d'autres méthodes. Nous l'avons vu mettre en usage par M. Jobert, principalement dans les maladies de la matrice, avec un bonheur qui nous a paru devoir engager les praticiens à user plus souvent de cette précieuse ressource.

Entre autres cas, nous avons vu des exemples nombreux d'hypertrophie du col de l'utérus avec ramollissement très heureusement modifiée par l'application du fer rouge.

Pour M. Jobert, toutes les fois qu'il y a augmentation simple de volume du col de l'utérus, c'est qu'il y a métrite locale. Un petit nombre de cautérisations suffisent ordinairement pour faire reprendre à l'organe un volume normal.

L'un des cas les plus admirables de guérison que nous ayons constatés, est celui d'une femme qui entra dans le service de M. Jobert il y a huit ou dix mois environ, pour des hémorrhagies utérines très fréquentes et très abondantes, auxquelles elle était sujette. L'exploration par le toucher et à l'aide du spéculum, fit reconnaître l'existence de végétations de nature encéphaloïde non douteuse, d'un volume énorme. M. Jobert eut recours à l'application du cautère actuel, qu'il renouvela un grand nombre de fois (vingt-cinq fois environ); le premier effet de ces cautérisations fut la cessation des hémorrhagies. Puis, le chirurgien réprima les végétations carcinomateuses, toujours par le même moyen. Il dut faire des cautérisations tellement profondes, que le col entier de l'utérus est actuellement détruit, et qu'il ne reste absolument de ce col que la portion qui vient rejoindre la membrane muqueuse du vagin. Il existe à la place occupée par le col une sorte de cavité, de cloaque tapissé par une fausse membrane. Il ne s'échappe plus de l'utérus qu'une très légère quantité de liquide demi-muqueux.

M. Jobert regarde ce fait comme un des plus beaux résultats de la chirurgie. Évidemment [illegible] peut être atteint, c'en est un de cette espèce, intéressant principalement, nous n'osons pas dire exclusivement le col. Et s'il est un moyen de modifier les tissus en les désorganisant, c'est l'emploi du fer rouge. D'ailleurs n'eût-il d'autre effet que de modifier les surfaces et d'arrêter les hémorrhagies, le résultat serait assez beau déjà par lui-même pour mériter d'être noté.

Nous ferons remarquer que le fer rouge appliqué sur le col utérin ne détermine jamais la moindre sensibilité. Si les malades se plaignent, c'est que soit par l'effet du calorique rayonnant, soit que l'on touche par mégarde la muqueuse vaginale, cette muqueuse se trouve échauffée vivement. Pour éviter autant que possible ces inconvénients, M. Jobert se sert d'un spéculum d'ivoire, et prend soin immédiatement, après l'application du fer rouge, de pousser dans le vagin une injection d'eau froide.

— Ni en France, ni en Belgique, n'est terminée la question des appareils inamovibles et n'est résolue cette difficulté: Faut-il employer dans les fractures l'appareil inamovible, dans quels cas, et combien de jours après l'accident? Tandis que tel chirurgien l'emploie dans la grande majorité des cas, tel autre le proscrit complétement. A notre avis, l'une et l'autre opinion sont peu rationnelles. Il est des indications pour le bandage dextriné, tout comme il en est pour sa non application.

Voici l'opinion de M. Blandin. Il met l'appareil dextriné au bout de quinze ou vingt jours; à cette époque, on en a tous les avantages et l'on n'en a pas les inconvénients. Dans les cas où il y a plaie compliquant la fracture, il pratique au bandage inamovible une fenêtre par laquelle il peut panser convenablement le malade. Il ne conseille jamais de mettre l'appareil dès les premiers jours, pour éviter d'abord l'étranglement des tissus que fait tuméfier le travail inflammatoire. Puis il est impossible d'appliquer l'appareil avec une régularité telle, que l'on soit sûr qu'il ne surviendra pas d'accidents. Or très souvent les accidents qui suivent l'emploi du bandage n'ont d'autre cause que celle-ci: que l'appareil n'a pas été placé régulièrement, sans comprimer plus dans un point que dans un autre. N'arrivât-il qu'un cas de gangrène sur cent, c'est encore trop risquer.

M. Blandin préfère, avons nous dit, employer d'abord le bandage ordinaire, et quand il n'y a plus de traces du travail inflammatoire, qu'il n'y a plus d'engorgement des parties malades, il substitue alors l'appareil dextriné, dont il s'est toujours bien trouvé, même dans les cas de fracture comminutive.

— Parmi les cas de fracture qu'il possède actuellement, M. Blandin traite un individu affecté de fracture de la rotule. Cet homme n'est encore qu'au dixième jour de l'accident. Dans cinq ou six jours l'appareil inamovible sera placé, et M. Blandin a dessein de suspendre le membre, suivant la méthode de M. Mayor, afin de faciliter au malade les mouvements dans son lit, et de lui permettre de se retourner à volonté.

— Le même chirurgien nous a fait voir un cas fort intéressant dans lequel il a pratiqué, il y a quelque temps déjà, la résection d'une portion du tibia.

Un homme d'une assez bonne constitution se présenta à lui, offrant vers le tiers inférieur du tibia une difformité très prononcée de cet os, consistant en une saillie angulaire, à sommet antérieur, suite, dit-il, d'une fracture ancienne, mal réduite et mal consolidée. Quant à la cause, M. Blandin n'attache pas grande confiance au dire du malade. Elle est, il est vrai, possible; mais on sait combien le public est naturellement porté à rejeter sur les médecins la production de toutes les lésions dont la cause lui échappe. Quoi qu'il en soit, le sommet de l'angle présentait un ulcère très profond, que l'on parvint à guérir à l'aide du repos. Le malade sortit pouvant marcher. Peu de jours après, l'ulcère s'était reproduit, et le malade rentrait à l'hôpital. Après deux ou trois guérisons suivies d'autant de récidives, M. Blandin prit le parti de pratiquer une résection de la partie saillante en dirigeant les deux traits de scie de telle sorte qu'ils circonscrivissent une portion de l'os en forme de coin à base antérieure. La jambe se redressa, on plaça l'appareil inamovible; mais il ne se forma pas de cal solide. L'individu marche avec une mécanique assez analogue à celle que l'on emploie dans l'amputation sus-malléolaire, et qui prend son point d'appui sur l'ischion et sur les tubérosités du tibia. Cependant, depuis quelque temps, M. Blandin a conçu l'espoir que la consolidation finira par se faire; car les deux fragments osseux sont beaucoup moins mobiles l'un sur l'autre, et un commencement de consolidation semble avoir lieu.

Nous rapportons ce fait, parce qu'il nous semble à très peu près semblable à celui recueilli dans le service de M. Guersant fils, et publié dans le numéro du 6 de ce mois, avec cette différence néanmoins que chez le malade de l'hôpital des Enfants, à la suite de la fracture qui a donné lieu à la difformité, les deux fragments du tibia ne se sont point parfaitement soudés, et qu'il reste un peu de mobilité.

— M. Josse, chirurgien d'[illegible], qui assistait à la visite, a fait, il y a quelques années, une opération semblable qui a été couronnée d'un plein succès, et dont M. Blandin doit communiquer les détails à l'Académie dans sa prochaine séance.

L'examen comparatif de ces trois faits, le succès obtenu par M. Josse, l'heureuse tournure que prend depuis quelque temps l'opération exécutée par M. Blandin, nous font croire que le malade de M. Guersant pourrait être également opéré avec succès, puisqu'il jouit d'une bonne santé, et qu'il se trouverait, après tout, dans les mêmes conditions qu'un sujet ayant une fracture très régulière avec plaie simple des téguments. Ce cas serait exactement le même que celui si connu de White pratiqué en 1760 sur l'humérus, et terminé par la guérison. Délicate, il est vrai, mais entourée, nous le croyons, de moins de dangers que ne le croit M. Guersant, la résection dans des circonstances analogues a été faite par Langenbeck, Viguerie (de Toulouse), Dupuytren, et a fréquemment réussi. Non pas que nous prétendions qu'il n'y aura jamais de chances défavorables; mais, somme toute, avantages et inconvénients compensés, l'opération nous paraît indiquée, et nous souhaitons que M. Malgaigne, auquel on doit envoyer l'enfant, se décide à la pratiquer.

— Au numéro 11 de la salle Saint-Gabriel est un homme de trente-deux ans, d'une bonne constitution, qui est affecté d'une fistule salivaire. Des abcès lui étant survenus à la joue droite, sans cause connue, dit-il, et la peau de la joue ayant été détruite dans une assez grande étendue, le canal de Sténon se trouva divisé en deux parties: l'une partant de la glande salivaire, et venant s'ouvrir au dehors sur la joue; l'autre s'ouvrant d'une part sur la joue, d'autre part dans la bouche. Les deux ouvertures extérieures sont séparées par un intervalle de deux centimètres environ, pendant lequel le canal de Sténon se trouve entièrement interrompu. Dans ce point, les téguments de la joue sont remplacés par un tissu de cicatrice.

M. Bérard rétablit artificiellement la continuité du canal détruit par une canule en argent qui, introduite par l'ouverture buccale, sort par la première ouverture extérieure, et, après avoir parcouru tout l'espace de la joue correspondant à la portion détruite, s'enfonce de nouveau dans l'épaisseur de la joue par l'ouverture postérieure; un renflement de la canule à son extrémité buccale, renflement qui est poussé avec force et engagé dans l'épaisseur des tissus, sert à maintenir la canule en place.

M. Bérard a l'espérance d'obtenir la guérison de cette affection, et se propose dans quelque temps de recouvrir par un lambeau le point de la joue dans lequel les téguments ont été détruits et où la canule se trouve visible à l'extérieur. Si l'on est assez heureux pour que le lambeau autoplastique se réunisse complétement, M. Bérard a dessein, après avoir donné au canal le temps de se reformer autour du corps étranger, d'enlever la canule, et il pense que le cours du

fluide salivaire pourra se rétablir d'une manière parfaite.

— Notre excellent confrère et ami M. Moreau (de Tours) nous a fait voir un enfant, âgé de sept mois aujourd'hui, qui présente une difformité des plus singulières. Sa tête est aplatie fortement dans le sens transversal, la partie inférieure du visage extrêmement saillante, la lèvre supérieure très épaisse et volumineuse, disposition qui donne à la tête de cet enfant une certaine ressemblance avec, que l'on nous passe la comparaison, le groin d'un cochon. Cette analogie était, à ce qu'il paraît, beaucoup plus marquée au moment de la naissance, et semble disparaître insensiblement. Les deux oreilles sont difformes. Le pavillon, incomplet, très irrégulier, comme *chiffonné*, est divisé en plusieurs lobules.

Le conduit auditif externe n'existe pas; à l'endroit qu'il devrait occuper existe une dépression; M. Maisonneuve, auquel l'enfant avait été présenté, ne put faire pénètrer ni une sonde ordinaire de femme, ni même un simple stylet. Il y a donc là atrésie congéniale du conduit auditif externe. Reste la question de savoir si les os participent à l'altération, s'il existe un conduit auditif osseux sous la membrane tégumentaire externe, ou si, comme dans un cas rapporté par M. Mussey dans la Gazette médicale, il y avait absence du canal osseux. Jusqu'à un certain point il est permis de croire que le conduit osseux n'existe pas, car l'enfant n'a pas donné de signes desquels on pût conclure qu'il entendît même les sons les plus bruyants.

Cependant, il ne faudrait pas absolument conclure de la surdité que le canal osseux n'existe pas. Dans le fait de M. Mussey, cité par M. Hubert Valleroux, bien qu'il y eût absence complète du canal osseux, le sujet entendait assez facilement les sons extérieurs, à moins qu'on ne bouchât complétement les fosses nasales, et qu'on ne lui fît fermer la bouche. Si l'ouïe persistait, malgré l'absence du conduit auditif, *à fortiori* pourrait-on supposer que ce conduit existe sous la peau qui le recouvre, bien que l'enfant soit complétement sourd.

Inutile de dire que, comme toutes les femmes qui mettent au monde des enfants affectés de difformité, la mère a trouvé dans une impression vive, éprouvée pendant sa grossesse, la cause de cette étrange anomalie. Elle la rapporte à une frayeur qu'elle aurait ressentie en voyant un de ses enfants âgé de quatre ou cinq ans serré contre un mur par la roue d'une voiture qui lui déchira le pavillon de l'oreille. Cette influence des impressions de la mère sur le produit de la conception constitue un préjugé tellement enraciné non-seulement dans le peuple, mais même dans les classes instruites de la société qu'il nous paraît à peu près impossible que les médecins viennent jamais à bout d'en triompher. Il est fort ancien, du reste, et, dans le milieu du siècle dernier, Buffon écrivait cette phrase aussi vraie de nos jours qu'elle l'était de son temps :

« Il ne faut pas compter qu'on puisse jamais persuader aux femmes que les marques de leurs enfants n'ont aucun [illegible] ai quelquefois demandé avant la naissance de l'enfant quelles étaient les envies qu'elles n'avaient pu satisfaire et quelles seraient par conséquent les marques que leur enfant présenterait. Par cette question, j'ai fâché les gens sans les avoir convaincus. »

Pour notre part, nous aurions besoin de bien d'autres faits pour nous convaincre. Mais chez cette femme, il est une circonstance qui mérite d'être prise en considération. Elle a eu déjà plusieurs enfants rachitiques, à membres contournés, sujets aux convulsions. Deux de ces enfants sont morts à la suite d'attaques convulsives. Nous voyons là-dedans matière à réflexions sérieuses. Ne serait-il pas à la rigueur possible, l'organe utérin paraissant bien conformé puisque toutes les couches ont été heureuses et faciles, qu'il y eût innervation vicieuse, perversion de l'innervation de la matrice, laquelle se traduirait chez les enfants de cette femme soit par des affections nerveuses très graves et susceptibles même de causer la mort, comme chez ceux qui ont succombé à des convulsions, soit par des difformités physiques, des monstruosités, comme chez l'enfant que nous a présenté M. Moreau ?

Z...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De la disparition spontanée de l'hydrocèle. Opération faite plusieurs fois par le malade au moyen d'un canif.

Il est sorti hier de l'hôpital un malade affecté d'une hydrocèle, qui déjà s'était opéré cinq à six fois à l'aide d'une ponction faite avec un canif ou des ciseaux. La dernière fois que cet homme s'est ainsi opéré, il a probablement atteint avec l'instrument quelques-uns des éléments du cordon, car il en est résulté des symptômes qui n'ont pas tardé à l'effrayer. Il est survenu un gonflement assez considérable, de la douleur, de la rougeur, de la fièvre, et le malade s'est alors décidé à entrer à la Charité.

M. Velpeau a cru devoir d'abord s'en tenir aux résolutifs, mais il a été bientôt évident qu'ils ne suffiraient pas; on a eu recours à une application de sangsues, puis à des applications émollientes, et enfin on est revenu à des topiques résolutifs.

Les accidents calmés, nous avons pu, dit M. Velpeau, nous assurer qu'il y avait encore du liquide dans la tunique vaginale de ce malade, et cependant nous n'avons pas voulu l'opérer, parce que notre opinion est que l'opération dans des conditions pareilles pourrait être dangereuse. On comprend, en effet, qu'en présence d'une inflammation vive qui ne fait que s'éteindre, l'injection d'un liquide irritant quelconque pourrait avoir pour conséquence de réveiller des accidents, et d'être plus nuisible qu'utile pour le malade. Il est donc, selon nous, plus prudent d'attendre qu'aucune crainte de ce genre n'existe plus, et alors la ponction et l'injection iodée seront pratiquées avec avantage.

Ce qu'on a pu voir chez ce malade se retrouve chez un certain nombre d'autres avec une différence cependant. Celui-ci a trouvé convenable de vider lui même sa tumeur avec un canif ou des ciseaux, et il voyait à chaque ponction son hydrocèle disparaître. Chez d'autres le liquide disparaît aussi, mais sans qu'il y ait eu de ponction, l'hydrocèle disparaît spontanément, et l'on ne peut pas même toujours se rendre parfaitement raison de ce singulier phénomène.

Dans quelques cas, la distension brusque ou la déchirure de la tunique vaginale, suivie de l'infiltration du liquide dans les tissus environnants, rend bien compte de l'affaissement de la tumeur; il est facile de concevoir que sous l'influence d'un effort un pareil résultat se produise, et qu'en vingt-quatre heures l'hydrocèle ait disparu. C'est ainsi, par exemple, qu'on a observé cette disparition subite après un rapprochement brusque et violent des deux cuisses, après une chute dans laquelle le scrotum distendu aura été froissé après une course à cheval, la tumeur ayant frappé contre la selle, etc.

Mais il y a des faits plus extraordinaires que ceux-là, qui, après tout, se comprennent encore facilement. Dans quelques circonstances, sans qu'on puisse assigner aucune cause semblable ou analogue à celles dont nous venons de parler, la tumeur disparaît brusquement. Ainsi, nous avons été appelé, il n'y a pas longtemps, par un malade de la ville qui, du soir au matin, avait vu disparaître sa tumeur; il ne connaissait aucune cause à laquelle il pût raisonnablement rapporter cette disparition. Il vient sans doute sur le champ à la pensée qu'il est possible qu'en dormant la tumeur ait été froissée; et comme ce sont des tissus peu irritables qui sont distendus, que la douleur peut n'avoir pas été assez vive pour réveiller le malade. On a vu encore un résultat semblable survenir en soulevant un fardeau.

Entre ces deux cas, ce dernier et celui de l'homme dont nous rapportons l'observation au commencement, il y a une analogie très grande. Bien que l'on ait ouvert la tunique avec un canif, et que chez l'autre elle se soit déchirée spontanément, chez tous deux le liquide n'est pas sorti au dehors; il s'est épanché dans les tissus voisins, où il a été résorbé, et les malades ont été guéris pour un certain temps.

On a même proposé de traiter l'hydrocèle par un procédé pareil. M. Lewis, en Angleterre, publia qu'on guérissait l'hydrocèle par une simple ponction avec une aiguille ordinaire. On piquait le scrotum et la tunique vaginale, et quand une gouttelette de sérum se présentait, l'opération était terminée. Dès que ce procédé parut, plusieurs chirurgiens s'en disputèrent l'invention; mais le temps fit vite apercevoir qu'on n'obtenait de la sorte qu'une cure palliative, et que l'épanchement ne tardait pas à revenir. En effet, au bout de quinze jours ou d'un mois ou deux, ou d'un peu plus, la maladie avait reparu. Il en est sans doute quelques-uns qui restent guéris, mais ce sont de rares exceptions.

Il y a encore pourtant dans ce fait de la disparition spontanée de l'hydrocèle quelque chose qui n'est pas extrêmement clair. Si, chez tous les malades, il y avait, après cette disparition brusque, un état d'œdème, une infiltration dans les tissus, cela se comprendrait à merveille avec l'explication que nous donnions il n'y a qu'un instant; c'est-à-dire en supposant une déchirure de la tunique par une cause quelconque et l'infiltration, on s'expliquerait suffisamment ce phénomène; mais il est des malades dont les tissus environnants ne présentent pas le moindre œdème, la moindre infiltration, et cependant l'hydrocèle a disparu brusquement et spontanément.

Nous avons observé quelques faits comme ceux-là; ainsi, nous nous rappelons un malade sur lequel nous essayâmes la méthode de M. Lewis; il sortit une gouttelette de liquide seulement; il n'y eut pas d'infiltration, et le lendemain la tumeur était diminuée des deux tiers. Nous avons vu en ville deux malades dont l'hydrocèle disparut sans laisser de traces; mais ici les faits sont moins concluants, parce que ces malades n'ont pas pu être suivis comme à l'hôpital.

Enfin, nous avons vu ici, à la Charité, un homme dont l'hydrocèle disparut tout à coup, et deux mois après rien n'avait reparu. Un autre avait été examiné la veille et devait être opéré le lendemain; mais le lendemain, à la visite, il n'y avait plus d'hydrocèle, et le malade en était plus surpris que nous encore.

Ces faits de disparition spontanée de l'hydrocèle sont donc parfaitement acquis, et ils sont curieux par cela même que l'explication dans quelques cas nous échappe complétement.

Gangrène sous-cutanée. Mortification de l'extrémité de l'indicateur ayant marché jusque dans la paume de la main.

Le 15 juin est entré à la Charité un homme qui a été couché au n° 19; il était affecté d'une inflammation avec gangrène de l'extrémité de l'indicateur à la main droite.

La main tout entière et l'indicateur étaient le siége d'une inflammation extrêmement vive; les tissus étaient rouges, boursouflés, et le bout du doigt était gangrené dans toute son épaisseur et complétement mortifié.

C'est là un genre de gangrène singulier, car ce n'est pas ainsi que d'ordinaire elle se montre sur les parties dont elle s'empare; nous ne parlons, bien entendu, que de la gangrène inflammatoire. Le plus souvent, après une phlegmasie très intense, quand la mortification gagne les parties, on voit apparaître des plaques gangreneuses, qui se bornent ou s'étendent plus ou moins. Mais ici, à la suite de la vive inflammation qui a pris toute la main et l'indicateur en particulier, le bout de ce doigt s'est mortifié seul, mais dans toute son épaisseur.

Cette variété de gangrène, que nous appelons *gangrène totale*, semble débuter par le centre des régions qu'elle affecte. Ce cas a de l'analogie avec celui de la femme qui présente une ulcération phagédénique à la jambe (nous l'en avions rapproché dans le dernier compte-rendu), mais il y a cependant une nuance. Chez la vieille femme, la peau se gangrène à mesure que les parties sous-jacentes se mortifient; ici, la gangrène est sous-cutanée après avoir été centrale : elle n'entame pas d'abord les téguments, elle marche sous la peau; et elle peut le faire assez loin pour que des organes éloignés en soient atteints, la peau conservant sa vitalité.

Chez cet homme, nous avons retiré des portions gangrenées qui n'étaient autre chose que les tendons fléchisseurs de la paume de la main; nous avons extrait aussi la première phalange, qui n'était plus qu'un corps étranger. Il reste encore quelque chose dans l'articulation métacarpo-phalangienne : cela a paru néanmoins vouloir se recoller; et il est probable qu'il restera seulement un séquestre peu considérable, et qu'on guérirait le malade en l'enlevant. Mais cet homme veut sortir de l'hôpital, nous ne savons pourquoi.

Il y a encore au n° 37 un autre cas de gangrène des tendons fléchisseurs, qui gagne aussi sous la peau. On ne saurait trop s'exercer à distinguer cette espèce de gangrène, qui peut devenir très dangereuse. Le praticien doit être en garde contre elle, surtout au point de vue du pronostic.

Kyste thyroïdien considérable. Deux injections iodées.

Au numéro 14 de la salle des femmes était couchée une malade entrée à l'hôpital depuis longtemps, le 19 avril dernier, et qui portait un kyste énorme au cou.

Les parois de cette tumeur étaient assez minces, et elle renfermait une quantité de liquide qui pouvait être évaluée à 500 grammes environ. Nous n'avons pas vu encore de kyste thyroïdien aussi volumineux.

L'injection iodée fut pratiquée; il n'y eut pas de réaction, pas de fièvre. La tumeur se gonfla un peu, s'endurcit et diminua ensuite d'un cinquième à peu près, et resta là. Comme nous avons vu souvent l'hydrocèle finir par se résoudre après être restée stationnaire pendant longtemps, nous avons attendu; puis les choses demeurant dans le même état, nous nous sommes décidé à pratiquer une seconde injection. Celle-ci ne fut pas suivie d'une réaction plus vive que la première; il n'y eut ni douleur, ni tuméfaction très marquée, et cependant la teinture d'iode avait été injectée presque pure.

Depuis, la tumeur a encore diminué; car nous n'en n'avons retiré, par une ponction faite avec une lancette, guère plus d'un verre de liquide : elle est donc à peu près réduite d'un tiers, mais la résolution est encore une fois arrêtée et ne fait plus aucun progrès.

Il y aurait lieu de se demander s'il ne conviendrait pas de persévérer, et s'il ne faudrait pas soumettre la malade à une troisième opération; mais il nous semble plus prudent d'attendre quelques mois avant d'y revenir. Ce n'est pas moins un cas singulier et qui présente de l'intérêt à deux points de vue : en ce que, d'abord, nous n'en n'avons pas vu qui ait résisté autant à la médication employée; puis en ce qu'il est rassurant pour les chirurgiens timides qui redouteraient quelques accidents à la suite de semblables opérations.

Inflammation du genou. Diagnostic différentiel des foyers situés au dedans ou au dehors de l'articulation.

Au numéro 15 est couché un porteur d'eau qui présente un gonflement du genou droit. La maladie de cet homme a quelque chose d'insolite qui mérite l'attention.

Il lui est survenu au genou une tuméfaction avec chaleur, douleur, rougeur, en un mot tous les symptômes du phlegmon. Cette tuméfaction existe autour de la rotule, principalement dans sa portion externe et antérieure. La première et la plus importante question qui s'offre à l'esprit à l'aspect de cette maladie, est de savoir si elle a son siége dans la jointure ou au dehors. Cette question a d'autant plus d'importance, qu'elle est de celles qu'on voit se représenter souvent en pratique. Toutes les fois, en effet, qu'il s'agira d'un gonflement ou d'un foyer quelconque dans cette région, il y aura toujours utilité à décider si l'inflammation, si le foyer existent dans la jointure même ou en dehors de l'articulation.

Voici à quels caractères principaux on pourra faire cette distinction : Quand le foyer n'est pas dans l'article, et l'inflammation n'existe ordinairement que depuis sept ou huit jours quand il apparaît, rien ne semble soulever la rotule, et, quand on comprime, on ne voit nulle part de bosselures se montrer à la circonférence de cet os.

Lorsque le foyer est dans l'articulation, au contraire, il met plus de huit jours à s'établir, et lorsqu'on presse sur quelques points on voit apparaître des bosselures.

Ici il existe une singularité dans le développement de la maladie. Selon le malade, elle ne daterait que de quatre jours; et, bien qu'on trouve les signes qui indiquent que l'inflammation a son siége hors de la jointure, ce n'est pas moins quelque chose d'anormal que de voir un foyer établi en aussi peu de temps, puisque nous venons de dire qu'ordinairement la maladie demandait sept ou huit jours pour arriver à ce point.

D'ailleurs, ce foyer présentait les caractères qui accompagnent ceux qui se développent par suite de violences extérieures; et cependant nous avons interrogé le sujet dans ce sens, et il a assuré d'abord qu'il n'en avait subi aucune. Il avoue pourtant être tombé il y a quelques jours; mais dans son esprit son mal de genou ne se rattacherait pas du tout à cet accident. Nous n'en persistons pas moins à croire, quant

à nous, que cette chute doit être regardée comme la cause de l'abcès.

S'il s'agissait de déterminer quelle espèce de liquide se trouve dans ce foyer, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'un foyer sanguin survenu par suite de la chute ; foyer qui se serait enflammé et aurait produit un abcès sanguin au bout de trois ou quatre jours. Nous n'aurions pas été étonné de trouver dans cette collection du pus mêlé de sang, comme cela s'observe dans ces sortes de cas : il n'en existait pas cependant; mais nous avons évacué un pus liquide séreux, qui peut faire craindre que la synoviale ne soit très amincie, et que l'inflammation n'ait marché de dehors en dedans.

Il y a lieu d'espérer néanmoins que tout cela va se déterger, et que cet homme guérira assez promptement.

— L'autopsie de l'homme du n° 44, dont nous parlions dans le dernier compte rendu, n'a pas présenté l'intérêt qu'on s'attendait à y trouver. Les bronches ne renfermaient qu'une petite quantité de concrétions membraniformes semblables à celles qui avaient été expulsées; il y avait épanchement dans les deux plèvres, et de la péricardite. Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons. Selon M. Velpeau, il est difficile de ne pas rattacher cette phlegmasie générale de la poitrine aux abcès qui se sont montrés dans le pied malade. Bien qu'on n'ait pas trouvé d'abcès métastatiques, il y aurait ou là quelque chose qui ressemble à de l'injection purulente.

Plusieurs malades intéressants sont entrés et sortis de l'hôpital pendant ces derniers jours.

Il est entré un bûcheron qui porte un calcul dans la vessie. La pierre est d'un volume considérable. C'est le second calculeux qui se trouve présentement dans le service. Un garçon vacher est sorti ayant été atteint d'une hydrocèle qui ne s'est pas comportée comme à l'ordinaire. L'opération fut pratiquée par la ponction et l'injection iodée, comme d'habitude. Pendant quinze jours il ne survint rien. Au bout de trois semaines la résolution était peu avancée, de la douleur se fit sentir. M. Velpeau ponctionna avec une lancette, il sortit du sérum seulement. Cette piqûre amena d'abord une amélioration légère, mais bientôt le malade recommença à se plaindre; la tumeur devînt rouge, s'enflamma. Une autre ponction fut faite, il sortit du sérum purulent; on fendit, la guérison arriva. C'est là un fait exceptionnel que nous enregistrons à cause de sa rareté même. L'injection iodée n'est jamais suivie de conséquences semblables, et encore, toutes rares que soient celles-là, elles ne peuvent pas être considérées comme graves; le malade a traîné plus qu'à l'ordinaire, mais enfin il est guéri cependant.

Une bonne femme de soixante-dix-neuf ans est entrée avec un gonflement considérable de l'œil, ou plutôt une tuméfaction des tissus situés dans l'orbite. Elle croit que sa maladie ne date que de huit jours, mais son œil aurait perdu ses fonctions il y a trente ans à peu près.

Il faut distinguer soigneusement, selon M. Velpeau, l'inflammation de l'œil lui-même de l'inflammation des tissus de l'orbite; les signes qui différencient ces deux états se comprennent assez facilement. Quand ce sont les tissus de l'orbite qui sont enflammés, gonflés, l'œil est poussé au dehors à cause de la résistance qu'opposent les parois osseuses de la cavité orbitaire, qui représente un cône dont la base est en avant; l'œil, ainsi pressé par le gonflement des tissus, est projeté vers le point où il ne trouve que peu de résistance, et les paupières comprimées s'engorgent. Si c'est l'œil lui-même qui se gonfle, il comprime, au contraire, les tissus de l'orbite. Il faut savoir que le pronostic de ces deux maladies est complétement différent : le phlegmon des parties situées dans l'orbite est généralement une affection beaucoup moins grave que l'inflammation de l'œil lui-même, que l'ophthalmite. Cette dernière, outre les dangers qui menacent l'organe, peut mettre en péril la vie de l'individu à cause du voisinage du cerveau.

Il y a en ce moment dans les salles un couvreur qui s'est fracturé le fémur droit et plusieurs autres os dans une chute, il y a plusieurs mois. La fracture de la cuisse a été accompagnée de plaies, il a fallu des incisions. Aujourd'hui, cet homme présente un cal remarquable par son volume, qui atteint presque celui de la tête.

Enfin, il sort du n° 16 un homme tombé d'une grande hauteur, qui avait été apporté pour une fracture du crâne avec dépression, des accidents cérébraux d'une très grande gravité et une fracture de jambe. Il a survécu à toutes ces complications. La fracture de jambe l'a seule retenu à l'hôpital depuis plusieurs semaines.

Nous commencerons dans un prochain numéro le résumé général du service pendant les années 1845-1846.

PAJOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séances de mars, avril et mai 1846. — Présidence de M. GAIDE.

M. Mialhe expose ses idées sur les purgatifs et sur les conséquences pratiques qui en découlent. Parmi les substances purgatives, les unes n'agissent qu'à haute dose, telles que la manne, les huiles; d'autres, comme certains sels, agissent à faibles doses. Les unes purgent promptement, les autres longtemps après leur administration. Les premières sont très actives, actives par elles-mêmes et irritantes; les secondes ne doivent le développement de leurs propriétés qu'à des réactions qu'elles déterminent sur l'économie. Ainsi, l'huile de croton tiglium est directement active; tandis que la magnésie, le calomel, les résines ne purgent qu'après leur combinaison.

Les purgatifs salins agissent sans subir de transformation; les résines au contraire, le jalap, la scammonée, la gutte, toutes substances qui n'exercent aucune action sur l'estomac, se transforment par leur contact avec les sucs alcalins que les intestins contiennent. La gomme gutte, par exemple, qui est insoluble dans la salive, n'est point absorbée dans les premières voies; elle les traverse sans les irriter, sans y produire l'effet purgatif. Elle devient au contraire soluble, sapide et très purgative lorsqu'elle a le contact des sucs intestinaux, qui sont alcalins. Si, avant de l'administrer, on la dissout dans un alcali, sa sapidité se développe, elle devient irritante pour l'estomac et détermine le vomissement.

Le calomel introduit dans nos organes y produit toujours du sublimé, quoiqu'il agisse à la manière des purgatifs. Une partie de ce sel ne manque pas d'être absorbée. C'est au moment où l'absorption se fait, au moment où il se transforme en deutochlorure, que l'effet purgatif se manifeste. L'effet sur l'économie varie, pour le même médicament, suivant qu'il est ou non absorbé. Il sera vermifuge si l'absorption n'a pas lieu, purgatif dans le cas contraire.

M. Mercier. Si quelques substances purgent parce qu'elles sont absorbées, d'autres provoquent par leur contact irritant une sécrétion qui s'oppose à ce que l'absorption puisse se faire. L'aloès, par exemple, qui fait expulser beaucoup de bile, n'agit-il pas en déterminant dans le duodénum et dans le voisinage du foie, où se rencontre beaucoup d'alcali, une irritation sécrétoire? Si le calomel purge au moment où il se transforme en sublimé, c'est qu'à cet instant il devient une substance irritante.

M. Ségalas partage l'opinion de M. Mercier. L'expérience démontre que l'absorption est presque nulle quand le contact d'une substance détermine sur nos tissus une irritation sécrétoire.

M. Homolle voit avec peine que M. Mialhe cherche à substituer aux idées physiologiques des explications physico-chimiques dans l'étude des actes vitaux. Pour les purgatifs, M. Mialhe pense qu'ils agissent à la manière des irritants; mais il y a bien des substances qui sont irritantes et qui ne purgent pas. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que chaque substance a une action élective sur tel ou tel organe, que les divers purgatifs déterminent des sécrétions d'une nature différente? Les purgatifs salins provoquent des selles aqueuses, le séné des garde-robes bilieuses, le calomel des excrétions liquides et vertes, etc. Les purgatifs salins sont lents dans leur action, dit M. Mialhe, parce qu'ils sont insolubles, et ont besoin d'arriver à la partie inférieure des intestins pour rencontrer des liquides alcalins où ils se dissolvent; mais déjà, dans le duodénum, les sécrétions alcalines du pancréas et du foie doivent agir comme dissolvantes. — Assimilant ensuite les réactions que peut subir le protochlorure de mercure dans nos organes à celles que l'on opérerait dans des verres à expériences, M. Mialhe ne paraît pas tenir compte de la composition très complexe des sucs auxquels ce sel se trouve mélangé dans les intestins et surtout de la présence de l'albumine et de la fibrine, qui modifient nécessairement et profondément ces réactions. Enfin, le calomel agit différemment suivant les âges; constamment purgatif chez l'enfant, il provoque la salivation chez les vieillards, qu'il ne purge presque jamais.

M. Mialhe répond qu'il reconnaît certainement la valeur des lois physiologiques; mais que ces lois dérivent elles-mêmes presque toujours d'une cause physique ou chimique. Ainsi, MM. Bernard et Barreswill coupent le nerf pneumogastrique à un chien, puis introduisent dans son estomac successivement de l'amygdaline et de l'émulsine. Ils voient alors se développer les symptômes de l'empoisonnement cyanhydrique, par la réaction de ces deux substances, tandis que ces phénomènes ne se produisent pas sur un autre chien qui, soumis à la même expérience, n'a pas subi la section du pneumogastrique. C'est qu'en effet cette section modifiant les sécrétions, les actions chimiques dont l'estomac est le siége ne sont plus identiques. Quant à l'assimilation des purgatifs aux irritants, tous les ouvrages de toxicologie démontrent, dit M. Mialhe, que les poisons de la classe des irritants exercent presque constamment une action purgative. Les expériences de M. Bernard ont prouvé que les sécrétions de la partie supérieure du tube digestif, au lieu d'être alcalines, comme on l'a dit, étaient neutres, alcalines ou acides, suivant l'alimentation, ce qui rend compte de l'insalubrité des substances résineuses dans cette portion des voies alimentaires. Si les enfants sont purgés constamment par le calomel, c'est, ajoute-t-il, parce que leurs intestins ne contiennent pas de chlorure de sodium, comme celui des adultes, et que le sel mercuriel ne se trouve pas décomposé.

M. Homolle, combattant les déductions tirées par M. Mialhe des expériences relatives à la section du pneumo-gastrique, soutient qu'elles prouvent, au contraire, combien l'action physiologique, l'action vitale sont puissantes et doivent être étudiées pour l'appréciation de l'effet des médicaments.

M. Mercier. Plus on fait d'expériences, plus on reconnaît l'accord qui existe entre les lois physiologiques et les lois physiques; malheureusement elles ne sont pas toujours connues et explicables. Quant à la section du pneumogastrique, elle enlève aux parois stomacales leur contractilité. Revenant à ce qu'a dit M. Mialhe, que les purgatifs n'agissent, dans beaucoup de cas, qu'après avoir été absorbés, il objecte le mode d'action du copahu, qui, administré à hautes doses, irrite l'intestin, purge et est rejeté au dehors sans que l'absorption s'en soit faite. Souvent les substances irritantes ne déterminent aucun effet purgatif, précisément parce qu'elles provoquent une irritation trop vive sur les parois intestinales. N'en est-il pas de même pour les sécrétions externes? Elles se suspendent quand la cause qui doit les produire agit trop fortement et se rétablissent lorsque l'irritation devient moins intense.

M. Ségalas appelle l'attention de la Société sur la nécessité d'étudier les diverses lois physiologiques, chimiques, physiques et mécaniques, et les lois jusqu'alors inconnues qui président à nos fonctions. Il faut se garder de réduire les phénomènes que nous observons à un seul ordre de lois en négligeant la principale de toutes, la loi vitale.

M. Richelot. L'observation clinique démontre qu'il y a une grande différence entre le temps que met chaque substance avant d'agir selon les divers individus. Quelques personnes sont purgées abondamment et promptement avec un seul verre d'eau de Sedlitz, d'autres après un temps très long et avec une dose beaucoup plus forte. Il en est de même pour les autres substances. On doit être très prudent dans le mode d'administration des purgatifs qu'on doit proportionner aux forces, à l'état de santé, aux habitudes individuelles.

M. Labarraque appuie ce précepte en faisant quelques remarques pratiques relativement à l'usage de l'eau de Sedlitz, comparé à l'administration du sel de magnésie dissous dans l'eau.

M. Desrivières attribue la différence d'action du même purgatif, chez les différents individus, à la disposion particulière de leurs voies digestives, disposition très variable, pour le même sujet, au moment de l'administration du médicament.

MM. Tessereau, Bonnassie, Richelot et *Mercier* rapportent des exemples d'accidents survenus à la suite de l'emploi de divers purgatifs, et cherchent à expliquer ces phénomènes soit par l'effet de la substitution d'un médicament à un autre, soit par l'état de faiblesse des malades au moment de leur ingestion, soit enfin par l'altération profonde et préexistante des organes digestifs. Mais la discussion reste dans le champ des hypothèses, l'autopsie n'ayant eu lieu dans aucun des cas observés.

Le secrétaire-général, Henry BLATIN, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Ablation de dix-sept pouces d'intestin grêle. Guérison. — Sous ce titre, M. le docteur Brigham (de New-York), rapporte l'observation suivante, qui est trop curieuse, et offre un exemple d'une guérison trop miraculeuse, pour que nous n'en fassions pas part à nos lecteurs.

Une femme de trente-huit ans, atteinte de monomanie suicide, s'étant procuré des ciseaux, se fit deux plaies pénétrantes à l'abdomen, l'une au-dessus de l'ombilic, l'autre au-dessous. Saisissant ensuite l'intestin, elle le fit sortir par la première de ces ouvertures, et elle s'en était retranché une longueur de dix-sept pouces lorsqu'elle fut prise sur le fait, arrêtée non sans peine. Le docteur Buttaph, alors de garde, trouva l'intestin complétement détaché, avec une partie du mésentère. Un des bouts était rentré dans la cavité abdominale, l'autre pendait au dehors. Considérant ce cas comme étant tout à fait au-dessus des ressources de l'art, il fit rentrer dans le ventre le bout qui pendait au dehors, rapprocha avec soin les bords des plaies, les couvrit d'un emplâtre adhésif, entoura le tout d'un bandage de corps, fit prendre à la malade un lavement laudanisé, et plaça un aide près d'elle. Il y eut un vomissement pendant le pansement, mais sans apparence de beaucoup de souffrances.

L'intestin détaché avait été découpé en plusieurs endroits; il contenait une petite quantité de fèces et pesait une once et un gros; le mésentère en était détaché, et pesait une once deux gros. Les bouts de l'intestin étaient mâchés et découpés obliquement.

Les premiers jours la malade eut des nausées; elle ne pouvait garder que de l'eau et encore en très petite quantité. On lui faisait garder un repos absolu, et on lui donnait des lavements de laudanum et de bouillon. Elle demanda ensuite des aliments par la bouche, et les garda. Au bout de dix jours environ, elle s'informa si elle n'avait point besoin de prendre médecine. On lui rappela son accident, en lui faisant sentir que ce n'était pas là le cas de lui en donner une. Elle ne paraissait pas, toutefois, goûter ces raisons.

Elle resta quelque temps dans le même état ou à peu près, tenue dans un calme parfait à l'aide de lavements laudanisés, mangeant un peu et à plusieurs reprises, vomissant parfois, mais sans aucun symtôme de péritonite.

Le 26 novembre, trente-troisième jour de l'accident, elle rendit par les voies naturelles quelques fèces endurcies; le lendemain elle eut une évacuation beaucoup plus copieuse, qui la soulagea beaucoup. Les plaies étaient cicatrisées, et elle ne tarda pas à pouvoir marcher. Les évacuations alvines se firent alors régulièrement, toutefois avec une tendance à la diarrhée, que l'on combat actuellement encore par le laudanum.

Cette malade est maintenant assez bien guérie; seulement elle vomit lorsqu'elle mange trop. Elle est d'ailleurs toujours faible, maigre, comme avant son accident, mais dans un état de démence tranquille.

Quelques années auparavant, pendant une première attaque d'aliénation mentale, cette femme s'était déjà fait à deux différentes reprises, avec un couteau, une plaie pénétrante de l'abdomen, mais sans se léser l'intestin.

Abcès du poumon, ouvert à l'intérieur à la suite d'une pneumonie. — Les *Archives* ont publié dans le fascicule du mois d'avril un fait des plus curieux par sa rareté, emprunté aux journaux anglais, et que nous reproduisons en entier.

Un laboureur âgé de vingt ans est entré à l'infirmerie royale de Glasgow, le 7 juillet 1841. Huit jours auparavant il avait ressenti, après s'être exposé au froid, des frissons, de la fièvre, de la toux, et une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. A l'époque de son entrée il se plaignait d'une douleur vive dans les parties latérale et inférieure du côté gauche de la poitrine, augmentant par les inspirations profondes et par la toux. Dyspnée considérable; toux fatigante; abondante expectoration jaunâtre et mucoso-purulente; anxiété extrême; pouls à 128, assez faible; transpirations abondantes; soif vive. Le côté gauche de la poitrine était saillant, et avait un demi-pouce de plus que le côté opposé; les espaces intercostaux étaient élargis et douloureux à la pression; les mouvements des côtes très limités. Du côté droit, la percussion rendait un son clair, et le murmure respiratoire était nette distinct. Le côté gauche, au contraire, était mat dans toute son étendue, et le murmure respiratoire ne s'entendait qu'à la partie supérieure, encore très faiblement. — Vésicatoire sur le côté affecté; calomel et opium.

Trois jours après, le malade commença à accuser un peu de douleur dans le côté; et, le 14, on reconnut une tumeur du volume du poing à la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, vers la septième côte, à quatre ou cinq pouces du sternum, et une plus petite un peu plus haut, et un peu à gauche de la région du cœur, toutes deux fluctuantes; ces tumeurs ne paraissaient pas communiquer l'une avec l'autre; on n'entendait aucune espèce de bruit sur les tumeurs elles-mêmes, non plus qu'au-dessus et au-dessous et sur les côtés. Le lendemain, on pratiqua une ponction sur la tumeur la plus volumineuse; il en sortit environ quatre onces d'un liquide épais, jaunâtre, purulent, mêlé de quelques bulles d'air; cette tumeur s'affaissa entièrement sans qu'il en résultât aucun changement dans la tumeur supérieure. La petite plaie s'était cicatrisée le lendemain, de sorte qu'il fallut faire une nouvelle ponction, qui donna issue à six onces d'un liquide pareil au précédent. Nouvelles ponctions le 18 et le 20; ces jours-là, on retira seize onces de pus épais; la respiration devenait de plus en plus courte; la toux était fatigante et accompagnée d'une abondante expectoration fétide. Ce malade succomba à un affaiblissement graduel et à la diarrhée le 2 août suivant. Pendant les derniers jours, il avait rendu par l'expectoration une assez grande quantité de liquide absolument semblable à celui qui sortait par l'ouverture des abcès. Les deux feuillets de la plèvre gauche étaient fortement épaissis et adhéraient dans toute leur étendue; le poumon était ramolli et fortement désorganisé, excepté dans une petite étendue de son lobe inférieur; à la partie postérieure et moyenne, il présentait un large abcès, et, plus en avant, un autre plus petit; le poumon était tellement ramolli qu'on ne put s'assurer si ces deux abcès communiquaient; tous deux contenaient de la matière purulente, fétide et mal liée, et s'ouvraient au niveau des ouvertures extérieures par des conduits fistuleux. Les côtes qui étaient en rapport avec les ouvertures étaient cariées, et les téguments décollés dans l'étendue de plusieurs pouces; il n'y avait pas un seul tubercule dans les poumons.

Delirium tremens chez un enfant de cinq ans. — Le Bulletin de thérapeutique rapporte, d'après le professeur Hohl, de Halle, ce fait remarquable tant par l'âge insolite du sujet que par la circonstance non moins insolite qui y a donné lieu.

Un jeune garçon de cinq ans et sa sœur avalèrent par mégarde une notable quantité d'eau-de-vie qu'ils avaient prise pour de l'eau. La petite fille fut trouvée étendue par terre et le petit garçon se livrant autour de la table à des ébats joyeux, mais mal assurés. On les transporta tous les deux au lit; le petit garçon vomit, passa la nuit dans l'agitation et ne dormit que sur le matin. A son réveil, il fut pris tout à coup d'un tremblement de mains tel qu'il ne pouvait soutenir la tasse dans laquelle il buvait; puis, il eut bientôt ensuite des mouvements convulsifs du visage et des crampes. Lorsque le docteur Hohl vit l'enfant, le tremblement des extrémités supérieures était tel qu'il ne pouvait tâter le pouls. Il y avait aussi de légers soubresauts des tendons. Le pouls était lent, le regard comme effrayé, la pupille dilatée et le visage pâle. L'enfant avait en outre du délire et poussait des cris. Il demandait fréquemment à boire; il existait de la dysurie. On prescrivit un lavement vinaigré, et à l'intérieur du calomel et du jalap. Un cataplasme fut mis sur le bas-ventre. Les symptômes s'amendèrent vers le milieu du jour. Les urines commencèrent à sortir librement; les selles vinrent en abondance après l'administration d'un nouveau lavement. Mais, sur le soir, il y eut retour du délire, du tremblement et des divers symptômes nerveux précédemment cités. L'œil était brillant; le pouls avait augmenté de fréquence. On mit six sangsues au front; on administra toutes les heures un demi-grain de calomel avec trois gouttes de teinture thébaïque; à la troisième prise,

le malade tomba dans un sommeil profond et réparateur, qui fut suivi de retour à la santé.

Chez la petite fille, on n'eut affaire qu'aux suites ordinaires de l'ivresse.

Empoisonnement par des grains de plomb ayant séjourné dans une bouteille. — Un individu éprouve tout à coup des coliques violentes et les symptômes d'un empoisonnement, après avoir bu quelques petits verres de liqueur. Le docteur Hohl, qui fut appelé immédiatement auprès du malade, ayant examiné le reste de la liqueur encore contenue dans la bouteille, s'aperçut qu'elle avait un aspect louche au lieu d'être limpide, et après l'avoir versée dans un autre vase pour la soumettre à l'analyse, il trouva dans le fond dix grains de plomb. Ces petits corps étaient enchatonnés, et avaient été transformés peu à peu en carbonate de plomb; de telle sorte qu'il ne restait plus au centre de chacun d'eux qu'un petit noyau de plomb métallique. Tant que la liqueur avait été limpide, il ne s'était pas manifesté d'accidents, et ceux-ci ne s'étaient montrés qu'à la suite de l'ingestion d'une partie de la liqueur voisine du fond de la bouteille. Cette portion seule contenait en suspension du sel plombique qui avait produit les symptômes d'empoisonnement d'une manière si rapide.

On voit, d'après cette observation, avec quel soin il importe d'éviter de nettoyer les bouteilles à l'aide du plomb de chasse, comme cela se fait si souvent. Le vin ainsi altéré acquiert des propriétés aussi délétères que celui qui contient de la litharge, ou qui a séjourné longtemps dans les vases de plomb. Les accidents produits par l'ingestion de ces substances saturnines ne diffèrent pas essentiellement de ceux que déterminent les émanations ou le contact des préparations de plomb. Le traitement paraît aussi devoir être le même dans ces deux formes de l'intoxication plombique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyen proposé pour prévenir quelques-uns des accidents déterminés par l'administration du tartre stibié à haute dose; par M. le docteur E. Boudet.

Donné comme contro-stimulant, c'est-à-dire à doses élevées, l'émétique donne souvent lieu à certains accidents graves. Ainsi, on voit fréquemment se développer, au contact de ce médicament, une phlegmasie pseudo-membraneuse des cavités buccale, gutturale et œsophagienne. Il n'est pas rare non plus de voir se manifester de véritables pustules et des ulcérations qui offrent la plus grande ressemblance avec celles que font naître sur la peau les applications de pommades ou d'emplâtres stibiés. Enfin, on voit aussi l'inflammation envahir par fois la région supérieure du larynx, et venir ajouter à la gêne de la respiration qu'éprouvent déjà les malades.

Ces divers accidents, on le conçoit, ont pour effet, non-seulement de forcer à suspendre immédiatement le traitement commencé, mais encore d'ajouter aux dangers de la maladie par la gêne de la déglutition, par la difficulté plus grande de respirer, et par les troubles graves que le surcroît d'inflammation ne manque jamais d'entraîner dans l'exercice des fonctions.

Le mal dont il s'agit reconnaissant pour cause le contact immédiat du tartre stibié, l'action directe de ce sel sur la membrane muqueuse, M. E. Boudet, pour le prévenir, a eu l'idée de substituer à la forme de potion la forme pilulaire pour l'administration de ce médicament à la manière rasorienne. Voici la formule qu'il a adoptée pour ce nouveau mode d'administration :

Tartre stibié,	32o centigram.
Extrait d'opium,	16
Extrait de laitue,	400
Poudre de gomme arabique,	150
Poudre de guimauve,	150

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en trente-deux pilules bien égales, dont chacune contiendra 10 centigr. de tartre stibié et 5 milligr. d'extrait d'opium.

Ces pilules ont l'avantage de ne pas se dessécher trop promptement, et surtout de se dissoudre aisément dans l'estomac, ce qui prévient les diarrhées trop abondantes qui ne manqueraient pas de résulter de leur dissolution, même partielle, dans l'intestin. Elles agissent d'ailleurs sur les maladies du poumon de la même manière que le fait l'émétique administré sous forme de solution.

On commence leur administration par deux ou trois pilules à deux heures de distance les unes des autres, et on fait boire un demi-verre de tisane par-dessus chaque prise. On porte promptement la dose jusqu'à cinq ou six dans les vingt-quatre heures, et dès lors on voit le plus ordinairement s'arrêter les vomissements et les selles diarrhéiques qui surviennent pendant les premiers jours de la médication.

Lorsqu'au contraire on se borne à deux ou trois pilules par jour pendant toute la durée du traitement, on voit chaque jour survenir quelques vomissements et quelques évacuations alvines de consistance molle.

Une observation qu'il importe de citer ici, c'est que, donné en pilules, l'émétique paraît provoquer une diarrhée plus copicuse et plus persistante qu'il ne le fait lorsqu'on l'administre en solution.

M. E. Boudet affirme d'ailleurs que, ni pendant la vie, ni après la mort, il n'a pu reconnaître le moindre signe indiquant que l'irritation occasionnée par les pilules stibiées sur les parties inférieures du tube digestif, fût plus grande qu'après l'ingestion d'un soluté émétisé.

Pour faciliter l'ingestion des pilules chez les enfants, l'auteur conseille d'en réduire le volume, et de les revêtir d'une couche de gomme ou de gélatine avec addition d'une certaine quantité de sucre.

Applications thérapeutiques de la joubarbe; par M. le docteur Reichel, de Naila (Bavière).

M. Reichel annonce que le suc fraîchement exprimé de la grande joubarbe (*Sempervivum tectorum*, L.) est un narcotique spécifique contre les affections spasmodiques de l'utérus qui ne reconnaissent pas pour point de départ une anomalie dans la plasticité de cet organe.

Ce suc, qui contient, entre autres principes, du malate acide de chaux, de la cire, un peu d'huile volatile, une matière âcre particulière, etc., agit, lorsqu'on l'applique d'une manière soutenue sur la peau, à la façon des caustiques; et, par là, il se rapproche un peu du mode d'action de la petite joubarbe (*Sedum acre*, L.). Il agit probablement aussi contre l'épilepsie, comme le fait ce dernier.

Ses propriétés calmantes et rafraîchissantes à la fois le distinguent de la valériane, du castoréum et d'autres médicaments utérins qui ne produisent la sédation des spasmes que par l'activité qu'ils impriment au système nerveux en raison de la grande proportion d'huile volatile dont ils sont chargés: ces derniers agents thérapeutiques accélèrent donc en même temps l'action vasculaire, et par conséquent ne peuvent être supportés lorsqu'il existe un orgasme dans la partie qui est le siége des spasmes, ou encore lorsque l'élément vasculaire prédomine l'élément nerveux. Dans ces cas, le suc de la grande joubarbe fournit, au contraire, des résultats excellents. Ainsi donc, ce suc est spécialement indiqué dans les cas où les malades accusent des douleurs fixes et pulsatives dans la région hypogastrique, une pesanteur dans le bassin; lorsqu'il existe une augmentation de température, une circulation plus rapide, et en général des symptômes de pléthore abdominale. On le donnera avec avantage dans la dysménorrhée et l'aménorrhée.

La qualité dépurative que possède ce médicament paraît être indiquée par l'odeur fétide qu'il communique à l'urine.

On donne ce suc, fraîchement exprimé, à la dose d'une demi-cuillerée à café, trois ou quatre fois par jour. On l'administre étendu dans un peu d'eau sucrée.

Comme il est très facilement altérable, et comme, dans les cas d'orgasme vasculaire, il n'est pas possible de l'associer à des liquides alcooliques, il est indispensable de ne le préparer qu'en petite quantité, afin de pouvoir le renouveler plus souvent.

Si les spasmes utérins portent plutôt sur la sensibilité que sur la circulation; si les extrémités sont froides, l'urine pâle, etc., on associe ce suc à partie égale d'alcoolé de valériane et à moitié seulement d'alcoolé de castoréum : on donne vingt gouttes de ce mélange sur du sucre trois ou quatre fois par jour. On peut prescrire en même temps pour tisane une infusion de quelques feuilles de la plante fraîche unies à des plantes aromatiques, par exemple à la mélisse, etc.

Ce suc est recommandé aussi contre la cophose, qui a pour cause l'endurcissement du cérumen ou une exsudation inflammatoire, que la maladie soit ou non accompagnée d'un écoulement de mauvaise odeur. Dans les cas de ce genre, on instille, plusieurs fois par jour, quelques gouttes du suc dans les oreilles, et on les y maintient avec un petit bourdonnet de coton ouaté.

Nous terminerons en disant que les feuilles de grande joubarbe sont encore employées avec succès contre les cors aux pieds. Pour cela, on dépouille ces feuilles de leur cuticule, puis on les applique sur les points malades; elles dissipent les douleurs et cautérisent peu à peu les parties endurcies.

Nouveau moyen de prévenir le vomissement après l'administration de l'huile de ricin; par M. Righini.

Suivant M. Righini, le vomissement qui survient parfois après l'ingestion de l'huile de ricin n'est, le plus souvent, que la conséquence du dégoût qu'inspire aux malades ce médicament. En conséquence, pour obvier à ce grand inconvénient, ce praticien propose d'administrer cette huile sous la forme suivante, qui a, dit-il, l'avantage assuré de masquer ce que l'huile a de répugnant, et d'en faciliter l'administration, et enfin de s'opposer à ce qu'elle soit rejetée :

Huile de ricin très fraîche,	30 grammes;
Sirop de sucre,	30
Eau commune,	100
Poudre de gomme arabique,	8

M. et F. S. A. une potion émulsive aussi parfaitement homogène que possible, puis ajouter

Suc filtré d'une orange.

M. exactement par agitation.

Cette forme médicamenteuse peut, nous n'en doutons pas, faciliter l'ingestion de l'agent cathartique et prévenir son rejet par le vomissement, comme l'auteur se l'est proposé; mais il reste à décider si, ainsi associée, l'huile de ricin conserve bien la plénitude de son action purgative, et si ses effets sur l'organisme ne sont pas en grande partie annihilés, comme de nombreux essais nous portent à le penser.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 18 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 96. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Plusieurs cas de tumeurs de nature diverse.

Première observation. — *Tumeur encéphaloïde de la cuisse. Ablation. Erysipèle. Pommade au nitrate d'argent. Guérison. — De l'emploi de la pommade au nitrate d'argent dans diverses affections.*

Au numéro 51 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Lehelloco (Eugène), âgé de vingt-quatre ans, ébéniste. Ce jeune homme, il y a deux ans environ, et sans cause appréciable, ressentit dans la cuisse droite une douleur locale et non continue qui se manifestait surtout à la pression; elle siégeait vers la partie moyenne de la cuisse, et ne gênait que peu les mouvements du membre.

Quinze mois plus tard cet homme s'aperçut qu'une petite tumeur s'était développée dans la même région. Cette tumeur finit par acquérir, dans l'espace de neuf mois, un volume assez considérable pour gêner les contractions des muscles de la cuisse; elle devint en même temps le siége de douleurs spontanées assez vives pour engager le malade à venir à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis le 5 mars 1846, dans le service de M. Jobert.

La tumeur présentait alors les caractères suivants : sa forme était arrondie; son volume égalait à peu près celui d'une orange. Située vers le milieu de la cuisse, elle en occupait la partie externe, et présentait, au toucher, une résistance peu considérable. Indolente à la pression, elle donnait lieu quelquefois à des douleurs spontanées lancinantes, mais non continues. Enfin, elle était un peu mobile au milieu des muscles, et n'offrait point d'adhérences avec les téguments.

M. Jobert ayant diagnostiqué une tumeur encéphaloïde, en proposa l'ablation au malade. Cette opération fut acceptée et pratiquée le 10 mars 1846.

Une incision longue de plusieurs centimètres fut faite parallèlement à la longueur de la cuisse, et servit à mettre la tumeur à découvert. Ceci fait, M. Jobert attira à lui la tumeur, et la sépara rapidement des tissus voisins. Les lèvres de la plaie furent réunies à l'aide de plusieurs points de suture entortillée, et recouvertes d'un pansement ordinaire.

L'examen de la tumeur vint confirmer l'exactitude du diagnostic; car cette tumeur, incisée en différents sens, présenta les caractères du tissu encéphaloïde.

Les jours suivants, la réunion par première intention des bords de la plaie put être obtenue. Une complication assez fréquente dans les salles de M. Jobert vint même retarder, chez ce malade, la cicatrisation par deuxième intention. En effet, un érysipèle survint autour de la plaie et s'étendit de là peu à peu à tout le membre inférieur. Au fur et à mesure que cette éruption apparaissait dans une région, on la combattait par des onctions faites avec la pommade au nitrate d'argent.

Malgré l'efficacité ordinaire de cet agent dans des cas semblables, l'érysipèle n'en persista pas moins plusieurs jours; ce qu'il faut attribuer sans doute aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait ce malade.

Enfin, l'érysipèle une fois disparu, le travail de cicatrisation commença aussitôt à s'établir, et marcha ensuite avec régularité. Le malade sortit de l'hôpital le 17 mai 1846, dans l'état suivant :

A la partie médiane et externe de la cuisse droite, à l'endroit où l'on avait pratiqué une longue incision pour enlever la tumeur, on voyait une cicatrice très longue, mais linéaire, à laquelle aboutissait comme autant de rayons plusieurs autres petites cicatrices résultant des points de suture entortillée et de plis provenant du tiraillement opéré sur les tissus voisins par le nouveau tissu de cicatrice.

Nous profiterons de l'érysipèle qui s'est développé chez ce malade après l'opération, pour dire quelques mots du traitement qu'emploie M. Jobert contre l'érysipèle, affection que l'on observe fréquemment à l'hôpital Saint-Louis. En effet, plusieurs fois chaque année il se développe des épidémies d'érysipèles; ceux-ci, toujours précédés de prodromes, de symptômes généraux plus ou moins prononcés, atteignent aussi bien les malades affectés de lésions traumatiques que ceux qui n'en présentent aucune. Cette dernière circonstance est une preuve de l'influence épidémique, laquelle est encore démontrée par l'apparition des prodromes de l'érysipèle, des symptômes généraux chez un grand nombre de malades, qui, du reste, sont assez heureux pour échapper à l'érysipèle.

Cette complication, du reste, ne présente le plus ordinairement aucune gravité; nous avons même observé quelquefois des opérés chez lesquels elle ne détruisait pas une cicatrice immédiate et encore peu solide qui réunissait les lèvres de la plaie. Le plus souvent, néanmoins, le développement d'un érysipèle chez un opéré est une complication fâcheuse en ce sens qu'elle peut retarder ou détruire le travail de cicatrisation. Ces érysipèles peuvent quelquefois se compliquer d'un état bilieux, ainsi qu'on l'a déjà observé dans d'autres épidémies.

Pour combattre les érysipèles, M. Jobert emploie, selon l'indication, les révulsifs sur le tube digestif, tels que les lavements purgatifs, l'eau de Sedlitz, etc. Le traitement local, dans tous les cas, consiste à faire des onctions sur les parties malades avec une pommade au nitrate d'argent.

M. Jobert fait faire trois espèces de cette pommade, qui ne diffèrent entre elles que par la quantité de nitrate d'argent qui entre dans leur composition. On les distingue par les numéros 1, 2, 3. En voici les formules :

Pommade n° 1 :

Axonge,	32	grammes.
Nitrate d'argent,	4	

Pommade n° 2 :

Axonge,	32	grammes.
Nitrate d'argent,	8	

Pommade n° 3 :

Axonge,	32	grammes.
Nitrate d'argent,	12	

L'énergie de la pommade est évidemment proportionnée à la quantité de nitrate d'argent qui entre dans sa composition.

Ce n'est point seulement dans les érysipèles que son emploi est avantageux ; nous avons vu M. Jobert l'employer dans les inflammations aiguës et chroniques des articulations, des os, du périoste, du tissu cellulaire, par exemple, dans les arthrites violentes, les hydarthroses, les tumeurs blanches, les phlegmons, etc., et en retirer de grands avantages dans ces diverses affections.

Les onctions faites avec la pommade au nitrate d'argent font cesser rapidement les symptômes inflammatoires et surtout la douleur, et constituent, pour M. Jobert, un des plus puissants antiphlogistiques.

L'application de cette pommade colore la peau en noir; celle-ci devient moins tendue, se ride et subit ensuite une sorte de desquamation ; son épiderme noirci se détache peu à peu, et la peau reprend sa coloration normale.

Lorsque les symptômes inflammatoires sont disparus, on pourrait, si on le jugeait convenable, hâter la décoloration des téguments en les lavant avec une solution d'iodure de potassium.

Chez des personnes dont la peau était fine et très sensible, et surtout chez les femmes, nous avons vu quelquefois les onctions déterminer quelques pustules peu étendues et peu profondes, et une douleur assez vive, mais de courte durée.

Dans ces cas, du reste, l'inflammation, ou mieux l'affection contre laquelle on employait ces onctions, n'en marchait pas moins vers la résolution ou une heureuse terminaison.

Deuxième observation. — *Tumeur variqueuse de la région poplitée. Hémorrhagies graves. Cautérisations par la pâte de Vienne. Guérison.*

Au numéro 71 de la salle Saint-Augustin est couchée la nommée Aubin (Marie), âgée de cinquante ans, marchande de vin.

Cette femme, mariée à l'âge de vingt ans, a eu sept enfants ; dès sa première grossesse, elle vit apparaître aux membres inférieurs des veines variqueuses qui prenaient un développement assez considérable pendant chaque grossesse, et qui disparaissaient ordinairement après l'accouchement. Mais à l'âge de quarante-quatre ans, époque à laquelle elle eut son dernier enfant, les varices cette fois ne disparurent point, et l'une d'elles, plus considérable que les autres, avait environ le volume d'une noix ; elle était située dans la région poplitée du côté gauche et derrière le condyle interne du fémur. Depuis cette époque, les varices, ainsi que la tumeur dont nous venons de parler, ont toujours augmenté, sans doute à cause de l'exercice de sa profession, qui chaque jour et pendant un temps fort long l'obligeait à rester debout. Enfin à l'âge de quarante-huit ans, en cessant d'avoir ses règles, des varices situées au-dessus de la malléole interne du côté gauche s'ouvrirent et donnèrent une quantité considérable de sang ; la petite plaie ne tarda pas à se fermer, et, depuis lors, la malade fit usage d'un bas lacé.

Quant à la tumeur du creux poplité, loin de diminuer, elle ne fit qu'augmenter; elle avait acquis le volume du poing d'un adulte, lorsque, le 2 mai 1846, pour la première fois et sans cause appréciable, elle s'ouvrit et donna lieu à une hémorrhagie abondante. La cautérisation avec un crayon de

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Histoire de la Société de médecine de Paris. — Les congrès médicaux et scientifiques. — Le salut sans se découvrir.

J'ai lu avec le plus vif intérêt, dans la Revue médicale, le court aperçu que M. Sandras, secrétaire-général, a lu, le 5 juin 1846, devant l'assemblée générale de la Société de médecine de Paris. Il est curieux d'assister au berceau de la plus ancienne Société de médecine actuelle de France, et nous croyons que nos lecteurs seront bien aises de suivre en peu de mots les phases diverses de ces réunions toujours sans éclat, simples réunions de famille qui ont rendu des services réels à la science :

« La Société de santé fut constituée à Paris le 22 mars 1796.

» Cent hommes éminents par leur science, par leur zèle, par leur position, s'étaient compris et associés à Paris. Ils avaient appelé à leur aide tous ceux qui honoraient la médecine dans les départements. Ils avaient lié des correspondances avec le Lycée des arts, la Société philomatique, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Bruxelles, avec l'Ecole de santé de Montpellier et de Strasbourg; établi des rapports très directs avec l'Institut national, l'Ecole polytechnique, l'Ecole de santé de Paris et l'Inspection générale des service de santé des armées.

» A compter de ce moment, les travaux de la Société, que nous représentons aujourd'hui, n'ont plus été interrompus, ils ont pris une marche plus régulière, au commencement de 1797, quand elle changea son titre, reçut le nom de Société de médecine et organisa son plan de travail...

» L'idée mère de la Société avait été grande et simple; le plan de son travail, conforme à son but, a été fort simple et fort heureux. Son but était la science désintéressée, mais fécondant la pratique. Son plan n'a point fait défaut à ce noble but. Soit qu'elle ait fonctionné au moyen des six comités institués en 1797, soit que depuis elle ait laissé plus de liberté à l'essor de chacun de ses membres, elle a toujours occupé tous ses moments exclusivement de ce qui regarde la médecine comme science et comme art. Les titres de chacun des comités l'indiquent suffisamment ; ils étaient appelés à porter leurs investigations: le premier, sur l'anatomie, la physiologie, la physique animale; le deuxième, sur l'histoire naturelle, la topographie médicale et l'hygiène; le troisième, sur la pharmacie et la chimie; le quatrième, sur la clinique externe; le cinquième, sur la clinique interne; le sixième enfin, sur la littérature médicale.

» Plus tard, quand l'extension qu'elle avait prise l'a forcée à sortir de cette première division, la Société s'est toujours attachée à remplir complétement l'article 3 de sa constitution, qui disait : les sciences qu'elle cultive sont la médecine, la chirurgie, la pharmacie, l'art vétérinaire et toutes les autres sciences physiques dans leurs rapports avec l'art de guérir.

» Les cinquante ans de son existence la montrent partout et toujours, à ces divers points de vue, coopérant au progrès, s'associant aux efforts, se présentant même dans toutes les luttes dont ce long intervalle a été le témoin.

» Et, dans tout ce travail de la Société de Médecine, ses recueils imprimés en font foi, on ne la voit jamais dévier de sa ligne ; c'est toujours la science pour la pratique, la pratique agrandie par la science. C'est l'union entre hommes sérieux, qui veulent s'éclairer pour bien faire.

» Les actes de la Société de médecine portent tous également cette empreinte, sous quelque titre qu'ils se présentent. Ils comprennent ses travaux journaliers, ses consultations et ses prix ; on leur trouve à tous la même âme.

» Dans ses travaux journaliers, dont l'histoire existe dans les procès verbaux de ses séances, elle se montre sans apprêt et toujours la même. On y reconnaît toujours une réunion amicale d'hommes éclairés et bienveillants, qui s'interrogent avec soin sur tout ce qui peut les aider dans leur tâche de dévouement et d'humanité. C'est un ensemble d'efforts sans jalousie pour arriver le plus tôt et le mieux au soulagement des hommes souffrants; c'est un concours en famille pour propager les bonnes doctrines, pour relever la dignité de l'art, pour ennoblir la pratique, pour maintenir dans leur pureté les traditions d'honneur, d'indépendance, de moralité qu'exige la médecine. Là, point de tribune à échos intéressés, point de mise en scène, point d'envie, point d'ambition ; les maîtres ne se montrent que de bons confrères ; les plus expérimentés répandent leurs conseils sur les plus jeunes ; les plus jeunes s'honorent d'une familiarité qui ne coûte rien à leur franchise, à leur indépendance et à leur amour-propre.

» Par ses consultations publiques de l'Hôtel-de-Ville, la Société de médecine avait voulu, dès sa création, remplir un des devoirs les plus sacrés de la profession. Elle avait organisé des séances gratuites où, toutes les semaines, elle prodiguait ses conseils aux malheureux, qui en ont si souvent besoin. Là, par des Commissions choisies, dont l'activité incessante était représentée par un secrétaire spécial, elle montrait tout ce que peuvent réunis l'art et la charité pour le soulagement de l'espèce humaine. Ces consultations gratuites et officielles, les premières qui aient été instituées à Paris, étaient alors d'autant plus précieuses, qu'il ne s'en présentait pas, comme aujourd'hui, dans tous les lieux où existe l'influence de l'administration des hôpitaux, des bureaux de charité, des dispensaires de la Société philanthropique...

» Au moment de l'organisation, les fondateurs avaient compris toute l'importance que doit avoir dans la vie des Sociétés savantes la publication d'un journal. Ils en avaient fondé un, le premier qui se soit fait alors; et la Société prit soin de l'enrichir, d'abord de ses propres travaux, capables à eux seuls de l'entretenir et de le faire vivre, et en outre de le tenir, par des correspondances actives, par une polémique large et convenable, par des communications fréquentes, par des analyses consciencieuses, au courant de tout le mouvement scientifique contemporain. Publié successivement sous les titres de *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, puis de *Journal général de médecine*, enfin de *Transactions médicales*, il a cessé de paraître seul, et s'est fondu dans la *Revue*, quand la multiplicité des organes de publicité a fait perdre au Recueil désintéressé de la Société la plus grande partie de son importance.

nitrate d'argent et la compression pratiquée sur la tumeur arrêtèrent le sang pour le moment ; car le lendemain, en enlevant l'appareil, nouvelle hémorrhagie. Mêmes hémostatiques. Il en fut de même les jours suivants.

Comme ces écoulements sanguins ne cessaient pas et affaiblissaient chaque jour la malade, celle-ci se décida à venir à l'hôpital Saint-Louis, où elle fut reçue le 8 mai 1846, dans les salles de M. Jobert.

A la partie interne du creux poplité du côté gauche, on voyait une tumeur bleuâtre, peu dure, du volume du poing, formée par des caillots sanguins, et donnant issue à du sang veineux qui s'écoulait en nappe et en abondance par la perforation de la peau.

Le 12 mai, M. Jobert appliqua sur la tumeur, y compris le point par lequel avait lieu l'hémorrhagie, une couche de pâte de Vienne, épaisse de deux à quatre millimètres. Ce caustique fut laissé sur les tissus pendant cinq minutes seulement. L'écoulement de sang cessa, et la tumeur était recouverte d'une eschare brunâtre et assez étendue.

Le 14, l'eschare s'étant détachée sur un point de sa circonférence, l'hémorrhagie reparut ; mais elle fut si peu grave, que la seule application de compresses imbibées d'eau froide suffit pour l'arrêter.

Les jours suivants, l'eschare se détacha en totalité, sans donner lieu à aucune hémorrhagie; la tumeur alors était notablement diminuée de volume.

Le 20, M. Jobert résolut de la détruire complétement à l'aide de cautérisations répétées, et fit appliquer sur la tumeur une nouvelle couche de pâte de Vienne. Cette fois, comme auparavant, aucun accident ne survint, aucune hémorrhagie n'eut lieu, et la malade n'éprouva pas le moindre trouble général.

Enfin, le 10 juin, au lieu primitivement occupé par la tumeur, on voyait une plaie peu étendue, qui avait environ quatre centimètres de longueur ; sa surface était d'un rouge vermeil et recouverte de bourgeons charnus, mais ses bords étaient épais, durs et irréguliers. Aussi M. Jobert fit-il encore appliquer une nouvelle couche de pâte de Vienne, en recommandant de ménager la petite plaie et de n'attaquer avec le caustique que les points les plus saillants de sa circonférence.

Quelques jours plus tard, l'eschare tomba, et la cicatrisation marcha ensuite avec régularité. La malade demanda son *exeat*, et M. Jobert le lui accorda le 18 juillet 1846; il n'existait plus alors qu'une petite plaie, dont l'état ne réclamait aucun soin.

— Le fait que nous venons de rapporter est remarquable à plus d'un titre; en effet, les tumeurs variqueuses de ce volume sont rares, et toutes ne disparaissent point de la sorte. Aussi doit-on regarder cette guérison comme un beau succès dû à l'emploi de la pâte de Vienne, puisque ce caustique, dans ce cas, détruisit non-seulement toute la masse hématique, mais encore fit cesser une hémorrhagie qui avait déjà résisté à l'emploi du nitrate d'argent et de la compression.

Quant aux graves accidents que peuvent inspirer les opérations pratiquées sur les veines, M. Jobert établit une grande différence entre elles ; ainsi, ce chirurgien regarde la cautérisation des paquets variqueux comme une opération ordinairement peu grave. Il a appliqué un très grand nombre de fois sur les veines, soit le fer rouge, soit la pâte de Vienne, et il n'a observé ordinairement ni troubles généraux, ni symptômes de phlébite ou d'infection purulente. Une seule fois un opéré présenta ces symptômes ; mais il fut pris de sueurs copieuses, et ne succomba point.

Contrairement à ce résultat, M. Jobert se rappelle avoir vu M. Richerand pratiquer plusieurs fois la ligature des veines saphènes, et avoir observé souvent à la suite de cette opération les accidents dont nous avons parlé plus haut.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Maladie de Bright. Accidents vésicaux déterminés par les cantharides.

Deux enfants que nous avons actuellement dans nos salles vont aujourd'hui fixer notre attention, ce sont les malades couchés aux numéros 7 et 31 de la salle Saint-Côme.

Le premier est un garçon de cinq ans, assez gros, bouffi, un peu infiltré, paraissant d'une assez bonne constitution, mais pâle, à peau blanche, fine, transparente. Cet enfant nous a été amené hier à la consultation. Les parents nous ont dit que, depuis six semaines environ, il se plaint de douleurs en urinant; depuis le même temps, lorsqu'il urine, il touche à sa verge et la tiraille comme les enfants qui sont affectés de calcul vésical. Souvent l'urine ne sort que goutte à goutte; quelquefois même, il ne peut pas uriner du tout. Ces deux phénomènes, l'infiltration générale et cette difficulté d'uriner, nous ont fait penser de suite à l'existence possible de deux maladies dont ils sont fréquemment caractéristiques. La douleur pendant l'expulsion de l'urine, les chatouillements au bout de la verge pouvaient s'expliquer facilement par la présence d'un corps étranger dans la vessie; l'infiltration, par une maladie des reins. Cependant, cette suffusion séreuse dans le tissu cellulaire pouvait bien dépendre aussi d'un refroidissement survenu après une fièvre éruptive.

La santé de cet enfant avait jusqu'à présent été fort bonne, à ce que nous assurèrent les parents lorsque nous primes des renseignements sur son état antérieur. Seulement, il y a six semaines, il avait été pris d'une ophthalmie peu intense pour laquelle on lui avait mis un vésicatoire au bras. Cette circonstance est à noter. Il n'avait point eu de fièvre éruptive, ni rougeole, ni scarlatine ; c'est quelques jours après cette ophthalmie que l'enfant fut pris de ces douleurs en urinant. Plusieurs médecins avaient été consultés. D'après les éclaircissements donnés par la mère, notre diagnostic était déjà, sinon certain, du moins grandement probable. Nous nous dîmes que le vésicatoire pouvait rendre compte des douleurs vésicales éprouvées par l'enfant. Quant à la persistance des douleurs après l'enlèvement de l'emplâtre cantharidé, elle s'explique très facilement aussi par les pansements qui étaient faits de la plaie avec la pommade verte, pommade épispastique dans la composition de laquelle entre la poudre de ces insectes. Nous penchions d'autant plus vers cette idée, que chez les enfants, en raison de la promptitude et de la facilité de l'absorption, les accidents vésicaux par suite de l'emploi des cantharides sont très fréquents. Sous l'influence de cette idée, nous fîmes panser le vésicatoire avec du cérat, et nous sommes persuadé que d'ici à fort peu de jours, la plaie étant sèche, les accidents cesseront complétement.

L'infiltration s'expliquait très bien par une maladie des reins. Les urines donnent un précipité fort abondant par l'acide nitrique. Ces deux caractères, l'infiltration du tissu cellulaire et la présence de l'albumine dans les urines réunis, ne devaient plus nous laisser aucun doute; nous avons annoncé une maladie de Bright, bien que l'enfant ne se plaignît point de douleurs lombaires. Ces douleurs, du reste, ne sont pas pathognomoniques et nécessaires. Nous oubliions de dire que l'on a déjà remarqué que l'enfant souffre moins de la vessie depuis les pansements simples.

Néanmoins, ce matin, nous l'avons sondé peut-être un peu plutôt pour l'acquit de notre conscience que pour nous bien convaincre qu'il n'y avait pas de calcul. Nous pensons que l'on doit être toujours extrêmement réservé dans la pratique du cathétérisme chez l'enfant. Nous avons vu quelquefois des accidents fâcheux survenir à la suite d'un cathétérisme inopportun. Cependant il pouvait, dans le cas actuel, rester un peu de doute. Un corps étranger pouvait exister dans la vessie, en même temps qu'il y avait maladie des reins. Nous n'avons rien trouvé dans la vessie. Qu'y a-t-il lieu de faire ici ? La maladie de Bright est une affection assez commune, et qui rentrerait plutôt dans le domaine de la médecine que dans celui de la chirurgie. Nous prescrivons à cet enfant un régime tonique, quelques bains gélatineux, salés. Le vésicatoire sera supprimé.

Si nous avons attiré votre attention sur ce fait, c'est que le malade dont nous venons de vous parler présentait quelques symptômes de pierre, et que, sans un examen très attentif, on eût fort bien pu s'en laisser imposer pendant plus ou moins longtemps.

Calcul vésical.

Hier, un autre enfant s'est encore présenté à nous, à peu près du même âge que le précédent, accusant aussi de la douleur en urinant, tiraillant sa verge et se plaignant de chatouillements, de picotements. Les urines qu'il rend sont troubles, ne sortent souvent que difficilement, quelquefois goutte à goutte. Les douleurs sont surtout vives, dit-il, depuis une quinzaine de jours. Cet enfant n'est pas très bien logé ; il habite avec ses parents sur la rivière dans des bateaux. Il est assez bien nourri, mange de la viande ; il jouit habituellement d'une bonne santé. Cependant, lorsqu'il était très jeune, il avait le ventre assez volumineux ; son aspect extérieur est assez satisfaisant. Depuis quinze jours, il souffre en urinant. Mais il n'a pas, comme l'autre petit malade, de vésicatoire auquel on puisse rapporter ces douleurs. Il ne présente aucune trace d'infiltration.

Chez cet enfant, avant de le sonder, nous avions, comme chez l'autre, porté un diagnostic rationnel et probable; nous avions annoncé qu'il avait très probablement un calcul vésical. Nous l'avons sondé avec soin, et nous avons constaté la présence d'un calcul. Le cathétérisme, pratiqué de nouveau ce matin, nous a confirmé dans notre diagnostic. Nous sommes tenté de croire que la pierre que porte cet enfant est moins volumineuse que celle que présentait le jeune malade dont nous vous avons entretenu dernièrement (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 6 août). Mais nous croyons aussi qu'elle est irrégulière à la surface. C'est probablement un calcul mural de la grosseur d'une petite noisette, autant qu'il nous a été possible de l'apprécier par le choc de l'algalie.

Bien qu'elle ne soit pas très volumineuse, nous pensons qu'il n'est pas possible de l'attaquer par la lithotritie. Nous ne voulons pas dire qu'on ne la guérirait pas par ce moyen ; mais il est plus que probable qu'il serait nécessaire de faire plusieurs séances, trois ou quatre peut-être. Ce qui serait d'une très petite valeur chez l'adulte doit être pris chez l'enfant en grande considération. A notre avis, les calculs vésicaux chez l'enfant ne sont lithotritiables que lorsqu'ils sont très peu volumineux, de la grosseur d'un gros pois, par exemple, et que l'on n'a pas lieu de les supposer très durs, comme le sont le plus souvent les calculs irréguliers à surface murale.

De plus la taille, et surtout la taille périnéale, est généralement si heureuse chez les enfants que nous préférons la pratiquer toutes les fois qu'elle est possible. Au moment où nous vous parlons, nous comptons déjà, tant dans la ville que dans notre hôpital, trente taillés, sur lesquels six morts, cinq des suites de l'opération, et une autre que nous ne pouvons véritablement ranger parmi les insuccès. Car l'enfant qui en fait le sujet était guéri depuis plusieurs jours et allait sortir de nos salles, lorsqu'il fut pris d'une rougeole, qui se compliqua bientôt d'une double pneumonie à laquelle il succomba. Parmi les cinq qui ont péri des suites de l'opération, deux sont morts présentant des accidents aigus d'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin. Les trois autres ont été pris d'accidents plus lents, et ont succombé dans un état de langueur profonde, sans symptômes ni altérations inflammatoires bien tranchés.

Quant à l'enfant que nous avons ici, il n'a point été vacciné; nous le laisserons, suivant notre habitude, pendant quelques jours dans l'hôpital pour qu'il ait le temps de s'acclimater, précaution que l'expérience nous a démontrée fort utile; on le vaccinera, et nous pratiquerons ensuite l'opération. Pour le dire en passant, ce ne sont pas toujours les tailles les plus laborieuses qui sont suivies le plus souvent de graves dangers. Nous avons déjà cité plusieurs fois dans nos cours le fait d'un enfant dans la vessie duquel nous avons extrait quatre-vingt-onze grammes de calculs vésicaux, et chez lequel nous avons dû introduire vingt-cinq ou vingt-six fois les tenettes et la curette; il a cependant parfaitement guéri. Celui-ci nous paraît dans de bonnes conditions. Une question aussi que nous avons dû nous poser ici sans pouvoir la résoudre, c'est celle de savoir si la pierre ne s'est pas formée dans les reins, d'où elle serait descendue dans la vessie ; ce qui

---

» Tel est, Messieurs, le résumé de l'histoire des actes de la Société de médecine. Les cinquante années qui viennent de s'écouler sont, comme vous le voyez, bien remplies et bien dignes. C'est que le point de départ avait été une belle et féconde idée ; c'est aussi que les hommes qui s'y étaient consacrés étaient pris dans l'élite de leur temps. Si je voulais citer ici seulement des médecins savants, honnêtes, laborieux, dévoués, je rappellerais les noms de tous les fondateurs ; si je ne craignais de blesser votre délicatesse, j'invoquerais tous ceux qui y ont été adjoints depuis. Mais rassurez-vous, Messieurs, je ne louangerai que des morts, et j'en trouve encore assez d'illustres pour fatiguer la mémoire. Parmi les fondateurs, il suffit de rappeler Baudelocque, Bouillon-Lagrange, Brasdor, Cadet-Devaux, Coutouly, Chaussier, d'Arcet, Desgenettes, Desormaux, Dubois, Evrat, Fourcroy, Hallé, Pinel, Parmentier, Pelletan, Portal, Sabatier, Sédillot, Thouret, Vauquelin; parmi les membres successivement adjoints, Baumé, de Jussieu, Boyer, Cuvier, Cabanis, Larrey, Brongniart, Valmont de Bomare, Cullerier, Leclerc et Bichat ; parmi les membres correspondants nationaux et étrangers, Baumes, Chaptal, Dumas, Percy, Abernethy, Bremer, Buniva, Astley Cooper, Chrichton, les deux Frank, Heister, Hufeland, Jurine, Lavater, Maunoir, Moscati, Pearson, Prochaska, Quarin, Scarpa, Sœmmering. Autour de ces noms, connus alors, illustre depuis, la Société présentait au début 99 membres résidants (un des fondateurs était mort dans l'intervalle) et 72 correspondants. Cinq ans après, elle avait 144 membres résidants, 100 correspondants nationaux semés dans toute la France, et 29 associés étrangers en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Suisse, en Piémont, en Suède, en Amérique. En 1817, elle ne comptait plus que 65 membres résidants, 6 associés libres, parmi lesquels nous voyons toujours avec bonheur figurer le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine, 153 correspondants nationaux et 91 associés étrangers. Deux préfets de la Seine ont été membres honoraires, et nous ont prêté leur concours et leurs encouragements. L'un d'eux, M. Frochot, dans un discours qu'il tint à l'assemblée, en une réunion semblable à celle-ci, remerciait la Société du bien qu'elle avait fait, particulièrement dans le département de la Seine. Et, dans une autre occasion, la Société de médecine admise auprès du premier consul, lors de l'attentat du 3 nivôse, en même temps qu'elle lui témoignait l'horreur que ce crime devait inspirer, lui représenta la nécessité d'organiser incessamment l'exercice et l'enseignement de l'art de guérir. Le premier consul lui demanda ses projets et ses vues à cet égard, et les éléments fournis en réponse à cette demande entrèrent pour quelque chose, moins qu'il n'aurait fallu peut-être, dans la législation qui s'ensuivit.

— Les Congrès médicaux et scientifiques se multiplient. Paris a eu le sien, qui a jeté un vif éclat, et dont les résultats seront avantageux, il faut l'espérer, à l'enseignement et à l'exercice de notre art. La pratique doit gagner dans les autres. Ainsi, le Congrès qui doit s'ouvrir à *Marseille* le 1er septembre prochain, et qui forme la 14e session du Congrès-scientifique de France, vient de publier par l'organe de son comité d'organisation le programme des prochains travaux, et invite à s'y associer toutes les personnes qui s'intéressent aux progrès des sciences, lettres et arts.

La durée de la session sera de dix jours. Les travaux seront répartis en six sections pour les sciences naturelles, l'agriculture, l'industrie et le commerce, les sciences médicales, l'histoire et l'archéologie; la littérature, les beaux-arts, l'enseignement, la philologie, les sciences physiques et mathématiques.

Voici les questions posées par la section des sciences médicales :

1. Quels avantages a-t-on retirés de l'association des médecins et pharmaciens, dans quelques départements, depuis qu'elle a été proposée au Congrès scientifique de Strasbourg ?

Par quels moyens parviendrait-on à réaliser l'établissement d'une association semblable dans chaque département français ?

Quelle sera l'influence probable de ces associations sur le bien de l'humanité et les intérêts du corps médical ?

2. Par quel système sanitaire pourrait-on le mieux concilier les intérêts du commerce et ceux de la santé publique ?

3. La statistique appliquée à l'hygiène publique peut-elle influer sur les mesures à prendre en matière sanitaire ?

4. Quelle utilité retirerait-on de la création d'un corps de médecins naviguants ? Ces médecins offriraient-ils assez de garanties pour que la durée du voyage des navires dût compter comme temps de séquestration ?

5. La topographie médicale du littoral des diverses contrées maritimes n'est-elle pas du ressort de l'hygiène navale, et l'enseignement public de celle-ci ne doit-il pas avoir d'utiles résultats ?

6° Ne serait-il pas nécessaire qu'un dépôt de vaccin tiré du cowpox fût établi dans chaque département ?

7. La variole une fois développée, l'art peut-il en empêcher les suites fâcheuses ?

8. Quelles sont les maladies dominantes à Marseille et dans le département des Bouches-du-Rhône ?

9. Comment s'opposer aux ravages de la syphilis ? Les mesures d'hygiène publique auxquelles on soumet les prostituées sont-elles suffisantes ? Dans la négative, en indiquer de plus efficaces.

10. Quelles sont les causes du nombre considérable de scrofuleux que l'on observe dans les grandes villes, notamment dans les hospices des enfants trouvés ? Quelles sont les mesures hygiéniques à prendre à ce sujet ?

11. A quoi doit-on attribuer et par quels moyens peut-on éviter la fréquence des apoplexies ?

12. Rechercher l'influence du climat de Marseille sur la phthisie pulmonaire. Indiquer les moyens de prévenir cette maladie.

13. La cautérisation peut-elle empêcher le développement d'une maladie inoculée, telle, par exemple, que la rage ? Dans l'affirmative, préciser le temps qu'il est permis de laisser passer après l'inoculation sans craindre que la cautérisation ne soit apte à produire son effet.

14. Quelle idée doit-on se faire de l'action du seigle ergoté dans le travail de la parturition ? Ce médicament agit-il comme excitant sur l'utérus, ainsi qu'on l'a généralement pensé dans ces derniers temps, ou bien comme contre-stimulant, suivant l'opinion des partisans de l'école italienne ?

15. Si l'électricité joue un rôle dans les phénomènes de la vie,

nous a porté à demander ceci, c'est que l'enfant a rendu plusieurs fois du sang mélangé avec les urines.

Balanite. Phimosis.

Nous avons dans nos salles, depuis deux jours, un enfant affecté de balanite assez intense. Cette maladie est assez commune dans le premier âge. Chez ce sujet, voici comme elle s'est produite. Cet enfant est âgé de six ans, et se livre à la masturbation. Il a fait, en se livrant à cette pratique vicieuse, passer son prépuce au-dessous de la base du gland; l'orifice du prépuce est assez étroit chez lui; il a dû se livrer à des efforts violents pour le ramener en avant, n'y est parvenu qu'avec peine. Dès le lendemain la verge s'est énormément gonflée; un écoulement abondant s'est produit, et la suppuration s'est déclarée. Aujourd'hui le prépuce, assez long, recouvre le gland; la verge est tuméfiée, un peu moins cependant que ces jours derniers. Quelques injections émollientes viendront très probablement à bout de cette tuméfaction.

Une fois la maladie guérie, devrons-nous faire l'opération du phimosis pour empêcher la reproduction d'un pareil accident? Nous sommes assez partisan de cette opération chez les enfants, qui, à l'âge de cinq ou six ans, ont le prépuce très étroit. Lorsqu'il est assez large pour qu'avec quelque effort on puisse découvrir le gland, il y a quelque espoir que par la suite, et dans un âge plus avancé, il pourra céder sans opération, et nous ne sommes pas disposé à employer l'instrument tranchant. Le prépuce finira presque forcément par s'élargir, les tissus dont il est composé étant assez lâches pour cela. Si au contraire il est fort long, fort étroit, et qu'il soit complétement impossible, même en le tirant fortement en arrière de voir l'orifice du canal de l'urètre, il n'y a pas hésiter, et voici l'avantage que nous y trouvons. Nous prévenons les balanites, dont cette disposition des parties est toujours une cause prédisposante. Cela est si vrai, que la balanite est une affection très fréquente chez les enfants, même dans les premiers temps de leur naissance. Vous serez souvent appelés, dans votre pratique, pour des cas de ce genre. Plus les balanites se répéteront fréquemment, plus il y aura indication de faire l'opération dont nous vous parlons. C'est, du reste, rendre aux enfants un véritable service; car une fois le gland découvert, l'affection ne se reproduit plus.

Il est encore très utile de faire l'opération de bonne heure, en ce sens que l'on évite les adhérences qui peuvent se faire par suite de la maladie, entre la face interne du prépuce et la muqueuse qui recouvre le gland. On voit assez fréquemment ces adhérences s'établir à la suite d'inflammations intenses souvent répétées, et comme on le comprend facilement, elles rendraient l'opération nécessairement plus longue, plus douloureuse, plus difficile. Si elles sont récentes, elles seront assez faibles pour que l'on puisse les déchirer aisément par quelques tractions modérées. Si elles sont anciennes, il n'en est pas de même; il faut se servir pour les détruire de l'instrument tranchant; il faut, que l'on nous passe cette expression, sculpter le gland dans le prépuce.

On rend encore service aux petits malades en empêchant la production du paraphimosis, accident qui s'observe quelquefois chez ceux qui ont l'orifice du prépuce moyennement étroit, et permettant avec quelques efforts de découvrir le gland, qui s'étrangle ensuite, et ne peut être réduit. Nous avons vu quelquefois se former des amas d'urine dans le prépuce. L'année dernière, nous avons eu dans nos salles un enfant dont le prépuce formait pour l'urine un véritable réservoir; chaque fois qu'il urinait, il restait, lorsqu'il avait fini d'expulser le liquide vésical, une poche très volumineuse formée par le prépuce distendu, et que l'on ne pouvait complétement vider qu'en la pressant avec force.

Le procédé que nous employons le plus souvent est celui-ci. Le prépuce est-il très court, c'est-à-dire est-il exactement appliqué sur le gland, au-delà duquel il est à peu près impossible de l'allonger, nous ne mettons pas même en question la circoncision. Nous faisons seulement avec des ciseaux deux ou trois petites entailles ou débridements. Les cicatrices ne forment pas une brèche bien notable sur la circonférence de l'ouverture préputiale, puisque chacune d'elles ont tout au plus trois ou quatre millimètres de longueur. Pour faire le pansement, et empêcher le bord de ces entailles de se réunir, nous relevons le prépuce au-dessus du gland, ce qui maintient écartés les bords dont nous parlons.

Lorsque le prépuce est long, nous tirons la peau fortement en avant, nous la coupons d'un seul coup, et sans réséquer la membrane muqueuse, nous nous bornons à la relever au-dessus de la base du gland. Nous n'avons pas encore chez les enfants employé le procédé de M. Ricord; d'abord parce qu'il exige des préparatifs qui, sans être trop longs quand il s'agit d'un adulte, seraient peut-être difficiles à employer chez un enfant; puis chez les jeunes sujets l'opération est tellement facile, que ces combinaisons sont à peu près inutiles.

Une fois l'opération faite, nous avons l'habitude de mettre de l'importance aux trois ou quatre premiers pansements. S'ils ne sont pas faits avec soin, on voit quelquefois la maladie se reproduire dans l'espace de peu de jours. Voici en quoi consiste notre pansement. Nous relevons la muqueuse au-dessus du gland, puis nous faisons passer le gland à travers une compresse à laquelle nous avons pratiqué un trou circulaire mesuré sur la circonférence du gland. Il faut avoir soin de faire pisser l'enfant ou debout ou sur ses genoux, pour éviter le contact de l'urine avec la plaie et sur les pièces d'appareil.

Gangrène de la jambe.

La dernière malade dont nous avons à vous entretenir est une fille de dix ans couchée au n° 31 de la salle Sainte-Thérèse. Les renseignements que nous avons pu obtenir sur son compte sont peu étendus. Elle est entrée d'abord dans la division des scrofuleux, avec une ulcération de mauvaise apparence, d'aspect grisâtre, assez large, siégeant à la jambe gauche. Les ulcères à fond gris, chez les enfants de mauvaise constitution, annoncent toujours une disposition à la gangrène. Depuis son séjour à l'hôpital l'ulcère a fait des progrès, et bientôt, comme nous le craignions, la gangrène s'est déclarée; elle occupe maintenant tout le côté externe de la jambe gauche, depuis la malléole jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous du genou. Les muscles du membre inférieur, en dehors et en arrière, sont découverts et sphacélés; le péroné est entièrement désarticulé à son extrémité inférieure; la gangrène s'est même étendue au pied, et plusieurs des orteils sont désarticulés également. Cette fille est dans les plus mauvaises conditions constitutionnelles; elle offre aux deux mains aussi des ulcères scrofuleux; cependant elle n'a pas de ganglions engorgés au cou comme on en observe fréquemment chez les sujets. Elle ne tousse pas, du reste. La poitrine paraît saine; l'auscultation et la percussion du sommet du thorax ne font reconnaître aucune trace de tuberculisation commençante.

La langue est pâle, sèche, un peu noirâtre à son milieu; elle a un peu de diarrhée depuis quelques jours. La face est légèrement bouffie. Le membre inférieur gauche est tuméfié. Cette fille est incontestablement dans les conditions les plus défavorables pour l'amputation. Certes, si l'on ne voulait opérer que dans les cas où l'on aurait un succès à espérer, il faudrait bien se garder de rien faire à cette enfant. Mais le chirurgien doit avoir autre chose en vue que sa réputation; dans des cas pareils à celui-ci, bien qu'à peu près certain d'un insuccès, l'opération est indiquée, elle est urgente. La mort est certaine si on l'abandonne aux ressources de la nature. Nous ne la guérirons pas de sa constitution scrofuleuse; mais nous enlèverons la cause qui mène la malade au tombeau. Si faibles que soient les chances de réussite, nous devons tenter l'opération; nous serions blâmable de ne point la pratiquer. D'ailleurs, en des circonstances semblables, nous avons déjà fait sept amputations, et nous avons eu sept cas de guérison. Ici la gangrène est limitée; nous ferons l'amputation de la cuisse.

— L'enfant que nous avions opéré de la taille, et dont nous avons parlé dans une de nos dernières séances, a succombé, comme nous l'avions prévu. Nous avons trouvé des calculs dans le rein droit; quelques-uns étaient engagés dans l'urètre. La muqueuse vésicale était gris-ardoise, siégé d'une inflammation chronique, antérieure certainement à l'opération, Comme lésion récente, nous avons trouvé du pus dans le tissu cellulaire, autour de la portion inférieure du rectum. Le péritoine ne présentait aucune trace d'inflammation.

Les autres appareils organiques étaient sains, le cerveau, le foie, les poumons; le tube digestif contenait des matières abondantes, marronnées solides.

Il est évident, pour nous, que l'affection ancienne a été au moins pour autant dans la cause de la mort que l'affection récente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 5 août 1846. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, *M. Morel-Lavallée* dit que dans la discussion qui a eu lieu sur l'effort sa pensée a été mal rendue, et il donne lectore de la note que voici : « Dans un effort fait la bouche ouverte, la hernie pulmonaire ne se gonfle que si un courant d'air sort en même temps par la bouche ou par le nez, preuve qu'au maximum de l'effort l'air n'est pas sensiblement comprimé dans le poumon. C'est seulement quand l'effort finit et quand l'expiration commence que la hernie se gonfle. L'occlusion de la glotte n'est donc pas nécessaire à la production de l'effort. »

— *M. le docteur Colson*, de Noyon, adresse une observation d'abcès multiples de la prostate. M. Gosselin fera un rapport verbal sur ce travail.

— *M. Bérard* présente un cristallin de consistance dure, pierreux ou osseux, qu'il a extrait dans les circonstances suivantes : Une dame de province, âgée de trente à trente-cinq ans, était aveugle-née de l'œil gauche, et cet œil n'avait pas présenté de différence avec celui du côté opposé, si ce n'est qu'il y a quinze ou seize ans l'on s'était aperçu d'une tache résultant de l'opacité du cristallin, qui n'a causé du reste aucune incommodité. A la fin de juin dernier, sans cause connue, sans efforts, sans mouvements brusques de la tête, cette dame éprouva subitement une sensation douloureuse dans l'œil, et l'on constata que le cristallin était passé dans la chambre antérieure. Il se développa immédiatement une ophthalmie assez intense, que l'on combattit par les antiphlogistiques et les purgatifs sans grande amélioration. La malade fut alors amenée à Paris et confiée aux soins de M. Bérard, qui reconnut bien que le cristallin déplacé était immobile, mais ne put dire s'il y avait ou non des adhérences. Comme l'œil était privé de la vue, il fut décidé qu'on ôterait de suite le cristallin, qui faisait corps étranger. La section de la cornée fut plus douloureuse qu'elle ne l'est d'ordinaire, ce qu'on attribua à l'inflammation dont elle était le siége. Le kératotome avait peine à marcher, et, comme il fallait traverser de part en part la cornée, il rencontrait le cristallin, qui fuyait devant lui. La pointe du couteau, en appuyant dessus, donnait la sensation d'un corps dur, qui résistait. Dans un mouvement de pression, M. Bérard sentit très bien le léger choc produit par la brisure de la pointe. Il acheva néanmoins la section de dedans en dehors, mais il fallut forcer plus que d'habitude pour faire sortir l'instrument épointé.

Le lambeau taillé, il chercha à amener le cristallin au dehors; mais il ne bougeait pas, et il était même rentré d'un tiers dans la chambre postérieure. Cependant en pressant d'arrière en avant sur l'œil, il vint se présenter à l'entrée de la plaie, et il fut saisi et extrait. On vit bien pendant ces manœuvres que l'œil commençait à se vider, et que ce n'était pas de l'humeur vitrée qui s'échappait, mais un liquide de mauvaise nature; on n'en continua pas moins la pression pour faire avancer le cristallin. L'opération terminée, M. Bérard employa pour faire l'occlusion des paupières un procédé qu'il tient de M. Maisonneuve, et qu'il croit préférable aux bandelettes verticales. Il consiste dans l'application d'une large bandelette taillée en croissant, qui appuie d'une manière plus exacte sur l'œil et sans produire aucune gêne. Après l'opération il y a eu des douleurs excessives analogues à celles qui suivent quelquefois l'abaissement.

M. Bérard se demande quelles ont été les causes de ce déplacement spontané du cristallin. N'est-il pas possible que ce corps pierreux, dur, ait amené un ramollissement dans la membrane cristalline, ou bien ait produit un relâchement des adhérences aux corps ciliaires? Il ne croit pas que la dégénérescence de l'humeur vitrée soit le résultat de la cataracte; il est plus probable qu'elle existait longtemps avant la formation de celle-ci.

M. Robert a vu dans le service ophthalmologique de la Pitié plusieurs cas de ce genre, ou au moins dans lesquels des cristallins très durs passés dans la chambre antérieure et ne se résorbant pas, devaient être extraits. Sanson faisait alors la kératotomie supérieure. Il croit qu'avec ce procédé les difficultés doivent êtrs moindres, puisque le couteau ne rencontre que le bord supérieur du cristallin.

M. Bérard répond à cela que le difficile n'a pas été de faire franchir au cristallin l'ouverture de la cornée, mais bien de le désenchatonner,

---

quel est ce rôle, et quelles inductions peut-on en tirer pour la thérapeutique ?

16. Recherches sur le traitement médical du cancer.

17. La méthode ectrotique doit-elle être proscrite ou définitivement adoptée dans le traitement du zona ?

18. Quel est le meilleur mode de traitement des brûlures chez les jeunes enfants ?

19. De l'emploi de l'air comprimé dans le traitement des maladies réputées chirurgicales

20. Exposer les meilleurs traitements des plaies pénétrantes de poitrine.

21. Avantages et dangers de la recherche des corps étrangers dans la poitrine.

22. Etablir le diagnostic différentiel des amauroses, et conséquemment la thérapeutique de chacune d'elles.

23. Le diagnostic de la cataracte ne laisse-t-il rien à désirer ?

24. Quelle est l'influence du climat sur le succès de l'opération de la cataracte ?

25. Valeur de la myotomie en général et de la strabotomie en particulier.

26. Quelle est l'influence des anciens hôpitaux sur les opérations chirurgicales ?

27. Déterminer l'action de l'air sur les plaies après les opérations.

28. Fixer autant que possible nos idées sur l'influence de l'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations.

29. De la résorption purulente et des abcès métastatiques.

30. Un abcès par congestion étant donné, quel traitement local convient-il mieux de lui opposer ? Faut-il laisser à la nature le soin de produire l'évacuation du foyer, ou bien, si l'on admet le principe de l'évacuation artificielle, convient-il d'y procéder par la méthode des ponctions successives, ou par la méthode des larges incisions ? La pratique n'aurait-elle pas assez de données cliniques pour être définitivement basée sur ce point ?

31. Du sphacèle de l'utérus dans l'accouchement provoqué prématurément.

32. Les progrès de l'art obstétrique permettent-ils d'espérer que l'opération césarienne soit définitivement proscrite dans toutes les circonstances ?

33. En l'état de la science, doit-on être satisfait des procédés indiqués pour l'ablation du maxillaire supérieur ?

34. L'opération de l'empyème, telle qu'elle a été modifiée, offre-t-elle des conditions de succès ?

35. De l'influence des sections sous-cutanées en chirurgie.

36. Utilité du trépan sur divers points du squelette.

37. Utilité de la laryngotomie ; ses indications

38. Utilité et dangers des résections des clavicules.

39. Résumer les avantages de la meilleure méthode d'amputation des membres, soit dans la continuité, soit dans la contiguïté.

—Le même jour, 15 septembre, le Congrès scientifique de Gênes s'ouvrira dans le grand salon du palais ducal de cette ville. Les différentes sections dont se compose l'assemblée tiendront leurs séances dans le palais de l'Université. Une Commission établie dans ce palais examinera et appréciera les titres d'admission au Congrès, en se conformant strictement aux dispositions de l'article 2 du règlement organique. La bibliothèque de la ville sera ouverte aux recherches des savants. Le soir, ils pourront se réunir dans les salons du Casino. Le palais du marquis Pallavicino, dénommé *il Peschiere*, est destiné aux repas communs. Il y aura à Gênes, pendant la tenue du Congrès, deux expositions, l'une d'objets d'art, l'autre de produits industriels, agricoles et d'horticulture. On posera, à l'occasion du Congrès, la première pierre du monument qui doit être érigé, à Gênes, à la mémoire de Christophe Colomb.

Quelque opinion que l'on ait des Institutions actuelles et quelques reproches mérités que l'on puisse adresser à l'administration du pays, il faut convenir que la multiplicité de ces Congrès scientifiques est bien préférable à ces réunions d'un autre genre, qui n'avaient de commun que le nom avec celles-ci, et où les intérêts des nations étaient mis en cause. Aussi ne chercherons-nous jamais à amoindrir la portée de ces réunions, et nous plairons-nous toujours à en reconnaître l'utilité quel qu'en soit le nombre. Ce sera pour nous la contre-partie de la chanson de Béranger :

Un Congrès, deux Congrès, trois Congrès, etc.

Dix, vingt Congrès, si l'on veut, nous les laisserons passer, toujours prêts à ôter respectueusement le chapeau devant ces réunions imposantes

— A propos de chapeau et de salut, en Bohême, aux eaux de Marienbad, il vient de se former une singulière association. Elle a pour but de s'affranchir de l'obligation d'ôter son chapeau en saluant, habitude qui, selon les fondateurs de la Société, est une cause fréquente de rhume de cerveau. Chaque membre achète au bureau de la Société une carte dont le prix est de dix kreutzers ou environ huit sous et l'attache à son chapeau, qui, orné de cette façon, ne se sépare jamais du crâne pour l'abaisser devant les coassociés munis de la même marque dans les promenades publiques.

NOUVELLES.

La Société de chirurgie, dans sa séance du 10 septembre 1845, avait chargé MM. Robert, Laugier et Hugnier, de lui faire un rapport verbal sur l'irrigateur du docteur Egnisier, appareil propre à l'usage des irrigations, des injections, des lavements et des douches ascendantes. Les expériences faites dans le service de ces trois chirurgiens, et plus particulièrement à Beaujon, dans celui de M. Robert, ayant été entièrement favorables à l'irrigateur, M. Robert en a rendu compte à la Société dans la séance du 3 juin 1846; il a terminé son rapport en disant qu'il regardait cet instrument comme *éminemment utile et supérieur* à tout ce qui a été fait dans ce genre jusqu'à ce jour.

— M. Edouard Robin ouvrira, le 19 août, de nouveaux cours de chimie, de physique et d'histoire naturelle; ils auront lieu dans son amphithéâtre, rue de Laharpe, 90.

et il pense qu'on n'y serait pas parvenu plus aisément par la kératotomie supérieure.

M. Nélaton aurait voulu savoir si c'est pendant la nuit que le déplacement s'est produit. Il croit que cette circonstance est à noter, et à ce propos il dit qu'on lui amena un jour à la Clinique un malade dont le cristallin cataracté était passé dans la chambre antérieure. C'était pendant la nuit que cela avait eu lieu. Le malade s'était levé pour saisir quelque chose, lorsqu'il ressentit une petite douleur, et le lendemain on constata ce qui était arrivé. Il est d'avis que la grande dilatation de la pupille peut bien favoriser ces déplacements.

— *M. Malgaigne* rend compte d'un fait qu'il vient d'observer récemment. C'est celui d'un enfant qui portait deux petites tumeurs anévrismales, du volume d'un pois à peu près, à la région temporale, et qui paraissaient développées, non pas sur l'artère temporale même, mais sur une de ses branches dirigée vers l'angle externe de l'œil. Il avait d'abord eu l'idée d'employer la galvanopuncture suivant la méthode que M. Pétrequin vient de proposer et de mettre à exécution; mais n'ayant pas pu se procurer une pile convenable, il se contenta de passer des aiguilles à travers les petites tumeurs, et d'y jeter ensuite des fils comme pour la suture entortillée. Ces aiguilles furent laissées en place pendant douze jours, au bout desquels la guérison était complète. Il fera voir le malade à la prochaine séance.

M. Malgaigne présente ensuite un utérus qui contient une mole hydatique énorme, et il donne lecture de l'observation.

Le 24 juillet, 1846, entre à l'hôpital Saint-Louis la nommée Semmelé (Eugénie), âgée de vingt-sept ans, dévideuse.

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais eu bonne santé. Depuis l'âge de dix ans jusqu'à dix-neuf, elle a presque toujours été malade. Elle avait à peu près tous les jours des vomissements constitués par des aliments, et le plus souvent par de la bile. Malgré cela elle allait assez bien, mangeait de bon appétit. Mariée à dix-huit ans et demi, ses règles ne parurent qu'à l'âge de dix-neuf ans, précédées de fortes douleurs dans le bas-ventre. Depuis lors elles ont continué de se montrer, mais toujours irrégulières, précédées et accompagnées de douleurs dans le bas ventre et dans les reins.

La première année de son mariage elle devint enceinte; les vomissements se continuèrent pendant tout le temps de sa grossesse, à l'exception du dernier mois. Néanmoins, l'accouchement se fit à terme; il fut long et pénible. L'enfant vint au monde vivant, mais il mourut neuf mois après de convulsions Dans cette grossesse, elle avait le ventre très volumineux; et quand elle accoucha une grande quantité d'eau fut répandue.

Les règles reparurent six mois après la couche, toujours accompagnées de douleurs dans le ventre et dans les reins Il y a vingt mois, seconde grossesse, accompagnée encore de vomissements pendant les six premières semaines; et pendant tout le temps de la grossesse, de vives douleurs dans les reins.

Cette fois encore son ventre était très volumineux; les mouvements exécutés par l'enfant étaient très douloureux pour la malade. L'accouchement se fit à terme; elle perdit une énorme quantité d'eau. L'enfant qui ne pesa t que six livres, arriva vivant; il mourut un mois après.

La malade n'a pas vu ses règles depuis trois mois; il y a trois semaines seulement que son ventre a commencé à grossir, et il s'est si rapidement accru, que l'on dirait aujourd'hui le ventre d'une femme enceinte de huit mois.

Depuis quinze jours la malade perd du sang, mais en petite quantité, et se plaint de coliques. Les seins deviennent quelquefois gros et durs.

Depuis quatre à cinq jours, bourdonnements d'oreilles, céphalalgie, perte d'appétit; vomissements continuels depuis quinze jours. Quand la malade se lève, elle est prise d'étourdissement, et c'est alors surtout qu'elle vomit.

Depuis que son ventre a commencé à grossir, c'est-à-dire depuis trois semaines, elle perçoit dans son ventre des mouvements qui ne ressemblent pas du tout, dit la malade; aux mouvements de l'enfant; elle voit parfois des bosselures du volume du poing se dessiner dans son ventre, pour disparaître après quelques instants. Alors les douleurs deviennent plus fortes dans la région hypogastrique et dans les reins. Depuis deux jours les membres inférieurs se sont un peu infiltrés, et sont devenus le siége de crampes assez vives, occupant surtout les cuisses.

Le jour de son entrée, 24 juillet, on constate le volume considérable du ventre, qui forme une tumeur parfaitement ronde, tout a fait male, dure, sans fluctuation, ressemblant à la matrice distendue par le produit de la conception.

M. Malgaigne ayant pratiqué le toucher, trouva le col de l'utérus porté à une très grande hauteur; ce n'est qu'en se faisant fortement pousser le coude et en introduisant les deux doigts qu'il parvient à l'atteindre: il est sain, sans modification marquée. — Une saignée de deux palettes est pratiquée. Repos au lit.

Le 25, la malade se trouve bien soulagée; depuis la saignée elle a bien dormi, souffre moins dans le ventre. Le sang ne s'écoule plus par le vagin.

Le 26 au soir, les coliques reparaissent et deviennent plus vives dans la nuit. Ces coliques ressemblent, d'après ce que dit la malade, aux premières douleurs de l'enfantement. A quatre heures du matin, il survient une perte utérine si violente que, dans l'espace d'un quart d'heure, les deux matelas et la paillasse ont été traversés, et que le sang ruisselait par terre. La veilleuse, seule dans la salle, s'empressa d'ôter les oreillers, d'élever le bassin, appliqua sur le ventre des linges trempés dans l'eau froide; le vagin fut tamponné, mais l'effort du sang entraîna le tampon. Cependant, au bout d'un quart d'heure, l'hémorrhagie s'arrêta; mais la malade, excessivement faible, couverte d'une sueur froide, succombe à cinq heures et demie du matin, sans nouvelle hémorrhagie.

Autopsie 28 heures après la mort. — Le ventre a conservé son volume; la vulve et la partie interne des cuisses sont teintes de sang La paroi abdominale ayant été incisée et relevée sur la poitrine, on trouve une énorme tumeur d'un blanc grisâtre qui occupe presque toute la cavité abdominale, ayant refoulé les anses intestinales en haut et sur les côtés, piriforme, à surface lisse, et que l'on reconnaît pour la matrice. Après l'avoir détachée complètement et posée sur la table, on voit s'écouler par le col un flot de sang vermeil.

Les dimensions de la matrice, déjà un peu affaissée à cause du sang qui vient de s'échapper, sont les suivantes: circonférence transversale, 60 centimètres; circonférence verticale, 66 centimètres.

Une incision pratiquée sur sa face antérieure permet d'arriver dans la cavité utérine, dans laquelle on trouve, au lieu d'un fœtus, une masse considérable constituée par un assemblage de petits corps transparents, vésiculeux, réunis entre eux en forme de grappes par des filaments celluleux à la surface desquels rampent des vaisseaux très déliés.

De ces corps, en quantité innombrable, les uns sont du volume d'une noisette, la plupart comme des pois; ils contiennent un liquide incolore, légèrement visqueux. Les filaments rameux qui les réunissent ne se rendent à aucun corps rougeâtre qui indique un vestige du placenta; on voit cependant à l'extérieur de cet amas de vésicules, une petite masse rougeâtre, assez ferme, mais qui n'est autre chose qu'un caillot sanguin.

Point de cavité au centre. Aucune adhérence n'existe entre cette masse et la paroi utérine, laquelle présente, dans la plus grande partie de son étendue, une surface lisse, blanchâtre; mais dans le fond de l'utérus, sur la paroi postérieure, on voit un espace plus large que la main, dans lequel manque ce poli que présente le reste de la cavité: on y trouve à peu près l'aspect que laisse sur la paroi utérine le décollement du placenta.

Autour de cette espèce de déchirure, se voient des lambeaux irréguliers appartenant à la membrane qui donne au reste de la paroi utérine son aspect lisse et poli.

L'épaisseur des parois de la matrice est d'un centimètre à un centimètre et demi. L'orifice utérin, légèrement entr'ouvert, représente une fente transversale d'un centimètre et demi de longueur.

M. Gosselin ne doute pas que ce soit le placenta qui soit devenu malade. A la vérité, ici on ne retrouve pas exactement le tissu placentaire, mais il y a beaucoup de cas dans lesquels on voit encore très bien ce tissu avec la production vésiculaire. Il en a observé un cas fort remarquable à la Pitié. Dans ces circonstances, l'embryon disparait sous l'influence de la formation des hydatides.

M. Huguier a vu un fait qui lui paraît avoir quelque analogie avec celui-ci. Il y a trois ou quatre ans, il fut appelé près d'une sage-femme de la rue du Ponceau, qui se croyait en mal d'enfant; elle assurait, ainsi que le médecin qui l'assistait, que la poche des eaux était rompue depuis longtemps déjà. Cependant le col était dur, volumineux, et il ne paraissait pas qu'il s'y fit aucun travail. La malade était convaincue qu'elle était enceinte, et les seins gonflés et laissant échapper du la t ajoutaient encore à cette croyance Malgré cela, M. Huguier, conservant des doutes, introduisit le doigt aussi haut que possible dans l'intérieur de l'utérus, et il ne sentit qu'un corps mou. Il affirma qu'il n'y avait pas grossesse. Cette femme perdit encore de la sérosité pendant quelques jours, puis ensuite elle se rétablit complétement.

M. Monod regrette qu'on n'ait rien tenté pour arrêter l'hémorrhagie qui a amené la mort de la malade de M. Malgaigne. Il croit que c'était le cas de faire la compression de l'aorte.

— *M. Robert* fait voir un astragale qu'il a enlevé il y a quinze jours, et il rend compte des circonstances qui ont nécessité cette opération. Il y a un mois, un homme d'une trentaine d'années tomba d'une certaine hauteur sur le pied gauche. L'astragale se luxa en dedans, formant saillie sous la malléole interne. Deux médecins firent inutilement des tentatives de réduction N'y pouvant parvenir, ils se contentèrent de faire faire sur le pied et la jambe des irrigations froides, qui furent prolongées pendant quinze jours. Au bout de ce temps, le blessé fut amené à M. Robert, qui reconnut de suite la maladie et constata que c'était la poulie astragalienne qui faisait saillie sous la malléole, tandis que la tête se trouvait sous le scaphoïde. Le pied faisait avec la jambe un angle aigu; il y avait un enfoncement énorme au niveau de la malléole externe, que l'on ne sentait pas du tout. M. Laugier, qui avait été invité à voir le malade, croyait celle-ci fracturée. M. Robert renonça à faire des tentatives pour réduire, et il se décida de suite pour l'extraction. Il fit en conséquence une incision cruciale au côté interne du pied sur la saillie même formée par l'astragale; puis, il se servit d'un davier pour saisir la tête de l'os et l'enlever. Mais, l'opération faite, il fallut employer beaucoup de force pour ramener le pied à la direction normale, le calcanéum se trouvant pour ainsi dire accroché par la malléole externe. Cependant on y parvint. On soumit ensuite l'articulation à de nouvelles irrigations pendant une huitaine; il se développa de l'inflammation à la partie inférieure de la jambe, et il s'y forma deux abcès. Il n'y eut pas d'autre accident, et aujourd'hui le malade est parfaitement bien. M. Robert fait remarquer qu'au lieu de faire l'extraction de l'astragale, il aurait pu essayer la réduction après avoir débridé; mais, quoique avec cette manière de procéder il y ait des cas de réussite, il est arrivé le plus souvent qu'on a eu des accidents de nécrose.

M. Guersant n'est pas partisan de l'extraction de l'astragale, qu'il regarde comme une opération très grave; à laquelle il préfère l'amputation de la jambe, surtout s'il y a en même temps fracture des malléoles et déchirure des téguments. Il cite un cas de luxation du pied avec déplacement de l'astragale, sans plaie, qu'il a observé sur un confrère, et qu'il réduisit sans avoir recours au débridement; mais dans un cas semblable à celui de M. Robert, s'il ne pouvait réduire, il se conduirait comme lui.

M. Malgaigne ne partage pas les craintes de M. Guersant, et il croit que dans beaucoup de cas de luxation l'ablation de l'astragale est ce qu'il y a de mieux à faire. Il l'a vu pratiquer, il y a bien longtemps, par son père avec un plein succès.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 97. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des affections vénériennes non syphilitiques. De l'épididymite blennorrhagique.

(Suite du numéro du 23 juillet.)

Traitement. — Les malades ne sont, en général, que trop portés à penser que les accidents qui surviennent pendant le cours d'une blennorrhagie, dépendent, non de la maladie elle-même, mais du traitement qu'on lui oppose. L'épididymite est donc une complication de la possibilité de laquelle il faut toujours avoir soin de les prévenir, et contre laquelle, pendant tout le cours du traitement, il est nécessaire de se tenir en garde, et d'employer les moyens prophylactiques. Sous ce rapport, la connaissance des causes qui la déterminent est d'un grand secours; et c'est pour cette raison que nous nous sommes longuement étendu sur ces causes.

Nous avons dit que le plus souvent l'épididymite ne survient qu'à une époque assez avancée de la maladie; ce n'est presque jamais au début d'un écoulement qu'elle se produit. Il suit de là que, contrairement aux opinions reçues jusqu'à ce jour, la guérison rapide, prématurée, le traitement *abortif* de l'écoulement, sera le plus sûr moyen d'empêcher le développement de l'épididymite.

L'usage d'un suspensoir bien fait, les précautions qui ont pour but d'éviter toute excitation des organes génito-urinaires, suffisent le plus souvent pour prévenir cette complication. Mais une fois la maladie produite, que faut-il faire?

Dès que les premiers symptômes viennent à se manifester, le malade doit être maintenu dans le repos le plus absolu, dans la position horizontale, les bourses étant maintenues relevées. Cette disposition, en favorisant la circulation, peut souvent faire résoudre la maladie, surtout lorsqu'il n'existe encore qu'une simple fluxion. La diète, les boissons émollientes, délayantes, les laxatifs légers, et tout au début les résolutifs, les astringents, les topiques froids, la glace, etc., peuvent arrêter la marche de l'affection. Les compresses imbibées d'eau blanche, la solution de chlorhydrate d'ammoniaque, la *boue de meule* sont souvent efficaces tout à fait au début. Mais dans la grande majorité des cas, le médecin est appelé trop tard pour les mettre en usage, et, à une certaine période, ces topiques sont plus nuisibles qu'utiles; ils sont dangereux à une période avancée, en ce sens qu'ils compliquent l'inflammation de conditions d'étranglement.

A part les conditions que nous avons indiquées doit-on agir? Sans aucun doute. L'épididymite abandonnée à elle-même peut, il est vrai, dans quelques cas, se terminer sans le secours de l'art. Le repos, la diète, les laxatifs peuvent amener la guérison; mais guérit-on toujours ainsi? Nous devons dire que les succès sont les cas les plus rares, et il est toujours permis de supposer alors que, même sans l'emploi de ces moyens, la maladie se serait dissipée d'elle-même. Si l'on ne peut pas toujours faire avorter la maladie, on peut très souvent la faire marcher plus rapidement vers une heureuse terminaison, abréger notablement sa durée. Un de nos confrères, M. Vidal (de Cassis), a conseillé le débridement; nous n'avons jamais eu, jusqu'à présent, occasion de le pratiquer, et, lorsqu'une épididymite nous arrive à traiter, nous tâchons par tous les moyens possibles de ne point laisser marcher la maladie. Nous aimons mieux, quand nous le pouvons, la prévenir que la guérir; or, le traitement actif, le voici: Si la maladie est en quelque sorte localisée, nous prescrivons des applications de sangsues, soit à la racine des bourses, soit dans les régions inguinales; nous circonscrivons en quelque sorte le scrotum avec des sangsues. Puis nous employons les émollients, les cataplasmes de farine de graine de lin; chez beaucoup de malades, nous préférons les fomentations émollientes, les décoctions de racine de guimauve et de tête de pavot, les sédatifs, les frictions laudanisées; quelques praticiens ont conseillé, pour éviter les sangsues, la division des veines du scrotum; c'est un moyen qui ne nous semble pas aussi héroïque qu'on l'a dit, et nous y avons définitivement renoncé.

Nous avons dit que les sangsues doivent être appliquées au périnée ou dans le pli de l'aine. Un point capital, et sur lequel nous ne nous lassons jamais de fixer l'attention de nos jeunes confrères, c'est celui-ci: qu'il ne faut point appliquer les sangsues sur la peau du scrotum; la laxité du tissu cellulaire sous-scrotal est telle, qu'il peut quelquefois, rarement il est vrai, arriver des accidents qu'il faut toujours éviter; pour notre part, nous avons vu survenir deux fois la gangrène des bourses, et nous sommes persuadé que c'est à cette médication qu'était dû l'accident.

Si la réaction générale est intense, que le malade soit pris d'un mouvement fébrile, que par voie de contiguïté le testicule lui-même se soit pris, qu'à l'épididymite se soit jointe une orchite, on ne devra pas craindre de recourir à la saignée du bras, que l'on a peut-être trop négligée. La saignée du bras est quelquefois suivie d'un succès inespéré dans l'orchite, lorsqu'il y a réaction générale et mouvement fébrile. Il est d'autres moyens encore auxquels il est quelquefois nécessaire d'avoir recours dans des circonstances particulières; telle est la ponction de la tunique vaginale. Lorsque l'on a affaire à un épanchement assez considérable, une des indications du traitement sur lesquelles nous insistons, c'est l'évacuation de la sérosité; mais elle ne doit être mise en usage que dans les cas où l'épanchement est assez abondant pour amener une forte distension de la tunique, et pour causer une compression douloureuse de l'organe ou de la partie de l'organe malade. Dans des circonstances de ce genre, l'évacuation du liquide par une simple ponction suffit souvent pour faire cesser presque instantanément la douleur, qui avait jusqu'alors résisté à tous les moyens employés, et pour déterminer une résolution rapide de l'inflammation.

Que si en dépit du régime, du repos, des émollients et des sédatifs, vous avez acquis la certitude que le corps du testicule est affecté, qu'il y a orchite avec étranglement, que la maladie continue à être en voie de progrès, nous n'hésitons pas alors, mais alors seulement, à donner notre assentiment au débridement proposé par M. Vidal. Dans les cas d'orchite intense, nous regardons comme possible, comme utile le débridement de la tunique albuginée; mais nous regardons ces circonstances comme rares; nous croyons qu'il y a beaucoup plus souvent épididymite qu'orchite véritable, et, dans l'épididymite, il n'est pas nécessaire de pratiquer de débridement. Nous sommes loin de croire que la division d'un testicule soit chose indifférente; on sait avec quelle facilité les vaisseaux séminifères font hernie au dehors de la tunique fibreuse dès qu'on leur ouvre passage: il est à craindre de voir l'organe se vider.

Il est une autre méthode de traitement que l'on a beaucoup vantée d'abord, puis beaucoup décriée, dans l'épididymite; c'est la compression, dont, pour le dire en passant, l'invention nous semble être définitivement et pleinement acquise au professeur Fricke, de Hambourg.

Pour la pratiquer, on saisit le testicule du côté malade, on l'isole du côté sain et, à l'aide de bandelettes de sparadrap de Vigo *cum mercurio*, on commence un premier tour de circulaire à la racine des bourses, immédiatement au-dessus de la partie supérieure du testicule du côté malade, de manière à refouler l'organe et à le tenir emprisonné dans la partie inférieure du scrotum. En procédant alors de haut en bas, et en rendant la compression aussi égale et aussi uniforme que possible, on dirige la bandelette en spirale, en imbriquant chaque tour de moitié sur le tour précédent. Une fois arrivé à la partie inférieure du testicule que l'on ne peut exactement recouvrir, on place d'autres bandelettes à anse, dans le sens longitudinal. On fixe enfin les chefs de ces bandelettes par une seconde enveloppe de bandelettes circulaires. L'organe se trouve, de cette manière, entièrement enveloppé dans une coque de sparadrap de Vigo; ce bandage, que nous réclamons l'honneur d'avoir employé le premier en France, et d'avoir popularisé, réussit souvent, lorsqu'il est bien appliqué, d'une façon régulière et uniforme. Dans l'espace, non pas de quelques jours, mais de quelques heures, souvent on constate une diminution très appréciable dans le volume de la tumeur. Mais il exige une surveillance de tous les moments, et une grande habitude dans le mode d'application; sans quoi, il devient beaucoup plus nuisible qu'utile, et peut déterminer la production de graves accidents. Si on ne suit pas le retrait de la tuméfaction en resserrant le bandage, la compression n'étant plus égale et restant toujours plus forte à la racine des bourses, l'étranglement qui en résulte ne tarde pas à amener une recrudescence qui fait échouer le traitement. Une autre cause d'insuccès est celle qui tient à ce que l'on n'a point assez serré les premiers tours de bandelettes; alors le testicule s'échappe, le scrotum est comprimé et s'œdématie, ou bien la compression ne porte que sur une partie de l'organe.

Pour tirer bon parti de la compression, il est un assez grand nombre de conditions à observer et de précautions à prendre. Et d'abord, il faut se garder d'y recourir lorsque

FEUILLETON.

Sur le traitement des dérangements de l'excrétion urinaire causés par l'hypertrophie de la prostate, par le docteur Aug. MERCIER (1).

J'ai démontré jusqu'à l'évidence, je crois, que les désordres fonctionnels des organes urinaires chez les hommes âgés ne dépendent pas, comme on ne l'a cru que trop longtemps, d'une paralysie essentielle et pour ainsi dire *sénile* de la vessie ou de son col, mais presque toujours d'une tuméfaction de la prostate. J'ai fait voir pourquoi cette tuméfaction avait été dans beaucoup de cas méconnue, et comment, suivant qu'elle se produit sous telle ou telle forme, elle détermine tantôt l'incontinence, tantôt la rétention d'urine, et quelquefois même n'amène aucun changement appréciable dans l'excrétion de ce liquide. De cette dernière proposition j'ai tiré cette conséquence nécessaire, que les troubles de l'excrétion urinaire dépendant, non pas de la tuméfaction prostatique en elle-même, mais de la forme qu'elle imprime à la portion de l'urètre qui traverse la glande, l'exploration par le rectum n'est que d'une faible utilité, et que c'est surtout du côté du conduit urinaire que les recherches doivent être faites. Enfin, j'ai exposé comment, à l'aide de ma sonde coudée (2), j'obtiens toutes les données nécessaires pour poser les bases d'un traitement rationnel.

Sans m'occuper du cathétérisme dans les engorgements prostatiques, opération dont j'ai établi les règles dans plusieurs autres publications, je me propose aujourd'hui de dire quelques mots du traitement.

Lorsqu'on croyait que la rétention et l'incontinence d'urine qu'on remarque si souvent chez les hommes âgés dépendaient d'une paralysie limitée aux organes qui expulsent ou retiennent ce liquide, c'est à réveiller leur contractilité que tendaient tous les efforts du praticien: on administrait les cantharides, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, sous forme de vésicatoires, de frictions, etc.; on en portait même dans la vessie. Toutes les substances excitantes ont d'ailleurs été injectées dans ce viscère, telles que décoction de quinquina, vin, alcool, acides, alcalis, eaux sulfureuses, ferrugineuses; on a vanté dans ces derniers temps les injections d'eau simple, mais très chaude; d'autres préfèrent l'eau très froide. On a cherché aussi à agir par le rectum, et on a administré des lavements stimulants, et notamment de fumée ou d'infusion de tabac. Deux médicaments ont été préconisés, il y a quelques années, ce sont la strychnine et le seigle ergoté. Il va sans dire que tous les révulsifs extérieurs, frictions, moxas, douches, etc., n'ont pas été négligés. On a été jusqu'à mettre des sondes à demeure, afin, disait-on, que leur extrémité réveillât la contractilité de la vessie en frottant contre ses parois.

Il est évident que chercher à réveiller la contractilité de la vessie lorsque son col est hermétiquement fermé, c'est s'exposer à activer l'inflammation à laquelle la stagnation de l'urine et la distension ne la disposent déjà que trop. Cet effet sera presque immanquable si des substances irritantes sont portées dans son intérieur. Aussi Desault, malgré sa croyance à la paralysie en pareil cas, avait-il remarqué que *ces remèdes nuisent fréquemment et sont rarement utiles* (1).

Mais enfin ils réussissent quelquefois; ce fait est incontestable; dans quelques cas même il suffit d'introduire une sonde dans la vessie, régulièrement et à des intervalles convenables, pour voir celle-ci reprendre peu à peu ses fonctions. Mais cela prouve-t-il qu'il y avait alors paralysie sénile et non pas hypertrophie de la prostate?

Voici la vérité à cet égard.

A mesure que la tuméfaction de la glande ferme davantage le col de la vessie, celle-ci éprouve une difficulté de plus en plus grande à se vider. Souvent elle lutte pendant quelque temps avec succès, grâce à l'hypertrophie dont sa couche charnue devient le siége; mais dans bon nombre de cas elle finit par se fatiguer, par se laisser distendre et perdre sa contractilité. La rétention d'urine qui survient alors d'une manière plus ou moins complète est donc l'effet de deux causes combinées, obstacle matériel au col de la vessie et inertie consécutive du corps de cet organe. Bien des fois la première, sans la seconde, n'aurait pas été suffisante: de là vient que si l'on combat et fait disparaître celle-ci, le cours de l'urine peut se rétablir plus ou moins, jusqu'à ce que la persistance de la cause primitive ait ramené les mêmes désordres secondaires.

Ainsi donc l'idée de paralysie sénile de la vessie a été dans beaucoup de cas nuisible aux malades; et si le traitement qui s'en est suivi a été utile quelquefois, ce n'est que par hasard: c'est en laissant le sujet dans les conditions qui ont provoqué les accidents, et qui les reproduiront par conséquent d'une manière presque infaillible dans un temps peu éloigné.

Les sondes à demeure méritent cependant une mention spéciale. Elles ont produit un certain nombre de guérisons assez durables, mais par un mode d'action bien différent de celui qui a été rapporté plus haut.

Pour peu que ces instruments aient de volume (et presque toujours ce sont des numéros assez élevés qu'on emploie alors à cause de la largeur du canal), ils ont une roideur qui maintient relevées les tumeurs ou valvules formées par la prostate derrière le col de la vessie; parfois ils déterminent sur les parties saillantes un affaissement, et même, dans quelques cas, un travail d'ulcération, ce dont j'ai fait voir des exemples à mon cours. Toutes ces conditions contribuent à désobstruer l'orifice interne de l'urètre. Cela peut encore avoir lieu quand l'hypertrophie siége au centre de l'un des lobes latéraux et dévie le canal du côté opposé: la sonde tend à en opérer le redressement et à affaisser la tumeur.

D'un autre côté, cet instrument permettant au malade de vider sa vessie à volonté, celle-ci n'est plus soumise à la distension forcée qui lui avait fait perdre sa contractilité, et elle la recouvre peu à peu,

(1) Ce travail est un résumé succinct des idées que je viens d'exposer sur ce sujet dans mon cours de l'Ecole pratique.

(2) Voy. *Gaz. des Hôp.* du 11 janvier 1845.

(1) *Œuv. chir.*, t. III, p. 134.

l'affection est à une période d'acuité très intense, que sa marche est très rapide, que le cordon spermatique est engorgé dans tous ses éléments; qu'il existe un épanchement dans la tunique vaginale; si le tissu cellulaire sous-cutané ou profond des bourses est le siége d'une inflammation phlegmoneuse franche; si le testicule est véritablement enflammé et qu'il y ait orchite, l'engorgement du canal déférent seul n'est pas une contre-indication. La compression réussit très souvent et abrége de beaucoup la durée de la maladie lorsqu'on l'emploie dans des cas d'épididymite simple, que préalablement on a évacué la sérosité qui peut se trouver épanchée dans la tunique vaginale; enfin, que la maladie est arrivée à une période de *statu quo* ou au commencement de la période de déclin.

Lorsque la compression est appliquée dans de bonnes conditions, qu'elle doit produire de bons résultats, on observe que la douleur, peut-être rendue un peu plus vive pendant l'application des bandelettes, cesse graduellement dans un court espace de temps, dans la première demi-heure ordinairement qui suit le pansement. La cessation de la douleur est donc un signe auquel on reconnaît que la médication employée doit avoir un bon résultat. Si, au contraire, la douleur va croissante, ou même seulement ne diminue pas, ce qui peut dépendre ou d'une application peu régulière des bandelettes, ou d'une réaction trop vive de l'organe enflammé, c'est une preuve que la méthode ne sera point suivie de succès. Il faut, dans ces cas, l'enlever de suite, sous peine de voir survenir les accidents les plus graves d'inflammation, de suppuration ou de gangrène plus ou moins étendue.

Il est bien essentiel de distinguer les accidents d'étranglement qu'une compression intempestive ou mal faite peut déterminer, de la douleur que peut exercer le premier tour de bande, qui excorie et coupe souvent la peau vers la racine des bourses, au moment où on l'applique. Dans le premier cas, lorsque l'on a enlevé l'appareil, on est presque toujours obligé d'y renoncer pour toujours; ou, si l'on peut y revenir, ce n'est que lorsque les phénomènes inflammatoires ont complétement cessé. Dans le second cas, on peut y revenir immédiatement.

Lorsque l'on est arrivé à la période de déclin, après les antiphlogistiques, il faut se hâter de chercher à obtenir la résolution. Pour l'épididymite, il en est comme de toutes les autres inflammations. Les meilleurs moyens résolutifs à mettre en usage pour combattre les engorgements de l'épididyme ou du testicule, suite de la blennorrhagie, sont l'onguent mercuriel en première ligne; l'onguent mercuriel est un des résolutifs, des antiphlogistiques les plus énergiques.

Lorsque l'on est encore près de la période, on fait faire sur le testicule des embrocations d'onguent mercuriel double. En même temps, on insiste sur les cataplasmes dits résolutifs, de farine de seigle, de faîne, etc. Il y a une période de la maladie à laquelle il ne faut plus autant insister sur les émollients. L'emploi de cataplasmes trop longtemps prolongés a l'inconvénient d'empêcher la résorption du liquide épanché dans la tunique vaginale. On doit alors se contenter de simples embrocations, et substituer aux frictions des emplâtres particuliers. L'emplâtre de Vigo *cum mercurio* jouit d'une grande réputation. L'emplâtre de savon est encore meilleur à notre avis, surtout lorsque l'on a déjà fait usage des mercuriaux. Quelquefois l'emplâtre de Vigo, appliqué sur la peau des bourses, détermine la salivation, inconvénient que ne présente pas l'emplâtre de savon.

Parmi les pommades résolutives, les pommades d'iodure de plomb, d'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes d'iodure pour 100 grammes d'axonge, peuvent encore produire d'heureux effets. Si malgré les médications les plus méthodiques et les plus rationnelles la maladie persiste, on obtiendra quelquefois de bons effets des fumigations aromatiques, des douches de vapeur dirigées sur les bourses, des bains alcalins et, à l'intérieur, de l'administration du calomélas à doses fractionnées, comme moyen antiplastique, diffusif, fondant. Les préparations mercurielles, le calomel en particulier, ont souvent été suivies d'heureux effets, et cela même dans des affections où n'existait pas le moindre symptôme de syphilis. Les pilules que nous employons se composent de:

0,10 gr. de calomel préparé à la vapeur,
0,10 de savon médicinal,
0,10 d'extrait de ciguë.

Il faut que ces pilules agissent comme un laxatif, il ne faut pas que l'effet soit purgatif; aussi est-il nécessaire de veiller à l'action de ces pilules, autant sur le tube digestif que sur la bouche. La dose est d'une matin et soir. On peut progressivement l'augmenter et la porter de deux à six dans les vingt-quatre heures. Avec les moyens que nous indiquons ici, il n'est pas d'épididymite simple qui résiste.

D'après tout ce que nous avons dit, il est évident que ceux-là sont dans une grande erreur, qui, toutes les fois qu'il y a épididymite, à quelque période qu'on la prenne, et lors même qu'il n'y a pas de complication syphilitique, disent qu'il y a virulences et font suivre au malade un traitement antisyphilitique. On peut guérir l'immense majorité des épididymites sans onguent mercuriel, sans emplâtre de Vigo, à bien plus forte raison sans aucun traitement interne. Ceci est important, et mérite toute notre attention. Rappelez-vous qu'il n'est pas indifférent de tenir un malade pendant six mois sous l'influence d'un traitement mercuriel.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 18 août 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Mélier dépose sur le bureau l'article additionnel suivant, qu'il se propose de développer quand le moment en sera venu.

« L'Académie émet le vœu qu'une conférence, ou espèce de congrès, soit instituée par les soins du gouvernement entre les différentes nations intéressées dans la question des quarantaines, afin de régler de concert la durée et les conditions de ces quarantaines, et de les rendre obligatoires pour toutes. »

— *M. Sanson (Alph.)* adresse à l'Académie une lettre dont voici les conclusions:

« Il est désirable:

» 1° Que le gouvernement trouve disponible, dans le port d'Alexandrie au moins, un vaisseau-hôpital destiné à transporter les pestiférés au lieu le plus voisin parmi les localités placées hors des influences propres à donner lieu au développement spontané de la peste.

» 2° Que le gouvernement français sollicite la formation d'une Commission composée de membres appartenant aux puissances intéressées pour en arriver à l'admission d'un système sanitaire commun.

» 3° Que cette Commission, après avoir pris communication des projets d'expériences qui lui auront été soumis, règle le programme des procédés dont elle se propose d'user pour que ce programme soit accepté par les gouvernements respectifs qu'elle représente, après que ceux-ci auront consulté, au besoin, les autorités compétentes sur la matière. »

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

M. Londe demande la parole pour une rectification.

Lorsque la parole m'a été accordée dans la discussion qui nous occupe, l'Académie m'a honoré d'une bienveillance dont je ne saurais être trop reconnaissant; mais il paraît qu'au milieu du profond silence qui régnait tandis que je parlais, un de nos honorables collègues se serait profondément endormi, et aurait été, à son réveil, victime d'une véritable mystification. C'est contre cette mystification dont a été victime M. Rochoux que je réclame aujourd'hui. Voici comment il s'exprime: « Vous le voyez, Messieurs, tout condamne notre ancien système, et rien ne vient à son appui, si ce n'est peut-être M. Londe. »

Messieurs, vous m'avez entendu; je vous demande si le système quarantenaire a été combattu par qui que ce soit d'une manière plus énergique que par moi.

M. Castel déclare qu'à ses yeux la discussion qui s'est engagée sur la spontanéité de la peste est une superfluité. Il eût suffi de mettre en regard la peste endémique et la peste importée. Les considérations auxquelles eût donné lieu ce rapport auraient suffi pour fonder les mesures sanitaires que l'on voulait proposer. La Commission avait d'abord le dessein de ne pas avouer la contagion. Dans ce but, elle avait fait du règne épidémique de la peste la condition principale de sa transmissibilité, ne voyant pas que de là résultait un argument invincible contre la permanence des lazarets. En lisant la première conclusion du rapport, on reconnaît que la Commission s'est engagée dans un dédale d'où elle ne sortira point. Les efforts mêmes qu'elle tente pour justifier son œuvre attestent son impuissance. Elle n'a point compris la question qu'elle était chargée d'élucider..... La transmissibilité, que la Commission attribue en partie à des causes locales, en partie à une constitution pestilentielle, M. Londe la repousse précisément à cause de l'insalubrité bien constatée des lieux où la peste sévit ordinairement. Cette considération, si utile pour rendre raison des agents qui produisent la peste, ne jette aucune lumière sur les causes qui en empêchent la communication. L'insalubrité d'une prison, d'un hôpital, d'un marais qui fait naître le typhus est-elle un obstacle à sa transmissibilité?

Après avoir signalé les contradictions qui existent entre les opinions de la Commission et celles de quelques-uns de ses membres, particulièrement de M. Londe, sur le mode de transmissibilité de la peste, la question de contagion, d'infection, etc., l'orateur ajoute: Le travail de la Commission est tellement défectueux, si peu médical, que vous ne parviendrez point à le rendre digne de l'Académie par quelques modifications, par des amendements; personne ici ne l'approuve complétement, et cependant, depuis trois mois, on n'y a rien changé. Rien de ce que l'on nous oppose n'a été délibéré dans le sein de la Commission; nous ne discutons qu'avec son rapporteur, qui, à chacune de nos réflexions, répond par une argumentation nouvelle. Les membres de la Commission sont venus, en leur propre et privé nom, donner leur approbation à l'œuvre commune; ce n'est point là la marche ordinaire d'une discussion sérieuse et suivie. J'estime que l'Académie ne doit point accorder son patronage au rapport, qu'elle doit prendre sous sa responsabilité le tableau des mesures sanitaires seulement, après qu'une mûre délibération en aura fait l'ouvrage de la Compagnie. Je demande la suppression de la première conclusion, qui n'est qu'une trivialité, et dont la rédaction est fort ambiguë. Je demande la suppression de toutes les autres, parce qu'elles exposent des faits et non des déductions; elles sont une récapitulation inutile et superflue d'assertions sujettes à controverse. J'ai l'honneur de proposer à l'Académie les propositions générales qui suivent:

Un sol bas et humide, une température atmosphérique très élevée, les émanations que répandent des substances animales ou végétales putréfiées, une mauvaise alimentation, et les autres influences débilitantes, telles sont les principales causes de la peste. Elle pourra donc naître dans toute région dans laquelle ces causes se seront développées. Là où elles existent constamment, la peste est endémique.

La transmission de la peste dépend d'un grand nombre de conditions; rarement ces conditions se trouvent réunies.

La peste a ses variétés, ses divers modes, comme les autres maladies. Dans les degrés qu'elle présente, dans les modifications qui ont été observées, la peste du Levant est celle qui affecte le plus d'uniformité, et dont les chances sont le plus redoutables.

M. Adelon repousse l'un après l'autre les divers points de l'argumentation de M. Prus; il démontre qu'il était utile d'étudier séparément les pestes venant par des conditions locales d'insalubrité inhérentes aux lieux; celles venant par influences épidémiques; celles venant par importation. On a reproché à M. Adelon d'avoir commis une erreur dangereuse en disant que ce qui importait surtout à la législation sanitaire, c'était moins de connaître les lieux où la peste naît spontanément, que ceux où elle existe spontanément. Jamais il n'a dit qu'il ne fût pas utile, pour la législation sanitaire, de connaître les lieux où la peste naît spontanément; il a présenté, au contraire, la désignation de ces lieux comme le principal des deux objets qu'avait eus en vue la Commission dans l'étude qu'elle a faite de la peste spontanée. C'est, a-t-il dit, une notion utile que de savoir que la peste qui existe actuellement dans un pays y a éclaté spontanément; mais souvent cette notion peut être incertaine, controversée. Ce qui est vraiment capital pour la législation sanitaire, c'est de savoir que la peste existe actuellement dans un pays, y existe toujours ou temporairement, et plus ou moins fréquemment.

M. Adelon n'a point dit non plus que l'intervention des médecins fût inutile pour constater l'existence de la peste; il a avancé seulement que généralement la peste, par ses effrayants ravages, révélait bientôt elle-même sa présence dans les pays où elle existe; c'est sur la notoriété publique seule qu'est établie l'opinion ancienne et universelle, que la peste existe toujours ou souvent dans le levant.

M. Adelon examine rapidement les principales épidémies de peste mentionnées par le rapporteur, discute la question de savoir si ces épidémies peuvent être regardées comme le produit d'un développement spontané de la maladie ou comme le résultat d'une importation, et conclut de cette manière:

De plus en plus convaincu que la question posée par la Commission est sans application directe avec la législation sanitaire, et qu'on ne ne peut arriver, par elle, à aucun résultat certain, je persiste dans ma proposition, de restreindre les recherches à la désignation des lieux où, *aujourd'hui*, la peste naît spontanément, et à renvoyer le chapitre et la conclusion à la Commission.

Après une courte réplique de M. Prus, l'Académie décide que la première conclusion sera mise aux voix au commencement de la séance prochaine.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 août 1846. — Présidence de M. MATHIEU.

On procède à la nomination d'une commission pour l'examen des mémoires envoyés au concours, sur la question relative au *Développement de l'œuf chez les mammimères*. Cette commission est composée de MM. Flourens, Duméril, Serres, Dumas, Velpeau.

Pour la question conçue en ces termes: *Quels sont les caractères*

---

spontanément, sauf quelques cas cependant où la médecine a besoin d'intervenir, comme je le dirai dans un autre travail.

Les sondes à demeure auraient donc de grands avantages si malheureusement elles n'avaient des inconvénients plus grands encore.

Le premier, c'est que leur bec irrite, enflamme, ulcère et perfore même quelquefois la vessie, quoique, à vrai dire, ces perforations soient beaucoup plus rares qu'on ne le croyait avant le mémoire que j'ai publié en 1836 sur certaines perforations spontanées de cet organe. Pour éviter cette action fâcheuse des sondes, on a conseillé de les enfoncer peu et de laisser constamment dans l'organe une certaine quantité d'urine. Mais, en agissant ainsi, on s'expose à ce que leur extrémité sorte à chaque instant de la vessie, et à ce que celle-ci, n'ayant jamais de repos complet, ne reprenne que très lentement le ressort qu'elle a perdu. Joignez à cela que l'irritation et la sécrétion muqueuse occasionnées par la présence du corps étranger altèrent promptement l'urine, d'où pour la vessie une nouvelle cause de désorganisation, surtout si ce liquide ne s'y renouvelle pas assez souvent et d'une manière complète.

En second lieu, si la roideur de la sonde affaisse et ulcère avec le temps les saillies qui obstruent le col de la vessie, la pression qu'elle exerce n'est pas moins forte sur la paroi inférieure de l'urètre, au niveau du ligament suspenseur, là où ce canal change de direction et descend avec la verge, dont il fait partie. Dans le premier point, la paroi urétrale est soutenue par un tissu compacte, le tissu prostatique; dans le second, il n'y a presque rien. Aussi l'ulcération marche-t-elle beaucoup plus vite en général dans celui-ci que dans celui-là, et de là ces abcès, ces infiltrations urineuses et ces fistules qui se produisent si souvent à la racine antérieure du scrotum pendant le séjour des sondes, accidents sur lesquels j'ai appelé l'attention d'une manière toute spéciale dans un mémoire publié en 1840. Je possède des pièces anatomiques à l'appui de ces assertions.

On voit, par ce qui vient d'être dit, que si le traitement des sondes à demeure a quelques avantages, il a, indépendamment de l'immobilité funeste à laquelle il condamne presque nécessairement les malades, des dangers tels, qu'il doit être rejeté, toutes les fois qu'il est possible de faire autrement.

Lorsque l'hypertrophie de la prostate a été telle qu'on n'a pu méconnaître son rôle, c'est à diminuer son volume qu'on s'est appliqué, et on a préconisé tous les fondants imaginables: l'eau salée, l'eau de mer en bains et en boissons, le calomel à l'intérieur, ainsi que le sublimé, l'iode et ses composés, l'iodure de potassium entre autres. Mais je doute qu'on ait, par ces divers moyens, diminué tant soit peu le volume de la glande; aussi sont-ils presque entièrement abandonnés. Quelques succès cependant ont, dit-on, été obtenus; mais il est probable que, dans plusieurs de ces cas, on avait affaire à autre chose qu'à une hypertrophie de la prostate, et que, dans ceux d'hypertrophie véritable, l'amélioration survenue doit être expliquée d'autre manière. Il faut si peu pour donner passage à l'urine, que, dans certains cas, le cathétérisme répété, la vacuité habituelle du rectum, ou toute autre cause peu importante en apparence, doit avoir eu une influence plus grande sur la miction que le dégorgement qu'on croit avoir obtenu. D'autres fois, c'est à la manière d'employer le médicament, plus qu'au médicament lui-même, que doit être rapporté, suivant moi, tout l'honneur de la cure. Ainsi, lorsque M. Stafford dit avoir guéri des engorgements prostatiques à l'aide de l'iode et de ses composés portés sur le point malade, je crois que c'est au passage répété de la bougie et à ses frottements sur la saillie morbide, que doit être rapportée l'amélioration survenue dans le cours des urines, bien plus qu'à l'action locale et à l'absorption du médicament.

Les résultats qu'on produisait sur le col de la vessie, sans les comprendre, à l'aide des sondes à demeure, on a cherché, il y a cinquante ans environ, à les produire volontairement et à l'aide de moyens moins dangereux, puis qu'ils n'étaient appliqués que momentanément. Physick (de Philadelphie) introduisait dans la vessie une sonde terminée par un petit sac de baudruche; il distendait ce petit sac par une injection, et le ramenait aussi fortement que possible dans l'orifice interne de l'urètre, de manière à en écarter les bords. Ce moyen était rationnel, mais devait être peu efficace; car on ne pouvait exercer une pression un peu forte sans que le petit sac ne fût exposé à se rompre.

Il y a quelques années, M. Le Roy a imaginé de pratiquer une pression sur le bord postérieur du col à l'aide d'une sonde élastique, qu'il introduisait au moyen d'un mandrin courbe et qu'il redressait ensuite en y passant un mandrin droit. MM. Meyrieux et Tanchou eurent l'idée d'introduire la sonde à l'aide d'un mandrin susceptible d'être redressé à volonté après l'introduction. On voit que le canal est en définitive traversé par une sonde droite. Ma sonde coudée produit le même effet lorsque son coude a franchi le col de la vessie. Ces instruments peuvent être employés avec avantage, le dernier surtout qui entre plus facilement que le mandrin droit de M. Le Roy, et qui est beaucoup plus simple et moins coûteux que celui de MM. Meyrieux et Tanchou, sans compter qu'il peut servir à bien d'autres usages. Cependant tous ont des inconvénients qui leur sont communs: la pression qu'ils exercent sur le col de la vessie est peu forte, presque invariable, tandis qu'ils opèrent une dépression assez douloureuse, pour peu qu'elle se prolonge, sur la paroi inférieure de l'urètre, au niveau du ligament suspenseur de la verge.

Voici un appareil bien simple dont j'ai retiré de très bons résultats:

On introduit dans la vessie, à l'aide d'un mandrin ordinaire, une sonde élastique volumineuse et sans yeux; on retire le mandrin, puis on le remplace par une tige d'acier inflexible dans les trois quarts à peu près de sa longueur, flexible et élastique dans son quart terminal, et renflée en olive à son extrémité. Cette tige, quoique droite, pénètre très facilement dans toute l'étendue de la sonde à cause de l'élasticité de sa partie antérieure. Une fois introduite, on élève son pavillon. Agissant alors à la manière d'un levier du premier genre et prenant son point d'appui sur le bord inférieur de l'arcade pubienne, cet instrument exerce par son extrémité interne une pression d'autant plus énergique sur le bord postérieur du col de la vessie que son extrémité externe est relevée plus fortement vers l'abdomen du malade. De cette manière on varie la pression suivant les sensations qui en résultent, et on n'exerce pas sur la paroi inférieure de la portion spongieuse de l'urètre la pression douloureuse qu'on peut reprocher aux instruments précédents.

distinctifs des morts apparentes? Des moyens de prévenir les enterrements prématurés. L'Académie nomme une commission composée de MM. Rayer, Andral, Serres, Magendie, Duméril.

— *M. Ch. Robin* adresse un paquet cacheté, renfermant des recherches sur certains points d'anatomie comparée.

— *M. Matucci* adresse une note relative à l'appareil électrique du gymnote; cet appareil se composait, suivant l'auteur, d'une grande quantité de petites piles électriques, pouvant agir soit simultanément, soit isolément; la force de la décharge est proportionnée à la longueur de la portion de l'appareil mis en jeu.

— *M. Dumas* présente au nom de M. Bonnet (de Lyon), des recherches sur l'action de l'air et de l'oxygène sur les globules du sang. Le même auteur a fait avec le sel marin des expériences qui ont donné un résultat contraire à celui qu'a obtenu M. Dumas. M. Bonnet pense que le sel marin conserve les globules du sang. M. Dumas a trouvé qu'il les détruisait. Il est probable, d'après ce dernier, que cette différence tient à ce que lui, M. Dumas, aurait mis en contact des globules de sang avec le chlorure de sodium, tandis que M. Bonnet aurait fait ses expériences sur le sang entier non privé de son albumine.

Une remarque curieuse de M. Bonnet, est celle qu'il a faite sur l'action du sulfhydrate d'ammoniaque sur le sang; Il a observé que la moindre tache de cette substance suffit pour détruire les globules, et empêcher le sang de *s'artérialiser*, de prendre cette teinte rouge caractéristique que produit le passage à travers le poumon.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Chute d'un second étage. Rupture de la vessie. Fracture de la branche transversale du pubis. — Nous recevons de M. le docteur de Brantes le fait suivant, que nous rapportons en détail.

Boglin (Paul), chasseur au 8e régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital militaire d'Ajaccio (Corse) le 11 juin 1845. Dans un état complet d'ivresse, ce malade se lève dans la nuit pour uriner, et, croyant prendre la porte, il passe par la croisée et tombe d'une hauteur de douze mètres sur la plante des pieds. Au moment de la chute, il conserve une minute encore la position verticale; mais bientôt il se laisse tomber.

Transporté à l'hôpital à trois heures du matin, Boglin présente les symptômes suivants: abattement général; torpeur; respiration assez normale; pouls à 100 pulsations; abdomen distendu et se ballonnant très sensiblement; douleur profonde dans toute l'étendue de l'hypogastre, augmentant d'intensité à la moindre pression; large ecchymose au pli de l'aine du côté droit; gonflement de l'articulation tibio-tarsienne du même côté; besoin incessant d'uriner sans que le malade puisse y satisfaire. Rien du côté du cerveau; l'*intelligence est saine*. Sondé aussitôt, il s'écoule une quantité d'urine sanguinolente que nous avons estimé à 250 grammes. La sonde est laissée à demeure, et livre passage à du sang. — Deux saignées de 500 grammes; applications renouvelées de sangsues sur l'abdomen; bandage compressif au pied; diète; eau vinaigrée pour boisson.

A midi, le malade présente tous les symptmes d'une péritonite marchant avec une rapidité désespérante; le ventre ne peut plus supporter la moindre pression. Une nouvelle saignée est pratiquée, elle sera renouvelée à huit heures du soir; les sangsues n'ont cessé d'être appliquées sur le ventre.

Cette énergique médication antiphlogistique n'a produit aucun bien sensible. La nuit est sans sommeil et très agitée; le pouls est à 120.

Le 12, même état. Urine rosée. Les mouvements imprimés au malade en le changeant de lit font reparaître l'hémorrhagie. — Saignée de 400 grammes; sangsues à l'hypogastre.

Le 13, l'état du malade n'est pas meilleur, quoique la péritonite semble être stationnaire.

Le 14 et le 15, abdomen moins saillant, moins douloureux; l'urine qui s'échappe goutte à goutte par la sonde n'est plus rouge, mais elle contient évidemment du pus. — Sangsues sur l'abdomen; diète; guimauve.

Sommeil de courte durée dans la nuit du 15. Le 16, le malade se plaint de pesauteur vers la fin du rectum. Il n'y a pas eu de selles depuis le 11. — Lavement émollient; selle abondante; somnolence pendant la nuit.

Le 17, état général moins satisfaisant; altération du facies; le malade répond mal et difficilement aux questions qu'on lui adresse; abdomen moins douloureux, si ce n'est à la région suspubienne; pouls à 115; somnolence agitée Le soir, tous les symptômes s'aggravent; le blessé présente une entière indifférence pour ce qui l'entoure; perte de l'ouïe et de la parole; région suspubienne présentant une teinte mate terreuse; peau sèche et brûlante; respiration gênée, plaintive, irrégulière; mouvements automatiques de la face et des membres. — Saignée générale, sangsues. Nuit agitée; le malade retire plusieurs fois la sonde; suppuration abondante par l'urètre.

Le 18 au matin, l'intelligence est abolie; le pus qui s'écoule par l'urètre est de plus en plus abondant; le sang retiré par la veine du bras ressemble à du vin troublé et gâté; déglutition difficile; pouls à 120, petit, irrégulier. — Décoction de quinquina pour boisson; vésicatoire à la nuque; lavement avec eau de mer; injection de quinquina dans la vessie.

Le 19, même état; l'ouïe revient; mais, ne pouvant répondre aux questions qu'on lui adresse, le malade pleure et paraît très impressionné de son état. Le pouls est toujours très fréquent; le ventre est plus mou, moins distendu.

Le 20 et le 21, le malade urine seul, mais en fort petite quantité; l'hypogastre est le siége d'une chaleur âcre et brûlante; l'intelligence est entière, mais l'aphonie continue. Une saignée de 300 grammes; sangsues sur l'abdomen; fomentations émollientes; nuit assez calme; quelques heures de sommeil; pouls à 120; urine purulente; faiblesse générale; embrocation avec l'onguent mercuriel; nuit sans sommeil, mais sans agitation.

Le 22 et le 23, pas de notable amélioration; il y a prostration complète des forces; le pouls, très petit, est à 125; les traits ne s'harmonisent plus; l'abdomen se ballonne de nouveau; ne pouvant uriner, le malade est de nouveau sondé, et l'urine toujours purulente exhale une forte odeur d'acide sulfhydrique, et imprime à la sonde la couleur noir-violacé propre à cet acide; 28 sangsues sont appliquées à la région suspubienne.

Dans la nuit du 23, la douleur se localise à la région vésicale; le malade ne veut plus ni fomentations ni embrocations; il arrache plusieurs fois la sonde qu'il porte et paraît dans une vive agitation.

Le 24 et le 25, les forces diminuent de plus en plus; la douleur augmente d'intensité; la peau est jaunâtre, sèche et brûlante; la sonde laisse s'écouler quelques gouttes de pus; le regard est immobile; le pouls vibre 130 pulsations; l'anéantisssement fait des progrès rapides.

Le 27, l'agonie survient, et le malade meurt à huit heures du soir avec tout le cortége des terminaisons par gangrène.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Ecchymose de toute l'articulation tibio-tarsienne droite; déchirure du ligament externe; fracture par écrasement d'une lame mince du calcanéum. Vaste ecchymose occupant tous les tissus de la région inguinale et s'étendant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Fracture de la branche transversale du pubis à un pouce de la symphyse. L'ouverture de l'abdomen laisse échapper environ 500 grammes d'un liquide purulent, de couleur noirâtre et d'une fétidité repoussante. Le feuillet pariétal du péritoine, depuis l'ombilic jusqu'au bassin, est d'une couleur noirâtre-ardoisé; à gauche, le psoas et l'iliaque désorganisés nagent au milieu d'un pus fétide, noir, gangréneux. Le grand épiploon est gangrené dans sa moitié inférieure, l'intestin grêle dans sa partie antérieure seulement, et les colons ascendant et descendant participent aussi à la couleur noirâtre, mais ne présentent aucune perforation dans leur étendue. La vessie, adhérant intimement à la paroi abdominale, est petite, ratatinée et noirâtre. Isolée avec soin en détruisant ses adhérences, on voit à la partie supérieure et latérale gauche une rupture de *deux centimètres* environ. Les membranes de la vessie sont très épaisses; elle est ridée intérieurement, et sa cavité logerait à peine un œuf de pigeon. Son bas-fond contient de l'urine et du pus.

Bibliographie.

Eléments d'histoire naturelle; par M. Duméril. (2e édition.)

M. le professeur Duméril vient de donner une nouvelle édition de ses Eléments d'histoire naturelle. Ce livre parut il y a plus de quarante ans, et il eut une grande influence sur l'étude des sciences naturelles, qu'il résume presque toutes. Mais depuis 1330, des circonstances particulières avaient empêché l'auteur de les mettre au niveau des connaissances actuelles; il y avait donc beaucoup de petites lacunes à combler, beaucoup de faits nouveaux à faire connaître. Toutefois, rien n'a été changé au plan primitif de l'ouvrage. Le monde inorganique et le monde organique ont été successivement étudiés. L'ouvrage entier forme deux volumes in-12. Le premier est consacré à l'étude de la physique, de la chimie et de la botanique; le second renferme toute la zoologie. La méthode, la clarté que M. Duméril a mises dans tous ses ouvrages, se retrouvent, avant toute chose, dans celui que nous analysons. Il importe, en effet, que des ouvrages de ce genre soient exécutés par des esprits méthodiques; mais il importe aussi que ces mêmes esprits, tout en s'attachant aux faits qu'ils doivent décrire et classer, sachent en faire ressortir certaines lois générales, certaines applications utiles qui leur donnent un intérêt nouveau et qui attache à leur étude, c'est ce que fit M. Duméril. A propos du monde inorganique, il donne les propriétés générales de la matière, l'action des agents impondérables, etc. A propos des végétaux et des animaux, il s'occupe des différences qui caractérisent ces deux règnes; il donne une idée générale de la vie, des actions et des fonctions qui se passent au sein de l'être vivant. De cette façon, M. Duméril a répandu de l'intérêt dans un ouvrage naturellement aride. Des planches nombreuses intercalées dans le texte aident la mémoire. Cet ouvrage sera très utile aux médecins et aux jeunes gens qui se livrent à l'étude de la médecine; ils y trouveront là toutes les notions indispensables pour répondre aux examens qu'ils sont appelés à subir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Engorgement glandulaire du sein. Traitement. Moyen d'en reconnaître la nature.

M. Tanchou, dans les engorgements chroniques ou les tumeurs des mamelles, recommande les lotions et la pommade suivantes:

Axonge,	30 grammes.
Ou eau distillée,	100
Iode pur,	1
Iodure de potassium,	2

F. S. A. une pommade ou une liqueur. On emploie la première en friction ou plutôt en ooction; la seconde en lotion et en compresses imbibées sur la tumeur, à moins qu'elle soit le siége d'une inflammation réelle, auquel cas on dissiperait d'abord celle-ci par les cataplasmes émollients et l'onguent mercuriel.

Les émollients et le mercure peuvent aussi servir de *pierre de touche* pour savoir de quelle nature est une tumeur ou une ulcération: si les deux symptômes s'améliorent par ces moyens, c'est qu'elles sont franchement inflammatoires; dans le cas contraire, elles sont évidemment d'une mauvaise nature.

Rien, selon M. Tanchou, n'exaspère les douleurs, ne hâte la désorganisation, la dégénérescence cancéreuse comme l'application des émollients et des mercuriaux.

Nouvelle application de l'électro-magnétisme à l'art de guérir; par M. le docteur Smee, professeur à l'Ecole de médecine d'Aldersgate-street.

Dans une de ses leçons, M. le professeur Smée vient de développer une nouvelle et fort intéressante application de l'électro-magnétisme aux besoins de la chirurgie; il s'agit de la constatation, à l'aide de cet agent, de la présence d'aiguilles perdues dans la profondeur des chairs.

On sait dans quelles conditions nouvelles se trouve l'acier qui a acquis les propriétés magnétiques; on sait surtout que les pôles magnétiques semblables se repoussent, et que les pôles opposés s'attirent. Il suffit donc d'aimanter un fragment d'acier enfoncé dans les chairs pour qu'il devienne possible, non-seulement de constater sa présence, mais encore de déterminer sa direction générale par la connaissance de sa polarisation: la quantité de magnétisme qu'il décélera pourra même faire inférer son volume probable.

Lorsqu'on soupçonne l'existence d'un fragment d'aiguille dans une partie, il faut d'abord procéder à l'aimantation de ce corps étranger, et pour cela deux moyens peuvent être employés.

Le premier de ces moyens consiste à transmettre dans la partie où l'on présume exister le fragment un courant galvanique: on enroule autour de l'organe malade un fil de cuivre couvert de soie, puis on met l'une des extrémités de ce fil en rapport avec le pôle zinc d'une pile galvanique, et l'autre avec le pôle opposé. On obtient ainsi un courant que l'on soutient pendant une demi-heure au moins, temps suffisant pour que l'acier soit aimanté.

Le second moyen, ou méthode par induction, consiste à mettre la partie malade en contact étroit avec un électro-aimant pendant l'espace de vingt minutes.

Après avoir mis en usage l'un de ces deux moyens comme il vient d'être dit, on approche de la partie affectée une aiguille à coudre aimantée suspendue à un fil de cocon de ver à soie. Si un fragment d'acier aimanté se trouve contenu dans cette partie, l'aiguille le fait connaître par des phénomènes certains, tels que son agitation, et son attraction ou sa répulsion suivant la position occupée par le corps étranger aimanté.

Pourvu que ce corps étranger ait quelque étendue, il devient possible d'en découvrir la position par la constatation des points occupés par son pôle nord et par son pôle sud; en effet, ces deux pôles seront aisément reconnus parce qu'ils repousseront ou attireront les pôles de l'aiguille indicatrice, suivant l'identité ou la disparité de ces derniers pôles.

A l'aide de cet ingénieux procédé, M. Smee a déjà pu trouver, non-seulement des fragments un peu volumineux d'aiguilles, mais encore de petits fragments d'acier, l'un desquels consistait en une parcelle dont le poids était inférieur à un milligramme.

Emploi de l'ellébore dans le traitement de l'hydropisie; par M. le Dr Maly (de Graetz).

L'ellébore noir était déjà mis en pratique par les anciens comme antihydropique; mais il est tombé en désuétude depuis longtemps. M. le docteur Maly, qui a cherché à le retirer de l'oubli, l'emploie avec succès dans l'hydropisie consécutive à la scarlatine, à la rougeole, et aux autres exanthèmes aigus. Suivant lui, l'effet de ce médicament se manifeste en peu de temps par une augmentation rapide de la sécrétion urinaire.

L'auteur prescrit ordinairement l'ellébore noir, d'après la formule suivante:

Alcoolé d'ellébore noir,	2 à 3 gouttes;
Eau commune,	60 grammes;
Sirop simple,	30 grammes.

M. S. A.

Tous ces dépresseurs, excepté celui de Phisick, n'agissent guère que sur le bord postérieur du col; mais on se rappelle que c'est ce bord qui est le plus souvent le siége de développement morbide à cause de la portion susmontanale (moyenne des auteurs) qui lui est sous-jacente. Du reste, on peut réussir et dans des cas de valvules et dans des cas de tumeurs. Toutefois, il est bon d'ajouter qu'on a plus de chances de succès quand le développement de la portion susmontanale s'accompagne d'un certain développement des portions latérales, parce que alors le canal, ayant son diamètre recto-pubien plus grand, n'est pas aussi facilement oblitéré. On a également plus de chances de réussite dans un cas de tumeur à large base que si celle-ci était pédiculée, parce que, dans le premier cas, elle ne retombe pas aussi facilement à sa première place que dans le second. J'ai fait voir une pièce anatomique dans laquelle une tumeur à large base, traitée de cette manière avec succès, a sa face antérieure déprimée, semblable en quelque sorte à la face postérieure de l'épiglotte.

M. Leroy, dans le but de déterminer une véritable atrophie, a proposé de joindre à sa dépression l'introduction d'un tampon dans le rectum, pour que la portion susmontanale de la glande se trouvât ainsi comprimée entre deux corps solides; mais c'est là une idée peu heureuse. Pour que la compression détermine l'atrophie, il faut qu'elle soit douce et continue. Dans le cas contraire, il en résulte une réaction inflammatoire qui accroît la tuméfaction, loin de la guérir. Joignez à cela le ténesme qui résulte de la présence d'un corps étranger volumineux dans le rectum, et les dangers auxquels expose l'interposition des canaux éjaculateurs et du bas-fond de la vessie entre deux corps durs et pressés l'un contre l'autre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Deuxième note sur la conservation des matières animales; Par M. Edouard Robin.

Dans une note précédente, j'ai avancé que, l'intervention de l'oxygène libre et humide étant essentielle au développement de la putréfaction dans les substances animales et végétales, les agents capables d'absorber à la température ordinaire l'oxygène humide, sont nécessairement antiputrides.

D'après cette théorie, l'acide sulfhydrique en solution aqueuse, corps qui, dès la température ordinaire, absorbe avec tant de facilité l'oxygène humide, et donne naissance seulement à de l'eau et à un dépôt de soufre, devait être mis au nombre des antiputrides. Néanmoins, comme les auteurs le rangent parmi les putréfiants, je m'étais abstenu de le citer.

Des appréciations erronées, des analyses inexactes de ma note sur les antiputrides, insérées dans quelques feuilles, m'ont décidé, en ces derniers temps, à négliger d'autres travaux pour faire sur la fermentation un mémoire complet, que je ne tarderai pas à livrer au public. Alors, j'ai expérimenté avec l'acide sulfhydrique en solution aqueuse: j'ai trouvé que, conformément à la théorie, cette solution, loin d'être putréfiante, s'oppose énergiquement à la putréfaction des matières animales.

Le 31 juillet, deux bandes de chair musculaire d'un poids égal et provenant d'un même morceau de bœuf, ont été introduites, l'une dans un flacon rempli d'acide sulfhydrique en solution aqueuse, l'autre dans un flacon d'égale capacité et rempli d'eau ordinaire aérée. Ces deux flacons, fermés exactement avec des bouchons à l'émeri, puis mastiqués, ont été mis dans un même lieu.

Le 2 août, au matin, j'ai examiné l'état des matières: la chair qui plongeait dans l'eau était déjà devenue plus légère que ce liquide, elle répandait une odeur infecte; la chair plongeant dans la solution aqueuse d'acide sulfhydrique n'avait éprouvé aucune sorte d'altération putride. A l'instant où elle avait été introduite dans la liqueur, elle avait pris une couleur de bœuf cuit; elle l'a conservée. Après l'avoir retirée de la solution, je l'ai lavée à l'eau ordinaire; elle a perdu presque toute odeur d'acide sulfhydrique, et n'a répandu aucune odeur étrangère.

Un autre morceau de bœuf était, depuis le 24 juillet, dans la solution aqueuse d'acide sulfhydrique, le tout bouché à l'émeri et luté; je l'ai retiré le 9 août: il a toujours la couleur qu'il avait prise à l'instant de l'immersion; la chair est très ferme, et, malgré la température, qui n'a pas cessé d'être élevée à un degré extraordinaire, malgré des orages d'une longue durée, elle n'a pas éprouvé le moindre indice de putréfaction.

Ainsi, toutes circonstances parfaitement égales d'ailleurs, tandis qu'une putréfaction très avancée se produisait en moins de deux jours dans l'eau ordinaire, la conservation était parfaite au bout de quinze jours dans l'eau chargée d'acide sulfhydrique.

Le sulfhydrate d'ammoniaque en solution aqueuse très étendue s'oppose aussi à la fermentation putride; seulement, il peut détériorer les matières animales.

M. le docteur Paul, médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan, a été présenté par le Conseil de santé des armées, pour remplacer M. Gasté, médecin en chef de l'armée d'Afrique.

— La chirurgie lyonnaise vient de faire une perte sensible par la mort presque simultanée des deux frères Martin, anciens chirurgiens en chef de la Charité.

Aimé et Etienne Martin, connus sous les noms de Martin l'aîné et Martin le jeune, ont parcouru la même carrière avec la même distinction, et la mort les a surpris à quelques jours de distance. L'un a vécu 79 ans, l'autre 75.

Leurs funérailles ont eu lieu avec un grand éclat. Des discours ont été prononcés par MM. Brachet, Montain, Levrat aîné, Pasquier, Bouchet, sur la tombe de M. Martin aîné. MM. Polinière, Bonnet, Paul Brun ont rendu le même hommage à la mémoire de M. Martin le jeune. Dans tous ces discours, empreints de douleur et d'affection, les talents, les mérites et les qualités des deux frères Martin ont été noblement célébrés, et la médecine et la chirurgie lyonnaises ont trouvé de dignes interprètes.

Pour une potion que l'on administre aux enfants, par cuillerées à café, de temps en temps

Epilepsie accompagnée de phénomènes étranges. Guérison spontanée et presque subite.

Catherine Dubus, âgée de vingt-trois ans, fille pauvre de la commune d'Harnes, est atteinte du haut mal depuis l'âge de neuf à dix ans sans cause connue, avec cette particularité que quelquefois elle exécute un tournoiement rapide avant de tomber. A seize ans environ, ses règles parurent sans influencer notablement la marche de sa maladie. Jusque-là, et dans l'intervalle des accès, elle conserva les attributs extérieurs d'une bonne santé.

Parvenue à l'âge de vingt ans, un jour qu'elle s'était échauffée à la marché, elle perdit connaissance, tomba privée de sentiment comme d'habitude, et revint à elle avec une hémiplégie gauche. A dater de ce jour, la marche lui fut interdite : elle eut des tremblements dans tous les membres ; bientôt après des douleurs, des élancements, des tiraillements d'estomac, des étouffements ; puis elle rendit par les vomissements et les selles des quantités énormes de vers (ascarides lombricoïdes). Six mois durant, elle fut cruellement tourmentée par la présence de ces entozoaires, qu'elle retirait souvent tout vivants de sa bouche. L'ingestion d'une forte décoction d'écorce de racine de grenadier l'en débarrassa entièrement.

Cependant cette jeune fille devenait de plus en plus impotente, au point de ne pouvoir plus, sans aide, quitter une position ; ce qui la tenait constamment au lit. A cette époque on s'aperçut qu'elle n'avait plus ses règles. D'ailleurs elle conservait encore de l'appétit, et même de l'embonpoint, quoi qu'elle vomît assez souvent ses aliments.

Vers la fin de 1844 ses accès prirent une intensité telle, que l'on fut obligé de prendre plusieurs individus pour la contenir dans son lit, où elle était livrée à d'affreuses convulsions, aux mouvements les plus désordonnés.

En avril 1845, la scène change ; les accès jusque-là irréguliers paraissent chaque jour vers midi, et durent jusqu'au soir avec de courtes rémissions. Pendant chaque accès la malade pousse des cris effroyables, comme si elle se débattait contre l'étranglement. Après un quart d'heure environ, l'agitation et les cris cessent subitement ; elle tombe dans une immobilité et une insensibilité complètes, précédées d'une sorte d'extase ou la bouche se couvre d'écume, et durant laquelle la face congestionnée prend un air de ravissement et de béatitude ineffable (les idées religieuses dominaient alors chez cette fille, que des prêtres et la gent dévote visitaient chaque jour). Cet état de résolution dure de cinq à huit minutes environ. Alors la malade ouvre les yeux, parle avec lucidité, et se plaint d'un grand poids sur la poitrine. Quelques minutes après arrive un nouvel accès ; ces quatre périodes d'excitation, d'extase, de résolution et de rétablissement des sens, se succèdent ainsi régulièrement jusqu'au soir. La nuit est calme ; au matin jusque vers midi, Catherine peut s'entretenir avec sa famille et prendre quelques aliments.

A dater de ces scènes étranges, qui se continuèrent jusqu'au mois de juin 1846, cette malheureuse, condamnée à un décubitus dorsal permanent, eut la douleur de voir ses membres se déformer ; ainsi les cuisses se fléchirent fortement sur l'abdomen, et les jambes sur les cuisses, de manière que les pieds vinrent se croiser sur la région anovulvaire ; il en fut de même des pouces, que l'on ne pouvait détacher de la paume de la main : toutes ces parties tendaient avec force à reprendre leur position vicieuse aussitôt qu'on les en écartait. Ses pieds et ses mains amincis, allongés, leurs ongles livrés à l'exfoliation annonçaient que ces parties subissaient le phénomène de l'étiolement de l'atrophie, tandis que les tissus de la poitrine, du col et de la face paraissaient hypertrophiés.

Vers la fin de juin, et alors qu'elle était considérée comme incurable et abandonnée comme telle, Catherine Dubus cesse tout à coup de crier et même de parler, et reste pendant plusieurs jours dans un mutisme complet ; puis survient une fièvre avec délire, suivie de la réapparition des règles ; son imagination s'exalte, elle voit des fantômes, elle a des frayeurs, etc. Enfin, le 8 juillet, vers cinq heures du soir, elle s'écrie qu'elle est guérie ; ses membres venaient, en effet, de reprendre leur faculté motrice et leur direction normale. Une heure après, cette fille me pressait la main dans les siennes avec le plus vif sentiment de joie et de reconnaissance ; je l'ai fait lever et marcher, appuyée sur le bras d'un aide. Il ne lui reste aujourd'hui, 19 juillet, qu'une gêne dans les mouvements de la jambe gauche, qu'elle traîne encore légèrement.

J'ai cru devoir soumettre à l'appréciation de nos savants et illustres confrères cette observation fort remarquable, que j'ai recueillie avec la plus exacte vérité.

DEMARQUETTE, D.-M.,
à Hénin-Liétard (Pas-de-Calais.)

Correspondance.

Monsieur le rédacteur.

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 11 de ce mois, une réclamation de M. Bayle pour constater la priorité de ses idées et de ses recherches sur la paralysie générale des aliénés, qu'il rapporte à une inflammation chronique des méninges.

M. Baillarger, dans son cours sur les maladies mentales, avait omis de parler des recherches de M. Bayle. Ce professeur a également omis de mentionner les recherches nouvelles que j'ai faites sur le cerveau des aliénés paralytiques.

Ces recherches avaient pour but de prouver par des études nécroscopiques que la paralysie générale des aliénés est due, non-seulement à des lésions antérieures du cerveau, mais encore à un ramollissement qui se développe dans les centres cérébraux à l'endroit des commissures, ce qui explique la paralysie double, ou plutôt générale, qui affecte également et successivement tout le système musculaire.

Ce travail, lu à l'Académie de médecine, a été l'objet d'un rapport de M. Joly, et une discussion importante en a été la suite.

Cette omission de la part du professeur de parler de mes recherches, m'engage à réclamer de votre complaisance l'insertion de ma lettre dans votre prochain numéro.

Agréez, etc.,

BELHOMME.

Ce 12 août 1846.

NOUVELLES.

— L'administration des hospices s'occupe en ce moment d'une question fort grave, et qui intéresse au premier chef la santé des malheureux, sur laquelle cette administration doit constamment veiller.

Il s'agit de la qualité des viandes à fournir aux hôpitaux. Cette fourniture s'élève graduellement à 15 ou 16,000,000 kilogrammes. Or, quels que fussent les soins apportés à la vérification des viandes, la majeure partie de celles qui étaient livrées se trouvait de la plus médiocre qualité. L'administration veut remédier enfin à ce triste état de choses ; elle veut s'assurer par elle-même de la qualité des fournitures qui lui sont faites, en concentrant dans un même local toutes les viandes destinées aux hôpitaux et hospices, sous la surveillance d'agents et d'experts spéciaux en matière de salubrité ; puis, après une sévère vérification, elle fera conduire chaque fourniture, dans des voitures spéciales et fermées, aux divers établissements confiés à ses soins.

« Si nos renseignements sont exacts, le vice des fournitures résultait d'une clause du cahier des charges, qui n'imposait aux fournisseurs que la livraison de *bonnes viandes*. Forts de cette clause, les fournisseurs faisaient déclarer bonnes toutes les viandes qui n'étaient pas pourries. Aujourd'hui, pour assurer la bonté des viandes à livrer, on précisera la qualité. Or, les viandes se divisent en première, deuxième et troisième qualités. La première entre dans la consommation générale pour un sixième, la seconde pour trois sixièmes, et la troisième pour deux sixièmes. L'administration des hospices a donc justement pensé qu'en exigeant des viandes de la seconde qualité, elle donnerait aux malades des aliments sains, tels que ceux consommés par la moitié de la population de Paris, c'est-à-dire par la classe la plus aisée, sinon la plus riche, de la capitale. » (*Le Commerce.*)

— Une cruelle maladie qui sévit en ce moment sur les enfants fait, depuis quelques semaines, d'affreux ravages à Orléans. La moyenne ordinaire de la mortalité des enfants est, tout au plus, de huit par semaine. Or, depuis la moitié du mois de juillet, cette mortalité s'est accrue dans des proportions effrayantes. Du 10 au 17, il est mort 15 enfants au-dessous de sept ans. Du 17 au 24, il en est mort 17. Du 24 au 31, il en est mort 18. Du 1er au 7 août, il en est mort 24. Et, cette semaine, du 7 au 14, on est arrivé au chiffre effrayant de 30 enfants décédés. (*Siècle.*)

— Dimanche matin, une des salles de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, habitée par des femmes, s'est subitement excavée. C'est une femme qui, en sautant de son lit, sentant que le sol tremblait, donna l'alarme. Toutes les femmes sortirent, et aussitôt le sol s'affaissa sur une largeur de trois mètres environ.

Il y a quelque temps, le même accident était arrivé dans un hangar de l'Hôtel-Dieu.

— A l'exemple de ce qui a lieu en Angleterre, il vient de se former à Philadelphie une association générale de tous les médecins préposés aux établissements des aliénés de la république des Etats-Unis.

— On écrit de La Haye : Depuis que l'actif et vigilant docteur Beckers a été appelé au rang d'inspecteur général du service sanitaire de l'armée, toutes les promotions dans le service de santé militaire ont lieu par concours. Cette mesure a causé une satisfaction générale et a déjà produit de bons résultats. Le zèle, le mérite et les études sont récompensés, et le favoritisme a perdu de son terrain.

— Le 1er juillet, la Société de pharmacie des Pays-Bas s'est réunie à Amsterdam en assemblée générale, et s'est occupée des intérêts scientifiques et matériels de la pharmacie. Elle a résolu de s'adresser au gouvernement pour demander qu'il soit mis un terme à la décadence incessante de la pharmacie, en réglant par une bonne loi l'exercice et la police des professions médicales. — On le voit, en Hollande aussi bien qu'en Belgique, la loi du 12 mars 1818 a fait sentir son influence pernicieuse. (*Journ. de Pharm. d'Anvers.*)

— Les professeurs de la Faculté de médecine de Copenhague sont mal rétribués, et, par suite (comme chez nous les médecins militaires), consacrent une partie de leur temps à la pratique civile. Un projet de règlement, présenté au roi par le sénat académique, accorde une notable augmentation de traitement à tous les professeurs qui feront la promesse de ne plus se livrer à la pratique, et de s'occuper exclusivement de l'enseignement. — Pareille mesure est bonne à imiter dans tous les pays. (*Gaz. méd. belge.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 98. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thom s, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 21 AOUT 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons annoncé que nous tiendrions nos lecteurs au courant de l'observation du calculeux chez lequel M. Lisfranc devait pratiquer la taille hypogastrique. L'opération a été faite il y a quelques jours, et le malade a succombé deux jours après. L'autopsie a fait reconnaître des désordres extrêmement graves, et de nature telle que, même en l'absence de toute espèce d'opération, le sujet aurait infailliblement succombé dans un court espace de temps.

Le rein droit contenait un calcul volumineux, très irrégulier, moulé sur le bassinet, avec les cavités duquel il présentait des saillies correspondantes. Il avait une longueur de 0,06 m. sur un diamètre d'environ 1 centim. Dans les calices s'enfonçaient à demi trois autres calculs enchatonnés, à saillies très prononcées et irrégulières. Le rein gauche était le siége d'une inflammation aiguë profonde datant déjà de plusieurs jours, et manifestement antérieure à l'opération. Ainsi, des deux reins, l'un, depuis fort longtemps, était impropre à la sécrétion urinaire; l'autre était si profondément attaqué d'une manière aiguë, que la guérison paraissait presque impossible. Dans la vessie, existait un petit polype, assez semblable au résultat de l'organisation d'un caillot. Comme suite de l'opération, on constata dans le petit bassin des traces non équivoques d'inflammation, mais peu étendue, tenant encore plutôt à la congestion qu'à un travail phlegmasique bien déterminé.

Le calcul retiré par la cystotomie était parfaitement et régulièrement ovale, offrant un grand diamètre de 5 centim. et demi sur un petit diamètre de 4 centim. L'opération pratiquée par MM. Lisfranc et Le Roy-d'Etiolles n'avait rien présenté de particulier que l'emploi d'une sonde imaginée par ce dernier pour faciliter l'ouverture de la vessie. Cette sonde, à grande courbure, est formée, comme le brise-pierre à percussion, de deux branches rentrant l'une dans l'autre. Une fois la vessie mise à nu, on fait saillir l'extrémité de la sonde, dont on écarte les branches, et lorsque les parois membraneuses sont tendues, on fait facilement l'incision sur le pli qu'elles forment. Cette modification ingénieuse nous semble devoir être souvent utile et préférable à la sonde à dard, abandonnée par le plus grand nombre des chirurgiens.

La mort du sujet étant, dans ce cas, inévitable, vu les lésions dont on a constaté l'existence, on est presque tenté de s'estimer heureux que le volume présumé, la nature du calcul et les conditions individuelles d'irritabilité nerveuse du sujet aient déterminé les chirurgiens à recourir à la taille plutôt qu'à la lithotritie. Bien qu'elle soit pratiquée depuis plus de vingt ans, la lithotritie est encore une opération trop récente, et compte trop d'adversaires pour qu'un cas funeste, même dépendant de causes étrangères, soit indifférent aux yeux de ses détracteurs.

— Une femme d'une bonne constitution, d'une quarantaine d'années environ, fut admise dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, présentant une tumeur volumineuse dans la région du flanc gauche. Cette tumeur était rénitente, tout à fait indépendante de la paroi abdominale. La santé générale de cette femme étant bonne d'ailleurs, M. Jobert fut conduit, par voie d'exclusion, à diagnostiquer un kyste hydatique, bien qu'il ne fût pas possible, même à l'examen le plus attentif, de constater le bruit sourd connu sous le nom de bruit hydatique, que détermine la pression des kystes de cette nature, non plus que la sensation particulière que la réunion des acéphalocystes en grand nombre donne à la main du chirurgien. Une ponction exploratrice faite avec un troquart très délié dans la tumeur, donna issue à un liquide transparent limpide, non coagulable par la chaleur ou l'acide nitrique, après la sortie duquel la pression produisit bien clairement le bruit hydatique.

Ce n'est pas la première fois que M. Jobert a observé ce fait de la production du bruit hydatique dans des tumeurs où l'on n'avait pu le déterminer avant la ponction, ce qui s'explique facilement, du reste, par la distension moindre de la poche après l'évacuation d'une partie du liquide. Les cas ne sont pas très rares où l'on a obtenu la guérison de ces tumeurs après plusieurs ponctions successives, ce dont on se rend compte aisément de cette façon. Privées du liquide dans lequel elles nageaient, les hydatides meurent, se crèvent, et il arrive souvent qu'elles sont résorbées et que la tumeur disparaît. Dans le fait actuel, on a été plus heureux encore que dans les cas ordinaires; car une seule ponction a suffi pour amener la guérison.

— Le temps est passé où l'on confondait sous le nom de *tumeurs blanches* une foule d'affections articulaires aussi distinctes par leur siége que par leur nature. Sous ce rapport, la pathologie chirurgicale a fait d'immenses progrès, et le diagnostic différentiel des arthropathies est peut-être un de ceux qui sont le plus avancés, malgré les difficultés qui semblent devoir surgir à chaque pas. Les recherches anatomopathologiques sont devenues tellement exactes et précises que l'on peut, dans le plus grand nombre des cas, indiquer d'une manière certaine le point de départ de l'affection, la nature des tissus malades. Mais, il faut le dire aussi, pour arriver à un résultat pareil, il n'est pas un seul élément que l'on doive négliger. Souvent, dans la circonstance au premier abord la plus indifférente, on trouve un enseignement précieux.

Pour ne parler ici que d'un seul point de l'histoire des tumeurs blanches, M. Jobert considère la *forme générale* de l'articulation malade comme pouvant fournir d'utiles indications. A propos d'un jeune homme couché dans son service, et présentant une tuméfaction considérable de l'articulation radio-carpienne droite, il a brièvement démontré tout le parti que l'on peut tirer de la configuration et de l'aspect extérieur d'une articulation malade.

Toutes les fois que l'affection commence par la membrane synoviale, il y a tuméfaction régulière, développement circonférentiel uniforme du membre. C'est un signe caractéristique; la cause en est dans l'épanchement d'un liquide qui se répand uniformément dans la synoviale, distendant un peu plus cependant les points dans lesquels la séreuse forme un cul-de-sac. Les ligaments éprouvent également une distension qui peut être portée très haut dès le commencement de la maladie. Il n'en est pas de même lorsque l'affection articulaire débute par les parties osseuses, dans les cas de tubercules des os, par exemple; ici le gonflement est partiel au début de la maladie, et varie suivant la région où siége l'altération.

Il y a de longues années déjà, M. Jobert eut l'occasion de voir dans cet hôpital un homme qui portait une affection tuberculeuse de la rotule, la membrane synoviale étant restée intacte. Peu après l'entrée du malade, on fut obligé de donner issue par une incision à la suppuration provenant de la fonte du tubercule; l'affection devint tellement grave, que l'on fut contraint d'amputer la cuisse. Chez cet homme, le gonflement articulaire avait commencé par une tuméfaction très irrégulière de la rotule. Peu de temps après la guérison parfaite de son amputation, ce malade fut pris dans l'autre genou d'une manière absolument semblable, et l'on dut faire l'amputation de l'autre cuisse. Il se rétablit parfaitement. Pour le dire en passant, M. Jobert pense que l'affection tuberculeuse, qui est bien rarement locale, et dont cet homme, depuis dix à douze ans, n'a présenté aucune autre manifestation, s'est en quelque sorte épuisée dans ces parties. Dans l'opinion du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, certaines affections tuberculeuses et cancéreuses sont susceptibles, quand elles attaquent profondément un organe non essentiel à la vie, de s'épuiser dans cet organe, et la preuve en est que, dans aucun autre appareil, on n'en voit apparaître de nouvelles manifestations.

— Les opérations les plus simples semblent être celles dans le manuel desquelles les chirurgiens ont de tout temps cherché à introduire le plus de modifications. Celle du phimosis est de ce nombre, et l'on doit avouer que, presque tous les procédés ayant en eux quelque chose de réellement bon, on est assez embarrassé de savoir auquel donner la préférence. Celui qui de tous est le moins compliqué consiste à diviser d'un seul coup de ciseaux le prépuce dans toute sa longueur, sur la partie dorsale du gland; mais s'il est plus rapide que tous les autres, il a cet inconvénient grave de produire une véritable difformité, le prépuce retombant de chaque côté du gland en forme, pour nous servir de l'expression populaire, d'*oreilles de chien.*

Les procédés de MM. Ricord et Vidal (de Cassis) donnent un résultat beaucoup plus beau, mais sont peut-être un peu longs, non pas dans leur exécution, mais dans l'appareil qu'ils nécessitent et dans leurs préparatifs. M. Jobert, après avoir essayé comparativement toutes ces méthodes, a été conduit à reprendre le procédé de Celse, auquel il a fait quelques modifications heureuses. Les études de médecine et de chirurgie rétrospectives sont souvent assez intéressantes pour que l'on nous permette de citer le passage du chirurgien romain :

« Si le gland, dit-il, est tellement recouvert qu'on ne puisse » plus le mettre à nu (ce qui constitue le phimosis des » Grecs), il faut chercher à le découvrir, et voici le procédé » qu'on emploie: on fait au-dessous du prépuce, à partir du

---

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

SIXIÈME CHAPITRE. (Suite.) — *De la goutte.*

Les vieillards atteints déjà par de fréquents accès passent graduellement et sans secousses de la goutte aiguë à la goutte passive; à mesure que leurs forces diminuent, ils éprouvent de moindres congestions, et cessent d'accuser d'intolérables souffrances. Quelques-uns, et c'est le plus petit nombre, guérissent alors par le seul changement de leur constitution. La plupart ont des attaques irrégulières, indécises, dont le commencement et la fin ne se marquent plus aussi nettement; les intervalles de repos s'éloignent ou se rapprochent; les symptômes font mine d'attaquer d'autres articulations avant de se localiser dans le siége habituel. Il est évident que la médecine débilitante est ici contre-indiquée, et peu de médecins y voudraient recourir. Elle semble plus recevable chez les sujets d'un âge avancé, qui cependant ont assez retenu de leur constitution antécédente pour avoir gardé la goutte franchement tonique. Mais on doit se souvenir, instruit par l'expérience des autres, que la vieillesse se prête mal aux réactions vives, qu'il est aisé de provoquer une transformation dont la nature fait d'ordinaire tous les frais, et qu'il ne faut pas trop s'applaudir de ses succès faciles. Combien de vieillards ont payé cher leur brusque amélioration, et sont morts pour avoir été guéris! Aussi nous méfions-nous toujours des alcalins ordonnés surtout à la dose commune des eaux minérales, lorsqu'il s'agit de traiter ces malades. Pour quelques-uns qui jouissent encore des forces durables de la maturité, beaucoup n'ont conservé qu'une vigueur apparente, prête à succomber aux moindres causes de trouble.

Le traitement par les eaux d'Ems réussit merveilleusement, au contraire, lorsqu'on l'applique à des hommes dans la vigueur de l'âge et d'une constitution pléthorique plutôt acquise que congéniale. La marche des attaques donne alors à prévoir que l'on n'a plus à craindre les inconvénients dont nous venons de parler; elles sont franches et parfaitement caractérisées. Les prodromes n'offrent aucun phénomène qui n'appartienne pareillement à toute autre maladie développée chez des sujets de même tempérament. L'articulation affectée se prend au début; les symptômes inflammatoires sont exactement circonscrits, et n'occupent qu'un petit espace. Les paroxysmes et les paroxysmales, pour nous servir du mot de Sydenham, reviennent aux heures accoutumées. Rien n'indique, dans la maladie, une disposition inquiétante à de brusques déplacements ou de lentes émigrations. C'est la maladie à son état normal, horriblement douloureuse même au moindre toucher, mais n'entraînant guère d'autres désordres généraux que ceux qui suivent d'ordinaire les souffrances aiguës.

Un caractère précieux et positif s'ajoute à ceux-là. Les urines, dont l'observation a tant d'importance chez les goutteux, sont colorées et laissent déposer un sédiment rougeâtre assez abondant.

Quand ces conditions se trouvent réunies, on prescrira avec confiance les sources alcalines. L'expérience démontre leur efficacité; peut être même la science l'explique-t-elle d'une manière satisfaisante. Nous omettons à dessein les raisons qu'a données la chimie de ces résultats favorables; des discussions théoriques nous mèneraient trop loin, et ne peuvent convenir au but que nous nous sommes proposé.

L'action des substances médicamenteuses sera d'ailleurs secondée par un régime bien entendu. Si les malades persistent dans leur intempérance relative, ils défont à mesure ce que fait le médecin. Les eaux présentent sous ce rapport des facilités qu'on ne trouverait pas ailleurs. Le déplacement, le manque d'habitudes prises, la visite obligée des environs, les promenades en commun, les excursions organisées, sont autant de motifs qui décident le goutteux à se mêler au mouvement général. L'exercice est poussé jusqu'à la fatigue, et d'un autre côté l'obligation de se lever de bonne heure pour boire les eaux ne leur permet pas de prolonger indéfiniment leur sommeil.

Peut-être n'est-ce pas assez de constater ces heureuses influences; le médecin, avant d'adopter la médication par les eaux minérales, peut encore se demander si la matière médicale ne lui fournit pas des remèdes aussi puissants contre la goutte à forme tonique. La question est difficile à résoudre d'une manière absolue; nous croyons cependant qu'en agissant sur toute l'économie, les eaux sont aptes à remplir l'indication la plus importante. C'est parce qu'aucune partie n'est à l'abri de leur intervention qu'elles deviennent si profondément nuisibles dans certains cas; c'est pour le même motif qu'elles produisent dans d'autres circonstances des effets incomparables. On les remplacerait imparfaitement par des remèdes locaux ou destinés à un seul appareil, comme les drastiques ou les stupéfiants. Il est bien entendu que nous parlons d'un traitement général, et non pas des moyens par lesquels se modèrent les crises excessives.

Jusqu'ici nous nous sommes renfermé dans des indications presque négatives; il était plus utile de réprimer que d'exciter le zèle des malades. Nous avons donc insisté sur les dangers qui résultent des abus du traitement en faisant ressortir de préférence les cas où la prudence engage le médecin à s'abstenir.

Aucune nécessité de ce genre ne se présente à propos de la goutte atonique. La médication doit être énergique pour être fructueuse, et les patients, éprouvant moins de douleurs, ne sont pas sollicités à dépasser les prescriptions médicales. Si les remèdes sont plus faciles à diriger, en revanche il faut plus de finesse dans le diagnostic pour découvrir leur opportunité. La marche de l'affection est insidieuse; elle ne procède plus par grandes attaques, mais ses atteintes, pour être moins pénibles, ne sont pas moins redoutables. Le médecin aura besoin de faire appel à toute sa sagacité afin de reconnaître sous les transformations imprévues le mal qui se dissimule. Une fois qu'il aura saisi la véritable origine des accidents, le traitement n'exige plus de subtile appréciations.

La goutte de forme atonique est une maladie grave, quelque béni-

(1) Voir les n°s 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94.

» bord libre jusqu'au frein, une incision longitudinale qui a » pour effet de relâcher les téguments qui sont en dessus, et » de permettre par conséquent de les abaisser. Si par suite » du resserrement du prépuce ou de la dureté qu'il présente, » cette incision est insuffisante, on enlève immédiatement un » lambeau triangulaire dont le sommet répond au frein et la » base à l'extrémité libre du prépuce. » (Liv. VII, chap. 22, § 2.)

Le mode opératoire si simple et si rapide de Celse est celui que suit en tous points M. Jobert; mais le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis fait à l'incision ou à l'excision de Celse une addition importante; c'est celle de quelques points de suture à points passés, deux ou trois au plus à chaque lambeau; ces points, très médiocrement serrés, et dans le but seulement d'affronter la muqueuse et la peau, ont le double avantage d'arrêter tout à coup l'hémorrhagie et de déterminer une réunion immédiate, ordinairement parfaite au bout de deux ou trois jours. L'opération entière, y compris la suture, est tellement rapide, qu'elle dure à peine une minute ou une minute et demie. Elle offre encore ce grand avantage, qu'elle dispense de toute espèce d'appareil et de pansement. La difformité qui en résulte est à peine sensible, et nous sommes assez porté à croire que, lorsqu'elle est faite sur de très jeunes sujets, elle ne doit laisser aucune trace appréciable.

Nous l'avons vu pratiquer par M. Jobert sur un homme assez âgé déjà, sujet aux balanites, et qui, par suite de récidives fréquentes de cette phlegmasie locale, offrait une sorte d'hypertrophie avec un peu d'induration de l'extrémité du prépuce. Une incision en V faite en deux coups de ciseaux détacha complétement un lambeau triangulaire, et trois points de suture de chaque côté, en raison de l'étendue de l'incision, arrêtèrent aussitôt tout écoulement de sang.

— Le fait suivant prouve combien il est important de porter la plus grande sévérité dans l'interrogation des malades pour arriver à l'étiologie des maladies. Un jeune homme affecté de blennorrhagie entre dans le même service présentant une ophthalmie purulente très grave. On apprend, en le questionnant, qu'éprouvant aux yeux quelques légers picotements, il n'a cru rien avoir de mieux à faire que de se laver les yeux avec son urine. De là production d'une ophthalmie blennorrhagique que l'on n'a pu qu'à grand'peine enrayer avec des cautérisations fréquemment répétées avec le crayon d'azotate d'argent. Il est assurément très possible que l'ophthalmie blennorrhagique survienne chez un sujet affecté de chaudepisse, sans qu'il y ait eu contact du pus sur la conjonctive, et par un mécanisme semblable à celui de la production de l'arthrite blennorrhagique; mais si Boyer était un peu trop exclusif en affirmant que ce contact du pus était nécessaire pour produire l'ophthalmie blennorrhagique, les faits de la nature de celui-ci, plus fréquents qu'on ne le pense, démontrent péremptoirement qu'il faut souvent tenir compte de cette condition dans l'étiologie de cette ophthalmie.

— Nous reviendrons dans une prochaine Revue sur un fait très remarquable de guérison d'une maladie qui jusqu'à ces derniers temps avait fait le désespoir de la chirurgie, nous voulons parler de la fistule vésico-vaginale; l'occasion nous en sera naturellement fournie par une opération de ce genre que doit pratiquer très incessamment M. Jobert.

— M. Louis a présentement dans ses salles une malade dont l'histoire présente de l'intérêt sous plusieurs rapports. Elle a fait il y a peu de temps une fausse couche qui a été suivie d'une hémorrhagie abondante, et qui a duré plusieurs jours. Pendant sa convalescence elle fut prise d'une gengivite intense, dont on ne put triompher qu'en appliquant quelques sangsues sur la gencive même. Il y a deux jours, en pratiquant le toucher, M. Louis a senti à l'intérieur du col de l'utérus une petite tumeur dure, résistante, adhérente aux parois du col, et qui paraît formée par un caillot de sang qui aurait contracté des adhérences avec la muqueuse qui tapisse cette partie de l'organe.

La formation de cette petite tumeur, qui semble être le résultat de l'organisation d'un caillot sanguin et de son implantation par *greffe* sur une membrane muqueuse, ne pourrait-elle pas être considérée comme l'origine du développement d'un polype? Ne serait-il pas à la rigueur possible de supposer que dans quelques cas certaines espèces de polypes, et par exemple ceux qui sont désignés par M. Velpeau sous le nom de *polypes fibrineux*, n'ont pas eu d'autre point de départ qu'un caillot sanguin retenu sur une surface muqueuse enflammée, et entouré de conditions favorables à l'organisation?

Une autre remarque est celle qui est relative à l'existence d'une phlegmasie aiguë des gencives. Il est curieux que pas un seul auteur, que nous sachions, ne se soit occupé de la *gengivite*, et n'en ait donné la moindre description. C'est à peine si un ou deux pathologistes modernes ont prononcé le nom de gengivite, en indiquant seulement la possibilité pour les gencives de s'enflammer seules, et encore n'ont-ils vu là qu'une variété si peu importante de la stomatite, dite *érythémateuse*, qu'ils n'ont pas jugé à propos d'en dire autre chose. Elle ne laisse cependant pas que de constituer une maladie importante plutôt par ses conséquences que par elle-même. Ainsi il est fréquent de voir cette phlegmasie provoquer la chute des dents, si elle n'est point enrayée par un traitement énergique. Nonobstant cette gravité que peut acquérir la maladie, nous le répétons, nous ne l'avons vue mentionnée nulle part, si ce n'est pourtant dans un travail parfaitement ignoré maintenant, et intitulé: Constitution médicale et maladies régnantes de 1824 à 1825, à Nantes. (*Journal général de médecine*, tome XCXVI.) Encore, ce qu'en dit l'auteur, M. Priou, se réduit-il à dix lignes. D'après ce travail, il semblerait que les phlegmasies gengivales *non scorbutiques* auraient été fort communes pendant cette constitution médicale, et assez intenses, puisque l'on fut obligé de recourir aux émissions sanguines générales. « C'est une affection, dit M. Priou, à laquelle on ne peut guère opposer les sangsues quand on veut les appliquer près du siége du mal. »

M. Louis pense d'une autre manière, et l'on ne peut qu'être de son avis sur l'application directe des sangsues aux gencives lorsque l'on est témoin de cas du genre de celui-ci. Rien n'empêche, en effet, l'emploi de ces saignées locales, et nous ne voyons rien dans les conditions anatomiques ou physiologiques des tissus qui les contre-indique sérieusement.

— Le sulfate de quinine a décidément pris droit de domicile dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. La *Gazette des Hôpitaux* a rapporté, il y a déjà près de deux ans, les résultats obtenus par M. Briquet, qui, le premier, a mis ce sel en usage contre cette affection. Tout récemment encore, elle a publié des faits de guérison recueillis dans les salles de MM. Guérard et Bricheteau. Deux malades, atteintes de rhumatisme articulaire aigu généralisé, fébrile, et traitées par la nouvelle médication, sont actuellement en convalescence dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu. Ce médecin distingué a remarqué que les récidives sont notablement moins fréquentes après l'emploi du sel quinique qu'après les émissions sanguines.

— L'extirpation de l'ovaire, pour remédier à l'hydropisie enkystée de cet organe, a été faite un assez grand nombre de fois en Amérique et en Angleterre, et non sans succès, puisque, d'après les relevés publiés par M. Chéreau, sur 65 cas, on aurait une *mortalité brute* de 23 seulement, mortalité qui pourrait être réduite, si l'on tenait compte de circonstances particulières à certains faits. Cette opération n'a point encore été pratiquée en France. Au sujet de plusieurs malades affectées de kystes ovariques, trop volumineux pour qu'il soit possible de tenter ce mode de traitement, nous avons entendu M. Malgaigne exprimer une opinion tout à fait favorable à l'incision abdominale lorsque l'affection n'est point encore très avancée.

A l'envisager de sang-froid et conformément aux données les plus positives de l'anatomie chirurgicale, cette opération, suivant M. Malgaigne, est beaucoup moins effrayante qu'on ne serait porté à le penser. Lorsque la tumeur n'a que peu de volume encore, on peut le plus souvent agir sans faire courir à la malade de dangers sérieux. L'ovaire, en se développant, commence par repousser en haut le paquet intestinal. En pratiquant une incision dans la région de la fosse iliaque, on arriverait sur l'ovaire sans toucher au péritoine, lequel est refoulé par la tumeur. Or, l'accident le plus redoutable que l'on ait à craindre en pareille circonstance, le seul même à vrai dire, c'est la péritonite.

M. Malgaigne est tellement convaincu que l'extirpation de l'ovaire ne présente pas, après tout, et quand elle est faite avec toutes les précautions nécessaires et dans les conditions les plus favorables, plus de dangers que certaines opérations devant lesquelles les chirurgiens ne reculent point, et qui sont impérieusement indiquées, qu'il n'hésitera point à la faire lorsqu'il rencontrera une malade chez laquelle l'ovaire ne sera point encore par trop volumineux, et lorsqu'il se sera assuré que la tumeur, en dépit des médications les plus rationnelles, prend un rapide accroissement sans pouvoir être arrêtée dans sa marche.

— Une femme entra, il y a trois semaines, dans le service de M. Guérard, présentant une tuméfaction énorme de l'orbite, de la joue et de la moitié du front du côté droit. L'œil était fortement repoussé hors de l'orbite, et le globe oculaire était affecté d'un strabisme divergent des plus prononcés. La première pensée fut qu'il existait une tumeur intraorbitaire qui donnait lieu à cette exophthalmie. Cependant, la connaissance des antécédents de la malade, comme aussi l'extension de la tuméfaction aux parties voisines firent supposer à M. Guérard qu'il y avait dans ce cas un élément spécifique à combattre, un élément syphilitique. Un examen ultérieur fit reconnaître chez cette femme, qui affirme cependant n'avoir jamais eu rien du côté des organes génitaux, un chapelet de ganglions indurés dans la région inguinale droite. La vue était complétement perdue de l'œil droit, comme il arrive presque constamment dans les cas où, par une cause quelconque, le nerf optique est fortement distendu. Quoi qu'il en soit, et dans le doute où l'on était forcément, M. Guérard fit prendre à cette femme l'iodure de potassium à la dose de 0,50 grammes par jour, quantité qu'il croit suffisante dans la plupart des cas. Sous l'influence de cette médication, l'altération que nous venons de signaler disparut en quelques jours comme par enchantement; le globe oculaire rentra dans l'orbite, et la vue se rétablit parfaitement.

Quelque obscur que reste ce fait, même après la guérison, ne devra-t-on pas être tenté de croire avec M. Guérard que c'est à l'élément syphilitique qu'était due cette singulière tuméfaction, s'il est vrai que, comme le prouve l'expérience de chaque jour, *naturam morborum ostendunt curationes.*

Z...

HOTEL-DIEU. — M. Louis.

Torticolis.

Dans la salle Saint-Landry, au n° 12, a été couchée, il y a quelque temps déjà, la nommée Jeanne Surblé, âgée de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, laquelle nous dit n'avoir jamais été malade, et n'avoir gardé le lit qu'une fois en sa vie, pendant cinq jours, à la suite d'un accouchement.

Au moment de son entrée, elle est malade depuis sept jours; elle a été prise d'abord d'une diarrhée qui a duré deux jours environ. Le lendemain, vomissements composés en grande partie de mucosités bilieuses. Deux jours après la cessation de ces premiers accidents, elle est de nouveau prise d'envies de vomir, descend de son lit, marche nus pieds sur le carreau; puis après, frissons suivis de chaleur et de sueurs; au même instant, douleur dans la région du cou, qui gêne considérablement les mouvements de la tête, surtout ceux de latéralité, et vomissements nouveaux, bilieux, verdâtres. Au moment de l'entrée, les douleurs qu'elle ressentait depuis ces derniers jours sont plus vives la nuit; cependant, durant le jour elle les sent encore, soit qu'elle exécute des mouvements de la tête, soit qu'elle la laisse en repos. La douleur n'augmente pas par la pression; elle occupe un assez grand espace de la partie postérieure du cou, égale et uniforme dans tous

---

gne qu'elle paraisse. Lorsqu'elle n'intéresse pas immédiatement la vie, elle compromet la santé d'une manière constante, et rend peu à peu l'existence insupportable. Les malades sont toujours sous l'imminence d'accidents meurtriers, et ne peuvent tirer des phénomènes de la veille aucune conséquence pour ceux du lendemain. C'est à l'occasion de ces goutteux que Guy-Patin disait avec tant de justesse : Quand vous avez la goutte, vous êtes à plaindre; quand vous ne l'avez pas, vous êtes à craindre.

Parmi les individus affligés de cette triste maladie, il n'en est pas de plus à plaindre ni de plus à craindre que ceux chez lesquels le mal a passé de la forme tonique à la forme contraire sous l'influence d'une mauvaise médication. Malheureusement, les exemples sont communs, et les malades revenus guéris après un trop long séjour à Vichy, à Ems, etc., fournissent de riches matériaux à l'observation. Les accès ont perdu leur vivacité, l'affection reste longtemps indécise avant de s'arrêter sur une articulation : elle en touche en passant plusieurs autres. Au lieu de cette constriction âcre et profonde que terminaient les symptômes d'apparence inflammatoire, ils ressentent une pesanteur incommode; le pied est engourdi, lourd à porter et ne peut soutenir le corps; les douleurs sont lancinantes, mais sans continuité. L'œdème envahit presque tout le membre.

Les choses durent ainsi des semaines, des mois même sans paroxysme; puis, le mieux est lent à venir ou se manifeste brusquement. Abandonnés aux seules ressources de la nature, ces goutteux meurent hydropiques ou succombent à l'œdème général. Leur constitution, détériorée par l'abus des alcalins, rappelle assez exactement l'état anatomique tout particulier où se trouvent ces habitants des pays marécageux à la suite de fièvres prolongées.

Quand le tempérament n'est pas tellement ruiné qu'il conserve quelque ressort, le médecin dispose de moyens efficaces. Son but doit être de rendre à l'organisme sa vigueur et de ramener ainsi l'affection goutteuse à sa première forme. Il lui faut réparer le mal qu'ont fait les eaux minérales en débilitant outre mesure, et les eaux minérales sont encore capables d'y réussir.

En général, il est vrai, ce n'est pas par elles que nous commencerons; nous préférons essayer d'abord des toniques d'une autre nature. Mais lorsque à l'aide de ces médicaments nous avons rappelé quelque peu les forces du malade, il n'est rien de meilleur pour compléter la guérison que l'usage des eaux stimulantes : Hombourg, Kissingen, Kreutznach, Wiesbaden. Employées d'abord avec réserve, poussées graduellement jusqu'aux doses les plus élevées, elles activent les réactions et finissent par provoquer une attaque violente, un de ces accès que le malade voulait chasser à tout prix et que maintenant il regrette. Le mode d'administration se compose essentiellement de la cure sèche; les purgatifs seront évités; si on les recherche, ce ne sera qu'à la fin du traitement et pour remplir de nouvelles indications.

Le régime doit concourir au but que le médecin se propose; les aliments seront abondants et choisis; la digestion sera favorisée par tous ces moyens; on ne proscrira même pas les vins vieux et toniques, ce fameux vin de Pontai ou de Tokai, par exemple, que recommandait Hoffmann avec tant d'insistance.

La goutte atonique, telle que nous venons de l'indiquer et qu'on pourrait appeler goutte œdémateuse, est facile à reconnaître. Il suffit de l'avoir observée pour ne s'y plus méprendre. A Ems ou à Vichy, elle deviendrait incurable, si toutefois les médecins consentaient à la traiter dans les établissements qu'ils dirigent. A Hombourg, comme à toutes les sources chargées de sel marin et d'acide carbonique, elle s'améliore assez rapidement. Les troubles gastriques, qui sont toujours une de ses grandes complications, cèdent d'abord, et, la digestion une fois rétablie, la reconstitution du sang s'opère à l'aide d'une forte nourriture.

Sous l'influence d'une si puissante médication, les convalescents passent par tous les degrés de la goutte passive dont ils ressentaient auparavant les désordres extrêmes, et finissent, si on ne s'arrête à propos, par revenir aux accidents aigus de la forme tonique. La modération du traitement devient alors une nécessité, mais elle est rarement urgente, parce que de telles révolutions sont longues à se produire.

Nous avons cité d'abord cette variété, la plus grave peut-être, pour faire sentir l'opposition des deux formes de la maladie; il en est d'autres plus insidieuses ou les indications sont moins pressantes, il est vrai, mais moins faciles à saisir.

Chez les individus dont nous voulons parler, l'état général est satisfaisant, et la constitution offrirait les apparences de la pléthore plutôt que celles de l'anémie. Les accès ne manquent pas de vivacité, l'œdème, moins diffus, vient à son temps, c'est-à-dire vers la fin de l'attaque; mais les prodromes sont encore mal dessinés. La crise, au lieu de débuter franchement, se fait attendre. La respiration est gênée, ou la digestion tellement laborieuse, qu'on ne soupçonnerait pas l'imminence d'une affection articulaire. Le grand caractère qui distingue cette variété de la goutte atonique est la mobilité de son siége. Elle passe volontiers du pied au genou, d'une jambe à l'autre, et même des articulations aux organes essentiels à la vie. Nous avons eu déjà l'occasion de noter le manque de fixité à propos des accidents développés chez les hommes jeunes qui recueillent un si pénible héritage. Nous y revenons, parce que dans les cas de genre le diagnostic est souvent obscur, et si le médecin ne devine pas la nature du mal, son traitement n'a d'autre règle que le caprice des symptômes.

Il arrive que ces goutteux souffrent des coliques horribles ou des gastralgies effrayantes avant d'avoir eu d'accès bien caractérisé. L'affection, ambulante de sa nature, débute par un point aussi bien que par l'autre. Nous en avons vu qu'on traitait sans succès pour des troubles purement nerveux, et que sauvait une attaque franche, quand ni les révulsifs, ni les calmants, n'avaient diminué leurs douleurs. Combien d'asthmatiques se sont aperçus plus tard qu'en réalité ils étaient goutteux, et se sont convaincus par l'expérience que des deux maladies l'une peut juger l'autre! Malheureusement nous n'avons pas de signes précis qui nous permettent de reconnaître, indépendamment des antécédents, ces trompeuses manifestations et de les rapporter à leur cause. Il faut deviner plus que comprendre; heureux quand on a rencontré juste.

Lorsqu'une première crise de goutte a déjà donné l'éveil, les choses sont moins délicates. Mais il est encore nécessaire que le médecin assure la prognose, afin de se tenir prêt à tout événement. On peut mo-

les points. La malade ne peut se remuer que tout d'une pièce, ne peut porter la tête en avant ni sur les côtés, et la tient droite, parfaitement verticale, ce qui lui donne une attitude extrêmement gênée. La face est légèrement dirigée en haut, la tête étant un peu tirée en arrière, et ceci, même dans la position couchée. La douleur est à peu près bornée au côté droit du cou. Les fonctions des appareils respiratoires, circulatoire et digestif sont normales et régulières; un peu d'anorexie cependant; langue sale, pâteuse; soif légère. — Douze sangsues sur la partie latérale droite du cou, un peu en arrière; solut. de sirop de gomme; deux pilules de poudre de Dower; cataplasmes.

Le lendemain, la position est à peu près la même que la veille. Les sangsues ont abondamment coulé. Les douleurs ont diminué de violence; cependant les mouvements sont encore impossibles. Pouls à 88, assez plein, développé. — Nouvelle application de sangsues. Trois pilules *ut suprà*. Diète.

Le troisième jour, les mouvements de latéralité sont en partie revenus; ceux d'arrière en avant sont encore impossibles, et le moindre changement de position dans cette direction provoque des cris aigus.

Le cinquième jour, la tête est encore plus renversée en arrière et plus tirée à droite. L'intensité des douleurs est plus grande; toute la partie postérieure du cou est douloureuse; on détermine une sensation très pénible en appuyant, même légèrement, sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre cervicale. Pouls à 108. — Vésicatoire à la partie postérieure droite du cou.

Le sixième jour, l'attitude est un peu moins gênée; les mouvements, sans être très faciles, s'exécutent cependant un peu mieux. Quelque difficulté dans l'émission des urines. On a dû souder la malade hier dans la soirée. Insomnie la nuit dernière. — Potion antispasmodique. Poudre de Dower.

Le huitième jour, les mouvements latéraux sont beaucoup plus faciles, la flexion principalement; les douleurs sont un peu calmées. Les douleurs vésicales et la rétention d'urine persistent toujours. On est en droit de les rapporter à l'action des cantharides du vésicatoire.

Le dixième jour, les mouvements, devenus de plus en plus libres, s'exécutent en grande partie, et sont presque aussi étendus qu'à l'état normal. La malade ne se plaint plus que d'une douleur assez légère à la nuque, dans la région correspondante à l'attache des muscles de la partie postérieure du cou, à la ligne courbe supérieure de l'occipital. Persistance des douleurs vésicales, avec difficulté telle de rendre les urines, que l'on est encore obligé de pratiquer le cathétérisme.

Le dix-huitième jour, elle sort parfaitement guérie.

— Comme observation de torticolis simple, cette courte observation n'offre rien de remarquable. Mais elle peut donner lieu à quelques réflexions intéressantes sous le rapport de la nature de la maladie, des causes qui l'ont produite et du traitement que M. Louis a jugé convenable d'opposer à l'affection.

Deux mots d'abord sur la définition. On donne le nom de *torticolis* à une position vicieuse soit prise momentanément, soit existant d'une manière permanente par la tête et le cou, qui éprouvent une distorsion latérale plus ou moins étendue et accompagnée d'une légère inclinaison sur l'épaule. La seconde espèce est beaucoup plus grave que la première, et peut dépendre d'une foule de causes dans le détail desquelles il n'est nullement nécessaire d'entrer ici, affection rhumatismale chronique ayant produit une paralysie, cicatrices vicieuses déterminées par une brûlure, luxation traumatique non réduite des vertèbres cervicales, tumeur blanche des vertèbres du cou, contraction, enfin, ou rétraction d'un des muscles du cou; cette dernière cause est, pour le dire en passant, de toutes la plus fréquente.

Le torticolis temporaire et passager, dont la malade ci-dessus offrait un exemple, est de beaucoup le plus fréquent et le moins grave. Il peut reconnaître pour causes soit un phlegmon, un érysipèle, une tumeur inflammatoire, qui forcent le cou à s'incliner du côté correspondant pour diminuer la tension et les douleurs, et, dans ce cas, le traitement est celui de la maladie dont le torticolis n'est que la conséquence; soit une position vicieuse conservée pendant plusieurs heures, soit enfin une affection *névralgique rhumatismale* qui porte sur un des côtés du cou, et condamne les muscles à un certain degré de raccourcissement pendant un temps variable. C'est le cas de la femme qui fait le sujet de cette observation.

Ce n'est pas sans dessein que nous avons rapproché ces deux mots névralgique et rhumatismale. L'affection est névralgique, car elle rentre dans la classe des maladies auxquelles on a donné le nom de névralgies, et qui sont ainsi définies: Affection douloureuse d'un nerf, caractérisée par le siége de la douleur qui est toujours fixée sur un nerf, et par sa nature qui est très vive avec élancements. Elle est rhumatismale, car elle s'accompagne dans le cas actuel d'une réaction fébrile, légère il est vrai, mais proportionnellement assez forte, et s'est produite sous l'influence du froid, cause déterminante la plus ordinaire, sinon constante, des affections rhumatismales bien caractérisées.

Ce cas nous paraît être un de ceux à l'aide desquels il serait facile ou du moins possible de faire un rapprochement entre les névralgies et le rhumatisme, rapprochement duquel il résulterait que la névralgie n'est dans beaucoup de cas autre chose qu'une inflammation du nerf lui-même ou du névrilème du nerf. Cette opinion, que quelques auteurs ont pu croire toute récente et dont nous avons entendu un médecin distingué s'attribuer la première idée, n'est cependant rien moins que nouvelle, et voici ce que nous lisons dans un remarquable travail, publié en 1825 par MM. Béclard et Descot, sur les affections locales des nerfs:

« Un grand nombre de lésions mécaniques, disent ces auteurs, peuvent donner lieu et donnent souvent lieu à la névralgie. Cette affection dépend souvent aussi d'une petite tumeur cartilagineuse, ou d'une dégénération cancéreuse qui comprime ou affecte un nerf; on a vu quelquefois la *gaîne cellulaire être le siége* d'une infiltration séreuse, ou même d'une *inflammation suppurative*; on a vu aussi le nerf, siége de la douleur, être rougeâtre. Enfin, dans tous les autres cas, la nature des causes qui déterminent la névralgie, les phénomènes qui accompagnent l'accès de douleurs, tout se réunit pour faire penser que la *névralgie n'est, du moins dans la plupart des cas, qu'une névrite intermittente ou rémittente.* »

Certes, il serait difficile de trouver un passage où fût exprimée d'une manière plus explicite l'opinion que nous venons de mentionner relativement au siége et à la nature de la maladie.

Sans vouloir entrer dans les détails d'un parallèle complet entre les symptômes de la névralgie et ceux de la névrite, nous ferons observer que les analogies sont souvent frappantes entre les phénomènes auxquels donnent naissance ces deux affections.

Les distinctions que l'on a voulu établir sur la différence du caractère de la douleur dans l'une et l'autre maladie, nous paraissent sans grande valeur. Dans la névralgie, a-t-on dit, la douleur apparaît tout à coup, et souvent avec une intensité atroce. Cette douleur a un point de départ, et dessine toutes les ramifications du nerf. La névrite s'annonce par les prodromes ordinaires des phlegmasies, par une douleur d'abord peu vive, puis augmentant graduellement avec les progrès de l'inflammation; sa nature ne change pas; sa direction est celle d'un tronc nerveux. La distinction est peut-être bien un peu subtile pour la première apparition de la douleur. Quant à sa direction, nous ne voyons pas pourquoi, si un tronc nerveux s'enflamme, les ramifications ne s'enflammeraient pas tout aussi bien, et par suite ne deviendraient pas le siége d'une douleur plus ou moins intense. L'inflammation des petites branches nerveuses dans la névrite ne nous semble pas plus difficile à admettre que celle des petites bronches, par exemple, dans la bronchite, que celle des petites ramifications veineuses dans la phlébite, etc.

La douleur névralgique, a-t-on dit encore, est intermittente, s'apaise par la compression; celle de la névrite est continue et s'exaspère par la pression. Nous répondrons à cette objection que souvent la douleur névralgique est continue, et qu'il est plus d'un cas où, dans la névralgie sciatique, par exemple, le moindre contact fait jeter les hauts cris au malade. Que si l'on nous répond que, dans ce cas, il n'y a point névralgie, mais *névrite sciatique*, nous en conclurons en faveur de notre opinion que, si la distinction est si difficile à établir, nous sommes en droit de la rejeter comme trop subtile et souvent inadmissible.

La partie qui est le siége de la névrite est rouge et gonflée, principalement quand le nerf est superficiel, et le toucher fait souvent reconnaître une saillie dans toute l'étendue du cordon enflammé. Mais, ces caractères encore, on les rencontre souvent dans la névralgie sciatique, névralgie que nous prenons un instant comme type et point de comparaison, en raison de sa fréquence et de la netteté des symptômes qui l'accompagnent, symptômes qui sont d'autant plus tranchés que le nerf est plus volumineux. On conçoit aisément qu'il n'y aura ni rougeur, ni saillie en forme de cordon perceptible au toucher quand il s'agira d'une névrite ou d'une névralgie des filets déliés qui se distribuent dans les muscles, par exemple, comme dans le torticolis.

Quant aux phénomènes de réaction générale, ils seront d'autant plus marqués que l'affection sera plus intense et plus étendue. Ils sont fréquents dans la névralgie sciatique; ils ont été assez marqués dans le cas actuel pour qu'il soit impossible de les révoquer en doute. Les preuves tirées de l'anatomie pathologique sont nulles.

Il est excessivement rare que l'on succombe à une affection névralgique; et dans le petit nombre de cas où l'on a trouvé des altérations du nerf ou du névrilème, suites évidentes d'un travail inflammatoire, les symptômes observés pendant la vie pourraient aussi bien se rapporter à la névralgie qu'à la névrite.

Nous ne trouvons pas dans les causes productrices de ces deux affections des arguments moins solides en faveur de l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir. Les mêmes causes peuvent les déterminer, et parmi ces causes, en première ligne, nous trouvons le froid, le froid humide principalement, à l'influence duquel on est si souvent forcé de rapporter le développement des phlegmasies locales. Une dernière raison qui nous semble également péremptoire est celle-ci, que dans quelques cas d'affections réputées névralgiques il y a, au bout d'un certain temps, propagation de l'inflammation aux parties environnantes. Dans le cas actuel, par exemple, peut-il être douteux que les tissus constituants des articulations vertébrales aient été enflammés, lorsque nous avons vu la plus légère pression sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales déterminer de vives douleurs?

S'il était besoin enfin d'une dernière preuve, ne la trouverait-on pas dans le traitement comparatif des deux affections, qui est souvent absolument et identiquement le même? La névralgie sciatique exige fréquemment l'emploi des émissions sanguines locales, ventouses scarifiées et sangsues sur le trajet du nerf malade. Dans le cas actuel, deux applications de sangsues furent nécessaires, et furent suivies de l'emploi d'un vésicatoire, agent révulsif énergique, si fréquemment employé avec succès dans le traitement des inflammations, lorsque l'on s'est rendu maître des premiers phénomènes phlegmasiques aigus.

Nous croyons inutile de poursuivre plus loin ce parallèle. Nous croyons en avoir dit assez pour démontrer, sinon la parfaite identité, du moins les rapports intimes qui existent entre les affections névralgiques et les névrites, dans un grand nombre de cas, et pour venir à l'appui du paragraphe cité plus haut de l'ouvrage de Béclard et Descot, quant à ce qui regarde la nature intime d'un grand nombre de maladies désignées sous le nom d'affections névralgiques.

REVUE GÉNÉRALE.

De l'ostéomalaxie des os qui forment la partie postérieure de la tête chez les enfants à la mamelle. — La Gazette médicale de Strasbourg a publié récemment sur ce sujet un travail du docteur Elsœsser dont voici l'analyse rapide et concise:

---

difier la maladie en quelque sorte par précaution, et c'est peut-être alors que les eaux minérales nous rendent les meilleurs services.

Les sujets hémorrhoïdaires affectés de goutte atonique méritent et par la forme de leur maladie, et par les indications thérapeutiques qui leur sont propres, un sérieux examen. Les hémorrhoïdes se sont développées dans le cours de l'affection goutteuse ou elles ont apparu longtemps auparavant. Le premier cas est le plus favorable; les exemples nombreux cités par les anciens, comme nos observations personnelles, prouvent en effet que les évacuations hémorrhoïdales abondantes et régulières ont suffi par amener la guérison. Plus tard, et par les progrès de l'âge, le flux disparaît graduellement sans que la goutte revienne. On doit veiller avec soin sur ces malades, parce qu'il est possible d'aider à leur amélioration. Les eaux de Hombourg, de Kreutznach, etc., sont d'un excellent usage; elles augmentent la congestion anale, conduisent à bonne fin les hémorrhoïdes encore indécises, et ne servent plus seulement de palliatifs momentanés. En combinant la cure sèche et la cure purgative, les bains, les lavements, l'administration à dose modérée des eaux-mères à l'intérieur et à l'extérieur, on obtient les plus heureux résultats. Si elles ne peuvent rétablir l'évacuation hémorrhoïdale, au moins contribuent-elles à faire passer l'affection à la forme tonique, et c'est déjà un progrès.

Dans le second cas, où les hémorrhoïdes se sont développées avant la goutte: elles semblent liées moins intimement à la marche des symptômes; leurs anomalies, quoique ne produisant plus de désordres graves, ont cependant une influence fâcheuse. Les accès sont troublés; ils ne se montrent pas à la période habituelle, et regagnent souvent en durée ce qu'ils perdent en intensité. On sent, lorsqu'on étudie avec une minutieuse attention les moindres symptômes, l'intervention du molimen hémorrhoïdal. Ainsi, les douleurs sciatiques, la pesanteur du fondement, les coliques sourdes, les congestions abdominales vagues et changeantes devancent les phénomènes articulaires. Peu à peu la goutte devient atonique; et c'est, on ne saurait trop le redire, une transformation pleine de dangers.

Nous recourons alors avec une égale confiance aux eaux chlorurées chargées d'acide carbonique, sans attendre qu'elles soient absolument nécessaires. L'accroissement des hémorrhoïdes ne nuit pas aux goutteux; la plupart, au contraire, en éprouvent quelque soulagement. Il est facile d'ailleurs de savoir à quoi s'en tenir sur ce sujet en consultant les diverses phases de la maladie. On voit, en effet, par la forme des attaques, leur coïncidence avec la congestion, leur suspension durant le flux, leur redoublement lorsqu'il fait défaut, ce qu'on est en droit ou de craindre ou d'espérer. Toutes les fois que la passion hypocondriaque vient compliquer la goutte atonique, qu'il y ait ou non des hémorrhoïdes fluentes, on conseillera les eaux minérales de Hombourg, etc. Elles améliorent l'état général et suppriment les plus grands obstacles que rencontre la guérison. La combinaison de la goutte avec l'hypocondrie n'est pas, en effet, une coïncidence fortuite et insignifiante. Il y a entre ces deux affections des liens si intimes, que souvent elles se suppléent, plus souvent encore elles s'appellent. Nous avons déjà noté ces rapports pathologiques en traitant de l'hypocondrie; il serait aujourd'hui superflu d'y revenir.

Il existe encore, au point de vue du traitement, une troisième class de goutteux. Ceux-là présentent, en général, les attributs de la constitution qu'on est presque convenu d'appeler constitution nerveuse. Quand l'affection se localise régulièrement, elle débute surtout par des spasmes, des crampes, une agitation inquiète. Si elle se déplace, c'est aux organes respiratoires qu'elle s'adresse de préférence; l'asthme est sa conséquence ordinaire; d'autres fois l'attaque vient frapper l'estomac, et la gastralgie en impose par des phénomènes de forme nerveuse. Les indications sont ici moins évidentes encore que précédemment. Le médecin hésite entre les traitements sans nombre que rien ne motive ou n'interdit. Les eaux minérales de Hombourg ont des succès quand la goutte est franchement atonique; lorsqu'elle est un peu plus active, tantôt elles réussissent, tantôt elles sont inutiles. Quelques individus les supportent mal, et s'accommodent tout au plus des eaux de Selters ou des sources les moins riches. La plupart manquent de persévérance, et quittent trop tôt les établissements pour qu'on sache ce qu'ils auraient gagné. Peut-être l'hydrothérapie serait-elle plus généralement efficace, mais nous ne pouvons appuyer cette opinion sur de suffisantes expériences.

Les grandes divisions que nous venons de tracer sont loin d'avoir dans la nature les limites exactes que nous avons dû leur supposer. Les espèces se mêlent et se confondent; le même malade peut passer par toutes les formes, suivant que son tempérament se modifie avec l'âge, ou que les circonstances extérieures y contribuent. Les types sont vrais, et certains malades en sont l'expression parfaite; mais le plus grand nombre des goutteux se soustrait aux exigences des distinctions pathologiques. Comment n'en serait-il pas ainsi d'une affection qui dure des années et impose de si rudes privations? L'immobilité seule occasionnera chez l'un une pléthore accidentelle; les tentatives imprudentes, le besoin d'étourdir ses souffrances dérangeront chez un autre les accès les mieux ordonnés; celui-ci fera trop d'exercice pour se prouver qu'il est encore actif; celui-là sera trop pusillanime pour risquer le moindre mouvement. Ainsi, la goutte se complique elle-même; les patients font volontiers le contraire de ce qu'il faudrait, comme les filles chlorotiques auxquelles une riche alimentation serait indispensable, et qui lui préfèrent les légumes crus et les fruits acides.

Le médecin, quel que soit son discernement, a les plus grandes peines à distinguer ces constitutions acquises pendant le cours de la maladie de la constitution primitive. Il est souvent obligé d'attendre les attaques pour s'éclairer sur la nature réelle du mal qui se transforme; mais alors, comme le temps lui manque, il va droit au plus pressé. Peut-être n'est-il pas de malade plus difficile à diriger qu'un goutteux; ceux qui voudront se remettre en mémoire les souvenirs de leur pratique auront certainement à enregistrer bien des mécomptes.

Nous n'avons pas eu la prétention d'esquisser une monographie de cette désespérante affection, nous avons voulu seulement indiquer avec plus de détails qu'on ne l'essaie d'ordinaire les résultats probables des eaux minérales. On peut juger par la longueur de cet essai, fort incomplet d'ailleurs, des difficultés de la question. Dire que telle ou telle source est bonne pour la goutte, c'est dire un non-sens; autant vaudrait recommander tel médicament pour la poitrine, ou tel autre pour les maux de tête.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Contrairement à l'opinion émise par plusieurs auteurs, que les os de la tête ne participent jamais au rachitisme; que ces os, au contraire, se développent davantage dans cette maladie, et qu'enfin les os du crâne ne se ramollissent jamais, M. Elsœsser a observé le ramollissement avec amincissement consécutif des os postérieurs du crâne chez les petits enfants dans un assez grand nombre de cas. Il désigne ce ramollissement sous le nom de *crâniotabes*, et le regarde comme une forme de rachitis propre aux enfants à la mamelle.

Ce sont surtout les enfants chétifs qui en sont atteints; et M. Elsœsser en cite plusieurs exemples, parmi lesquels on trouve des cas très avancés, car on y a observé la perforation de l'os en plusieurs endroits.

La symptomatologie de la maladie n'est pas encore assez précise. Bien que M. Elsœsser ait observé presque toujours des phénomènes cérébraux (des mouvements convulsifs) dans le cortége des symptômes, il ne peut pas encore déterminer quels sont les symptômes dépendant de l'affection rachitique des os postérieurs du crâne, et quels sont ceux dus à des causes internes indépendantes de cette affection.

Parmi les symptômes de cette affection, le plus sûr c'est celui de la pression exercée avec le doigt sur la partie postérieure de la tête, qui peut, dans quelques cas, découvrir l'amincissement de l'os.

Le traitement qui a le mieux réussi à M. Elsœsser consiste dans l'administration des ferrugineux, et dans l'emploi des bains préparés avec du tan qui n'avait pas encore servi (l'écorce de chêne moulue). Les préparations auxquelles il donne la préférence sont l'œthiops martial (oxydule noir de fer) et le carbonate de fer, qu'on administre à la dose de 5 à 25 centigrammes, trois fois par jour. Pour le bain, on fait une décoction avec deux ou trois poignées de tan, enveloppées dans un petit sac en toile, sur 100 à 150 litres d'eau. Ces bains, répétés tous les deux jours, ont été très efficaces, même dans les cas où l'on prolongeait leur emploi après la cessation du traitement interne. La température doit en être graduellement abaissée, et les malades en même temps soumis aux lotions froides.

Dans les cas de constipation, et surtout dans les complications du côté du foie, M. Elsœsser s'est bien trouvé de l'association, faite au moins périodiquement, de petites doses d'aloès (d'un huitième jusqu'à un cinquième de grain d'extrait) au fer.

Sur la chorée considérée comme complication de l'endocardite. — Il y a quelques années, le docteur Bright publia dans les *Archives de médecine* un travail sur la chorée considérée comme complication de la péricardite. Nous trouvons dans le même journal une observation extraite des journaux anglais, et qui présente avec celles du docteur Bright des analogies curieuses.

Une enfant de sept ans, de petite taille et d'une faible complexion, habituellement bien nourrie et bien logée, commença à avoir, il y a environ trois semaines des tressaillements dans les doigts et quelques mouvements irréguliers dans les bras et dans les épaules. Quelque temps après ces mouvements devinrent de plus en plus appréciables, et la petite malade ne s'exprimait plus qu'avec difficulté; en même temps elle se plaignait de céphalalgie. La persistance des accidents engagea sa mère à la conduire à l'hôpital du Collége de l'Université, le 10 décembre 1844. A son entrée, la petite malade offrait tous les symptômes d'une chorée générale, avec cette différence cependant qu'elle pouvait suspendre à volonté ses mouvements irréguliers pendant un certain temps. Durant son sommeil les accidents diminuaient, sans disparaître entièrement. Elle ne pouvait rien tenir dans ses mains; l'articulation des mots était difficile, la tête douloureuse, les pupilles assez dilatées, la langue blanche, et l'appétit satisfaisant; à la pointe du cœur, et en même temps que la sistole, on entendait un bruit de souflet distinct et prolongé que l'on percevait également à la base, mais d'une manière moins sensible. Pendant les quinze jours que cette petite malade resta à l'hôpital, elle fut soumise à l'emploi des préparations ferrugineuses et à la teinture de *canabis indica*. Elle sortit sans être complétement guérie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle médication contre la diathèse scrofuleuse; par M. le docteur C. A. W. Richter, de Woldegk.

La méthode employée par M. Richter pour traiter la diathèse scrofuleuse, méthode qui, selon lui, est de beaucoup supérieure à toutes celles connues jusqu'à ce jour, est très simple et paraîtra peut-être même trop simple à plus d'un médecin; en effet, elle consiste seulement en des ablutions méthodiques avec une solution de savon vert.

Depuis plusieurs années, M. Richter a vu cette médication, seule et sans l'emploi auxiliaire d'aucun autre moyen interne ou externe, nonseulement prévenir le développement de la scrofulose chez des enfants dont les parents, les frères et sœurs étaient strumeux à un haut degré, mais encore guérir des affections scrofuleuses très avancées; dans deux cas, une tuberculeuse pulmonaire, qui ne pouvait être méconnue, a cédé à l'emploi de ce traitement.

Cette méthode, qui ne demande pas de précautions particulières de la part du médecin, qui n'entraîne pas à de grandes dépenses, et qui n'exige pas une attention minutieuse de la part des parents, a en outre l'avantage d'amener très promptement le résultat désiré. Déjà, dans l'espace de huit à quinze jours, on voit apparaître des signes évidents d'un résultat favorable sur tout l'organisme: les glandes du cou et du mésentère se résolvent, les éruptions s'éteignent, les paupières perdent de leur aspect tuméfié et phlogosé. On hâte les progrès de la guérison en proscrivant l'usage diététique des substances acides et tendant à l'acescence, comme les substances sucrées, les pommes de terre, etc.; au lieu de ces aliments, on recommande l'usage des légumes secs et de la viande; à cela, il faut joindre l'exercice à l'air libre.

C'est surtout le soir, avant le coucher, que les ablutions doivent être faites, du moins en hiver; parce que si les enfants allaient, bientôt après l'ablution, s'exposer à l'action de l'air froid, la peau deviendrait rugueuse et se gercerait.

La température à laquelle doit être l'eau employée est celle de dix à douze degrés de l'échelle réaumurienne. On prend environ 60 grammes de savon pour chaque ablution qui doit s'étendre sur le cou, le dos, la poitrine, l'abdomen et les extrémités.

Le savon vert est, comme on sait, un savon très alcalin fait avec des graisses liquides, souvent même avec des huiles de poisson, et contient (celui du moins dont se sert ordinairement M. Richter) du sulfate de fer comme principe colorant.

Nous sommes persuadé que, si les ablutions savonneuses produisent l'effet annoncé, on obtiendrait des résultats préférables encore en leur substituant des bains avec le savon vert, pendant la durée desquels on pratiquerait des frictions ou seulement des lotions avec le liquide savonneux sur toute la surface du corps et des membres.

Heureux emploi de l'acupuncture pour le traitement d'une fracture non consolidée; par M. le docteur Lenoir.

Un charpentier âgé de trente et un ans, vigoureusement constitué et habituellement bien portant, fit une chute dans laquelle il se fractura l'une des cuisses vers la partie moyenne du membre.

On recourut successivement à l'appareil ordinaire, puis à l'appareil inamovible, mais sans le moindre succès; car, cinq à six mois après l'accident, la consolidation n'était pas encore obtenue.

L'appareil à extension continue ayant alors été appliqué sans plus d'avantage, M. Lenoir eut l'idée de recourir à l'acupuncture.

Le membre se trouvant soumis à l'extension continue, ce chirurgien fit pénétrer d'abord quatre longues aiguilles entre les fragments de l'os. Bientôt un gonflement inflammatoire de la partie moyenne de la cuisse se développa, et les aiguilles, qui avaient été laissées à demeure, ne tardèrent pas à être baignées de pus. Cette réaction terminée, une nouvelle implantation de quatre autres aiguilles fut pratiquée comme la première fois, de manière à modifier également tous les points des surfaces osseuses, puis on retira ces corps étrangers lorsque le degré d'inflammation produit dans le tissu osseux fut jugé suffisant; après quoi, le membre fut laissé soumis à l'action de l'appareil comme on le fait ordinairement dans les cas de fracture simple.

Sous l'influence de cette médication, la consolidation marcha d'une manière régulière, et, trois mois après l'opération, elle se trouva complétement achevée.

NOUVELLES

La mortalité est très grande à Paris depuis quelques jours. Avant-hier on a constaté 280 décès. L'administration des pompes funèbres avait peine à répondre à toutes les demandes.

— Dans le grand-duché de Bade, comme partout ailleurs, le nombre des jeunes médecins va en s'augmentant dans une proportion qui n'est pas en rapport avec les besoins de la population; aussi leur sort y est-il loin d'être digne d'envie. On sait que leurs visites sont taxées; malheureusement le taux en est d'une modicité inouïe, et, comme on devait s'y attendre, les riches qui peuvent payer invoquent cette taxe dans le payement des honoraires des médecins.

Voilà un des mille inconvénients de la taxe imposée par le gouvernement, inconvénients qui n'existeraient pas si les associations de médecins se l'imposaient elles-mêmes. (*Ibid.*)

— Le sultan est en ce moment en voyage. Partout où il s'arrête, il fait vacciner en sa présence les enfants turcs et chrétiens, et donne un peu d'argent aux parents pauvres.

— Un jour le vieux Kien-Long, empereur de la Chine, demandait à George Stanton comment on payait les médecins en Angleterre. Quand il eut compris le système : « Peut-il y avoir, s'écria Kien-Long, un seul Anglais en bonne santé? Je vais vous dire comment je me conduis avec mes médecins. J'en ai quatre auxquels le soin de ma santé est confié. On leur donne une certaine somme toutes les semaines; mais, dès que je suis malade, ce salaire est retenu jusqu'à ce que je sois bien. Je n'ai pas besoin de vous dire que mes maladies ne sont pas longues. » — Il paraît que le système médical du céleste empereur n'est pas une plaisanterie. (*Ibid.*)

— *Erratum.* Dans le numéro du 18 août, page 383, clinique de M. Guersant fils, article Gangrène de la jambe, à la fin du dernier alinéa: *au lieu de*, nous avons déjà fait sept amputations, et nous avons eu SEPT cas de guérison, *lisez* TROIS cas de guérison.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 25 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 99. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr Fabre, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1845-1846.

Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux.

Il est entré à la Charité depuis le commencement de l'année scolaire, un total de 846 malades, sur lesquels 168 n'ont fait que passer sans offrir aucun intérêt. Les 678 malades dont les observations ont été recueillies se sont partagés de la manière suivente : 423 pour les hommes, et 255 pour les femmes.

Ainsi l'on voit que le nombre des hommes a été presque le double de celui des femmes. Ce fait peut être interprété de différentes manières. D'abord on en peut conclure, si ce résultat est le même pour tous les hôpitaux, que les femmes sont moins souvent malades que les hommes. Nous croyons que cette proposition n'est pas dénuée de toute vérité. Dans la ville on observe aussi une proportion de malades moins considérable pour les femmes que pour les hommes ; il est vrai qu'elle est beaucoup moins exagérée que nous ne la trouvons ici ; mais il faut ajouter que dans les hôpitaux on trouve une autre raison dans le nombre proportionnel des lits, nombre qui est toujours plus élevé pour les hommes que pour les femmes. On peut dire cependant qu'indépendamment de ce nombre il entre moins de femmes que d'hommes dans les hôpitaux, et cela pour plusieurs raisons.

Parmi les hommes, il y a toute cette quantité immense d'ouvriers venus de toutes parts, qui sont seuls, n'ont pas de familles, et qui entrent à l'hôpital dès qu'ils sont malades ; puis la nature de leurs travaux les expose davantage à être malades ; puis ensuite il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes dans les classes pauvres qui répugent à venir à l'hôpital. On voit donc qu'indépendamment du nombre de lits les femmes doivent être et sont reçues, en effet, en quantité moindre dans les hôpitaux.

Une autre particularité à connaître, c'est qu'en général il y a chaque année, comme celle-ci, plus de maladies que de malades, parce qu'un assez grand nombre d'individus présentent plusieurs maladies à la fois ; cette considération a aussi son importance pour éviter les erreurs dans le jugement qu'on porterait sur la gravité de telle ou telle affection. Nous aurons occasion plusieurs fois de vérifier l'exactitude de cette assertion.

Les différents groupes de maladies ont été partagés ainsi qu'il suit, savoir : 168 cas de maladies des yeux, 74 maladies des os dans la continuité, 72 maladies des articulations, 105 affections des organes génitaux (70 chez les hommes et 35 chez les femmes, en mettant à part les maladies des mamelles) ; 48 maladies inflammatoires (elles seraient même plus nombreuses, parce qu'elles se retrouvent avec d'autres comme complication) ; 57 phlegmons, abcès (les adénites sont très difficiles à séparer des abcès, on en comprend la raison) ; 25 exemples de maladies du système lymphatique ; 40 affections de l'anus dans les deux sexes ; 24 maladies des mamelles ; 20 cancers disséminés sur plusieurs régions ; 30 tumeurs diverses ; 10 brûlures et 6 érysipèles. Il y en a eu un plus grand nombre, mais à titre de complication. Ces 5 malades sont entrés à l'hôpital pour un érysipèle seul.

On peut voir, d'après les résumés que nous avons publiés il y a quelques années, combien le nombre des malades paraît peu considérable pendant celle-ci. Le chiffre ordinaire, pendant les dix mois qui composent l'année scolaire, est d'habitude de 1,000 à 1,200 ; rarement il descend au-dessous de 900, et il s'élève parfois jusqu'à 1,400 et même 1,450.

Fractures.

Les fractures ont été au nombre de 41 pour les hommes et de 11 pour les femmes. Il y a eu 4 morts, parmi lesquels se trouvent deux fractures de la mâchoire inférieure. Il ne faudrait pas conclure de ce résultat que la fracture du maxillaire inférieur est extrêmement dangereuse ; nous expliquerons bientôt la mort de ces deux malades.

On a pu être frappé de deux faits cette année comme les précédentes : c'est d'abord de l'absence de toute complication fâcheuse pendant le traitement des fractures simples, elles n'ont jamais donné lieu ni à la gangrène, ni à des accidents graves ; c'est, ensuite, de la simplicité du traitement, qui permet aux malades atteints de fracture de jambe de se lever, de marcher avec des béquilles dès que l'appareil est appliqué et qu'il est complètement sec. Chez presque aucun de ces malades nous ne mettons en usage de traitement particulier, tel que saignée, diète, médicaments à l'intérieur. Selon nous, ils n'en ont pas besoin ; tous les soins doivent consister dans l'application bien faite de l'appareil. Il est vrai de dire que cette application réclame quelques précautions, et que, faute de les connaître, on s'expose à ne pas tirer du traitement tous les avantages qu'on a le droit d'en attendre. Ainsi, il est indispensable que la compression exercée par le bandage soit parfaitement régulière ; il faut remplir les vides que laissent les saillies et les dépressions naturelles des membres ; on doit garnir l'appareil d'attelles suffisantes, éviter surtout la compression sur les saillies osseuses ; en un mot, maintenir les fragments en rapport et dans l'immobilité : telles sont les conditions que l'habitude de ces appareils apprend à remplir, sans avoir à redouter aucun accident dont le bandage lui-même puisse être la cause.

Si la fracture occupe la jambe, il faut que l'appareil remonte jusqu'au-dessus du genou, et que le pied soit tenu à angle sur le membre ; ce sont des conditions indispensables pour enlever toute mobilité aux fragments.

Les accidents que paraissent redouter surtout les antagonistes de l'appareil inamovible, tels que la douleur, le gonflement, l'inflammation, la gangrène, ne se montrent jamais quand le bandage est appliqué convenablement ; loin de là, dès que les malades sont dans l'appareil et qu'il est tout à fait sec, la douleur est moindre, et, il est facile de le comprendre, la douleur trouvant principalement sa cause dans la mobilité des fragments. Presque constamment aussi le gonflement se dissipe ; s'il en existait avant que le bandage soit appliqué, on s'en aperçoit promptement à la pointe du pied qui prend un aspect particulier ; elle se ride à mesure que le boursouflement des tissus va en diminuant.

Cette diminution du gonflement, comme conséquence immédiate de l'application de l'appareil, a été si bien constatée qu'elle a fait le sujet d'une objection contre l'emploi du bandage inamovible. Comment, a-t-on dit, ce bandage peut-il être efficace, puisque, lorsqu'il y a du gonflement, il se dissipe après l'application ? Evidemment alors, si le bandage est trop lâche, il ne peut plus assurer l'immobilité des fragments. Cette objection, spécieuse au premier abord, peut être facilement réfutée. Si l'on réfléchit à la manière dont nous disposons l'appareil, on voit que par en haut le bandage dépassant le genou s'oppose par sa forme même à ce que le bout supérieur puisse éprouver aucun mouvement de haut en bas ; de plus, la bande dextrinée enveloppant le pied placé à angle sur la jambe, tout mouvement qui tendrait à remonter le fragment inférieur est impossible ; il en résulte que, alors même que la disparition du gonflement empêcherait le bandage de demeurer aussi exactement appliqué que primitivement, un dérangement des fragments osseux n'est pas possible, et qu'il se fait là, par la forme même des parties, une sorte d'extension et de contre-extension continues. Il est entendu que la jambe est à demi fléchie.

D'ailleurs, il est évident que, si le relâchement était porté trop loin, rien n'empêcherait de réappliquer l'appareil, ce qui n'est pas difficile ; il suffit de couper la bande tout entière avec des ciseaux ou de l'humecter pour pouvoir enlever l'ancien. Ajoutons encore qu'en général, si on se sert de cet appareil avant que le gonflement ne se soit développé, il ne surviendra pas ; le bandage sera le meilleur résolutif qu'on pourra employer.

Ce n'est pas seulement dans les fractures sans complica-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

ASSOCIATION MÉDICALE.

Nous publions tous les ans le rapport du secrétaire-général de l'Association des médecins de Paris ; nous pensons qu'on lira avec intérêt le compte-rendu des travaux de l'Association de prévoyance des médecins du département du Bas-Rhin ; nous l'empruntons à la *Gazette médicale de Strasbourg* du 20 août.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN.

L'association a tenu sa seconde assemblée générale annuelle le 3 juillet 1846, à Strasbourg, dans l'une des salles du Château.

Un grand nombre de médecins de la ville, auxquels sont venus se mêler des confrères du département, ont répondu à l'invitation qui leur avait été faite d'assister à cette réunion.

La manière affectueuse dont s'abordaient les sociétaires, l'animation qui présidait aux entretiens particuliers témoignaient de l'intérêt qu'offrait ce moyen de rapprochement.

Que tous rendent donc enfin un juste hommage à l'importance de cette institution pour ses bienfaits matériels et moraux !

M. le président a ouvert la séance par un discours que nous reproduisons plus bas avec le compte-rendu du secrétaire.

Puis il a été procédé au renouvellement partiel du bureau et de la Commission. Tous les anciens membres ont été maintenus par acclamation chacun dans ses fonctions.

Quelques mesures d'ordre se rapportant au mode de perception des fonds des sociétaires du département ont ensuite été soumises à l'assemblée et discutées.

Enfin, avant que de se séparer, M. le président a soumis à la signature de l'assemblée la pétition que la Commission permanente du Congrès médical de France, et qui est relative à l'organisation et à l'enseignement du corps médical de notre pays, a l'intention d'adresser à nos chambres législatives, et qu'elle nous avait fait l'honneur de nous communiquer.

Discours de M. le professeur Ehrmann, *président de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin.*

« Messieurs,

» Les institutions libérales ne subsistent qu'à la faveur du zèle et du dévouement de ceux qui ont contribué à les fonder ; leur existence basée sur les principes d'ordre et d'économie se révèle par de bonnes actions, et leur prospérité s'accroît toujours en raison directe de leur utilité. C'est sur ces principes, Messieurs, que repose l'Association des médecins du Bas-Rhin.

» Fondée seulement il y a un an, notre Société a cherché à étendre ses racines dans toute l'étendue du département, et l'appel du comité d'administration a été entendu par la majorité de nos confrères, qui sont venus s'adjoindre au noyau des fondateurs. Cet exemple sera suivi, nous n'en doutons point, par tous les médecins de la province que nous habitons, et bientôt notre association, ne formant qu'une seule et même famille, verra se dérouler les avantages que nous sommes en droit d'en attendre ; car, ainsi que l'a dit un spirituel écrivain : « Le principe de l'association bien conçu, sagement appliqué,
» n'est-il pas par excellence le principe de progrès, de liberté, le mo-
» bile le plus énergique des intérêts généraux et particuliers, en
» même temps que le frein le plus puissant de l'égoïsme ? »

» Mais pour atteindre un but marqué, il faut, Messieurs, aux établissements de la nature de celui que vous avez fondé, une certaine durée ; les sympathies se réveillent lentement, et le grain mis dans la terre a besoin, pour germer et pour fructifier, de certaines conditions permanentes, qu'il est quelquefois difficile d'obtenir. Aussi notre réunion d'aujourd'hui, la seconde depuis que nous existons, répond-elle plutôt à l'exigence du règlement qu'à une rigoureuse nécessité de traiter *nos affaires*. et cependant il n'est aucun de nous qui ne voie avec satisfaction cette occasion de resserrer les liens d'unité et de confraternité, celle de retremper au foyer de l'association les sentiments d'estime réciproque. Nous devons surtout à nos confrères *extrà muros* l'expression de notre gratitude pour le temps qu'ils dérobent à leurs occupations et qu'ils viennent consacrer ici à un acte considéré par eux comme un devoir.

» La position modeste que nous occupons encore aujourd'hui, position que vous exposera plus en détail M. le secrétaire, ne nous a pas permis jusqu'à présent de songer à secourir l'infortune ; aussi aucune demande de ce genre ne nous est-elle encore parvenue, et nos fonds, avantageusement placés, grâce à la vigilante activité de M. le trésorier, s'accumulant ainsi d'année en année, permettront, alors que l'occasion s'en présentera, de remplir l'une des obligations que la Société s'est imposées dès son origine.

» Si nous sommes encore obscurs, Messieurs, nous ne sommes cependant point oubliés ; car le compte-rendu de l'Association des médecins de Paris, en signalant dans des termes flatteurs notre existence, a publié en même temps les paroles prononcées l'année dernière dans cette enceinte, et a rendu hommage aux efforts de notre Société. Il y a plus, nos rapports avec la Commission permanente du Congrès médical de France nous ont valu de sa part une communication importante, adressée aussi à d'autres Sociétés de médecine, et d'après laquelle il s'agit d'efforts à tenter pour arriver à la réalisation de vœux déjà si souvent exprimés au sujet des intérêts généraux du corps médical. Le Congrès avait l'espoir que la présente session législative ne se passerait certainement pas sans que la loi promise sur l'organisation de l'enseignement et des professions médicales fût présentée en temps utile pour être discutée et adoptée. Les promesses faites à cet égard avaient été si solennelles, accueillies par des acclamations si unanimes, que le Congrès se sépara sous une impression à la fois de confiance et d'espoir. Cependant la session s'achève, et le projet de loi n'a pas été présenté ; il s'écoulera probablement une année avant qu'il puisse être repris, et encore, dans l'imminence d'une législature nouvelle, qui peut prévoir les modifications politiques qui surgiront des prochaines élections ?

» Dans cette grave occurrence, la Commission permanente a pensé qu'une pétition immense et collective, présentée à la Chambre des pairs et à la Chambre des députés par un de leurs membres, dès le début de la session prochaine, serait un moyen d'une grande puissance pour agir aussi bien sur les bonnes dispositions des ministres que sur le zèle des législateurs.

» C'est aux *associations médicales* surtout dont le Congrès a voté solennellement l'institution, puisqu'il a merveilleusement prévu tous les résultats que l'on en peut attendre ; c'est aux *associations*, dis-je, qu'il appartient de propager cet élan, et de prouver que, par la fusion complète de leurs intérêts et par la généralité de leurs réclamations, elles arriveront au but qu'elles veulent atteindre. »

Suit le texte de cette pétition, déposée sur le bureau et prête à recevoir des signatures.

Rapport du docteur Schaaf, *secrétaire, lu dans l'assemblée générale annuelle, le 3 juillet* 1846.

« Messieurs,

» Appelé pour la seconde fois à l'honneur de vous présenter le compte-rendu de la situation morale et financière de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, je ferai mes efforts pour m'en montrer digne.

» Si le désir de connaître le développement et la gestion des intérêts de notre Société nous appellent ici en assemblée générale, ce sera aussi le désir de nous voir, de nous apprécier et de nous donner réciproquement des témoignages d'estime et de bonne confraternité.

» Car, ne l'oublions pas, à côté du sentiment de prévoyante charité qui a présidé à la création de notre Société, est venu se placer de suite l'espoir de resserrer par des rapports obligés et par ces réunions annuelles, les liens si relâchés du corps médical de notre département.

tions que le bandage inamovible présentera des avantages réels; nous l'avons mis en usage dans des cas de fractures compliquées avec non moins d'utilité pour les malades : il avait été appliqué chez cette malheureuse femme à laquelle nous avons pratiqué la résection des deux os de la jambe, et qui a succombé d'une façon si imprévue, par suite d'un érysipèle, étant guérie de sa fracture (l'observation a été publiée dans ce journal).

Les bandages inamovibles n'ont pas la même valeur dans les fractures de cuisse; malgré leur emploi, on ne peut permettre à ces malades de marcher, et par conséquent l'appareil perd une partie de ses avantages; dans les fractures du membre supérieur, ils sont moins bons aussi que pour les membres inférieurs ; mais c'est pour la jambe surtout qu'ils présentent une utilité incontestable selon nous.

Les fractures du crâne n'ont, comme à l'ordinaire, entraîné aucune suite grave par elles-mêmes; c'est, ainsi que nous l'avons souvent répété, à cause des lésions dont elles s'accompagnent qu'elles entraînent des accidents sérieux et des terminaisons funestes.

Nous avons observé cette année un exemple de fracture de l'os unguis avec emphysème des paupières; cas rare qu'il ne faut pas oublier.

La fracture du maxillaire supérieur a été observée une fois, et constatée sans laisser aucun doute. Le médecin anglais qui a succombé à la suite de contusions violentes de la face en portait une aussi probablement; mais il est resté du doute, l'autopsie ayant été faite par des médecins étrangers à l'hôpital, en vertu d'une autorisation judiciaire. Chez le malade qui nous en a présenté un exemple, la fracture était tellement évidente, que le maxillaire était mobile, et qu'on pouvait l'ébranler facilement. Ce sont des fractures sur lesquelles on a gardé le silence; elles paraissent graves, et cependant, en réalité par elles-mêmes, elles le sont moins encore que celles du crâne. Cet homme a très bien guéri; nous l'avons revu, et sa mâchoire est tout à fait consolidée.

Sur trois fractures du maxillaire inférieur, nous avons eu deux morts, et nous disions en commençant qu'il ne faudrait pas juger du degré de gravité de ces fractures d'après ce résultat malheureux. C'est qu'en effet une des malades était cette femme qui avait fait une chûte d'un deuxième étage, et qui portait, outre cette lésion de la mâchoire, des fractures des deux fémurs compliquées de plaies. Du reste, quand cette malade a succombé, elle est morte à la suite d'une suppuration de tout un des membres inférieurs; sa fracture de mâchoire était consolidée. Chez le second, qui avait une fracture comminutive avec plaie, une inflammation vive est d'abord survenue; il y a eu de la suppuration; le malade est mort d'infection purulente. Il est évident que la fracture n'a pas été la cause directe de cette terminaison funeste; elle existait dans le milieu de la mâchoire, et elle aurait certainement guéri avec facilité sans cette redoutable complication.

Les fractures de côtes nous ont montré cette année ce que nous avons vu jusqu'ici, qu'en général il n'en est pas de plus facile à guérir; nous avons eu un mort cependant tout récemment, c'est ce pauvre maçon qu'on n'aura point encore oublié, sur lequel était tombé une pierre énorme et qui avait été broyé; il avait de plus, comme on sait, une fracture compliquée de l'avant-bras dont la gangrène s'empara bientôt et une fracture de cuisse; les viscères du thorax avaient été écrasés; la fracture de côtes n'était pas ici la maladie principale; ce n'est pas elle qui l'a tué : il a succombé à l'écrasement des viscères.

Nous disons que les fractures de côtes sont généralement faciles à guérir, et nous y insistons précisément parce que des chirurgiens ont dans ces derniers temps émis une opinion contraire. Ils ont pensé que ces sortes de fractures exigeaient des précautions particulières : ils ont proposé de couvrir certains points du thorax d'une très grande quantité de compresses dans le but de remédier à des accidents que, selon nous, on n'observe pas ordinairement.

La complication la plus fréquente est l'emphysème, qui n'a généralement que fort peu de gravité, et qui se dissipe de lui-même; personne, du reste, ne songe à nier que si, quelques viscères ou gros vaisseaux viennent à être lésés, l'accident devient dangereux.

Les fractures de clavicule n'ont été, cette année, qu'au nombre de 4; elles ont été moins nombreuses qu'à l'ordinaire.

Elles nous ont prouvé encore une fois ces trois propositions sur lesquelles nous sommes revenus souvent, et qui doivent être connues aujourd'hui; à savoir : 1° que, contrairement à ce qu'on croyait jusqu'ici, les malades peuvent porter la main à la tête quand ils ont une fracture de clavicule; 2° que la consolidation ne demande que quinze à vingt-cinq jours, et non pas six semaines à deux mois ; 3° que par tous les bandages imaginables on ne parviendra pas à empêcher les fractures dans les deux tiers internes et obliques de laisser de la difformité.

Tout le traitement se réduit donc, en définitive, à empêcher les mouvements pendant une vingtaine de jours.

Parmi les fractures de l'humérus, qui se sont présentées au nombre de quatre, trois se trouvaient au col; c'est là une exception, car l'on sait que les fractures du corps de l'os sont plus fréquentes que celles du col. Sur ces trois fractures, deux occupaient le col anatomique; elles n'ont rien présenté de particulier.

Celles de l'avant-bras se sont divisées de la manière suivante : au nombre de onze, deux comprenaient les deux os, quatre avaient pour siége le cubitus, cinq le radius. Deux de l'avant-bras étaient compliquées, l'une chez le maçon dont nous avons parlé à propos des fractures de côtes; chez l'autre malade, il a fallu reséquer, puis pratiquer l'amputation : le malade a guéri.

Chez deux malades, les fractures de l'olécrane étaient compliquées d'épanchement sanguin ; chez le troisième, la continuité de l'os s'est rétablie par une bande fibreuse solide. Ces fractures nous ont montré qu'elles n'avaient besoin que d'une compression modérée; au bout d'un mois seulement l'appareil a été enlevé, et l'on a ainsi évité la roideur qui suit l'emploi trop prolongé des bandages.

Les fractures du radius ont démontré ces deux points connus maintenant : d'abord, que la déformation du poignet en Z, en talon de fourchette, est un de leurs caractères, bien qu'elles puissent exister sans ce signe ; ensuite, qu'on ne doit pas les traiter avec certains appareils dont les résultats sont plus fâcheux que le mal lui-même; ce qui ne signifie pas, comme on nous l'a fait dire, qu'il ne faut pas les traiter du tout, mais seulement qu'il vaudrait mieux, pour le malade, ne pas être traité que de l'être par des bandages gênants qui, le plus souvent, amènent une roideur telle que les malades la conserve un temps considérable, et quelquefois toute leur vie. Nous avons essayé cette année l'appareil d'un chirurgien danois, avec lequel le poignet est placé dans une flexion forcée; le résultat n'a pas été très satisfaisant; néanmoins, ces essais ne sont pas suffisants pour que nous puissions nous prononcer d'une façon définitive sur ce mode de traitement. Nous y reviendrons encore quand l'occasion s'en présentera.

Il y a eu deux fractures de l'os iliaque; tout ce que nous avons dit des fractures du crâne leur est applicable. Elles sont peu dangereuses par elles-mêmes, mais elles peuvent être accompagnées de lésions viscérales redoutables. Chez l'un des malades, la portion fracturée, la crète de l'os, avait une mobilité considérable. Le malade est sorti guéri.

Cinq fractures du col et deux du corps du fémur ont été reçues dans le service; il faut y ajouter les deux fractures compliquées de plaies que portait la femme dont la mâchoire a été brisée dans une chute, et qui a succombé. Celles du col ont toutes été traitées sans extension; on a simplement placé le membre sur le double plan incliné, et on a permis aux malades de marcher au bout de quelque temps. Tous sont sortis, on ne peut pas dire guéris, mais dans un état satisfaisant, sauf la claudication, qui est inévitable. Les raisons qui nous déterminent à ne pas mettre en usage l'extension continue dans ces sortes de fractures, ont besoin d'être examinées. D'abord, l'extension continue n'empêche pas les malades de boiter quand ils sont guéris; le raccourcissement n'en est pas diminué, et l'emploi de ce moyen amène infailliblement des escharres, de l'œdème et une roideur considérable. De plus, et cette considération nous paraît d'une grande importance, elle force les malades à séjourner au lit pendant deux à trois mois, et comme les fractures du col du fémur ne surviennent guère que chez des sujets avancés en âge, ils tombent bientôt dans l'adynamie et périssent souvent.

Au contraire, avec la méthode que nous employons, ils sont aussi bien au bout de six semaines qu'ils pourraient l'être au bout de six mois avec les bandages à extension continue.

Il faut savoir encore que faire lever les malades n'empêche pas la consolidation; comme ils marchent avec des béquilles, la douleur les avertit de ne pas poser à terre le membre malade, et la suspension à laquelle ils le condamnent forme une sorte d'extension par le poids du membre lui-même.

Cela veut-il dire que tous les malades doivent être soumis à ce mode de traitement? non sans doute. Nul doute que, si le sujet était encore un peu jeune, il ne fallût, si l'on supposait pouvoir obtenir une bonne consolidation, employer les appareils convenables pour atteindre ce but.

Nous avons reçu deux fractures de la rotule. Comme pour l'olécrane, nous rapprochons modérément, le malade reste quinze jours à trois semaines au lit; il se lève ensuite, et quinze jours après nous le débarrassons de son bandage.

Les fractures de la jambe ont été au nombre de dix : cinq pour les deux os, quatre pour le tibia seul, une pour le péroné. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit.

Les fractures du pied par écrasement n'ont rien de spécial; elles ne sont graves que par les lésions des parties molles.

Nous examinerons prochainement le groupe des maladies articulaires.

PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

De l'ictère, de sa nature et de son traitement.

Il y a vingt-cinq ans, avant l'exposition et la démonstration publique et journalière des principes de l'organicisme, l'ictère était une maladie dont la cause échappait le plus communément, et que très souvent on rangeait dans la catégorie des affections dites essentielles. Aujourd'hui, et nous pouvons le dire sans craindre qu'on nous taxe de présomption, après les recherches poursuivies par nous pendant plusieurs années, l'ictère n'est plus une maladie, ce n'est plus qu'un symptôme.

Existe-t-il un ictère essentiel, un ictère que l'on puisse, par lui-même et indépendamment des altérations organiques, considérer comme une maladie. Pour nos prédécesseurs, c'était incontestable; ils admettaient la teinte jaune comme constituant une affection; et, sans s'inquiéter des lésions or-

---

» On l'a dit, Messieurs, l'association, c'est la famille avec ses avantages moraux et matériels. Eh bien! que cette vérité pénètre donc ceux qui, tièdes ou indifférents, ne se sont point encore approchés de nous; et qu'aussi elle excite dans l'esprit des autres, qui depuis longtemps ont compris les bienfaits de l'association, la volonté ferme de seconder notre œuvre par les efforts d'une laborieuse propagande. Ce Ce ne sera qu'à cette condition que notre famille, avec un tribut léger pour chacun, mais en étendant ses bras jusque dans les derniers recoins des limites qui lui sont assignées, pourra offrir un jour un asile sûr à la vieillesse et un généreux refuge au malheur.

» Il faut l'avouer, Messieurs, et nous le proclamions l'année dernière avec trop de confiance, nous nous attendions à trouver chez nos confrères du département plus de hâte à venir s'inscrire sur nos registres. Et cependant, ni peine, ni persévérance n'ont été épargnées pour porter à la connaissance de chacun d'eux ce que notre Société a de noble dans ses intentions et d'utile dans son but. Si un petit nombre a répondu franchement à notre appel, plusieurs autres, quand par circonstance nous avions l'honneur de les entretenir de nos préoccupations, embrassaient rapidement notre cause; mais rentrés dans leurs foyers, des travaux et des habitudes d'isolement que l'on contracte à la campagne, bien plus que des motifs que notre délicatesse se refuse interprêter, les arrêtaient dans leur généreux élan.

» A Strasbourg, toute la phalange médicale active comptera bientôt parmi les sociétaires : sur 60 docteurs qui la composent, 46 sont membres de l'Association, et la plupart des autres ne lui sont encore étrangers que parce que, entraînés par le tourbillon de leurs affaires, ils oublient d'encourager une entreprise à laquelle leur esprit et leur cœur ont applaudi depuis longtemps. Ajoutons encore avec empressement que presque tous ceux de nos honorables confrères que la fortune comble de ses faveurs figurent sur notre liste depuis les premiers jours, et contribuent ainsi par des actes si désintéressés à rehausser la dignité de notre compagnie.

» Pa, décision du 11 juin 1845, M. le ministre de l'intérieur a approuvé les statuts rectifiés de notre Société, et autorisé ainsi son action.

» Vous connaissez, Messieurs, les changements qui avaient été réclamés par l'administration supérieure; nous vous les avons présentés avec détail l'an dernier, et vous vous rappelez que tous, à l'exception d'un seul, portaient sur des objets secondaires, et n'étaient à considérer que comme des exigences administratives. Mais ce seul pont dont nous parlons continue à se recommander à notre sérieuse attention, En effet, il s'agit d'obtenir par nos pressantes sollicitations, aidées par celles de toutes les autres associations médicales de France, et surtout par celle de la capitale, d'obtenir, dis-je, du gouvernement, une sanction royale qui nous élève au rang des sociétés reconnues d'utilité publique. Ce n'est qu'alors que nous serons mis en demeure de voir grandir nos ressources par des dons ou des legs, qu'un confrère généreux ou telle autre personne noblement inspirée voudrait nous offrir, et dont nous sommes actuellement privés par la défense qui nous est faite de recevoir autrement que par dons manuels.

» Aucune demande de secours n'a encore été adressée à votre Commission, et lui a épargné ainsi l'embarras si pénible pour des cœurs généreux, celui de vouloir sans pouvoir donner.

» Ni la mort, ni un éloignement ne sont venus éclaircir nos rangs, et l'augmentation du chiffre de nos sociétaires, quoique peu appréciable, demeure du moins ainsi dans tout son effet.

» Un don promis depuis quelque temps a été remis récemment entre les mains de M. le trésorier. C'est le reste de caisse de l'ancienne Société de la Faculté de médecine, qui se montait à 240 francs, et que les ayants-droit ont bien voulu abandonner à la prospérité de notre œuvre. Notre reconnaissance leur en est ici hautement exprimée.

» Votre Commission, dans une de ses dernières séances, frappée de plus en plus du dommage qui résulte pour nos finances des retards apportés dans l'envoi des cotisations annuelles par MM. les membres du département, a proposé de soumettre à l'appréciation de l'assemblée générale un article supplémentaire à nos statuts, qui tendrait à remédier à ce fâcheux état des choses. M. le président vous présentera cette mesure d'ordre.

» J'aurai actuellement l'honneur de vous exposer le tableau de la situation de notre caisse, tel que M. le trésorier dans sa consciencieuse exactitude me l'a communiqué :

RECETTES.	Fr.	c.
» En caisse au 4 juillet 1845,	74	95
» Cotisations et rétributions d'admission en 1845,	330	»
» Don de l'ancienne Société de la Faculté de médecine,	240	»
» Intérêts du capital placé à la caisse d'épargne,	36	»
» Total :	680	95

DÉPENSES.	Fr.	c.
» Versé à la caisse d'épargne,	570	»
» Intérêts du capital laissé à la caisse d'épargne,	36	»
» Frais de gestion, imprimés, ports de lettres, etc.,	13	95
» Total :	619	95
» Reste en caisse,	61	»
» Somme égale,	680	95

» L'Association possède aujourd'hui la somme totale de 1596 francs, à laquelle n'est point encore ajoutée celle provenant des cotisations de 1846.

» Vous le voyez, Messieurs, nous ne disposons pas de grandes richesses; mais une sage économie et la patience nous y conduiront un jour.

» Ce n'est pas sans joie que nous portons aussi à votre connissance, Messieurs, l'extension que prend, dans les départements, l'organisation de Sociétés semblables à la nôtre. Calqués presque toutes sur celle qui, à Paris, brille avec tant d'éclat par son activité, son importance et ses bienfaits, elles établissent peu à peu des rapports avec cette Société-mère, qui, par son rayonnement, reliera un jour toutes les autres entre elles, et leur accordera son puissant concours. Nous aussi, nous sommes entrés en relation avec l'Association de Paris, et notre démarche a été dignement appréciée par M. le docteur Perdrix, son secrétaire, qui, dans un rapport présenté à l'assemblée générale de cette année, en a fait mention en termes très flatteurs pour nous.

» Je me vois au bout de ma tâche, satisfait si, par ce simple récit, je n'ai pas nui à l'attrait que doivent vous offrir, Messieurs, ces réunions générales, sous le triple point de vue de la charité, de l'affection et du maintien de notre dignité professionnelle. »

NOUVELLES.

A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Strasbourg, M. Küss, agrégé et chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur de physiologie. Il a obtenu 5 voix et son concurrent, M. Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences, 2 voix.

— Par suite d'un concours ouvert le 2 juillet 1846, par-devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de prosecteur d'anatomie, M. Charles Morel, de Hétoncourt-sur-Marne (Haute-Saône), a été nommé à cet emploi.

— L'ambassadeur de Tunis à Paris, Sidi-ben-Ayet, va quitter la France pour retourner à Tunis. Un médecin de notre ville, M. le docteur d'Eggs, ayant eu l'occasion de lui donner des conseils à Paris, Sidi-ben-Ayet a désiré emmener M. d'Eggs à Tunis et le retenir quelque temps auprès de lui pour continuer à profiter des soins de ce médecin. Connaissant le caractère honorable de M. d'Eggs, nous ne pouvons que féliciter Sidi-ben-Ayet de cette marque de confiance qu'il a accordée à notre compatriote.

(*Gazette méd. de Strasbourg.*)

ganiques auxquelles il était possible de la rattacher, ils procédaient empiriquement pour le traitement.

Disons ici, à ce propos, tout en réconnaissant actuellement qu'il n'y a pas d'effet sans cause, qu'*il n'y a pas de trouble fonctionnel en dehors des lésions d'organes;* et cette proposition est ou serait la base sur laquelle repose toute la doctrine de l'*organicisme;* il faut néanmoins se garder d'aller trop loin, de s'avancer au delà de ce qui est vrai. Dans les premiers temps que nous faisions de la médecine organique, nous ne voulions point admettre qu'il y eût jamais de maladie essentielle; depuis nous avons été forcé de revenir sur cette assertion un peu trop absolue, et nous avons dû, dans un très petit nombre de cas, modifier notre manière de nous exprimer. Il peut exister, dans quelques cas tout à fait exceptionnels, des ictères dont la cause nous échappe, dont le point de départ, dans l'état actuel de la science, nous reste inconnu, ce qui ne veut pas dire qu'il ne reconnaisse pas d'altération organique, mais seulement que nos moyens d'investigation ne sont point assez parfaits encore pour que nous puissions toujours nous en rendre compte.

Une espèce d'ictère que l'on désigne sous le nom d'essentiel ou de spasmodique, et qu'il est à peu près impossible de rapporter à une lésion organique, c'est celui qui se produit chez un sujet bien portant du reste, n'ayant jamais rien éprouvé du côté du ventre, à la suite d'une émotion morale vive, d'une frayeur, plus souvent encore d'un accès de colère. La colère et la frayeur sont les deux troubles fonctionnels du système nerveux qui donnent lieu le plus communément à l'état ictérique.

Dans les premiers temps de notre pratique médicale, nous ne pouvions admettre, même théoriquement, qu'il y eût des ictères spasmodiques; nous nous fondions sur l'organisation et la texture des conduits biliaires. Dans ces canaux, nous disions-nous, il n'y a point de fibres musculaires. Là où il n'y a pas de fibres contractiles, il ne peut y avoir de contraction. Mais un jour nous trouvâmes dans une autopsie une vésicule contenant un calcul assez volumineux; dans l'épaisseur des parois de la vésicule, on voyait manifestement des colonnes charnues extrêmement développées, assez analogues à celles que l'on rencontre dans l'épaisseur des parois de la vessie urinaire. S'il y a des fibres musculaires dans les parois de la vésicule, nous sommes forcé de les admettre, moins développées il est vrai, dans les conduits biliaires. Dès lors, nous fûmes forcé d'admettre, en raison de l'existence de ces fibres musculaires, la possibilité des contractions spasmodiques de ces fibres; et théoriquement, si nous ne pouvions pas la prouver, l'existence d'un ictère spasmodique, mais dans les cas les plus rares.

Des faits très nombreux, recueillis à la Salpêtrière pendant plusieurs années, nous prouvèrent d'une façon irréfragable que chez les sujets âgés de plus de soixante ans, l'ictère est presque toujours le signe d'une lésion organique du foie. Lorsque des malades nous arrivent à cette période de la vie, l'expérience nous a démontré, et nous avons presque toujours, *à priori*, la conviction que nous rencontrerons à l'autopsie une lésion chronique organique du foie. Le plus ordinairement alors c'est une altération du tissu même de l'organe. Les altérations de cette espèce sont nombreuses: ce sont des tubercules, des kystes, des hydatides, des tumeurs encéphaloïdes, dont nous avons publié plusieurs exemples dans divers recueils périodiques, et dont nous croyons avoir mis l'influence à peu près hors de doute; les abcès du foie, la rupture de la vésicule biliaire, l'oblitération ou rétrécissement excessif des voies biliaires, quelle qu'en puisse être la cause, soit que l'on ait affaire à une inflammation du canal cholédoque, soit à un obstacle mécanique, comme la compression exercée par une tumeur située dans les parties environnantes sur l'orifice du canal excréteur, ou même sur un point de sa longueur, ne fût-il pas près de son extrémité. L'oblitération du canal cholédoque ou du canal cystique peut également être produite par la présence de calculs biliaires qui s'engagent dans leur cavité, et par suite peut avoir lieu la résorption des principes de la bile, et leur passage dans le torrent circulatoire.

Une cause enfin qui n'est pas sans une certaine valeur, c'est l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse qui tapisse le duodénum, et qui se continue avec celle qui revêt à l'intérieur les canaux biliaires, soit que l'épaississement de cette membrane oblitère complètement l'orifice cholédoque, soit qu'il ait diminué le calibre intérieur des canaux excréteurs de la bile.

La production de la maladie dont nous vous entretenons, sous cette influence de la propagation par voie de continuité d'une phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale des premières portions du duodénum, explique très aisément la possibilité de l'existence de l'ictère dans des cas d'empoisonnement par des substances âcres et irritantes, susceptibles de produire l'inflammation de la muqueuse gastro-duodénale.

Pendant que nous sommes à passer en revue les diverses causes qui peuvent provoquer le développement de l'ictère, n'oublions pas de mentionner celle qui produit cette affection chez les femmes enceintes. On a donné de ce fait deux explications aussi plausibles l'une que l'autre, et qui peuvent chacune être admises selon les cas dans lesquels on les observera, sans nécessiter une exclusion formelle de l'une au préjudice de l'autre. Chez quelques femmes dont les cavités thoracique et abdominale sont d'une petite étendue, il peut arriver que le développement de la matrice chargée du produit de la conception puisse apporter une gêne considérable à la sécrétion et à l'excrétion de la bile. Dans d'autres cas, et se fondant sur ce fait que l'ictère des femmes enceintes disparaît souvent avant l'accouchement, à une époque où la compression devrait être plus forte que jamais, quelques auteurs ont cru que l'on devait plutôt rapporter cet ictère à une sorte de spasme des viscères abdominaux, correspondant à celui qu'éprouve l'utérus pendant les premiers mois de la gestation.

Depuis fort longtemps nous nous sommes demandé si l'ictère aigu ne serait pas le symptôme constant ou presque constant d'une hépatite; peut être, nous demandions-nous aussi, cette hépatite n'est-elle restée inconnue pendant si longtemps que parce que l'on a méconnu plusieurs des éléments de cette inflammation. Nous sommes à peu près persuadé, d'après l'observation des faits, que chez les sujets jeunes, à la suite de l'action d'une cause qui produit ordinairement un travail inflammatoire local, une indigestion, par exemple, un coup sur la région du foie, un refroidissement brusque le sujet étant en sueur, une de ces causes enfin, quelles qu'elles soient, qui déterminent la production d'un état aigu s'il se déclare un ictère, bien qu'il n'y ait ni douleur dans le côté, ni fièvre, il y a le plus souvent, nous oserions presque dire toujours, hépatite. En thèse générale, à nos yeux, tout ictère aigu est symptomatique d'une inflammation du foie. Au premier abord, cette assertion peut paraître quelque peu singulière; il peut sembler assez difficile de soutenir une opinion aussi paradoxale, aussi peu en harmonie avec les idées généralement reçues. C'est cependant celle que nous professons, à laquelle nous nous sommes définitivement arrêté, et qui nous paraît la plus probable.

Exposons brièvement les raisons sur lesquelles nous nous fondons.

La première objection qu'on nous a faite est celle-ci: L'anatomie pathologique est muette dans l'ictère; les données qu'elle fournit ne viennent nullement au secours de l'opinion qui tendrait à faire de l'ictère une inflammation du foie. Dans les cas les plus graves, nous dit-on encore, et si le malade succombe, vous ne trouvez pas à l'autopsie, le plus souvent, le foie autrement que chez les individus où il est sain. M. Louis a constaté que le foie n'était pas, dans l'ictère, autrement modifié que dans un grand nombre d'autres affections dans le cours desquelles on n'a point observé de symptômes de maladies du foie, soit la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc. Quelles raisons peut-on alors avoir de dire que c'est là une inflammation du foie? A ceci la réponse est facile. On sait combien est rare la suppuration du foie; elle est tellement difficile à constater, que je suis pour ma part à chercher un abcès de cet organe dépendant franchement et incontestablement d'un état inflammatoire; la suppuration du foie est donc excessivement rare: donc aussi les altérations pathologiques que l'on rencontre dans des cas où le foie n'a manifestement pas été enflammé ne peuvent pas être invoquées comme signe prouvant une inflammation, et l'on ne doit pas s'étonner de ne pas les rencontrer dans l'ictère. Quant aux divers degrés de fluxion, de congestion qui précèdent le travail inflammatoire et quelquefois le constituent presque tout entier, la structure anatomique du foie, sa vascularité, ne permettent que difficilement de les apprécier, et laissent subsister également du doute, soit pour, soit contre notre assertion. Ainsi donc, pour nous résumer, après la mort, rien.

Pendant la vie, nous n'avons en médecine aucun signe certain qui nous permette de reconnaître une inflammation aiguë du foie. Il n'y a pas de douleur. Mais le foie est un organe très peu sensible, qui peut être manifestement frappé d'inflammation sans que la moindre sensation pénible vienne révéler l'existence d'un état phlegmasique. Ce n'est point, du reste, le seul organe qui soit dans ce cas; un grand nombre d'organes profonds, parenchymateux, le cerveau, le poumon, le rein, le pancréas, se trouvent dans la même catégorie. Des parties les plus superficielles et ordinairement très nuisibles peuvent s'enflammer, sans qu'aucune sensation douloureuse vienne l'annoncer au malade. M. Andral a cité des cas où bien manifestement il y a eu pleurésie sans aucune espèce de douleur. Le foie reçoit très peu de nerfs de la sensibilité; il peut conséquemment exister des inflammations de son tissu sans douleur et sans augmentation de sensibilité, même à une forte pression. D'autre part aussi, lorsque l'inflammation est parfaite, et sévit plutôt sur la membrane séreuse qui revêt l'organe que sur son tissu même, il peut y avoir de la douleur, et, dans ce cas, c'est plutôt à la péritonite partielle qu'à l'hépatite qu'il faudra la rattacher.

Nous avons admis que l'hépatite peut très bien et très souvent exister sans appareil fébrile et sans réaction générale. Le foie peut être certainement le siége d'un travail inflammatoire aiguë sans fièvre. Bien plus, nous avons la conviction que, lorsqu'il y a ictère, il y a ralentissement du pouls. La présence de la bile dans le sang donne lieu à ce phénomène particulier et tout à fait singulier, que la circulation devient plus lente. Quelle en peut être la cause? Ne serait-il pas possible que la bile exerçât sur le centre circulatoire une action analogue, sinon tout à fait semblable à celle que produit la digitale? Nous sommes fortement porté à le supposer. Dans des circonstances de ce genre, on conçoit facilement aussi qu'il n'y ait pas de soif vive, puisque l'on ne trouve ni réaction fébrile, ni chaleur de la peau. Nous croyons avoir démontré péremptoirement que la réaction fébrile, caractérisée par l'accélération du pouls, la chaleur de la peau, l'augmentation de la soif, la présence de la douleur, n'est nullement nécessaire pour faire admettre l'existence d'une hépatite aiguë. Nous nous résumons en deux mots. Toutes les fois qu'il y a ictère apyrétique et sans douleur, développé rapidement sous l'influence et à la suite de l'action des causes qui déterminent le plus souvent une maladie aiguë, on est fondé à croire qu'il existe une hépatite.

Maintenant, passons à un autre point de l'histoire de l'ictère, et qui n'est pas moins intéressant: quelle que soit la cause à laquelle on croie pouvoir attribuer la production de la maladie, que ce soit une affection inflammatoire aiguë, une altération chronique organique, une tumeur, une oblitération des conduits biliaires, une cirrhose, etc., comment se produit l'ictère? comment se fait-il qu'un sujet devienne jaune, et que cette coloration anormale s'étende à tous les tissus de l'économie? La présence de la bile ou des principes constitutifs de la bile dans le sang, et consécutivement dans d'autres liquides, produits de sécrétions qui, à l'état de santé normale, n'en renferment point de traces appréciables, est un fait hors de toute contestation, et les analyses chimiques faites dans ces dernières années ont dissipé les derniers doutes que l'on aurait pu conserver à cet égard. Sans être obligé de recourir aux délicates opérations de l'analyse moléculaire employées dans la chimie organique, tout le monde sait que l'on peut, par les moyens les plus simples et les plus grossiers, par une simple addition de quelques gouttes d'acide nitrique dans la sérosité du sang, dans l'urine même, précipiter la matière colorante de la bile qui s'y trouve quelquefois en énorme quantité dans les cas de jaunisse intense et longtemps prolongée.

Mais la bile existe-t-elle dans le sang à l'état de bile toute formée, qui, par un moyen quelconque d'absorption, serait passée après sa sécrétion dans le torrent circulatoire; ou ne trouve-t-on dans le fluide sanguin que les principes de la bile qui n'auraient point été extraits du sang par la sécrétion normale, et auraient, par leur accumulation, déterminé la coloration jaune de tous les tissus? Les deux opinions ont leurs représentants.

A l'état normal, le sang contient les matériaux de la bile, comme il contient les matériaux de toutes les sécrétions. M. Chevreul a démontré de la manière la plus évidente la présence dans le sang des individus sains, des éléments constitutifs de la bile. Dans cette hypothèse, nous le répétons, voici ce qui se passerait: Si un sujet a le foie malade à ce point qu'il ne puisse séparer du sang ces matériaux, ces éléments étrangers, ils s'accumuleront rapidement dans le système circulatoire, et tandis que leur présence en petite quantité n'était point appréciable autrement que par une très minutieuse analyse, une fois qu'ils y sont en trop grande abondance, cette accumulation suffira pour produire la coloration jaune. Ce n'est point sur des raisons sans aucune espèce de fondement que s'appuient M. Chevreul et les pathologistes qui partagent sa manière de voir. Des expériences nombreuses, et jusqu'à un certain point assez concluantes, donnent quelque poids à leur raisonnement. On se rappelle les expériences faites par MM. Prévôt et Dumas sur les œufs de crapaud, qui, recueillis au sortir du corps de la femelle, et non fécondés par la liqueur spermatique du mâle, ont été artificiellement fécondés par ces physiologistes au moyen du sang chaud de crapaud mâle.

La conclusion forcée et nécessaire de ce fait était; que le sang contenait les éléments du sperme. Or, du moment que le sang contient le sperme, rien n'empêche de supposer qu'il contient également de la bile.

Voici la seconde hypothèse: Le foie a sécrété une certaine quantité de fluide biliaire; mais, par une cause quelconque, l'excrétion de cette bile ne peut se faire, et elle se trouve résorbée, portée dans le torrent circulatoire à l'état de bile, et non plus, comme dans la première explication, à l'état élémentaire. Cette opinion est celle à laquelle nous nous rangeons, malgré l'autorité des noms célèbres qui couvrent la première, et nous nous appuyons sur ce fait que, lorsque le foie n'est point malade, qu'il peut sécréter la bile et que la seule cause de l'ictère est dans un obstacle mécanique à l'excrétion de ce liquide, les matériaux de la bile ne sont point restés dans le sang, l'organe remplissant ses fonctions et le cours du liquide excrémentitiel étant seul interrompu. Nous croyons que le sang ne peut contenir un liquide avec toutes ses propriétés que lorsque ce liquide a été sécrété. C'est par l'absorption ultérieure et par le passage de la bile dans le sang après sa formation que nous pensons que l'on doit expliquer la coloration jaune des tissus et des autres produits de sécrétion de l'économie.

Avant de passer au traitement, il est un point sur lequel nous voulons fixer un moment l'attention, c'est celui-ci: Que les malades ne voient pas jaune, comme on le croit assez généralement dans le vulgaire. Ils ne voient pas et ne peuvent pas voir jaune. Les couleurs et les nuances ne peuvent être appréciées que par comparaison. C'est la comparaison d'une nuance avec une autre qui fait toute la différence; il est évident dès lors que, si vous voyez tous les objets d'une certaine façon, vous les verrez normalement. Il arrive ici la même chose que lorsque l'on regarde un horizon au travers d'un verre coloré. Pendant les premiers moments, on voit tous les objets d'une teinte uniforme, de celle du verre coloré. Si l'on continue à regarder pendant un peu de temps, les objets reprennent leur couleur naturelle comme si l'on n'avait plus de verre coloré entre l'œil et l'horizon. La raison, qui est toute simple, est que l'on n'a plus de point de comparaison, et que les objets ont conservé leurs rapports habituels.

Admettons que tous les solides et les liquides de l'économie soient devenus le siége d'une suffusion de matière colorante jaune dans l'ictère; cette suffusion ne se produisant pas d'une manière subite, mais graduelle, le malade se trouvera habitué à cet état, qui deviendra momentanément normal. Tous les objets environnants conservent leurs rapports mutuels. Il n'est donc pas possible que l'individu aperçoive de différence entre cet état nouveau et celui qui l'a précédé. Tout au plus pourrait-on concevoir la vision jaune si la suffusion bilieuse se faisait instantanément, et encore ne durerait-elle qu'un moment très court, l'accoutumance s'établissant bientôt et les rapports des objets entre eux restant les mêmes.

D'après ce que nous avons dit, il est évident que le traitement de l'ictère variera suivant les cas, en raison de la nature variable de la maladie. Pas plus contre l'ictère que contre tout autre phénomène dont on peut rapporter la production à plusieurs altérations différentes, il n'est possible de diri-

ger un traitement spécial et toujours le même.

L'ictère est-il produit par une inflammation du parenchyme du foie lui-même, comme il arrive, suivant nous, dans la plupart des cas, chez les sujets jeunes, robustes, qui n'ont jamais, à des époques antérieures, présenté des symptômes d'affection morbide du côté de cet organe? est-il produit par une phlegmasie des tissus environnants ou par une inflammation gastro-duodénale? il sera souvent utile au début, même en l'absence de toute réaction fébrile, de pratiquer une ou deux émissions sanguines générales, proportionnées à la force du sujet et à l'intensité de la maladie. Dans les cas de médiocre intensité, c'est aux saignées locales que l'on aura recours, aux applications de sangsues à l'anus ou dans la région de l'abdomen correspondante à l'organe malade. Si l'on croit n'avoir affaire qu'à une simple tuméfaction ou à un engorgement hépatique indolent, ou bien si la période aiguë de l'inflammation est passée, les laxatifs pourront produire d'heureux effets en causant dans l'intestin une sorte d'irritation spéciale, une provocation à la déplétion de la vésicule et à l'excrétion du liquide biliaire dans l'intestin. On les a vus quelquefois réussir dans l'ictère produit par l'obstruction des canaux biliaires, par un calcul, en diminuant l'afflux du sang vers le point malade de l'appareil biliaire. Enfin, les révulsifs extérieurs, vésicatoires et applications stibiées sur l'hypocondre droit ne sont pas sans quelque utilité.

Inutile de dire que le traitement est nul lorsque l'ictère reconnaît pour cause une altération chronique organique, une tumeur, une dégénérescence du foie, etc., sur lesquelles les agents les plus énergiques de la thérapeutique sont sans action.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Séance du 12 août 1846. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, *M. Huguier* fait savoir qu'il a examiné la pièce anatomique de la mole hydatique que M. Malgaigne a présentée dans la dernière séance, et qu'après l'avoir fait macérer pendant quelque temps dans l'eau alcoolisée, il a reconnu que c'était bien un placenta dégénéré. Il a retrouvé des portions de chorion et d'amnios, et il a constaté la structure mamelonnée placentaire.

M. Bérard, également à l'occasion du procès-verbal, rappelle que dans la dernière séance, lorsqu'il rendit compte d'un cas de passage spontané du cristallin cataracté dans la chambre antérieure, M. Nélaton demandait si l'accident n'avait pas eu lieu la nuit, et il l'expliquait alors par une grande dilatation de la pupille. M. Bérard a appris de la malade que le déplacement s'était produit pendant la matinée, au moment où elle faisait sa toilette dans un cabinet très bien éclairé, par conséquent en dehors des circonstances que supposaient M. Nélaton.

— *M. Malgaigne* présente le jeune malade qu'il a opéré de deux petites tumeurs anévrismales de la région temporale, au moyen des aiguilles. On constate qu'il n'y a plus la moindre saillie, et que les petites artères battent encore au dessus du lieu où ont été posées les aiguilles.

— *M. Monod* donne des détails sur une hydrocèle du cou qu'il vient d'opérer par la ponction et l'injection iodée. Une dame de Genève lui fut adressée par M. le docteur Rilliet; elle portait au cou une tumeur contre laquelle on avait employé depuis longtemps l'iode à l'intérieur et en applications locales. Il reconnut de suite qu'il avait affaire à un kyste, et M. Marjolin fut du même avis. Cependant, avant de pratiquer l'opération, on crut prudent de faire une ponction exploratrice, et on se servit à cet effet d'une aiguille à acupuncture. Lorsqu'elle eut pénétré à la distance de deux à trois centimètres, sa pointe, qui devint libre, fit reconnaître qu'on était dans une poche. Avant d'enfoncer le trocart, M. Monod fit avec le bistouri une petite incision à la peau afin d'éprouver moins de résistance; il lui sembla inutile, dans cette circonstance, de faire la ponction sous-cutanée. Il s'écoula par la canule environ cent grammes d'un liquide couleur chocolat. A mesure qu'il sortait, l'affaissement du kyste prouva qu'il n'y avait pas de complication d'épaississement des parois. Une première injection iodée fut faite; elle était dans les proportions indiquées par M. Guibourt. Comme elle ne produisit aucune douleur, on en fit immédiatement une seconde, et on appliqua ensuite des compresses trempées dans une solution iodurée. Au bout d'un quart d'heure, la malade éprouva de la cuisson avec tension du cou. On remplaça les premières applications par des compresses imbibées d'eau froide, et plus tard par des cataplasmes émollients, et on donna un julep avec la morphine. Deux heures après l'opération la tumeur était revenue, et la douleur diminuait. Le lendemain la malade ne souffrait plus, mais la tumeur était plus grosse qu'avant la ponction; elle n'était le siége d'aucun sentiment de pulsation. Au bout de huit jours la malade put sortir; au bout de quinze, elle quitta Paris avec la tumeur diminuée de moitié au moins. Depuis le jour de l'opération, le pouls est resté fréquent, et M. Monod se demande si cet état de la circulation ne doit pas être attribué à l'iode.

M. Malgaigne est porté à croire que la maladie dont il vient d'être question est spéciale à Genève, car il n'a jamais eu occasion de l'observer. Il approuve M. Monod d'avoir fait la ponction directe, l'introduction de l'air n'étant nuisible que dans les cas de collections purulentes, tandis qu'au contraire elle est sans aucun inconvénient dans les cavités saines. Il rappelle qu'il a un des premiers conseillé la ponction des articulations, et il la pratique indistinctement avec le bistouri ou avec le trocart. Une fois, pendant un mouvement brusque que fit un malade auquel il ponctionnait le genou, l'air entra. Le lendemain il y avait dans l'articulation un gargouillement très prononcé. La guérison n'en a pas moins eu lieu sans accident.

M. Bérard pense que l'appréhension de la pénétration de l'air dans les cavités closes n'est pas la seule raison qui doit faire préférer la ponction sous-cutanée. Mais il y voit cet avantage que, quand on fait un pli à la peau et qu'on ponctionne à la base, il s'établit un certain intervalle de la peau au kyste; que si, au contraire, la ponction est directe, il n'y a tout juste que l'épaisseur des parties molles. Comme on doit désirer qu'après la ponction il n'y ait pas d'inflammation suppurative, si l'ouverture s'enflamme, plus elle sera longue, moins il y a de chances qu'elle n'aille jusqu'à la poche. Ce n'est pas à dire pour cela que la fonte purulente suive la ponction directe, mais elle peut la favoriser.

Relativement à ce que M. Monod a dit de l'aiguille comme moyen explorateur, M. Bérard ne le trouve pas bon, parce que dans les cas de tumeurs ramollies l'aiguille peut être promenée facilement de côté et d'autre et donner la même sensation que celle qu'elle donne dans une poche contenant du liquide. Cela lui est arrivé une fois; il croyait après la ponction avec l'aiguille à un abcès froid, et il trouva une tumeur encéphaloïde.

Quant à l'hydrocèle du cou, M. Bérard ne la regarde pas comme une maladie rare; il en a observé plusieurs cas. Sur une femme des environs de Mantes, qui ne voulut pas se laisser opérer, la tumeur était parfaitement translucide; chez un malade qu'il opéra, il y a quatre ans, par l'injection iodée, la guérison fut radicale. Il y a deux ans il fit, à la Pitié, la même opération sur un jeune homme qui conservait encore un peu de grosseur à sa sortie de l'hôpital. M. Bérard se demande si après l'injection on a raison d'attendre que la résorption du liquide épanché de nouveau se fasse et s'il ne conviendrait pas mieux de faire une seconde ponction au bout d'une douzaine de jours. Il dit que quelques médecins se trouvent bien de cette nouvelle ponction après cinq à six jours, et il rappelle que cela lui avait très bien réussi chez le malade à l'hydarthrose qu'il a fait voir il y a quelques mois à la Société.

M. Monod doute que la ponction oblique mette mieux à l'abri de l'inflammation que la ponction directe. Il ne lui est pas prouvé non plus que l'inflammation commence par la plaie de la ponction et non par la tumeur. Il ne nie pas que l'emploi de l'aiguille ne soit sujet à erreur; mais plus l'aiguille est fine, moins il y a de chances de se tromper. Dans le cas présent, il n'y avait à se décider qu'entre un goître solide et une hydrocèle, et l'encéphaloïde n'était pas à craindre.

M. Robert partage l'avis de M. Malgaigne sur l'innocuité de la pénétration de l'air dans les cavités séreuses non suppurées. Il y a quelques années, il a eu dans son service un jeune homme qui s'était ouvert l'articulation du genou avec un instrument tranchant; la plaie fut immédiatement réunie par première intention. Le lendemain, à la visite, il trouva le genou volumineux et résonnant comme un tambour. Il ne changea rien au pansement. Le surlendemain, il y avait du gargouillement. La guérison n'en fut pas moins complète au bout de huit à dix jours.

L'usage de l'aiguille comme moyen explorateur paraît infidèle à M. Robert, et il lui préfère de beaucoup le trocart très fin, car malgré sa ténuité, si on a affaire à un encéphaloïde ramolli, il en sort toujours une petite quantité par la canule. Il y a trois mois, il observait un malade qui portait une tumeur dans la région du foie; M. Récamier, qui le voyait avec lui, croyait que c'était un kyste et voulait l'ouvrir avec la potasse. Comme il ne partageait pas cette opinion, on fit une ponction avec un trocart très fin, et l'on vit le suc cérébriforme. Dans ce cas, l'aiguille avait été préalablement employée et avait donné la sensation d'une poche contenant du liquide.

M. Robert rappelle ensuite que M. Lisfranc a parlé il y a déjà quelques années des ponctions consécutives, auxquelles M. Bérard donne son approbation, et qu'il les conseillait après l'opération de l'hydrocèle. Pour son compte, il croit qu'elles ne sont pas nécessaires, et qu'elles peuvent être nuisibles. Il cite, à l'appui de son opinion, une opération de ce genre qu'il fit dans un cas où la tunique vaginale restait longtemps distendue après une injection. Il ne sortit que très peu de liquide, puis, sous l'influence d'une pression modérée, de la matière plestique, et peu après il se déclara des accidents très graves qui mirent la vie de son malade en danger. Il y eut de la fièvre, du frisson; la plaie de la piqûre ne se réunit pas, et elle suppura.

M. Laugier est d'avis qu'un des motifs qui doit engager à faire la ponction sous-cutanée, c'est que non-seulement l'introduction de l'air est à craindre si le kyste s'enflamme et suppure, mais encore c'est qu'avec elle on empêche la plaie de devenir fistuleuse. Des adhérences pouvant s'établir dans le trajet qui existera de la piqûre faite à la peau, à celle faite au kyste.

Il rappelle qu'il a publié dans le Dictionnaire en vingt-cinq volumes, l'observation d'une hydrocèle du cou qui avait la grosseur d'une tête d'adulte, qu'il n'avait pas eu le temps d'en faire prendre le dessin, parce qu'il y avait imminence de suffocation, qui nécessitait l'opération; qu'il fit une incision de deux pouces et demi, et put constater que les parois du kyste étaient saines, et que le malade guérit au bout de deux ou trois mois.

Il dit aussi que dans ce moment il donne des soins à une dame de soixante ans qui portait au devant du cou une tumeur qui présentait à sa partie inférieure une saillie en forme de doigt qui descendait jusque sur le sternum, laquelle saillie s'ouvrait de temps en temps et laissait échapper une certaine quantité de sang séreux. Dans ce cas, craignant l'incision à cause de l'hémorrhagie, il se décida à faire une ponction et une injection iodée, qui donna lieu à une inflammation vive. Le lendemain la tumeur s'ouvrit encore, mais cette fois le liquide était moins sanguinolent. Au bout de quelque temps ce n'était plus de la sérosité sanguinolente qui sortait, mais une matière gommeuse et brunâtre comme de l'encre de Chine. Le résultat de l'injection a donc été de transformer un kyste sanguin en un kyste séreux. Plus tard, il s'est développé un abcès par l'ouverture duquel on pénètre dans le kyste, et qui a permis d'y porter une longue mèche et d'y faire des injections avec la teinture d'iode, que l'on pourra peut-être remplacer par une solution de nitrate d'argent. M. Laugier ne se dissimule pas qu'il serait arrivé plus vite au but qu'il se propose par ce traitement en faisant l'incision du kyste; mais il a été retenu et par l'âge assez avancé de la malade, et parce qu'il craint qu'il n'existe sur les parois de cette poche quelques fongus qui fournissent le sang.

M. Maisonneuve raconte qu'il a opéré récemment, par l'injection iodée, une hydrocèle chez un vieillard de soixante-quinze ans; qu'au bout de vingt jours la tumeur des bourses ne diminuant pas, il fit une nouvelle ponction, qui ne donna lieu à aucun écoulement de liquide, et qu'il n'en obtiut une certaine quantité qu'en pressant et en malaxant la tumeur. Dès le lendemain il se développa une inflammation très vive, puis il survint un érysipèle qui enleva le malade. A l'autopsie on trouva la tunique vaginale remplie de fausses membranes et un liquide purulent grisâtre.

Sur la question de l'introduction de l'air dans les cavités closes, M. Maisonneuve n'admet pas la réserve faite par M. Malgaigne, et il regarde comme des faits exceptionnels ceux qu'il a cités, ainsi que celui de M. Robert. Il croit que l'impression de l'air est toujours dangereuse sur les collections sanguines. Si un épanchement séreux est soumis pendant peu de temps au contact de l'air, il n'y aura pas d'inconvénient tant que la matière épanchée pourra être assimilée par l'organisme; mais si le contact se prolonge, il détruit la vitalité du liquide, qui devient corps étranger, et détermine un travail d'inflammation. En outre de la quantité de l'air, il y a aussi à considérer ses qualités; moins cet air sera pur, plus il produira promptement d'accidents. Il a perdu dernièrement un malade auquel il avait fait la ponction du thorax pour un épanchement séreux avec quelques flocons albumineux. Malgré les précautions prises, il y a eu pénétration de l'air dans la cavité pleurale, et c'est à sa présence qu'il attribue les accidents qui ont amené la mort.

M. Bérard commence par dire qu'il ne pense pas qu'aucun chirurgien favorise l'entrée de l'air dans quelque cavité que ce soit, même abstraction faite de l'état dans lequel elle se trouve. Il objecte ensuite à M. Monod que c'est à tort qu'il a prétendu que chez sa malade il n'avait à se décider qu'entre un goitre solide et une collection liquide. En effet, malgré l'absence de douleur, il aurait très bien pu se faire que ce fût un encéphaloïde ramolli. Ce ne serait pas le premier exemple d'une semblable dégénérescence arrivée au ramollissement, sans que le malade ait souffert.

Quant aux ponctions secondaires, il persiste à croire que ce serait une pratique à suivre si, au bout de quinze à vingt jours après l'injection la tumeur n'avait pas diminué, mais il est d'avis de faire la ponction simple; car si le chirurgien s'obstine à faire des pressions imprudentes, il est bien certain que des accidents fâcheux peuvent se développer.

Pour les ponctions sous-cutanées, il dit que quand la plaie reste fistuleuse, il y a nécessairement suppuration de la poche. M. Robert a cité aussi un fait de suppuration, mais il ne sait pas dire si elle a commencé par la plaie. M. Bérard ajoute que ce n'est pas seulement aux ponctions d'hydrocèle que les considérations qu'il a émises peuvent s'adresser, mais qu'elles s'appliquent encore aux sections tendineuses, qu'on doit chercher à séparer le plus possible de l'ouverture extérieure; car si le trajet est long, la plaie des téguments pourra devenir le siége d'inflammation sans que celle-ci pénètre jusqu'au foyer de l'opération.

M. Laugier fait connaître un procédé qu'il vient de mettre en usage dans deux cas d'hydrocèles peu volumineuses, c'est celui du séton, mais voici comment il l'applique: il se sert d'un petit trocart, traverse la poche de part en part avec la canule, et passe le séton à travers cette canule, qu'il retire ensuite. De cette façon, il a deux plaies directes. Il laisse la mèche en place pendant vingt-quatre heures, ou tout au plus deux jours. Quand il la retire, il n'y a pas encore de pus; il ne se forme que plus tard. M. Laugier fait remarquer qu'en agissant ainsi on se trouve dans les circonstances qu'indique M. Bérard. Ce ne peut pas être le séton qui produit la suppuration, puisqu'elle n'existe pas encore quand on le retire. C'est donc par les plaies du trocart qu'elle commence. Au surplus, chez ses deux malades, quoi qu'il y ait eu inflammation suppurative, la guérison a été prompte.

M. Malgaigne répond d'abord à M. Maisonneuve, qui a parlé des épanchements sanguins, que, si ces épanchements sont récents, on peut verser impunément sur eux des torrents d'air; que s'il s'agit, au contraire, de ces cas dans lesquels le sang est à peine reconnaissable, il devient dangereux de le laisser pénétrer; que l'air est parfaitement innocent dans quelque cavité que ce soit, s'il n'y a pas d'inflammation, et que, s'il existe une inflammation adhésive, l'air serait une cause nouvelle qui pourrait la faire passer à la suppuration. Il regrette aussi qu'on ait invoqué les qualités de l'air, qu'il est impossible d'apprécier.

Il passe ensuite aux ponctions obliques, et dit qu'on sait pourquoi elles ont été inventées par Boyer, et probablement encore avant lui; c'était pour éviter l'entrée de l'air dans la cavité des abcès, et c'est aussi sous le prétexte de prévenir l'inflammation qu'elles ont été introduites dans la chirurgie, comme si ce n'était pas contre toutes les notions connues de penser qu'une plaie longue ne donne pas plus de chances d'inflammation qu'une petite. Dans son opinion, que la plaie soit directe ou qu'elle soit oblique, s'il n'y a pas imminence d'inflammation, il n'y aura pas de fistule, et il demande si, dans les ponctions du péritoine, que l'on fait toujours directes, on connaît beaucoup de cas dans lesquels elles sont devenues fistuleuses.

Quand on fait des ponctions obliques pour des abcès froids, et qu'on les renouvelle plusieurs fois, elles amènent nécessairement des inflammations suppuratives aussi bien que si elles avaient été directes. On sait aussi que dans l'hydrocéphale ou le spina-bifida, que l'on agisse directement ou obliquement, la première ponction est, en général, innocente; mais que celles que l'on fait ensuite sont le plus souvent mortelles, parce qu'il y a plus d'inflammation ou de tendance à l'inflammation, ce qui prouve, du reste, la rapidité de formation du liquide. Pour se résumer, M. Malgaigne pense que plus une plaie est grande, plus elle expose à l'inflammation; que la première idée de l'obliquité à donner aux plaies a été purement théorique, et que l'explication qu'on veut lui donner aujourd'hui ne l'est pas moins; qu'après les ponctions, le plus souvent l'inflammation procède de l'intérieur, et que si l'on voit plus tôt le pus sur la plaie extérieure, c'est que sa formation a été hâtée par le contact de l'air sur les tissus enflammés; qu'enfin les ponctions obliques doivent être conservées pour empêcher la pénétration de l'air dans les cavités qui renferment des liquides purulents; et que, hors de là, si l'on n'a pas en présence de soi une cause d'inflammation, que les plaies soient obliques ou qu'elles soient directes, elles seront toujours innocentes.

— *M. Robert* a observé que, lorsqu'on a retranché soit une portion ou la totalité du premier os du métatarse, soit du gros orteil, l'organisme fait de remarquables efforts pour remplacer la partie mutilée, dont les usages sont très importants pour la station; le deuxième os du métatarse ou le gros orteil, ne trouvant plus de résistance au bord interne du pied, se dévient plus ou moins en dedans, de telle sorte que peu à peu leur extrémité antérieure vient se substituer à la partie détruite. A l'appui de cette assertion, il montre un malade auquel il a enlevé le gros orteil il y a trois ans. Aujourd'hui, l'orteil voisin a subi un mouvement de bascule tellement prononcé qu'il est devenu presque transversal et touche en dedans la tête du premier os du métatarse. La marche et la station s'exécutent parfaitement.

Le but de M. Robert en faisant cette communication est de répondre aux craintes exprimées par quelques chirurgiens sur les suites des ablations du premier os du métatarse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 100. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 27 AOUT 1846.

UN MOT SUR LA PESTE SPORADIQUE, OU PESTE BÉNIGNE.

Sachant que des médecins très distingués, à Paris, croient que la *peste sporadique règne sans cesse en Turquie, et nommément à Constantinople*, j'ai pensé qu'il ne serait pas indifférent d'éclaircir cette question, en présentant quelques observations qui sont, si je ne me trompe, de nature à atteindre ce but.

Si nous ne pouvons pas dire comment des bruits dépourvus de fondement aient pu obtenir du crédit en Europe au détriment des quarantaines ottomanes, de même nous ignorons ce qui a contribué à y accréditer l'opinion que la peste sporadique ne manque jamais à Constantinople. Je crois toutefois qu'il est indispensable de s'attacher à prouver la fausseté de cette opinion, non-seulement dans l'intérêt d'une institution qui a déjà rendu des services signalés à la Turquie, mais aussi dans l'intérêt de la science et de l'humanité; car les effets de l'erreur sont toujours préjudiciables, et il est utile de la combattre partout où on la rencontre.

Or, pour ma part, je crois fermement que depuis l'établissement des quarantaines en Turquie, la peste dite sporadique ne s'est point présentée, et voici mes preuves.

Quant aux provinces, si le service sanitaire y est monté de manière que tout ce qui a trait à la nature des maladies et aux décès est porté, par une correspondance suivie et régulière, à la connaissance de l'intendance, comment expliquera-t-on le silence que tous les médecins sanitaires ont gardé au sujet de la peste sporadique pendant le cours de huit années consécutives, c'est-à-dire à dater de la création des quarantaines ottomanes jusqu'à ce jour? (1)

Après cela, peut-on supposer que le Conseil de santé se serait montré indifférent sur l'existence de la peste sporadique toute bénigne qu'elle soit, si réellement cette affection régnait sans discontinuer à Constantinople et dans les provinces?

Moi, Européen, qui ai vieilli dans ce pays, ce n'est pas depuis que les quarantaines existent en Turquie que j'ai étudié la peste; c'est bien avant cette époque, lorsque les provinces et la capitale étaient souvent ravagées par ce fléau, que j'ai eu la triste satisfaction de l'observer. Aussi je puis attester que durant une trentaine d'années, toutes les fois que la peste a paru sur quelque point de l'empire, l'on n'a pas tardé à en être instruit. De même, comme j'ai été témoin de plusieurs pestilences qui ont sévi à Constantinople, je puis déclarer ne jamais y avoir vu la peste sporadique, ni avoir entendu dire, par qui que ce soit, qu'elle ait existé dans cette capitale.

(1) Il est bon de noter ici que ces employés sont tenus de dresser, deux fois par mois, un tableau nécrologique dans le lieu de leur juridiction, et de l'insérer dans les rapports qu'ils adressent à l'intendance.

Venant maintenant à la ville de Constantinople, je ferai les remarques suivantes.

Il est notoire que l'usage des bains à vapeur est très commun en Turquie, et que les Ottomans surtout, sans en excepter les femmes, les fréquentent journellement, étant pour eux un moyen de purification commandé par la loi religieuse. Croira-t-on que les convalescents de peste sporadique, dont les bubons continuent souvent à suinter du pus pendant plus de quarante jours, pourraient passer inaperçus, et que ces individus ne fourniraient pas sujet à la conversation des *tellahs* (1) et des baigneurs qui se succèdent sans interruption? Si les boutiques à café et les bains sont les lieux d'où se répandent les nouvelles de tout genre et les anecdotes parmi la basse-classe et la moyenne, peut-on admettre que le silence le plus complet serait gardé sur cette maladie si elle existait dans une ville? L'on peut assurer que le contraire arriverait, car tout le monde en parlerait infailliblement.

Puisqu'il importe de recueillir dans cet écrit tout ce qui est propre à prouver que la peste sporadique ne règne pas à Constantinople, il ne sera pas sans intérêt que je parle de l'institution des experts et des données qu'elle nous fournit à ce sujet.

Sise entre deux mers, la ville de Constantinople réunit par sa position géographique de tels avantages qu'elle est unique dans le monde; mais lorsqu'on songe à la garantie des atteintes extérieures de la peste, l'on voit d'abord les nombreuses difficultés que les accidents de sa topographie présentent. A la vue de ces difficultés, le Conseil de santé crut, dès le commencement de sa mission, en 1838, devoir prendre les précautions les plus propres à garantir la capitale de toute surprise. Parmi les mesures adoptées à cette fin, le Conseil s'empressa d'en créer une des plus rassurantes, savoir un corps d'experts chargés de visiter les cadavres de tous ceux qui décédaient à Constantinople.

Or, toutes les informations fournies par ces experts à l'intendance générale depuis 1838 jusques en 1844, c'est-à-dire durant six années consécutives, ont été telles qu'un seul cas de peste sporadique n'a été signalé par eux!

Si un fait aussi évident qu'irrécusable, joint à ceux que

(1) Ceux qui font le service dans les bains turcs, et qui excellent dans l'art de frotter, de nettoyer, de masser les baigneurs.

j'ai désignés ci-dessus, n'est pas suffisant pour détruire d'emblée l'erreur que je combats, je m'avouerai incapable de traiter une pareille thèse.

Remarquons en outre que quoique la fondation des *mortis* n'ait pas été, rigoureusement parlant, telle que le Conseil l'avait conçue et désirée, toujours est il qu'elle a duré assez de temps pour démontrer qu'ils se sont profondément trompés ceux qui ont cru que la peste sporadique régnait continuellement à Constantinople.

J'ai prouvé, si je ne me trompe, l'erreur de ceux qui admettent l'existence de la peste sporadique à Constantinople. Je dirai maintenant quelques mots sur une maladie que j'ai observée en 1803 à Angora (1), ainsi qu'à Brousse (2) l'année suivante, maladie à laquelle quelques médecins ont à tort donné le nom de peste sporadique ou bénigne. Ce que je dirai, du reste, n'est que le résultat de faits soigneusement observés et enregistrés par moi dans le temps même où la maladie en question régnait dans les localités que j'ai indiquées.

1° Dans tous les lieux où la maladie se manifestait, elle continuait à être telle pendant quatre ou cinq jours, sans jamais donner naissance à une épidémie pestilentielle proprement dite.

2° Cette circonstance était si peu diffusive et transmissible, que les personnes saines communiquaient sans crainte avec les malades, ce que les Chrétiens se seraient gardés de faire s'il s'était agi de peste épidémique, car la mortalité qu'elle pouvait occasionner aurait suffi pour les tenir éloignés de tout contact avec les malades et leurs effets.

3° Le nombre des individus attaqués de cette maladie était constamment très borné; on comptait à peine dix-huit ou vingt habitants sur mille.

4° Le développement et la marche de la maladie dénotaient sa bénignité, puisque tous ceux qui en étaient atteints guérissaient. Si quelques individus succombaient, leur mort devait être attribuée à d'autres maladies qui avaient miné antérieurement leur santé.

5° Chez les malades on ne voyait presque jamais des pétéchies, ni des charbons: le signe qui se présentait c'était le bubon aux aines ou aux aisselles, rarement ailleurs. La fièvre durait de cinq à six jours, et aussitôt que le bubon apparaissait (3) elle commençait à diminuer, et cessait peu de temps après. Le vomissement, la diarrhée et le délire se montraient peu fréquemment. J'ai vu plusieurs de ces convalescents vaquer à leurs affaires et visiter leurs connaissances, tout en ayant des bubons qui fournissaient un pus abondant, et qu'ils

(1) Ancyra, dans l'ancienne Galatie, contrée de l'Asie mineure.
(2) Capitale de l'ancienne Bythinie.
(3) Un seul bubon éclatait ordinairement; il tendait toujours à la suppuration.

FEUILLETON.

Sur le traitement des dérangements de l'excrétion urinaire causés par l'hypertrophie de la prostate, par le docteur Aug. MERCIER.

(Suite du n° 97.)

Il y a longtemps déjà qu'on a conseillé de pratiquer un canal artificiel à travers les parties qui mettent obstacle au passage de l'urine, de les perforer de l'urètre vers la vessie, et d'y laisser une sonde à demeure jusqu'à ce qu'on ait lieu de croire qu'une membrane muqueuse s'est produite à la surface du canal accidentel. Mais, quoiqu'en général les blessures de la prostate soient peu dangereuses, on a cependant vu des fausses routes de ce genre devenir mortelles. J'ai publié un cas où j'eus lieu de croire que la mort fût l'effet d'une résorption urineuse (1). D'ailleurs pour que l'urine coulât librement, il faudrait être sûr de pratiquer le trajet bien direct; car pour peu que celui-ci se dirige d'arrière en avant, ou d'avant en arrière, un peu à droite ou un peu à gauche, l'urine n'y passera pas, de même qu'elle ne reflue pas dans les uretères à cause de leur marche oblique à travers les parois de la vessie. Or, si l'on réfléchit sur la manière dont cette opération se fait, et sur la mobilité de la valvule ou tumeur que l'on perfore, on concevra facilement qu'il est presque impossible de ne pas obliquer un peu dans un sens ou dans un autre. En général, ces canaux ne s'indurent pas au point de rester béants; autrement il y aurait incontinence d'urine. On a cité quelques cas où, à la suite de fausses routes du genre de celles dont nous nous occupons, pratiquées soit volontairement, soit involontairement, le cours de l'urine s'est rétabli plus ou moins; mais, en lisant attentivement ces faits, on ne tarde pas à s'apercevoir que rien ne prouve que c'est par le canal artificiel et non par l'orifice interne de l'urètre que le liquide a passé.

La ligature que l'on a préconisée il y a quelques années, n'est applicable qu'aux tumeurs, et encore faut-il que ces tumeurs soient pédiculées, étranglées à leur base. C'est assez dire que ce moyen est à peu près de nulle valeur; car les cas où cette disposition se rencontre sont extrêmement rares. En outre, la manœuvre des instruments proposés pour cette opération est excessivement compliquée, difficile, et sans aucun doute très fatigante pour le patient. Aussi M. Civiale convient-il qu'il ne parvint qu'une seule fois, après de longs tâtonnements, à saisir un fongus pédiculé du col de la vessie, et que celui-ci

(1) *Recherches anat.-path. et thér. sur les mal. des org. génito-urin. des hommes âgés*, pag. 192.

fut lié d'une manière assez imparfaite pour que la ligature tombât avant la chute de la tumeur (1).

Ce dernier chirurgien a encore proposé l'arrachement. Ce procédé ne convient également qu'aux tumeurs pédiculées, et il a, en outre, l'inconvénient d'exposer à produire des désordres dans les parties voisines. Dans un cas, une traînée de muqueuse urétrale, longue de plusieurs pouces, fut arrachée dans l'opération (2).

Au reste, si l'on examine avec soin les observations de M. Civiale, on sera porté à croire qu'il n'a presque toujours arraché que de petits lambeaux de membrane muqueuse, qu'il qualifie du nom de fongus. C'est ce qui devait nécessairement résulter de sa manière d'agir. Il introduit un lithotriteur à trois branches dans la vessie, l'ouvre, et l'attire fortement dans le col. Celui ci se trouve alors distendu, et, lorsqu'on rapproche les branches, la membrane muqueuse se plisse, s'engage dans leur intervalle, et se trouve pincée. Un fait qu'on trouve à la page 159 de l'*Exposé* que M. Le Roy a publié en 1825, prouve la justesse de cette manière de voir. Dans le seul cas où une tumeur paraît avoir été véritablement saisie, le malade succomba, au bout de quelque temps, à une fièvre typhoïde, dit l'auteur (3); mais quand on réfléchit à la rareté des fièvres typhoïdes chez les *septuagénaires*, on doit incliner fortement à croire que celui-ci a succombé tout simplement à cette prostration qui se manifeste si souvent chez les vieillards en proie à des maladies chroniques des voies urinaires, et surtout à leur désorganisation.

On prétend avoir arraché des tumeurs prostatiques avec les lithotribes de Jacobson et d'Heurteloup; mais l'emploi de ces instruments, en pareil cas, est encore plus difficile à comprendre, et doit par cela même être plus infidèle que celui de la pince à trois branches.

Il y a longtemps déjà qu'après avoir pratiqué la taille hypogastrique, on a eu l'idée d'exciser une tumeur qui se trouvait derrière le col de la vessie, et cela sans fâcheux résultat. L'excision, en effet, n'expose pas aux mêmes délabrements que l'arrachement, ainsi qu'à des inflammations et suppurations aussi prolongées. Je conçus en conséquence, il y a déjà plus de dix ans, l'idée de pratiquer cette excision par l'urètre, au moyen d'un instrument ayant la même forme que ma sonde coudée. La partie droite se compose de deux cylindres tournant l'un dans l'autre; chacun de ces cylindres se termine par une lame, et ces deux lames, lorsqu'elles sont rapprochées, représentent le bec de la sonde coudée; seulement, elles ont un peu plus de longueur. Il suffit pour les écarter à la manière de branches de ciseaux, de faire tourner les cylindres en sens inverse; un mouvement contraire les rapproche

(1) *Mal. des org. génito-urin.*, tom. III, pag. 45.
(2) *Ibid.*, pag, 47.
(3) *Ibid.*, pag. 48.

lorsqu'on a compris la tumeur dans leur écartement. Cet instrument réussit très bien lorsqu'il s'agit de petites tumeurs, et il n'est pas nécessaire pour cela qu'elles soient parfaitement pédiculées. Mais lorsque la tumeur est volumineuse, elle résiste et fuit même devant les tranchants, malgré quelques particularités de construction qui avaient pour but d'éviter cet inconvénient. J'imaginai donc de modifier l'appareil, de manière qu'un fil fût porté derrière la tumeur par l'extrémité des branches. Ce fil, dont les deux bouts sortent au dehors à travers les cylindres, sert à scier d'arrière en avant la tumeur préalablement fixée par les branches métalliques.

On avait remarqué que quelquefois, chez les vieillards, l'excrétion urinaire se fait mieux après la taille périnéale, et on avait même conseillé cette méthode pour remédier à la rétention d'urine causée par engorgement prostatique. On comprend, en effet, que si le col vésical se trouve oblitéré par une valvule tendue transversalement au-dessus du canal, et que si cette valvule est coupée d'avant en arrière de son bord libre vers sa base, il en résulte une désobstruction et une facilité plus grande de l'émission urinaire. Or, les cas de valvules ou de tumeurs peu saillantes, à large base et se rapprochant de la forme valvulaire, sont beaucoup plus fréquents que les tumeurs très saillantes et surtout que les tumeurs pédiculées.

J'avais d'abord eu l'idée d'exciser comme avec un emporte-pièce la portion de ces excroissances qui intercepte l'urine; mais je me suis bientôt aperçu combien il est difficile de donner à un instrument approprié un tranchant suffisamment acéré pour couper d'une manière nette et prompte. Force me fut donc de me contenter de l'incision.

L'instrument dont je fais usage alors est le même que celui qui me sert à diviser les valvules musculaires; et comme sa description, ainsi que la manière de l'employer, m'entraîneraient au delà des limites dont je puis disposer, je renverrai à mes *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*, où je suis entré dans de longs détails à cet égard.

Les suites de cette opération sont on ne peut plus simples: il ne s'est jamais produit d'incontinence après elle, comme on aurait pu le craindre; ce qui confirme mes idées sur la structure du col de la vessie. Le premier jour, il y a un écoulement de sang quelquefois assez abondant, mais dans aucun cas dangereux; le lendemain et les deux ou trois jours suivants, l'urine est seulement légèrement teinte de sang.

Au bout de cinq ou six jours, il s'agit de prévenir la cicatrisation, et, pour cela, il suffit de passer une sonde assez volumineuse en gomme élastique et à courbure fixe. On l'introduit jusqu'en deçà de sa courbure, de manière que sa portion droite détermine une certaine pression sur le bord postérieur du col de la vessie et écarte les bords de l'incision. On répète cette manœuvre chaque jour, jusqu'à ce qu'on

pansaient eux-mêmes avec des onguents fournis par des empiriques.

6° Peu de convalescents suivaient un certain régime, et cependant je n'en ai pas connus qui aient fait des rechutes.

Maintenant que j'ai relaté la substance de ce que j'ai été à même d'observer moi-même, qu'on me permette d'ajouter diverses réflexions qui me paraissent de nature à prouver que ce qu'on appelle peste sporadique ou bénigne n'a rien à faire avec la peste épidémique, et que de grandes différences séparent ces deux affections.

Voulant éviter, dans cet écrit, les théories auxquelles je pourrais avoir recours pour tâcher d'expliquer les observations que je viens de désigner, cette réserve fait que je ne chercherai pas non plus à rendre en quelque sorte raison du phénomène qui est, à mon avis, le plus frappant dans la maladie dite peste sporadique ou bénigne, savoir : *que cette maladie se montre fort peu diffusive et transmissible.*

La preuve qu'elle est fort peu diffusive, et par conséquent, incapable d'occasionner une épidémie pestilentielle, je la tire de ce que partout où j'ai eu occasion de l'observer, elle se propageait difficilement dans les endroits où elle se manifestait, et point du tout au dehors. Lorsqu'elle régnait, en 1804, à Brousse, tout le monde a pu remarquer avec moi, non sans surprise, qu'elle ne se communiquait pas dans les villes ou hameaux environnants, quoique les habitants de Brousse se rendissent partout où bon leur semblait, et que cette ville fût ouverte à tous ceux qui voulaient la fréquenter. Brousse n'a pas interrompu, à cette époque, ses relations et son commerce avec Constantinople (1); cependant cette capitale ne vit pas se développer une épidémie pestilentielle dans son sein, ni aucun cas de peste sporadique.

Je fus témoin de la même chose à Angora en 1803. Dans la position où elle est placée, cette ville ne le cède en rien à Brousse; car son commerce et ses communications s'étendent dans toute la Natolie, sans en exclure Constantinople.

Voici une autre preuve de ce que j'avance. Si la maladie, considérée peste sporadique, engendre les épidémies pestilentielles, comme quelques médecins le prétendent, pourquoi ces épidémies cessent-elles pour ne reparaître que plusieurs années après, tandis que la peste sporadique ne cesse de subsister, selon eux, dans le pays?

N'a-t-on pas vu mille fois, dans tout le Levant, éclater des épidémies pestilentielles, sans qu'elles fussent précédées par la peste sposadique ?

Je n'ignore pas que plusieurs loïmographes peignent la peste sporadique sous d'autres couleurs, c'est-à-dire qu'ils donnent ce nom à la peste toutes les fois qu'elle apparaît d'une manière lente et tardive, se répandant peu à peu et finissant par occasionner une constitution pestilentielle ; je n'hésite pas à croire que la plupart de ces auteurs aient été véridiques en décrivant ce qu'ils ont remarqué eux-mêmes, je ne conteste pas leurs observations, je relève seulement l'erreur où ils sont tombés en qualifiant de sporadiques des pestes dont le cours atteste qu'elles ont été épidémiques.

Comme ces pestilences ne diffèrent pas, abstraction faite de leur intensité et véhémence, de celles que l'histoire nous relate, où le contage porté à son plus haut degré d'acuité, se disséminait et faisait une prompte irruption sur de nombreuses populations en les moissonnant cruellement, de même la peste sporadique proprement dite ne saurait se confondre avec celles qui finissent, nous le répétons, par donner lieu à une constitution pestilentielle.

Sans prétendre faire un traité sur cette matière, je crois cependant en avoir dit assez pour caractériser la maladie dite sporadique comme une affection simple et sans danger. Osera-t-on la confondre avec la peste épidémique, maladie *periacutissima* et le plus souvent mortelle, attendu la rapidité de son cours et le nombre des victimes qu'elle enlève journellement ? Comment ne pas voir que si les victimes d'aujourd'hui servent de levain, pour les jours suivants, à de nouvelles et plus nombreuses victimes, une telle marche dévastatrice n'admet aucune comparaison ou rapprochement entre elle et la maladie dite peste sporadique ?

Puisque en bonne logique nous voulons que les raisonnements dérivent de l'observation constante des faits, force est que l'on n'amalgame pas ce que la nature a séparé si distinctement, et qu'on ne prenne pas pour la même maladie deux affections qui sont si différentes entre elles quant à leurs symptômes, quant à leur durée, quant à leur issue, leur propagation et enfin leur danger.

De ce que je viens de dire, trois propositions sont les corollaires immédiats qui en découlent :

1° Que la maladie que l'on a dénommée peste sporadique ne pouvant pas devenir épidémique, elle doit être considérée comme une maladie bénigne n'ayant aucune identité avec la peste orientale, la peste proprement dite;

2° Qu'il est démontré que la peste sporadique ou bénigne n'existe pas à Constantinople comme on a voulu le faire accroire ;

3° Enfin, qu'en mettant les choses au pis et en supposant que cette maladie existe à Constantinople, il ne faudrait s'en préoccuper en aucune manière puisqu'elle n'a aucune corrélation avec la véritable peste.

Que l'on ne s'étonne pas maintenant si, après avoir satisfait au point principal qui a motivé cet écrit, je saisis cette occasion pour entretenir le lecteur d'un sujet qui, quoique étranger à celui dont je me suis occupé, n'est pas moins intéressant. Je dirai un mot sur les quarantaines ottomanes, lesquelles, avant la publication du rapport de M. Ségur-Dupeyron (1), n'étaient connues en Europe que par les clameurs de quelques détracteurs qui avaient pris à tâche de les décrier pour la seule raison qu'ils trouvent plus facile de fronder que d'observer avec impartialité. Cédant à un instinct de malveillance, ils se sont plu à accuser le Conseil de santé de ce que ces établissements ne réunissaient pas toutes les conditions désirables, sans vouloir se donner la peine de remonter aux causes.

Le certain est que quelques lacunes, existant dans ce système, n'ont pas empêché cependant que ces quarantaines aient rendu en peu d'années des services éminents à l'empire, comme cela a été reconnu par MM. de Ségur-Dupeyron, Ferdinand Gobbi et Raffalovich, qui ont été chargés par leurs gouvernements respectifs de se rendre à Constantinople pour y étudier l'organisation et l'état de l'administration sanitaire de la Turquie.

Le Conseil de santé regrette infiniment que les quarantaines ottomanes se trouvent, moralement parlant, isolées du reste de l'Europe. Mille fois il a senti le besoin de se mettre en rapport avec elle; il l'a même tenté, mais en vain. Peut-être y serait-il parvenu s'il avait pu publier un journal sanitaire qui aurait tourné au grand profit de la Turquie en éclairant les masses sur un grand nombre de questions sanitaires qui les intéressent de près, et l'Europe aurait ainsi appris à mieux connaître ces établissements. Je soutiens que toute notion fausse sur le compte de notre institution sanitaire est foncièrement nuisible à la Turquie ; car, si l'on continuait, par exemple, à croire que la peste sporadique règne sans interruption à Constantinople, et qu'elle peut, en même temps, donner naissance à ces constitutions pestilentielles, à quoi serviraient nos quarantaines ? Tant que de pareilles erreurs domineraient en Europe, notre Conseil de santé pourrait-il jamais espérer de voir ses efforts couronnés d'un succès quelconque ? Non certainement, parce que l'on persisterait à regarder la Turquie comme très suspecte et dangereuse.

En attendant que des circonstances favorables mettent le Conseil de santé à même de remplir les lacunes qui peuvent encore exister, il redoublera de zèle et de dévouement. Ce dévouement, qu'il nous soit permis de le dire, est doublement méritoire, quand l'on réfléchit que bien peu de personnes en tiennent compte et se soucient de savoir ce que le Conseil fait pour réussir. Le public de Constantinople ne voit que les résultats; mais si les résultats n'étaient pas satisfaisants, c'est alors que l'animadversion générale écraserait à coup sûr le Conseil. Faut-il du courage et de la persévérance, nous le demandons, pour ne pas faiblir devant une pareille responsabilité ?

A. PEZZONI.

NOTA. Cet écrit a été rédigé au mois de janvier 1846.

Note A sur les experts chargés par l'intendance sanitaire de visiter les décédés de la capitale ottomanc.

C'est en 1838, lors de l'établissement des quarantaines et sous la présidence de Namik-Pacha, que le corps des experts pour la visite des décédés, à Constantinople, a été institué. Ils étaient alors au nombre de quatre hommes et de deux femmes. Ils reçurent pour instruction de visiter tous les cadavres, d'examiner s'ils ne présentaient pas quelques caractères suspects, et d'en faire immédiatement leur rapport à l'Intendance.

Ces visites furent cependant bornés aux décédés qui devaient être enterrés, soit par des imans, soit par des prêtres rayas. Les décédés appartenant à des églises placées sous une protection étrangère, n'ont été explorés par les experts précités que peu de fois, c'est-à-dire au commencement de leur charge; mais cette pratique fut entièrement suspendue à cause des inconvénients qu'elle occasionnait auprès des Francs, qui ne pouvaient tolérer de sang-froid certains abus que les experts se permettaient dans de telles occasions.

A la suite du cas de peste éclaté le 30 juillet 1841, à Péra, dans le couvent de Terre-Sainte, le Conseil de santé ayant senti la nécessité de redoubler de vigilance relativement à l'inspection des cadavres, arrêta que le nombre des experts serait augmenté et porté à douze. On promit d'exécuter cette décision : mais on se limita d'ajouter trois experts aux quatre qui existaient déjà, en laissant sans augmentation le personnel des femmes.

Dans la même séance du 30 juillet 1841, le Conseil arrêta que la visite des cadavres serait générale sans aucune distinction de nationalité. Mais cet arrêt resta sans effet.

En 1844, le Conseil de santé désirant effectuer quelques modifications essentielles dans l'administration sanitaire sans aggraver le fisc, considérant, d'une part, que la santé de la capitale était depuis longtemps des plus satisfaisantes et de nature à ne pas exiger, pour la visite des cadavres, la rigueur dont on avait usé jusqu'alors ; et de l'autre, que les améliorations qu'il s'était proposé d'opérer étaient devenues plus que jamais impérieuses, il décida, dans la séance du 21 février, de ne conserver que deux experts-hommes et que deux experts-femmes, et de supprimer les autres.

Ce qui fut exécuté, de manière qu'aujourd'hui le personnel des experts est réduit à quatre seulement. Cette réduction en a nécessité naturellement une autre dans leurs fonctions, c'est-à-dire que tous les décédés ne sont plus visités, et l'expert n'est appelé qu'en cas de mort subite ou qui aurait eu lieu en très peu de temps.

Quoique Constantinople ait continué à jouir de la meilleure santé de même que l'empire, et que cela semble justifier la réduction faite des experts, toujours est-il que le Conseil s'empressera de profiter de la première circonstance favorable pour faire revivre l'institution des experts dans toute sa vigueur et de chercher à l'améliorer.

Nous ne voulons pas omettre de rappeler ici qu'afin de compléter

(1) Un bateau à vapeur se rend régulièrement une fois par semaine de Constantinople à Phemlik (Prusias ad mare), port situé au fond du golfe de Choudania (le golfe Cyanique). Cette distance est de 60 milles, que l'on franchit en six heures. Il y a à peu près la même distance de Phemlik à Brousse, où l'on arrive commodément à cheval en six heures.

(1) Portant pour titre : Service sanitaire. — Mission en orient. Rapport adressé à S. E. le ministre de l'agriculture et du commerce, etc. Paris, imprim. royale, 1846.

---

ait lieu de croire la cicatrisation complète. On pourrait, vers la fin, pratiquer momentanément la dépression comme il a été dit plus haut; mais avec beaucoup de prudence.

J'ai déjà publié plusieurs opérations de ce genre dans l'ouvrage que je viens de citer, et une autre dans mes *Recherches sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 110. J'en publierai bientôt encore d'autres que j'ai pratiquées depuis, et notamment celles qui l'ont été devant les membres de la Commission pour le prix d'Argenteuil. En tout, mes opérations s'élèvent à 16 sur 14 malades ; en outre, M. Ségalas en a fait deux d'après ma méthode, et en ma présence : total, 18. Dans ce nombre, il n'y a pas eu un accident grave. Un des malades est mort au bout de six semaines ou deux mois, dans le service de M. Bérard à la Pitié, mais d'une cause tout à fait étrangère à l'incision ; car, après celle-ci, il allait beaucoup mieux, ses urines étaient devenues claires, il vidait presque sa vessie, et voulait partir pour son pays. C'est le désir d'obtenir un succès tout à fait complet par une dépression longue et fréquemment répétée, qui a amené une cystite et puis une néphrite mortelle.

Sur les 16 malades, 14 ont été opérés pour une rétention d'urine complète ou plus ou moins marquée. Chez un vieillard de quatre-vingts ans atteint de rétention complète depuis seize années, il n'y a eu aucun changement soit en bien, soit en mal (1) ; il en fut de même chez un sexagénaire ; chez le reste, il y a eu soit une guérison complète, soit une grande amélioration. L'âge ne paraît pas avoir une notable influence; car l'un des malades sur lesquels l'opération, faite en présence de MM. les docteurs Ségalas et Lemenager, eut un résultat tout à fait satisfaisant, avait plus de soixante-dix-sept ans, et se trouvait dans les conditions de santé les plus défavorables. Il est probable que le degré de contractilité qu'a conservé la vessie a plus d'influence.

Il est bon de dire que, dans le court exposé qui vient d'être fait, toutes les opérations de valvules se trouvent comprises, les valvules musculaires aussi bien que les prostatiques. Cependant je crois, au moins d'après ce que j'ai observé jusqu'à présent, pouvoir établir entre elles une différence, même au point de vue des résultats de l'opération. Je crois pouvoir dire qu'en général l'amélioration est plus prompte, plus immédiate dans les cas de valvules musculaires ; tandis que dans ceux de valvules prostatiques, ce n'est quelquefois qu'après un certain temps qu'on obtient tout ce qu'on doit obtenir. Un malade opéré devant la Commission d'Argenteuil a présenté un exemple remarquable de cette dernière circonstance, et il y a tout lieu de croire, à l'inspection des pièces anatomiques, qu'il en aurait été tout à fait de même chez celui qui a succombé quelque temps après l'opération : la section de la valvule est complète, mais elle est un peu oblique de haut en bas et de gauche à droite ; de sorte que, le tissu dense de la prostate ne permettant pas un écartement aussi facile des bords que s'il ne se fût agi que de tissu musculaire, il est probable que, lorsque la vessie était presque vide, le rapprochement de ces bords était tel que le droit anticipait sur le gauche assez pour s'opposer au passage des dernières portions d'urine. Avec le temps, ce bord aurait fini par s'arrondir et par dégager complétement l'orifice. Joignez à cela que la vessie aurait peut-être repris plus d'énergie.

J'avais prévu ce résultat de la compacité du tissu prostatique, et c'est une des raisons qui m'avaient porté d'abord à exciser, puis à faire trois incisions, espérant former ainsi deux petits lambeaux à sommet libre et n'adhérant que par leur base, lambeaux qui, après s'être affaissés et atrophiés, me semblaient devoir laisser l'orifice plus libre qu'une simple section. L'autopsie dont il a été question plus haut m'a appris que ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Une fois l'incision moyenne faite, l'instrument ne s'en dégage plus, et les deux autres incisions, qui sont peu profondes, se trouvent pratiquées au fond de la première, qui alors prend la forme d'un Y. J'ai, malgré cela, conservé ces deux dernières incisions dans le but de retarder la cicatrisation vers l'angle de la première et de donner de la sorte aux lèvres de celle-ci le temps de se cicatriser isolément. C'est une déduction logique, ce me semble, de ce que l'on sait relativement à la réunion des plaies longitudinales.

Quoi qu'il en soit, mon but premier se trouvant ainsi manqué, j'ai cherché à l'atteindre d'une autre manière : j'ai fait faire un instrument semblable au précédent, mais à deux lames écartées l'une de l'autre à plusieurs millimètres. En faisant simultanément deux incisions, je forme un petit lambeau médian, qui doit s'affaisser et s'atrophier par la suite. De nouveaux faits confirmeront ou infirmeront la justesse de cette idée.

Je terminerai par les propositions suivantes :

1° Le traitement médical des engorgements prostatiques me semble inutile ou pour le moins très incertain;

2° Le traitement de la rétention d'urine par les excitants de la contractilité musculaire ou par les sondes à demeure a quelquefois réussi, mais d'une manière toute différente de ce qu'on pensait, et non sans de graves dangers pour les malades;

3° La ligature et l'arrachement des tumeurs prostatiques sont très rarement applicables, et la dernière doit être extrêmement dangereuse ;

4° Lorsqu'on a affaire à une tumeur saillante ou pédiculée de la portion susmontanale, on pourrait en opérer l'excision; mais il serait rationnel et prudent de tenter auparavant la dépression;

5° Lorsqu'il s'agit de valvules ou de tumeurs peu saillantes, à large base, l'incision donne de grandes chances de succès. La dépression pourrait encore être essayée; mais ses résultats sont moins certains et surtout moins durables;

6° Lorsque du sommet des lobes latéraux des tumeurs s'élèvent dans la vessie, on n'a presque pas d'autre ressource que l'excision, à moins qu'on ne veuille essayer le procédé de Physick, ou plutôt quelque autre mode de dilatation plus énergique, car celui de Physick me paraît peu puissant. Heureusement que ces cas sont assez rares;

7° Lorsque c'est une tuméfaction centrale de l'un des lobes latéraux qui met obstacle au cours de l'urine en déviant le canal, on n'a d'autre ressource pour redresser quelque peu celui-ci que de mettre à demeure des sondes volumineuses dans leur tiers terminal. Il est bon de dire que cette forme d'hypertrophie amène rarement une rétention complète et continue;

8° Dans tous les cas, lorsque, pour une raison ou pour une autre, on ne veut pas tenter la cure radicale, il faut habituer le malade à se sonder lui-même, ou quelqu'un de ses proches à le sonder à l'aide d'une sonde *élastique* à courbure fixe. Ce moyen prévient presque tous les accidents qui résultent de la rétention d'urine, et quelquefois il permet, en prévenant la distension de la vessie, de rendre à cet organe sa contractilité, surtout si l'on joint à cela quelques moyens que j'exposerai dans un autre travail;

9° Le cathétérisme, dans les cas d'hypertrophie prostatique, exige beaucoup d'étude et de prudence, parce qu'on est alors très exposé à faire de fausses routes, et que ces fausses routes, quoique peu dangereuses en elles-mêmes, deviennent extrêmement graves en ce sens que les instruments s'y engagent presque nécessairement, et qu'elles rendent par conséquent impraticable le traitement palliatif indiqué dans la précédente proposition;

10° Quant aux formes d'hypertrophie qui donnent lieu à l'incontinence d'urine, la chirurgie est à peu près impuissante contre elles. On ne peut que chercher à accroître, s'il est possible, l'énergie du col. Heureusement que l'incontinence, qu'il faut bien se garder de confondre avec le regorgement, ne compromet pas l'existence du malade, et que ce n'est qu'une infirmité qu'on peut rendre tolérable à l'aide de quelques moyens mécaniques que ce n'est pas ici le lieu d'indiquer.

(1) Je dois dire que cet homme, qui est encore à l'hospice des Ménages, venait d'être traité de la pierre par la lithotritie. Avant de l'opérer, je n'en sentis aucun débris ; mais il est probable qu'il en restait encore ; car, bientôt après, je lui en ai extrait plusieurs à l'aide de ma sonde évacuatrice. Un de ces fragments n'a-t-il pas pu compromettre le résultat de l'opération en empêchant l'action de l'instrument ? C'est une simple question que je fais ; car les résultats bruts de mon opération sont assez beaux : on ne doit pas être plus exigeant envers elle qu'envers toute autre.

l'institution des experts, le Conseil de santé, dans sa sollicitude pour le bien public, pria en 1841 la Sublime-Porte d'inviter les médecins tant civils que militaires, et tous ceux qui exercent l'art de guérir dans la capitale et ses environs, de prévenir l'intendance générale toutes les fois que quelque maladie leur paraîtrait suspecte. Cette mesure reçut son exécution.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Inflammation du testicule. Observations. Réflexions; par M. J. BOUTEILLIER.

Les inflammations du testicule fixant, aujourd'hui plus que jamais, l'attention des praticiens, des discussions sur ce point ayant eu lieu dans des sociétés savantes et dans des cliniques, nous croyons devoir revenir sur ce sujet par des observations et des considérations qui aideront à faire connaître la doctrine et la pratique de M. Vidal.

Première observation. — Le 11 juin dernier, fut admis au n° 14 de la salle 10, un garçon de vingt-trois ans, corroyeur, appelé Emmanuel G..... Il était atteint d'une urétrite assez intense et d'un œdème de la verge, notamment du prépuce. L'écoulement commençait à diminuer, quand, un mois environ après l'entrée à l'hôpital, les bourses devinrent, du côté gauche, le siége de gonflement, de douleur. Le diagnostic fut celui ci : Epididymite simple sans vaginalite et sans orchite parenchymateuse. Des cataplasmes sur le côté malade et un drap roulé sous les bourses amenèrent en trois semaines une guérison complète.

Tout à coup, à la fin de juillet, c'est-à-dire quelques jours après cette guérison, le testicule droit se prit, sans cause connue, comme cela était arrivé pour le testicule gauche. Le mal semblait devoir marcher de la même manière que du côté opposé, quand, le 9 août, vers minuit, survinrent des douleurs atroces au testicule, avec retentissement à l'aîne, à l'hypogastre, aux reins et à la cuisse droite. Il y eut de la fièvre sans nausées, ni vomissements, ni coliques. Le lendemain, à la visite, M. Vidal trouva le testicule très douloureux, sans rénitence, augmenté de volume, plus arrondi; le pouls fréquent, développé. Il diagnostiqua une orchite proprement dite, et opéra le débridement séance tenante. La peau du scrotum était rouge, et le tissu cellulaire sous-jacent engorgé. Il n'y avait point de sérosité dans la tunique vaginale. L'épididymite, de ce côté, datait de huit jours, et n'offrait rien de particulier à noter.

Une heure après cette opération, le malade ne souffrait plus; il put se livrer au sommeil, ce qui lui avait été impossible depuis 48 heures.

Aujourd'hui, 23 août, on constate l'état suivant :

A gauche, le testicule est normal sous tous les rapports; derrière lui on sent l'épididyme, encore un peu dur et un peu engorgé, douloureux seulement à la pression et surtout à la partie inférieure. Le cordon est sain.

A droite, l'ensemble des parties contenues dans le scrotum est du volume d'un œuf de poule. Le cordon est un peu dur, un peu volumineux, douloureux à la pression. Le testicule est redevenu rénitent. L'épididyme est assez engorgé, mais faiblement douloureux sous les doigts qui le palpent. La tunique vaginale ne contient pas de liquide.

La cicatrice de l'opération est à peine visible, et ne tient plus que dans une très faible étendue à la face antérieure du testicule. Bientôt cette adhérence sera complétement détruite par le seul fait des efforts de la nature.

L'écoulement est presque tari. Le malade mange deux portions, et sortira bientôt.

— Ce qu'il y a de frappant dans cette observation, c'est que, tandis qu'à gauche l'épididyme seul se prit, à droite, au contraire, le testicule lui-même participa à l'inflammation.

Lorsque la science était moins avancée, on eût dit qu'il y avait eu orchite des deux côtés; aujourd'hui que l'analyse pathologique a été poussée plus loin, le mot orchite ne convient plus, il amène une confusion funeste en pratique : il doit donc être réservé au seul cas où le testicule lui-même se prend, appliquant les dénominations de *vaginalite* et d'*épididymite* aux inflammations de la tunique vaginale et de l'épididyme.

Insistons donc sur le diagnostic différentiel de ces trois états, qui existent tantôt séparément, tantôt ensemble.

La tumeur formée par l'épanchement résultat d'une *vaginalite* est située en avant du testicule, elle est piriforme et plus grosse en bas qu'en haut; celle, au contraire, formée par l'épididymite occupe la partie supérieure et postérieure du testicule, et a cela de particulier qu'elle est inégale et dépressible. Ces deux tumeurs, surtout la première, sont susceptibles d'acquérir un très grand volume; rien ne limite leur accroissement, tandis que le gonflement du testicule enflammé trouve un frein dans la résistance de la tunique albuginée. Dans le cas de vaginalite, dans celui d'épididymite, et enfin dans un troisième où il y aurait vaginalite et épididymite, le toucher fait reconnaître le testicule avec l'élasticité et les dimensions normales. A-t-on affaire à une orchite? Le testicule n'offre plus de rénitence. La tumeur offre la forme et le volume du testicule seulement exagérés.

Au premier abord, on serait tenté de croire que la tumeur testiculaire est plus volumineuse que celle formée par l'épididyme : c'est, en effet, ce qu'a écrit Dupuytren. Mais on comprendra que le contraire a lieu quand on réfléchira que l'épididyme n'est autre chose que le canal déférent replié sur lui-même au milieu d'un tissu cellulaire abondant et que le testicule est bridé par une tunique fibreuse.

Ajoutons que le cordon est moins engorgé, quand il y a orchite parenchymateuse, que dans le cas de simple épididymite.

L'épididymite est moins douloureuse que les deux autres variétés d'inflammation des bourses. Dans la vaginalite la douleur est, il est vrai, vive et persistante, mais elle n'est pas aussi violente ni aussi *retentissante* que celle de l'orchite parenchymateuse. En effet, cette dernière s'irradie au loin jusques au rein et jusque dans le membre correspondant au testicule malade.

La chaleur locale est bien plus grande dans l'orchite parenchymateuse que dans la vaginalite et l'épididymite; enfin, les symptômes généraux complètent le diagnostic : fièvre intense, nausées fréquentes, quelquefois vomissements accompagnés de coliques, insomnie complète.

Souvent les trois inflammations qui nous occupent, et dont nous n'avons donné ici que les symptômes différentiels, existent ensemble. C'est ce qui avait lieu dans le cas suivant :

Au n° 15 de la salle 10 fut couché, le 16 juillet dernier, le nommé Jules M..., corroyeur, âgé de vingt-huit ans. Il prenait à cette époque, depuis vingt-cinq jours, du poivre cubèbe pour une urétrite datant de six semaines. Il allait beaucoup mieux, quand, douze jours avant son entrée, il se jeta à la Seine d'une assez grande hauteur. Dans sa chute, les bourses frappèrent violemment la surface de l'eau, et dès lors il souffrit du côté gauche, sans cependant cesser pour cela son travail. Mais, au bout de huit jours, il fut forcé de se soigner, la douleur et la tumeur augmentant. Quinze sangsues furent donc appliquées en ville.

Lors de son entrée, Jules présentait les symptômes d'une épididymite intense quoique sans fièvre. Le repos et les cataplasmes le soulagèrent pendant quelques jours, mais ensuite le testicule se tuméfia, perdit son élasticité et fut le siége de douleurs atroces s'étendant dans l'hypogastre, les reins et le membre correspondant. Une fièvre assez intense se déclara, en même temps que la tunique vaginale enflammée se remplit de liquide le 25 juillet.

M. Vidal se décida à opérer le débridement et la ponction de la tunique vaginale du même coup de lancette. Il s'écoula un liquide trouble. A quatre heures, le même jour, le malade souffrait beaucoup moins, et, le lendemain matin, il ressentait à peine de la douleur; aussi put-il se livrer au sommeil. Depuis lors, il va de mieux en mieux. Aujourd'hui, 23 août, le cordon est à peine plus gros que du côté opposé; l'épididyme, encore un peu volumineux et engorgé, n'est presque point sensible à la pression. Le testicule est revenu à l'état normal. La tunique vaginale ne contient plus de liquide. La peau n'est plus que peu adhérente au lieu du débridement parfaitement cicatrisé du reste.

Remarquons en passant que ce malade est plus âgé (vingt-huit ans) que ceux que nous avons vus jusqu'à présent atteints d'orchite parenchymateuse, dont l'âge, en moyenne, était de vingt et un ans. Si, à propos de ces deux nouvelles observations, ainsi que dans plusieurs articles précédemment publiés, nous nous sommes tant efforcé d'établir des lignes de démarcation entre la vaginalite, l'épididymite et l'orchite proprement dite, cela a été en vue du traitement de chacune des variétés.

Ecartons d'abord ce qui a trait à la vaginalite. Il nous suffit de dire que lorsque la fluctuation permet de reconnaître une certaine quantité de liquide, il faut faire une ponction avec la lancette, et tenir quelque temps celle-ci légèrement tournée dans la petite plaie afin de faciliter l'écoulement complet. Le liquide de la vaginalite est trouble, rougeâtre; celui de l'épanchement passif, au contraire, est limpide et un peu citrin. On est souvent obligé, si la sérosité se reproduit, de faire plusieurs fois la ponction. La vaginalite, n'existant jamais seule, diminue sous l'influence des moyens antiphlogistiques dirigés plutôt contre la variété qu'elle accompagne que contre elle-même, et réciproquement. Une fois la tunique vaginale vidée, les organes voisins tuméfiés se trouvent mieux, puisqu'ils sont moins comprimés.

M. Vidal pense que les antiphlogistiques, les calmants, etc., peuvent, non pas guérir l'épididymite, non pas même abréger la durée de cette inflammation, mais seulement modérer certains symptômes, prévenir certains accidents. Chez quelques sujets très impressionnables, on se trouvera bien de les employer; mais chez la majorité, le repos au lit et les cataplasmes suffisent amplement. En d'autres termes, l'épididymite suivra la même marche quels que soient les moyens dirigés contre elle.

Mais on ne peut pas rester froid spectateur devant une orchite proprement dite, dont les conséquences sont graves. Des malades entrés trop tard à l'hôpital, et non soumis au traitement de M. Vidal (de Cassis), ont présenté la fonte du testicule, quoique tout l'arsenal des antiphlogistiques eût été dirigé en ville contre l'affection. Ne lisons-nous pas dans les Annotations à l'ouvrage de John Hunter (*Traité de la Syphilis*) : « La résolution de l'épididymite est la terminaison la plus » ordinaire; elle se fait, dans les cas les plus compliqués, des » parties superficielles aux plus profondes; le tissu cellulaire » sous-cutané se dégorge; la sérosité de la tunique vaginale » disparaît; l'induration du cordon cesse; et quand le corps » du testicule a été pris, il peut s'*atrophier*, tandis que l'épi- » didyme reste induré, ou se résout le dernier. Quand la » suppuration survient, elle a le plus souvent lieu dans le » tissu cellulaire sous-cutané, puis aux environs de l'épidi- » dymite, et enfin *dans le corps même du testicule.* »

Il semblerait donc que le débridement de la tunique albuginée, qui n'a jamais été suivi du moindre accident, ne dût rencontrer aucun opposant. Cependant on répète que les vaisseaux séminifères ont une grande tendance à faire hernie au dehors de la tunique fibreuse, que l'organe pourrait se vider, etc., etc. Les faits cependant prouvent que le testicule se vide quand on ne débride pas, et des faits *nombreux, publiés, authentiques*, prouvent que *jamais* après le débridement l'organe n'a souffert ni dans sa structure, ni dans ses fonctions. Au sujet de cet argument, nous avons entendu M. Vidal déplorer la facilité avec laquelle on use des vues théoriques quand il s'agit de faits cliniques qu'on compte par centaine, et que chacun peut constater.

Il va sans dire que l'incision ne doit pas comprendre toute la hauteur du testicule, mais seulement un centimètre à un centimètre et demi. Tout dernièrement un chirurgien des hôpitaux ayant affaire à une orchite parenchymateuse, la traita par la méthode de M. Vidal, et le malade a guéri fort bien. Si un instant on eut quelque inquiétude, cela tenait à ce que l'incision était un peu trop prolongée peut-être. Eh bien, dans ce cas particulier encore, il n'advint rien de fâcheux. Dans les premiers moments il se fit un peu de hernie des vaisseaux séminifères, lesquels se réduisirent spontanément.

Les chirurgiens seraient bien heureux si une inflammation des bourses arrivant pendant le cours d'une blennorrhagie, ils pouvaient toujours enrayer la maladie, prévenir l'orchite proprement dite. Loin de là, quoi qu'on fasse, on n'y réussit point dans beaucoup de cas, chez les jeunes sujets principalement. D'autre part, on voit souvent les malades réclamer des soins quand déjà le testicule est gravement pris. Le praticien est donc parfois appelé à combattre l'inflammation du testicule même. M. Vidal pense que les saignées générales et les moyens ordinaires ne suffisent pas alors pour arrêter le mal et en conjurer les effets.

Au point de vue de la douleur et des avantages de la faire cesser, le débridement est souverain. Voici encore un fait qui s'est passé en dehors de la clinique de l'hôpital, et que cependant nous citerons en terminant. Pendant les grandes chaleurs qui viennent d'avoir lieu, M. Vidal est appelé, boulevard Saint-Denis, pour secourir un jeune homme en proie à des vomissements, des crampes dans les membres inférieurs et une douleur au testicule, qui semblait, selon le malade, être pressé dans un étau. Déjà le médecin ordinaire avait fait deux fortes applications de sangsues; le malade était affaibli, et toujours de plus en plus souffrant. On avait proposé une troisième application de sangsues, quand M. Vidal fut appelé et opéra l'*orchéotomie*. Une heure après, ce jeune homme était plongé dans un sommeil qu'il n'avait pu goûter depuis quatre jours.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 25 août 1846. — Présidence de M. ROCHE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— *M. Londe* réclame en faveur de Chervin l'idée du congrès scientifique émise par M. Mêlier dans la dernière séance. Voici ce qu'écrivait Chervin en 1833, dans une pétition qu'il adressait à la Chambre des députés :

« L'Europe, qui depuis dix-huit ans a formé tant de congrès dans les intérêts politiques, ne pourrait-elle pas en former un dans l'intérêt de l'humanité, de la science et des relations des peuples entre eux? »

M. Mêlier répond qu'il n'a point eu la pensée de s'attribuer la priorité de cette proposition. Il l'a présentée parce qu'il jugeait à propos de le faire, mais non comme une idée nouvelle, et dans l'intention, lorsque le moment serait venu, de la développer, de rendre justice à chacun.

— *M. Martinet* écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste et les quarantaines.

M. Gérardin appuie l'amendement de M. Adelon, qui lui paraît basé sur des motifs sérieux. L'adoption de cet amendement peut rendre un service éminent à l'Académie et à la Commission elle-même. Plus on réfléchit au grave sujet en question actuellement, plus on reste convaincu combien la discussion générale a été sérieuse, approfondie, honorable. Après la clôture de cette discussion, il était permis de croire que la Commission tiendrait compte des observations qui lui avaient été faites, et qu'elle en profiterait, sinon pour modifier le rapport, du moins pour en rectifier les conclusions. La Commission a pensé autrement; elle a cru devoir s'abstenir de faire aucun changement; on ne pourrait lui en faire un reproche : c'était son droit. Cependant, M. Gérardin pense, malgré cette persistance de la Commission, que ces conclusions pourraient être modifiées avantageusement dans leur nombre, dans leur ordre, dans leur rédaction.

Les conclusions que l'on présente sont au nombre de trente; elles ne sont autres que celles qui terminent les différents paragraphes du rapport. En jetant les yeux sur ces conclusions, la première idée qui se présente est celle-ci : Etait-il nécessaire de reproduire ces conclusions telles qu'elles se trouvent dans le rapport, y avait-il urgence de le faire? M. Gérardin ne le croit pas. Heureusement les conclusions ont été représentées dans l'ordre des divers paragraphes qu'elles terminaient, mais elles manquent forcément de l'union qu'elles devraient avoir entre elles; si on les examine attentivement, on voit qu'elles sont éparses, isolées, sans ordre, les conclusions particulières mêlées aux conclusions générales; ce ne sont point à vrai dire des conclusions, mais des propositions scientifiques qui donneront lieu à des débats interminables, sans produire de résultat utile.

Suivant M. Gérardin, il fallait adopter un ordre tout autre; il fallait commencer par cette question : La peste peut-elle être importée en France? et en le supposant, quelles sont les mesures hygiéniques rationnelles à prendre pour prévenir cette importation? Une fois ce point éclairci, toutes les conclusions venaient se grouper naturellement et dans l'ordre le plus logique sous la plume du rapporteur de la commission. Dans quels pays la peste se développe-t-elle spontanément aujourd'hui? Peut-elle être importée dans nos établissements sanitaires? etc. Formulées de cette manière, les conclusions de la Commission étaient nettes, précises, ne pouvaient jeter l'Académie dans aucune incertitude. Si après ces conclusions finales on voulait faire un retour sur la maladie elle-même, envisagée au point de vue scientifique, on le pouvait facilement; mais il fallait le faire avec beaucoup de réserve.

Mais faire voter l'Académie comme la Commission le voudrait, sur la peste sporadique, sur les constitutions pestilentielles, sur la question de savoir si la peste existait en Egypte du temps des Pharaons, c'est une prétention contre laquelle la Commission trouvera du côté de l'Académie une résistance que M. Gérardin croit juste. On veut entraîner la compagnie sur un terrain qu'elle sent mobile, sur lequel elle ne peut guider ses pas; elle n'y consentira point. Si l'on adopte l'amendement de M. Adelon, ce sera exprimer l'espoir que la Commission profitera de cette circonstance pour ranger les conclusions dans un ordre plus méthodique, et en retrancher les questions les plus douteuses, dont la solution est presque impossible actuellement.

Je prie la Commission, dit M. Gérardin en terminant, de bien se persuader que je ne cède point ici au désir de faire une opposition systématique. Plus que personne, je rends justice aux longues et laborieuses recherches de son savant rapporteur; mais je voudrais que l'Académie fût exigeante, parce qu'elle possède des éléments précieux pour résoudre des questions importantes, et que nous voudrions les voir mettre en usage avec fruit dans un but d'utilité pratique.

M. Adelon se plaint que dans la marche de la discussion, et surtout dans les travaux de la Commission, on se soit écarté, non pas seulement des usages académiques, mais des convenances les plus vulgaires. Il reproche à la Commission d'avoir usé à son égard d'une certaine rudesse de procédés qui ne peut se justifier même par le nombre des commissaires qui lui étaient tous, au nombre de six, opposés, et formaient la majorité.

Entrant dans le fond de la question, M. Adelon fait observer que voter maintenant la première conclusion, sans avoir étudié la question de la peste spontanée, c'est résoudre une question dont les éléments ne sont pas connus; c'est se servir d'un point encore douteux pour appuyer une argumentation bien contestable. L'orateur se résume en demandant si l'Académie rejetait l'amendement de M. Gérardin, c'est-à-dire le renvoi à la Commission, que le vote sur la première conclusion soit du moins ajourné, et remis après la discussion, qui ne peut manquer d'éclairer l'Académie. Un premier vote, dans l'état actuel des choses, risquerait évidemment d'engager l'Académie plus loin qu'elle ne voudrait.

M. Honoré réclame la clôture de la discussion, qui avait été prononcée dans la dernière séance.

M. Castel insiste sur ce point que la Commission n'a point fait de modifications à son travail depuis que la discussion a commencé. Si l'on éprouve le besoin de renvoyer la première conclusion à la Commission pourquoi ne pas les renvoyer toutes? Suivant M. Castel, les conclusions du rapport ne sont que des trivialités indignes de l'Académie; or, ce corps savant ne s'assemble pas pour dire des trivialités; sa mission est de dire et de faire mieux que les individus isolés. J'éprouverais le plus grand déplaisir, dit-il, si le rapport était présenté au nom de l'Académie.

Les membres de la Commission sont d'excellents médecins, mais le rapport paraît être l'œuvre d'un homme qui n'a pas l'habitude d'écrire, et ne peut-être présenté à des hommes ayant la moindre culture d'esprit (murmures). Je répète que l'Académie se compromettrait en conservant le rapport tel qu'il est. Je propose en conséquence de renvoyer à la Commission, non pas seulement la première conclusion, mais le rapport entier et toutes ses conclusions.

M. Prus, invoquant les travaux nombreux et sérieux auxquels il s'est livré pendant plusieurs mois, avoue qu'il voit avec peine ravaler son rapport à ce point par cette seule raison que l'on n'est point d'accord avec lui. Peut-être, si les attaques sont si violentes, faut-il l'attribuer au petit nombre des adversaires de la Commission qui cherchent à remplacer par la vivacité de leur argumentation l'autorité du nombre qui leur manque. Le rapport pouvait être fait sous deux points de vue différents. Celui sous lequel la Commission tout entière, sauf M. Adelon, l'a accueilli et voté a été double. Il y a eu désir d'abord d'éclairer le gouvernement sur les bases qui devaient servir à la réforme des quarantaines; puis d'indiquer, chemin faisant, les principales questions scientifiques qui pouvaient se présenter. Aussi la Commission a-t-elle divisé le rapport en deux parties distinctes: l'une scientifique, l'autre renfermant les conseils à donner au gouvernement. Parmi les premières, il n'en est pas une qui n'ait trait à la question des quarantaines. Il est un chemin plus court que l'on pourrait suivre; mais nous croyons qu'il ne serait pas le meilleur: on pourrait ne prendre de nos conclusions que quelques-unes, et faire de celles-là seulement l'objet d'un vote. Peut-être, du reste, y aurait-il moins d'inconvénient à suivre ce mode actuellement que la discussion générale a éclairci une foule de points obscurs. Mais commencer le rapport par l'importation, c'était négliger l'étude importante de la peste spontanée et épidémique. Or, dans l'état où étaient les esprits, il était indispensable de bien savoir ce que l'on pouvait penser de ces pestes spontanées et épidémiques. Si l'Académie, maintenant éclairée, veut adopter la marche proposée par M. Gérardin, je ne m'y oppose pas; mais je persiste à dire que le travail ainsi fait éclairera moins le gouvernement et rendra moins de service à la science.

M. Prus cherche à justifier la Commission des reproches qui lui ont été adressés par M. Adelon. Quant aux expressions un peu sévères de M. Castel, c'est le vote de l'Académie qui va décider la question.

M. le président donne lecture de la première conclusion du rapport, puis de l'amendement proposé par MM. Adelon, Gérardin et Castel, consistant dans le renvoi de la conclusion à la Commission.

Une première épreuve est déclarée douteuse. Un assez grand nombre de membres n'ont pas pris part au vote.

M. Gerdy déclare que, pour sa part, il ne croit pas pouvoir voter dans une question comme celle-ci, dans laquelle, consciencieusement, il ne se considère pas comme suffisamment éclairé. Il pense que beaucoup de ses collègues sont dans le même cas que lui.

Après une deuxième épreuve déclarée douteuse par le bureau, sur la demande de plusieurs membres, et notamment de MM. Moreau, Adelon et Gérardin, on passe au scrutin secret.

Le nombre des votants est de 48.

Pour le renvoi à la Commission,	24 voix.
Pour l'adoption,	21
Bulletins blancs,	3

La première conclusion est renvoyée à la Commission.

— *M. Blandin* présente au nom de M. Josse, chirurgien de l'hôpital d'Amiens, une pièce intéressante d'anatomie pathologique. Ce chirurgien a eu à traiter une difformité résultant d'une fracture de la jambe; à la suite de cet accident, le membre était devenu tellement difforme que le malade ne pouvait s'en servir pour la marche. M. Josse crut pouvoir faire une résection cunéiforme de la partie de l'os où existait le cal vicieux. Les extrémités des os furent mises en contact; M. Josse eut le bonheur d'obtenir en peu de temps un cal solide, et une régularité à peu près parfaite du membre. M. Blandin présente à l'Académie la pièce osseuse extraite par la résection, et les modèles en plâtre du membre avant et après l'opération.

M. Duméril rappelle que M. Josse, probablement le père du confrère au nom duquel M. Blandin vient de faire cette communication, fut obligé de faire une résection pareille chez une jeune fille qui présentait une fracture comminutive des deux jambes. L'opération réussit parfaitement, et M. Duméril a vu la jeune fille danser sans la moindre gêne dans les mouvements.

M. Velpeau fait observer que le fait rapporté par M. Blandin n'est pas de la même espèce que celui raconté par M. Duméril. Dans celui-ci, la résection fut faite immédiatement après la fracture; dans le premier, elle fut pratiquée longtemps après la guérison de la fracture, et pour remédier à une consolidation vicieuse. Il y a là deux catégories de faits bien différents.

— *M. le professeur Lesauvage* (de Caen), correspondant de l'Académie, présente deux exemples d'éburnation des surfaces articulaires, survenue à la suite d'inflammation de l'articulation avec érosion des cartilages diarthrodiaux. Ce savant praticien avait déjà parlé, dans son Mémoire sur les luxations spontanées, de ce mode d'altération entièrement négligé par les pathologistes.

La première pièce, consistant dans l'éburnation partielle de l'articulation fémoro-tibiale, au point correspondant des deux os, a été recueillie chez un détenu de Bicêtre, mort d'une maladie étrangère à cette affection.

La seconde présente une éburnation partielle de l'articulation coxo-fémorale. L'éburnation occupait, dans la cavité cotyloïde, la surface d'insertion du ligament interarticulaire, qui avait disparu, et le point correspondant de la tête du fémur. Cette pièce a été recueillie chez un homme soumis à l'amputation de la cuisse à la suite d'une fracture comminutive, et mort d'une résorption purulente quelques jours après l'opération. Avant l'accident qui a amené ce résultat fatal, le malade pouvait se livrer à ses travaux habituels sans rien éprouver qui pût mettre sur la voie de l'altération révélée par la nécropsie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 août 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Rendu lit une note sur une maladie qu'il a eu occasion d'observer pendant le voyage qu'il a fait dans l'Amérique méridionale, chargé d'une mission du gouvernement. Cette maladie règne depuis la rivière de la Plata jusqu'au fleuve des Amazones. Les naturels du pays la désignent sous le nom de *morféie*.

Elle commence par l'apparition sur la peau de taches dont la durée est de plusieurs mois. A ces taches, succèdent des tubercules qui se montrent surtout à la face, et donnent, au toucher, la sensation d'un corps dur, résistant. Dans les points occupés par les taches d'abord, puis par les tubercules, la peau perd sa sensibilité normale. Les tubercules peuvent se terminer, soit par résolution, soit par ulcération et suppuration. Le plus ordinairement ils persistent, augmentent de volume. deviennent plus durs; quelquefois la muqueuse nasale se prend, s'ulcère; l'affection envahit les parties profondes, les os du nez tombent. Lorsque l'appareil pulmonaire est intéressé, la mort survient très rapidement.

Aux symptômes locaux du commencement de la maladie, s'ajoutent des crampes musculaires, des soubresauts des tendons; les membres deviennent le siége d'engourdissements, de fourmillements; somnolence, inquiétude. Un phénomène curieux s'observe du côté des ongles, qui deviennent cassants, friables; la maladie s'étend souvent jusqu'aux phalanges, que l'on voit, dans quelques circonstances, se sphacéler et se détacher complétement.

On n'est point encore parvenu à arrêter la maladie dans sa marche; toutes les médications sont restées, jusqu'à présent, impuissantes.

A l'autopsie on trouve, outre les altérations pathologiques des fosses nasales, des poumons, etc., une diminution notable de volume de la masse encéphalique. Cette espèce d'atrophie des centres nerveux est la seule altération *constante* et que l'on retrouve dans tous les cas.

Les causes déterminantes paraissent devoir être rapportées à une alimentation trop azotée, à une habitation dans des lieux où la température est élevée et humide. Jusqu'à présent, la thérapeutique est tout empirique, et, comme nous l'avons dit, on ne compte pas de guérisons.

Pendant le séjour de M. Rendu, les naturels du pays firent mordre un *morféique* par un serpent à sonnettes. Le résultat de cette singulière médication fut la mort du sujet dans les quarante-huit heures. Dans ces derniers temps, on essaya l'emploi du guano, et cela sans succès. M. Rendu pense, d'après les observations qu'il a pu faire par lui-même, que ce n'est point la maladie elle-même qu'il faut chercher à combattre, mais que c'est à la cause productrice qu'il faut s'attaquer, en modifiant les conditions hygiéniques.

Par ses causes, par plusieurs de ses symptômes, par les lésions cadavériques constantes du côté des centres nerveux, M. Rendu pense que cette affection se rapproche beaucoup de la pellagre. Il y a cependant une différence entre ces deux maladies, c'est que dans la pellagre les fonctions digestives sont troublées, tandis que dans la morféie elles ne le sont nullement. (Commissaires; MM. Andral, Rayer, Pariset.)

— *M. le docteur Auzias-Turenne* lit un mémoire sur la théorie de la migraine.

Il considère cette affection comme produite par la compression que le sang des sinus de la base du crâne détermine sur les nerfs qui traversent ces sinus.

C'est ainsi que le trijumeau est le siége principal des douleurs de migraine, parce que la branche ophthalmique de ce nerf est en rapport avec le sang du sinus caverneux.

Le vomissement dans la migraine, les symptômes variés qui se manifestent vers les organes des sens, comme les troubles de la vue, les bourdonnements d'oreilles, sont expliqués par M. Auzias au moyen des rapports des nerfs sensoriaux et du pneumogastrique avec les sinus.

Les différents phénomènes de la douleur, les circonstances dans lesquelles elle se produit, les conditions d'âge, de sexe, de tempérament qui en déterminent le développement, sont rattachés par lui à des données précises d'anatomie.

Voici quelles sont les conclusions thérapeutiques de son travail:

1° Quelle que soit la cause de l'accumulation du sang dans les sinus de la base du crâne, qu'elle ait son point de départ dans une digestion laborieuse, dans une grande susceptibilité du système nerveux ou dans toute autre circonstance, il ne faut jamais perdre de vue cette cause dans la prophylaxie et la thérapeutique de la migraine.

2° Tous les moyens dérivatifs dirigés sur le tube digestif ou ailleurs, peuvent devenir favorables s'ils ont pour résultat de diminuer l'activité et la quantité de sang qui circule dans le système de la veine cave inférieure, en facilitant un large débouché dans le cœur au système de la veine cave inférieure.

3° Tous les mouvements, toutes les positions de la tête et du corps qui aident au dégorgement des sinus soulagent toujours et guérissent souvent les douleurs de migraine. Il est donc important de triompher de la répugnance extrême qu'éprouvent tous les malade à faire toute espèce de mouvement. Il n'y a pour eux que le premier effort qui soit pénible. (Commissaires: MM. Serres, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, Lallemand.)

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 29 AOUT 1846. (19e ANNÉE.) N°. 101. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 28 AOUT 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous aimons les esprits novateurs ; nous ne parlons pas de ceux qui ne cherchent à inventer que pour inventer, ne voient dans une communication scientifique que la publicité, dont l'obscurité est la seule crainte, et pour lesquels tout moyen d'en sortir est bon à mettre en usage. Mais lorsqu'un homme de science et d'études sérieuses découvre un fait intéressant, ou qu'il envisage sous un point de vue nouveau une question déjà soulevée depuis longtemps, déjà résolue de vingt manières différentes, qu'il produit un travail basé sur des recherches laborieuses et sur des méditations approfondies, dont la fin est un résultat pratique utile, nous aimons à donner le grand jour de la discussion et de la publicité à sa découverte, signe évident d'un esprit original, d'une intelligence d'élite. En médecine comme en chirurgie, comme en toute autre science, tout se résout, en définitive, par la pratique ; celui-là mérite bien de la science et de l'humanité, qui diminue soit les chances de mortalité, soit seulement la durée d'une maladie ; à plus forte raison celui qui parvient, par un procédé ingénieux, à guérir presque à coup sûr une de ces infirmités pénibles qui rendent la vie insupportable aux malades, et en font pour ceux qui les entourent un objet de dégoût et de pitié.

Ces réflexions nous sont venues tout naturellement à l'esprit en présence de deux faits de fistules vésico vaginales opérées à l'hôpital Saint-Louis par M. Jobert. Des deux malades, l'une est complétement guérie ; l'autre, opérée devant nous il y a quatre ou cinq jours, est en voie de traitement.

Les fistules vésico-vaginales accidentelles sont, de toutes, les plus fréquentes. Parmi les causes nombreuses qui peuvent les produire, la plus commune est, sans contredit, un accouchement laborieux, et celles qui en résultent sont les plus difficiles à traiter, parce qu'il n'y a point alors simple solution de continuité, mais aussi perte de substance. C'est aux méthodes destinées à combattre ces fistules vésico-vaginales situées au bas-fond de la vessie, que se rattachent les noms les plus remarquables de la chirurgie moderne, entre lesquels il nous suffira, sans plus de détails, de citer Desault, Dupuytren, Lallemand, Malagodi, Nœgelé, Roux, Velpeau, Vidal, etc. Frappé des insuccès nombreux de ces diverses méthodes, M. Jobert a fait, depuis plus de dix ans, du traitement de cette affection, l'objet de ses méditations, et l'on se rappelle la sensation que produisit, en 1836, la publication de son mémoire sur l'*élytroplastie*, procédé qui consistait à tailler dans les parties voisines un lambeau à l'aide duquel ce chirurgien réussit plusieurs fois à combler le vide déterminé par la chute de l'eschare gangréneuse.

Les résultats presque inespérés obtenus par l'élytroplastie n'avaient point encore cependant complétement satisfait M. Jobert ; il restait quelque chose à faire ; car il y avait des cas où les procédés autoplastiques étaient impuissants. La tension trop considérable des tissus déterminait la section des lèvres de la plaie par les fils, avant que la réunion fût complète. Cette observation fut un trait de lumière pour l'opérateur, et le point de départ du nouveau procédé dit *par glissement*, dont il fit l'objet d'une lecture à l'Académie des sciences vers le milieu de l'année dernière. On sait que ce procédé consiste, la suture étant faite, à débrider, soit dans un seul point, soit des deux côtés, les tissus tiraillés par le rapprochement forcé qu'ils ont subi, et à diminuer, par conséquent les chances de la section des lèvres de la plaie par les fils qui les réunissent.

Chez la première malade, que nous n'avons vue qu'après guérison, et qui était affectée d'une fistule avec perte de substance longitudinale, nous avons pu constater deux cicatrices bien apparentes et solides ; l'une située à gauche, légèrement irrégulière : c'est celle de la fistule ; l'autre à droite, linéaire, produite par le débridement pratiqué pour faciliter le glissement des deux surfaces l'une sur l'autre.

La seconde opération, faite samedi dernier, avait pour objet de remédier à une perte de substance transversale, intéressant tout le bas-fond de la vessie, depuis le col de la vessie jusqu'au cul-de-sac formé par la muqueuse vaginale au-devant du col utérin.

Ici les difficultés étaient plus grandes. En raison de l'étendue de la destruction de la cloison, il devait être plus malaisé de faire glisser les surfaces et de les rapprocher. Une sonde fut introduite dans la vessie, le vagin soigneusement exploré avec le doigt et à l'aide du spéculum. La disposition des parties étant bien reconnue, M. Jobert implanta sur le museau de tanche les griffes d'une pince de Museux, et s'efforça, par de légères tractions, de faire descendre l'organe le plus près possible de l'ouverture vulvaire, ce qui fut difficile, pour le dire en passant, le col étant d'assez médiocre consistance, et se déchirant aisément. Cela fait, les bords du trou furent rafraichis avec les ciseaux et le bistouri dans toute la circonférence de la fistule, et deux points de suture rapprochèrent le bord antérieur du bord postérieur. L'affrontement des surfaces saignantes fut exactement opéré ; puis, avant de laisser remonter l'utérus, une incision transversale fut dirigée sur le col utérin, un peu au-dessous du point de jonction de la muqueuse vaginale avec le tissu même de l'organe.

Une fois terminée cette laborieuse opération, une grosse sonde en gomme élastique fut placée à demeure dans le canal de l'urètre, et la malade fut reportée dans son lit. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat définitif, qui, nous avons tout lieu de l'espérer, ne sera pas moins complet que celui des opérations déjà pratiquées suivant ce procédé par M. Jobert.

— Les méthodes auxquelles on a donné le nom de *sous-cutanées* présentent quelquefois des avantages réels sur les anciennes méthodes ; cependant il n'en est pas moins vrai que souvent aussi on les a mises en usage dans des circonstances où l'on aurait fort bien pu s'en dispenser, et que l'on a pu les négliger sans qu'il en soit résulté d'accidents. Dans certains abcès, par exemple, pour l'ouverture desquels on déploie volontiers un grand appareil de canules plates, de seringues et de robinets, il est à peu près indifférent que l'air entre ou n'entre pas dans le foyer, pourvu qu'il n'y séjourne pas et qu'il ne s'établisse pas une communication large et permanente entre l'extérieur et la cavité purulente.

Un homme est entré dans le service de M. Voillemier, à l'hôpital des Cliniques, présentant une maladie très ancienne de l'articulation fémoro-tibiale gauche, avec épanchement très abondant dans la synoviale, et tuméfaction énorme des extrémités osseuses du fémur et du tibia. Cet homme est âgé de quarante-six ans, malade depuis vingt mois, et a subi, tant chez lui que dans d'autres hôpitaux, tous les traitements imaginables, sans succès. Avant de rien entreprendre, M. Voillemier a donné issue au liquide contenu dans l'articulation, et avec un trocart ordinaire il a pratiqué une ponction qui a livré passage à 400 grammes environ d'un pus sanieux, sanguinolent, mal lié, mélangé de fausses membranes et de grumeaux. En dehors, et un peu au-dessous de la tumeur articulaire, existait une autre collection assez abondante, fusiforme, ne communiquant pas avec la première, et dont l'ouverture fut faite de la même manière. Un stylet introduit par la canule du trocart, frappa l'os manifestement dénudé, et cause première de la maladie. La canule du trocart une fois retirée, M. Voillemier fait établir sur le membre une compression graduée modérément forte, et recouvre la piqûre d'un morceau de diachylum. Il n'a jamais vu survenir après ces ponctions d'accidents que l'on pût rapporter au contact de l'air sur les surfaces articulaires. Il y a plus ; pour démontrer le peu de danger qui résulte de ce contact, pourvu qu'il ne soit pas continuel, il a plusieurs fois fait entrer de l'air dans les abcès de cette nature, en soulevant les parois avec l'extrémité de la canule, et jamais il n'a eu à se repentir de cet essai momentané. Dans le cas actuel, la seule chance de guérison que l'on ait en dehors de l'amputation, est la terminaison par ankylose, que l'on cherchera à obtenir par la compression.

— Nous avons vu dans le même service un assez grand nombre de faits intéressants sous le rapport de la thérapeutique.

M. Voillemier a guéri deux hydarthroses assez volumineuses et anciennes, en évacuant à deux ou trois reprises, chez chaque malade, le liquide à mesure qu'il se reproduisait.

— Ce chirurgien n'attache pas grande importance au choix du liquide irritant à injecter dans la tunique vaginale, dans les cas d'hydrocèle. Suivant lui, les succès sont à peu près aussi nombreux par telle ou telle méthode ; et pourvu que l'on injecte un liquide susceptible de déterminer un travail inflammatoire, la guérison aura lieu. Il a plusieurs fois obtenu des succès rapides et complets par l'injection du mélange suivant :

Eau commune,	3 parties;	
Alcool rectifié,	1	

Cette observation a du prix, en ce sens que si dans les grandes villes, dans les hôpitaux, ou chez les malades dans une position aisée, on a toujours la possibilité de se procurer la teinture d'iode, par exemple, ou la décoction vineuse de Provins, etc., on peut se trouver dans telle circonstance où l'on n'ait à sa disposition que du vin ordinaire, ou un peu d'esprit-de-vin, et l'on devra de même opérer avec les mêmes chances de guérison.

— M. Ricord insiste longuement dans ses conférences cliniques sur le diagnostic différentiel du testicule vénérien (sarcocèle syphilitique), et du testicule cancéreux. Ce n'est point sans raison et plus d'une fois, avant ses savantes recherches, il est arrivé que l'on a vu tomber sous le couteau du chirurgien des testicules réputés carcinomateux, et dont un traitement antisyphilitique convenablement dirigé eût rapidement amené la résolution complète. L'erreur que nous signalons est assez commune, même de la part de praticiens recommandables, lorsque préoccupés par une autre série d'idées ils négligent involontairement de s'enquérir des antécédents du malade, ou se laissent tromper par des sujets intéressés à cacher leurs affections antérieures.

Nous avons vu dans le service de M. Voillemier un malade qui lui fut adressé par un confrère fort instruit, aux yeux duquel l'affection testiculaire dont nous parlons avait paru être carcinomateuse. Un examen attentif de la tumeur, sa régularité, son poids, les douleurs nocturnes dont se plaignait le sujet, la connaissance des antécédents firent diagnostiquer à M. Voillemier un sarcocèle syphilitique. Des frictions avec la pommade à l'iodure de plomb, l'iodure de potassium à l'intérieur firent promptement justice de la maladie, et aujourd'hui le testicule a presque repris son volume normal.

Les cas de cette espèce, et ils sont fréquents, prouvent combien il est utile, lorsqu'il reste le moindre doute à l'esprit, de ne point trop se hâter d'opérer, et de *tâter* pendant quelques jours l'affection par une médication interne, qui, si elle ne produit pas de bons effets, ne peut, du moins, dans les cas de cancer, produire aucun résultat fâcheux. L'affection cancéreuse est tellement sujette à récidive, que l'on est en droit de supposer que parmi les faits connus dans la science comme exemples de guérison de testicules cancéreux par l'amputation, sans récidives, il en est plus d'un qui appartenait, non pas un cancer, mais à la période tertiaire des accidents de la vérole constitutionnelle.

— Depuis quelque temps M. Voillemier emploie dans son service un anthelmintique nouveau qui semble devoir assez bien réussir ; c'est la *santonine*, alcaloïde sur lequel Berzélius surtout a appelé l'attention des savants. Elle a été incorporée dans des biscuits par M. Pinel, pharmacien de Paris, et, sous cette forme, elle peut être administrée avec le plus grand avantage. Ces biscuits sont d'un goût agréable, d'une amertume légère, et il suffit d'en donner trois ou quatre à un adulte, deux aux enfants pour amener l'expulsion des vers. Cet alcaloïde ne détermine aucune colique, aucune diarrhée, et semble agir directement sur les vers comme matière toxique. C'est une nouvelle conquête pour la thérapeutique, empruntée à la chimie, et qui nous semble devoir remplacer avec avantage la plupart des anthelmintiques, le calomel lui-même, qui, n'agissant que par sa transformation en deutochlorure, est loin d'être toujours exempt d'accidents.

— Il est assez rare que chez l'enfant les calculs qui s'engagent dans l'urètre soient très volumineux. Aussi, sous le rapport de la grosseur du calcul, devons-nous mentionner un fait curieux qui s'est présenté, il y a quelques jours, à M. Guersant fils.

Un enfant lui fut apporté se plaignant de douleurs atroces dans la région du gland, ne pouvant uriner ; il était impossible de découvrir le gland et de ramener le prépuce en arrière. Le doigt percevait la sensation d'un corps dur engagé à l'extrémité du canal ; d'un coup de ciseaux, M. Guersant débrida le prépuce le long du frein suivant la méthode de Celse ; puis, avec un bistouri boutonné fort étroit, il incisa le canal. Le calcul qui déterminait ces accidents avait à peu près la forme d'un haricot ; il était lisse, et présentait une longueur d'un centimètre et demi sur une largeur de onze millimètres.

— Nous avons insisté longuement dans un précédent article sur l'arthrite blennorrhagique, ses causes déterminantes et sur la question de savoir si elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Nous avons conclu en disant que vu la difficulté que l'on éprouvait de dire d'une manière positive ce qui constituait la blennorrhagie chez les femmes, presque tous les cas d'arthrite blennorrhagique observés chez elles laissaient un certain doute à l'esprit. Nous avons cité un fait recueilli dans le service de M. le professeur Rostan ; en voici un second, observé dans les mêmes salles, et dont nous devons la communication détaillée à notre estimable confrère le docteur Stuart Cooper.

Il s'agit d'une femme de dix-huit ans, entrée le 12 du mois d'août et couchée au numéro 20 de la salle Saint-Antoine.

Il y a deux mois environ, elle fut prise d'un écoulement jaune-verdâtre assez abondant par le vagin. Elle n'avait au-

paravant ni écoulement coloré, ni flueurs blanches. Elle ne sait si la personne avec laquelle elle entretenait des relations était ou non malade. Quinze jours après l'apparition de l'écoulement, elle éprouva, sans cause extérieure déterminante appréciable, une douleur dans l'épaule gauche, sans rougeur ni gonflement. Cette douleur disparut bientôt; le lendemain, la malade ressentit dans le genou du même côté une douleur semblable, qui a persisté. Puis, il survint de la gêne dans les mouvements de l'articulation, du gonflement, et, au moment de l'entrée de cette femme à l'hôpital, le genou gauche présentait une circonférence de 0,38 m., le genou droit n'en offrant qu'une de 0,32 m. Il est important de faire remarquer qu'au fur et à mesure que le genou se tuméfiait, l'écoulement blennorrhagique diminuait d'abondance; de telle sorte que, lorsque la tuméfaction arthropathique fut arrivée à son maximum de développement, l'écoulement avait complétement cessé.

Au moment de son admission, elle affirme n'avoir fait aucun traitement, et n'avoir observé aucun changement depuis un mois dans l'état de son genou. Le gonflement est produit autant par un épanchement dans la membrane synoviale que par une tuméfaction bien appréciable des parties dures de l'articulation. Du reste, aucun symptôme de réaction générale.

Dans ce cas, le rapport de cause à effet ne nous semble pas susceptible d'être révoqué en doute. Evidemment, il y avait arthrite blennorrhagique, présentant toutes les particularités symptomatiques qui caractérisent cette forme spéciale de la phlegmasie articulaire. S'il peut rester quelque obscurité, ce n'est que sur un seul point, et l'on conviendra qu'il est d'assez peu d'importance : c'est relativement à la question de savoir si la blennorrhagie a commencé à diminuer avant qu'aucun phénomène se fût manifesté du côté de l'articulation, ou si l'inflammation articulaire a fait disparaître l'écoulement blennorhagique en agissant révulsivement, suivant l'axiome si connu *Duobus laboribus....* Ce qui nous porterait assez à croire que la diminution de l'écoulement a été le premier phénomène, c'est que l'arthropathie est survenue sans cause connue, et que la malade nous a dit ne point se souvenir de s'être exposée à aucune des influences atmosphériques ou autres auxquelles on est assez d'accord de rapporter la production des phlegmasies articulaires rhumatismales.

— Hunter est un des premiers qui se soient occupés d'une manière sérieuse de la vitalité du sang. Malheureusement, pendant fort longtemps les travaux de cet homme de génie ont été ignorés en France, et les pathologistes s'étaient à peine occupés de vérifier et de compléter les recherches auxquelles il s'était livré sur cet important sujet. Depuis la publication de la traduction de ses Œuvres complètes par le docteur Richelot, au zèle infatigable duquel on ne saurait rendre une trop éclatante justice pour l'accomplissement de cette tâche immense, il n'est personne qui ne connaisse les preuves et les arguments nombreux dont s'est servi Hunter pour démontrer que le sang n'est pas seulement une matière animale liquide, mais bien une matière vivante. Ce serait sortir de notre sujet que d'insister plus longuement sur ce point. Si le sang est vivant, il est susceptible de maladies : « Toutes les maladies, dit Hunter, qui agissent sur les solides agissent sur le sang, et y déterminent les changements qui s'y opèrent spontanément par suite de son état de repos hors du corps ; de sorte que *le sang est susceptible d'actions morbides aussi bien que les solides.....* Toutes les fois, dit-il encore, que les solides présentent une disposition inflammatoire, soit générale, soit locale, la tendance du sang à se décomposer dans ses éléments constitutifs est augmentée. Les globules rouges sont moins uniformément répandus, et leur attraction réciproque est plus énergique..... Si la disposition inflammatoire des solides a la fièvre pour cause, la disposition du sang qui en est la conséquence est générale ; il en est encore de même dans les cas où une disposition inflammatoire générale des solides est le résultat de quelque irritation locale. Mais si l'inflammation est locale et que la constitution ne soit point affectée, la disposition consécutive n'est pas générale dans le sang. Je ne sais jusqu'à quel point le sang peut présenter une disposition inflammatoire locale, mais il y a lieu de le soupçonner par la facilité avec laquelle les parties divisées se réunissent sous l'influence de l'inflammation. »

Dans ces derniers temps (1835-1837), M. Piorry s'est beaucoup occupé des états pathologiques du sang, et de ses nombreuses observations il est résulté pour lui la conviction que, dans certaines phlegmasies intenses, il y a véritablement *hémite* ; la formation de la couenne est à ses yeux la traduction anatomique de cet état inflammatoire. Les caractères que cet ingénieux observateur a donnés comme propres à l'inflammation du sang, sont: 1° la formation d'une sérosité trouble sur la surface du sang lors de la coagulation ; 2° plus tard la manifestation d'une couche couenneuse qui se dépose sur le caillot ; 3° l'augmentation de densité du sérum avant la séparation de la couenne ; 4° la diminution de cette densité lorsque cette couenne est déposée sur le caillot.

L'hémite est ou primitive, ou consécutive ; on ne la constate pas à un égal degré dans les inflammations de tous les organes ; c'est principalement dans les phlegmasies du poumon et du foie qu'elle est le plus évidente ; elle l'est moins dans les inflammations intestinales. La raison qu'en donne M. Piorry nous semble, du reste, parfaitement satisfaisante. « Il semblerait, dit-il, que plus la quantité de sang qui traverse un organe dans un temps donné est considérable, et plus il y a facilité au développement de l'hémite. »

C'est, en effet, dans les phlegmasies du parenchyme pulmonaire que la couenne est ordinairement la plus dense, la plus résistante, la plus épaisse. Mais ce qui prouverait encore plus évidemment la réalité de l'*hémite*, ce serait, si l'on pouvait la démontrer, la présence du pus dans l'épaisseur et à la surface de la couenne inflammatoire. C'est ce que croit avoir trouvé M. Piorry. Dans son Traité des altérations du sang publié en 1837, il avait déjà consigné quinze ou dix-huit cas dans lesquels il avait signalé la présence sur la couenne de granulations qui lui semblaient manifestement appartenir au pus. Depuis cette époque, vingt nouveaux cas sont venus le confirmer dans cette persuasion ; toujours les granulations ont coïncidé avec des pneumonies parvenues du cinquième au quatorzième jour, et souvent accompagnées de crachats purulents ou puriformes ; lorsqu'il y a eu nécroscopie, on a toujours trouvé une induration ou un ramollissement du poumon.

Il y a quelques jours, M. Piorry nous a fait voir, et a présenté à plusieurs de ses collègues à l'Académie de médecine, une couenne recouverte de ces granulations, et qui nous semble prouver en faveur de sa manière de voir. Voici dans quelles circonstances elle fut recueillie.

Le 18 août, un homme, malade depuis six jours, atteint d'une pneumonie double, fut saigné dans son service. Quelques instants après la sortie du sang de la veine, le coagulum s'étant formé, et une pellicule sur laquelle apparaissaient des granulations s'étant étendue à la surface de la palette, on enleva la surface encore liquide de la couenne, présentant l'aspect d'une urine fortement chargée de matière purulente ; au bout de quelques heures, dans cette sérosité trouble, déposée dans une capsule de verre, nageait une couenne épaisse, très dense, résistante, d'une couleur jaune tirant légèrement sur le rouge-abricot : la sérosité était parfaitement limpide. A la surface de la couenne, on distinguait une grande quantité de stries d'un jaune plus grisâtre, analogue à la couleur du pus phlegmoneux. Examinées au microscope, ces stries, nous a dit M. Piorry, contiennent une grande quantité de globules parfaitement analogues à ceux que l'on trouve dans le pus véritable.

Les observations de M. Piorry méritent une attention sérieuse, et fourniront très probablement des données précieuses au point de vue de la pathogénie. Z...

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Piorry.

De l'emploi du vésicatoire dans la variole confluente;
par M. Ferdinand Dupont.

Au n° 19 de la salle Saint-Raphaël est couché un nommé Kays (Auguste), tailleur, âgé de vingt ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Autant que l'état dans lequel il se trouve permet d'en juger, *il n'a jamais été vacciné*, et a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au 2 août, jour où il a été obligé de discontinuer son travail par suite de céphalalgie, de brisement des membres, de fréquentes envies de vomir et de douleurs assez vives dans les lombes. Quatre jours après, c'est-à-dire le 6 de ce mois, il est entré à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Piorry.

Le 7, à la visite du matin, nous avons constaté qu'une éruption variolique extrêmement confluente avait envahi nonseulement le tronc, la tête, les membres supérieurs et inférieurs, mais encore la langue, le voile du palais et ses piliers. Le malade avait de la difficulté à respirer, et une toux légère nous fit soupçonner l'existence de l'éruption variolique à la partie supérieure du larynx; la voix, quoique légèrement voilée, avait conservé cependant son timbre ordinaire.

M. Piorry, dans l'intention de prévenir la formation des cicatrices pustuleuses, ordonna l'application sur la face de trois larges vésicatoires; les deux premiers devant couvrir les deux joues, et le troisième le front.

Il est convenable de s'arrêter ici un instant pour rechercher : 1° quelle peut être la cause de la formation des cicatrices indélébiles laissées par la variole, et 2° quelles sont les idées théoriques qui ont conduit M. Piorry à penser qu'il pourrait retirer des avantages de l'application de vésicatoires pour prévenir la formation de ces mêmes cicatrices, et peut-être aussi l'état grave, quelquefois consécutif à la résorption du pus.

La priorité de l'application du vésicatoire dans la variole ne pourrait être disputée à M. Piorry, quoi qu'il soit constant que les anciens l'eussent employé depuis longtemps dans le traitement de cette maladie; car c'était comme révulsif, comme dérivatif, et non pas dans le but dont nous parlons ici, qu'ils en faisaient usage.

La formation des cicatrices varioliques dépend indubitablement de deux causes :

1° De la présence des pustules, puisque sans pustules point de cicatrices;

2° Du séjour plus ou moins prolongé et de l'altération putride du pus, qui acquiert ainsi des caractères rongeurs beaucoup plus intenses.

L'altération putride du pus dépend, à n'en pas douter, de sa présence plus ou moins prolongée sous les pustules, et aussi de son contact avec l'air au moyen d'une espèce d'endosmose aérique qui se fait à travers la membrane pustuleuse. En changeant d'état, le pus change aussi de qualités : de là la nécessité de conclure, toutes choses étant égales d'ailleurs, que celui qui sera résorbé après sa putréfaction sera plus dangereux pour l'économie que celui qui l'aura été avant cette époque, et qu'en restant peu de temps en contact avec le derme, il y creusera des loges moins profondes qu'en y séjournant jusqu'à complète résorption.

C'est cette série d'idées qui a amené depuis longtemps quelques praticiens à ouvrir de bonne heure les pustules avec la pointe d'une aiguille, avec une épingle d'or ou d'argent. C'est aussi de ces mêmes principes que découle la méthode ectratique de MM. Bretonneau, Serres et Velpeau, qui conseillent la cautérisation de chaque pustule en particulier avec le nitrate d'argent, cautérisation qui, il faut le dire, n'est guère possible que dans une variole discrète, et tout à fait impraticable dans une variole confluente. C'est enfin, d'après la même série de raisonnements que M. Piorry conseille et pratique depuis longtemps l'ouverture de toutes les pustules de la face avec des ciseaux courbes. De cette méthode à l'application du vésicatoire il n'y avait plus qu'un pas.

Le vésicatoire a sur les méthodes employées jusqu'aujourd'hui les avantages suivants, qui ont été confirmés par l'expérience :

1° D'ouvrir d'un seul coup toutes les pustules qu'il recouvre ;

2° D'en faire sortir tout le pus qui y était contenu, et par conséquent d'en empêcher le séjour et la résorption ;

3° D'agir avantageusement contre l'érysipèle en diminuant la bouffissure de la face;

4° Enfin, de faire tomber les croûtes du visage longtemps avant celles des autres parties du corps. Il a sur l'application des emplâtres mercuriels, et en particulier de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, de MM. Briquet et Nonat, l'avantage de ne pas exposer à la salivation ; l'ischurie légère qui pourrait résulter de l'absorption des cantharides étant bien moins inquiétante pour le malade, et devant céder beaucoup plus facilement que la salivation.

On a fait à tous les emplâtres appliqués sur les pustules le reproche d'agir comme répercussifs, en portant leur action du côté du cerveau ou des ses membranes; on ne pourra pas faire la même objection au vésicatoire, qui agirait plutôt comme dérivatif.

De l'ensemble de ces faits et du succès que nous avons sous les yeux, nous croyons qu'il doit résulter, pour les praticiens, un encouragement à faire eux-mêmes sur ce sujet des expériences nouvelles, qui, sans présenter le moindre danger, leur feront entrevoir l'heureuse perspective de pouvoir garantir les malades, et surtout les femmes atteintes de variole, de ces hideuses cicatrices indélébiles qui contribuent trop souvent à compromettre leur existence ou leur position sociale. Ferdinand Dupont.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Séance du 19 août 1846. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Guersant*, appelé à faire partie du jury pendant la deuxième session d'août, demande un congé de quinze jours, qui est accordé.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion soulevée par la communication de M. Monod.

— *M. Bérard* n'accepte pas ce qu'a dit M. Malgaigne de l'inutilité des plaies sous-cutanées; il persiste à penser qu'en faisant un trajet oblique sous la peau, on évite mieux l'inflammation suppurative, parce que l'on établit ainsi une limite plus complète entre l'extérieur et les parties profondément divisées. M. Malgaigne a supposé que ses travaux, publiés en 1843 sur l'innocuité des insuflations d'air sous la peau, avaient changé l'opinion des chirurgiens et avaient fait renoncer à l'explication longtemps admise du danger de l'introduction de l'air; mais, avant cette époque, M. Bérard s'était élevé contre cette explication. En preuve de ce qu'il avance, M. Bérard lit un passage du *Compendium de chirurgie*, imprimé en 1841, dans lequel il est dit que l'air seul ne suffit pas pour expliquer le danger des plaies profondes, et que leur gravité est due surtout à l'inflammation suppurative, qui a son point de départ dans la plaie extérieure. Il importe, en effet, de bien établir qu'à la suite des ponctions sous la peau le danger est subordonné à la nature de l'inflammation. Si cette inflammation devient suppurative, le danger est grand; si elle reste adhésive, le danger est beaucoup moindre. Or, une des conditions qui amènent la suppuration profonde, c'est que la plaie extérieure suppure elle-même, et elle suppure plutôt si le trajet est direct que s'il est oblique. M. Malgaigne a avancé quelque chose de spécieux en disant que plus le trajet est long, plus il y a de chances de suppuration. M. Bérard pense, au contraire, que plus le trajet est long, plus on a lieu d'espérer que la réunion immédiate se fera sur un de ses points, et que l'adhésion obtenue, servant de barrière à l'inflammation, mettra les parties profondément divisées dans les conditions où elles se trouvent à la suite des lésions traumatiques sans solution de continuité à la peau. M. Bérard croit qu'en définitive il n'y a pas de différence entre sa proposition et celle de M. Laugier. Ce chirurgien pense que le trajet oblique met à l'abri d'une fistule; c'est qu'en effet une fistule suppose nécessairement une inflammation suppurative qui la précède : si vous n'avez pas de suppuration, vous n'aurez pas de fistule.

M. Maisonneuve, tout en acceptant l'explication de M Bérard, fait cependant ses réserves; car il a vu des cas où la suppuration avait lieu, dans certaines plaies, lors même que les parties superficielles avaient été réunies immédiatement. D'ailleurs, à un certain point de vue, on aurait tort de refuser l'action nuisible de l'air atmosphérique. Les expériences ont certainement démontré son innocuité pour les cas où il était mis en contact avec des parties saines; mais, s'il est en rapport avec des parties malades, contuses, il peut nuire, non par lui-même, mais peut-être par ses qualités hygrométriques, thermométriques. Toutes les fois qu'un liquide vivant, le sang ou celui qui résulte du broiement des organes, ne communique pas avec le monde extérieur, il reste entouré de toutes parts de tissus vivants; soumis en quelque sorte à l'incubation vitale, il est assimilé facilement, rentre dans le torrent circulatoire, et tout guérit sans suppuration. Mais que ces mêmes liquides, comme dans une fracture comminutive avec plaies, communiquent avec l'air extérieur, ils perdent alors leur chaleur et toutes les qualités qui en faisaient naguère des parties vivantes; dès lors, ils ne seront pas aussi facilement absorbés; ils deviendront des corps étrangers dont l'économie se débarrassera, et la suppuration sera le moyen par lequel se fera cette élimination; ce résultat aura lieu d'autant plus facilement que la plaie sera plus étendue; car, si l'air pénètre en grande quantité ou bien si l'introduction se répète souvent; si le contact se prolonge pendant une, deux ou plusieurs heures, les chances sont bien plus grandes pour que les liquides épanchés soient frappés à mort, et amènent ainsi l'inflammation suppurative. C'est donc en changeant la vitalité des parties et les rendant impropres à l'assimilation que l'air atmosphérique peut agir dans les plaies, et l'on n'y a pas assez réfléchi quand on a parlé de ce sujet. Maintenant, combien faut-il de temps pour que l'air nuise de cette façon ? C'est ce que les expériences ne permettent pas encore de savoir positivement. D'après cela, M. Bérard est dans le vrai lorsqu'il demande une réunion immédiate de la plaie extérieure, car cette réunion est un moyen d'empêcher la communication funeste des parties profondes avec les choses du dehors. Malgré cela encore, la suppuration pourra bien arriver; car M. Maisonneuve a vu, après l'ablation d'une tumeur de la cuisse, après plusieurs ablations de tumeurs mammaires, la plaie extérieure se réunir, et le fond de la plaie suppurer plus tard.

M. Malgaigne ne tient pas à discuter la question de priorité soulevée par M. Bérard ; il ne pense pas que ses expériences de 1843 aient eu pour résultat d'éclairer tous les chirurgiens ; il sait, en particulier, que Samuel Cooper, dans son Dictionnaire de chirurgie, a invoqué l'innocuité de l'emphysème général pour démontrer que les accidents des plaies n'étaient pas dus à une action délétère de l'air atmosphérique. En publiant son travail, M. Malgaigne avait l'intention de combattre d'autres expériences dont le résultat ne lui paraissait pas exact ; mais il ne prétend pas avoir apporté, pour cela, des modifications absolument nouvelles dans les idées reçues.

Il serait étrange cependant de ne pas regarder la crainte de l'action nuisible de l'air comme l'origine réelle des sections sous-cutanées ; à l'époque où ces sections ont commencé à être mises en vogue, tout le monde parlait de l'entrée de l'air : c'était pour éviter cette introduction que l'on proposait les trajets obliques sous la peau. La multiplicité des observations a fait abandonner cette idée ; on a vu que, l'air n'entrant pas, il pouvait néanmoins arriver de l'inflammation suppurative, et que, l'air entrant, l'inflammation adhésive pouvait cependant avoir lieu. Alors on a réfléchi, discuté ; beaucoup de chirurgiens, parmi lesquels MM. Monod et Malgaigne, ont rejeté tout à la fois la théorie et sa conséquence, c'est-à-dire les sections sous-cutanées ; d'autres, et en particulier M. Bérard, ont bien vu que l'air n'était pas la cause des accidents : ils ont donc rejeté la théorie ; mais ils ont conservé la conséquence, en cherchant une autre explication, celle qu'a développée M. Bérard.

Quant à l'opinion que la suppuration des parties profondes est consécutive à la suppuration de la plaie extérieure, M. Malgaigne ne voit là qu'une allégation sans preuves ; la démonstration est si peu donnée que M. Maisonneuve a des faits tout contraires à cette manière de voir, et apporte sur ce sujet des idées qui méritent un examen sérieux. Cependant M. Malgaigne ne croit pas que cette mortification des liquides épanchés soit la clé du problème ; car ce n'est pas la même chose que de faire entrer de l'air dans une plaie sous-cutanée, ou dans une plaie communiquant avec une fracture. D'après sa théorie, M. Maisonneuve croit que plus un os fracturé sera situé profondément, moins la communication avec l'extérieur sera dangereuse ; et cependant on sait qu'une fracture du tibia avec plaie est en général moins grave qu'une fracture semblable au fémur, qui est plus profond. En un mot, il y a toujours là une inconnue ; quand la plaie n'intéresse que les parties molles, la réunion immédiate est possible ; quand au milieu des parties molles divisées se trouve un os, comme à la suite des fractures compliquées, des amputations, la suppuration arrive, que le trajet soit oblique ou qu'il soit direct. Aucune théorie, jusqu'à présent, ne rend compte de ces différences.

M. Maisonneuve fait observer qu'il n'a pas eu l'intention d'insister sur toutes les données du problème ; mais il conçoit facilement la différence qui existe entre une plaie sous-cutanée et une fracture avec plaie ; c'est que si l'air frappe des tissus à vitalité compromise, si les parties qui auraient pu produire sur les liquides épanchés une incubation vitale sont menacées elles-mêmes de mort par la contusion, la déchirure, alors le contact de l'air amène plus facilement la suppuration. C'est précisément le cas dans lequel se trouvent les parties molles à la suite des fractures compliquées.

M. Robert regrette que M. Malgaigne n'ait pas trouvé suffisamment claires les notions fournies par M. Bérard ; pour lui, il accepte ces notions déjà formulées par Dupuytren, lorsqu'il recommandait de fermer avec grand soin les plaies extérieures dans les fractures. M. Robert voit d'ailleurs aux plaies faites obliquement sous la peau dans les opérations, cet avantage que l'on peut exercer une compression sur le trajet ; alors il n'y a pas à craindre que les mouvements des parties détruisent les adhérences encore molles, comme cela peut arriver au contraire dans les cas où il s'agit d'une plaie directe.

— *M. Maisonneuve* présente un enfant de quinze ans, sur lequel il a pratiqué avec succès la staphyloraphie pour une division congéniale du voile du palais, sans division de la voûte palatine. M. Maisonneuve a commencé par l'avivement ; puis il a placé les fils avec l'instrument de M. Depierris. L'opération a été modifiée en ce sens, que six fils ont été placés, au lieu de trois que l'on conseille généralement. Le but de cette modification a été de placer les moyens de réunion plus près des bords, afin de mieux les affronter, sans courir le risque de les déchirer. En outre, une des moitiés de la luette a été enlevée. La réunion est complète ; la voix n'a pas encore repris son timbre naturel.

— *M. Morel-Lavallée* donne connaissance d'un fait à l'appui des recherches que lui a fournies déjà l'étude de l'action des cantharides sur la vessie. Un vésicatoire a été placé sur l'épaule d'une dame affectée de douleurs rhumatismales ; la malade a bientôt éprouvé de la dysurie, et tous les accidents signalés dans le travail de M. Morel ; huit heures après l'urine, qui à l'œil nu ne présentait aucune altération, a été chauffée, et a donnée dès lors une grande quantité d'albumine. Il s'agit donc du premier degré de l'affection décrite par M. Morel comme conséquence des cantharides. M. Morel est disposé à croire que les matières muqueuses placées parfois au centre des calculs ne sont pas autre chose que des fausses membranes albumineuses ainsi déposées sous l'influence d'un vésicatoire, et souvent sans aucun accident appréciable pour le malade.

M. Morel divise ainsi les différentes phases de la maladie dont il est question :

Dans le premier degré, l'albumine reste en dissolution dans l'urine.

Dans le second, il s'en précipite spontanément une partie par le refroidissement.

Dans le troisième, il y a formation de fausses membranes dans la vessie, qui sont expulsées par l'urètre. Le premier degré complique les deux autres et le second peut coïncider avec le troisième.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GENÉRALE.

Anévrisme poplité guéri par la galvano-puncture (méthode de M. Pétrequin).

C. A., d'une constitution robuste, n'ayant jamais eu de maladie grave, fut atteint en octobre 1845, à l'âge de soixante-dix ans, d'un anévrisme poplité à droite. Au mois de décembre, le malade ne pouvait plus faire que quelques pas dans sa chambre. En janvier 1846, il entra à l'hôpital de Crémone. La tumeur avait le volume d'un gros œuf d'oie. Des circonstances défavorables s'opposant à ce qu'on pût tenter la ligature de la crurale, le chirurgien voulut tenter la compression ; l'indocilité du malade ne permit pas de continuer l'emploi de ce moyen.

Malgré les difficultés que présente l'application de la galvano-puncture aux grands anévrismes, difficultés signalées par M. Pétrequin, le chirurgien de Crémone crut devoir recourir à ce moyen.

L'artère crurale ayant été soumise à l'action du compresseur, quatre aiguilles d'acier très fines, de 56 millimètres de longueur, furent introduite dans la tumeur sans se toucher. Une pile de vingt et un couples, portant 93 millimètres de côté, donna le courant, qui parut trop faible : en sorte qu'au bout de trois minutes on éleva à trente le nombre des couples. L'action de l'électricité fut continuée ainsi pendant vingt-cinq minutes. Chacune des aiguilles fut touchée alternativement par chacun des pôles. Une sensation de cuisson dans la tumeur, des contractions dans les muscles du mollet et une forte secousse sous la plante des pieds accompagnaient le changement des pôles. Le malade s'agitait beaucoup ; il dérangea plusieurs fois le compresseur, et fit reparaître les battements dans la tumeur ; son impatience ne permit pas de continuer plus longtemps l'action de l'électricité, ni celle du compresseur, que M. Ciniselli voulait maintenir à demeure pour faciliter la coagulation. La tumeur fut enveloppée d'une vessie remplie de glace, qu'on y laissa pendant six heures. Les battements reparurent ensuite dans la tumeur, et firent penser au chirurgien que sa tentative resterait sans effet. Cependant, vingt-quatre heures après la séance de galvano puncture, les battements avaient cessé, la tumeur diminua peu à peu de volume et l'articulation du genou devint plus libre ; l'extension de la jambe put être complète ; enfin, sept jours après l'opération, le malade sortit de l'hôpital marchant très bien.

Il aurait été fort intéressant de suivre ce malade, et de voir quelque temps après ce que la tumeur était devenue.

Traitement de l'arthrite rhumatismale par la quinine. — Au moment où les médecins français s'occupent du traitement du rhumatisme par le sulfate de quinine, nos lecteurs trouveront sans doute quelque intérêt dans la communication faite par le docteur Castelli, de Pise, au Congrès scientifique de Naples, communication relative à quelques affections arthritiques fébriles traitées par la quinine dans un état pur d'alcaloïde. Ce médecin préfère avoir recours à cette substance plutôt qu'à ses composés salins, qui, produisant des troubles nerveux, sont contre-indiqués dans quelques maladies compliquées de désordres des fonctions de l'axe cérébro-spinal. Les expériences qu'il a faites, en se servant, dans les cas d'affections rhumatismales et arthritiques graves, de quinine à la dose de 12 à 24 grains dans la journée, et en l'associant avec la méthode évacuante minérative, ou les déplétions sanguines, lui ont démontré que cet alcaloïde offrait une prompte efficacité et ne déterminait aucun trouble nerveux. Les cas qu'il rapporte sont au nombre de dix ; il en déduit les conclusions suivantes :

1° La quinine ne produit aucun trouble nerveux, comme le fait le citrate et surtout le sulfate de la même substance.

2° L'usage de cet alcaloïde n'est contre-indiqué ni dans les affections spasmodiques et nerveuses, ni dans les affections phlogistiques, dans lesquelles, au contraire, le docteur Castelli épargne les saignées ; admettant avec les docteurs Briquet, Cauzelli, Bruni, Casorati, etc., que, par son mode d'action, la quinine doit être rangée dans la classe des déprimants spéciaux.

3° On peut, par ce moyen, abréger le traitement des affections arthritiques et rhumatismales mieux qu'à l'aide de tout médicament.

Cas rare de plaie déchirée du pénis. — Le docteur Haefetz, de Naples, communique à l'Encyclographie médicale un fait de déchirure du pénis, aussi intéressant par l'étendue de la plaie que par l'heureux résultat des méthodes thérapeutiques qui furent mises en usage.

M. E...., doué d'un tempérament ardent, se ruant, dans un accès de priapisme, sur une femme, et faisant un effort dont il ne peut se rendre compte, contracta une large déchirure des téguments du pénis, qui pénétrait jusque dans la membrane fibro-celluleuse, entre laquelle et l'albuginée sont situés les vaisseaux et les nerfs qui se rendent dans les corps caverneux. La plaie est à la surface postérieure (ou inférieure) du pénis, parfaitement circulaire, et son milieu correspondant au frein, de l'insertion duquel elle est éloignée de dix lignes ; elle comprend un peu moins que la moitié de la circonférence du pénis, et mesure en longueur seize lignes sur quatre de largeur ; les bords sont frangés, grâce à la résistance de la membrane citée ; l'hémorrhagie est nulle.

En voyant la plaie, la première idée qui se présenta tout d'abord, fut de faire deux ou trois points de suture dans le but d'obtenir la guérison par première intention. C'était l'avis d'un collègue qui se trouvait par hasard chez moi. Après plus mûre délibération, je croyais cependant devoir renoncer à cette méthode d'agir par ces considérations : que, en principe général, les plaies par déchirure n'admettent qu'exceptionnellement la guérison par première intention ; qu'il était à craindre que les fortes érections qu'éprouvait habituellement M. E... chaque nuit ne donnassent lieu à la rupture des points de suture et à une inflammation consécutive qui, dans ces parties, devient si facilement érysipélateuse et peut même amener la gangrène ; qu'en dernier lieu, me rangeant à l'opinion de M. Ricord, que, dans le doute, tout coït doit être regardé comme suspect, cette plaie pouvait être virulente, et contre-indiquant par cela même la réunion immédiate : je me décidai pour la guérison par voie de suppuration et granulation. Cependant, pour obtenir une cicatrice aussi petite que possible, je rapprochai les bords de la plaie par des bandelettes agglutinatives. Après les premières vingt-quatre heures, je trouvai le pansement encore parfaitement à sa place, et je n'y touchai pas. Mais dans la nuit suivante, il y eut une forte érection qui fit sauter toutes les bandelettes, et qui aurait sans doute exercé le même effet sur des points de suture si je les avais pratiqués. Cela est inévitable, parce que le frein ne permet pas aux téguments de céder à la tension, comme cela aurait lieu à la surface dorsale du pénis. Dès lors, je me contentai de panser avec de la charpie anglaise imbibée de baume de copahu, que je préfère, comme moyen de solliciter les granulations, aux onguents digestifs et aux substances semblables. La plaie resta près de trois semaines dans un état presque stationnaire ; les granulations eurent peine à se former, ce que j'attribuai à la pauvreté relative du tissu d'un côté ; de l'autre, aux érections nocturnes continuelles, qui ne cédèrent ni à l'emploi du camphre, ni à l'ipécacuanha à dose réfractée, ni au régime très sévère uni aux laxatifs, ce qui détruisait chaque fois en partie le travail de la nature.

Enfin, après trois semaines, les granulations commencèrent à pousser plus vigoureusement, et, à la fin de la cinquième, elles avaient entièrement rempli la plaie. La cicatrice est tout à fait lisse, et ne se distingue de la peau environnante que par sa couleur rouge. Il n'y a ni enfoncement ni bourrelet, et le coït se fait sans la moindre incommodité.

Epistaxis guéries par la compression de l'artère carotide. — Nous rapportons, d'après la Gazette médico-chirurgicale, les deux faits suivants communiqués à ce journal par le docteur Gibon :

Hervien, âgé de cinquante ans, douanier retraité, demeurant à Quettehou, fut atteint, le 15 mai 1840, à cinq heures du matin, d'une épistaxis extrêmement abondante. Quand j'arrivai, il y avait déjà trois heures que le sang coulait sans discontinuer ; rien ne réussit à en arrêter l'écoulement, ni ligature des membres, ni injections astringentes, ni révulsifs ; j'étais sur le point d'employer le tamponnement, lorsque je me rappelais avoir lu dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet sur l'arachnitis, le conseil suivant, si peu suivi, et cependant si facile à suivre, conseil dû à M. Blaud, de Beaucaire.

Il consiste à comprimer avec force les deux carotides pour empêcher l'abord du sang vers l'organe affecté.

Ce moyen, qui avait été suggéré à ce praticien dans un cas de méningite excessivement grave, me parut bon à tenter. C'est ce que je fis à l'instant ; seulement, je comprimai la carotide du côté gauche, vu que c'était la narine gauche qui fournissait l'épanchement. Il n'y avait pas une demi-minute que cette compression était établie que le sang ne coulait plus. Je crus devoir, cependant, la prolonger quelques instants. Une syncope se produisit, et l'épistaxis fut complétement arrêtée pour ne plus reparaître.

Le deuxième fait a trait à un jeune homme de douze ou treize ans, demeurant également à Quettehon. La compression arrêta une hémorrhagie nasale qui durait déjà depuis deux heures ; la syncope n'eut pas lieu dans ce cas.

La compression de la carotide primitive est donc, dans le cas d'épistaxis, un moyen utile, et qui doit être tenté avant le tamponnement. On pourrait même, si la compression d'une carotide n'arrêtait pas l'hémorrhagie, essayer de les comprimer toutes les deux dans la crainte que le sang ne revînt par les anastomoses.

Nature et traitement du tic douloureux. — Le journal des Connaissances médico-chirurgicales résume ainsi les opinions d'un de nos confrères d'outre-Manche sur cette affection :

Le docteur Veagh reconnaît quatre espèces différentes de névralgie faciale :

1° Le tic fonctionnel, consécutif à un trouble des organes digestifs ;

2° Le tic dentaire produit par la carie d'une dent ;

3° Le tic rhumatique succédant à un refroidissement ;

4° Le tic sympathique, celui qui résulte d'une irritation ayant son siége dans l'axe cérébro-spinal ou dans le système ganglionnaire.

Mais l'auteur avoue n'avoir jamais vu de névralgie faciale qu'il ait pu ramener à ce dernier ordre ; c'est donc une pure création théorique dont il fait lui-même bon marché. Quant à ce qui regarde les tics douloureux du second et du troisième ordree, les indications thérapeutiques qu'il présente sont fort simples : Enlever la dent malade dans le premier cas, exciter la diaphorèse dans le second. M. Veagh ne s'occupe donc avec quelque détail que du tic sympathique d'une affection gastro-intestinale. Les caractères symptomatiques qu'il lui assigne sont de commencer d'une manière lente ou d'occuper toute la face sans que le malade puisse rapporter la douleur à un point plutôt qu'à un autre ; il existe en même temps divers troubles du côté des organes digestifs. On doit en pareil cas prescrire un traitement antiphlogistique modéré, diminuer la quantité des aliments, donner le soir des pilules de mercure et d'extrait de jusquiame à petites doses, et le matin une infusion de gentiane additionnée de quelque solution alcaline ; les sinapismes à l'épigastre sont alors indiqués ; le malade devra prendre de l'exercice à l'air libre. L'emploi de ces moyens amène de l'amélioration au bout de huit ou dix jours. Lorsque la langue est nette, il prescrit le sulfate de quinine à la dose de quatre grains répétés quatre ou cinq fois par jour. Il augmente même cette quantité au besoin. Quant aux topiques sédatifs, il n'en fait pas grand cas contre cette forme de névralgie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du meilleur moyen d'administrer la ciguë dans le traitement des affections douloureuses ; par M. le docteur J.-M. NELIGAN (de Dublin).

Suivant M. Neligan, le mélange de cinq parties de suc récemment exprimé de ciguë et d'une partie d'alcool rectifié, constitue celle de toutes les préparations de cette plante qui offre le moins de chance d'altération. Il a reconnu que ce liquide, ainsi préparé, peut facilement être conservé pendant l'espace de deux années ; de plus, son action est constante et uniforme ; aussi lui paraît-il de beaucoup préférable à la poudre et à l'extrait.

Les premiers effets de ce médicament sont la suspension de l'excitabilité nerveuse et la diminution des douleurs qui ont leur siége dans les muscles. Sous son influence, les battements du cœur perdent bientôt de leur fréquence et de leur force.

Du reste, M. Neligan ne lui a jamais vu déterminer l'ivresse ni la somnolence. A dose médicinale elle ne donne lieu à aucun effet physiologiquement apparent, et elle procure la guérison sans produire d'action sensible sur l'économie. Mais, si son usage est soutenu pendant un long espace de temps, ou si la dose à laquelle on l'administre est rapidement augmentée, elle finit par occasionner une sensation désagréable de sécheresse dans la bouche, un resserrement du pharynx et une dysphagie qui forcent d'en suspendre l'ingestion, ou du moins qui forcent d'en diminuer la dose d'administration.

Les cas dans lesquels cette préparation a été prescrite avec le plus d'avantage par M. Neligan, sont ceux de gangrène sénile, de névralgies, et de maladies rhumatismales subaiguës ou chroniques, spécialement lorsqu'elles sont accompagnées de douleurs très vives.

Nouveau mode d'administration du chlorhydrate de morphine dans le traitement de certaines névralgies ; par M. le docteur EBRARD.

Suivant M. Ebrard, si le chlorhydrate de morphine, celle de toutes les préparations d'opium qui modifie le plus heureusement les névralgies, et en particulier l'odontalgie, ne guérit pas plus sûrement cette dernière maladie qu'on l'a observé jusqu'ici, la cause en est due seulement à la manière peu rationnelle d'employer ce médicament dans les cas de ce genre.

Ce praticien dit que ce sel de morphine doit être employé en frictions sur la gencive du côté douloureux, et, qu'à l'aide de cette simple modification dans le mode d'application du médicament, on parvient en peu de temps à calmer les plus violentes douleurs de dents. C'est surtout chez les individus faibles, délicats et d'une constitution très nerveuse que ce traitement réussit le mieux, et, dans plusieurs cas, il a fait disparaître, comme par enchantement, des odontalgies occasionnées par la carie.

Voici la manière de procéder indiquée par l'auteur :

Le premier jour, le malade prend 13 milligrammes du médicament, avec l'extrémité du doigt préalablement mouillée, et il la promène pendant trois minutes sur la gencive douloureuse ; puis, il favorise l'absorption du sel en penchant la tête du même côté, tout en ayant soin de s'abstenir de cracher ou d'avaler ; il termine enfin en avalant sa salive.

Deux heures plus tard il renouvelle l'application, de la même manière que la première fois.

Le lendemain le traitement est continué, et, s'il le faut, la dose du médicament est même portée jusqu'à 37 milligrammes.

M. Ebrard s'est servi aussi, avec un succès marqué, du chlorhydrate de morphine appliqué sur la membrane muqueuse du nez pour combattre quelques névralgies frontales.

Observations pratiques sur le traitement des ulcérations phagédéniques ; par M. le docteur EGAN.

M. Egan commence par poser en principe que le mercure est tout à fait nuisible dans le traitement des ulcérations syphilitiques de nature phagédénique, et il n'admet que de très rares exceptions à cette proposition.

Suivant lui, la première chose que le praticien ait à faire dans les cas de ce genre, c'est de calmer l'irritation, soit par des émissions sanguines, soit au moyen d'évacuations alvines provoquées par l'administration du tartre émétique à doses réfractées.

Lorsque la constitution des individus est tellement appauvrie que ce médecin n'ose pas même prescrire l'emploi de cette dernière médication, il a recours à l'association de l'opium au tartre stibié, ou bien encore il se borne à l'administration du chlorhydrate de morphine.

Un moyen que M. Egan recommande comme lui ayant constamment réussi, c'est la cautérisation des surfaces ulcérées à l'aide de l'acide azotique. Il réitère cette cautérisation jusqu'à ce que l'ulcération ait acquis un aspect de bonne nature. Après chaque application de l'acide, il fait recouvrir les parties malades d'un cataplasme chaud.

Quant au traitement interne employé simultanément par le médecin irlandais, il consiste, au début, dans l'usage d'un décocté de salsepareille avec addition d'une petite proportion d'acide azotique affaibli ; à une époque plus avancée, on passe à l'administration de l'iodure de potassium.

Nouveau sel mercuriel, par M. Dermott.

Ce nouveau sel, qui a reçu le nom de *chlorure double mercurio-quinique*, est obtenu en faisant dissoudre, séparément et dans le moins d'eau possible : d'une part, une partie en poids de bichlorure de mercure, et, de l'autre, trois parties également en poids de chlorhydrate de quinine. On réunit les deux dissolutions, et bientôt il se sépare des aiguilles cristallines du sel double.

M. le docteur Hamilton, qui a employé ce nouveau sel avec succès pour combattre le lupus superficiel, l'administre sous la forme de pilules d'après la formule suivante :

Chlorure double mercurio-quinique,	7 centigr.
Opium pulvérisé,	1

M. et F. S. A., avec un excipient inerte de consistance appropriée, une masse parfaitement homogène, et qui devra être divisée en trente pilules bien égales et roulées dans une poudre aromatique.

Ces pilules, que l'auteur a fait prendre au nombre d'une à dix trois fois par jour, ont l'inconvénient de déterminer assez promptement la salivation. Dès que cet accident survient, il faut suspendre l'emploi du médicament, mais pour y avoir de nouveau recours lorsque les organes de la cavité buccale sont revenus à leur état normal.

M. Hamilton a guéri avec rapidité par ce moyen une affection aussi opiniâtrement rebelle que le lupus : aussi, bien que les essais de ce médecin soient encore incomplets, méritent-ils néanmoins de fixer l'attention des praticiens.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 26 août, un concours public sera ouvert le 2 janvier prochain devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégés, savoir : cinq places pour la section de médecine, quatre places pour la section de chirurgie, trois places pour la section des sciences physiques, pharmaceutiques et naturelles.

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1847.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, savoir : pour la section de médecine, avant le 2 décembre 1846 ; pour la section de chirurgie, avant le 2 mars 1847 ; pour la section des sciences physiques et naturelles, avant le 2 juin suivant.

— M. Duméril, membre de l'Académie des sciences, commencera, mardi prochain, au Muséum d'histoire naturelle, son cours sur l'histoire naturelle des reptiles et des poissons.

—Quelques journaux ont annoncé, dit le journal officiel du soir, que depuis plusieurs jours la mortalité était très grande à Paris, qu'on avait constaté, dans la journée du 17, 280 décès, et que l'administration des pompes funèbres avait peine à répondre à toutes les demandes.

Ces faits sont inexacts : la mortalité ne dépasse pas, en ce moment, la moyenne des jours et des mois correspondants des années précédentes.

Le 17 courant, le chiffre total des décès constatés à domicile et dans les hôpitaux et hospices civils et militaires, n'a été que de 92, et non pas, comme on l'a dit, de 280. Nous devons même ajouter que ce chiffre de 92 (constatation du lundi 17) se trouve augmenté par les constatations de décès qui n'ont pu être faites la veille, qui était un dimanche, jour où le chiffre des décès constatés n'a été que de 75.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, le 9 août :

« Il résulte d'un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique à l'empereur, sur l'état de la librairie russe pendant l'année dernière, que le nombre des ouvrages nouveaux imprimés dans l'empire, en 1845, a été de 861, dont 793 originaux et 66 traductions. La plupart de ces ouvrages (dans le nombre desquels les écrits périodiques ne sont pas compris) ont pour objet les sciences médicales, le droit, l'agriculture, les arts et métiers, l'histoire et la philologie. Dans la même année, il a été importé des pays étrangers en Russie, 713,380 volumes. La bibliothèque impériale de Saint-Pétersbourg possédait, à la fin de 1845, 444,335 volumes d'imprimés, 18,229 manuscrits et 365 collections d'autographes. La salle de lecture de cette bibliothèque n'a été fréquentée, en 1845, que par 828 personnes, nombre bien exigu en comparaison de la population de notre capitale, qui est de près de 500,000 individus, non compris une garnison considérable. Quoique la bibliothèque impériale existe déjà depuis trente-quatre années, ce n'est qu'à présent que l'on commence à dresser le catalogue des imprimés ; mais celui des manuscrits a été terminé l'année dernière ; il se compose de 28 volumes. »

— Les journaux ont publié, il y a quelques jours, le résumé des observations météorologiques faites durant le mois de juin à l'Observatoire de Paris.

Voici le même travail pour le mois de juillet, l'un des plus chauds qu'on ait eus en France :

La température la plus élevée a été observée le 31 ; ce jour-là le thermomètre centigrade a marqué 34° 4 dixièmes à l'ombre.

La température la plus basse a été observée dans la journée du 9 ; le thermomètre a marqué 11° 7 dixièmes.

La moyenne de toutes les températures du mois a été 20°8 dixièm.

Il est tombé dans la cour de l'Observatoire 2 cent. 548 de pluie, et sur la terrasse 2 cent. 193. Le vent a soufflé 9 jours de l'ouest, 18 du sud, 2 du nord et 2 de l'est. Il a fait très beau 8 jours, et dans les 23 autres jours, il y a eu succession de nuages et d'éclaircies au ciel. Enfin, la moyenne des oscillations du niveau dans le tube barométrique, a été 756m 55m.

Souscription en faveur de la veuve et des enfants d'un médecin.

La médecine française a perdu il y a quelques années M. F. Dechaux, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien médecin des armées. M. Dechaux est mort à Bourges, où il a laissé dans le plus déplorable dénûment une famille digne d'intérêt. Sa veuve et ses enfants se recommandent à la bienveillante sollicitude de Messieurs les Médecins, et une souscription est ouverte dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*. Nous donnons la liste des personnes qui n'ont pas dédaigné de venir au secours d'une infortune aussi grande qu'imméritée.

Première liste.

	fr.	c.
MM. le professeur Paul Dubois,	5	
le professeur Cruveilhier,	15	
le professeur Chomel,	5	
le professeur Bérard jeune,	5	
le professeur Marjolin,	5	
le docteur Benech,	25	
le docteur Collineau,	5	
le docteur Blache,	5	
le docteur Gaillard,	5	
le docteur Léon Auvity,	5	
le docteur Peraudin,	5	
le docteur Collin,	5	
le docteur Rampon,	5	
le docteur Barthez,	5	
le docteur de Chamberet,	2	
le docteur Chermside,	20	
le docteur Fournier-Deschamps,	3	
le docteur Deschauld,	2	
le docteur Robert,	5	
le docteur Juge,	3	
Gasc, inspecteur des armées,	2	
le docteur Monod,	3	
le docteur Nacquart,	3	
le docteur Hervez de Chégoin,	5	
le docteur Gremilly,	2	
le docteur A. Foucart,	1	50
le docteur Fabre,	2	
Total de la 1re liste,	148 fr.	50 c.

— *Errata*. Clinique de M. Vidal (de Cassis), n° du jeudi 27 août 1846, page 399, colonne 1re, ligne 36, *au lieu de* sans rénitence, *lisez* avec rénitence ; et à la ligne 89 de la même colonne, *au lieu de* le testicule n'offre plus de rénitence, *lisez* offre plus de rénitence.

MALADIES NERVEUSES.

Le *Sirop d'écorces d'oranges amères* de M. Laroze, pharmacien, reçoit journellement l'approbation des médecins observateurs de Paris, des départements et de l'étranger. Les sérieuses observations du docteur D. S. viennent corroborer celles qui avaient été faites auparavant. Il en résulte :

1° Que l'âge ne fait subir aucune modification à la propriété curative du Sirop Laroze, puisqu'il agit avec autant de succès chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard.

2° Même remarque par rapport au sexe. En effet, les femmes en éprouvent les mêmes résultats efficaces que les hommes.

3° Les climats n'exercent pas la plus légère influence sur les propriété curatives de ce Sirop, puisque son action est la même dans les climats chauds que dans les climats froids ou tempérés. Nous en avons la preuve incontestable dans les observations recueillies tant à Madrid qu'à St-Pétersbourg, Marseille et Paris.

AVIS A MM. LES MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Les principales opérations de la *Caisse centrale* des Médecins et Pharmaciens consistent :

1° Dans le recouvrement des notes et mémoires qui leur sont dus à Paris et dans les départements ;

2° Dans la cession, permutation, vente et achat des Clientèles médicales, Maisons de santé, Pharmacies, Cabinets de dentistes et autres établissements médicaux.

S'adresser *franco* à M. Auguste Crenet, directeur-gérant, 25, rue Neuve-Saint-Denis.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, les fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de prothèse, ainsi que les Appareils pour les blessés et asphyxiés.

MAISON DE SANTÉ.

Rue Marbœuf, 8 et 8 bis (près les Champs-Élysées).



Cette Maison, destinée à recevoir principalement les malades qui doivent être soumis à des opérations chirurgicales, est placée sous la surveillance et le patronage du *docteur* FABRE, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Cet Etablissement, plus philanthropique qu'industriel, est sain, parfaitement aéré, avec un fort joli jardin, des appartements et des chambres meublés avec élégance et une propreté extrême. Les malades y sont exclusivement confiés aux soins du médecin ou du chirurgien dont ils ont fait choix ; ils sont traités comme au sein de leur famille, reçoivent une nourriture saine et choisie ; et quoique la Maison soit située dans un des quartiers les plus beaux et les plus animés de la capitale, on y jouit néanmoins de la plus parfaite tranquillité.

Beaucoup de Médecins ont déjà adressé des malades à la Maison de Santé de la rue Marbœuf. Nous citerons MM. les docteurs **AMUSSAT, ANDRAL fils, ARNAL, AUZOUX, BAUDENS, BERTON, BLANDIN, CHAMBELLAN** (du Neubourg), **DELANGLARD, DEVERGIE, FIÉVÉE DE JUMONT, FOVILLE, GUERSANT** père, **GUERSANT** fils, **HILLAIRET, JOBERT** (de Lamballe), **LA CORBIÈRE, LEMAISTRE-FLORIAN, LE ROY-D'ETIOLLES, LISFRANC, LUCIEN BOYER, MARCHAL** (de Calvi), **MOUSSEL, POUGET, SÉGALAS, TANCHOU, VALLET** (de Vernon) et **VELPEAU**.

CAUTÈRES, POIS LEPERDRIEL,

Elastiques en caoutchouc, adoucissants à la guimauve, suppuratifs au garou. Par l'usage des uns ou des autres ; suivant l'état de la plaie, l'action du cautère peut être augmentée, diminuée ou entretenue d'une manière régulière et toujours sans douleur.

TAFFETAS RAFRAICHISSANT, Préférable au papier gommé, serre-bras, compresses. A Paris, pharmacie LEPERDRIEL, faubourg Montmartre, 78, et en province, dans les pharmacies.

PURGATIF à la MAGNÉSIE

CHOCOLAT-DESBRIERE

1f 50c LA BOITE — PURGATIF

Pharmacie, rue Lepelletier, 9, près l'Opéra.

Efficace, agréable, sans inconvénients.—Composé uniquement de cacao, sucre et MAGNÉSIE.— Ne différant en rien des meilleurs Chocolats.— On le mange avant ou pendant le repas, sans préparatifs et sans changer ses habitudes. — A petites doses il détruit la constipation.—Une boite remplace avec avantage une bouteille de la nauséabonde eau de Sedlitz.

En adressant, *franco*, à M. DESBRIERE, le prix d'au moins 6 boîtes (9 francs), on les reçoit franc de port en France.

NOTICE TOPOGRAPHIQUE ET MÉDICALE SUR LA VILLE D'HYÈRES ;

Par le Dr BARTH, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Salpêtrière. Un vol. in-8°. Prix : 1 fr. 75 c. A Paris, chez Labé, place de l'Ecole de Médecine, 4.

ETUDES SUR L'HYDROTHÉRAPIE,

ou traitement par l'eau froide, faites pendant un voyage en Allemagne ;

Par le Dr CONSTANTIN JAMES.

In-8 de 92 pages, Prix : 3 fr.

Paris, à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine 17, à Paris.

Varices. MÉDAILLE A L'EXPOSITION DE 1844. — BAS ÉLASTIQUES sans coutures ni lacets, pour combattre les varices et les engorgements des membres inférieurs. FLAMET jeune, seul inventeur, fabricant breveté (sans garant. du gouvern.), rue St-Martin, 87. (Affranc.)

NEMESIS MEDICALE ILLUSTREE,

RECUEIL DE SATIRES,

Par F. FABRE,

Phocéen et Docteur.

Les deux volumes : Paris, 12 fr.
Départements, 15

L'ouvrage est complet.

Paris, au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.



AVIS AUX MÈRES. — Grand assortiment de bouts de seins, biberons et tetines de Mme veuve BRETON, sage-femme, boulevard St-Martin, 3 bis, au premier, près la rue du Temple, à Paris, à l'enseigne des cinq médailles. Mme BRETON prie les mères de ne pas confondre ses tetines avec d'autres mal confectionnées. Pour éviter toute erreur, les tetines sont mises dans des étuis cachetés et signés veuve BRETON. — Chaque appareil d'allaitement porte nom Veuve BRETON, et est accompagné d'un Avis aux mères en 24 pages, délivré gratis, qui indique la manière de s'en servir et les soins dus aux enfants. Exposition de 1827, 1834 et 1839 ; rappel, médaille d'or 1844. — Biberons à 3 fr. 50 c., 4 fr. et 6 fr. ; Bouts de sein à 2 fr. 50 et 3 fr. ; Tetines de rechange à 2 fr.

LIT du Dr NICOLE, UTILE AUX MALADES, BLESSÉS ET INFIRMES.



Ce Lit a valu à son auteur une médaille d'or, et l'Académie royale de médecine l'a proclamé supérieur à tout ce qui existe en ce genre. Au moyen d'un mécanisme simple, un enfant de douze ans peut faire prendre à un malade toutes les positions qu'il peut désirer.

VENTE à PRIX DIVERS, location, 45 fr. Fauteuil mécanique et Béquilles, location 15 fr. Camisolle de force, Matelas, vente 50 fr. Appareil pour remettre les jambes cassées, y compris leurs cerceaux.

Rue THÉVENOT, 10 et 11, à PARIS.

Du Traitement Préservatif et Curatif

DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

Par le docteur AMÉDÉE LATOUR. — Nouvelle édition. 1844. Prix : 3 fr. ; par la poste, 3 fr. 50 c. — Paris, au bureau du Journal, rue Dauphine, 22-24.

CHOCOLATS MÉDICINAUX COLMET.

A MESSIEURS LES MÉDECINS.

COLMET

Le **CHOCOLAT FERRUGINEUX** pour adultes est en tablettes ou tasses séparées, représentant une dose. Le même chocolat, pour les enfants, est sous forme *d'un bonbon* recouvert de sucre candi, et renfermé dans une boîte. Prix : 3 fr. la boîte.

Le **NOUVEAU CHOCOLAT PURGATIF**, composé de **MAGNÉSIE PURE** et de **MANNITE**, est d'un goût agréable, et par tablette ou tasse de 30 gramm. Prix : la boîte, renfermant deux tasses ou deux purgations, 2 fr. ; quatre boîtes à la fois, huit purgations, 7 fr.

Le **CHOCOLAT RAFRAICHISSANT AU LAIT D'AMANDES**, par tablettes ou tasses séparées, et par paquets de 500 et 250 grammes.

Le **CHOCOLAT ANALEPTIQUE AU SALEP**, par tasses séparées.

Le **CHOCOLAT AU BAUME DE TOLU**, pour les poitrines faibles, par tasses isolées et par paquets de 500 et de 250 grammes.

Le **CHOCOLAT AU CACHOU** est sous la forme d'une pastille candie, et renfermé dans une boîte.

Le **CHOCOLAT DIGESTIF AU SEL DE VICHY**, en pastilles candies et renfermées dans une boîte.

AVIS. Les CHOCOLATS MEDICINAUX *COLMET ne se vendent*, à Paris, qu'à la fabrique de M. COLMET, rue St-Merry, 12. Chaque paquet ou boîte doivent être revêtus du *cachet* et de la *signature* de ce fabricant. — Dépôt dans toutes les pharmacies des villes principales de France.

MAISON BROSSON FRÈRES,

Aux Pyramides, rue Saint-Honoré, 295, à Paris.

EAUX MINÉRALES NATURELLES DE VICHY.

Véritables PASTILLES de Vichy.

SELS DE VICHY POUR BOISSON ET POUR BAIN.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 102. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des fièvres intermittentes et de leur traitement.

(Suite du numéro du 13 août.)

Il y a des cas où l'accès se prolonge assez pour n'avoir pas cessé lorsque le suivant commence. C'est ce que l'on appelle fièvre intermittente *subintrante*. Les accès rentrent les uns dans les autres, la fièvre tend à devenir continue. Dans ces cas, il y a quelques difficultés pour l'administration du sulfate de quinine. A quel moment faut-il le faire prendre, puisqu'il n'y a pas d'apyrexie? La règle est alors de le donner vers la fin de la période de sueur, avant que la période de froid de l'accès suivant ne se manifeste. Enfin, il y a un type que l'on nomme rémittent, c'est celui des fièvres dont les accès sont tellement prolongés qu'il n'y a qu'une très légère diminution de l'intensité de la fièvre, sans disparition complète de la maladie.

Nous n'entrerons pas dans plus de détails sur les variétés que peuvent offrir les types de la fièvre intermittente. Nous avons dû mentionner les plus communs, ceux que vous serez le plus fréquemment exposés à rencontrer dans la pratique. Les autres sont tellement exceptionnels qu'il est à peu près inutile de les décrire; et d'ailleurs le traitement étant le même dans tous les cas, ce que nous dirons des cas simples et réguliers pourra très bien s'appliquer aux cas irréguliers.

Un caractère des fièvres intermittentes que nous ne devons pas oublier, c'est la nature et le type de leurs rechutes, leur tendance aux récidives. Il y a peu de maladies qui aient, autant que les fièvres intermittentes, de tendance à se reproduire. Cependant, plus il y a de temps de passé depuis le dernier accès, plus on doit avoir d'espoir que la fièvre ne se reproduira pas; plus on a été sujet aux fièvres intermittentes, plus on en a eu d'accès, plus on est exposé à en avoir de nouveaux.

Cette loi est tellement constante que lorsqu'un certain nombre de personnes sont assemblées dans un endroit où s'exhalent des miasmes délétères susceptibles de produire des fièvres intermittentes, on peut à coup sûr parier que toutes celles qui auront déjà eu des accès semblables seront prises les premières et avec le plus de violence. Si l'on suspend l'emploi du sulfate de quinine aussitôt après la suppression d'un accès, on peut être à peu près sûr que la maladie va reparaître; elle reparaîtra telle qu'elle était avant d'avoir été coupée par le sulfate de quinine. Cependant, quelquefois il est arrivé qu'on l'a vue changer de type, ce qui ne fait que confirmer cette opinion, émise par plusieurs auteurs, que le type n'est qu'une chose accessoire dans la maladie, que tout le génie de l'affection est dans son intermittence.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que, dans des cas semblables à ceux dont nous parlons, l'accès reparaît dix, douze, quinze jours après son interruption momentanée, et reparaît au jour et à l'heure même où il aurait paru s'il n'y avait pas eu, pendant un certain temps, interruption des accès.

Un auteur allemand qui ne manque pas de mérite a prétendu que, lorsque la fièvre intermittente se reproduit chez un sujet qui en a déjà eu des attaques, les accès se montreront au bout de six mois, d'un an, au même jour et à la même heure qu'ils se seraient fait observer si la maladie n'avait pas été interrompue. Cette vue qui, après tout, peut bien être l'expression de la vérité, mais qui est excessivement difficile à vérifier, nous paraît devoir être rangée, jusqu'à nouvel ordre, dans les hypothèses ingénieuses et spéculatives plutôt que dans les réalités.

C'est donc encore là un caractère de la fièvre intermittente, et fort important, que cette tendance à la réapparition, et cette réapparition au jour et à l'heure mêmes où l'accès se serait présenté s'il n'y avait point eu d'interruption dans la marche de la maladie.

Les accès anormaux ne présentent pas les mêmes stades que les accès réguliers et normaux. Il est telle fièvre anormale qui n'offre que les stades de chaleur et de sueur; telle autre qui n'est caractérisée que par l'apparition d'une sueur qui se reproduit tous les deux ou trois jours, et toujours à la même heure.

Dans d'autres cas, ceux que l'on a désignés sous le nom de fièvres intermittentes anormales à *type renversé*, la sueur est le premier stade, et le frisson le dernier.

Des auteurs rapportent avoir vu l'apyrexie succéder au stade de chaleur, et l'accès commencer par le stade de sueur bientôt suivi de frisson. Ces formes, nous devons le dire, sont assez rares. Elles ne se sont guère présentées que dans les grandes épidémies de fièvres intermittentes, épidémies dans lesquelles il y avait beaucoup de cas réguliers, et quelquefois, par hasard, un petit nombre de faits irréguliers. Certains sujets, à la suite des accès disparus sous l'influence d'une médication fébrifuge, conservent encore pendant quelque temps un petit frisson, une légère sueur, qui se reproduisent à époques fixes. Cela appartient évidemment à la même cause qui a produit l'accès complet. Il est impossible de nier les rapports qui existent entre les accès complets et les accès incomplets. Les fièvres intermittentes à type renversé ne sont pas compréhensibles; mais il est impossible de révoquer en doute leur existence, bien qu'elles soient bien moins fréquentes que les fièvres régulières.

Une autre particularité curieuse est celle-ci : au lieu d'une maladie qui frappe l'économie tout entière, les phénomènes caractéristiques se manifestent dans une partie du corps limitée. Ainsi, par exemple, la main devient froide, puis brûlante, rouge, puis moite; puis tout cesse. La même chose peut se passer dans toutes les régions du corps, au visage, sur les membres inférieurs, etc. L'affection prend alors le nom de fièvre intermittente partielle.

Une des formes qui offrent le plus d'intérêt, c'est sans contredit celle que l'on désigne sous le nom de fièvres intermittentes *larvées*. Ces fièvres larvées ont cela de particulier qu'elles ne sont caractérisées ni par le frisson, ni par la chaleur, ni par la sueur, mais qu'il survient un phénomène quelconque, symptôme d'une autre maladie qui se reproduit avec le type intermittent, et appartient évidemment aux affections périodiques par son origine, par sa marche, par son traitement. Parmi les fièvres qui se présentent ainsi avec le masque de quelque autre maladie, il en est véritablement qui ne devraient pas porter le nom de *fièvres;* car elles ne sont accompagnées d'aucun des phénomènes de la fièvre, d'aucun mouvement fébrile; certainement, au premier abord, il semble qu'il y ait quelque chose d'illogique dans cette dénomination; mais si, comme nous venons de le dire, ces affections se rapportent par leur nature, par leur cause, par leur traitement, aux fièvres intermittentes, il faut bien admettre l'identité de nature, et alors, sous ce point de vue, au lieu d'être une absurdité, une inconséquence, nous trouvons dans cette dénomination quelque chose d'ingénieux.

Les fièvres larvées se présentent sous des formes très diverses. Chez quelques sujets, c'est la forme d'une névralgie, une névralgie faciale, une céphalalgie, l'odontalgie, une douleur rhumatismale, une névralgie sciatique, etc. La maladie se montre d'une manière périodique; le sujet se croit guéri; puis au bout d'un certain temps l'affection se reproduit de nouveau, pour cesser encore après un certain temps de durée; ou bien, c'est une paralysie, c'est une roideur tétanique; dans d'autres cas, des vomissements; le plus communément cependant, c'est un phénomène qui prédomine dans la fièvre intermittente normale : il n'y a ni frisson, ni chaleur, ni sueur; mais il survient, par exemple, une céphalalgie violente, lorsque, dans l'épidémie pendant laquelle on l'observe, et à laquelle elle appartient, c'est la céphalalgie qui accompagne la fièvre normale. Le rapprochement de ces phénomènes démontre évidemment la nature intermittente de la maladie. Dans d'autres cas, ce sont des sueurs, des vomissements, des diarrhées, des hémorrhagies, des épistaxis.

Le recueil *De morbis periodicis* renferme un grand nombre d'exemples de toutes les variétés de fièvres intermittentes larvées, dont nous avons essayé rapidement de donner une idée bien insuffisante. On a vu des sujets chez lesquels se manifestait une douleur pleurétique ou pleurodynique avec accélération du pouls notablement marquée, et pas d'autre phénomène, soit général, soit local. La science était trop peu avancée à l'époque où fut fait ce recueil pour qu'il fût possible de constater s'il existait un épanchement dans la plèvre; mais il est jusqu'à un certain point permis d'en douter et de rapporter à une simple douleur névralgique les phénomènes de douleur accusée par les malades.

Evidemment, et malgré les différences qui existent entre elles, ces affections, qui ont été observées dans les fièvres intermittentes anormales, appartiennent aux maladies périodiques par leur étiologie; le succès que l'on retire dans leur thérapeutique de l'administration des antipériodiques le prouve encore d'une manière plus irrécusable. Elles surviennent dans les mêmes conditions; rarement on les observe hors des conditions qui président à la production des fièvres intermittentes normales. Elles se montrent souvent avec les mêmes symptômes que les accès réguliers, offrent les mêmes types quotidien, tierce ou quarte. La durée des intermissions et des accès est la même; un fait remarquable encore signalé par les auteurs, c'est l'apparition de phénomènes secondaires, absolument les mêmes que ceux que l'on con-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Mon cher confrère,

Ce n'est pas moi sans doute qui vous apprendrai combien vivement se fait sentir l'absence de Jean Raimond; malheureusement c'est moins encore moi qui pourrai le suppléer, ou même rendre son absence plus facile à supporter. Et pourtant, une longue habitude a rendu presque nécessaire aux lecteurs de la *Gazette* cette pâture hebdomadaire, où, sous une forme moins aride que celle dont se drape ordinairement la *haute science*, se rencontrent souvent des enseignements utiles, de solides plaidoyers en faveur de la dignité du corps médical, des défenses légitimes de ses prérogatives, des satires de ses vices ou de ses ridicules. Comment donc satisfaire à cette longue habitude devenue un besoin? Serait-ce par hasard le cas d'appliquer cet antique aphorisme : *Meliùs anceps quam nullum?* C'est parce que je le pense que je me permets de vous écrire, et de porter à votre connaissance les quelques nouvelles qui suivent.

Nouvelle et ingénieuse application des préparations de belladone. —Avantages et inconvénients d'un pronostic éclatant. — L'homme aux 75,000 francs. — Les changements de domicile. — Les guérisons miraculeuses.

A tout seigneur, tous honneurs. Puisqu'il s'agit ici d'un prince de la science, lui donner la première place n'est que rigoureuse justice. Or donc ce médecin, aussi titré qu'un médecin puisse l'être, se trouva posséder un jour dans son service une hémiplégie faciale, dans laquelle se faisait remarquer surtout un abaissement considérable de la paupière supérieure, à tel point que l'œil était à peu près fermé. Après avoir mis infructueusement en usage contre la maladie tous les moyens dont une très longue et non moins savante expérience avait pu lui démontrer l'utilité, l'illustre praticien se fit le raisonnement suivant, que je crois digne de vos méditations les plus sérieuses : « L'occlusion des paupières vient de ce que ces voiles membraneux se rapprochent l'un de l'autre. c'est-à-dire, de ce que l'ouverture qu'ils forment se rétrécit; on remédierait donc à ce rétrécissement en opérant une dilatation ; or les frictions avec la pommade de belladone dilatent l'ouverture pupillaire ; en conséquence, l'analogie permet de croire qu'elles pourront dilater pareillement l'ouverture palpébrale. » La conclusion de syllogisme serré fut la prescription de frictions belladonisées sur la base de l'orbite. Le célèbre praticien n'eut qu'à se louer du résultat de son raisonnement, et la première fois qu'il y aura une hémiplégie faciale dans le service de l'hôpital X***, vous pourrez vous assurer vous-même que, s'il est vrai que tout chemin mène à Rome, il n'est pas moins vrai que tout raisonnement peut conduire à une thérapeutique heureuse.

— Ce qui est tout aussi vrai encore, c'est le système des compensations dont l'auteur vous est suffisamment connu. Entre autres preuves, en voici une qui nous intéresse spécialement. Il y a quelque temps déjà, le général Y..... tomba malade. La presse s'intéressa vivement à une santé qui plusieurs fois déjà avait été compromise, tantôt par les fatigues de la guerre, tantôt par un zèle excessif pour des travaux d'utilité publique; quelques journaux, bien ou mal informés, annoncèrent que les jours de l'honorable général étaient en danger. Le lendemain toute la presse quotidienne reçut, et une partie imprime une circulaire conçue à peu près en ces termes :

Monsieur le Rédacteur,

Quelques journaux ayant annoncé que l'état de M. le général Y... inspirait des craintes sérieuses, je crois devoir calmer les inquiétudes que cette nouvelle a dû causer aux nombreux amis du général en les informant que la maladie de mon illustre client n'offre aucun caractère alarmant; M. le général est seulement atteint d'un catarrhe assez léger dont la terminaison, indubitablement heureuse, ne saurait se faire attendre longtemps.

Veuillez agréer, etc. Dr *Z....*

Cette circulaire avait, comme on le voit, pour but de rassurer les amis du général; mais, par un heureux hasard, elle avait aussi l'avantage d'informer le public que le docteur Z... était le médecin de l'illustre malade, et de mettre en évidence la certitude du pronostic de l'habile praticien. — Au premier abord, on ne voit rien que d'avantageux pour le docteur Z... dans toutes ces circonstances, mais voici qui justifie le système dont il a été question. Le surlendemain du jour où la circulaire avait paru, on lisait dans les mêmes journaux :

« Nous venons d'apprendre avec une profonde douleur que le général Y... a succombé la nuit dernière à la maladie dont il était atteint depuis quelques jours. Ses obsèques auront lieu, etc..... »

Et, cette fois, les journaux étaient malheureusement trop bien informés.

Malgré ce revers de la médaille, je connais des médecins qui pensent que le système des compensations n'est pas ici d'une application rigoureuse, et que ces sortes de pronostics publics offrent beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients, au point de vue de la spéculation, bien entendu. Quant à la moralité de l'histoire, j'aurai peut-être l'occasion de vous dire plus tard mon opinion sur ce sujet, en attendant que le Congrès dise la sienne.

En attendant, je vais vous mettre au courant d'une aventure dans laquelle le Congrès n'a rien à voir, et dont moi-même je pourrais bien me dispenser de vous entretenir, si j'étais un peu plus discret.

Vous n'êtes pas assurément sans savoir que les demoiselles sans dot sont aussi embarrassantes pour leur famille que la *saturnologie* et les bulletins académiques pour les libraires qui ont le malheur d'en être les propriétaires. Vous n'ignorez pas davantage que les docteurs célibataires n'ont ni le vouloir, ni le pouvoir de se soustraire aux coutumes généralement reçues, en ce qui concerne les contrats matrimoniaux. En conséquence de ces coutumes, vous savez que les jeunes

siate chez les sujets qui ont eu des fièvres intermittentes normales. On retrouve chez les individus qui ont présenté ces fièvres larvées cette teinte particulière, cette coloration jaune paille de la peau, cette tuméfaction de la rate, cet œdème des membres inférieurs, etc. D'après tout cela, il nous paraît véritablement impossible de conserver le moindre doute relativement à l'identité de ces deux sortes de maladies, bien que leur forme soit en apparence si dissemblable.

C'est surtout sous le rapport de leur gravité que l'on a distingué les fièvres intermittentes. Ainsi, l'on a établi deux grandes classes : les fièvres bénignes, les fièvres pernicieuses. Ces dernières, comme l'indique leur nom, sont les plus dangereuses, et souvent elles se terminent d'une manière funeste, malgré les médications les plus énergiques. Parmi les fièvres bénignes, on a fait encore une autre subdivision ; on les a distinguées en fièvres salubres et fièvres insalubres. Il y a eu une époque dans la science dans laquelle on a donné une grande importance à la vertu curative de certaines maladies. *Morbi boni, remedia mala*, disait-on ; mais, malgré le respect que l'on doit avoir pour les travaux des anciens, il est des questions que l'on ne doit pas laisser passer sans examen, dont on ne doit point admettre la solution sur la seule autorité des maîtres.

Y a-t-il, en effet, des fièvres intermittentes salubres ? Des faits existent, qu'il n'est pas permis d'ignorer. On a vu des sujets mal portants depuis de longues années, qui, ayant été pris soit d'une fièvre intermittente, soit de toute autre affection, ont recouvré la santé, et se sont parfaitement rétablis après la guérison de la maladie intercurrente greffée sur leur mauvaise constitution.

Les faits de ce genre sont incontestables ; il en est qu'il est impossible à l'esprit le plus sceptique de révoquer en doute. Mais, disons-le de suite, ces cas sont exceptionnels. Dans la grande majorité des cas, les maladies sont une mauvaise chose, et dérangent, troublent l'accomplissement normal des fonctions de l'économie. Il est donc très peu de circonstances où l'on devra laisser marcher une fièvre intermittente. Toutes les fois qu'un malade se présente au médecin, son premier devoir est de chercher à en intercepter le cours ; et cela d'autant plus rapidement pour la fièvre intermittente en particulier, que la guérison est plus facile chez les individus qui ne sont affectés que depuis peu de temps que chez ceux qui en ont subi un grand nombre d'accès.

La seconde classe est celle des fièvres pernicieuses. Pour celles-ci, elles sont tellement graves et si immédiatement redoutables, qu'elles causent souvent la mort dès le deuxième ou le troisième accès. Il est donc absolument nécessaire de les connaître parfaitement, de savoir quelles sont leurs formes principales, leurs variétés les plus communes ; il importe de ne pas ignorer l'aspect qu'elles peuvent revêtir, les conditions auxquelles on peut les reconnaître, les points de ressemblance qu'elles offrent dans leurs accès, la marche qu'elles affectent, les caractères généraux et communs qu'elles peuvent présenter. Les variétés n'en sont pas au nombre de moins de seize. Ces conditions communes ont cela de particulier que, dans certaines formes de la maladie, ce sont les caractères communs qui se présentent, et que c'est à eux qu'on les reconnaît.

Les fièvres pernicieuses se montrent le plus souvent sous le type tierce, rarement sous un autre ; cependant on rencontre quelquefois le type tierce doublé, circonstance qui pourrait gravement tromper, et causer la mort du malade si l'on ne portait promptement remède à la maladie, sans attendre le second ou le troisième accès. Il faut de suite agir vivement avec le sulfate de quinine.

Les fièvres intermittentes pernicieuses se présentent avec des formes si diverses, qu'il est nécessaire de les rattacher à quelques groupes principaux.

Quelques-unes sont caractérisées par une douleur extrêmement aiguë ; dans d'autres, en même temps que ces très vives douleurs, les malades ont une abondante diarrhée ; chez d'autres, il y a d'abondantes évacuations sans douleurs ; une quatrième forme est celle dans laquelle on ne trouve ni diarrhée ni douleurs, mais seulement, et quelquefois, trouble et désordre de quelques-unes des fonctions cérébrales ou du système nerveux. L'existence d'un seul phénomène du côté du système nerveux, de l'assoupissement, par exemple, est une chose très importante. Il est une forme de ces fièvres à laquelle on donne le nom de forme apoplectique. Il y a une forme tétanique, une forme paralytique, etc. ; cependant, il faut avouer qu'à l'exception de la forme soporeuse, elles sont assez rares. Ce sont ces affections qui offrent les signes les plus évidents du caractère pernicieux de la fièvre, et mettent le plus facilement le médecin sur la voie du diagnostic.

On distingue encore la fièvre syncopale, la fièvre algide ; dans cette dernière, la maladie ne présente qu'un stade, celui du froid ; il n'y a pas de chaleur, pas de sueur. L'accès dure de quinze à dix-huit heures. Toutes incomplètes qu'elles sont, ces fièvres syncopales, algides rentrent dans les fièvres intermittentes. C'est surtout dans le quatrième groupe que le cerveau, le système nerveux tout entier sont le siége de phénomènes graves, et que la maladie est le plus insidieuse. Il est donc absolument nécessaire de connaître ces formes, mais il faut savoir aussi que ce sont les plus rares. De toutes les fièvres pernicieuses, c'est celle qui s'accompagne de phénomènes soporeux et apoplectiques que l'on rencontre le plus souvent. Werloff rapporte avoir été appelé près d'une femme que l'on lui dit avoir éprouvé la veille un accès de fièvre. Au moment de sa visite du lendemain, la malade succombait ; il s'informe des phénomènes qu'elle avait présentés ; on lui répond qu'elle avait eu seulement un peu d'assoupissement, chose à laquelle on n'avait fait presque aucune attention. Ce fait est un exemple des plus remarquables que l'on possède de la forme soporeuse de la fièvre intermittente pernicieuse soporeuse.

Les autres formes ont été désignées sous les noms de fièvres cardialgique, céphalalgique, pleurétique, rhumatismale, etc., suivant le siége qu'affectait la douleur, les membres, la poitrine, la tête, etc. Une douleur très vive à la tête ou du côté de la région du cœur, dans les membres, ne suffit pas pour constituer une fièvre intermittente pernicieuse ; ceci n'est que le phénomène prédominant ; mais à côté se trouve les phénomènes communs. A la seconde série, dans laquelle on rencontre des douleurs vives dans une partie quelconque avec évacuations alvines abondantes, se rattache la forme dysentérique et cholérique dont Torti a rapporté un si grand nombre d'exemples ; on y trouve des évacuations sanglantes, bilieuses. Au troisième groupe se rattachent les évacuations alvines sans douleurs ; ici, ce n'est pas la douleur qui fait le danger ; mais les évacuations apparaissent accompagnées de ces caractères communs qu'il faut connaître et qui constituent le caractère de la maladie. Les fièvres pernicieuses de cette classe ont été décrites sous le nom de forme hépatique, forme atrabilaire, dans laquelle les malades rendent du sang dans les selles.

Une forme bien plus importante à connaître de ce troisième groupe, c'est la forme diaphorétique. Il survient des sueurs qui persistent indéfiniment, et qui durent assez longtemps pour amener la dépression des forces. Enfin, les fièvres syncopales, algides, qui rentrent dans les formes ordinaires. Cet ensemble, cette série d'affections constituent les variétés comprises par les auteurs et rentrent dans les quatre groupes dont nous avons signalé l'existence.

Dans toutes ces variétés, excepté dans les fièvres qui sont céphaliques, l'accès peut se passer sans qu'il y ait défaillance ou dépression de forces. Dans la forme apoplectique ou soporeuse, il arrive souvent que le pouls reste fort et plein jusqu'à la fin de la scène. Ainsi, en même temps qu'il y a quelques fièvres pernicieuses dans lesquelles il y a désordre des fonctions cérébrales, il y a des accès dans lesquels la prostration des forces est en disproportion avec ce que l'on observe ordinairement dans les fièvres bénignes. Dans toutes les fièvres intermittentes pernicieuses, quelle que soit leur forme, la faiblesse est constante et constitue souvent aux yeux du médecin le principal caractère de la maladie. Cette faiblesse se manifeste dans tous les appareils de l'économie.

La fièvre intermittente se produit par une cause spécifique, les effluves marécageuses, et guérit par un remède spécifique, le quinquina. L'action du quinquina a ceci d'avantageux qu'elle est prompte et énergique en même temps. Aussitôt survient un changement très notable dans l'aspect de la maladie, et, comme cela se montre dès les premiers accès, si le spécifique a été convenablement administré, cette circonstance est un point important à noter pour distinguer les fièvres intermittentes symptomatiques des fièvres essentielles. Il est facile de concevoir que, tandis qu'il agira très efficacement sur des fièvres ne reconnaissant pour cause aucune lésion physique ou matérielle appréciable, il n'en sera pas de même pour les fièvres symptomatiques, qui, comme l'indique leur nom, sont dépendantes d'une lésion organique. Le quinquina n'agira point sur l'affection tuberculeuse, sur la tumeur de mauvaise nature, sur l'inflammation chronique qui détermine le retour des accès fébriles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1845-1846.

Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux. (Suite.)

Lésions articulaires.

Il y a eu cette année sept exemples de luxations, les unes simples, les autres compliquées de fracture. Parmi ces lésions, nous avons observé un exemple de luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule, fait rare, et dont plusieurs chirurgiens, Boyer entre autres, admettaient à peine la possibilité. Nous en avons pour notre part vu maintenant trois ou quatre cas non douteux ; on conçoit, du reste, en étudiant la conformation de l'épaule, qu'elles doivent être difficiles, et l'on s'explique ainsi l'opinion de ces chirurgiens. L'épaule est constituée, en effet, de telle façon que la fracture de l'os doit plutôt être la conséquence de la cause qui produit la luxation, c'est ce qu'on observe ; la disposition de l'articulation sterno-claviculaire la rend malaisée à comprendre ; néanmoins quelques observations, celle-ci en particulier, prouvent que, bien que rare, elle est possible. Outre l'intérêt de la rareté, elle a ceci de curieux qu'elle se réduit d'elle-même ; ce qui n'empêche pas qu'elle puisse être dangereuse, à cause des compressions que l'extrémité luxée peut exercer sur la trachée et les gros vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage, tels que le tronc brachio-céphalique, les veines sous-clavières et la racine des carotides.

Si cette luxation est facile à réduire, il n'en est pas de même pour la maintenir réduite et pour en amener la guérison ; elle se consolide difficilement ; il faut, pour qu'elle se produise, que les ligaments antérieur et postérieur soient déchirés, et aux moindres mouvements de l'épaule les surfaces articulaires s'abandonnent. On parvient cependant à imposer une immobilité suffisante à l'aide de l'appareil dextriné, comme on l'emploie pour les fractures de la clavicule. C'est celui qu'on a mis en usage : le malade est sorti guéri sans accidents.

Toutes les luxations de l'épaule étaient sous-scapulaires ; il y en a eu deux qui dataient de deux mois ; une seule a été réduite ; c'était chez un homme, un cordonnier, sujet très vigoureux. A la suite de la première tentative nous n'étions pas très sûr d'avoir réussi complétement ; cependant en examinant le malade les jours suivants, on a pu se convaincre que la réduction était complète. L'autre sujet était une vieille femme âgée de plus de soixante-dix ans, donneuse d'eau bénite dans une des églises de Paris. Cette bonne femme, très pusillanime, commençait à se servir de son bras luxé ; une première tentative portée peu loin, il est vrai, ayant échoué, il nous parut prudent de ne pas essayer davantage ; la nature de ses occupations, l'absence de douleurs, le commencement de mouvements qui se seront augmentés, nous décidèrent à ne pas tenter plus. Elle sortit sans que sa luxation fût réduite.

---

célibataires, avant de passer à l'état de mari, s'observent de leur mieux depuis les pieds jusqu'à la tête, et qu'après un examen plus ou moins consciencieux, chacun fait une estimation de sa propre personne, et la met ensuite à prix, qui à 40,000 fr., qui à 50,000, qui à 60,000, qui à 80,000, qui à 100,000, etc. Toutefois, ces estimations ne sont ordinairement qu'approximatives, et la généralité des *conjuncturi* accorde que les grâces, les talents, la naissance, en un mot tous les avantages physiques et moraux des *conjuncturæ*, doivent entrer pour une certaine quantité dans le total général, ce qui fait qu'il y a toujours au-dessous du chiffre fixé une certaine *tolérance*, sur laquelle les entremetteurs comptent pour entrelacer et arrêter les nœuds de l'hyménée. Le fait suivant prouve néanmoins que cette tolérance n'est pas admise d'une manière absolue, et il vous engagera à prendre vos précautions, si par hasard, ce dont je souhaite que Dieu vous garde, il vous prenait jamais fantaisie de vous immiscer dans quelqu'une de ces scabreuses affaires.

— Un honorable confrère portait un assez vif intérêt à un jeune célibataire autrefois son élève. Ce dernier s'était estimé 75,000 francs (la vérité m'oblige à reconnaître qu'il n'avait point manqué de modestie si les renseignements que j'ai reçus sont exacts), et avait fait part de ses pensées à son ancien maître Celui-ci se mit à la recherche d'une future, et en trouva bientôt une qui lui parut réunir et au delà toutes les conditions que lui avait énumérées son élève : fille unique d'un honorable confrère, d'une beauté remarquable, d'un naturel des plus heureux, d'une éducation distinguée, et enfin accompagnée de l'*ultimatum* financier sus-indiqué. Enchanté de cette découverte, le maître en fait part à son élève, et pousse les affaires avec une telle activité qu'en peu de temps on se réunit pour la signature du contrat ; à l'arrivée de chacune des parties chez le notaire, toutes les figures étaient épanouies et paraissaient heureuses de se rencontrer ; avant de procéder à la signature, lecture est donnée des clauses du contrat, et, pendant que tous les assistants semblaient n'écouter qu'une formalité, le jeune fiancé prêtait une oreille attentive ; tout à coup, il se lève et se retourne brusquement à la manière d'un homme qui a mis le pied sur la queue d'une vipère. Il venait d'entendre prononcer le chiffre sacramentel de 70,000 francs. Il demande à son ancien maître s'il a bien entendu, et, sur la réponse affirmative de ce dernier,

> Le galant aussitôt
> Tire ses grègues

et déménage le plus promptement possible.

— A propos de déménagement, voici une question que je proposé au Congrès médical : *Est-il de la dernière convenance qu'un médecin qui change de domicile en instruise le public par la voie des journaux politiques?* Quant à moi, si le Congrès me renvoyait la réponse, peut-être lui dirais-je : 1° Que les clients habituels d'un médecin, lorsqu'ils vont le chercher dans une maison qu'il n'habite plus, s'y enquièrent tout naturellement de son nouveau domicile et l'apprennent sans le secours des journaux ; 2° que si l'annonce du changement de domicile ne s'adresse qu'aux malades qui n'ont pas l'habitude d'aller chez ledit médecin, je ne vois pas trop en quoi cette annonce diffère de l'affiche placardée à l'encoignure du premier carrefour venu. Mais il ne doit point s'agir ici de ce que je dirais au Congrès ou de ce que le Congrès me répondrait, mais bien de ce qui se passe. Or, ce qui se passe, le voici : Depuis environ six semaines, vous pouvez lire hebdomadairement, dans un petit coin des *Débats* et d'autres journaux, l'annonce suivante : « Le docteur N*** croit devoir informer le public que son domicile, qui était ci-devant rue...... n°....., est maintenant rue..... n°...... Ses consultations ont toujours lieu de..... à..... heures. »

Comme ce docteur est presque une notoriété médicale, il faut croire provisoirement que ce genre d'annonce est reçu et doit être classé parmi ces petits moyens honnêtes de se produire dans le monde que nous vantait naguère un de nos confrères, et dont tout médecin peut faire usage sans sortir des bornes de la dignité professionnelle. La dignité ainsi comprise me rappelle un tant soit peu la probité de Bazile, qui était juste celle qu'il fallait à un homme pour n'être pas pendu. Mais, je le répète, il ne s'agit ici que du fait, et le fait est qu'en suivant cette méthode un médecin qui voudra déménager tous les trois mois ou même tous les six mois pourra, sans qu'on ait le moindre reproche à lui faire, l'afficher publiquement dans les journaux politiques au moins une fois par semaine pendant un temps illimité.

— Je vous ai promis quelques révélations sur des guérisons miraculeuses ; mais je m'aperçois que j'ai déjà beaucoup causé pour un premier entretien, et, si vous me le permettez, nous renverrons ce sujet à une autre fois : il est d'ailleurs tout à fait digne de nous occuper d'une manière exclusive. Je finis donc en vous priant de me pardonner mon bavardage comme je pardonne à ceux qui en sont la cause, et en vous assurant de toute mon estime,

Jacques BONHOMME.

NOUVELLES.

— M. Pajot commencera un nouveau cours d'accouchement pour les sages-femmes le mardi 2 septembre 1846 à deux heures, dans son amphithéâtre, rue du Paon, 8.

— Le tubercule du dahlia renferme une amertume tellement acerbe, que jusqu'à ce jour on n'espérait pas pouvoir l'employer comme aliment ou le donner pour nourriture aux animaux. Une expérience que consigne le journal de Chambéry tendrait à détruire l'opinion généralement reçue à cet égard. La détestable amertume dont il s'agit se dissipe, assure-t-on, par une décoction à peu près semblable à celle que l'on fait subir ordinairement à la pomme de terre, qui, elle aussi, porte en elle, avant d'être cuite, un goût des plus rebutants.

L'amertume des dahlias étant enlevée par ce moyen, on peut en apprêter les tubercules, soit à la poêle, soit au gratin, soit à la sauce piquante, etc., et ils donnent alors d'excellents mets. Ils pourraient donc offrir un moyen de suppléer un peu au manque de pommes de terre, lorsque la disette de celles-ci se fait sentir, et ce ne sera point là un médiocre avantage à retirer d'une plante qui est déjà un si bel ornement de nos jardins.

Ne pourrait-on pas extraire le principe amer de ces tubercules et l'employer comme fébrifuge?

Elle ne s'apercevra pas beaucoup de son infirmité dans quelques mois; ce qu'elle fait ne demande pas grande liberté dans les membres, et il nous a paru qu'à son âge mieux valait encore rester ainsi que d'être exposée aux dangers qu'entraînent quelquefois des tentatives plus hardies et portées plus loin.

Hydarthroses, hémarthroses, arthrites, arthropathies diverses.

Les hydarthroses ont été reçues au nombre de quinze, treize pour le genou, et deux pour le coude; parmi les premières les unes étaient anciennes, les autres récentes.

Pour guérir les hydarthroses, que nous appellerions idiopathiques, les moyens qui nous ont paru les plus efficaces ont été le grand vésicatoire et les onctions avec une pommade iodurée associés aux topiques résolutifs, l'huile camphrée, etc, etc. Dans les cas plus rebelles, l'onguent mercuriel, la compression avec les bandelettes; à l'intérieur, on donne un purgatif, le jalap, par exemple, et enfin le calomel à doses fractionnées jusqu'à salivation. Telle est le traitement qui réussit le mieux.

Un de nos malades est mort d'une pleurésie purulente survenue pendant son séjour à l'hôpital.

Nous avons eu deux cas d'hémarthrose ou d'épanchement de sang dans le genou. Les symptômes propres à éclairer le diagnostic de cette affection, qu'on pourrait confondre avec l'hydarthrose, sont assez différents de ceux de cette dernière maladie. Dans l'hémarthrose, en effet, la tumeur naît tout à coup ou du moins en peu d'heures; l'articulation est généralement plus tendue que dans l'hydarthrose; la fluctuation est moins franche, moins facile à reconnaître; bientôt les téguments revêtent une teinte ecchymosique, qu'on n'observe pas dans l'épanchement séreux; cette coloration se montre ordinairement au bout de quatre à cinq jours. Dans l'hydarthrose, on observe les signes opposés : la tuméfaction, en général, moins prompte, l'articulation moins tendue, une fluctuation évidente, pas d'ecchymose et plus souvent de la douleur.

Bien que dans la majorité des cas l'hémarthrose soit une maladie assez simple, ses suites sont pourtant plus souvent fâcheuses que celles de l'hydarthrose. Dans cette dernière maladie, dès que le liquide a disparu, il ne reste plus rien, tout est terminé, le malade est réellement guéri. Dans l'hémarthrose, au contraire, il arrive quelquefois que, la partie liquide du sang ayant été résorbée, il reste quelques flocons, quelques pelotons fibrineux, et cela peut devenir le principe de ces corps étrangers libres qu'on rencontre dans les jointures. Cette terminaison, qu'il faut connaître, aggrave le pronostic de l'hémarthrose, ou plutôt le rend moins favorable que celui de l'épanchement de sérosité.

Les arthrites sont au nombre de sept; il y a eu six arthrites blennorrhagiques; il faut établir deux catégories : les arthrites et les hydarthroses blennorrhagiques.

Cette année, il n'y a pas eu de cas graves ou plutôt de cas accompagnés d'accidents dangereux ou de terminaison funeste. Il faut savoir que l'arthrite blennorrhagique est une maladie dangereuse. On a remarqué d'ailleurs que, toutes les maladies se passant dans un point éloigné des organes génitaux, mais symptomatiques d'une affection de ces organes, acquéraient par cela seul plus de gravité; ou, en d'autres termes, que toute maladie symptomatique d'une lésion des organes génito-urinaire était grave. On en ignore encore la raison; mais c'est un fait d'observation qu'il est bon d'avoir présent à l'esprit.

Toutes ces arthrites, d'ailleurs, ont été traitées par les moyens ordinaires combinés avec l'emploi des substances balsamiques.

L'hydarthrose blennorrhagique se distingue aussi par des caractères qui lui appartiennent; l'épanchement se fait d'une manière rapide; il donne lieu à une tuméfaction avec bosselures; la tension est assez considérable. Dans l'épanchement blennorrhagique, on voit que les symptômes se rapprochent plus de ceux propres à l'hémarthrose que de ceux de l'hydarthrose ordinaire; mais on la différenciera par l'absence de la teinte ecchymosique et en remontant à la cause de la maladie. Chez quelques sujets, le traitement antiblennorrhagique a de l'efficacité contre cette complication; chez quelques autres, le mal résiste à l'emploi des balsamiques, et il faut y associer les moyens habituels.

Les autres arthropathies diverses s'élèvent au chiffre de vingt-cinq : dix-neuf pour les hommes et six pour les femmes; il y a eu quatre morts.

Depuis longtemps déjà nous avons divisé ces maladies en deux grandes classes : les arthropathies, qui débutent par les parties molles, et celles qui commencent par les parties dures. Récemment encore, nous avons eu l'occasion d'exposer à ce sujet et nos doctrines et les moyens de distinguer les unes des autres ces affections si différentes et pour le pronostic et pour le traitement; nous n'y reviendrons pas en ce moment. Constatons seulement que ce sont, en général, des maladies de longue durée, et qui ont entraîné un séjour prolongé des malades à l'hôpital.

Inflammations diphthérites. Angines. Phlébites. Erysipèles.

Nous passerons aussi les inflammations diverses qui ne nous présenteraient pas quelque intérêt. Quarante-cinq malades en ont été atteints.

Mais nous voulons dire quelques mots de la diphthérite, de l'inflammation couenneuse, parce qu'elle offre certaines particularités qu'on ne doit point oublier, surtout au point de vue de la thérapeutique.

Il y en a eu trois exemples. On observe principalement ces ortes d'inflammations sur la membrane muqueuse; mais on les voit survenir quelquefois aussi à la peau; c'est plus rare cependant. Les parties qui en sont le plus souvent affectées sont la bouche, l'anus, la vulve, le gland; quand elle a son siége sur la peau, elle se montre entre les doigts, ou dans les autres points par lesquels la peau est en contact avec elle-même; mais c'est sans contredit les ouvertures naturelles qui présentent cette inflammation le plus fréquemment. La production couenneuse qui survient dans cette espèce de maladie ne doit pas être confondue avec cette autre qu'on voit parfois produite par une brûlure ou par un vésicatoire, car on ne voit pas dans ces inflammations diphthéritiques l'épiderme soulevé sur la peau et l'épithélium sur les muqueuses.

Cette maladie envahit souvent la bouche; nous n'en avons eu que trois exemples; mais il s'en est présenté à la consultation de l'hôpital au moins une quinzaine; les malades se sont traités chez eux.

Il est une méprise facile à commettre et qu'on commet souvent aussi : elle consiste à prendre ces plaques pour une ulcération. Rien n'y ressemble davantage en effet; la muqueuse rouge et épaissie tout autour fait paraître le point malade comme enfoncé, et même, s'il y a beaucoup de boursouflement et une odeur infecte, comme on l'observe souvent, on prend et l'on a pris longtemps cela pour de la gangrène.

M. Bretonneau est le premier qui a démontré d'une manière évidente qu'il ne s'agissait pas d'une affection gangreneuse, mais simplement d'une diphtérite, et que cet aspect gangreneux était une illusion. Cela ne veut pas dire d'une manière absolue que jamais l'angine ne se termine par gangrène; on rencontre quelquefois cette fâcheuse terminaison, mais elle est excessivement rare aujourd'hui, tandis qu'on la considérait comme fréquente avant les travaux de M. Bretonneau.

Un fait dont il faut être prévenu, et sur lequel le traitement doit être basé, c'est que les émollients ne réussissent pas du tout contre ce genre de maladie. La diphthérite durerait un temps infini si l'on n'avait recours qu'à cet ordre de moyens, tandis qu'à l'aide d'une médication tout autre, on parvient généralement à la guérir en quelques jours. C'est dans la classe des irritants, des substitutifs, qu'il convient de chercher des remèdes contre les inflammations diphthériques, l'application modérée de quelques caustiques affaiblis réussit merveilleusement contre cette affection. Ainsi, l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, et principalement, comme d'un emploi plus commode et tout aussi efficace, l'alun en poudre. Il faut tout simplement se mouiller le doigt, le charger du médicament et le porter en frictions légères sur le lieu malade deux ou trois fois dans la journée; au bout de quelques jours le mal a disparu.

Ce résultat s'obtient, du reste, quel que soit le lieu qu'occupe la phlegmasie diphthéritique. Les malades qui en ont été atteints à l'hôpital n'y sont restés que trois à quatre jours.

Les angines, au nombre de quatre, sont des maladies que, contrairement à quelques autres, on range à la fois tantôt dans les maladies médicales, tantôt dans celles qui sont du domaine de la chirurgie. Elles sont, en effet, pour ainsi dire, sur les confins des deux branches. Quoi qu'il en soit, l'important, selon nous, est de les diviser en trois espèces, selon qu'elles occupent la surface de la membrane muqueuse ou la couche plus profonde, ou bien encore le parenchyme même des tonsilles.

Ces trois espèces d'angines doivent être distinguées soigneusement en ce qu'elles ne reconnaissent pas toutes la même cause, n'amènent pas les mêmes conséquences, et ne demandent pas le même traitement.

L'inflammation qui n'occupe que la couche externe ne se complique pas d'un grand gonflement; elle est catarrhale, et peut se trouver bien de l'emploi de l'alun et des irritants.

La phlegmasie de la seconde espèce, plus profonde que la précédente, mais sans occuper encore le parenchyme de l'amygdale, est plus sérieuse que l'autre; elle reconnaît généralement pour cause l'action du froid sur les régions parotidiennes, les efforts de la voix, du chant, de la déclamation, etc. Comme elle occupe la couche celluleuse, le phlegmon pourra s'étendre au col le long du sterno-cléido-mastoïdien; elle exigera un traitement antiphlogistique actif, des saignées, des sangsues, des révulsifs.

La troisième classe, ou l'angine parenchymateuse, est caractérisée par un gonflement rapide; on l'arrête par des vomitifs, des purgatifs; mais elle amène souvent un abcès dans l'amygdale, quoi qu'on fasse.

Il y a eu un cas d'anthrax qui n'a rien présenté de remarquable. Nous avons observé deux exemples de phlébite externe. Les phlébites ne doivent pas être confondues avec les autres inflammations; et si l'on voulait une preuve de la nécessité d'étudier les phlegmasies d'après les systèmes organiques où elles se développent, on la trouverait précisément dans l'histoire de ce genre d'inflammation. Cette année, nous n'avons pas eu de phlébite interne. Qu'on remarque la différence qui existe dans une inflammation développée dans le tissu cellulaire, par exemple, et celle qui envahira les veines. Bien que de même nature, seulement à cause des parties dissemblables qu'elle occupe, combien la maladie sera-t-elle peu la même dans les deux cas. Il y a plus, il est nécessaire d'établir une distinction tranchée dans la phlébite même, selon qu'elle s'emparera de la surface externe ou interne de la veine.

Autrefois déjà on avait divisé la phlébite en deux classes; on connaissait une phlébite interne et une phlébite externe; mais quand nous vînmes, il y a une vingtaine d'années, proposer la même division, nous n'entendions pas, par ces dénominations, la même chose que ce qu'on avait entendu jusque-là. Pour les anciens, la phlébite externe était celle qui s'emparait des veines externes du corps, ou superficielles; la phlébite interne celle qui occupait les veines profondes, ou des cavités ou des membres. Pour nous, la phlébite externe était l'inflammation de la surface externe d'une veine, quelle qu'elle fût; et la phlébite interne, l'inflammation de la surface interne de cette veine. C'était là, on le voit, bien que représentées par les mêmes mots, deux idées tout à fait différentes.

Cette distinction était d'une haute importance au point de vue des conséquences de ces deux inflammations. En effet, la phlébite externe est une maladie qu'on peut regarder comme peu dangereuse; la phlébite interne, comme nous l'entendons et comme on l'entend généralement aujourd'hui, est une affection des plus redoutables. Il est aussi rare que la phlébite externe tue le malade qu'il est commun de le voir succomber à la phlébite interne.

Et d'ailleurs, qu'on y songe, et l'on se rendra compte très facilement du grand danger qui accompagne la phlébite interne. C'est une inflammation qui occupe la surface interne de la veine, qui, comme toute inflammation, peut se terminer par suppuration. Que deviendra ce pus? Il est sans issue aucune, ou plutôt il n'en a qu'une seule, c'est le calibre même de la veine : il s'y épanchera et circulera avec le sang. Les conséquences sont faciles à prévoir. Cependant, tous les malades ne meurent pas, comme cela devrait être du moment où le pus est entré dans la circulation. C'est qu'il arrive, dans de rares et heureuses exceptions, qu'il s'épanche dans la veine de la lymphe coagulable, que son calibre s'oblitère, et qu'alors l'empoisonnement par le pus devient impossible.

La phlébite externe n'est pas non plus toujours exempte de tout danger, bien que sa gravité ne soit pas comparable à celle qui précède. La phlébite externe, quand elle est grave, ne l'est que comme les autres inflammations. Elle n'entraîne pas de conséquences exceptionnelles, et ne présente rien de comparable à l'inflammation de la surface interne.

Si ces deux maladies offrent tant de différences dans leur pronostic, qui ne sent de quelle utilité il sera de tracer l'ensemble des symptômes propres à chacune d'elles de façon à les faire reconnaître et à éviter toute confusion fâcheuse?

Dans la phlébite externe, on trouve sur le trajet de la veine un gros cordon rouge, dur, douloureux, qui ne s'accompagne d'aucun accident général notable qui puisse appeler l'attention.

Dans la phlébite interne, la scène s'ouvre par des frissons, des tremblements, une fréquence du pouls, un état adynamique prononcé, et quelquefois alors on aperçoit un cordon rouge et noueux sur le trajet de la veine enflammée; mais il s'en faut beaucoup que cela soit aussi évident que dans la phlébite externe, ce qui se conçoit en songeant au siége de l'inflammation.

En un mot, dans la phlébite externe, les symptômes locaux sont très marqués et les symptômes généraux le sont peu. Dans l'inflammation de la surface interne de la veine, c'est tout le contraire; les symptômes généraux éveilleront l'attention du médecin avant qu'on ait songé aux symptômes locaux. La phlébite externe reste une maladie toute locale; l'interne se généralise promptement. Le pronostic grave qu'il faut porter de la phlébite interne acquiert une gravité plus grande peut-être, si l'on réfléchit qu'on cherche encore le moyen de l'arrêter dans sa marche. On a conseillé successivement plusieurs médications, dont aucune ne paraît satisfaisante jusqu'ici. On a eu recours à la compression de la veine; mais, comme il s'agit d'une inflammation diffuse, elle n'est pas enrayée par cette méthode de traitement. On a proposé même la section de la veine; c'est un moyen dangereux quelquefois, et d'ailleurs il expose lui-même à l'inflammation pour laquelle on l'applique.

Ce qu'il faudrait, nous le concevons; mais cela est fort difficile à trouver : c'est un médicament qui puisse neutraliser le pus mélangé au sang; c'est une sorte de réactif qui annihile la cause de l'empoisonnement. En attendant qu'on le rencontre, il faut malheureusement constater que les malades meurent presque tous de la phlébite interne.

La phlébite externe guérit facilement par l'emploi des moyens propres aux phlegmasies, et il arrive souvent même de guérir les malades par résolution; quelques-uns cependant ne guérissent qu'après suppuration.

On a pu observer cette année un cas de myotite; mais, comme il est impossible de généraliser un seul fait, nous passerons aux érysipèles.

Les érysipèles ont été au nombre de cinq, entrés à l'hôpital comme érysipèles simples; mais il y en a eu quinze autres exemples comme complications. Les cinq malades reçus pour les érysipèles seuls sont sortis guéris; sur les quinze survenus à l'hôpital même, huit sont morts. Les cinq malades de la première série avaient tous l'érysipèle à la tête; c'est une maladie moins dangereuse qu'on ne le croit généralement, et ajoutons qu'ils guérissent presque tous en six ou dix jours, *quel que soit le remède qu'on emploie.*

Nous insistons sur cette dernière proposition, qui paraîtra sans doute étrange; mais nous l'émettons précisément parce que bon nombre de médecins croient guérir l'érysipèle, l'un par une médication, l'autre par des moyens différents; l'un par des saignées et des sangsues, l'autre par les vomitifs, l'ipécacuanha; et, selon nous, tous se trompent, et ils se trompent faute d'avoir remarqué la durée ordinaire de la maladie en dehors de tout traitement. Chez deux malades qui tout récemment ont eu des érysipèles, la jeune fille du n° 33 et une autre encore, la maladie a duré chez l'une quatre jours, et chez l'autre cinq. Il en est entré une autre encore à laquelle nous avons fait donner un émétique, et qui est guérie; mais ce n'est pas nous, en vérité, qui l'avons guérie; elle est guérie toute seule.

Les érysipèles de la tête guérissent généralement dans un espace de quatre à dix jours. Le traitement a pour but de modérer les symptômes, d'éviter les complications fâcheuses. Abrège-t-il la durée de la maladie? C'est une question fort douteuse et fort difficile à résoudre, car on ne sait pas d'a-

vance ce que durera l'érysipèle, et l'on peut être fort trompé à cet égard. Ainsi, nous avons reçu une femme qui déjà précédemment avait été affectée de deux érysipèles qui avaient été de douze à quatorze jours à guérir ; elle entre à l'hôpital, nous ne la soumettons à aucun traitement, et elle est guérie en quatre jours. Evidemment si l'on eût employé un remède quelconque, il eût eu les honneurs de la guérison.

Nous avons encore quelques considérations à présenter sur les érysipèles ; nous le ferons prochainement.

— Deux sujets atteints de maladies graves sont entrés ces jours-ci dans le service. Un cas de charbon de la face chez une femme (au n° 13), causé par une pointe osseuse dans de la viande pourrie qui a piqué la malade à la lèvre. Cette femme est étalière. Elle a été cautérisée, à été bien d'abord ; puis elle est prise aujourd'hui des symptômes d'un érysipèle. — L'autre malade est un charbonnier (au n° 43) dont la jambe gauche a été broyée par une roue de diligence au niveau des malléoles, avec plaies. M. Velpeau, tout en essayant de conserver le membre, regarde ce cas comme un de ceux qui doivent faire songer à l'amputation. PAJOT.

REVUE GENÉRALE.

Incontinence d'urine par compression circulaire de la verge. — Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* publie un fait dû au docteur Kemmerer, de l'île de Rhé, fait qui a trop souvent des analogues dans la science pour qu'il ne soit pas utile de le citer en entier.

« Au mois de juillet 1844, on me fit demander pour visiter un enfant atteint d'une rétention d'urine. La mère me déclara que son fils était malade depuis cinq jours ; que depuis ce temps elle s'était aperçue que sa verge était très grosse, et qu'il ne pouvait plus uriner. L'enfant, examiné, m'offre les symptômes suivants : Face pâle; yeux à demi-entr'ouverts ; hébétude ; peau presque froide, exhalant une forte odeur d'urine ; pouls petit et lent. La verge a la grosseur d'un boudin ; le scrotum a son volume naturel, et la vessie dépasse l'ombilic. A la racine de la verge existe une ulcération ayant la forme d'un sillon étroit, profond, embrassant tout le contour du pénis ; elle me parut occasionnée par un lien qui aurait étranglé cet organe. Le gonflement des parties m'empêchant de distinguer le lien supposé, je porte le bout d'une sonde cannelée dans le fond de la plaie ; je sens une petite résistance que je surmonte en portant un bistouri dans la cannelure de la sonde, et aussitôt l'urine coule avec force. Le lien était tout simplement un fil de soie, qui offrit encore une grande résistance aux efforts que je fis pour le rompre. Je m'aperçois alors qu'un léger suintement d'urine se fait dans le fond de la plaie du pénis.

» Je place en conséquence un bout de sonde à demeure dans l'urètre, j'ordonne à la mère de couvrir les parties de compresses trempées dans du vin, et je laisse une ordonnance pour une potion tonique. Cette femme m'invite poliment à ne plus revenir, et je laisse l'enfant dans le même état où je l'ai trouvé. Trois mois après, ayant appris que l'enfant avait survécu, je me rendis chez sa mère. Elle me dit qu'après mon départ elle avait bien vite ôté la sonde, et que, sachant par expérience que le vin chaud donnait des forces, elle avait fait avaler de temps en temps à son fils des cuillerées de ce tonique des pauvres. Elle avait fait de ma potion tonique ce qu'elle avait fait de la sonde Le lendemain le malade s'était ranimé ; le troisième jour il avait pu manger une soupe, et en dix jours, grâce au vin à l'intérieur et à l'extérieur, à de bonnes soupes au lard, son cher fils avait été sur pied. L'égoût (la fistule) avait coulé un peu pendant neuf jours, et toute la plaie s'était cicatrisée ensuite.

» J'appris en même temps ce que je n'avais pu savoir d'abord. Ce pauvre enfant, âgé de six ans, avait depuis sa naissance une incontinence d'urine, et tous les matins sa mère lui administrait une sévère correction. Par désespoir il se lia la verge de toutes ses forces, me dit-il lui-même avec énergie, et coupa le fil ras le nœud. Le lendemain la douleur étant vive, il avait inutilement voulu l'enlever, et, craignant encore d'être battu pour ce fait, il avait préféré mourir que de l'avouer à sa mère.

» Chose remarquable, l'incontinence d'urine n'est plus revenue. »

Rupture de l'utérus, section de l'abdomen, guérison. — Les cas de rupture de l'utérus suivis de guérison sont excessivement rares. Nous croyons donc qu'on lira avec intérêt l'observation suivante publiée par le docteur Kuhne (de Weyer) en Autriche.

Une femme de trente-deux ans, mère de six enfants, qu'elle avait mis au monde sans accident, mais avec beaucoup de difficulté, arrivée au terme d'une septième grossesse, ressentit les premières douleurs ; la poche des eaux se rompit, et l'amnios s'écoula. Les douleurs étaient vives, et le travail avançait lentement à cause de l'argutie pelvienne. La sage-femme appelée fit des frictions avec un liniment malgré les douleurs et un travail très actif ; tout à coup, dans un violent effort de parturition, la patiente ressentit un mal intense dans le côté droit, et, en même temps, le travail alla en diminuant. L'auteur fut appelé vers les cinq heures du matin. Il trouva la femme alitée, la face injectée ; les yeux étaient brillants ; la soif était grande. Il y avait des vomissements et une toux fréquente. La chaleur de la peau était augmentée ; une sueur gluante couvrait tout le corps ; le pouls était dur, plein ; quatre-vingt-quinze pulsations par minute ; le ventre avait le développement voulu, mais il était très douloureux. Derrière la ligne blanche, sous le nombril, on reconnaissait, quoique avec difficulté, les membres arrondis du fœtus : on ne pouvait découvrir le pouls fœtal ; cependant les mouvements en avaient encore été perçus quelques heures auparavant. Au toucher, Kuhne trouva la tête dans la première position et facile à atteindre. Le volume en était petit, et le travail avait totalement cessé. La femme avait éprouvé un sentiment de déchirure au moment où elle ressentit la douleur de côté.

L'auteur, étant dans le doute, prit le parti de temporiser ; il prescrivit : *mixtura oleosa cum extr. hyosciami*, puis du borax avec le seigle ergoté ; il fit faire des embrocations avec l'huile de jusquiame sur le ventre. Ces remèdes furent continués pendant huit heures sans faire diminuer la douleur ni recommencer le travail. Une nouvelle exploration donna le résultat suivant : Mêmes symptômes qu'auparavant ; pouls augmenté jusqu'à 100 ; le bas-ventre, derrière la ligne blanche, présentait, d'une manière facile à reconnaître, les parties du fœtus. La tête était remontée au-dessus du détroit, et il était impossible de l'atteindre.

Certain alors qu'il y avait rupture de l'utérus à la paroi antérieure, l'auteur proposa l'opération césarienne comme moyen unique de salut. La malade y consentit de suite. L'opération eut lieu selon les règles. L'enfant et le placenta furent extraits par la plaie : l'enfant était mort ; mais au bout de six semaines la mère, parfaitement guérie, reprit ses occupations ordinaires.

Bibliographie.

De l'influence des voyages sur l'homme et sur ses maladies ;
Par le Dr DANCEL.

S'il est prouvé que dans le plus grand nombre des cas les affections morbides dont l'homme est atteint proviennent principalement de l'action des corps qui l'environnent et de sa manière de vivre, il n'est pas douteux que les voyages, dont le premier effet est de soustraire le malade à l'influence des modificateurs qui l'entourent, et de changer ses habitudes et son genre de vie, n'aient une grande puissance sur le corps lui-même et sur ses maladies. Les médecins de tous les temps ont tenu compte de l'influence hygiénique et curative des déplacements dans le traitement des maladies. Aujourd'hui plus que jamais on les prescrit un peu trop banalement peut-être, et l'on peut dire, avec M. Dancel, qu'ils sont devenus un remède à la mode, lorsque la mode devrait être exclue de la médecine. C'est pour faire ressortir les avantages et les inconvénients des voyages suivant les circonstances dans lesquelles se trouve placé l'homme, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, que l'auteur du livre que nous analysons a entrepris son travail.

L'ouvrage de M. Dancel comprend deux grandes divisions principales : hygiène physiologique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et hygiène pathologique.

Dans la première partie, M. Dancel étudie l'action des climats sur l'homme, non-seulement au point de vue de son organisation, mais encore sous le rapport de leur influence sur son développement moral. M. Dancel admet, avec un grand nombre de savants et de naturalistes, l'unité du genre humain comme issue d'une seule souche, et dont les différentes races auraient été produites par des modifications climatériques. Il est hors de toute contestation que les climats ont une influence bien marquée sur les races animales. Cependant, nous ne partageons pas, pour le dire en passant, sa manière de voir relativement à l'unité de l'espèce humaine. Nous ne pouvons admettre, quelque puissante que soit souvent cette influence, que les races humaines proviennent de la même souche. Il nous paraît très difficile de croire que la race blanche, la race intelligente par excellence, ne soit pas d'une nature plus élevée que certaines autres races, le Nègre, par exemple. Sans prétendre absolument que le Nègre ne soit pas un homme, il nous paraît beaucoup plus logique de croire que la race à laquelle il appartient est inférieure à la nôtre. Cette infériorité d'organisation rend parfaitement compte de l'abrutissement dans lequel l'espèce noire est toujours restée jusqu'à présent, et est probablement condamnée à rester éternellement. Nous ne voyons que des rapports bien éloignés entre le Caucasique, doué des plus belles facultés de l'entendement, et le Hottentot, dont le seul langage est plutôt un gloussement à peine articulé qu'une véritable parole. Qui ne serait tenté de croire que ces races inférieures, antérieures à la nôtre, ont été des espèces de transition par lesquelles l'organisation a dû passer pour s'élever de la brute à l'homme véritablement complet ?

Après avoir étudié l'action des climats sur l'homme considéré comme espèce, et leur influence sur l'individu isolé, dans l'état de santé, dans quelques chapitres où l'auteur fait preuve des connaissances les plus approfondies en hygiène, vient l'appréciation des résultats que peut produire le changement de lieu dans les principales maladies auxquelles l'homme est sujet. Pour chaque affection, on le conçoit, ces considérations doivent être courtes. Le but du livre de M. Dancel est en effet double. Il est destiné aux médecins principalement, auxquels l'auteur n'a pas prétendu faire un cours de pathologie, mais seulement exposer le résultat de son expérience et de ses méditations sur l'important sujet dont il s'occupe ; il est destiné également aux gens du monde, qu'il ne doit nullement dispenser des soins de leur médecin, et qui se tromperaient fort s'ils croyaient y rencontrer autre chose que de sages et salutaires conseils applicables aux circonstances où c'est plutôt à l'hygiène qu'à la thérapeutique qu'il faut avoir recours, ou bien à celles dans lesquelles, momentanément privés des avis de leur médecin, ils doivent chercher à les suppléer aussi complétement que possible.

Tant auprès des hommes de l'art qu'auprès du public éclairé, le livre de M. Dancel nous paraît destiné à un franc et légitime succès.

F...

— Il paraît qu'une loi sur l'exercice de la médecine va être bientôt présentée à la chambre des communes d'Angleterre. Lord Grey, le nouveau secrétaire du département de l'intérieur, a promis de la présenter à la chambre L'honorable baronnet n'a pas promis de soutenir ce projet, mais il ne s'y opposera pas non plus. Plus de doute dès lors, dit *the Lancet*, que cette loi ne passe.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 3 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 103. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

DE LA RUE MARBOEUF.

Hhémorrhagie utérine grave chez une dame âgée de quarante-huit ans. Affection de l'intérieur du col de l'utérus. Cautérisation avec le caustique de potasse et de chaux solidifiées (caustique Filhos). *Guérison.* Par M. AMUSSAT.

Madame C..., âgée de quarante-huit ans, d'une forte constitution, habite depuis longtemps une ville de la Normandie; elle a été réglée à quinze ans; deux ans avant cette époque, étant en pension à Paris, elle éprouvait presque tous les mois des migraines violentes, qui ont cessé avec l'apparition des règles sous l'influence de l'air natal conseillé par les médecins qui lui donnaient des soins.

Madame C... s'est mariée à dix-sept ans; elle a eu six enfants; le dernier est âgé de dix ans; une fausse couche a eu lieu quelques mois après son mariage.

D'une bonne santé habituelle, madame C... était réglée très abondamment; elle n'avait presque jamais eu de flueurs blanches, et, jusqu'au 15 septembre 1845, l'utérus n'avait donné aucun signe de souffrance. Cet organe semblait avoir tout naturellement cessé ses fonctions sans secousses violentes.

Mais à cette époque, après des retards successifs de deux et trois mois qui étaient survenus depuis dix-huit mois ou deux ans, madame C..., en revenant d'une assez longue promenade qui ne lui avait cependant pas causé beaucoup de fatigue, fut prise d'une hémorrhagie utérine excessivement forte, contre laquelle on opposa sans succès tous les moyens ordinaires (froid, glace, astringents, etc.). Pendant six semaines, la métrorrhagie continua et réduisit la malade à un tel état de faiblesse que le moindre mouvement causait une syncope dont on avait beaucoup de peine à la faire revenir. Ayant employé inutilement tous les moyens rationnels que lui conseillait son médecin, madame C... se rappela qu'une dame de ses amis avait, dans une circonstance semblable, employé l'eau hémostatique de M. Tisserand : elle voulut recourir au même moyen, et, après quatre jours de l'usage de cette eau, l'écoulement sanguin cessa.

Quoi qu'il en soit, notre habile confrère, M. le docteur de Droullin, qui donnait des soins à madame C..., craignant qu'elle ne fût atteinte d'une maladie grave de l'utérus, lui conseilla de venir consulter M. Amussat : elle arriva à Paris le 25 octobre 1845, et entra de suite à la Maison de santé et de Médecine opératoire de la rue Marbœuf.

Examinant la malade, M. Amussat reconnut que le col de l'utérus était rouge, gonflé et très ouvert; on pouvait facilement y introduire le doigt indicateur. La coloration rouge-livide, comme dartreuse, s'étendait dans l'intérieur du col.

Le sang avait cessé de couler depuis plusieurs jours; mais un écoulement jaune, purulent, sanieux assez abondant l'avait remplacé.

Le teint était jaune-paille; le moindre mouvement déterminait une fatigue extrême. L'état anémique était des plus prononcés. Du reste, nulle douleur ne s'était montrée du côté des reins ni des aines; mais, à raison de la pâleur et de la faiblesse si grandes de la malade, toutes les personnes qui la voyaient craignaient qu'elle ne succombât prochainement.

M. Amussat, étant convaincu que les pertes s'étaient manifestées sous l'influence de la congestion sanguine qui s'était opérée vers le col de l'utérus par suite de l'état maladif où il se trouvait, résolut de recourir à des cautérisations avec le caustique de potasse et de chaux solidifiée, afin de modifier profondément l'état de cette partie et d'interrompre le courant circulatoire dans les vaisseaux sanguins qui avaient fourni l'hémorrhagie si grave au retour de laquelle il fallait désormais s'opposer.

Des cautérisations dans l'intérieur du col furent donc faites au nombre de trois ou quatre, à quelques jours d'intervalle, avec des cylindres de caustique de différents diamètres. Toutes ces cautérisations, et surtout la première, furent suivies d'un écoulement blanc ayant une forte odeur. Mais nul accident ne se manifesta.

Après chaque cautérisation, on pratiquait des injections émollientes; des cataplasmes étaient placés dans le vagin pendant la nuit, et la malade prenait des bains entiers et des bains de siége.

Au bout de cinq semaines, madame C..., dont la santé s'était améliorée, avait l'intention de retourner chez elle, et elle avait fait tous ses préparatifs de voyage lorsqu'une nouvelle perte sanguine se montra. Assez forte, mais infiniment moins grave que la première, elle cessa assez promptement, et cette fois encore la malade prit de l'eau de Tisserand.

Quelques jours après, une autre cautérisation fut encore pratiquée profondément dans l'intérieur du col, et, plus tard, un cautère fut appliqué à la cuisse.

Le 31 décembre 1845, madame C... partit pour son pays, où l'appelaient des affaires importantes, en promettant à M. Amussat de lui donner souvent de ses nouvelles ou de venir à Paris si de nouveaux accidents reparaissaient.

Le 15 mai 1846, madame C..., quoique bien portante, voulut prendre de nouveau les conseils de M. Amussat; elle fit le voyage de Paris et rentra à la Maison de santé. Nous constatons qu'elle a repris des forces; le teint est clair et animé; les fonctions digestives sont en bon état; les pertes n'ont pas reparu. Cependant, il y a eu encore au mois de février un léger écoulement sanguin par la vulve; il n'y a pas de flueurs blanches, et la malade n'éprouve aucune espèce de douleur du côté de l'utérus.

M. Amussat, qui a examiné la malade à l'aide du spéculum, n'a rien trouvé de particulier à noter relativement au col, qui est revenu à son état normal sous le rapport de sa coloration; quant à sa forme, elle a été modifiée, cela devait être, par les cautérisations qui ont été successivement pratiquées; la cavité du col est resserrée; la cicatrice que l'on remarque est de bonne nature.

Il y a donc lieu d'espérer que l'état de madame C..., qui est aujourd'hui très satisfaisant, s'améliorera encore, et que les pertes sanguines ne reviendront plus, puisqu'elles nous ont paru avoir été produites uniquement sous l'influence d'un état particulier de l'intérieur du col de l'utérus, heureusement modifié par les cautérisations qui ont été pratiquées.

A la fin du mois de juillet dernier, M. Amussat a eu l'occasion de revoir madame C... en Normandie : il n'existe pas de traces de la maladie qui a failli la faire succomber; elle se livre aux exercices les plus fatigants, et sa santé est aussi bonne qu'elle l'était avant sa maladie. Enfin, madame C... a eu ses règles trois fois en six mois sans aucune douleur, et, comme avant les pertes, elles ne se sont pas prolongées au delà de quelques jours.

Réflexions. — Nous avons pensé que cette observation pourrait offrir quelque intérêt. Elle constate, en effet, un heureux résultat de la cautérisation de l'intérieur du col de l'utérus avec un caustique préférable à ceux qu'on emploie habituellement.

Chez madame C..., qui fait le sujet de cette observation, il est évident qu'elle aurait fini par succomber à la persistance des pertes, si par des explorations attentives on n'était arrivé à reconnaître leur cause et à opposer à une maladie grave dans ses conséquences un moyen puissant, la cautérisation avec le caustique solide de potasse et de chaux que M. Amussat emploie journellement avec succès dans quelques affections de la matrice.

Nous ne tenons pas grand compte, en effet, des moyens ordinaires qu'on oppose aux pertes sanguines rebelles, car la chirurgie du symptôme est, comme la médecine du symptôme, bien incomplète, bien impuissante, et il faut remonter à la cause du mal sous peine de perdre un temps précieux, alors qu'il est si essentiel de faire cesser promptement un état qui ne peut que s'aggraver.

M. Amussat pense même que dans les cas où il survient des pertes, au milieu du traitement d'une affection organique quelconque, il faut également aller à la cause du mal, et, au lieu de glace, d'astringents, du tamponnement, etc., recourir sans retard à la cautérisation. Dans plusieurs cas de ce genre, M. Amussat n'a eu qu'à se féliciter d'avoir agi ainsi, et il conseille aux praticiens de recourir aux mêmes moyens lorsqu'ils seront appelés dans des circonstances analogues. Enfin, ne pourrait-on, pas dans des cas désespérés de pertes utérines après l'accouchement, tenter la cautérisation avec le nouveau caustique?...

A la suite de cette observation intéressante nous allons donner la relation d'un fait à peu près semblable, plus grave encore, que nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment dans la pratique de M. Amussat.

Madame J...., âgée de quarante et un ans, native de la Lorraine, à Paris depuis dix-sept ans, s'est mariée à l'âge de vingt-trois ans; elle a eu un seul enfant, qui est aujourd'hui dans sa treizième année; la menstruation a toujours été régulière depuis l'âge de quatorze ans.

Il y a environ un an, au commencement de l'année 1845, il est survenu des pertes assez abondantes qui ont duré pendant cinq mois, cessant pendant quelques jours, puis reprenant de nouveau avec plus ou moins d'intensité.

A cette époque on a employé sans succès la glace sur le ventre et sur les cuisses, et des injections d'eau vinaigrée dans le vagin; les cataplasmes sinapisés dans le dos ont seuls fait cesser plusieurs fois les pertes.

Depuis le mois d'avril dernier, l'écoulement sanguin est continuel, et cette femme, qui se présente chez M. Amussat dans le courant du mois de mai, est dans un état anémique très inquiétant; elle peut à peine se soutenir sur ses jambes.

Par le toucher on constate que le col est volumineux, et assez largement ouvert pour que sans difficulté on puisse y faire pénétrer la première phalange du doigt indicateur. On reconnaît une forte crête longitudinale en arrière de la lèvre antérieure du col. Le sang coule abondamment, ou plutôt il ruisselle autour du doigt et de la main; le col est assez volumineux pour remplir la cavité d'un gros spéculum, et on voit qu'il est fortement congestionné. Du sang s'écoule assez abondamment par l'orifice de l'utérus.

Après avoir constaté par le vagin et par le rectum l'état de cet organe, qui n'est pas beaucoup plus volumineux que dans l'état normal, et après avoir exploré la cavité de la matrice avec un porte-caustique vide pour s'assurer qu'il n'existe pas de corps étranger appréciable, M. Amussat était indécis sur le parti qu'il avait à prendre; mais le fait qui précède étant encore présent à son esprit, il croit pouvoir agir de même dans celui-ci; il offre en effet avec le premier une très grande analogie; mais comme il est plus grave encore, nous craignons que tous les moyens qu'on emploiera restent impuissants contre un état aussi fâcheux. Néanmoins M. Amussat se décide à pratiquer dans l'intérieur du col de l'utérus des cautérisations avec un cylindre de caustique de potasse et de chaux solidifiées, de cinq millimètres de diamètre, découvert sur le côté dans l'étendue de trois centimètres.

Le 16 mai 1845, trois jours après, l'état de madame J.... n'a pas été sensiblement modifié; l'écoulement sanguin a continué peut-être avec moins d'intensité; la malade est faible; elle n'éprouve aucune douleur même en marchant. M. Amussat pratique une nouvelle cautérisation; mais le cylindre ne pouvant pas pénétrer assez profondément dans l'intérieur du col et de l'utérus, il est obligé de se servir de porte-caustiques droits et courbes, espèces de cathéters qu'il a imaginés, les uns concaves, les autres convexes, et présentant des cuvettes dans lesquelles on place le caustique (1).

Le 23, madame J... a cessé de perdre du sang depuis quatre ou cinq jours; elle a repris de la gaîté, et son teint est déjà un peu plus animé; néanmoins elle a des maux de cœur, des envies de vomir, bien qu'elle ait un peu plus d'appétit que les jours précédents.

Le 1er juin. Depuis deux jours l'écoulement sanguin a repris avec assez d'abondance; elle est très faible, et elle éprouve des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. L'eau de Tisserand qui avait été prise précédemment sans succès, a encore été essayée inutilement ces jours derniers. La malade se décourage et craint de ne pas pouvoir être délivrée de ces pertes sanguines si rebelles, et contre lesquelles tant de moyens ont échoué.

Nous-même nous désespérons du succès dans un cas aussi grave, et l'idée d'un cancer incurable de l'intérieur de l'utérus se présente tout naturellement à notre esprit.

Le 3, la perte est un peu moindre; l'état de la malade est à peu près le même. M. Amussat pratique, avec les instruments dont il s'est servi la seconde fois, des cautérisations dans l'intérieur de la matrice. Nous remarquons que cet organe offre une assez grande amplitude pour que les instruments puissent tourner librement dans sa cavité. La malade éprouve d'assez vives douleurs.

Il n'est pas survenu le moindre accident à la suite de cette cautérisation, et à cette occasion M. Amussat dit avoir hésité longtemps à porter le caustique de potasse et de chaux solidifiées dans la cavité de l'utérus; mais jusqu'à présent il l'a fait assez souvent sans avoir observé rien de fâcheux. Toutefois, il conseille par prudence de commencer par faire une très légère cautérisation, afin d'apprécier la susceptibilité de l'organe malade.

Le 13, dix jours après la dernière cautérisation, madame J..... n'a pas perdu de sang. Elle se trouve encore bien faible; néanmoins le teint est meilleur, la pâleur est bien moins grande; il n'y a pas de fièvre; les nuits sont assez bonnes; peu de soif; appétit modéré. Avec du repos, il est probable que tous les accidents qui sont la conséquence des pertes

(1) On charge les porte caustiques de l'utérus soit en plaçant de la poudre caustique dans les cuvettes que l'on chauffe à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, soit en les plongeant dans le caustique en fusion, soit enfin en versant dans les cuvettes le caustique fondu.

Il convient de se servir de préférence des proportions de potasse et de chaux (2 p. de pot., 1 p. de chaux), qui entrent dans la composition du caustique qu'a solidifié M. Filhos. En effet, ce médecin a observé que l'excès de chaux que renferme la poudre de Vienne (5 p. de pot., 6 p. de chaux) rendait la fusion ignée du mélange plus difficile, donnait au composé nouveau un peu trop de consistance pour être coulé avec facilité dans des tubes de plomb, et avait, comme résultat pratique, le grave inconvénient de diminuer la promptitude d'action du caustique; une moindre quantité de chaux laisserait au mélange solidifié une partie de sa déliquescence. Trois minutes suffisent pour faire, avec ce caustique trempé dans l'alcool, l'eschare nécessaire à l'établissement d'un cautère. Pour la cautérisation du col de l'utérus, il a tous les avantages des autres caustiques sans en avoir les inconvénients.

perdront de leur intensité et que les forces reviendront. Ce qu'il y a déjà de bien remarquable, c'est la cessation des pertes depuis dix jours à la suite de cautérisations faites dans le col, et surtout dans la cavité même de la matrice.

Le 20 juin, la métrorrhagie n'a pas reparu; le teint est meilleur, il y a moins de pâleur. L'état général est très satisfaisant. Madame J... a de la gaieté, et ses forces augmentent chaque jour.

Le 27 juin, vingt-quatre jours après la dernière cautérisation, il n'y a pas le moindre écoulement sanguin; il n'y a même pas de flueurs blanches. Madame J... se plaint d'avoir des maux de reins; elle a eu ces jours derniers un dévoiement assez abondant, qui a cessé à la suite de l'usage de la thériaque. L'état général continue à s'améliorer d'une manière remarquable; l'appétit est bon, et les forces ont beaucoup augmenté.

Le 4 juillet, pas d'écoulement sanguin; les forces continuent à augmenter, ainsi que l'appétit. Madame J... marche plus facilement, mais elle se fatigue très vite; il n'y a pas d'écoulement blanc, et elle n'éprouve aucune douleur du côté du bassin. Et sans sa faiblesse encore très grande, elle ne se douterait pas qu'elle a été atteinte d'une maladie qui a failli compromettre son existence.

Le 3 août, la métrorrhagie ne s'est pas renouvelée; les maux de reins existent toujours, mais ils sont moins forts; l'appétit est meilleur, et toutes les fonctions se font plus régulièrement.

Le 27 août, depuis près de trois mois que la dernière cautérisation a été pratiquée, l'état de madame J... s'est considérablement amélioré. Aujourd'hui on reconnaît qu'elle a repris de l'embonpoint; le visage est bon; la marche et les exercices prolongés déterminent encore de la fatigue; mais, à part quelques maux de reins, et la distension assez fréquente du ventre par des gaz, madame J... est rentrée dans les conditions ordinaires de la vie à son âge; elle n'a pas eu d'écoulement sanguin depuis l'époque que nous venons d'indiquer. Aujourd'hui, elle n'a même pas de flueurs blanches; ce qui lui fait dire qu'elle est, sous ce rapport, absolument comme elle était à l'âge de douze ans. — On conseille les toniques et les ferrugineux pour augmenter les forces et faire disparaître toutes les traces de la maladie de l'utérus qui a été si heureusement combattue.

— Nous espérons que les deux faits que nous venons de rapporter encourageront les praticiens à employer dans des cas analogues le même moyen, c'est-à-dire le caustique de potasse et de chaux solidifiées, qui est, d'après M. Amussat, plus puissant que tous ceux qui ont été mis en usage jusqu'à présent.

Ainsi, les injections caustiques dans la cavité de l'utérus lui paraissent trop faibles, et d'ailleurs trop dangereuses par la possibilité du passage du liquide dans les trompes.

Le nitrate d'argent, même en nature, porté avec un porte-caustique est en général trop faible. Cependant M. Amussat nous a dit l'avoir vu employer avec succès par M. Récamier, mais dans des cas beaucoup moins graves que celui de la seconde observation.

Le nitrate acide de mercure, ou tout autre caustique liquide, porté avec un petit pinceau, serait épuisé avant d'arriver dans la cavité utérine; et en admettant même qu'on le portât à l'aide d'une canule, son action serait trop faible pour agir sur une aussi grande surface.

Enfin, le fer rouge serait difficile à introduire profondément; on aurait à craindre de perforer les parois de l'organe et de faire fausse route. On conçoit aussi que, le fer rouge ayant un petit volume, le calorique s'épuiserait sur le col avant d'arriver dans la cavité utérine. X.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Eclampsie. Guérison.

Le 14 mars 1846, à cinq heures du matin, on apporte à l'hôpital Saint-Louis une femme âgée de vingt-sept ans, la nommée Hénault (Catherine), faiseuse de creusets, qui, depuis une heure, est dans une perte complète de connaissance, accompagnée de cris continuels et de mouvements convulsifs très violents. La personne qui l'accompagne ne peut donner sur elle que fort peu de renseignements. Elle sait seulement que cette femme, enceinte d'environ huit mois, est venue, il y a deux jours, se loger dans sa maison garnie, et que, pendant ces deux jours, elle n'avait remarqué chez elle rien d'extraordinaire, lorsque ce matin elle a été réveillée par des cris qui partaient de sa chambre: étant accourue, elle l'a trouvée se roulant par terre, et ayant entièrement perdu la connaissance des objets qui l'environnent.

Cette femme, qui jouit d'une forte constitution, est étrangère à tout ce qui l'entoure; il est impossible de fixer son attention et d'obtenir d'elle un seul mot; elle pousse des cris, ou plutôt des hurlements continuels, qui offrent cela de particulier qu'ils s'exécutent toujours sur le même ton; elle se livre en même temps à des mouvements si violents et désordonnés de tout le corps, que plusieurs personnes ont de la peine à la contenir pour l'empêcher de se frapper contre les objets voisins. Sa bouche, largement et toujours ouverte, même dans les légers intervalles où les cris sont suspendus, ses yeux hagards et stupides, la tension des traits de la face, donnent à sa physionomie quelque chose d'effrayant.

La respiration est fréquente, mais se fait librement; point de turgescence de la face.

Les convulsions sont générales, frappent le tronc et les membres; elles ne sont pas plus prononcées d'un côté du corps que de l'autre, ne présentent rien de régulier; elles sont étendues, violentes et désordonnées, comme dans les convulsions de l'hystérie, et remarquables par leur continuité, ne reviennent point par accès; elles n'offrent pas le moindre intervalle de cessation franc et complet.

La malade se met quelquefois sur son séant; mais, maintenue par les nombreuses personnes qui l'entourent, elle retombe sur le lit en se débattant toujours. Dans un moment où les convulsions moins fortes avaient un peu détourné la surveillance, elle s'est jetée en bas du lit et s'est fait une légère contusion à la lèvre supérieure.

L'utérus participe à ces convulsions générales; la main, appliquée sur le ventre, sent la matrice se durcir et se projeter en avant. Point d'écoulement de sang ni de matières glaireuses par la vulve. Le toucher fait reconnaître un effacement complet des lèvres du col; l'orifice, fortement dirigé en arrière, n'est que difficilement accessible au doigt. La tête est sentie à travers la lèvre antérieure amincie, dilatée. Les battements du cœur du fœtus sont facilement entendus dans le flanc gauche.

Point d'œdème des extrémités inférieures ni supérieures, pas plus que de la face et du col.

Cet état convulsif permanent, avec vociférations, est coupé bientôt par un nouvel état, un nouvel ordre de phénomènes tout différent. Nous nommerons le premier état hystérique; le second mérite le nom d'état épileptique. En effet, voici ce que l'on observe: les convulsions et les cris cessent; tout le corps reste pendant quelques secondes dans une immobilité complète; les bras sont tenus allongés le long du tronc; la tête se renverse en arrière, la face pâlit; au même instant surviennent des convulsions générales, saccadées, comme tétaniques, bien différentes des précédentes; la face devient turgescente, violacée; les paupières, à demi fermées, laissent voir les globes oculaires roulant d'abord dans leurs orbites, et puis fixés en haut. La respiration, excessivement gênée, ne consiste qu'en des mouvements d'inspiration courts et fréquents; insensibilité générale.

Les mouvements convulsifs des membres augmentent d'amplitude à mesure que l'accès se prolonge, et puis cessent complétement, pour être remplacés par un coma profond, une résolution générale. La respiration, complétement suspendue pendant quelques instants, commence à s'exécuter de nouveau, stertoreuse, accompagnée de ronchus. La teinte violacée et la turgescence de la face diminuent.

Après une ou deux minutes d'une résolution complète des membres, quelques mouvements commencent à paraître; les paupières s'ouvrent et laissent voir un regard hébété. La respiration se régularise; l'accès épileptique cesse; la malade retombe dans l'état antérieur à l'accès; c'est-à-dire que reparaissent les cris, les mouvements convulsifs désordonnés. La perte de connaissance est toujours complète.

L'accès que nous venons de décrire a duré environ cinq minutes. Depuis le moment de son entrée jusqu'à huit heures, il s'est reproduit deux fois.

A huit heures, les cris perdent de leur acuité, sont remplacés par des gémissements; l'agitation persiste; mais les mouvements convulsifs, moins continus, laissent entre eux quelques instants où la malade est dans un assoupissement, mais qui dure à peine quelques minutes. La face exprime toujours la stupeur; mâchonnement sans grincement de dents.

La malade ouvre de temps en temps les yeux, mais elle les ferme aussitôt: il semble que la lumière lui fasse mal. Quand on veut lui ouvrir les paupières, elle détourne la tête, s'agite et crie.

M. Malgaigne prescrit une saignée de 3 palettes; il ne cherche point à provoquer l'accouchement, ainsi que la plupart des accoucheurs le commandent. L'utérus se trouvant sollicité à se contracter par la rupture des membranes, c'est augmenter l'excitation nerveuse et aggraver l'état de la malade.

On a dit que le meilleur moyen de faire cesser les convulsions puerpérales, c'était d'extraire le fœtus; mais cette indication nécessite, lorsque le col n'est pas dilaté, des manœuvres longues, et qui jettent les malades dans une excitation bien plus grande, et par l'accouchement même ce point sûr de faire cesser l'éclampsie. Bon nombre de cas de convulsions de cette nature se sont montrés après l'expulsion de l'enfant; et chez notre malade même, l'accouchement qui s'est fait tout seul, ainsi que nous allons le voir, n'a pas fait cesser complétement la maladie, et n'a pas semblé avoir sur elle une grande influence.

On a la plus grande peine à pratiquer la saignée au milieu des mouvements convulsifs incessants; cette petite opération terminée, il est bien plus difficile de tenir le bras en repos; on essaie, mais en vain, de le fixer au tronc; mais tous les bandages employés dans ce but ne peuvent le maintenir. On est obligé d'employer la camisole de force. — Tilleul; lavement purgatif.

A midi, les convulsions sont moins fortes. Deux nouveaux accès épileptiformes ont eu lieu depuis la saignée.

La perte de connaissance persiste; la sensibilité est obtuse; les convulsions, moins fortes, reviennent toutes les deux à trois minutes, et sont annoncées par un mouvement particulier qui se passe dans les yeux. La malade fait une grande inspiration; ses paupières s'ouvrent largement, puis se ferment, au même instant commence l'agitation des membres; mais cette agitation est dans ce moment moins intense. La malade, abattue, contracte brusquement ses bras et ses jambes, qui retombent par leur propre poids.

La bouche est toujours ouverte. Mouvements continuels de la langue d'avant en arrière, et réciproquement.

Les cris sont remplacés par un gémissement plaintif.

La peau est chaude. Pouls assez plein à 130.

Les battements du cœur du fœtus sont très aisément perçus à droite et en avant, ainsi que le souffle placentaire. Ces battements sont réguliers et forts.

Le toucher constate une dilatation de l'orifice du col, de l'étendue d'une pièce de 2 francs; le doigt reconnaît la présence de la tête.

A une heure l'interne quitte la malade, qu'il ne revoit qu'à huit heures du soir. On lui apprend alors que l'accouchement a eu lieu spontanément sans que rien l'annonçât extérieurement. En effet, la malade n'a rien manifesté qui pût faire soupçonner l'expulsion du fœtus; les plaintes, l'agitation, ne sont point pas devenues plus prononcées. Point d'écoulement d'eaux.

A quatre heures, l'infirmière, en écartant les jambes de la malade pour lui administrer le lavement, aperçut une poche pendante entre les cuisses.

L'interne de garde, appelé sur-le-champ, reconnaît que cette poche est constituée par l'œuf tout entier expulsé à la fois; les membranes intactes sont ouvertes, et laissent échapper le liquide amniotique. L'enfant est au milieu, mais privé de vie.

Le délivre ne présente rien de pathologique. L'enfant, du sexe masculin, est d'un petit volume; on reconnaît qu'il n'est pas à terme; il a 42 centimètres de longueur. La femme n'a pas eu d'hémorrhagie. La sortie de l'enfant n'a pas amélioré son état; l'agitation est moindre, mais la perte de connaissance persiste. Assoupissement profond. Yeux fermés; larges inspirations de temps en temps. Grincements de dents, qui datent depuis la délivrance. Pouls petit, fréquent. La malade a eu deux selles abondantes.

A onze heures, pouls petit, à 110. Plaintes continuelles. Mouvements convulsifs persistants. Etat soporeux. Grincements de dents.

Le 15 mars, depuis une heure du matin, la malade a été plus tranquille. Les mouvements convulsifs, les grincements de dents ont cessé, ainsi que les gémissements; mais la perte de connaissance persiste.

Ce matin, elle est dans un assoupissement profond, dont on ne peut la tirer; les yeux sont fermés. Quand on ouvre les paupières, la malade fait effort pour les fermer, détourne la tête. Les pupilles sont fortement contractées.

Nous trouvons ici ce qui a d'ailleurs été signalé dans ces convulsions puerpérales, c'est-à-dire que les symptômes soporeux sont plus marqués, plus persistants, à mesure que les secousses convulsives sont moins considérables.

Les traits de la face ne sont plus tirés; la figure est calme; la bouche n'est plus ouverte. Tout mouvement convulsif a cessé. — Tilleul; bouillon. Eviter le refroidissement.

Le 16, toute la journée d'hier et toute la nuit, la malade est restée plongée dans cet état de somnolence. Ce matin elle ouvre un peu mieux les yeux; sa figure annonce toujours un peu de stupeur et d'étonnement; les mouvements convulsifs ne se sont pas reproduits. Elle commence à parler, mais difficilement; elle semble ne pas entendre ce qu'on lui dit; la plupart des questions restent sans réponse; elle ne dit encore que oui et non; elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé, et elle ignore l'endroit où elle est. Pouls à 92. Langue un peu sèche. Cinq à six garderobes cette nuit. Point de douleur dans le ventre.

A neuf heures du soir, même état. L'hébétude persiste; on obtient de temps en temps quelques courtes réponses; ses idées sont peu nettes. Elle ressemble à une personne qui vient de s'éveiller.

Le 17, point de changement; les idées sont toujours confuses, et la face exprime encore la stupeur. Elle est étonnée de se savoir accouchée; on a besoin de le lui confirmer pour qu'elle y croie. On ôte la camisole.

Le 18, la connaissance est tout à fait revenue. Pendant ces derniers jours, on n'a pu prendre de renseignements sur la malade, car personne n'est venu la voir; aujourd'hui que les idées sont nettes, on tâche d'apprendre par elle-même quelque chose sur ce qui s'est passé avant sa maladie. Elle a eu quatre enfants, qui sont tous morts de convulsions peu de jours après leur naissance; un d'eux est venu au monde à sept mois et demi. Elle n'a jamais eu de convulsions dans ses couches précédentes, dont elle s'est toujours bien rétablie, à l'exception de la première, où elle a eu à la suite un abcès dans la fosse iliaque droite qui s'est ouvert à travers la paroi abdominale. Elle n'a jamais eu dans sa vie de maladies nerveuses. Réglée à treize ans, ses époques ont toujours été régulières. Mariée à vingt et un ans.

Le jour et la nuit qui ont précédé son attaque, la malade n'a remarqué chez elle rien d'extraordinaire; point de malaises, de céphalalgie, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, prodromes ordinaires de l'éclampsie. C'est en sortant du lit, à quatre heures du matin, qu'elle tomba subitement par terre.

Elle ne sait pas au juste de quelle époque datait sa grossesse, mais elle croyait être à son huitième mois; aucune douleur ne s'était montrée les jours précédents, ni la veille.

Une de ses sœurs, à l'âge de onze ans, avait des convulsions; elle tombait à terre sans connaissance, et restait ainsi pendant une heure. Cela a cessé dès que la menstruation s'est établie, à l'âge de quatorze ans.

Une autre sœur a eu la fièvre cérébrale à seize ans; elle a eu six enfants, qui sont tous morts de convulsions.

Sa mère est morte à cinquante-six ans, de fièvre cérébrale.

Une de ses tantes, devenue folle, a été placée à la Salpêtrière.

Le 19, la malade va fort bien; elle cause tout à fait raisonnablement. La physionomie est calme, et n'exprime plus l'étonnement. Point de douleurs dans le ventre; langue bonne; appétit. Les seins, un peu durs, laissent abondamment couler le lait. — Potages; bouillons.

L'amélioration se maintient les deux jours suivants. La malade sort très bien rétablie le 22 mars.

— Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. Nous ferons d'abord remarquer l'absence des prodro-

mes qui, selon quelques accoucheurs, sont presque pathognomoniques, et d'après lesquels on peut prédire l'arrivée de l'accès : nous voulons surtout parler de cet œdème qui envahit les parties supérieures du corps, le cou, la face, les mains.

La plupart des observations d'éclampsie ont été vues chez des primipares, ou bien chez des femmes qui ont éprouvé de semblables accidents dans leurs précédentes couches. Notre malade rentre dans les cas exceptionnels ; elle en était à sa cinquième grossesse, et dans les quatre premières rien de semblable n'a été observé.

Presque tous les cas d'éclampsie observés par Collins, Clarke, Merriman, Robert Lee, concernaient des femmes primipares.

Quant à ce fait que les convulsions arrivent très rarement dans les présentations non naturelles, et que dès que l'enfant présente une partie autre que la tête il y a peu de crainte de les voir survenir, on peut l'expliquer par la fréquence beaucoup plus grande des présentations du sommet.

Maintenant, la maladie dont nous venons d'exposer les symptômes aussi fidèlement que cela nous a été possible, mérite-t-elle bien le nom d'éclampsie ?

Les convulsions puerpérales présentent, dit-on, un cachet spécial qui ne permet pas de les confondre avec d'autres ; on en a même fait une maladie à part, tout à fait distincte, à laquelle Sauvages, le premier, donna le nom d'éclampsie.

Mais cette maladie a presque toujours la plus grande ressemblance avec d'autres affections convulsives, telles que l'hystérie, l'épilepsie ; et notre observation n'est réellement qu'un mélange, une fusion de ces deux maladies.

L'éclampsie n'est autre chose que l'hystérie ou l'épilepsie des femmes en couches, qui se trouvent modifiées par l'état puerpéral.

L'éclampsie, a-t-on dit, est une épilepsie accidentelle, modifiée, rendue moins grave par l'état puerpéral, et qui disparaît sans se reproduire ensuite : madame Lachapelle a vu des femmes qui n'étaient épileptiques que pendant la grossesse. Que l'on garde le mot d'éclampsie pour désigner, pour distinguer les convulsions puerpérales ; mais qu'on n'en fasse point une maladie à part.

Les convulsions puerpérales ont, a-t-on dit, une funeste influence sur le fœtus, qui arrive presque toujours mort. Nous ferons remarquer que, chez notre malade, nous avons continué à entendre les battements du cœur de l'enfant, même après le fort de l'accès ; lorsque nous avons quitté la malade à une heure, on les entendait encore. L'accouchement a eu lieu à quatre heures ; nous avons dit que l'œuf avait été expulsé en entier ; si on avait surveillé l'accouchement, mais l'on n'avait nulle raison de soupçonner qu'il allait se faire, on aurait probablement pu avoir l'enfant vivant : le séjour prolongé de l'enfant dans les membranes, après le décollement complet du placenta, explique suffisamment sa mort.

Quant à la cause de la maladie que nous avons observée, nous pouvons la rechercher dans la constitution pléthorique de la malade et dans les antécédents héréditaires : évidemment la prédisposition aux congestions vers la tête était très marquée dans la famille.

D'ailleurs, l'état de grossesse, par les modifications qu'il entraîne dans tout l'organisme et surtout dans le système nerveux, suffit pour expliquer le développement de cette maladie.

— Il nous a paru curieux de rapprocher cette observation, dont les détails sont dus tout entiers, ainsi que les réflexions qui l'accompagnent, à M. Lamaëstre, interne des hôpitaux, d'un fait recueilli tout récemment dans le même service par le même observateur. Ces deux cas fournissent des données précieuses pour le diagnostic différentiel, extrêmement important, de l'éclampsie et de l'épilepsie chez les femmes en couches, et présentent d'autant plus de valeur qu'elles ont été rédigées avec le plus grand soin et la plus grande fidélité.

Epilepsie pendant la grossesse.

Au n° 8, salle Saint-Ferdinand, est entrée, le 22 juillet 1846, la nommée Hengent (Marguerite), âgée de trente ans. D'une bonne constitution, d'un tempérament pléthorique, elle a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à quatorze ans sans difficulté, ses époques ont toujours été régulières. Mariée à dix-sept ans, elle a eu sept enfants ; tous sont morts, à l'exception d'une fille âgée maintenant de cinq ans, et qui s'est toujours bien portée. Le dernier enfant qu'elle a eu (c'était une fille) est mort deux mois après sa naissance dans des attaques de convulsions qui, d'après le médecin que l'on consulta, étaient tout à fait semblables à celles de la mère.

Personne dans la famille n'a été épileptique. La malade a toujours été très robuste et sujette à des maux de tête. Point d'attaques dans les trois premières grossesses ni dans leur intervalle ; à la quatrième, étant enceinte de quatre mois et demi, elle fut prise, pour la première fois, d'un étourdissement, et tomba aussitôt sans connaissance, agitée par des convulsions ; elle resta ainsi pendant une heure. Quatre fois de semblables attaques se montrèrent pendant cette grossesse.

Elle n'en eut pas durant l'accouchement ni assez longtemps après.

Dans l'intervalle de la quatrième à la cinquième grossesse, nouvelles attaques, qui depuis lors se sont montrées sans de longues interruptions pendant les autres grossesses et dans leur intervalle, devenant plus longues à mesure que la maladie devient elle-même plus ancienne. Elles offrent toujours le même caractère, La malade dit sentir quelque chose qui lui monte à la tête ; elle ne voit plus clair, n'a que le temps d'appeler pour qu'on vienne à elle, et elle tombe aussitôt sans connaissance. Quand elle revient à elle, elle éprouve une courbature générale et une pesanteur dans la tête.

Enceinte pour la huitième fois, elle entre le 22 juillet dans notre service d'accouchement à quatre heures du matin. Arrivée au terme de sa grossesse, elle accouche deux heures après son arrivée, très naturellement et sans de grandes douleurs. L'enfant, du sexe masculin, est robuste et bien portant.

Il y avait trois mois que la malade n'avait pas eu d'attaque, quand hier, 24 juillet, à sept heures du soir, soixante heures environ après l'accouchement, elle est tombée dans un accès d'épilepsie des plus intenses ; elle était assise dans son lit, donnant à téter à son enfant, lorsqu'elle a été prise tout à coup d'un étourdissement ; ses yeux se sont largement ouverts, sont devenus hagards et immobiles ; elle n'a pas eu, cette fois, le temps d'appeler à son aide ; mais une de ses voisines ayant donné l'alarme, on s'est empressé d'accourir. Les bras, tendus en avant, sont agités par des mouvements convulsifs, saccadés, comme tétaniques, et étreignent avec force l'enfant, que la malade a violemment arraché de son sein au moment où l'accès a commencé. On a dégagé au plus vite l'enfant, qui menaçait de suffoquer.

La malade, qui était encore assise, s'est aussitôt renversée sur le lit ; les paupières se sont fermées ; la face est devenue violacée ; une salive abondante remplissait la bouche ; les quatre membres étaient le siége de mouvements convulsifs.

Les convulsions, qui ont duré environ cinq minutes, ont été remplacées par une résolution complète de tout le corps ; la respiration, un instant suspendue, s'est peu à peu régularisée ; l'injection de la face a été remplacée par une extrême pâleur ; les yeux se sont rouverts, mais en conservant une fixité qui a duré, ainsi que la perte de connaissance, jusqu'à huit heures du soir.

Il y a eu un peu de trouble dans les idées ; ainsi, au lieu de répondre aux questions qu'on lui adressait, elle disait des paroles qui n'avait aucun sens.

Vers huit heures, il ne restait plus de cette attaque que de la lassitude, un peu de céphalalgie. Elle a dormi toute la nuit d'un profond sommeil.

25. Ce matin, à sept heures, la malade a été prise d'un vertige épileptique qui n'a pas été plus loin. A neuf heures, elle se trouve bien. Point de céphalalgie ; point de douleurs dans le ventre ; les lochies sont abondantes ; les seins gonflés, durs, un peu douloureux.

Le mamelon droit présente une petite crevasse qui existe depuis avant-hier. Lorsque l'accès a eu lieu hier, la malade donnait à téter à l'enfant du sein droit.

C'est la première fois que l'accès se montre sitôt après l'accouchement. Les autres fois, dit la malade, l'attaque ne revenait que deux ou trois mois après.

Le 26, point de nouvelle attaque. La malade va fort bien. L'enfant n'a pas encore été atteint de convulsions. Sortie le 27 juillet.

Y...

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 1er septembre 1846. — Présidence de M. Roche.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Moreau* demande que l'on retranche ou que l'on modifie certaines expressions un peu vives échappées aux orateurs dans la dernière séance.

M. Prus pense au contraire qu'il est nécessaire de maintenir ces expressions, qui sont trop graves pour que les orateurs n'y aient pas mûrement réfléchi avant de les prononcer.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

— *M. Bayle* écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

— *M. Prus,* rapporteur de la Commission de la peste, a la parole.

Messieurs,

Depuis la séance dernière, votre Commission s'est réunie plusieurs fois pour délibérer sur le renvoi que vous lui avez fait de la première conclusion de son travait.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, que lorsque l'Académie a prononcé ce renvoi, elle n'a pas formulé le changement qu'elle désirait voir introduire dans la proposition en discussion. Son vote, émis sous l'impression du discours de l'honorable M. Gérardin, semblait avoir pour but de fournir à la Commission l'occasion de se livrer à un nouvel examen de toutes les conclusions médicales présentées, et de décider s'il n'y aurait pas avantage à en diminuer le nombre et à les ranger dans un nouvel ordre qui en fît mieux saisir la liaison et la portée, plutôt que de faire subir des modifications à la première de ces conclusions. C'est dans ce sens plus large que la Commission a compris le renvoi que vous lui avez fait.

Votre Commission, Messieurs, toujours désireuse d'améliorer son travail et de le rendre plus digne de l'approbation de l'Académie, s'est vivement préoccupée de la nouvelle question qu'elle avait à résoudre.

Il lui a semblé résulter non-seulement de ce qui a été formellement exprimé dans la dernière séance, mais aussi de la tendance moins explicite de plusieurs opinions émises dans la discussion générale, que l'Académie s'effrayait du nombre des conclusions scientifiques soumises à son appréciation, qu'elle considérait le vote de plusieurs d'entre elles comme n'étant pas indispensable ; enfin qu'elle désirait que, par d'autres combinaisons, la Commission lui rendît sa tâche moins longue et moins difficile, sans que le résultat, cependant, cessât d'être susceptible d'une grande et utile application.

Je dois dire à l'Académie que, lorsque la Commission a commencé à délibérer sur les trente conclusions médicales, plusieurs de ses membres, et parmi eux son rapporteur, redoutant les inconvénients qui ont frappé plusieurs de nos collègues, étaient d'avis de ne pas reproduire les propositions qui terminent les différents chapitres du rapport, mais de tirer de l'ensemble de celui-ci des conséquences générales qui en seraient les conclusions. Sur la réclamation et l'insistance d'un honorable membre, la majorité de la Commission n'a pas suivi l'avis d'abord donné ; elle a surtout été déterminée par cette considération que, dans des questions aussi graves, aussi difficiles et aussi controversées, aucune conclusion ne devait être inscrite au rapport sans être précédée d'un chapitre qui en contînt les éléments et les preuves. Aujourd'hui que la discussion générale a jeté une vive lumière sur toute la matière, le motif indiqué est loin d'avoir l'importance qu'il avait alors.

Aussi votre Commission, croyant entrer dans les vues de l'Académie, a décidé, à l'unanimité des membres présents, qu'elle s'efforcerait de diminuer le nombre des conclusions scientifiques qui terminent le rapport, et de les ranger dans un ordre tel, qu'on pût à la première vue en saisir l'enchaînement et le but.

Mais avant de se livrer à ce nouveau travail, qui n'est pas sans quelque difficulté, avant de reprendre ses laborieuses séances, la majorité de la Commission éprouve le besoin d'être parfaitement éclairée sur vos sentiments et sur ce que vous attendez d'elle.

Dans sa pensée, il s'agit d'un changement à apporter dans le nombre, la forme et la coordination des propositions finales, et non d'un changement dans les principes et les doctrines. Il importe que cette intention soit bien comprise par tout le monde, afin qu'il n'y ait ni malentendu, ni déception possible.

Or c'est l'exécution de ce plan qui fait naître tout d'abord dans la majorité de la Commission des appréhensions dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir.

Vous ne pouvez avoir oublié, Messieurs, que dans la discussion générale plusieurs des membres les plus considérables de cette assemblée ont porté sur le travail de la Commission un jugement des plus sévères. Ils l'ont déclaré entaché de superfluités, erroné dans plusieurs de ses parties principales, exagéré, insuffisant, dangereux dans ses corollaires pratiques, en un mot ; et c'est le terme dont on s'est servi, indigne du corps savant auquel il était présenté.

Si cette opinion n'eût été émise que passagèrement, si elle était partie de personnes moins éclairées sur le sujet en discussion, la Commission aurait pu la considérer comme un fait isolé, accidentel et ne lui accorder qu'une médiocre importance.

Malheureusement, il n'en a pas été ainsi. Pendant toute la discussion générale, les attaques contre le rapport, quoique portant sur des points différents en se produisant sous des formes variées, furent aussi vives que nombreuses.

Il est vrai que plusieurs membres de l'Académie qui n'appartiennent pas à la Commission, il est vrai que plusieurs membres de celle-ci ont soutenu les doctrines du rapport. Enfin le rapporteur, dans sa réponse à un de ses collègues de la Commission et dans le résumé de la discussion générale, a cherché à repousser les attaques des adversaires du rapport.

Mais aucun vote de l'Académie n'est intervenu pour faire connaître son jugement sur la valeur des reproches, de ceux mêmes qui pouvaient paraître le plus exagérés.

Aussi, lorsque l'Académie passa à l'examen de la première conclusion, les adversaires du travail de la Commission se crurent-ils en droit de faire entendre sur l'ensemble du rapport les mêmes accusations dont l'expression fut encore plus vive et plus acerbe. Ces accusations se sont reproduites jusque dans la dernière séance, terminée par le renvoi qui nous amène devant vous.

Au dehors, l'opinion des honorables membres opposants a produit un grand effet. Sa reproduction, sans cesse renouvelée dans cette enceinte, ne peut qu'entraver vos délibérations et atténuer à l'avance l'autorité des décisions que vous prendrez, tant que l'on ne saura pas par combien de membres cette opinion est partagée.

Il importe donc à la Commission, avant de passer outre, avant d'entreprendre une tâche nouvelle, de savoir si le blâme sévère articulé contre le rapport par plusieurs de nos savants adversaires est sanctionné par la majorité de l'Académie. L'Académie elle-même a un grand intérêt à savoir sur quel terrain elle marche et si elle est dans la voie qui doit la mener à des résultats utiles ; elle sait combien l'opinion publique est attentive à ses travaux.

En effet, Messieurs, si l'Académie avait cette conviction que le travail qui lui est soumis est radicalement défectueux, qu'il repose sur une connaissance imparfaite ou une inexacte appréciation des faits, et que ses conséquences logiques sont d'une application dangereuse, il est évident que, dans cette hypothèse, ce ne sont pas des modifications secondaires de forme ou de coordination, comme la Commission se propose d'en introduire dans les conclusions, qu'il faudrait lui imprimer ; ce serait un travail à reconstruire sur d'autres bases, et telle est certainement l'opinion des honorables opposants qui l'ont combattu.

Dans la situation exceptionnelle où se trouve votre Commission, elle supplie l'Académie de vouloir bien mettre un terme à une incertitude pénible en faisant connaître par un vote le nombre de ses membres qui pensent que le travail de la Commission est indigne de son approbation et ne peut être la base d'une discussion utile, susceptible de faire atteindre le but que nous nous proposons tous.

Cette manifestation devenue nécessaire n'engagerait en aucune façon l'avenir, puisque des amendements pourront être faits à toutes les conclusions nouvelles qui vous seraient présentées. Ce serait un commencement d'approbation, un encouragement donné à votre Commission, qui aurait alors l'espérance que ses nouveaux efforts ne seraient pas stériles.

La question de la peste est, il faut bien le dire, la plus grave question médicale de notre temps, soit par les problèmes scientifiques qu'elle soulève, soit par le grand retentissement que lui donnent les intérêts de toute nature qui se rattachent à sa solution. Elle est désormais à l'ordre du jour ; il n'est donné à personne de la supprimer, ni même de l'ajourner, tant elle commande impérieusement des réformes en harmonie avec l'état actuel de la science. L'Académie royale de médecine, instituée pour éclairer le pays sur tout ce qui intéresse la santé publique, doit, de toute nécessité, son avis sur la question, avis attendu avec impatience par le public, et dont le gouvernement a promis aux Chambres de tenir le plus grand compte.

Si donc, par la manifestation que la majorité de la Commission réclame avec instance, l'Académie lui donne l'encouragement qui lui est nécessaire, un grand pas aura été fait. L'Académie et la Commission poursuivront avec fermeté l'achèvement de l'œuvre commune.

Si, au contraire, l'Académie repousse le travail sur lequel elle délibère depuis plus de trois mois, le résultat sera encore avantageux ; car elle économisera un temps précieux, et que réclament des travaux arriérés. La situation sera nette pour tout le monde, et une Commission nouvelle, éclairée par les indications de l'opposition, rédigera un nouveau rapport.

Dans ce cas, la Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe emportera le regret de ne pas avoir rempli l'attente de l'Académie, mais elle conservera la certitude d'avoir laborieusement et consciencieusement cherché à atteindre le but honorable qu'elle s'était proposé.

Ce qui affligerait profondément la Commission et la jeterait dans un embarras extrême, serait que l'Académie ne se rendît pas à ses vœux et reculât devant une manifestation qui, ne compromettant en rien l'avenir, peut seule donner à tous une position nette, et imprimer aux délibérations de l'Académie une marche régulière et digne, en même temps qu'elles assureront de bons et utiles résultats.

Sur la demande de plusieurs membres, *M. Prus* formule ainsi la proposition qu'il soumet à l'approbation de l'Académie :

« L'Académie déclare que le travail de la Commission peut être » regardé comme une base de discussion qui lui permet de formuler » sa pensée concernant les principales questions touchant la peste et » les quarantaines. »

M. Castel prétend que la Commission a tort de se plaindre de l'amertume avec laquelle on aurait attaqué le rapport. Lui-même, dans son premier discours, il disait : « Le travail de la Commission » paraît mériter toute la reconnaissance de l'Académie, mais il n'est » pas dans tous les points digne de son approbation. » Si l'on a rejeté la première conclusion, cela ne veut pas dire qu'on les rejettera toutes. La proposition du rapporteur est une sorte de sauf-conduit qui n'est nullement nécessaire pour le rapport. Que la Commission se pénètre bien de ceci, que le rapport est loin d'être parfait, qu'il y a beaucoup à y changer, et qu'il contient bien des principes opposés à la science. Pour n'en prendre qu'un : La peste, dit la Commission, n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique. D'où il suivrait qu'il faut supprimer les lazarets permanents. M. Castel conclut en priant la Commission d'examiner froidement les objections qui lui ont été adressées ; elle verra que personne n'a eu l'intention de supprimer le rapport, mais seulement de le faire modifier et de le rendre digne de

l'Académie.

M. Adelon, tout en faisant observer que jamais une Compagnie ne doit porter un vote sur une discussion générale, mais seulement sur les conclusions d'un rapport, que la demande de M. Prus est par conséquent en dehors de toutes les habitudes académiques, pense cependant que rien ne s'oppose à ce que l'on donne à la Commission la satisfaction qu'elle demande, en déclarant que le rapport est une bonne base de discussion.

M. Gaultier de Claubry parle dans le même sens.

M. Moreau regarde ce vote comme inutile. Le soin que l'Académie a consacré, le temps qu'elle a passé à discuter le rapport entier et la première conclusion prouvent assez le cas que l'on fait du rapport, et témoignent de l'importance qu'on y attache.

La proposition de *M. Prus* est mise aux voix et adoptée.

M. Prus expose en quelques mots l'intention de la Commission, qui est, non de retrancher, mais de *contracter* les propositions qui formaient les premières conclusions.

M. Moreau. La question est grave, importante, et je pense que, pour remplir son devoir envers l'Académie, la Commission devra être aussi claire, aussi brève que possible. Beaucoup de questions soulevées par le rapport ne sont pas susceptibles de solutions positives. On peut les conserver comme notions scientifiques; mais je ne crois pas qu'il faille chercher à les résoudre. Trois questions, ce me semble, doivent seulement être posées et résolues :

1° Dans quels pays la peste existe-t-elle actuellement ?

2° La peste est-elle transmissible ?

3° En cas d'affirmative, quelles sont les précautions à prendre pour l'arrêter dans sa marche ?

— La séance est levée à quatre heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 août 1846. — Présidence de M. MATHIEU.

La séance a été tout entière consacrée à des lectures et à des communications étrangères à la médecine.

— *M. Dupasquier*, de Lyon, écrit à l'Académie une lettre dans laquelle il expose les résultats de son observation relativement aux maladies qui atteignent les ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphorées.

Les seuls accidents qu'il ait notés sont une légère irritation bronchique. Il attribue ceux qui ont été observés à Paris et en Allemagne à la présence de l'arsenic dans le phosphore employé à cet usage.

NÉCROLOGIE.

Le corps médical vient de perdre un de ses membres les plus vénérables, M. Jacques, ancien chirurgien-major de la 4e légion, chevalier de la Légion-d'Honneur. Ses obsèques ont eu lieu le samedi 29 août au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis. M. le Dr Janin a prononcé sur sa tombe, au nom de la Société médico-pratique, un discours que nous nous faisons un plaisir de reproduire ici :

Messieurs,

L'homme éprouve à chaque instant combien il est destiné à passer de la joie à la douleur!

Il y a quelques jours, nous serrions la main d'un excellent confrère, et nous voici sur sa tombe!

Qui nous eût dit, il n'y a pas un mois, qu'au milieu de la Société médico-pratique de Paris, dont M. Jacques était l'un des fondateurs, nous entendions sa parole affectueuse pour la dernière fois?

M. Jacques, né à Andelot (Haute-Marne) en juin 1760, apprit chez un oncle les premiers éléments de la chirurgie, et vint à Paris à l'âge de seize ans. Il suivit les leçons du célèbre professeur Jean Sue, dont il ne tarda pas à être distingué et à conquérir l'amitié. Logé chez son maître, il répétait aux élèves les cours d'anatomie et de médecine opératoire; et après neuf années de travaux assidus, il quitta Jean Sue et commença à exercer l'art de guérir, carrière où ses talents et son aménité devaient bientôt lui procurer une nombreuse clientèle.

M. Jacques conserva pour amis ceux dont il avait mérité la confiance, et pendant un grand nombre d'années, il fut l'un des accoucheurs les plus distingués et les plus occupés de la capitale.

Appartenant à la garde nationale de Paris depuis l'époque de sa création, notre bon confrère était chirurgien-major de la 4e légion.

Il concourut à la réorganisation des bureaux de bienfaisance, et pendant plus de quarante ans, médecin des pauvres dont il fut le consolateur et l'appui, il les soigna avec un zèle et un dévouement peu communs, et avec cette charité, cette délicatesse et ce cœur que nous lui connaissions.

Une vie si bien remplie devait fixer l'attention de l'autorité, et il vit tardivement placer sur sa poitrine la croix de la Légion-d'Honneur, que peu d'hommes ont aussi bien méritée.

Veuf depuis longtemps, aussi bon époux et bon père qu'il était bon praticien, M. Jacques est profondément regretté d'une fille qui l'adorait, de petits fils qui le pleureront toujours, de nombreux confrères qui vénèrent sa mémoire, et parmi lesquels est son petit-gendre, digne héritier de ses vertus et de son talent.

Hélas! il n'est pas un de ceux qui l'ont connu qui ne s'associe à nos regrets, qui ne comprenne et sente comme nous la douleur que nous cause sa perte, nous jadis ses élèves, hier ses confrères, et qui sommes appelés aujourd'hui à lui rendre les derniers devoirs!

Homme de savoir, homme de bien, homme généreux, modeste, charitable et désintéressé, homme de relations dévouées et sûres à ses amis, paternelles aux jeunes gens, bienveillantes et aimables à tous, homme d'une piété vraiment évangélique, nous, vos élèves, vos confrères, vos amis, au nom de nos autres confrères absents, au nom de la Société médico-pratique qui était heureuse et fière de vous posséder, et qui s'unit dans une douleur commune à ceux qui vous pleurent; au nom de vous enfin, nous faisons un dernier adieu à votre dépouille!

Quant à votre mémoire, elle restera dans nos cœurs tant que nous vivrons, et dans la science que vous avez tant honorée!

Applications des préparations de chanvre cultivé aux besoins de la thérapeutique; par M. le docteur MALY, de Graetz.

Des observations très anciennes ont déjà signalé les effets remarquables produits par le *Cannabis sativa* sur les organes de la génération. On a employé ce végétal comme moyen excitant au coït.

L'alcoolé de la plante femelle, administré dans le cas de blennorrhagie, guérit cette maladie en quinze jours.

En Russie, l'application de l'huile de chenevis sur les membres affectés de contracture est un moyen très usité dans la médecine populaire.

La teinture alcoolique et l'extrait résineux sont appelés, suivant M. Maly, à rendre d'importants services dans le traitement du tétanos.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 27 août 1846, un concours public sera ouvert, le 4 janvier 1847, devant l'Ecole de pharmacie de Paris pour cinq places d'agrégés, savoir: trois places pour la section de chimie, de physique et de toxicologie; deux places pour la section de pharmacie et d'histoire naturelle médicale,

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1847.

Les pharmaciens reçus par l'une des trois écoles de pharmacie du royaume qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer au secrétariat de l'Ecole de pharmacie de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, savoir : pour la section de chimie, de physique et de toxicologie, avant le 4 janvier 1847; pour la section de pharmacie et d'histoire naturelle médicale, avant le 4 février 1847.

— M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a commencé son cours de physiologie comparée mardi 1er septembre, à une heure de l'après-midi, au Jardin-des-Plantes, dans l'amphithéâtre de géologie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

— L'épizootie sévit de nouveau sur le bétail dans le royaume de Pologne. En conséquence la frontière a été déclarée fermée à l'entrée du bétail.

— Le choléra sévit dans le Sindh. Les 15, 16 et 17 juin, 255 Européens étaient morts de cette épidémie. Les naturels meurent par centaines.

Nous recommandons d'une manière toute particulière les Bouts de Sein et les Biberons en Tetine de madame BRETON; les personnes qui en feront usage n'auront que des remercîments à nous adresser.

Les nombreuses Médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

SCARIFICATEURS A RESSORT modifié par CHARRIÈRE.

Depuis quelques années les scarificateurs à ressort ont acquis un degré de perfectionnement qu'ils étaient loin d'avoir à leur naissance.

Cet instrument, originaire de l'Allemagne, s'y fabriquait exclusivement; mais il était de structure grossière, d'un démontage et surtout d'un nettoyage difficiles, ce qui contribuait beaucoup à en restreindre l'emploi.

C'est de Londres que partent les premières modifications vraiment sérieuses. Les lames divergentes furent substituées aux anciennes, mais la disposition du ressort était encore très défectueuse.

Il y a vingt ans environ, M. Deleuil, balancier de la Monnaie de Paris, sur la demande et les indications de M. le docteur Gondet, et, depuis, M. Charrière, apportèrent aux scarificateurs de très utiles perfectionnements; ainsi, solidité et flexibilité du ressort, facilité de démontage, possibilité de remplacement des lames, simplification du nettoyage.

Mais le perfectionnement le plus important fut l'application du ressort en barillet de pendule introduit par M. Charrière, ainsi que s'en exprime M. Laugier dans un rapport fait à l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 28 octobre 1845, à propos d'un autre scarificateur.

Le rapport a été publié en entier dans les annonces du journal l'*Abeille médicale*, n° 7, juillet 1846; la PHRASE SUIVANTE A SEULE ÉTÉ OMISE :

« M. Blain reconnaît toutefois que M. Charrière a avantageusement modifié le mécanisme en y introduisant le ressort roulé de » pendule (1). »

Le scarificateur de M. Charrière, tel qu'il a été publié il y a environ six ans et dont le détail se trouve encore aujourd'hui dans son catalogue, est celui employé généralement par MM. les ventouseurs des hôpitaux; ce scarificateur se recommande par la grande élasticité du ressort, la facilité de l'armement, la *régularité et la rapidité de la course des lames*, DONT L'ACTION EST AUSSI PUISSANTE A LA FIN DE LA COURSE QU'AU POINT DE DÉPART, l'extrême simplicité du démontage et du nettoyage, et par la possibilité de remplacer instantanément les lames détériorées. (*Voir* aux annonces pour le prix.)

(1) Nous rétablissons la phrase ci-dessus par respect pour le règlement de l'Académie royale de médecine, qui porte en substance (art. 33) que les rapports pourront être délivrés à la *condition expresse qu'il n'y sera fait aucune addition, altération ou changement d'aucun genre.*

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 104. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr Fabre, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 4 SEPTEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le 23 du mois dernier on apporta à la Clinique un enfant né à sept mois, affecté d'une imperforation du rectum. Il n'avait pas rendu de méconium, et, depuis douze heures qu'il était né, il ne cessait de rejeter par la bouche des matières fécales. L'anus n'était pas fermé; il présentait une sorte d'infundibulum profond de 2 centimètres. Le petit doigt introduit par l'anus ne sentait aucune tumeur, aucun renflement de l'intestin distendu par des matières; mais seulement une membrane mince, rénitente. A l'aide d'une sonde de femme, cette membrane fut déchirée et l'instrument pénétra, avec la plus grande facilité à la profondeur de 4 centimètres sans donner issue à des matières fécales ni à aucun autre liquide. Pourtant la sonde était entrée dans l'intestin, ce que démontra l'autopsie faite deux jours après. M. Voillemier dut penser qu'il existait un autre obstacle au cours des matières fécales que l'oblitération du rectum; mais, incertain du siége qu'occupait cet obstacle, et prenant en considération l'état de débilité extrême de l'enfant, il ne voulut pas tenter l'ouverture déjà si chanceuse d'un anus lombaire. Le petit malade succomba le même jour. L'autopsie, faite le lendemain, présenta les particularités suivantes.

L'estomac et toute la portion supérieure de l'intestin dans l'étendue de 85 centimètres, sont fortement dilatés par quelquel matières fécales liquides jaunâtres, et par une grande quantité de gaz. Divisé dans le sens de la largeur et mesuré, l'intestin a 7 centimètres de large. A la distance que nous venons d'indiquer, il s'interrompt tout à coup et se termine sans présenter d'infundibulum, de plis radiés, de trace de cicatrice. Le reste de l'intestin, long de 92 centimètres, a un aspect tout différent. Il est gros comme une forte plume, et contient dans son intérieur une matière épaisse, d'un jaune verdâtre, gluante, ayant les caractères du mucus épaissi. Le bout supérieur de cette partie de l'intestin ne se trouve pas rattaché à l'autre portion par un lien fibreux; elle en est tout à fait distincte, et leurs deux bouts sont séparés dans l'abdomen par une distance de 4 centimètres. Dans la région moyenne du ventre on rencontre encore deux sections d'intestin complétement isolées, ayant l'une 7 centimètres de long, l'autre 5. Elles ont les mêmes caractères que la dernière portion de l'intestin, elles ont le même aspect, contiennent également du mucus épaissi, et se terminent aussi brusquement. Le tube digestif se trouvait ainsi divisé en quatre portions distinctes les unes des autres, et qui n'étaient unies entre elles par aucun lien fibreux qui pût faire supposer une continuité de l'intestin avec oblitération de son calibre dans certains points. Ce vice de conformation, très curieux par sa forme bien arrêtée, rentre dans la classe des difformités auxquelles M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire a donné le nom d'*anomalies par cloisonnement.*

Au point de vue chirurgical, ce fait est encore digne d'intérêt; il montre que dans les cas de vomissements de matières fécales, avec imperforation du rectum, il ne suffit pas toujours de pratiquer un anus artificiel pour rétablir le cours des matières. L'ouverture même du colon dans la région lombaire, suivant le procédé indiqué par Callisen, et remis en honneur avec succès dans ces derniers temps par M. Amussat, n'aurait eu aucun résultat. Il est assez fréquent de rencontrer à la fois plusieurs difformités chez le même sujet. L'imperforation du rectum constatée, c'est un premier vice de conformation qui met déjà en droit d'en soupçonner d'autres. La première indication est sans contredit de chercher à remédier à cette imperforation en pratiquant un anus artificiel d'après les règles ordinaires; mais lorsque l'on est ainsi parvenu dans l'intestin sans avoir donné issue à des matières fécales, il nous semble qu'il serait d'une mauvaise pratique de chercher à établir une autre ouverture sur un point quelconque, soit du gros intestin, soit de l'intestin grêle par le procédé de Littre. On n'a plus aucune donnée pour agir ainsi, puisque l'on ignore la nature de l'obstacle, et le point où il siége, et ce serait pratiquer au hasard une opération très probablement inutile.

—Nous avons vu dans les salles de M. Marrotte, à l'Hôtel-Dieu, une femme de vingt-six ans qui fut prise il y a quelque temps d'une variole confluente grave. Cette femme était enceinte de quatre mois environ; malgré l'intensité de la maladie, aucun phénomène n'était survenu du côté de l'abdomen qui pût faire redouter une fausse couche, lorsque douze à quinze jours après la dessiccation des pustules varioliques, et sans cause extérieure connue, l'accouchement prématuré eut lieu, sans s'accompagner du reste d'aucun accident grave. La malade est en voie de convalescence. L'embryon, parfaitement conformé, présentant le développement normal d'un fœtus de quatre mois et demi à cinq mois, n'offrait sur le corps aucune trace d'éruption variolique.

Ce qui rend ce fait curieux, c'est l'époque tardive à laquelle est survenu l'avortement. Dans les maladies fébriles, en effet, c'est le plus ordinairement au moment où la réaction générale est la plus forte que cet accident se produit. Dans la variole, c'est presque toujours pendant la période de suppuration.

— Dans le traitement de la vaginite, il y a deux indications importantes à remplir : empêcher le contact des surfaces muqueuses enflammées qui constituent les parois vaginales, et modifier les surfaces elles-mêmes par des applications topiques. Les mèches de charpie ou de coton volumineuses, soit sèches, soit saupoudrées d'alun, ont été recommandées et souvent employées avec succès. M. Marrotte préfère les enduire d'une pommade au nitrate d'argent. Il trouve à cette pratique l'avantage d'isoler les surfaces enflammées, et de porter sur elles un agent médicamenteux énergique, dont l'efficacité n'est plus douteuse dans le traitement des catarrhes purulents des membranes muqueuses.

Deux femmes, actuellement en traitement dans le service de M. Marrotte, sont soumises à cette médication. Chez l'une d'entre elles, qui, outre l'écoulement vaginal, était affectée d'urétrite, le crayon de nitrate d'argent a été introduit à plusieurs reprises dans toute la longueur du canal de l'urètre, de manière à en cautériser toute la surface. Cette pratique est incontestablement la plus prompte et la plus sûre pour la guérison de l'urétrite chez la femme. Elle forme le pendant de la méthode abortive de l'urétrite blennorrhagique par les injections de nitrate d'argent à haute dose chez l'homme. Les effets produits chez la femme par le contact du crayon de nitrate d'argent sur la muqueuse, prouvent bien évidemment que ce n'est qu'à la cautérisation qu'est due la guérison de l'écoulement. De même, chez l'homme, les injections avec la solution de nitrate d'argent n'ont de puissance au début de l'urétrite qu'à la condition de désorganiser la partie la plus superficielle de la muqueuse; si elles ne sont faites qu'à dose irritante, non-seulement elles sont complétement inutiles au point de vue du traitement abortif, mais même elles sont très nuisibles employées concurremment avec les médicaments internes auxquels elles font perdre alors toute chance de réussite. Ceci explique comment certains praticiens n'ont pas obtenu de succès des injections à haute dose dans le traitement de la blennorrhagie, qui, effrayés par la proportion de 0,80 grammes ou d'un gramme de nitrate pour trente grammes d'eau distillée, ont réduit la dose du sel argentique à 0,25 ou 0,30 pour 30 grammes d'eau. Au lieu d'être caustique, l'injection n'est plus alors qu'irritante, et augmente l'intensité du travail inflammatoire au lieu de le faire disparaître.

— Il est extrêmement difficile, sinon impossible, de reconnaître pendant la vie l'existence des calculs biliaires, à moins que les sujets que l'on suppose affectés de cette maladie n'en aient rendu par les selles. Cependant, si le diagnostic rigoureux et précis est à peu près impossible, il est un ensemble de phénomènes d'après l'observation desquels on peut rationnellement conclure à la présence de ces concrétions dans les voies biliaires. Telles sont les douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs qui se prolongent quelquefois jusque dans le sein droit, le cou et l'épaule du même côté, ne sont pas continues, reviennent par intervalles et sont connues sous le nom de coliques hépatiques.

Ces douleurs ne peuvent être considérées néanmoins comme un signe pathognomonique; il est des cas où on les rencontre et où il n'existe pas de calculs biliaires. Dans d'autres, on trouve des concrétions chez des sujets qui n'ont jamais offert la moindre douleur. Seules, les coliques dites hépatiques n'auraient pas une grande valeur; mais s'il survient des troubles graves dans les fonctions digestives, des nausées, des vomissements bilieux; si la peau prend une teinte jaunâtre, on doit soupçonner la présence de calculs dans l'appareil biliaire.

Nous avons vu dans le service de M. Marrotte une femme de quarante-huit ans, qui présentait l'ensemble des phénomènes qu'il est permis de rattacher à l'affection dont nous parlons. Les deux signes indiqués comme caractéristiques par les auteurs manquaient; nous voulons dire l'expulsion de calculs par les selles; la sensation, signalée par Petit, de frottement et de crépitation que produisent les calculs en se heurtant les uns contre les autres lorsqu'à l'aide de la main appliquée sur le ventre on cherche à produire cette collision.

Pour tout traitement, M. Marotte prescrivit quelques purgatifs doux et légers : la scammonée, le calomelas; sous leur influence, une légère amélioration s'est fait sentir, non point assez grande pour dissiper tous les doutes, mais suffisante pour permettre de croire à l'existence de calculs comme cause des phénomènes indiqués.

— Ce qui a probablement empêché le traitement des maladies de la peau de faire des progrès aussi marqués que celui des autres affections soit médicales, soit chirurgicales, c'est l'ignorance dans laquelle on est resté jusqu'à présent relativement à leur nature et à leur siége. Du jour où l'on sera d'accord sur ces deux points, la thérapeutique des maladies cutanées deviendra plus simple, en même temps que plus certaine, basée qu'elle sera sur la connaissance exacte de leurs éléments constitutifs. M. Cazenave nous semble donc être dans la bonne voie lorsqu'il cherche par l'observation et par les analogies à remonter aux causes premières qui lui fourniront de précieuses données dans l'application. Les résultats auxquels il est arrivé témoignent assez du reste en faveur de sa manière d'envisager cette étude.

Pour lui, le lichen, le prurigo ne sont autre chose qu'une inflammation de la partie nerveuse de la peau : c'est une *hypersthésie;* l'éruption n'est que l'accident, l'exagération de la maladie; et cela est si vrai qu'il y a des cas incontestables dans lesquels on trouve des prurigo sans éruption. D'après cela, M. Cazenave réduit la thérapeutique du lichen et du prurigo aux émollients, aux narcotiques : des pilules de Méglin, quelques bains simples ou émollients ont souvent amené des résultats aussi prompts qu'inespérés.

L'impétigo est la manifestation de la phlegmasie de l'élément lymphatique de la peau; c'est l'expression de la constitution scrofuleuse; pour M. Cazenave, elle est aussi caractéristique que les engorgements glandulaires du cou, par exemple. Il se trouve bien de l'administration à l'intérieur de la solution d'hydrochlorate de chaux dans la proportion de 15 grammes de sel pour 500 d'eau distillée; on en fait prendre au malade de quatre à six cuillerées par jour. Depuis longtemps, M. Cazenave a renoncé à l'emploi des préparations iodurées et principalement de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies scrofuleuses. Sous ce rapport, il est parfaitement du même avis que M. Ricord. D'après les observations journalières de ces deux professeurs distingués, il paraît définitivement acquis à la science qu'autant l'iodure de potassium est héroïque et souverain dans les manifestations tertiaires de la vérole constitutionnelle, autant il est insignifiant et impuissant lorsqu'il s'agit d'affections scrofuleuses.

C'est encore une grande question que celle des caustiques dans les maladies de la peau. Depuis quelques années, M. Cazenave emploie dans le traitement du *lupus* superficiel un caustique composé de :

Biiodure de mercure,	4
Huiles d'amandes douces,	30

Ce sel de mercure suspendu dans l'huile n'agit que superficiellement et modifie les surfaces. Son action est quelquefois assez vive pour déterminer chez certains malades dont l'enveloppe tégumentaire est très sensible une sorte d'érysipèle qui dure cinq à six heures et disparaît sans aucun traitement. Lorsque, sans être très profond, le lupus n'est plus aussi superficiel, la pâte de chlorure de zinc, dite pâte de Canquoin, trouve son application; mais encore faut-il avoir soin de ne pas la laisser assez longtemps pour dénuder la peau. Ce n'est que dans les cas où le lupus agit très profondément que l'on peut se permettre l'usage des caustiques puissants.

Si nous nous sommes étendus aussi longuement sur ces quelques points de la thérapeutique des affections cutanées, c'est que souvent en ville elles sont le désespoir des praticiens, comme elles sont celui des malades; nous croirions manquer à notre mission en ne nous hâtant point de porter à la connaissance de nos confrères l'indication des ressources dont enrichissent la thérapeutique les laborieuses et consciencieuses recherches des médecins qui se vouent à cette étude aussi ingrate que difficile.

— La nyctalopie est une affection assez rare. Elle consiste, comme son nom l'indique, dans l'impossibilité de supporter la lumière du jour, tandis que la vision peut s'opérer lorsque le soleil a disparu de l'horizon. Pendant le jour, le malade est obligé de tenir ses yeux couverts d'un voile épais. Quand il les entr'ouvre seulement, il éprouve un éblouissement qui l'empêche de distinguer les objets, et une douleur qui le fait renoncer à tout examen des yeux. L'impression de la lumière détermine une injection très prononcée de la conjonctive et un larmoiement abondant. Qu'elle soit idiopathique ou symptomatique d'une maladie des yeux, la nyctalopie dépend toujours pour nous d'une perversion de l'innervation du nerf optique. Demours la regardait comme toujours symptomatique; « jamais, disait-il, à moins d'imposture, on n'a entendu quelqu'un ayant les yeux parfaitement sains à l'inspection, vouloir persuader qu'il n'aperçoit rien pendant que le soleil est sur l'horizon, et qu'il voit distinctement la nuit à l'aide d'une lumière artificielle. » Nous ne voyons pas pourquoi la nyctalopie ne pourrait pas être idiopathique ou essen-

tielle, pourquoi le nerf optique ne pourrait pas, comme tous les autres nerfs des sens, être le siége d'une névropathie à laquelle on ne reconnaîtrait aucune cause physique appréciable.

Si rare soit-elle, on doit donc, suivant nous, l'admettre, et les exemples, du reste, ne manquent pas dans la science. Dans un assez grand nombre de cas, la nyctalopie est un symptôme de la mydriase, et s'explique facilement de la manière suivante: L'ouverture pupillaire étant anormalement dilatée, et livrant passage à une trop grande quantité de rayons lumineux dans un espace de temps donné, la pupille est pendant le jour trop vivement irritée, et perd sa faculté sensoriale. Telle est l'opinion de Weller, qui, ainsi que Mackenzie, l'a vue dépendre aussi quelquefois de l'altération pupillaire opposée à la mydriase, nous voulons dire la myosie. Ici, l'iris est tellement irritable que la pupille est entièrement contractée à la lumière du jour: d'où résulte la perte complète de la vue tant que le soleil est sur l'horizon; la contraction de la pupille diminuant pendant l'obscurité de la nuit, la vision peut se trouver ainsi améliorée.

La rareté des observations authentiques de nyctalopie essentielle nous engage à rappeler le fait signalé par Larrey, d'un galérien de Brest avancé en âge, qui avait été pendant trente-trois ans renfermé dans un cachot souterrain. Ce long séjour dans l'obscurité avait eu sur les organes de la vision un effet tel qu'il ne pouvait voir que dans l'obscurité de la nuit, et qu'il était complétement aveugle pendant le jour.

Ramazzini et Guthrie ont rapporté des exemples beaucoup moins authentiques de nyctalopie essentielle *épidémique;* nous ne savons véritablement jusqu'à quel point on peut admettre le caractère épidémique d'une névrose de cette espèce, dont nous laissons tout entière la responsabilité aux savants auteurs que nous venons de citer.

Quant à la thérapeutique, lorsque la nyctalopie est symptomatique, on ne parvient à s'en rendre maître qu'en traitant l'affection qui la produit. Lorsqu'elle est essentielle, c'est principalement aux révulsifs soit intérieurs, soit sur le tube digestif qu'il faut s'adresser. On lit dans les Ephémérides des curieux de la nature, l'observation d'une jeune fille âgée de quatre ans, qui éprouvait depuis deux ans, pendant l'automne, une fluxion sur les yeux. « Elle ne pouvait pendant le jour supporter la lumière, laquelle provoquait l'écoulement des larmes, et forçait la jeune malade à s'enfoncer sous les couvertures de son lit. Le soir, tous les symptômes disparaissaient, la vision s'exerçait librement; la malade pouvait regarder la lumière, et même le feu. Cette affection céda aux vomitifs, aux vésicatoires et aux sudorifiques. »

En thèse générale, les vomitifs nous paraissent contre-indiqués; ils déterminent en effet presque toujours un *raptus* du sang vers le cerveau, et l'on sait que dans un grand nombre de cas les névroses et les névralgies reconnaissent pour cause déterminante une congestion sanguine. Si l'on admet avec Descot et Béclard que souvent la névralgie n'est que la traduction symptomatique de l'inflammation du nerf lui-même ou de son névrylème, on devra toujours éviter ce qui pourrait produire ou augmenter la congestion, par laquelle débute constamment le travail inflammatoire local. Quant aux sudorifiques, si tant est qu'il existe des médicaments auxquels on puisse attribuer la faculté de déterminer une diaphorèse, nous ne voyons guère quel résultat ils ont pu produire en pareille occurrence. Restent les vésicatoires. Il est fâcheux que l'observation ne désigne point les lieux dans lesquels ils furent appliqués. Mais le raisonnement fait facilement admettre, et l'expérience prouve l'efficacité fréquente des vésicatoires, révulsifs énergiques et antiphlogistiques puissants dans le traitement des névroses en général, et des névralgies en particulier.

Dernièrement M. Blandin avait dans son service un homme d'une quarantaine d'années, qui était affecté de ce que nous avons appelé une nyctalopie essentielle, c'est-à-dire d'une nyctalopie qu'il n'était permis de rapporter à aucune altération physique appréciable. Elle guérit assez rapidement sous l'influence d'un vésicatoire appliqué sur la tête.

— Il se passe quelquefois en médecine un fait vraiment singulier, et qui, au premier abord, pourrait passer pour inexplicable. Qu'une loi générale ait été posée d'après un grand nombre de faits particuliers, si elle est exacte on l'admet; et comme elle n'a plus besoin de faits confirmatifs pour l'appuyer, on cesse d'en recueillir et d'en publier. Mais chaque fois qu'un fait exceptionnel, ou présentant quelques circonstances qui semblent sortir de la règle commune, vient à se rencontrer, on ne manque pas de l'enregistrer avec grand soin, et de le publier dans des mémoires *ex professo* ou dans des recueils périodiques; d'où il suit qu'au bout de quelques années le nombre des faits exceptionnels dépasse de beaucoup le nombre des faits réguliers, et que l'auteur qui voudrait se servir, pour vérifier ou contrôler une loi pathologique, des faits existants dans les annales de la science, risquerait fort d'arriver à une conclusion diamétralement opposée à la conclusion véritable. Ceci n'empêche pas que l'on doive s'occuper avec beaucoup de soin et d'attention des exceptions lorsqu'on les rencontre sur son passage. Il y a toujours des faits qui viennent se mettre en travers, et, en apparence, contrarier les lois générales. Nous disons en apparence, parce que c'est souvent par la seule raison que nous ne savons pas pénétrer assez profondément au fond des questions douteuses, que nous ne pouvons expliquer les exceptions. Telle est la fameuse histoire de Bell, qui, ne connaissant pas le chancre de l'urètre et voyant quelquefois un écoulement blennorrhoïde suivi d'accidents constitutionnels, se crut en droit d'admettre une blennorrhagie bénigne et une blennorrhagie virulente.

Un homme est entré, il y a quelques jours, dans le service de M. Ricord portant un chancre induré des plus manifestes et des moins contestables. De plus, paraphimosis œdémateux et bubon aigu dans l'aine gauche. Dans la doctrine de M. Ricord, basée sur des faits de chaque jour, le chancre induré et le bubon aigu ne vont point ensemble, c'est-à-dire qu'il n'existe pas entre eux de rapports de cause à effet. Le chancre induré s'accompagne toujours d'adénite inguinale multiple, indolente, ne dépassant pas un certain taux d'acuité et ne suppurant pas. Il semblait donc au premier abord y avoir là une exception à une règle générale. Mais un sujet atteint de chancre induré est-il par là privé du droit d'adénite aiguë? Ne voit-on pas tous les jours des malades sans chancres, sans blennorrhagie être affectés d'adénite aiguë? Pour le dire en passant, c'est ceux-là que l'on cite comme exemples de bubon d'emblée. Eh bien! si un sujet qui n'a ni blennorrhagie, ni chancres peut être atteint de bubon aigu, phlegmoneux, qui empêcherait un malade affecté de chancre induré d'en présenter également un postérieurement à l'apparition du chancre et sans que l'on soit en droit pour cela de conclure à un rapport de cause à effet? Puis le bubon, en supposant qu'il fût virulent, pourrait très bien s'être développé antérieurement à l'induration du chancre.

Voici donc deux manières d'expliquer un fait qui d'abord paraîtrait inadmissible. De ces deux explications quelle est la bonne? L'examen attentif du malade fait reconnaître, en même temps que le bubon aigu de l'aine gauche, la pléiade de ganglions indolents, élastiques dépendant du chancre induré.

Mais, autre chose; le malade est évidemment d'une constitution lymphatique, et l'on sait avec quelle facilité se développent, chez les sujets de ce genre, les engorgements ganglionnaires. Ainsi donc, voilà un malade qui présente à la fois deux ordres de symptômes qui semblent, au premier abord, incompatibles; le chancre induré avec les ganglions indolents; d'autre part, une adénite aiguë développée en dehors de la spécificité. Maintenant, est-il certain que le chancre induré n'a eu aucune espèce d'influence sur l'adénite aiguë? Il est assurément très possible qu'il ait été le coup de fouet de cet accident, mais à coup sûr il est impossible d'admettre qu'il lui ait donné lieu; comme le fait le chancre normal, dont le pus virulent absorbé par les lymphatiques détermine le bubon spécifique suppurant.

— Il est une question de pathologie qui semble, au premier abord, bien facile à résoudre, et sur laquelle cependant les auteurs sont loin d'être d'accord; c'est celle ci: existe-t-il une hydrencéphalie et une apoplexie séreuse?

M. Coindet, de Genève, auquel on doit un bon travail sur ce sujet, et qui résout la question par l'affirmative, nous paraît s'être mépris, et avoir confondu le symptôme avec la maladie elle-même. L'épanchement n'est qu'un effet, un résultat de l'encéphalite; ce qui le prouve, c'est que, dans toutes les observations qu'il rapporte, il signale un ramollissement de la substance du cerveau et des traces non contestables d'inflammation. Tous les faits qui ont servi de base à son travail viennent de même à l'appui de cette manière d'envisager l'hydrencéphale. C'est donc une inflammation, ou plutôt le résultat d'une inflammation, que l'hydrencéphale; et l'on trouve la plus parfaite analogie, l'identité la plus complète, entre elle et l'encéphalite. Telle est l'opinion que nous entendions, il y a quelques jours à peine, développer à M. Rostan; opinion que nous partageons de tous points, et qui est fondée sur les principes que professe depuis longues années le médecin de l'Hôtel-Dieu. Pour lui, il n'y a, dans aucun cas, de suffusion séreuse primitive, idiopathique dans le cerveau.

L'apoplexie séreuse nous semble à peu près dans le même cas. On en trouve beaucoup d'exemples dans les vieux auteurs. Depuis que la science de l'observation a fait des progrès, on n'en rencontre plus, ou du moins elles sont tellement rares et entourées de détails si peu authentiques, si peu complets, qu'on ne peut les considérer comme une objection sérieuse aux doctrines organiciennes de l'école de Paris. On voit presque toujours de la manière la plus évidente qu'il faut remonter à l'inflammation de la pulpe cérébrale comme cause déterminante. Bright, l'auteur de remarquables travaux sur les hydropisies, a trouvé des cas dans lesquels des sujets atteints de la maladie à laquelle, faute de dénomination plus précise fondée sur sa nature, on est convenu d'attacher son nom; des sujets, disons-nous, atteints d'albuminurie, ont succombé à des apoplexies séreuses, suite, dit-il, de la maladie des reins. Depuis, M. Martin-Solon a rapporté un fait semblable attribué à une apoplexie séreuse chez un affecté de dégénérescence des reins. Mais dans ce fait, aussi intéressant que complet, nous noterons qu'il y avait maladie du cœur, hypertrophie énorme. Cette hypertrophie du cœur suffit à elle seule pour rendre compte de la suffusion séreuse constatée chez le malade dont nous parlons, tant dans l'abdomen que dans le tissu cellulaire des membres inférieurs. Elle peut justifier aussi l'épanchement séreux qui s'est fait dans la cavité du crâne, sans que l'on ait besoin, pour l'expliquer, de recourir à l'apoplexie nerveuse.

De tout cela, que conclure? Qu'il n'y a pas d'apoplexie séreuse, et que si, dans quelques cas très rares, on a trouvé des épanchements de sérosité dans le cerveau sans pouvoir les rattacher à une lésion organique, c'est que peut-être n'aura-t-on pas suffisamment exploré tous les appareils organiques, dans quelques-uns desquels on aurait trouvé la cause déterminante.

— Nous examinerons dans notre prochaine Revue, à propos d'une observation qui nous a été communiquée par notre confrère M. Michéa, la valeur des lésions matérielles considérées comme causes productrices des troubles fonctionnels de l'appareil cérébral dans l'aliénation mentale. Z.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Rétrécissement du rectum produit par une inflammation chronique de cet organe. Traitement par les cautérisations répétées. Remarques cliniques sur cette affection.

Dans les salles des femmes, dit M. Robert, nous avons reçu, il y a quelque temps, une malade affectée d'une maladie grave, qui est, on peut le dire, le véritable désespoir des médecins. Je vais vous en entretenir quelques instants et vous faire connaître là-dessus ma pensée.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-quatre ans, maigre, ayant eu six enfants dans l'état de mariage. Interrogée sur les antécédents de sa maladie actuelle, elle soutient n'avoir jamais eu d'affections vénériennes, mais seulement un écoulement vaginal abondant dans les premiers temps de son mariage. Il est très probable que cet écoulement lui a été communiqué dans le coït par son mari, qui avait probablement une blennorrhagie urétrale; et la matière qui s'écoulait du vagin, tombant sur le rectum, fut vraisemblablement la cause occasionnelle ou originaire de la maladie dont elle est affectée maintenant. Interrogée si, dans les rapports qu'elle eut avec son mari, celui-ci n'a jamais exercé avec elle la pédérastie, elle le nie formellement, et nous n'avons pas de raison pour croire qu'elle voulût nous induire en erreur.

Au reste, ces désordres dans le rectum, produits par des rapports contre nature entre les deux sexes, s'observent très fréquemment chez les femmes qui sont reçues à l'hôpital de Lourcine. Nous avons eu occasion d'en observer un assez grand nombre lorsque nous étions attaché comme chirurgien à cet établissement.

Il faut donc que nous nous arrêtions, sous le point de vue étiologique, à l'affection vénérienne transmise à cette femme par son mari, comme nous venons de le dire. Elle n'a jamais eu d'hémorrhoïdes ni de constipation au début de la maladie. Quoi qu'il en soit, celle-ci commença par un dévoiement fréquent accompagné de douleurs. Elle rendait par les selles des matières glaireuses, sanguinolentes, et cela pendant plusieurs années. Plus tard, l'émission des matières fécales devint difficile, au point qu'on fut obligé de la favoriser par des lavements.

En examinant les parties qui sont le siége de la maladie, on voit des veines variqueuses s'irradiant du pourtour de l'anus sur les fesses et le haut des cuisses. C'est là la première période de la maladie. Il succéda à ces symptômes un rétrécissement progressif du rectum, et la série des phénomènes qui se développent à la suite d'un canal rétréci. Ainsi, par exemple, quand il y a un rétrécissement de l'urètre porté à un certain degré, et que l'émission de l'urine est considérablement gênée, il survient souvent des crevasses dans la partie du canal placée au delà de l'obstacle et, par suite, des abcès urineux avec tout le cortége des accidents graves qui leur succèdent ordinairement.

Chez notre femme, le rectum s'étant considérablement rétréci, et l'émission des matières fécales étant devenue difficile, il se dilata dans la partie placée au-dessus du rétrécissement; les parois finirent par s'érailler dans quelques points, des matières fécales s'y engagèrent et donnèrent lieu à des abcès, et conséquemment à des fistules stercorales. On voit quelquefois des accidents mortels succéder à ces complications. J'ai vu une fois une malade, placée dans ces fâcheuses circonstances, avoir un abcès stercoral dans le creux du jarret; il avait été produit par une fusée de matières fécales qui, du rectum, s'était fait jour jusqu'à cette région le long des aponévroses et des muscles de la fesse et de la cuisse. D'autres fois la matière purulente et stercorale s'ouvre un passage dans le petit bassin, et là peut donner lieu à une péritonite mortelle.

Chez notre malade, l'abcès a commencé à se développer dans la région périnéale supérieure ou postérieure; d'où le pus, au lieu de fuser dans le bassin, comme il arrive souvent, s'est fait jour au dehors en passant par le vagin. Cette femme a le vagin très profond, et autour de la marge de l'anus on voit plusieurs pertuis constituant une espèce d'arrosoir, d'où suinte du pus ayant l'odeur caractéristique des abcès de cette région, et en même temps des gaz fétides. Elle a, par conséquent aujourd'hui plusieurs fistules stercorales. Une de celles-ci fut traitée à Nancy par un des chirurgiens de la ville. On ne sait trop pourquoi il s'est décidé à une opération qui ne pouvait guérir qu'une des conséquences de la maladie principale, pendant que celle-ci restait intacte.

Il y a deux ou trois périodes bien distinctes dans cette maladie complexe, et qui se sont présentées d'une manière très tranchée chez notre malade; c'est-à-dire:

1° Inflammation du rectum, produite par une cause quelconque; chez notre femme, très probablement par l'incubation d'un écoulement blennorrhagique;

2° Rétrécissement progressif de ce canal;

3° Abcès et fistules stercorales.

En introduisant le doigt dans le rectum, on a pu facilement franchir le sphincter; mais à la distance d'un à deux pouces de ce muscle, on rencontre un bourrelet circulaire à ouverture centrale très petite: il y a un rétrécissement circulaire très évident.

Quelle est maintenant la nature de ce rétrécissement? Voilà la question importante qu'on doit se faire ici pour pouvoir établir un traitement rationnel. D'abord, on doit mettre de côté toute idée d'affection cancéreuse. En général, les rétrécissements de ces parties sont de tout autre nature; et ce n'est heureusement que par exception que dans les maladies du rectum on rencontre le cancer. D'ailleurs, quand cette affection si grave existe, en explorant le rectum on rencontre un tissu tel qu'au toucher même on peut déjà reconnaître de quelle nature il est; ensuite on donne lieu à un suintement de pus ou matière puriforme sanguinolente, qu'on reconnaît

facilement pour le produit d'une tumeur cancéreuse. Ce sont là des inflammations chroniques du rectum avec boursouflement des tissus ; c'est positivement ce que nous croyons devoir admettre chez notre malade.

M. Robert a fait usage aussi chez cette malade du *speculum ani* à trois valves, à l'aide duquel on peut constater plus sûrement l'état des parties à l'œil même. Il a vu, en effet, un tissu rouge, boursouflé, sous forme d'anneau, qui rétrécissait beaucoup la lumière du canal ; mais il n'a nullement rencontré l'aspect du cancer.

Ce qu'il y a de particulier dans ces rétrécissements, c'est que neuf fois sur dix ils siégent très près du sphincter anal. Cette question n'avait pas été sérieusement étudiée avant notre époque. Parmi les chirurgiens modernes, nous devons mentionner M. Nélaton comme un de ceux qui s'en sont occupés d'une manière spéciale ; il est arrivé à établir par un certain nombre d'observations que la muqueuse près du sphincter présente une espèce de valvule connivente, et que c'est dans cette valvule même que prend le plus souvent son point de départ la maladie dont il s'agit.

Il y a deux ans, nous avons eu l'occasion de reconnaître l'exactitude des observations de notre confrère. Une malade affectée de rétrécissement annulaire du rectum ayant succombé à une autre maladie, nous en fîmes l'autopsie, et nous trouvâmes la maladie en question dans son état de simplicité ; il y avait le gonflement inflammatoire de la valvule connivente de M. Nélaton.

Le traitement de cette maladie est la question la plus importante et en même temps la plus difficile à résoudre ; jusqu'ici elle n'a même pas encore été convenablement résolue. On a employé une foule de moyens qui ont tous plus ou moins échoué. On a d'abord mis en usage la dilatation graduelle du canal rétréci à l'aide de mèches, de cylindres en bois, en plomb ou de toute autre nature, introduites dans le rectum et laissées en permanence plus ou moins ; on a essayé aussi l'introduction de canules ou cylindres creux, qui présentaient l'avantage sur les solides de laisser passer par leur canal les matières fécales, tout en restant en place. Mais les malades ne peuvent pas supporter longtemps la présence de ces corps dans la cavité rectale : alors on a dû par ces moyens échouer. On a eu l'idée de fendre les rétrécissements, d'y faire des scarifications à l'aide d'instruments appropriés et mis en rapport avec les parties malades ; opérations, du reste, qui ne sont pas difficiles à exécuter. Je les ai pratiquées plusieurs fois aussi. Il faut toujours les faire suivre de la dilatation progressive, si on veut obtenir quelque avantage ; car, autrement, les petites plaies produites par l'instrument tranchant se cicatrisent rapidement, et le rétrécissement redevient le même, s'il n'augmente pas. Ces moyens, d'ailleurs, ont l'inconvénient d'occasionner souvent des hémorrhagies qui quelquefois sont difficiles à arrêter, et affaiblissent considérablement les malades. Aussi il ne faut pas non plus trop compter sur ces méthodes de traitement.

J'ai eu l'idée d'employer contre cette maladie les cautérisations répétées. Les plaies qu'on produit par ce moyen ne sont ordinairement accompagnées d'aucun des inconvénients que nous venons de signaler, et qu'on attribue aux scarificateurs. Je me sers pour cela d'un crayon de caustique de Vienne de la dimension et de la forme que réclame le rétrécissement lui-même. J'en ai fait préparer un approprié pour notre malade, sur laquelle je l'ai même déjà appliqué une fois. Nous allons voir ce qui en résultera.

Dans un prochain numéro nous rendrons compte de la suite du traitement qui a été employé. La malade est en bonne voie ; mais elle n'est pas encore guérie, quoique tout porte à croire que la guérison complète ne se fera pas longtemps attendre.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION, séante a la faculté.

Séance de juillet 1846. — Présidence de M. Larrey.

M. Auclerc adresse comme hommage, à la Société, un *Essai sur la fissure à l'anus, et son traitement.*

— *M. Blatin* montre des gants entièrement formés par une feuille de caoutchouc, et exécutés par M. Perroncel. Ils sont très minces, très souples, quoique solides, et permettent d'exercer facilement le toucher, d'explorer le battement des artères, de tenir les instruments les plus déliés, etc. Ils sont destinés à préserver la main du médecin pendant les explorations sur des individus affectés de maladies contagieuses, pendant les autopsies de cadavres, dont le contact peut être dangereux. Ils semblent à M. Blatin devoir rendre moins fréquents et moins graves les piqûres produites par le scalpel, et pouvoir rendre quelques services dans certaines manipulations chimiques. Leur prix est fort modique.

— *M. Forget* est invité à donner une analyse d'un mémoire dont il fait hommage à la Société, ayant pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement.* C'est pour remplir une lacune importante dans l'histoire des polypes et corps fibreux de la matrice que je me suis appliqué à rechercher un certain nombre de faits qui démontrent jusqu'à quel point ces produits pathologiques peuvent influencer la grossesse et entraver l'accouchement.

Je m'occupe d'abord des corps fibreux. Le danger que ces tumeurs présentent est en rapport avec leur volume et leur nombre ; on conçoit en effet que si elles ont acquis un médiocre développement, et si elles sont peu nombreuses, l'utérus puisse s'accroître suivant les règles ordinaires de la grossesse, et qu'après l'accouchement sa rétraction puisse s'opérer. On comprend encore qu'il en soit de même lorsqu'au lieu d'être enkystées dans l'épaisseur même des parois de l'organe, dont le tissu se trouve alors distendu et comprimé, ces tumeurs plus ou moins volumineuses, de formes arrondies, sont, comme cela s'observe fréquemment, situées sous le péritoine, qui forme entre elles et le corps de la matrice un repli qui constitue leur seul lien de connexion ; dans cet état ces tumeurs sont fort mobiles et comme flottantes à la surface de l'utérus, si bien qu'on pourrait, sans trop forcer l'analogie, les considérer comme des polypes sous-péritonéaux.

Mais ces circonstances heureuses sont loin de se rencontrer constamment, et après avoir exposé des faits rapportés par Chaussier, une observation du docteur Brulatour (de Bordeaux), un fait qu'il a lui-même observé, et un cas remarquable mis sous les yeux de la Société de Bordeaux par le docteur Barnetche et dans lequel, la femme ayant succombé à une métro-péritonite puerpérale, on constata la fonte purulente du corps fibreux, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Les corps fibreux ne sont pas plus que les polypes un obstacle à la fécondation.

2° Ils ne constituent pas une cause nécessaire d'avortement ;

3° Ne pourrait-on pas établir un rapport plus que vraisemblable entre l'époque de la grossesse où l'avortement aura lieu, et le siége du corps fibreux sur tel point de l'utérus ou sur tel autre ?

4° Le danger ne devient sérieux qu'au moment de l'accouchement, qui est toujours plus ou moins laborieux, et qui peut dans presque tous les cas être suivi d'une hémorrhagie mortelle.

5° La rupture des parois utérines peut encore se produire pendant les efforts d'expulsion de l'utérus. M. Forget a soin de faire remarquer que cet accident grave signalé par les auteurs, ne lui est apparu dans aucun des faits qu'il a recueillis.

6° En l'absence de ces graves résultats, qu'il n'est pas toujours au pouvoir de l'accoucheur de conjurer, l'auteur fait observer que les corps fibreux qui ont coexisté de la sorte avec la grossesse, acquièrent généralement un volume considérable en peu de temps après l'accouchement ; ce qui s'explique par l'excès de mouvement nutritif que les conditions physiologiques particulières ont développé pendant la gestation ; aussi M. Forget pense-t-il qu'il est du devoir du médecin qui serait consulté sur les dangers d'une grossesse dans le cas dont il s'agit, d'user de toute son influence pour l'empêcher.

Dans la seconde partie de ce mémoire, j'examine, continue l'auteur, l'influence des polypes sur la grossesse, la nature des accidents qu'ils peuvent déterminer avant, pendant et après l'accouchement ; or les faits nombreux que j'ai cités démontrent que ces accidents varient suivant que le polype est contenu dans l'utérus ou qu'il est déjà descendu dans le vagin. J'ai surtout mis le plus grand soin à résoudre par l'observation une difficulté pratique qui n'a pas échappé à plusieurs chirurgiens, à savoir dans quel moment convient-il de faire l'ablation d'un polype après l'accouchement :

Est-il mieux d'y procéder à l'instant même, ou y a-t-il plus d'avantage à attendre que les conditions de puerpéralité aient cessé d'exister ? Ne pouvant pas suivre l'auteur dans les développements de chirurgie pratique auxquels il se livre à ce sujet, nous nous bornerons à signaler ses principales conclusions.

1° Des polypes de diverses grosseurs, quelquefois très volumineux, siégeant soit dans l'utérus, soit dans le vagin, ne s'opposent pas à la grossesse et ne gênent que fort peu la marche de l'accouchement. Quant à l'avortement, nous ne l'avons observé qu'une seule fois ; aussi par rapport aux faits signalés dans ce mémoire, il constituerait l'exception.

2° Quand le polype siége dans l'intérieur de l'utérus pendant la grossesse et après l'accouchement, le danger est imminent pour la mère. Lorsqu'il occupe le vagin au moment de l'accouchement, et qu'il a acquis un volume considérable, c'est pour l'enfant que le danger est plus grave.

3° L'hémorrhagie peut être primitive ou consécutive, légèrement continue, d'autrefois intermittente, souvent soudaine et très abondante. Dans plusieurs cas elle n'est survenue que plusieurs semaines après l'accouchement.

4° L'indication chirurgicale varie suivant les cas.

Il est rationnel de différer l'opération lorsque le polype est dans le vagin, et d'attendre toutes les fois que rien ne s'y oppose, que la matrice soit revenue à ses conditions physiologiques et anatomiques normales. Dans le cas de polype intra-utérin, ou bien l'hémorrhagie est légère, et l'on doit s'efforcer alors par le repos et les moyens appropriés, de diminuer la sensibilité de l'utérus exaltée par la parturition ; ou l'hémorrhagie est abondante et continue, auquel cas il faut agir promptement. La persistance des contractions et la continuité des douleurs, exigeraient également l'intervention du chirurgien.

M. Depaul rapporte trois observations pour démontrer que la présence des tumeurs polypeuses n'exerce pas toujours une influence fâcheuse sur la gestation et sur l'accouchement. Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de trente et un ans, qui était accouchée une première fois à terme, et s'était bien rétablie, quoiqu'elle portât déjà une tumeur saillante du fond de l'utérus. Au bout de dix mois, elle devint enceinte de nouveau, et se fit avorter chez une sage-femme. Le placenta n'avait point été extrait : elle entra à la Clinique d'accouchement. La présence de la tumeur polypeuse put être constatée à travers les parois abdominales ; mais on ne put explorer l'intérieur de la matrice. Une perte utérine persistante détermina, au bout de trois semaines, la mort de la malade. A l'autopsie, on trouva le placenta adhérent dans l'organe par un pédicule traversé par des vaisseaux, et ayant à l'extérieur l'aspect d'un corps fibreux. La tumeur préexistante était fixée à la partie postérieure et supérieure de la matrice. — Le second fait est relatif à une femme qui, après deux accouchements réguliers, devint enceinte une troisième fois et accoucha au huitième mois. Pendant ses grossesses précédentes, on avait constaté facilement la présence d'une tumeur ayant le volume d'une petite tête d'enfant et adhérente aux parois utérines. Sa présence fut de nouveau constatée après la dernière parturition. — Le troisième cas concerne une dame qui portait sur une des lèvres du museau de tanche un polype du volume d'une grosse noisette. Mère pour la seconde fois, son premier accouchement avait été facile et normal ; il en fut de même du second, dont M. Depaul fut chargé.

M. Forget ne nie pas la possibilité d'une grossesse sans accidents, malgré la présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus. Il en a même rapporté dans sa thèse un exemple remarquable. — Après l'accouchement, il est fort rare d'observer la diminution de volume du corps étranger ; il est plus fréquent, au contraire, de voir la tumeur s'accroître. Quelle sera la conclusion pratique à tirer de ces faits ? Evidemment celle d'engager une femme qui, étant affectée d'un polype utérin, demanderait conseil, à éviter de devenir mère. Doit-on opérer une malade pendant la grossesse, et à quelle époque doit-on le faire ? M. Forget, s'appuyant sur le résultat des faits, pense que l'opération pouvant amener l'avortement doit être différée.

M. Depaul établit qu'on ne doit pas non plus opérer pendant l'état puerpéral, à moins qu'on n'y soit obligé par une indication toute particulière.

M. Laborie voudrait trouver dans le travail éminemment pratique de M. Forget, une distinction entre les corps fibreux développés dans l'utérus et ceux qui occupent ses parois. Il pense que si la présence d'un de ces corps ne s'est pas opposée à la distension de l'organe, il ne s'opposera pas non plus à ce que l'accouchement se termine d'une manière heureuse. — Relativement au fait de rétention du placenta rappelé par M. Depaul, il le trouve important, en ce qu'il semblerait démontrer que la présence de la tumeur dont la malade était affectée s'est opposée aux contractions expulsives de l'utérus.

M. Depaul ne partage pas l'opinion de M. Forget sur la nécessité de donner à une malade affectée d'une tumeur polypeuse le conseil d'éviter de devenir mère. L'abstinence du mariage, impérieuse dans certaines circonstances, et pouvant rendre la grossesse dangereuse pour la femme qui s'y exposerait, ne doit pas être conseillée ici, parce qu'elle n'est pas nécessaire. Quant aux craintes exprimées par M. Forget qu'un polype qui serait peut-être resté stationnaire, puisse, par le seul fait de la grossesse ou de l'accouchement, prendre un développement rapide, il ne les partage pas. Il affirme qu'au lieu de prendre de l'accroissement, quelques-uns de ces corps étrangers ont, au contraire, perdu de leur volume.

M. Giraldès établit une distinction entre les diverses tumeurs qui ont leur siége dans l'utérus ou dans l'épaisseur de ses parois. Il n'admet pas, comme cela a été avancé, la possibilité de la suppuration dans l'épaisseur d'une tumeur fibreuse. Les corps fibreux ne présentant point de vaisseaux, n'étant point injectables, leur coque seule peut suppurer. Leur transformation n'est pas plus réelle. Ils ne dégénèrent jamais. Ils peuvent devenir cartilagineux, ressembler à l'os, mais en aucun cas prendre le caractère ou même l'aspect cancéreux : le cancer résulte de la déposition de la matière cancéreuse dans les vacuoles, dans les interstices d'un tissu, — observation importante au point de vue pratique, car si le corps étranger que l'on suppose de nature fibreuse existe, par exemple, dans le sein d'une femme, on pourra s'abstenir, ainsi que le conseille M. Cruveilhier, d'en faire l'ablation ; il ne dégénérera pas puisqu'il ne porte aucun des éléments nécessaires à l'inflammation, à la dégénérescence.

M. Forget ne pense pas qu'on puisse dans l'état actuel de la science se prononcer encore d'une manière aussi affirmative.

Selon *M. Barth*, la question importante de la transformation ne peut être résolue si l'on ne distingue bien les corps véritablement fibreux des tumeurs dont l'apparence seule est fibreuse. Les premiers sont constitués par des faisceaux durs et denses, entrelacés, dont la transformation résulte uniquement du dépôt d'une substance ostéo-calcaire dans leurs interstices. Celles-là ne dégénèrent pas. Les seconds peuvent se ramollir : mais il est probable que cette altération se développera dès le commencement de leur formation. Ces tumeurs peuvent présenter des cavités gélatineuses. Il en a vu même une qui s'est transformée en cancer. Les corps fibreux de la mamelle diffèrent de ceux de l'utérus. Ceux-là peuvent être énucléés : ceux du sein ne peuvent pas l'être. Ils sont mal limités et se continuent avec les tissus voisins, auxquels ils se rattachent par des connexions intimes. Ces tumeurs méritent spécialement le nom de tumeurs fibreuses, et peuvent dégénérer par suite du dépôt d'une matière quelconque, comme cela se voit pour les os qui deviennent spongieux. Quand une tumeur a tout à fait les caractères du tissu fibreux, sa dégénérescence est très difficile, ses mailles ne se laissant pas aisément déplacer pour recevoir dans leurs interstices le dépôt de la substance cancéreuse.

M. Giraldès fait observer que M. Barth n'a point attaqué son opinion relativement à l'impossibilité de la transformation des véritables corps fibreux en cancer. Dans la mamelle, on rencontre des corps aussi denses, aussi réellement fibreux que dans l'utérus ; mais ils sont rares. Astley Cooper en a vu un. La collection de M. Broërs de Leyde en renferme trois qui sont devenus osseux. M. Giraldès, pour montrer la difficulté du diagnostic, raconte qu'ayant enlevé une tumeur à une de ses clientes et l'ayant montrée à MM. Cruveilhier et Blandin, le premier la reconnut pour une tumeur fibreuse, le second la prit pour un cancer. Quelle était sa véritable nature ? Un développement induré des canaux galactifères. Sur la demande de M. Laborie, savoir s'il est possible aujourd'hui, avec les connaissances usuelles et pour quelqu'un habitué aux recherches d'anatomie pathologique, de distinguer une tumeur fibreuse d'une tumeur cancéreuse, M. Giraldès répond affirmativement. Il ajoute que toutes les fois que cette détermination n'a pas été bien précise, c'est parce qu'on s'est borné à examiner les pièces avec le microscope.

M. Barth pense, comme M. Giraldès, que le microscope ne suffit pas si on l'emploie seul, et qu'on peut arriver à reconnaître la nature d'une tumeur en la soumettant à diverses manipulations, à des macérations dans différents liquides. Il en est, du reste, dont la composition est telle qu'elles ne se rangent dans aucune classification, et qu'elles mériteraient un nom nouveau.

M. Piedagnel trouve aux corps fibreux de l'utérus un caractère particulier, celui de leur élasticité, de l'entrelacement de leurs fibres. Quant aux tumeurs dont parle M. Barth, qui reçoivent dans leurs interstices des amas de matières diverses, elles lui paraissent le résultat du dépôt du sang qui s'altère et se transforme. Ainsi, des fusées de ce liquide déposé dans des tumeurs de l'ovaire, offrent d'abord une couleur rougeâtre, puis jaunâtre, puis enfin encéphaloïde. Chez une vieille femme de la Salpêtrière, un petit polype qui occupait le col de l'utérus présentait tous les caractères d'un caillot sanguin modifié dans sa consistance et ses caractères, suivant les points où on l'examinait. A la vulve, c'était un caillot rouge et saignant ; au-dessus, il était décoloré, puis jaune ; à son point d'insertion, c'était un polype fibreux, avec des vaisseaux de nouvelle formation se portant à la membrane muqueuse du col et du vagin.

M. Giraldès ajoute à ce qu'il a dit, que partout où l'on rencontre une tumeur à fibres rayonnantes, quelle que soit la nature des substances épanchées entre leurs mailles, on peut affirmer qu'on a affaire à un squirrhe.

Le secrétaire annuel, Henry Blatin, d.-m.-p.

REVUE GENÉRALE.

Du traitement de quelques affections gastriques et intestinales par le chlorure de sodium. — M. le docteur Lasègue a publié sur ce sujet dans le *Journal de Médecine* un travail dont nous reproduisons une analyse succinct.

Voici comment l'auteur prépare le médicament. Dans un verre de capacité ordinaire on fait dissoudre 2 grammes de sel marin pour 10 grammes d'eau environ. Au moment de s'en servir on remplit le verre aux trois-quarts avec de l'eau de Seltz ; on prend le tout avant que l'évaporation de l'acide carbonique ait eu le temps de s'opérer. Aucun malade n'a jamais répugné à se servir de cette préparation ; il n'existe ni soif exagérée, ni nausées, ni dégoût. On doit en général en ordonner deux ou trois verres pris le matin à jeun, et à un quart d'heure de distance.

Les affections gastro-intestinales, pour être traitées par ce moyen, ne doivent pas présenter les phénomènes propres aux maladies aiguës. Voici quels phénomènes ils présentent d'habitude : douleurs sourdes, passagères, à l'épigastre ; tiraillements incommodes dans l'intervalle des repas, le matin surtout ; pesanteur après les repas avec propension au sommeil ; face rouge et peu chaude : les vêtements sont alors insupportables ; bouche brûlante ; appétit persistant. Cet état, ordinairement intermittent, dégénère quelquefois en une cardialgie vive, mais peu durable ; peu de troubles intestinaux. Le caractère prédominant, celui qui indique le plus l'emploi du sel marin, consiste dans des éructations insipides et inodores. Tel est ordinairement le début des dyspepsies chroniques. Le sel marin administré avec de l'eau de Seltz, fait assez promptement justice de ces gastralgies modérées.

Voici des symptômes d'une autre nature contre lesquels le sel marin est encore bien indiqué ; ce sont des gastralgies intermittentes auxquelles succèdent des diarrhées peu abondantes, il est vrai, mais qui ne disparaissent que par le retour des accidenes gastriques qu'elles ont remplacés. Cet état maladif s'accompagne plus souvent que le précédent d'anorexie. Après plusieurs alternatives de symptômes cardialgiques et de diarrhée, celle-ci finit par passer à l'état chronique. Les purgatifs salins la suppriment assez bien ; mais comme on ne peut les continuer toujours, ils n'amènent point de guérison complète. Le meilleur moyen à employer dans cette circonstance est l'usage du sel pendant quinze jours au moins,

Il est enfin une autre circonstance où le sel marin rend d'assez bons services : c'est dans ces tuberculisations anormales pendant le cours desquelles l'estomac fonctionne mal, les malades restant dans un état d'anorexie qui précipite leur fin. Le chlorure de sodium, préconisé déjà d'ailleurs parmi les palliatifs de la phthisie, est ici d'un excellent emploi.

Tétanos traumatique guéri par l'opium. — M. de Compigny, chirurgien aide-major au 2e régiment de dragon, rapporte, dans le journal la Clinique de Montpellier, un cas très intéressant sous tous

les points de vue observé chez un zouave âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, qui fut blessé à Médéah, le 14 janvier 1841, par une balle qui lui traversa la partie moyenne de la jambe gauche. Ce qu'il y a de remarquable d'abord, et ce qui marque jusqu'où doit aller la vigilance du chirurgien dans ces circonstances, c'est que, le jour même où se manifestèrent les premiers symptômes de tétanos, le malade avait été le matin même autorisé à sortir de l'hôpital comme guéri; on en était au vingt-septième jour après la blessure; il ne restait plus qu'un pertuis que l'on touchait avec le nitrate d'argent. Le lendemain, les symptômes propres au tétanos se dessinèrent davantage; trismus et rigidité du cou. Le même jour, deux quarts de lavement contenant chacun 50 centigrammes d'opium.

Le jour suivant, le tétanos s'est étendu au tronc, qui est fortement arqué en avant. Même traitement. Le soir, les souffrances sont horribles: le tétanos s'est empaîé de presque tous les muscles; corps immobile, recouvert d'une sueur froide; tout annonce une fin prochaine. La dose d'opium est portée à un gramme.

Pendant les six jours suivants, aucun changement notable, si ce n'est que le malade est un peu plus calme. On est étonné de le voir vivre; les opiacés sont continués.

Le neuvième jour, enfin, une sueur abondante survient, les muscles se détendent un peu et les douleurs offrent quelque rémission. On continue toujours l'opium à haute dose. La guérison commence dès lors à s'effectuer sans la moindre interruption, mais avec une lenteur extrême. Les symptômes tétaniques ne cessent complétement que vingt-six jours après leur apparition, le 7 mars. Le malade n'est renvoyé que le 3 avril.

Destruction d'un ver siégeant dans les chambres de l'œil. — Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* rapporte, d'après les gazettes médicales italiennes, le fait suivant dû au docteur Salvatore Alessi, de Naples.

Un magistrat de l'Abruzze inférieure, âgé de trente ans, éprouvait depuis neuf mois des douleurs violentes à l'œil gauche, qu'on attribua tour à tour à une affection rhumatismale, puis aux vices syphilitique et herpétique, et qu'on traita longtemps inutilement par des moyens appropriés à ces causes supposées. L'œil présentait une vascularisation chronique des vaisseaux de la conjonctive; la cornée était de couleur opaline, particulièrement à sa périphérie, où l'on voyait des cicatrices de pustules. En examinant l'œil avec le microscope pour voir si la kératite était superficielle ou profonde, le docteur Alessi vit passer de la chambre postérieure de l'œil dans l'antérieure un ver qui, dans l'espace de trois minutes, passa alternativement d'une des chambres dans l'autre. Connaissant le peu de renseignements thérapeutiques consignés dans les auteurs sur les cas de ce genre, qui sont d'ailleurs fort rares, M. Alessi eut recours aux moyens suivants.

Voulant d'abord tenir en échec l'infection syphilitique et herpétique, il prescrivit des pilules d'éthiops minéral, de la poudre de salsepareille et de l'extrait d'aconit, ainsi que de la décoction de salsepareille dans du lait. Localement, il prescrivit un collyre avec la pierre divine; il attaqua ensuite le ver lui-même en entourant l'œil de trois vésicatoires, lesquels furent pansés soir et matin avec une pommade renfermant parties égales de calomel et de poudre de santonine. Le ver ne tarda pas à périr, et au bout de quarante jours il se trouva résorbé. La kératite et la conjonctivite disparurent, et l'œil recouvra l'intégrité de ses fonctions.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 29 août 1846, M. le docteur Chomel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion-d'Honneur, est nommé conseiller ordinaire de l'Université, en remplacement de M. Bouillaud, démissionnaire.

— La loi qui doit régler l'exercice de la médecine vétérinaire est en ce moment soumise au Conseil-d'Etat.

— La distribution des prix et diplômes aux élèves de l'école royale vétérinaire d'Alfort a eu lieu le 1er septembre, à une heure, sous la présidence de M. Paganel, secrétaire général du ministère de l'agriculture et du commerce, et directeur de l'agriculture et des haras, assisté de M. Renault, directeur de l'école, et de tous les professeurs.

Cette cérémonie a réuni une nombreuse assemblée, au milieu de laquelle on remarquait des députés, des magistrats, des fonctionnaires publics et plusieurs officiers supérieurs de l'armée.

Après un discours de M. Paganel, M. Lassaigne a présenté ensuite le compte-rendu des travaux de l'école pendant l'année 1845-46, et immédiatement après, M. Delafond a proclamé dans l'ordre suivant les noms des élèves qui ont obtenu des prix ou des diplômes. Cette proclamation a terminé la séance.

Première année.

1er prix: M. Lecornué (de la Sarthe). — 2e prix: M. Pouillot (de la Marne). — 1er accessit: M. Cros (de l'Isère). — 2e accessit: M. Fontheneau (F.) (de Loir-et Cher).

Deuxième année.

1er prix: M. Chauveau (de l'Yonne). — 2e prix: M. Weber (du Loiret). — 1er accessit: M. Laubréaux (de la Marne). — 2e accessit: Partagé entre MM. Mauclerc (de la Marne) et Vivier (de la Charente).

Troisième année.

1er prix: M. Guy (de la Haute-Vienne). — 2e prix: M. Cogeon (de la Sarthe). — 1er accessit: M. Barrier (du Bas-Rhin). — 2e accessit: M. Croc (du Finistère). — Mention honorable: M. Pouillot (Pierre-Louis-Auguste) (de la Marne).

Quatrième année.

1er prix: Néant. — 2e prix: M. Michaux (de l'Yonne). — 1er accessit: M. André (de Saône-et-Loire). — 2e accessit: M. Bréhandat (de l'Aube).

Diplômes.

Nos 1, MM. Michaux (de l'Yonne). — 2, André (Saône-et-Loire). 3, Bréhandat (Aube). — 4, Crochot (Yonne). — 5, Yvon (Calvados). — 6, Duquesne (Loiret). — 7, Vincent (Yonne). — 8, Bigot (Orne). — 9, Jolly (Loiret). — 10, Raveret (Seine), élève militaire. — 11, Poupée (Côte-d'Or), élève militaire. — 12, Puissant (Loiret). — 13, Ravard (Deux-Sèvres). — 14, Constantin (Manche). — 15, Dorlet (Pas-de-Calais). — 16, Changeux (Cher), élève militaire. — 17, Charant (Côtes-du-Nord). — 18, Grenier (Aveyron). — 19, Humbert (Seine). — 20, Cuny (Vosges). — 21, Wateau (Aisne). — 22, Mugnier (Seine). — 23, Chatain (Saône-et-Loire). — 24, Alexandre (Seine). — 25, Denis (Ardennes). — 26, Cas (Yonne), élève militaire. — 27, Lemaire (Pas-de-Calais). — 28, Simon (Eure-et-Loir). — 29, Roubé (Nièvre), élève militaire. — 30, Pierre (Calvados), id. — 31, Lanquetin (Eure-et-Loir). — 32, Garochau (Seine-et-Oise). — 33, Mareille (Seine). — 34, Liard (Haute-Marne), élève militaire. — 35, Faivet (Suisse). — 36, Duroux (Nord). — 37, Hinet (Manche). — 38, Roquier (Dordogne), élève militaire. — 39, Dudonnez (Calvados). — 40, Mercurin (Meuse), élève militaire. — 41, Pechenet (Ardennes). — 42, Cordier (Aisne). — 43, Morand (Loiret). — 44, Savary (Pas-de-Calais). — 45, Desban (Ardennes), élève militaire. — 46, Gombault (Aube), id. — 47, Callier (Cher). — 48, Fleury (Eure-et-Loir). — 49, Lebert (Eure). — 50, Lausdat (Allier). — 51, George (Meuse). — 52, Marchand (Seine).

— Une société vient de se former à Paris, sous le titre de *Société parisienne*, et qui serait plus exactement nommée *Vespasienne*, non pas qu'elle ait, comme l'empereur Vespasien, la prétention de prélever un impôt direct sur l'urine humaine, mais parce qu'elle spécule sur le produit rénal. Il se perd dans Paris, dit le programme, près de 200,000 litres d'urine par jour. La Société espère en recueillir la moitié à l'aide d'un service spécial. 100 litres d'urine équivalent dit-on à 200 kilog. du meilleur fumier de ferme ou de quadrupèdes. La Société fait évaporer la partie aqueuse de l'urine, sans perte de sels ammoniacaux, incorpore le décoctum avec des marnes magnésiennes et calcaires, et forme ainsi un engrais très azoté, portatif, précieux pour les champs.

— Le *Moniteur ottoman* publie une ordonnance impériale qui autorise les habitants de Constantinople et les villes des provinces à construire en pierres leurs habitations et leurs comptoirs. Jusqu'à présent les palais et les édifices publics étaient seuls en pierres, et il fallait une autorisation spéciale du gouvernement pour que quelques rares maisons particulières pussent être construites avec ces derniers matériaux. Cette mesure est d'un intérêt hygiénique majeur.

(*Gaz. méd. Belge.*)

— *Hôpital anglais à Damas.* — Cet hôpital fut fondé en 1840 par le docteur Thompson, pour recevoir gratuitement les individus de toute nation résidant en Syrie. C'est la seule source de secours médicaux dans toute cette contrée, qui contient une population de deux millions d'habitants. Les frais de l'établissement sont supportés par quelques personnes charitables de Londres sous la présidence du docteur Thompson, qui prodigue à cet hôpital son argent et ses soins. C'est avec satisfaction que l'on apprendra que cette institution a un grand succès et qu'elle produit beaucoup de bien. (*Athenæum.*)

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 105. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Du rhumatisme articulaire.

Le rhumatisme est une affection *sui generis* que l'on ne peut rapprocher d'aucune autre, soit sous le rapport de sa nature, soit sous celui de sa marche. On a voulu trouver des points d'analogie, de contact entre les maladies rhumatismales et les inflammations, et l'on s'est efforcé par une suite de raisonnements d'établir des rapprochements plus ou moins rigoureux. Suivant nous, on s'est trompé. Le rhumatisme peut offrir dans quelques circonstances la forme inflammatoire, mais il ne s'ensuit pas pour cela qu'il soit une inflammation, et surtout que l'on doive le considérer, avec certains auteurs dominés par des idées évidemment trop exclusives, comme une phlegmasie pure et simple, comme une inflammation modèle.

Plusieurs points de son histoire méritent d'être examinés en particulier; et d'abord nous signalerons un de ses caractères les plus curieux, nous voulons dire, sa mobilité. Cherchez dans tout le cadre nosologique une autre affection qui, comme le rhumatisme, se montre pendant quelques jours, pendant quelques heures dans un muscle, une articulation, puis qui sur-le-champ, sans cause connue, abandonne ce point primitivement malade pour se porter sur un autre; qui attaque dans différentes régions à la fois des tissus analogues; qui offre ici tous les caractères d'une véritable phlegmasie, symptômes locaux, et phénomènes de réaction générale, tandis que chez un autre sujet il est complément apyrétique et exclusivement local; qui dans certains cas ne permette pas le moindre mouvement, nous dirions plus, la moindre tentative de mouvement, sans que le malade éprouve des douleurs épouvantables, tandis que dans d'autres circonstances il est tout à fait insensible à la pression. D'autres auteurs, sans plus de raison, ont voulu comparer les intermittences irrégulières du rhumatisme articulaire aux intermittences régulières et aux accès des fièvres essentielles. Les rapports sont encore ici moins apparents que ceux que nous avons indiqués plus haut du rhumatisme avec les inflammations, et, nous ne saurions trop le répéter, cette affection offre des caractères dont nulle autre maladie ne présente les analogues même les plus éloignées.

Les affections rhumatismales ont un siége propre. C'est dans le tissu fibreux qu'elles élisent pour ainsi dire domicile, quels que soient les organes dans lesquels il se développe, qu'il s'attaque à ce tissu, soit rouge, soit blanc. Si le rhumatisme a son siége dans certains cas, dans ce tissu fibreux, s'il se montre de préférence dans les points où existe ce tissu, on doit en conclure que c'est là qu'il a pris naissance, et que c'est par le tissu fibreux qu'il a débuté. Dans quelques circonstances on a cru pouvoir admettre que le système synovial est le siége de la maladie. Pour notre part, nous ne partageons pas cette manière de voir. Il ne nous paraît pas possible qu'une affection aussi distincte, à caractères aussi tranchés que le rhumatisme, puisse occuper indifféremment des tissus divers. Il n'est pas naturel de penser qu'une maladie de cette espèce se présente sous deux aspects différents. Personne ne pourrait admettre que le rhumatisme fût une affection exclusive des synoviales; en effet, il se montre souvent dans des organes et dans des appareils d'organes où il n'existe pas de membrane synoviale, tandis qu'il ne se manifeste jamais dans des points où ne se rencontre pas de tissu fibreux. Très certainement, d'après ce que nous venons de dire, il faut reconnaître que le rhumatisme occupe le tissu fibreux, soit blanc, soit rouge.

Examinons en quelques mots l'opinion des auteurs qui veulent que les membranes synoviales puissent être le point de départ du rhumatisme. D'abord, il n'y a aucune espèce de rapport entre les synoviales et le tissu fibreux. Mais voyons si, là où le rhumatisme paraît occuper les membranes synoviales, ces membranes sont le siége de la maladie. Pour le rhumatisme musculaire il ne peut point y avoir de doute; il n'y a point la synoviale à laquelle on puisse rattacher la maladie. Mais dans le rhumatisme articulaire, il y a dans les parties affectées, et comme élément constitutif de ces parties, à la fois et des muscles et des synoviales. Il y a des cas dans lesquels les articulations semblent être prises seules; un genou est atteint; il présente du gonflement, de la rougeur, de la tumeur; il y a collection de synovie dans l'articulation; il y aurait tout lieu d'admettre, ce semble, que c'est ici la synoviale qui doit être prise. Mais, même en l'admettant, la maladie a-t-elle commencé par la synoviale? Quelque chose le prouve-t-il? Nullement. La présence de la synovie ne prouve en aucune manière que le développement de la maladie ait commencé par la synoviale. Ainsi, le rhumatisme se développe quelquefois dans des parties où existent des synoviales, mais jamais il ne se produit dans des régions où il y ait absence de tissu fibrineux. La conséquence naturelle est que son siége primitif est dans le tissu fibreux.

Lorsqu'une articulation est malade, que s'y passe-t-il? A moins qu'elle ne soit située trop profondément, nous pouvons suivre l'action de la maladie; nous constatons la rougeur de la peau, l'inflammation du tissu cellulaire. Admettrait-on pour cela que le rhumatisme soit une inflammation de la peau ou du tissu cellulaire? Evidemment non. Eh bien! pour employer la même argumentation, ce qui se passe à l'extérieur ne prouvant pas que la peau soit le siége du rhumatisme, ce qui se passe à l'intérieur ne prouve pas davantage que le siége de la maladie soit dans la synoviale. Le rhumatisme n'a pas plus commencé par la peau qu'il ne commence par les synoviales des articulations. En considérant le rhumatisme comme affectant le tissu fibreux d'abord, on peut très bien concevoir que la maladie s'étende par voie de contiguïté soit aux parties profondes, soit aux parties superficielles. Il peut y avoir, à la suite et comme accident, comme complication du rhumatisme, inflammation de la peau, du tissu cellulaire, de la membrane synoviale.

Le rhumatisme est donc une maladie qui a un aspect tout à fait spécial. Du tissu fibreux prenant la forme inflammatoire, il s'étend soit en dehors, soit vers les parties profondes; mais il a un caractère particulier, c'est cette mobilité que n'ont pas les autres inflammations. Il faudrait admettre qu'il y ait là une inflammation toute différente de celle des membranes séreuses. On n'est pas contrarié par ces analogies qui existent dans la structure, les usages et les propriétés des membranes séreuses et des membranes synoviales en admettant que c'est le tissu fibreux qui est primitivement malade. Bien que les membranes synoviales participent aux affections rhumatismales, il ne paraît pas logique ni rationnel de placer le début de la maladie dans ces synoviales. Nous croyons suivre la marche de la nature et être plus près de la vérité en admettant qu'une maladie de ce genre a un siége spécial. Ce siége, pour nous, c'est le tissu fibreux, et comme après tout il est matériellement impossible de prouver rigoureusement la vérité de notre opinion, nous nous contentons de dire qu'elle est plus logique que les autres, qu'elle satisfait mieux à l'esprit, et qu'elle s'appuie mieux sur le raisonnement.

Ainsi, pour nous, le rhumatisme est une affection *sui generis* dont on peut expliquer les formes diverses en admettant un seul siége de la maladie, le tissu fibreux, et en considérant comme secondaires les phénomènes qui surviennent dans les synoviales.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les guérisons miraculeuses. — Triste situation du magnétisme très animal. — Avenir nébuleux de la médecine. — Proposition sur une modification importante à introduire dans la constitution de l'Académie de médecine.

Mon cher confrère,

Vous n'ignorez pas qu'il existe de par le monde bien des gens qui pensent que le temps des miracles est passé; peut être n'êtes-vous pas vous-même éloigné de partager ce sentiment, et, pour ma part, je dois avouer que, naguère encore, il s'en fallait bien peu que ce ne fût complétement le mien, nonobstant les éclatantes prouesses du magnétisme, de la phrénologie, de l'homœopathie et de toute la magie. Mais aujourd'hui j'ai entièrement changé d'avis, et vous me saurez gré, je l'espère, de vous faire savoir à quelle occasion :

Un confrère de Paris, ayant été appelé auprès d'un malade qui venait de faire une chute sur l'épaule, reconnut ou crut reconnaître une luxation de cette partie; il fit venir immédiatement à son aide un autre confrère qui, après mûr examen, déclara qu'en effet une luxation s'était effectuée : il fut décidé en conséquence, d'un commun accord, que des tentatives de réduction seraient faites sur-le-champ. Comme il fut dit, il fut fait, mais par malheur ou par bonheur, malgré des efforts réitérés, la forme de l'épaule demeura telle qu'elle était avant les tentatives, et le malade en fut pour ses douleurs. Le second confrère (celui qui avait été appelé en consultation par le premier) déclara alors qu'après des manœuvres aussi habilement dirigées, il ne restait plus aucun espoir de réussir par les procédés ordinaires de la chirurgie; il conseilla donc au malade de garder le repos, et il lui appliqua sur l'épaule endommagée une petite médaille en argent qu'il fit recouvrir d'un cataplasme émollient, déclarant que dans la puissance surnaturelle de ce pansement résidait désormais sa dernière espérance. Le premier confrère ne paraissait pas, à la vérité, extrêmement versé dans la connaissance des procédés opératoires pour la réduction des luxations de l'épaule; mais s'il était un peu faible de science, il était au contraire très fort d'esprit. Il ne crut devoir accorder qu'une très médiocre confiance au nouveau moyen thérapeutique proposé par son collègue, et jugea prudent d'avoir recours aux lumières d'un troisième confrère; le second confrère accepta avec empressement cette proposition, et l'on s'adressa à une jeune notabilité chirurgicale déjà assez connue. Ce troisième confrère ne put arriver que plusieurs heures après l'application du cataplasme et de la médaille; les deux autres l'attendaient auprès du malade. Dès qu'il fut arrivé, ils levèrent le pansement devant lui, et il put constater, à son grand étonnement, que jamais luxation n'avait été mieux réduite que celle qu'il avait sous les yeux, si tant est qu'elle eût véritablement existé; car il eut soin d'exprimer à cet égard des doutes qu'il conserve même encore aujourd'hui. Le premier confrère lui-même, moins confiant dans son savoir qu'opiniâtre dans son incrédulité, aima mieux admettre qu'il avait failli dans son diagnostic que de croire à une guérison aussi extraordinaire; mais le second confrère leur apprit que les exemples analogues étaient innombrables, et qu'il s'en rencontrait une collection parfaitement authentique dans un ouvrage consciencieux, arrivé en peu de temps à sa huitième édition. Vous comprenez qu'aussitôt que je fus informé de ce fait remarquable, mon premier soin fut de me procurer l'ouvrage en question, et c'est dans ce livre, curieux au delà de toute expression, que j'ai puisé les éléments de la foi inébranlable que je me trouve avoir en ce moment dans les guérisons miraculeuses; cette foi, vous la posséderez comme moi quand vous aurez comme moi médité ce livre précieux, dont vous me permettrez de vous donner aujourd'hui une courte analyse. En voici d'abord le titre :

Notice historique sur l'origine et les effets de la nouvelle médaille connue sous le nom de MÉDAILLE MIRACULEUSE (1).

Dans ce livre, outre une foule de conversions, de protections et d'autres actions toutes plus surnaturelles les unes que les autres, se trouve un recueil de plus de cent guérisons de maladies reconnues incurables par les médecins les plus distingués, telles que cancers, phthisies, paralysies, etc. Quelques-unes de ces guérisons sont constatées par des médecins instruits, et ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit des plus incrédules; c'est ce dont vous conviendrez facilement après avoir pris connaissance des exemples suivants que je prends au hasard, car, suivant l'expression du digne auteur de la Notice, on ne saurait avoir que l'embarras du choix :

« M. Baptiste PIDOUX, dit *Mérigou*, asthmatique depuis longtemps,
» fut atteint, le 10 février 1843, d'un fort catarrhe de poitrine et *de*
» *cerveau*, qui le réduisit à toute extrémité; le 14, il perdit l'usage
» de la parole, et tomba dans le délire; il fut impossible de lui faire
» prendre même une seule goutte de tisane. Vers minuit il tomba en
» en agonie. Le dimanche de la septuagésime MM. Fau et Rolland,
» médecins, furent appelés. M. Fau, à la vue du malade, manifesta
» son étonnement de ce qu'on les appelait pour un malade dans la
» dernière agonie, et qui n'avait plus que quelques instants à vivre,
» et ils se retirèrent, laissant toute la famille dans la consternation. »

C'est alors qu'une personne étrangère, sous l'impulsion d'une voix mystérieuse, vint trouver le malade et lui appliqua la médaille sur la poitrine; il était alors près de midi. « A midi et demi le malade fut
» sept à huit minutes sans aucun signe de vie; tout le monde le
» croyait mort. Au milieu de la désolation et des sanglots de la fa-
» mille, la personne qui lui avait mis la médaille était pleine de con-
» fiance. Aussitôt le malade respire; elle lui présente la médaille à
» baiser, ce qu'il fait plusieurs fois. Tout le monde reconnaît le pro-
» dige. Elle le quitta à une heure, et à son retour une demi-heure
» après, il était beaucoup mieux, avec une pleine et entière connais-
» sance. Ce mieux alla croissant; dès le même jour le malade se
» leva, et cinq jours après il alla entendre la sainte messe à l'église de
» Notre-Dame, éloignée de quinze à dix-huit minutes de chemin. »

Peut-être ce premier exemple ne vous paraîtra-t-il pas aussi miraculeux qu'il semble l'être au premier abord, et n'y verrez-vous qu'un simple accès d'asthme qui, malgré l'application de la médaille miraculeuse, dure tout aussi longtemps que la plupart des accès analogues; votre observation pourrait m'embarrasser si je n'avais pris mes précautions; mais j'ai eu soin de me munir de preuves irréfragables, et voici une petite pièce qui répondra suffisamment et au delà à toutes les objections de la nature de celle que je viens de supposer, et même à toutes celles d'une nature différente.

« Je soussigné, Isidore ROLLAND, officier de santé *dûment* patenté,
» domicilié à Belesta, canton de Lavelanet (Ariége), certifie véritable
» tout ce qui a été rapporté dans le présent écrit à l'égard des acci-
» dents de la maladie de J.-B. Pidoux, dit *Mérigou*, de cette com-
» mune, et de la conduite à son égard de la part des médecins et offi-
» ciers de santé qui eurent occasion de le voir, et *je crois moi-même*
» *fermement* à la guérison miraculeuse du même individu. En foi de
» ce, à Belesta, 31 mai 1831. J. ROLLAND, *cadet*,
» officier de santé. »

J'aime à croire que ce certificat lèvera jusqu'à l'ombre du dernier doute que vous auriez pu conserver; mais si, dans tous les cas, il ne vous suffisait point du témoignage de ce cadet-là, je pourrais vous en fournir plusieurs autres, qui, sans lui faire du tort, auront encore plus d'autorité; je me contenterai d'un seul.

Une sœur de charité de Toulouse était atteinte depuis plus d'un an d'une affection chronique et très douloureuse de l'estomac; les médecins avaient déclaré le mal incurable, et l'un des plus distingués, dont vous allez savoir le nom, avait dit qu'*à moins d'un miracle, c'était fait de la malade*. Heureusement celui-ci ne tarda pas à s'opérer; quelques applications de la médaille suffirent pour rendre la pieuse

(1) Un vol. in-12. Paris, 1842; librairie d'Adrien Leclerc et Cie., rue Cassette, 29.

Quelles sont les causes qui produisent les affections rhumatismales ?

Il serait assez naturel de penser qu'elles consistent en une modification insaisie jusqu'à présent, et qui, se portant dans tel ou tel point, produirait des phénomènes particuliers. Nous savons peu de choses sur la génération, la production des affections rhumatismales. Nous savons que le froid est regardé comme ayant une assez grande part dans la production de la maladie. Ce n'est point là une cause spécifique qui provoque le développement du rhumatisme toutes les fois qu'elle agit. Tous les jours on voit des sujets pris de rhumatismes qui ne se sont pas exposés au froid et qui sont bien certains de ne point s'être refroidis. D'autre part, on s'expose continuellement et sans précautions à l'action du froid sans être pour cela pris de douleurs rhumatismales.

Le froid n'est donc pas une cause spécifique de rhumatisme, plus qu'il ne l'est d'une pneumonie, d'une pleurésie, etc. Il constitue seulement une cause occasionnelle. Supposons qu'une armée entière soit pendant une ou plusieurs nuits exposée au froid le plus intense; un grand nombre d'individus tomberont malades; mais il n'y en aura peut-être pas en tout cent qui seront pris de rhumatisme. Le plus grand nombre seront affectés de pneumonies, de pleurésies, de bronchites, etc. Parmi les individus qui ont été au service militaire, on trouve que la grande majorité ont des rhumatismes depuis qu'ils ne sont plus au service; pendant tout le temps qu'ils ont été militaires, ils n'en avaient ressenti aucune atteinte.

Nous sommes obligé de reconnaître que, dans le plus grand nombre des cas, le rhumatisme survient sans que les sujets se soient exposés à l'action du froid; que, dans beaucoup d'autres circonstances, ils s'exposent au froid sans contracter de rhumatisme. Le plus souvent, le rhumatisme est spontanée. Nous ne voulons pas dire par là qu'il se développe sans cause, mais que dans le plus grand nombre des cas ses causes nous échappent. Pour la plupart des affections qui sont du ressort de la médecine, et dans le plus grand nombre des cas, c'est une disposition intérieure et particulière de l'économie qui prépare les maladies, mais cette disposition nous échappe. Les maladies chirurgicales ont souvent des causes faciles à savoir, les causes externes, par exemple; mais pour celles des maladies internes, nous ne pouvons pas les reconnaître, au moins le plus fréquemment.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Cure radicale du varicocèle. Enroulement des veines spermatiques. Observations et considérations générales; par M. BOUTEILLER.

Depuis le commencement de l'année 1842, M. Vidal (de Cassis) a institué un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale du varicocèle: c'est le procédé par enroulement des veines spermatiques. M. Vidal comptait, au commencement de mars, cent-cinquante opérations de ce genre couronnées toutes de succès. Depuis ce temps, un certain nombre en a encore été fait à l'hôpital du Midi.

Les observations ont été recueillies avec soin tant par moi que par M. Rogier, ex-interne du service. Je vais les reproduire ici, et les faire suivre des remarques qu'elles ont suscitées à M. Vidal. Afin d'éviter les répétitions inutiles, je dois, avant tout, exposer aussi brièvement que possible le procédé de M. Vidal (de Cassis) pour la cure radicale du varicocèle.

L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent (qui entraîne avec lui l'artère), rejette ce canal en dedans et en arrière du côté de la cloison, saisit les veines développées et les tient serrées en un seul cordon par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent donc dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et hornent en arrière. Alors, prenant ces doigts pour guide, on fait entrer du côté de l'index et sortir du côté du pouce une aiguille forte, droite, terminée en fer de lance, taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe, et portant, par ce moyen, un fil d'argent flexible, du diamètre d'une aiguille à tricoter.

Une anse de ce fil est, en conséquence, passée derrière les veines variqueuses, de telle sorte que le point d'entrée et celui de sortie soient distants de 3 à 4 centimètres. Tel est le premier temps.

Dans le second temps, l'index et le pouce sont portés en avant des veines au lieu de l'être en arrière, et pincent la peau dans ce sens pour y amener les deux ouvertures faites au scrotum par le premier fil. Celles-ci peuvent être rapprochées beaucoup. Pour cela, il n'y a qu'à plier le fil introduit de manière à lui faire décrire une convexité postérieure. Quand une fois on a eu ce soin, par la même ouverture d'entrée et par la même ouverture de sortie, on introduit et on retire un second fil à l'aide d'une aiguille semblable à la première. Ce dernier fil doit être aussi en argent, mais d'un diamètre un peu moindre; les veines sont donc entre deux fils qui ont encore leurs extrémités libres.

Alors commence le troisième temps; il consiste à tordre les extrémités du fil. C'est ainsi que les veines, les veines seules, s'enroulent sur ce double fil métallique comme la corde s'enroule sur le treuil.

Le testicule est porté vers le point fixe des veines, c'est-à-dire en haut vers l'abdomen.

On achève l'opération en plaçant un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion.

Première observation. — *Cure radicale par enroulement. Guérison retardée par quelques circonstances étrangères.*

Au n° 5 de la salle 10, est entré, le 12 février dernier, un jeune homme de vingt-cinq ans, nommé Michel, exerçant la profession de menuisier. Il était affecté d'une blennorrhagie, mais il déclarait qu'il venait plutôt à l'hôpital pour se faire opérer de son varicocèle que pour faire traiter l'urétrite dont il était atteint. Cependant, tous les soins furent d'abord dirigés contre cette dernière affection, et le malade fut mis à la tisane de bourgeons de sapin et aux injections avec le liquide suivant :

Sulfate de zinc,	0,50 gram.
Acétate de plomb,	0,50
Laudanum de Sydenham,	4,00
Eau distillée,	300,00

Au bout de quelques jours, l'écoulement était déjà moins abondant, et il n'y avait plus de douleurs pendant l'excrétion des urines.

L 19 février le pus est plus séreux.

Le 24, une goutte de liquide sort le matin seulement de l'urètre. — On prescrit quatre injections par jour au lieu de deux.

Enfin le 30, le malade assure que, même le matin, il ne trouve plus d'écoulement. — Les injections sont donc suspendues.

Dès lors, l'attention de M. Vidal se dirigea tout entière sur le varicocèle que portait le nommé Michel. On l'interrogea avec soin, et on apprit ce qui va suivre.

Michel ne s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans le côté gauche des bourses qu'à l'âge de vingt ans, et il fut, pour cette maladie, exempté du service militaire. Depuis deux ans seulement, c'est-à-dire trois ans après le début supposé du mal, Michel, sous l'influence de la chaleur ou d'un travail forcé dans la station debout, éprouva de la pesanteur dans le testicule gauche, et une sensation de tiraillement douloureux dans les lombes. Mais, hâtons-nous de le dire, cette gêne ne l'a jamais forcé de suspendre ses travaux. Quoi qu'il en soit, Michel ne peut pas s'accoutumer à l'idée de souffrir ainsi à la moindre fatigue, et il réclame instamment l'opération.

A l'examen des organes génitaux, on trouva dans le scrotum du côté gauche une tumeur noueuse, irrégulière, située à la partie postérieure et supérieure du testicule, s'élevant le long du cordon, et pouvant être suivie jusqu'à l'anneau inguinal. Elle présente la sensation de cordons souples, mollasses, s'entrelaçant. En un mot, ce gonflement offre les caractères physiques ordinaires du varicocèle. Le scrotum, parcouru qu'il est par quelques veinules un peu dilatées, descend plus bas que du côté droit d'environ 3 centimètres. La tumeur est surtout manifeste dans l'attitude verticale. Est-elle réduite par l'effet de la position horizontale prolongée, on peut établir nettement le diagnostic par les deux expériences suivantes. Si on applique les doigts sur l'anneau inguinal, et que l'on fasse lever le malade pendant ce temps; ou bien si, le tenant couché, on lui met des compresses chaudes sur le scrotum, la tumeur, dans l'un et l'autre cas, reparaît promptement. M. Vidal préfère le second mode d'exploration.

Quant au testicule, il n'est ni atrophié, ni douloureux. Il n'y a pas de varices aux membres, ni dans aucune autre région du corps. Toutefois, les veines spermatiques du côté opposé sont un peu volumineuses.

Michel ne connaît aucun membre de sa famille qui ait été atteint de varices ou de varicocèle. Il n'a jamais reçu de coup sur le testicule, et n'a jamais eu d'orchite. Depuis l'âge de quinze ans il a vécu avec une maîtresse, et reconnaît avoir fait des excès vénériens pendant les dix années qui viennent de s'écouler.

Enfin, pour compléter ces détails nombreux, mais nécessaires, ajoutons que toutes les fonctions s'accomplissent bien, et qu'il n'y a jamais eu de constipations fréquentes et opiniâtres.

Le 5 mars, après les préparations ordinaires, qui consistent à raser les parties, à faire marcher le malade et à soumettre le scrotum à une température assez élevée, l'enroulement des veines spermatiques fut pratiqué comme nous l'avons décrit tout à l'heure. Après l'opération, des compresses imbibées d'eau fraîche furent appliquées sur le scrotum. Bientôt les douleurs ressenties dans la région des reins pendant l'enroulement disparurent totalement, quelques-unes se faisant encore sentir sur le trajet du cordon et dans le testicule. Une première circonstance que nous avons eu à regretter est celle-ci: le jour même de l'opération, par suite d'une erreur de distribution, le malade mangea quatre portions, comme il le faisait la veille.

Le 6, le malade n'a dormi que fort peu de temps; encore a-t-il été agité par un rêve lassif qui a occasionné une perte séminale: c'est une seconde circonstance défavorable. (Antérieurement à l'opération, le malade avait déjà eu quelques

---

malade à sa première vigueur, et les détails de sa guérison furent immédiatement écrits par les neufs sœurs, qui, à la vérité, d'après le style de la pièce, n'était pas celles du Parnasse; mais cela n'ôte rien à l'authenticité du récit, accompagné d'ailleurs de l'important témoignage qui suit :

« *Je soussigné, docteur de la Faculté de médecine de Montpel-* » *lier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Jacques de* » *Toulouse, déclare avoir donné des soins à sœur Clotilde, depuis* » *le mois de février jusqu'à sa guérison; je certifie en outre que le* » *rapport ci-dessus* » (ce rapport contient les détails de ce que je viens de vous exposer sommairement) « *contient l'exacte vérité des* » *faits.* Ch. VIGNERIE. »

Les confrères de province ne sont pas les seuls à qui ait été donnée la grâce de constater de semblables merveilles; quelques-uns parmi ceux de la capitale ont joui du même avantage; mais il serait trop long de vous donner même le sommaire des prodiges qu'ils ont vus; je vous renvoie à l'ouvrage original dont je vous ai donné le titre. Ce que j'ai dit suffira pour vous montrer qu'il ne s'agit plus ici de ces équivoques miracles du mesmérisme ou de l'homœopathie; ce sont de bons et vrais miracles, bien et dûment enregistrés par des témoins loyaux et éclairés, des miracles, en un mot, qui ne le cèdent en rien pour l'authenticité à la résurrection de Lazare ou à la guérison du paralytique.

Aussi, puisque je vous parle de mesmérisme, ne vous étonnez pas que cette grande doctrine en soit réduite à aller semer des pavots en province. Un docteur qui nous paraît, à l'endroit du magnétisme très animal, plus diable encore qu'il n'est noir, nous apprend que tous les somnambules grands et petits semblent s'être donné rendez-vous à Marseille, où ils ne paraissent avoir que quelques pâles et rares succès, triste reflet de leur ancienne gloire; l'un d'eux a même eu la douleur d'éprouver une grave mystification, ou plutôt on a eu la douleur pour lui, car les somnambules pour la plupart sont ainsi faits qu'ils ne savent guère distinguer une mystification d'un succès, ce qui explique pourquoi ces derniers leur sont si familiers.

N'était que la déconfiture du magnétisme très animal, voire même celle de l'homœopathie, je m'en consolerais facilement; mais vous concevez bien que, si la médaille miraculeuse se répand et devient d'un usage trop commun, il n'y a pas de malade qui ne préfère l'application de ce précieux topique à tout l'arsenal médico-chirurgical de la terre, d'autant mieux que le premier s'applique gratis; dès lors la médecine me paraît absolument devoir suivre la même route que le mesmérisme. Eh bien ! ce fait, que vous devez craindre comme moi, s'accomplit en ce moment, et je me crois engagé d'honneur à en prévenir les jeunes confrères qui sont encore assez peu avancés dans la profession pour pouvoir reculer et prendre une autre voie. La *Notice historique* nous apprend (1) que :

Douze fabricants à Paris ont déjà frappé et expédié chacun 20 millions de médailles dont 2 millions en or et argent et 18 millions en cuivre. Total, ci	240,000,000
Quatre fabricants de Lyon en ont fabriqué et expédié au moins le double de ceux de Paris, c'est-à-dire au moins 40 millions chacun. Total, ci	160,000,000
	400,000,000

Ce qui fait pour Paris et Lyon seulement une légère somme de QUATRE CENT MILLIONS de médailles miraculeuses mises en circulation. Quant au nombre de médailles frappées dans les autres villes de France et de l'étranger, la Notice remarque avec juste raison qu'il est tout aussi incalculable que le nombre des étoiles du firmament ou celui des grains de sable de la mer. Vous le voyez, mon cher confrère, la Faculté n'aura bientôt plus que deux partis à prendre : Fermer ses portes, ou bien faire comme le second confrère dont nous avons parlé en commençant, troquer la trousse et le formulaire contre une pacotille de médailles miraculeuses. On dit que cette dernière résolution a déjà été prise par quelques confrères qui n'ont qu'à s'en féliciter.

Correspondance.

Un spirituel confrère de province se plaint amèrement de la longanimité des Commissions et de la négligence des rapporteurs, laquelle va quelquefois jusqu'à l'égarement..... des travaux qu'on leur confie; il cite plusieurs exemples à l'appui de ses justes plaintes. Dans tout cela vous ne verrez rien de bien neuf, et vous me dispenserez en conséquence de reproduire ces exemples; mais l'auteur de la lettre propose de créer une classe d'aspirants au fauteuil académique, dans laquelle seraient puisés tous les rapporteurs des Commissions : lorsqu'un de ces aspirants aurait fait un certain nombre de rapports (nombre ultérieurement fixé par les règlements), il entrerait de plein droit dans le docte corps. Il trouve dans cette modification constitutive un moyen certain de remédier à la lenteur et à la superficialité des rapports académiques, et d'éviter ces visites réitérées dont J. Raimond nous a donné la plaisante statistique. La proposition de notre confrère a évidemment une grande portée, et nous ne doutons pas que l'Académie n'en fasse le sujet de ses sérieuses méditations. J'aurai soin de vous faire connaître en temps et lieu le résultat de ses délibérations.

Veuillez recevoir en attendant l'assurance de mon affectueuse estime. Jacques BONHOMME.

(1) Pages 36 et 37 de la 8e édition.

Post-scriptum. — J'apprends avec plaisir que Jean Raimond est complétement rétabli de sa grave indisposition et qu'il reprendra ses Causeries mardi prochain. Je m'empresse d'annoncer cette bonne nouvelle à nos lecteurs, et donne bien volontiers démission de mes fonctions intérimaires.

NOUVELLES.

M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre, en conseil royal, l'arrêté suivant:

Art. 1er. A l'avenir, dans les concours d'agrégation ouverts devant les Facultés de médecine, l'élimination des candidats, prescrite par l'article 2 de l'arrêté du 23 août 1842, devra être faite de manière à n'en conserver que trois au plus ou deux au moins pour chaque place vacante.

Art. 2. Une épreuve clinique, dont la durée sera de trois quarts d'heure, est ajoutée aux épreuves définitives des concours pour les places d'agrégés dans les sections des sciences médicales et des sciences chirurgicales.

— *Prix décernés à des médecins militaires.* — Par décision de M. le ministre de la guerre, les récompenses suivantes ont été décernées aux officiers de santé militaires qui lui ont adressé les meilleurs mémoires sur les questions de médecine, de chirurgie et de pharmacie, mises au concours en 1845.

Question de médecine. — Médaille d'or décernée à M. Catteloup (Bon-Auguste), médecin-adjoint aux ambulances de l'Algérie.

1re mention honorable à M. Finot (Pierre-Xavier), médecin ordinaire de 2e classe aux ambulances de l'Algérie; 2e mention honorable à M. Cambay (Ch.-Alex.-Joseph), officier de santé du même grade aux mêmes ambulances.

Question de chirurgie. — Mention honorable accordée à M. Potier-Duplessis (Jacques-Louis-Charles-Maxime), chirurgien sous aide à l'hôpital militaire de Montmédy.

Question de pharmacie. — 1re mention honorable à M. Fix (Laurent), pharmacien aide-major de 2e classe au 34e régiment d'infanterie de ligne; 2e mention honorable à M. Galinier (Pierre), pharmacien major de 2e classe à l'hôpital militaire de Besançon.

Nota. Les Commissions chargées d'examiner les mémoires relatifs aux questions de chirurgie et de pharmacie ont été d'avis qu'il n'y avait pas lieu de décerner cette année la médaille d'or.

— Le docteur Payen, chirurgien en chef de la marine et du port de Toulon, et le docteur Gaubric (de Bordeaux), viennent de mourir.

pertes séminales nocturnes, mais revenant à des intervalles assez éloignés, de huit à quinze jours chaque). Il éprouve quelques picotements autour de la ligature, où il existe en effet un bourrelet rouge et bien circonscrit de la grosseur d'une plume d'oie seulement. — Deux portions.

Le 7, le malade a éprouvé des douleurs qu'il compare à des vents qui, partant de l'anneau inguinal, correspondraient à la région lombaire. Il n'y a pas plus d'inflammation autour de la ligature qu'il n'y en avait la veille. Un peu de gonflement de l'épididyme est survenu, et l'écoulement a reparu, peu abondant du reste. Nouvelle perte séminale. Trois heures de sommeil. — Deux portions.

Le 8, douleurs lombaires beaucoup moins fortes; épididyme peu douloureux et du même volume que la veille; une troisième perte séminale. Sur les côtés du bourrelet dû à la ligature, il s'écoule un peu de pus, quoique l'inflammation ne soit que ce qu'elle doit être.

Le 9, encore une perte séminale.

Les 10 et 11, *idem.*

Le 12, les fils se rapprochent de la surface de la peau, et par conséquent la ligature exerce une constriction moins forte.

Le 13, M. Vidal serre de nouveau les fils sur la pelote. Cette torsion occasionne un peu de douleur dans la partie seulement, mais ne réveille pas les douleurs lombaires.

Le 17, il semble que les fils aient divisé les tissus jusqu'à la surface. M. Vidal enlève les fils, et trouve en effet la peau entièrement divisée, les fils ne tenant plus au fond de la plaie que par quelques brides qui sont enlevées avec les ciseaux. La plaie est tamponnée légèrement avec de l'amadou et de la charpie.

Le 18, il n'y a pas eu d'écoulement de sang, ni douleur, ni inflammation. Il reste une plaie transversale de quatre à cinq centimètres, dont la lèvre supérieure forme comme un lambeau; au fond de la plaie existe un bourbillon, une partie mortifiée du volume d'une petite noisette. L'écoulement urétral persistant, le malade reprend ses injections.

Les 19 et 20, même état.

Le 21, la plaie, déjà rétrécie, offre sur ses bords un aspect vermeil et des bourgeons de bonne nature. La partie mortifiée s'élimine d'une manière sensible. L'écoulement blennorrhagique est arrêté.

Les 22 et 24, même état. La plaie transversale n'a pas plus de deux centimètres.

Les 26 et 28, même état. Le gonflement de l'épididyme a disparu. — Quatre portions.

Le 1er avril, le bourbillon est éliminé; la lèvre supérieure est un peu plissée transversalement, et forme comme un mamelon.

Les 2 et 4, même état.

Les 6, 8 et 10, *idem.*

Le 11, la plaie n'a plus qu'un centimètre. Le malade demande son *exeat*, et sort dans l'état suivant:

Au niveau de la petite plaie existe une induration, un nodus de cicatrice; au-dessus, le cordon ne présente plus de veines variqueuses; au-dessous, l'épididyme n'est nullement volumineux, et le testicule, loin d'être pendant, est plus élevé que du côté opposé. L'écoulement urétral n'a pas reparu. La marche et la station ne gênent en rien le convalescent.

En résumé, cure radicale au bout de trente-sept jours, malgré deux circonstances défavorables aux opérés en général; à savoir: 1° un excès de régime le jour de l'opération; 2° une série de pertes séminales. Cette dernière complication a encore plus de gravité après une opération sur les parties génitales qu'après toute autre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de mars et avril 1846. — Présidence de M. H. Labarraque.

M. Homolle a entretenu dernièrement la Société de deux cas de croup traités par les inspirations d'acide chlorhydrique, et suivis de mort. Ces insuccès avaient diminué la confiance que ce moyen lui avait inspirée par les heureux résultats qu'il en avait obtenus dans quatre cas graves observés antérieurement par lui. Il rapporte une observation nouvelle de laryngite pseudo-membraneuse guérie sous l'influence de ce nouveau moyen.

Appelé le 31 mars au soir en toute hâte pour un jeune enfant de quatre ans, que ses parents disent enrhumé et enroué depuis quelques jours, et qui venait d'être pris de suffocation, il le trouva la face vultueuse, la tête légèrement renversée en arrière, le cou gonflé; la respiration, d'une difficulté extrême, surtout pendant l'expiration, est sèche, sifflante et interrompue de temps en temps par une toux rauque sans être grosse. La voix est presque nulle, et en quelque sorte soufflée. L'inspection de la gorge fait reconnaître la présence de fausses membranes laciniées sur les amygdales; il y a de la fièvre. Il prescrit une application de quatre sangsues au-dessous des clavicules; un vomitif et un vésicatoire au-devant du sternum. Les sangsues saignent abondamment. Une amélioration légère a lieu.

Des insufflations d'alun en poudre dans la gorge sont conseillées, ainsi que l'inspiration de vapeurs chlorhydriques. Mais ce dernier moyen est employé d'une manière tout à fait insuffisante et à de longs intervalles.

Les 2, 3 et 4 avril, état en apparence stationnaire. M. Homolle est deux jours sans voir l'enfant.

Le 5 au soir, accès de suffocation pendant lequel l'enfant se dresse sur son lit, se renverse en arrière, devient livide, et présente une anxiété extrême.

M. Homolle, que l'on revient chercher, trouve l'enfant dans un état beaucoup plus grave qu'à sa dernière visite. Il y a une prostration prononcée; la voix est nulle, et la respiration, qui se fait avec beaucoup d'efforts, présente un sifflement que l'on entend de la pièce voisine. Les amygdales se sont de nouveau recouvertes de fausses membranes plus étendues que la première fois. Un nouveau vomitif est donné, et les inspirations d'acide chlorhydrique sont employées de nouveau sous la direction de M. Homolle sans aucune interruption, et de manière à ce que l'air de la chambre soit constamment saturé de ces vapeurs. On applique un deuxième vésicatoire, et l'on porte directement la poudre d'alun dans l'arrière-gorge et sur l'épiglotte au moyen d'une petite éponge fixée à une baleine courbe.

Un accès de suffocation a encore lieu dans la soirée, puis la nuit est assez calme; la respiration devient moins pénible; il y a du sommeil, et le lendemain on peut constater une amélioration considérable. Il n'y a plus de lividité de la face; l'enfant a repris de la gaieté et accuse de l'appétit. L'emploi de l'acide chlorhydrique est continué avec une grande persévérance; on alimente légèrement l'enfant, auquel on fait reprendre un vomitif deux jours après.

Le mieux continue ainsi les 6, 8 et 9, et le 10 on peut considérer l'enfant comme tout à fait hors de danger. La toux est devenue grasse, mais la voix est encore sèche et rauque, et n'a que des éclaircies de temps en temps; la respiration n'est plus bruyante; les forces reviennent, et l'enfant a très bon appétit.

M. Homolle, à cette occasion, présente quelques considérations sur le traitement du croup pseudomembraneux.

Cette maladie présente, comme toute autre, deux sortes d'indications, celles relatives à l'état général du sujet, et celles spéciales à la maladie.

La saignée, les vésicatoires, le calomel, les antimoniaux, le polygala, les purgatifs sont appelés à remplir les premières et ne possèdent pas à proprement parler un mode d'action spécifique contre cette terrible maladie.

Les vomitifs agissent comme expulsifs par les secousses qu'ils impriment à tous les organes thoraciques, et les antimoniaux employés selon la méthode rasorienne amènent chez les enfants un engouement pulmonaire fâcheux, que M. Homolle croit n'avoir pas été étranger à l'issue funeste des deux cas rapportés par lui.

On doit donc provoquer le vomissement et tout faire pour éviter la tolérance du médicament vomitif.

Le polygala se rapproche par son mode d'action des antimoniaux; toutefois, il peut être utile comme excitant la toux. Le calomel peut être utile comme purgatif ou comme altérant auxiliaire. On doit toutefois redouter son influence profondément débilitante, comme l'a surtout fait remarquer M. Trousseau.

Les vésicatoires agissent comme révulsifs, mais ne jouissent évidemment d'aucune influence spéciale.

Les vrais curatifs de cette redoutable affection sont donc les agents topiques substitutifs portés directement sur la muqueuse affectée.

L'alun paraît à M. Homolle préférable au nitrate d'argent, et par son innocuité et par la facilité de son emploi, quand on peut le porter jusqu'au siége du mal; mais il est douteux que l'on puisse pénétrer dans le larynx, et c'est cette difficulté qui conduisit M. Homolle, après plusieurs autres médecins, à l'emploi des agents gazeux.

Le chlore fut employé, mais son action irritante le fit abandonner bientôt.

Le nom d'acide muriatique oxygéné, que portait primitivement le chlore a pu faire croire que déjà l'acide chlorhyde avait été employé; mais M. Homolle n'a pas trouvé d'observation de son emploi dans le croup avant lui.

Le gaz ammoniaque fut conseillé, mais sans résultat avantageux, car il fut vite abandonné.

Le gaz acide chlorhydrique, que M. Homolle a vu réussir dans cinq cas tout à fait graves et qui ne laissaient aucun doute quant au diagnostic, a été reconnu par lui d'une complète innocuité pour le malade et même pour les personnes qui le soignent.

Dans le cas qui vient d'être rapporté, cette innocuité apparut bien manifestement pour un enfant de quinze mois, frère du jeune malade, qui ne cessa pas d'habiter la même chambre.

M. Michea considère la distinction établie par M. Guersant entre le vrai et le faux croup comme plus théorique que pratique, que l'ensemble des symptômes qui appartiennent au second peut s'accompagner de la production de fausses membranes. Il en conclut que le croup est un, mais qu'il comporte deux éléments distincts, l'élément spasmodique ou nerveux, et l'élément inflammatoire avec tendance à la production de fausses membranes.

M. Charrier laissant de côté la question de diagnostic, se propose d'examiner seulement la valeur du moyen thérapeutique indiqué par M. Homolle. Il ne croit pas pouvoir attribuer aux inspirations chlorhydriques la guérison du jeune malade dont il a rapporté l'observation, puisqu'on avait employé concurremment les vomitifs, le calomel, l'alun, etc. Dans un cas de croup, M. Charrier employa, il y a six mois, l'acide chlorhydrique en vapeur conjointement avec d'autres moyens, et l'enfant succomba. Il partage l'avis de M. Homolle sur le peu d'utilité qu'ont en général les applications de sangsues dans cette maladie.

Il ne croit pas que l'on puisse renoncer aux vomitifs, et leur attribue une grande efficacité et de nombreux succès, principalement en les employant coup sur coup. Il pense que l'émétique ne doit jamais être employé selon la méthode rasorienne, qui serait très dangereuse dans le croup, mais à dose vomitive. L'émétique ne détermine pas l'engouement du poumon, comme paraît le penser M. Homolle.

M. Charrier associe aux vomitifs l'emploi du calomel et des frictions mercurielles; il pense que, si l'on pouvait obtenir la salivation chez les enfants, on en retirerait de bons effets dans cette terrible maladie. Malheureusement les mercuriaux chez les enfants ne produisent presque jamais ce phénomène.

M. Gaide, à l'appui de l'opinion de M. Charrier, raconte un cas de croup qu'il a eu le bonheur de guérir sans recourir au moyen proposé par M. Homolle.

Appelé près d'un enfant dont la dyspnée, le sifflement respiratoire et la toux caractéristique annonçaient une laryngite croupale, il ne trouva pas de fausses membranes sur les amygdales, et se borna à prescrire un vomitif et se borna à prescrire un vomitif, dont la mère ne fit prendre qu'une partie. Cependant les symptômes s'aggravent; il prescrit l'émétique en solution par cuillerées, de cinq en cinq minutes; malgré les vomissements réitérés, il n'y a pas encore d'amélioration; il administre conjointement le calomel. Le troisième jour, M. Gaide constate pour la première fois l'apparition des fausses membranes sur les amygdales. Il continue l'administration de l'émétique et du calomel. L'enfant vomit des fausses membranes; l'amélioration survient, et l'enfant guérit. M. Gaide en conclut à l'importance d'insister sur l'emploi de l'émétique, qu'il considère comme le moyen par excellence.

M. Homolle, répondant à M. Michea, pense que ce confrère n'a pas bien saisi les caractères différentiels de l'angine stridulent et du croup. La spécificité de cette dernière affection, caractérisée par la production de fausses membranes, la sépare complétement des laryngites simples.

Il répond ensuite à M. Charrier que, loin de renoncer aux vomitifs, il les a donnés constamment en même temps qu'il employait les inspirations d'acide chlorhydrique. Seulement, son but étant surtout d'obtenir le vomissement et d'éviter l'absorption du sel antimonial, il croit préférable d'éloigner les doses d'émétique, par exemple, de vingt-quatre heures, plus ou moins. Il persiste à croire que le tartre stibié à doses élevées ou trop rapprochées peut déterminer un engouement pulmonaire fâcheux. Les expériences démontrent que l'administration du tartre stibié produit constamment la congestion du tissu pulmonaire chez les animaux auxquels on l'administre à dose élevée.

M. Homolle avait employé concurremment en effet d'autres moyens, mais d'abord ce n'est qu'après avoir constaté l'inefficacité de ces moyens qu'il a eu recours à l'acide chlorhydrique.

Ensuite, il ne croit pas que, vis-à-vis d'une maladie aussi terrible que le croup, le praticien puisse se reposer sur l'emploi d'un seul moyen, même éprouvé. Enfin, intéressé à bien étudier le mode d'action et la part d'influence de ce moyen thérapeutique, il croit que celle-ci a été considérable dans les cas de croup qu'il a observés.

Dans l'observation de M. Gaide, l'apparition tardive des fausses membranes sur les amygdales ne pourrait-elle pas donner à penser qu'elles se sont développées sous l'influence du tartre stibié? M. Homolle n'émet ce doute que pour constater l'incertitude du diagnostic dans un grand nombre de cas de croup. La disparition rapide des symptômes graves lui paraît d'ailleurs indiquer l'intensité modérée de la maladie.

M. Charrier croit qu'on ferait dans le traitement du croup une faute très grave en éloignant les vomitifs de vingt ou vingt-quatre heures. Ainsi, dans le cas cité par M. Gaide, l'enfant a vomi continuellement, et il a guéri.

Pour lui, le traitement consiste à faire vomir continuellement en évitant la tolérance du sel antimonial, c'est-à-dire la contre-stimulation. Quant à l'engouement, attribué par M. Homolle à l'action des antimoniaux, M. Charrier l'a constamment observé dans le croup, et soutient que la congestion pulmonaire ne peut résulter de l'action d'un médicament sous l'influence duquel on voit tous les jours se résoudre des pneumonies au troisième degré.

Enfin ce sont, dit-il, des pustules et non des fausses membranes que l'on voit se développer au pharynx sous l'influence du tartre stibié.

M. Charrier conclut que l'acide chlorhydrique employé en fumigations peut être un excellent adjuvant en le combinant avec les autres médications.

M. Gaide, désirant ne laisser aucun doute sur la réalité de son diagnostic dans le cas de croup rapporté par lui, revient sur les diverses circonstances qui l'établissent, et rapporte un fait qui démontre la rapidité avec laquelle se développent dans quelques circonstances les fausses membranes.

M. Homolle reprend la question des antimoniaux; il fait remarquer que les agents thérapeutiques manifestent souvent leur action par des effets différents, soit primitifs, soit consécutifs, selon qu'ils sont employés chez l'homme malade ou en santé. Ainsi, les purgatifs déterminent la diarrhée d'abord, et celle-ci est souvent suivie de constipation; la digitale, donnée avec quelque continuité à une personne bien portante, amène l'irrégularité du pouls, tandis qu'elle régularise la circulation chez le malade. L'émétique, aussi que l'on voit, convenablement administré, résoudre la pneumonie, pourra, donné à certaine dose, déterminer chez les animaux l'engouement et la congestion pulmonaire.

M. Labarraque résume la discussion en remerciant M. Homolle de communications qui ont enrichi la thérapeutique d'un nouvel agent sinon spécifique, au moins appelé à rendre des services dans une affection redoutable.

— *M. Dobigny* fait un rapport verbal sur le Mémoire de M. Tanchou relatif à la fille électrique et conclut au dépôt pur et simple dans les archives. Ses conclusions sont adoptées.

— *M. Szokalski* rapporte l'observation d'une maladie intermittente qui a frappé son enfant, et demande l'avis de la Société.

Il s'agit d'un garçon de trois ans et demi, d'une constitution robuste et d'une santé parfaite. Vendredi 30 janvier il fut très gai et turbulent; ce qui n'est nullement dans ses habitudes. Vers neuf heures il fut saisi de bâillements, de frissons et de tremblements qui ont duré jusqu'à onze heures, et qui furent suivis d'une violente réaction fébrile. Vers six heures du soir, au moment où cette fièvre semblait se calmer, l'enfant perdit subitement connaissance, et tomba dans des convulsions qui ont duré cinq à dix minutes. La nuit fut calme; l'enfant était triste le lendemain, ce qui ne l'a pas cependant empêché de se lever un peu et de se promener dans le jardin. A partir du soir il commença à tousser, et sa respiration était visiblement gênée. Notre honorable confrère M. Erard ayant constaté une matité du côté droit de la poitrine ainsi qu'un râle sous-crépitant, fit appliquer quelques sangsues, et prescrivit l'usage de tartre stibié à haute dose. M. Blach, appelé par lui en consultation, ayant approuvé cette conduite, conseilla de réitérer immédiatement l'émission sanguine; ce qui fut fait moyennant une nouvelle application de sangsues. Sous l'influence de ce traitement, la pneumonie céda peu à peu, et au bout de quinze jours l'enfant était considéré comme rétabli, malgré que l'on remarquait toujours dans ses habitudes qu'il n'était pas encore entièrement guéri.

Tout d'un coup, le 6 mars, le cinquième vendredi après la première attaque, l'enfant tombe malade de nouveau, et sa maladie présenta les mêmes phénomènes, qui survinrent heure par heure avec la même succession que la première fois. Les convulsions furent plus longues et plus fortes cette fois; la pneumonie qui a succédé se manifesta du côté gauche, elle était moins développée et dura moins longtemps. Le même traitement fut mis en usage, et fut aussi heureux. Au bout de dix jours l'enfant a repris ses habitudes; mais, depuis ce temps, nous avons souvent remarqué des accès de fièvre qui étaient suivis d'une transpiration abondante. Quelques purgatifs employés à cette époque firent évacuer une énorme quantité de matières glaireuses, d'une odeur pénétrante. L'examen le plus attentif ne nous a fait découvrir aucune lésion des organes abdominaux.

Quant aux poumons, il semblait aussi qu'ils avaient entièrement repris leur état normal. Il n'y avait ni toux, ni matité, ni bruits anormaux.

Mais nous observâmes à cette époque un gonflement léger et indolore des articulations, qui disparaissait avec une extrême facilité d'une articulation pour se porter sur une autre, et qui ne gênait nullement la locomotion; simultanément, avec ce gonflement, nous avons remarqué de temps en temps des plaques d'urticaire qui nous présentèrent la fugacité particulière à cette éruption.

Frappé de la régularité de deux accès et de la similitude de leur conséquence, je crus avoir affaire à une fièvre intermittente à période très éloignée (de cinq semaines). Je fixai mon attention sur ce point, et, m'attendant à un nouvel accès, je me préparai à le combattre, s'il survenait le 10 avril. L'événement a malheureusement justifié cette prévision. Ainsi, l'enfant, qui semblait se bien porter du reste, commença à tousser le soir du 9; la nuit fut très agitée; le frisson est survenu à neuf heures du matin, et fut suivi d'une fièvre très intense. Ayant acquis la certitude, par quelques mouvements spasmodiques des membres, que les convulsions ne se feraient pas longtemps attendre, et qu'il fallait agir pour les détourner, j'ai fait appliquer quelques sangsues sur les extrémités inférieures afin de détourner la congestion vers la tête. Après avoir arrêté le sang, j'ai administré une dose de tartre stibié pour obtenir un vomissement peu de temps avant six heures, époque ordinaire des convulsions, et je fis continuer ensuite l'emploi de ce même moyen. J'attribue à ces moyens, ainsi qu'aux cataplasmes sur les extrémités inférieures et les fomentations d'eau froide sur la tête, l'absence des convulsions, qui ne sont pas venues cette fois. L'abattement factice occasionné par le tartre stibié était très considérable, et fut suivi d'une transpiration abondante. La toux redoubla le lendemain; mais cette fois il n'est survenu qu'une *bronchite*, au lieu d'une pneumonie qui a eu lieu les deux fois précédentes. Cette maladie est, cette fois, accompagnée d'une éruption urticaire occupant toute la surface du corps.

Il me paraît hors de doute qu'il s'agit, dans ce cas, d'une fièvre intermittente à longue période. Que faut-il faire dans ce cas? Faut il employer le sulfate de quinine? et quelle sera la forme sur laquelle on ferait administrer ce médicament? Voici les questions que j'ai l'honneur d'adresser à la Société.

REVUE GÉNÉRALE.

Fracture de la rotule droite à deux reprises; traitement simple. — D'après les journaux espagnols, la *Clinique de Montpellier* rap-

porte un fait de fracture de la rotule remarquable par la simplicité et l'originalité du traitement employé.

Un homme, en voyageant, reçut un violent coup de pied de cheval sur le genou, pendant que le muscle triceps était dans l'extension forcée, le corps se retirant brusquement en arrière. Conduit dans un village, on le fit saigner et on le remonta à cheval pour le transporter chez lui; il resta six jours en route. Cette imprudence faillit lui coûter cher. L'inflammation et la réaction ayant été combattues par un traitement antiphlogistique d'une grande activité, on put constater enfin l'état des parties, c'est-à-dire une fracture transversale de la rotule, la déchirure du plan fibreux qui la recouvre, et un intervalle de 6 centimètres entre les fragments. Voici la méthode suivie : le malade couché en supination, un aide soutient la jambe par le talon, un autre rapproche les fragments; le chirurgien prend une genouillère en peau de chamois plus longue que large, recouverte de l'emplâtre de Vigo : il pratique au milieu une ouverture dans les dimensions que la mesure préalable de la rotule saine lui a fournies, fait chauffer l'emplâtre et l'applique sur le genou de manière que la rotule se trouve prise dans l'ouverture. Cette première pièce suffit pour tenir les fragments en rapport. Néanmoins on applique une compresse au-dessus et une autre au-dessous de la rotule; on les assujettit fortement avec des tours de bande, et on termine par un 8 de chiffre qui laisse la rotule découverte. Le membre est placé sur un plan ascendant.

En trente-six jours la fracture était consolidée. Le malade ne boitait plus, lorsqu'une chute malheureuse sur le genou donna lieu à la fracture de cette même rotule. On appliqua encore l'appareil déjà décrit, et la guérison se fit en quarante jours.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Substitution de l'alcoolé de semences de ricin à l'huile de ces graines, dans la pratique médicale; par M. le docteur PAROLA.

M. Parola, dans le but d'obtenir un agent cathartique d'un effet plus certain que l'huile de ricin, qui est fréquemment supportée avec difficulté par l'estomac et souvent même vomie peu de temps après son ingestion, a proposé de la remplacer dans la thérapeutique par la teinture éthérée, et plus spécialement encore par l'alcoolé des semences de ricin.

Ce praticien, après avoir essayé d'abord sur lui-même, puis sur un bon nombre de malades ces nouvelles préparations pharmaceutiques, a reconnu qu'elles offrent sur l'huile de ricin, même la plus pure et la plus récente, les avantages suivants :

1° Elles n'exercent pas sur l'organisme d'action plus irritante que celle de l'huile;

2° Leur action purgative est d'une force quatre fois plus grande que celle de l'huile;

3° Elles occasionnent le vomissement bien plus vivement que ne le fait l'huile, ce qui tient peut-être à ce que, ingérées même à doses plus fortes que cette dernière, elles chargent moins l'estomac;

4° Enfin, elles sont d'une conservation beaucoup plus facile que l'huile, et par conséquent courent bien moins de risques d'éprouver une altération dans leur composition chimique.

Traitement de la hernie ombilicale chez les enfants, par M. le docteur MEYNIER.

Le mode de traitement proposé par M. Meynier pour le traitement de la hernie ombilicale, soit congénitale, soit acquise, chez les enfants est sans contredit des plus simples, et néanmoins il est d'une grande efficacité, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre par plusieurs années d'expérience.

Il consiste uniquement dans l'application de bandelettes agglutinatives très serrées sur le point correspondant à l'ouverture herniaire.

M. Meynier proscrit surtout l'emploi des pelotes dans le traitement, parce que, dit-il, elles ont le grave inconvénient de maintenir la dilatation de l'ouverture qui donne passage aux organes herniés, et par conséquent de s'opposer à son oblitération, tandis qu'au contraire les bandelettes suffisent pour la contention, et que la nature se charge du reste.

Sur les propriétés thérapeutiques et l'emploi du datura stramonium; par M. le docteur MALY, de Graetz.

Pris à dose toxique, le datura stramonium provoque une disposition extrême aux plaisirs de l'amour et la salacité la plus éhontée : administré à doses médicinales, il fait disparaître les accidents spasmodiques les plus graves de l'excitation nerveuse des organes sexuels.

D'après des observations recueillies par M. le docteur Maly, cinq gouttes de la teinture alcoolique de cette plante, données de deux heures en deux heures dans un excipient approprié, ont guéri la nymphomanie dans un espace de temps très court. Le même praticien rappelle que l'effet avantageux de ce végétal dans le traitement de l'aliénation mentale est généralement connu des thérapeutistes.

Application de l'oxyde de bismuth au traitement de la diarrhée; par M. le Dr RAYER.

Depuis quelques années, un certain nombre de praticiens ont prescrit, assez souvent et avec un avantage bien marqué, le sous-nitrate de bismuth dans les différents cas de diarrhée non compliquée de fièvre, et spécialement dans celle qui survient chez les jeunes enfants au moment de leur sevrage.

Maintenant, M. le docteur Rayer fait l'application de ce médicament au traitement des diarrhées qui viennent compliquer les divers états de consomption, particulièrement chez les individus tuberculeux, et de celles qui se montrent dans le cours de la fièvre typhoïde.

Ce médecin associe, pour cet objet, l'oxyde blanc de bismuth à partie égale de charbon porphyrisé, et il administre le mélange à la dose de 20 à 40 centigr. divisés en plusieurs prises, qu'il fait administrer dans les vingt-quatre heures.

Efficacité de l'anémone contre certaines douleurs névralgiques; par M. le docteur MALY, de Graetz.

L'observation a démontré à M. le docteur Maly que l'anémone des prés (*Pulsatilla nigricans*) agit d'une manière tout à fait remarquable dans les cas d'odontalgie et de névralgie faciale d'origine rhumatismale, qui se montrent si fréquemment sous l'influence d'une température froide et humide. Ces sortes de névralgies, comme on le sait, présentent un nouveau degré d'intensité le soir, par les applications chaudes, et notamment par la chaleur du lit; elles sont modérées, au contraire, par l'impression de l'air frais et par l'introduction de l'eau froide dans la bouche.

Quelques gouttes de la teinture alcoolique de cette plante, versées dans un verre d'eau, constituent une mixture qui, tenue souvent dans la bouche, guérit ces douleurs d'une manière très prompte.

Emploi de la galvano-puncture contre le lumbago, l'entorse et quelques autres affections douloureuses des muscles et des articulations; par M. le docteur RACIBORSKI.

Suivant M. Raciborski, le galvanisme guérit souvent très promptement, et pour ainsi dire instantanément, le lumbago, l'entorse, et certaines autres affections douloureuses des muscles et des articulations qui se montrent rebelles à toutes les autres médications.

M. Raciborski met en pratique, de la manière suivante, le moyen expéditif dont il recommande l'usage à ses confrères. Il enfonce des aiguilles dans la partie malade, et les met ensuite en contact avec les conducteurs d'une pile à auges. Un certain nombre de commotions, dont le nombre est généralement limité de trois à six à peu près, suffit ordinairement pour procurer la guérison des affections indiquées plus haut.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation sur l'action hémostatique du seigle ergoté; par le docteur RABELLEAU, de Sully-sur-Loire. — Une femme de la campagne, âgée de trente ans, d'une constitution forte et pléthorique, voulant extraire, à l'aide d'une épingle, des parcelles d'aliments qui s'étaient introduites dans la cavité d'une dent cariée, vit survenir une hémorrhagie pour laquelle elle eut recours, mais seulement deux jours plus tard, à son médecin. Celui-ci crut devoir faire l'extraction de la dent cariée; mais cette opération, qui paraît avoir été difficile et longue, ne fit qu'accroître l'hémorrhagie, qu'aucun des moyens qu'on lui opposa ne put suspendre. J'ignore quels furent ces moyens; je sais seulement que le cautère actuel ne fut pas employé, et que le médecin de la malade, après l'avoir revue plusieurs fois, déclara avoir employé toutes les ressources que son art pouvait lui fournir. Ce fut alors, au sixième jour à partir du début de la maladie, que je fus appelé.

Je trouvai la malade extrêmement faible; le visage était décoloré, le pouls très petit et fréquent. En examinant l'intérieur de la bouche, je vis que le sang sortait en nappe de la cavité alvéolaire de l'avant-dernière dent molaire gauche de la mâchoire inférieure. L'hémorrhagie était tellement abondante, qu'en un instant la bouche de la malade se remplissait de sang qu'elle rejetait par caillots. Je fis un mélange d'ergotine et de cinq à six fois son poids d'eau, et j'en imbibai une demi-douzaine de petites rondelles d'agaric que je plaçai, superposées les unes aux autres, sur la gencive, et qui furent maintenues en place par le rapprochement des mâchoires.

Au bout de dix minutes, pendant lesquelles la malade rejeta encore une grande quantité de sang, mais cependant moins considérable que précédemment, j'ôtai les morceaux d'agaric, qui étaient enveloppés de sang coagulé, et je les remplaçai par d'autres imbibés du même mélange. Je renouvelai ainsi ce petit appareil quatre ou cinq fois, de quart d'heure en quart d'heure; et lorsque je l'enlevai pour la dernière fois, je vis qu'il n'existait plus qu'un très léger suintement sanguinolent. J'allais quitter la malade, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'une syncope tellement effrayante et prolongée, que je crus qu'elle allait expirer entre mes mains. Lorsqu'enfin la malade revint à elle, elle dit souffrir de fortes douleurs dans le ventre, et surtout dans les reins. Je pensai alors que ces nouveaux accidents devaient être attribués à l'ergotine que la malade avait sans doute avalée avec sa salive. Ces douleurs se calmèrent un peu; puis, au bout d'une demi-heure, elles se firent sentir avec une nouvelle intensité; en même temps, la malade se plaignait d'étourdissements et de douleurs violentes dans les jambes, d'un froid glacial à la poitrine et dans le dos; elle était en proie à une anxiété extrême, et disait qu'elle se sentait mourir. Je la fis couvrir de linges chauds et lui donnai une infusion de café, et bientôt tous les accidents cessèrent, et il ne resta plus qu'une grande faiblesse. Quant à l'hémorrhagie, elle avait complétement cessé; et je suis porté à croire que sa cessation ne doit pas être attribuée seulement à l'action locale de l'ergotine, mais aussi à l'action hyposthénisante de cette substance, dont une assez forte dose avait passée dans les voies digestives.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 10 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 106. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1845-1846.

Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux. (Suite.)

A propos des érysipèles, il est une particularité qui nous paraît encore mériter quelque attention. Depuis Franck, des médecins, et M. Chomel particulièrement, ont avancé que les érysipèles de la tête étaient précédés de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Les faits ne nous ont pas paru être envisagés sous leur véritable jour. Pour nous, ces irritations ne nous semblent pas précéder l'apparition de la maladie, mais au contraire nous croyons qu'elles en sont une conséquence. Si l'on s'aperçoit de la présence de l'érysipèle à la face seulement après qu'on a constaté l'existence de l'irritation ganglionnaire, c'est que le plus souvent alors l'érysipèle occupait le cuir chevelu avant de se montrer sur le visage; et l'on sait que dans cette région l'érysipèle peut facilement passer inaperçu, nous avons constaté ce fait un assez grand nombre de fois.

Si l'on veut y mettre quelque attention, on se convaincra que les choses se passent comme nous l'avançons ici. Cette manière d'envisager l'engorgement ganglionnaire qui accompagne l'érysipèle rentre d'ailleurs tout à fait dans le mode de production de ces engorgements en général que nous avons exposé déjà, et que nous reproduirons quand il sera question des adénites.

Selon nous donc, l'idée de la préexistence des engorgements ganglionnaires à l'érysipèle est une erreur qui tient à ce que les commencements de la maladie passent inaperçus; en réalité le gonflement des ganglions suit la phlegmasie cutanée.

Sous le rapport du traitement, l'érysipèle présente ceci de remarquable, qu'il n'est arrêté par aucune espèce de moyen, de quelque nature qu'il soit; nous avons essayé tous les topiques imaginables, sans être parvenu jamais à l'empêcher d'avancer. La pommade mercurielle, l'axonge, la pommade au calomel, au sulfate de cuivre, les acides étendus, le nitrate d'argent, dont on avait beaucoup parlé et sur lequel un médecin américain avait écrit tout un volume; le vésicatoire, les sinapismes, etc., tous ces moyens ont échoué. Une seule pommade nous a paru avoir une action sur l'érysipèle, c'est la pommade de sulfate de fer :

Sulfate de fer,	8 à 10 grammes;
Axonge,	30 à 40 grammes.

Ou bien 10 grammes pour 100 grammes d'eau, dissolution dans laquelle on trempe des compresses qu'on applique sur la peau. Ce sel a évidemment une action sur l'érysipèle; les téguments avec lesquels on le laisse en contact, pâlissent, se rident; mais il n'a pas plus que les autres remèdes ci-dessus la propriété de limiter la maladie. Ce topique n'a donc pas en définitive une grande importance; d'ailleurs on voit chez quelques malades les symptômes généraux persister, augmenter même malgré la disparition de la rougeur, preuve certaine de la disposition générale qui fait naître l'érysipèle, et qui, en définitive, est seule dangereuse. Cependant dans l'érysipèle nous employons le sulfate de fer, qui rend quelques services; mais on comprend que ce qu'il faudrait, ce serait un remède général qui nous manque.

Quoi qu'il en soit, on a dû être frappé d'un résultat qui a tout d'abord quelque chose de bizarre. Sur les cinq malades qui sont entrés à l'hôpital pour des érysipèles, pas un seul n'a succombé, et sur les quinze qui ont été pris de la même maladie, étant déjà dans les salles, huit sont morts, ce qui paraît énorme. Ce chiffre élevé des terminaisons malheureuses, qui surprend à propos d'une maladie semblable, est très facile à expliquer.

Les malades, au nombre de cinq, qui sont venus pour des érysipèles, n'avaient rien autre chose; c'était toute leur maladie; or, bien qu'elle puisse parfois se terminer d'une manière fâcheuse, la guérison est cependant de beaucoup plus ordinaire; mais sur les quinze malades qui ont été pris d'érysipèle à l'hôpital, pas un n'était atteint de cette phlegmasie seule; les uns avaient subi des opérations; une avait une péritonite; un autre une pneumonie; d'autres des suppurations. Ce qui faisait succomber ces malades, ce n'était pas plus l'érysipèle que les autres maladies qu'ils présentaient.

Ainsi, il faut établir ce précepte qu'en chirurgie et en médecine, comme complication, l'érysipèle est toujours une maladie très sérieuse et qui fait périr un grand nombre de malades, si ce n'est par elle-même, au moins à cause des circonstances déjà graves souvent au milieu desquelles elle se développe.

Brûlures. Contusions. Plaies. Maladies du système lymphatique.

Sous un certain point de vue, il nous semble qu'il y a quelque avantage à rapprocher les brûlures des contusions, car ces deux lésions ont véritablement entre elles de grandes analogies.

Toutes deux se rencontrent partout dans toutes les régions du corps; toutes deux peuvent être des plus légères comme des plus graves; l'une et l'autre admettent des divisions en degrés, division devenue classique et que nous ne rappellerons pas pour la brûlure.

Si l'on étudie la contusion, l'on voit que chacun de ces degrés admis pour la brûlure se retrouve exactement. Dans le premier degré, la contusion se borne a une simple érosion des tissus; dans le second, il y a enlèvement de l'épiderme; le troisième est caractérisé par la formation d'une eschare, qui comprend une portion de l'épaisseur de la peau; dans le quatrième, la peau est mortifiée dans toute son épaisseur; dans le cinquième, les aponévroses sont envahies; dans le sixième, le membre tout entier est frappé de mort.

Ceci n'est pas, comme on pourrait le penser, une simple spéculation de l'esprit et une affaire de curiosité; il y a dans ce rapprochement un enseignement utile qui rejaillit sur le pronostic et le traitement de ces lésions.

Le premier degré guérit vite avec toute espèce de traitement. La brûlure au deuxième degré guérit en quelques jours *quelle que soit l'étendue de surface*; voilà une des questions les plus importantes à connaître.

Au contraire, les brûlures au troisième et au quatrième degrés ne *peuvent jamais guérir vite*, quel que soit le moyen qu'on emploie, et les individus qui viennent proposer des remèdes contre la brûlure et la contusion à ces degrés proposent tout simplement une absurdité. En effet, quand une portion de la peau ou la peau tout entière est mortifiée, il faut de toute nécessité que l'eschare, qui devient un corps étranger, se détache, soit éliminée, et qu'il se fasse un travail réparateur destiné à combler la perte de substance; or, que peuvent faire à cela les prétendus remèdes?

Dans le quatrième degré de la brûlure, la guérison est plus difficile encore et la lésion susceptible de s'accompagner d'accidents plus graves. Arrivée à ce point, la couche sous-cutanée est à nu quand l'eschare tombe; cette couche peut s'enflammer et devenir la source de suppurations diffuses dont le pronostic est des plus sérieux.

Il résulte, de ce que nous venons d'exposer, cette conséquence importante à plus d'un titre qu'entre deux brûlures, dont l'une s'étendrait en surface en ne comprenant qu'une portion de la peau et dont l'autre serait très limitée, mais comprenant toute l'épaisseur des téguments, la seconde aurait plus de difficultés et demanderait plus de temps pour guérir. A étendue égale, et même avec une étendue plus considérable, la première serait aussi moins dangereuse que la seconde. On remarque d'ailleurs que toutes les fois que la peau est percée complétement, la cicatrice, ne trouvant pas de point d'appui, a plus de difficultés à se faire. Quand une certaine épaisseur du derme reste encore, au contraire, la cicatrice se complète beaucoup plus rapidement; c'est ce qui explique aussi pourquoi le temps nécessaire à la guérison est loin d'être le même dans ces deux degrés de la brûlure.

Les brûlures du cinquième et du sixième degré nécessitent des amputations, et, en cela même, elles sont aussi comparables aux contusions qui exigent le même traitement.

La thérapeutique des premiers et deuxième degrés consiste dans l'emploi de liniments huileux; huile et eau de chaux pour le visage et le tronc, et l'usage des bandelettes pour les membres; les quatrième et cinquième degrés réclament les émollients d'abord, puis les détersifs après la chute des eschares.

Les contusions ont été reçues au nombre de cinquante-deux, parmi lesquelles il s'en est trouvé d'insignifiantes, de graves et d'intermédiaires entre ces deux extrêmes.

C'est principalement au point de vue de l'infiltration et de l'épanchement de sang qui les accompagnent que nous allons examiner les contusions. Quand, à la suite d'une violence, du sang se trouve épanché dans les tissus, il peut y être sous deux formes distinctes : ou bien il s'y trouve à l'état d'infiltration ou bien en collection. Le sang infiltré à la suite de contusions, à moins qu'il ne provienne de la déchirure de quelque grosse artère, n'est jamais un accident fort grave. Il ne tarde pas à être résorbé. Cette infiltration du sang se fait suivant certaines lois très curieuses à étudier; le liquide ne suit pas, comme on pourrait le croire, le sens déclive du corps; sa marche est modifiée par les différentes couches organiques qu'il rencontre, de façon que le liquide semble résister aux lois de la pesanteur, auxquelles il est soumis cependant; mais la disposition irrégulière des divers plans aponévrotiques le fait paraître remonter contre son propre poids, alors qu'en réalité il ne fait qu'obéir aux directions que lui imposent les résistances qu'il rencontre. Ainsi, par exemple, l'on se tromperait si *à priori* on pensait que du sang épanché à la partie supérieure de la cuisse doit nécessairement descendre et s'infiltrer par en bas dans le membre; on se tromperait encore si l'on supposait qu'une infiltration au périnée doit envahir la partie interne de la cuisse et continuer sa route dans ce sens. On a vu des épanchements de sang ayant ce dernier siége remonter jusque vers la poitrine, d'autres commençant au bas de la cuisse marcher vers la racine du membre.

Ce phénomène singulier tient à la disposition anatomique des parties; ainsi, au pli de l'aine, le fascia sous-cutané contracte des adhérences de manière à former une sorte de feutrage qui s'oppose à la marche du liquide par en bas et le contraint à s'élever; des dispositions analogues, qui se rencontrent dans les autres régions, permettent de prévoir à l'avance le sens vers lequel ces infiltrations trouveront plus de facilités à se faire.

Lorsque le sang, au lieu d'être à l'état d'infiltration, se trouve colligé, la résorption en a lieu aussi quelquefois; mais le plus souvent la collection persiste.

Il faut alors se souvenir, pour prévoir ce qui peut arriver, de toutes les transformations que pourra subir le sang ainsi renfermé, soit dans les tissus, soit dans quelque cavité close. D'abord, il est possible qu'il devienne la cause d'une inflammation, et qu'il se forme un abcès sanguin. D'autres fois il arrive, ou bien que, la portion séreuse du liquide disparaissant, la partie fibrineuse reste seule, et il en résulte une tumeur solide, de celles qu'on a appelées fibrineuses; ou bien c'est la partie coagulable du sang au contraire qui se trouve résorbée, et un liquide rougeâtre persiste. On voit encore quelquefois la portion fibrineuse et la matière colorante être reprises de manière à ne laisser qu'un liquide complétement séreux. Enfin, dans quelques cas, au bout d'un certain temps, on trouve, à la place de l'épanchement sanguin, des espèces de grumeaux qu'on a comparés à des grains de riz cuit qui nagent dans un liquide rougeâtre. Pour nous, ces productions ne sont pas, comme on l'a cru, des hydatides; c'est tout simplement le résultat d'un épanchement de sang dont la partie colorante a disparu, et dont les portions solides ont été divisées par suite des mouvements nombreux qui s'exercent dans les régions où on les rencontre. On remarquera, en effet, qu'on observe toujours ces sortes de productions aux environs des articulations très mobiles (coude, poignet); ce qui confirme notre manière d'envisager la formation de ces produits. Enfin, il faut probablement aussi ranger dans les transformations possibles du sang renfermé dans les cavités, la naissance de ces corps étrangers qu'on rencontre libres dans les articulations.

On le voit, les conséquences entraînées par les contusions portées à un certain degré sont aussi nombreuses que variées. La contusion étant une lésion très fréquente, il n'est pas étonnant qu'on observe si souvent la foule des productions qu'elle peut engendrer. Ce serait une question des plus vastes et des plus intéressantes que celle-là; mais ce n'est pas le moment, ni le lieu de l'épuiser. Qu'il nous suffise d'en avoir fait connaître les particularités les plus curieuses, et qui ont trait d'une façon plus spéciale à la pratique de la chirurgie.

Nous ajouterons cependant encore, qu'il est possible que le sang épanché donne lieu à la production de tumeurs de diverses natures et peut-être, mais nous n'avançons cette opinion qu'avec réserve, et peut-être à des tumeurs de mauvaise nature quelquefois.

La thérapeutique des contusions, tant que l'épanchement sanguin est réduit à l'état d'infiltration, est des plus simples; elle se réduit à l'emploi de résolutifs, de quelques sangsues parfois et du temps : la maladie ne présente, en général, aucun danger. Nous avons fait une remarque qui est nouvelle, à ce que nous croyons; c'est que les individus qui ont reçu quelque vaste contusion présentent assez souvent une coloration jaune-uniforme par tout le corps. C'est un phénomène qui ne nous semble pas facile à expliquer; mais ce qu'il y a de certain, c'est que nous l'avons observé chez plusieurs sujets.

Quant aux collections sanguines, nous avons démontré dernièrement (*Gazette des Hôpitaux :* Collections sanguines; guérison par écrasement) que l'écrasement de la tumeur, quand ce moyen était possible, c'est-à-dire quand la tumeur siége sur un point solide, était ce qu'il y avait de meilleur à employer; nous nous sommes attaché à faire comprendre qu'on transformait ainsi une collection en infiltration, et que tout en guérissant le malade plus promptement, on le mettait

à l'abri des conséquences aussi variées que fâcheuses entraînées par le séjour des collections de sang soit dans les tissus, soit dans les cavités.

Les plaies, lésions très fréquentes aussi, n'ont rien présenté de particulier. Il y en a eu un grand nombre d'exemples. Quatre seulement étaient compliquées de lésions d'artères; l'un des malades a eu des hémorrhagies répétées: la ligature a été pratiquée deux fois. Tous les malades sont guéris, sauf un seul qui a succombé.

Les maladies du système lymphatique ont été au nombre de 40. Les angioleucites sont tout à fait comparables à l'érysipèle. Il y en a de deux espèces: de primitives, et pour lesquelles les malades demandent à entrer à l'hôpital; c'est-à-dire que dans ces cas l'angioleucite est leur seule maladie; puis d'autres qui surviennent comme complication.

Quand on connaît convenablement l'étiologie de l'angioleucite, on ne s'étonne pas de voir survenir cette affection dans les salles de chirurgie; quand on sait qu'il n'est nullement nécessaire que le malade ait une grande plaie pour que cette maladie se développe, et qu'elle peut trouver son origine dans une blessure des plus légères, une petite excoriation, une de ces petites productions qu'on observe aux doigts sous le nom d'envies, on est étonné alors de ne pas rencontrer l'angioleucite encore plus fréquemment.

Le pronostic que nous avons porté de l'érysipèle s'applique de tous points, et avec les mêmes modifications, les mêmes restrictions, à l'angioleucite. La maladie est-elle primitive, constitue-t-elle la seule affection que présente le sujet, elle n'est pas grave; nous n'avons pas perdu un seul malade sur sept qui se trouvaient dans ces conditions. L'angioleucite arrive-t-elle, au contraire, comme complication, elle est redoutable; nous avons eu deux morts sur quatre malades.

Comme l'érysipèle encore, l'angioleucite est annoncée par des prodromes qui consistent en frissons, sécheresse de la langue, inappétence; mais dans l'érysipèle, ces symptômes précurseurs sont plus francs; la langue reste humide, quoique limoneuse; le pouls est petit, inégal, la langue sèche et croûteuse, roussâtre quelquefois dans l'angioleucite. Les prodromes de ces maladies ressemblent, à s'y méprendre, à ceux des autres éruptions, à la variole, à la rougeole. Il faut dire que quelquefois l'érysipèle et l'angioleucite se mêlent, se confondent, mais le caractère pathognomonique de l'érysipèle permet toujours de le retrouver. Il consiste, comme on le sait, dans cette forme particulière de la rougeur qui fait que la plaque se termine brusquement d'une manière élevée, rouge, plus rouge, plus enflammée sur ses bords qu'à son centre.

Dans l'angioleucite, c'est le contraire: l'un, l'érysipèle, est pour ainsi dire excentrique; l'autre, l'angioleucite, serait plutôt concentrique: c'est une distinction à ne point oublier.

Les inflammations des ganglions lymphatiques ont été reçues au nombre de 18, et chez 17 malades l'adénite s'est terminée par suppuration. Ce résultat n'est pas conforme à ce qu'on observe généralement, aussi allons-nous en donner l'explication.

D'abord, on a compté, comme adénites, seulement celles qui étaient déjà très avancées; puis, il faut savoir que les malades ne se décident guère à entrer à l'hôpital que quand le mal date déjà de plusieurs jours, et la plupart du temps, lorsque tout espoir d'amener la résolution est complétement perdu. Dans la ville, au contraire, ces sortes d'inflammations arrivent souvent à la résolution, parce que les moyens convenables sont employés dès le commencement de la phlegmasie. Ici, à l'hôpital, il faut qu'il y ait beaucoup d'inflammation, de la douleur, pour que les malades viennent demander à être admis. Du reste, la difficulté d'empêcher la suppuration tient à des conditions qu'il faut connaître. Tant que l'inflammation occupe le ganglion lui-même, en général les malades restent chez eux; mais quand l'atmosphère celluleuse qui l'environne est prise à son tour, ils viennent demander à entrer à l'hôpital; mais alors la suppuration est inévitable.

Du reste, on peut, avec avantage, en pratique, comparer ces inflammations à celles des mamelles, et à établir, comme nous l'avons fait pour ces dernières, trois catégories différentes par leur pronostic; à savoir, selon que l'inflammation a son siége dans le tissu cellulaire qui se trouve au-dessus des ganglions, ou dans celui qui se trouve au-dessous ou dans le ganglion lui-même. Le pronostic est aussi plus grave quand la maladie est plus profonde.

Les engorgements ganglionnaires dont l'étiologie est la même que celle des angioleucites, ont été opérés au nombre de cinq; une malade a succombé; c'était une grande, forte femme, qui portait de ces ganglions dans l'aisselle, et qui fut prise d'une gangrène de la mamelle (nous en avons rapporté l'observation dans nos comptes-rendus); les autres ont guéri.

Nous disions que les engorgements ganglionnaires, les adénites aiguës, les angioleucites reconnaissaient la même étiologie. On n'insiste jamais assez sur ce point qui, selon nous, domine toute la classe des maladies lymphatiques, classe nombreuse qui renferme cette multitude d'affections connues sous les noms de scrophules et d'engorgements. On ne doit pas oublier que les inflammations aiguës ou chroniques de ce système trouvent leur source dans ces mille irritations légères dont quelques-unes peuvent passer inaperçues, piqûres, excoriations, vésicatoires, cautères, etc., etc. Du reste, cette origine est la même et tout aussi facile à comprendre pour les maladies purement médicales. Partout il y a des vaisseaux lymphatiques, partout extérieurement comme dans la profondeur des parties, il survient des irritations dont les produits peuvent se rendre dans les ganglions.

Cette explication si simple se généralisera quelque jour, et l'on n'aura plus besoin alors d'avoir recours à l'idée d'un virus imaginaire pour expliquer la nature de ces maladies. Leur thérapeutique sera éclairée par cette idée, et ne pourra y trouver que des avantages.

Maladies des organes génito-urinaires chez l'homme. Hydrocèles, orchites, rétrécissements de l'urètre. Fistules, etc.

Les hydrocèles ont été au nombre de vingt cette année. Nous avons reçu vingt-quatre cas d'orchite, neuf cas de rétrécissement, quatre fistules urinaires, deux calculs, deux cystites, et quatre cas de maladies diverses des organes génitaux.

Les hydrocèles doivent être séparées en deux catégories, celles qui se sont comportées comme à l'ordinaire, et les hydrocèles anormales, parmi lesquelles nous ne rangeons pas l'hydrocèle du cordon. Nous comprenons dans ces dernières celles qui apparaissent très rapidement avec du sang, et celles qui compliquent les maladies du testicule. Nous avons eu deux faits remarquables.

Un enfant avait été opéré d'une hydrocèle congéniale, et la guérison s'était maintenue pendant un an, puis la maladie avait reparu; nous l'avons opéré par l'injection iodée, il est guéri: reste à savoir si cette fois la cure est radicale.

L'autre malade, dont on a beaucoup parlé au commencement de cette année, était opéré depuis deux mois quand il fut pris de symptômes graves qui le firent passer dans une salle de médecine; il y succomba. Nous eûmes ainsi l'occasion rare d'examiner comment les choses s'étaient passées. L'examen des parties nous a démontré qu'il arrivait là ce qui survient après les inflammations des membranes séreuses, ce qu'on observe, par exemple, dans la pleurésie.

Chez un autre malade encore, il y a eu de la suppuration: nous en avons parlé dernièrement. Nous n'insisterons pas davantage sur toutes les questions qui se rattachent à l'hydrocèle; c'est un sujet que nous avons traité longuement bien des fois, et sur lequel nous n'avons rien à ajouter qui ne soit connu et jugé aujourd'hui. Souvent aussi nous avons expliqué notre prédilection pour l'injection iodée, à cause de son emploi facile, de son innocuité plus grande que celle des autres injections irritantes, et des succès au moins aussi nombreux qu'elle procure pour la cure radicale des hydrocèles et de certaines espèces de kystes.

Nous traiterons, la première fois, des différentes espèces d'orchites. PAJOT.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

De la blennorrhagie chez la femme.

La blennorrhagie, chez la femme, a pour siége la vulve, le vagin, l'urètre, l'utérus; toutes ces parties peuvent être prises séparément, ou prises simultanément, deux à deux, trois à trois, ou toutes les quatre ensemble.

La blennorrhagie vulvaire est l'analogue et l'équivalent de la balanoposthite chez l'homme; elle peut être limitée de la vulve aux caroncules myrtiformes, à l'anneau vulvaire; nous en avons vu qui étaient limitées à la région clitoridienne, n'intéressant que le clitoris et son prépuce. Ces cas sont cependant assez rares. Le plus souvent, c'est la vulve entière qu'affecte la blennorrhagie. Elle peut avoir plusieurs degrés; l'inflammation peut n'être qu'érythémateuse, superficielle, sans altération de sécrétion. Elle peut s'attaquer plus profondément, produire un écoulement muqueux, ou même passer à l'état d'inflammation phlegmoneuse. Dans quelques circonstances, l'inflammation semble limitée aux follicules profonds. Cette forme de la maladie a été principalement, et pour la première fois, étudiée par M. Robert, qui en a fait le sujet d'un mémoire intéressant.

Chez quelques femmes, cette phlegmasie isolée des follicules est tellement fréquente, que M. Moulinié, de Bordeaux, avait pris ces follicules pour le siége véritable et unique de la blennorrhagie chez la femme.

La blennorrhagie vulvaire est ordinairement accompagnée de prurit intense, de chaleur vive, de rougeur très prononcée. Il n'est pas rare de voir un gonflement œdémateux des parties en être le résultat; et quelquefois même, l'affection est tellement grave et intense, qu'elle peut passer à l'état phlegmoneux.

Les abcès de la vulve sont, ou des abcès vraiment phlegmoneux, ou des abcès qui ont pour siége les follicules dont nous vous entretenions il n'y a qu'un instant. Dans ce dernier cas, vous trouvez des abcès nettement circonscrits, qui se présentent sur la partie latérale et sur la face interne des grandes lèvres. C'est ce même organe qui est assez souvent le siége des kystes si communs de cette région. Les malades qui sont affectées d'inflammation vulvaire souffrent en urinant, non pas que l'urètre soit sensible, mais seulement parce que l'urine coule sur les parties enflammées et vient les baigner.

Chez beaucoup de femmes, pendant la période de début de la maladie, et même, mais plus rarement, pendant tout le temps qu'elle dure, il y a exagération des désirs vénériens, nymphomanie véritable. Heureusement, car les rapports sexuels seraient, dans cette circonstance, dangereux pour l'homme et nuisibles à la femme en l'empêchant de guérir, heureusement que le coït est alors extrêmement douloureux, et qu'il devient impossible à la femme de les satisfaire. Nous avons oublié de vous dire que dans certains cas, l'engorgement vulvaire inflammatoire est tellement considérable, qu'il oblitère complétement l'entrée du vagin, et que l'émission de l'urine est rendue difficile et douloureuse. Nous avons vu des femmes dont les nymphes étaient très développées; le gonflement et l'œdème étaient tels que les nymphes étaient en quelque sorte étranglées.

L'inflammation vulvaire peut, non-seulement affecter la face interne de la vulve, mais encore se propager à la peau dans les parties voisines des organes génitaux, principalement chez les femmes un peu grasses. C'est alors une véritable blennorrhagie externe. La peau devient œdémateuse; l'épiderme se ramollit, et la face interne des cuisses finit par ressembler à la surface d'un vésicatoire en suppuration. Un caractère particulier dont on ne doit pas négliger de tenir compte, c'est une horrible fétidité, qui ne manque jamais lorsque l'affection a atteint un certain degré d'intensité.

La blennorrhagie se borne rarement aux régions que nous venons d'indiquer. Il est beaucoup plus ordinaire de la voir sévir plutôt sur le vagin que sur la vulve elle-même. Le vagin doit donc être considéré comme étant très habituellement le siége de la blennorrhagie. Lorsque la vagin se prend, il y a de la douleur dans la région du bassin, du malaise, une courbature générale, etc. Chez un grand nombre de femmes, la blennorrhagie peut exister très intense sans qu'elles aient beaucoup à souffrir. Elles sont plus douloureusement affectées de la blennorrhagie vulvaire que de la blennorrhagie vaginale. Dans la blennorrhagie vaginale, il y a encore quelques distinctions à établir; la phlegmasie de la membrane muqueuse, la vaginite, peut être érythémateuse, catarrhale ou phlegmoneuse. Ici, également, chez quelques femmes, l'orgasme et l'appétit vénérien peuvent être exaltés; mais, contrairement à ce qui arrive dans la blennorrhagie vulvaire, les rapports sexuels ne sont presque point douloureux, ils restent possibles tant que la vulve elle-même n'est pas gravement malade. Pour le vagin, lorsqu'il est isolément pris, la douleur est quelquefois tout à fait nulle; mais l'écoulement est beaucoup plus abondant que celui fourni par la vulve; il tient des caractères que nous avons signalés.

Si l'on inspecte la surface du vagin, on la trouve plus rouge qu'à l'état normal, d'une coloration vive et franche; l'étendue de cette coloration varie suivant l'étendue de la maladie. Il y a des vaginites partielles; il y en a qui n'affectent presque que le cul de-sac péri-utérin, formé par le repli de la membrane muqueuse sur le col de l'organe lui-même. Il y a véritablement des circonstances dans lesquelles on ne saurait mieux comparer la vaginite partielle qu'à la balanoposthite. Cette comparaison avait déjà été faite par Hunter; sauf le nom de balanoposthite qu'il ne connaissait point, et qui est d'invention toute moderne, il a parfaitement établi les analogies et les points de rapports qui existent entre les deux affections dont nous parlons.

Quelle que soit l'étendue du vagin qui soit prise, qu'il soit enflammé dans sa totalité ou seulement en partie, vous rencontrez toujours ces altérations de coloration, et surtout une saillie plus prononcée des zones, des rides circulaires du vagin. Dans quelques circonstances, vous rencontrerez une variété de vaginite que M. Deville a cru devoir rapporter à la vaginite des femmes enceintes, et que pour notre part nous avons rencontrée presque aussi souvent, sans cependant avoir de chiffre exact, chez des femmes qui n'étaient pas enceintes; c'est la vaginite désignée sous le nom de *papuleuse* ou *granuleuse*. Dans cette variété, la membrane muqueuse enflammée du vagin ressemble à la surface d'une plaie bourgeonnante. Nous croyons avoir remarqué que la vaginite affecte plutôt cette forme chez les femmes lymphatiques, scrophuleuses; peut-être aussi, nous n'oserions pas absolument affirmer le contraire, affecte-t-elle cette forme plus volontiers chez les femmes enceintes.

Nous avons dit que l'inflammation peut se propager jusqu'à l'utérus lui-même. Rien n'est plus commun que de rencontrer des *mucites* utérines, des phlegmasies catarrhales ou purulentes de la membrane interne de la matrice. Ici, comme à la vulve, comme dans le vagin, nous trouvons trois degrés de la maladie, érythème, sécrétion muqueuse exagérée, sécrétion purulente, quelquefois elle passe même à l'état de métrite parenchymateuse. Nous admettons comme continuité très rationnelle de l'affection, sa propagation à l'utérus lui-même. Il n'y a rien entre ces deux maladies de spécifiquement différent. Vous avez là tous les symptômes qu'il est possible de rattacher à la phlegmasie de l'utérus; lésions organiques, lésions fonctionnelles, lésions sympathiques; mais de plus, vous trouvez des lésions analogues à celles que l'on rencontre chez l'homme; chez l'homme vous avez quelquefois maladie consécutive de l'épididyme et du testicule; chez la femme, la phlegmasie peut s'étendre à l'ovaire.

Il nous a été donné dans un assez grand nombre de cas, sans cependant qu'ils soient excessivement fréquents, d'observer des inflammations des annexes de l'utérus, inflammations qui étaient liées et consécutives à la phlegmasie blennorrhagique débutant par la vulve et le vagin. Aux accidents du côté de la matrice succèdent des douleurs dans une ou dans les deux régions iliaques, avec tension, gonflement, douleur à la pression; et surtout, signe qui nous a paru constant et par conséquent de la plus grande valeur, toutes les fois que nous avons fait coucher une femme ainsi malade sur le côté où existe le gonflement, la douleur diminuait: la raison de ceci est très simple. A mesure que la position changeait, les tiraillements exercés par l'organe affecté diminuaient, et par suite la douleur dont ces tiraillements étaient la seule cause.

Nous avons vu quelquefois l'affection se propager ainsi à l'utérus et à l'ovaire, non pas tout de suite, mais après avoir duré pendant un certain temps, comme l'on voit chez l'homme survenir l'épididymite ou l'orchite après que la blennorrhagie a duré deux ou trois septénaires et même davantage. En thèse générale, il existe l'analogie la plus parfaite entre l'ovarite blennorrhagique et l'épididymite blennorrhagique. Quant à l'anatomie pathologique, il nous est impossible de vous en rien dire; nous n'avons pas encore eu un seul fait terminé d'une manière funeste, et toutes les femmes que nous avons traitées ont parfaitement guéri, sans tendance à la suppuration, comme dans les cas d'épididymite. C'est la même loi, lorsque les malades, hommes ou femmes, ne sont pas entachés d'autres affections. L'observation nous a appris que c'étaient les catarrhes utérins qui étaient la cause la plus

fréquente de la blennorrhagie, et que c'étaient les femmes qui en étaient affectées qui communiquaient le plus habituellement des écoulements urétraux aux hommes ; de ces écoulements utérins, l'origine n'est pas encore bien déterminée. Daran les considérait toujours comme vénériens, même lorsqu'il était certain que les femmes n'avaient eu aucun rapport avec des hommes. Il ne serait pas impossible, bien que la proposition de Daran soit évidemment beaucoup trop absolue, il ne serait pas impossible que quelques écoulements utérins reconnussent pour causes uniques les causes de la blennorrhagie ; d'où nous concluons aussi que les affections si communes de l'ovaire pourraient bien avoir, comme beaucoup de maladies du testicule, pour point de départ des conditions analogues aux conditions blennorrhagiques.

Une autre variété de la blennorrhagie chez la femme, c'est la blennorrhagie urétrale. On a dit et presque tous les médecins croient encore que la blennorrhagie vaginale est la blennorrhagie classique. Si l'on y regardait de bien près, peut-être finirait-on par trouver qu'il n'y a de véritable blennorrhagie chez la femme que la blennorrhagie urétrale. Quelques observateurs l'ont niée, nous ne savons trop pourquoi, ni comment ils ont observé les malades. Non-seulement elle existe chez la femme, mais elle peut exister seule, absolument seule, sans vulvite, sans vaginite, sans catarrhe utérin. Toutes les fois que nous avons recherché avec soin les conditions étiologiques de la blennorrhagie chez la femme, nous avons trouvé une blennorrhagie urétrale. Nous l'avons rencontrée environ une fois sur sept ou huit, et maintenant nous avons par devers nous plus de cinquante observations de blennorrhagie urétrale seule, et sans aucune autre lésion du côté des organes génitaux. Il y a ceci de très curieux pour la blennorrhagie urétrale : lorsque vous examinez une femme atteinte de vaginite, de blennorrhagie vulvaire ou utérine, et que vous la questionnez pour savoir si elle s'est exposée à un coït suspect, très souvent elle n'en convient pas, et rien ne s'oppose du reste à ce que l'on attribue à une autre cause la production de sa maladie. Toutes les fois, au contraire, qu'il nous est arrivé d'examiner une malade présentant une urétrite et de l'interroger, toujours elle est convenue qu'elle s'était placée dans des conditions nécessaires pour contracter une blennorrhagie par contagion, qu'elle s'était livrée à un coït suspect.

Cependant, nous croyons qu'elle peut aussi, cette blennorrhagie urétrale, se développer sous l'influence d'autres causes. Mais notre observation est telle, et la conviction à laquelle nous avons été conduit est si profonde, que, dans un cas de médecine légale, l'existence d'une blennorrhagie urétrale chez la femme serait la preuve à nos yeux d'une infection préalable. Nous le répétons, toutes les fois que nous avons trouvé une blennorrhagie urétrale chez la femme, l'homme qui avait eu des rapports avec elle était affecté d'une blennorrhagie âcre, purulente, contagieuse.

Sans doute, on a fait des relevés contradictoires; on a pu prendre toutes les femmes ayant des écoulements réputés vénériens; les filles publiques, par exemple, chez lesquelles on a toujours de la tendance à croire les écoulements consécutifs à une infection, et cela en raison du métier qu'elles exercent, et l'on a trouvé que l'urétrite était beaucoup moins commune qu'on ne l'avait pensé. Cela est vrai envisagé de cette manière. Nous vous ferons observer que la blennorrhagie communiquée est beaucoup plus rare chez la femme qu'on ne se l'est imaginé jusqu'ici. Comme les autres femmes, les filles publiques ont des écoulements spontanés, idiopathiques, symptomatiques d'une vaginite, d'une métrite, non dépendants d'une cause infectieuse; mais des écoulements communiqués par des hommes atteints de chaudepisse, c'est fort rare. La femme, ayant des rapports avec un individu atteint de phénomènes primitifs de syphilis, de chancres, en un mot, contracte très facilement des chancres. Mais il est difficile de donner une chaudepisse à une femme avec une urétrite contractée par contagion.

Les symptômes de la blennorrhagie urétrale chez la femme sont à peu près analogues à ceux que présente l'homme. Ainsi, il y a de la douleur, une cuisson plus ou moins vive, plus ou moins lancinante pendant l'émission des urines. Il y a ténesme vésical. Dans la blennorrhagie utérine, le muco-pus utérin est glaireux, plus ou moins opaque, plus ou moins coloré, ressemblant assez au liquide glaireux que rendent avec les urines les sujets affectés de catarrhe vésical.

Pour arriver à connaître d'une manière certaine et positive la source des écoulements blennorrhagiques chez la femme, il faut avoir recours à l'examen direct des parties profondes par le spéculum ; et pour cela, il est quelquefois nécessaire d'attendre que les symptômes inflammatoires les plus intenses soient calmés. Indépendamment de cette application du spéculum pour constater l'état du vagin et de l'utérus, on peut avoir recours avec avantage au toucher, qui fournira souvent des données importantes. C'est surtout le matin qu'il faut examiner ainsi les malades. Le doigt, introduit dans le vagin, doit former un sillon à la partie postérieure du vagin qu'il déprime. Le pus suit le doigt, et vient sortir au dehors. Pour s'assurer si l'urètre est pris, on introduit le doigt indicateur dans le vagin, la face palmaire tournée en haut ; puis appuyant sur la paroi inférieure du canal de l'urètre, on ramène le doigt d'arrière en avant. Lorsque l'on examine le linge, ce n'est pas sur le devant de la chemise, mais sur la partie postérieure qu'il faut chercher les traces de l'écoulement, et qu'il sera possible d'en apprécier la couleur et l'abondance.

Rien de plus aisé que le diagnostic de la vulvite érythémateuse, catarrhale et phlegmoneuse. Mais ce diagnostic différentiel, quant aux causes, nous défions en quoi que ce soit, lorsque l'on a à examiner une vulvite, une vaginite ou une phlegmasie utérine, de pouvoir conclure aux conditions qui ont donné lieu à la maladie. Il n'y a pas de différence entre une vulvite résultant d'une contagion, et celle qui résulte de toute autre cause. En dehors de l'ulcère primitif spécifique, le chancre, il n'y a pas de signe différentiel pouvant indiquer la contagion.

Sous le point de vue du pronostic, la vulvite est très simple ; la vaginite est plus grave, en ce sens qu'elle est plus difficile à guérir. L'urétrite tient le milieu entre la vaginite et la vulvite. La maladie est plus tenace quand elle a pour siége la cavité de l'utérus. Le catarrhe utérin est sans contredit la plus rebelle et la plus opiniâtre de toutes les formes de la blennorrhagie, celle qui résiste le plus, et est presque inexpugnable, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 8 septembre 1846. — Présidence de M. Roche.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— *M. Lagneau* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Loreau, intitulé : Notice sur l'utilité des boissons abondantes dans le traitement de l'urétrite.

Les conclusions sont : d'adresser des remercîments à l'auteur, de renvoyer le mémoire au comité de publication, et de porter M. Loreau sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

MM. Velpeau et *Piorry* appuient les conclusions, qui sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Huguier* lit un mémoire sur les maladies des follicules sébacés et pilifères de la vulve. Ce mémoire est la suite de celui dont M. Huguier a donné lecture à l'Académie il y a quelques mois, sur l'anatomie et la physiologie de ces follicules.

Maladies des follicules — 1° Pour les follicules, l'affection dont ils sont le siége offre trois périodes distinctes : l'éruption, la suppuration et la dessiccation; elle est souvent compliquée d'érythème, d'acné, d'eczéma, d'érysipèle, d'œdème, d'herpès, de furoncles, d'angéioleucite, avec ou sans adénite inguinale.

2° La vulve est quelquefois le siége d'une acné, non encore décrite, qui détermine un prurit vulvaire très incommode et très rebelle. Cette dermatose de la vulve a souvent été prise pour une maladie vénérienne, surtout quand il existe en même temps un écoulement vaginal.

3° De véritables kystes sébacés ou stéatomateux se développent quelquefois dans les follicules vulvaires.

4° Enfin, il existe une hypertrophie, ou *exdermoptosis* des follicules sébacés. Dans cette maladie, les follicules forment un relief plus ou moins prononcé, se détachent en quelque sorte des téguments, et donnent naissance à de petites tumeurs que l'on a souvent prises pour des végétations, des tubercules muqueux, etc. L'erreur est d'autant plus facile, que souvent elles sont accompagnées de prurit et d'écoulement. On les a désignées sous le nom de syphilide verruqueuse. Cette affection n'est susceptible de guérir qu'à l'aide d'une opération. L'examen microscopique démontre clairement que les follicules sébacés sont de véritables glandes à conduit excréteur ramifié, et terminé dans chacune de ses parties par un glomérule glanduleux.

Maladies de la glande vulvo-vaginale et de son appareil excrétoire. — 1° La glande et son appareil excrétoire sont assez souvent le siége d'une hypersécrétion simple de mucus ou de muco-pus, qui peut être confondue avec l'inflammation des follicules isolés, la leucorrhée, les abcès et les kystes de la vulve, etc.

2° La glande est fréquemment atteinte d'engorgement chronique accompagné d'hypersécrétion qui, plusieurs fois, en a imposé pour un ganglion engorgé, un kyste ou un abcès fistuleux. Cet engorgement dispose aux inflammations aiguës et aux abcès de l'organe.

3° Elle peut subir une dégénérescence fibreuse, contre laquelle il n'existe d'autre ressource que l'extirpation.

4° Le conduit excréteur de la glande peut s'enflammer et être le siége d'un abcès qui est toujours peu volumineux, indolent, fluctuant dès son apparition, situé immédiatement au-dessous de la muqueuse, s'ouvre très promptement, récidive fréquemment, surtout aux époques menstruelles, et est suivi d'une hypersécrétion simple, purulente, ou d'une cavité ovalaire qui peut être la source d'erreurs nombreuses de diagnostic.

5° La glande elle-même est souvent atteinte d'une inflammation aiguë ordinairement bornée à un seul côté, et qui se termine souvent par suppuration. Ces abcès sont le plus souvent la suite d'excès vénériens ou de blennorrhagie ; ils diffèrent des abcès du conduit excréteur en ce que :

1. Ils sont un peu plus profondément situés, plus rapprochés de la branche de l'ischion.

2. Ils sont placés un peu plus bas dans la grande lèvre ; ils occupent positivement son extrémité postérieure, laquelle est allongée et descend plus bas que celle du côté opposé, ce qui n'a pas lieu dans l'abcès du conduit.

3. La fluctuation ne devient sensible qu'au bout de quelques jours de durée de la maladie, et d'abord au centre de la grosseur. Dans l'abcès du conduit, la fluctuation est sensible dès le lendemain ou le surlendemain de la manifestation des accidents, et de suite dans toute l'étendue de la tumeur.

4. L'abcès glanduleux a un volume plus considérable, et déforme davantage la vulve.

5. Son ouverture spontanée se fait plus longtemps attendre.

6. La cicatrice n'est pas visible, ou l'est à peine ; elle ne laisse jamais de perte de substance à la muqueuse de la grande lèvre, comme le fait souvent l'abcès du conduit.

7. Ce n'est que par une exception rare que le pus s'écoule par l'orifice du conduit excréteur.

8. Lorsqu'on sonde le foyer, l'extrémité du stylet s'engage plus profondément, elle ne reste pas située sous la muqueuse de la nymphe et de l'entrée du vagin ; elle est entourée de parties résistantes formées par le tissu glanduleux.

9. Le pus, comme l'a démontré la description de ces deux maladies, a des caractères différents.

10. Quand, avec le bistouri, on ouvre légèrement les deux foyers, on voit que la cavité de l'abcès parenchymateux est inégale, mamelonnée, granuleuse, tapissée ou non d'une légère pellicule, est d'un rouge vif et souvent saignante, tandis que celle de l'abcès du conduit est régulièrement arrondie en ampoule ; elle est lisse, polie, parfois même luisante ; ses parois sont résistantes, formées par une véritable membrane muqueuse.

11. L'abcès glanduleux et plus douloureux, et peut même être suivi de symptômes de réaction générale, ce qui n'a pas lieu dans les abcès du conduit.

12. Il ne simule jamais de fistules vulvaires comme l'autre espèce.

13. Immédiatement après la guérison, entre la branche de l'ischion et la partie postéro-latérale de l'entrée du vagin, on sent au milieu des parties molles un noyau dur, résistant, formé par le reste de l'engorgement de la glande ; noyau qu'on n'observe pas dans l'abcès du conduit.

Ces abcès de la glande sont souvent confondus avec trois autres espèces de collections purulentes qui se forment à la vulve ; savoir : les abcès phlegmoneux, les abcès stercoro-vulvaires et les abcès prérecto-vulvaires. Ces derniers surtout ont avec eux de grandes analogies ; mais ils en diffèrent principalement, en ce que le pus qui en provient est plus abondant, noirâtre, a une odeur fétide, et peut se faire jour dans le rectum ; en ce qu'il est suivi d'un cordon cylindrique induré qui se porte de la grande lèvre à l'intestin.

6° L'orifice du canal excréteur est quelquefois atteint d'un rétrécissement ou d'une oblitération complète, qui peuvent être cause d'une collection purulente, d'un abcès ou d'un kyste ; d'autres fois, il est agrandi, et remplacé par une ouverture qui mène à un cul-de-sac au fond duquel peuvent séjourner les liquides génito-urinaires.

7° Enfin, l'appareil sécréteur vulvo-vaginal peut être le siége de kystes muqueux qui ont été jusqu'à présent méconnus et confondus avec les autres kystes de la vulve.

Quant aux affections syphilitiques de cet appareil, elles ne présentent rien de particulier : la vérole peut s'y présenter sous toutes les formes qu'elle affecte partout ailleurs. (Commissaires : MM. Bérard, Malgaigne, P. Dubois).

— *M. Gibert* lit un travail intitulé : De l'action spécifique de quelques préparations mercurielles dans les maladies de la peau de nature syphilitique. (Nous donnerons l'analyse de ce travail dans un prochain numéro).

— *M. Dupuy* lit un mémoire sur la prophylaxie des épizooties.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 septembre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Parola lit un mémoire intitulé : *Note supplémentaire aux Recherches expérimentales sur le principe actif et sur le mode d'action de l'ergot des graminées*, présentées à l'Académie des sciences en 1843.

En voici les conclusions :

1° L'ergot de seigle est un des plus puissants agents du règne végétal qui exerce une double action sur l'organisme, dont l'une sur les forces générales manifestement hyposthénisante, antiphlogistique, l'autre sur la fibre organique et sur le sang.

2° Cette double action est à peu de chose près commune à l'ergot des autres graminées.

3° La genèse de l'ergot n'est point dû à un cryptogame, c'est une substance amorphe produite par une maladie des graminées, et qui consiste probablement dans une sécrétion accidentelle du pédoncule de l'épillet.

4° Il n'existe dans l'ergot du seigle qu'un principe actif principal, qui est de nature résineuse; sa proportion relative dans les diverses préparations de l'ergot, donne la mesure de leur efficacité.

5° L'ergot est doué d'une vertu élective hémostatique très prononcée dans les hémorrhagies actives.

6° Son action calmante très déclarée sur les mouvements respiratoires et sur le système sanguin, le rendent un des moyens les plus puissants pour affaiblir la marche de la phthisie pulmonaire et en procurer quelquefois la guérison.

7° Par cette même action, le seigle est un médicament très énergique dans les maladies inflammatoires, particulièrement comme auxiliaire de la saignée.

8° Son action calmante des mouvements nerveux et artériels le rendent un moyen d'une grande valeur dans la fièvre typhoïde.

9° Dans le travail de l'accouchement et dans les métrorrhagies actives, il est d'un secours précieux, soit pour arrêter l'écoulement sanguin, soit pour hâter la sortie du fœtus.

10° La poudre et l'extrait résineux sont les préparations les plus actives et les plus convenables pour les usages thérapeutiques dans les circonstances urgentes, tandis que les préparations aqueuses peuvent être préférées dans les affections légères et chroniques.

— *M. Blandet* donne lecture d'un mémoire *Sur le mécanisme de la voix.*

— *M. Chevallier* adresse un mémoire *Sur les maladies qui attaquent les ouvriers qui emploient le vert arsenical*, tels que ceux qui travaillent dans les fabriques de papier peint, etc. (Commission des prix Montyon.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'Hôtel-de-Ville.

Séance du 26 août 1846. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès verbal, *M. Huguier* dit que, parmi les raisons qui ont été données pour faire prévaloir les ponctions obliques, M. Bérard a émis l'opinion, qu'il partage complétement, que, quand on a fait sortir un liquide quelconque de la poche qui le contient, les deux parties qui peuvent le plus facilement s'enflammer sont le kyste et la peau extérieure, et que plus il y aura d'intervalle entre ces parties, moins il y aura de chances de voir l'inflammation se propager de l'une à l'autre. Mais, outre cela, il pense que, quand on fait la ponction oblique, on ne divise que les lames du tissu cellulaire pour arriver de la peau à la partie que l'on veut atteindre, tandis qu'avec la ponction directe on intéresse les artères, les veines et les muscles.

M. Malgaigne ne veut pas relever cette dernière partie de l'argumentation de M. Huguier ; mais il persiste à croire qu'avant de donner des raisons de l'avantage des plaies obliques, il faudrait savoir si les plaies directes déterminent réellement des accidents, à largeur de plaie égale bien entendu. Il rappelle encore les ponctions directes du péritoine, de la tunique vaginale et du globe de l'œil.

M. Huguier répond qu'il n'a jamais été témoin d'accidents à la suite des incisions obliques, à la plante du pied et à la paume des mains, tandis qu'au contraire il en a vu de très graves suivre les incisions directes faites sur ces mêmes parties. Il dit aussi qu'il ne faut pas croire, comme on l'a avancé, à l'innocuité constante de la ponction directe de l'abdomen. Depuis la dernière séance, il a eu occasion de la pratiquer. La plaie est devenue fistuleuse, l'ouverture cutanée s'est enflammée, le malade souffre du ventre, et il reste à savoir si l'inflammation a commencé par le péritoine, ou si, au contraire, elle ne s'est pas propagée de l'extérieur à l'intérieur. Si la piqûre, au lieu d'être directe, avait eu deux ou trois pouces d'obliquité, cette propagation probablement ne se serait pas faite.

M. Morel-Lavallée fait voir plusieurs flacons contenant de l'urine de la malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il y a dans l'urine rendue, huit heures après les accidents, une grande quantité d'albumine; celle recueillie au bout de douze heures en contient moins, et au bout de vingt-quatre heures elle est tout à fait normale.

— *M. Vidal* (de Cassis) demande et obtient un congé de deux mois pour affaires de famille.

— *M. Malgaigne* a déjà entretenu la Société de la ponction de la vessie, qu'il met volontiers en usage sans rien craindre; aujourd'hui, il désire faire connaître deux nouvelles opérations de ce genre qu'il a eu récemment occasion de pratiquer. Un homme d'une quarantaine d'années, ayant eu plusieurs chaudepisses, était affecté d'un rétrécissement qu'il ne traitait pas. L'émission de l'urine se faisait encore facilement, lorsque, la veille de son entrée à l'hôpital, ce malade but trois litres de vin environ. Il y eut bientôt impossibilité complète d'uriner. L'interne du service essaya d'introduire des bougies fines, mais il ne réussit pas, et il s'écoula quelque peu de sang. Le matin, à la

visite, M. Malgaigne fit quelques nouvelles tentatives, mais elles demeurèrent infructueuses. On eut recours à une injection, qui amena seulement quelques gouttes d'urine. La vessie était au niveau de l'ombilic; le malade souffrait, que fallait-il faire? Quelques chirurgiens ont conseillé dans ces cas de trouer la partie rétrécie de l'urètre et de pénétrer de force par cette voie dans la vessie; mais il redoute ces moyens violents, et il se décida de suite pour la ponction faite audessus du pubis. L'urine s'écoula en totalité, et le malade fut immédiatement soulagé. On appliqua des cataplasmes au périnée, sur la verge, et le lendemain l'urine passait par l'urètre. Depuis, on a eu toute facilité pour s'occuper du rétrécissement.

Dans le second cas, c'est encore un homme de quarante ans affecté d'un rétrécissement ancien, qui est pris de rétention d'urine après un excès de fatigue. Deux médecins font des tentatives inutiles pour arriver à la vessie; un chirurgien militaire vient après, et continue des essais de cathétérisme pendant quatre heures. Il se déclare une hémorrhagie urétrale, et le malade est amené à l'hôpital. M. Malgaigne cherche d'abord, mais inutilement, à introduire une bougie fine. Il fait l'injection, et il ne sort encore que quelques gouttes d'urine. Il pratique alors la ponction, et il y eut ceci de remarquable, qu'à peine la vessie fut-elle vidée que l'hémorrhagie s'arrêta. On appliqua des cataplasmes sur la verge comme dans le cas précédent, et le malade put uriner. Il ne voulut pas rester à l'hôpital, et il sortit le quatrième jour.

Dans ces deux observations, il y avait une lésion complexe: rétrécissement d'abord, puis inflammation du rétrécissement lui-même sous l'influence des excès de boisson et de travail, et enfin rétention d'urine qui augmente l'inflammation. Ce ne peut pas être la coarctation urétrale qui a amené l'ischurie, puisque ces deux malades urinaient encore bien la veille. Il a fallu qu'il vînt s'y joindre une cause d'irritation; et ici ç'a été, dans le premier cas, le vin bu en grande quantité, et, dans le second, une grande fatigue, comme c'est quelquefois un excès d'un autre genre, ou un refroidissement. La distension de la vessie comme cause et comme augmentation de l'inflammation n'est pas une hypothèse; car on sait bien que, même avec un urètre sain, si on garde longtemps l'urine, il faut ensuite de grands efforts pour l'expulser.

M. Malgaigne pense que ce n'est pas seulement dans des cas de rétrécissement comme ceux qu'il vient de citer que l'inflammation détermine la rétention; mais que dans d'autres circonstances où celle-ci a lieu, à la suite des fractures vertébrales, par exemple, c'est à une violente irritation du canal de l'urètre ou de la prostate qui suit la paralysie qu'elle doit être attribuée.

Dans quelque cas que ce soit, la première chose à tenter, c'est d'évacuer l'urine par les voies naturelles; mais s'il y a un obstacle tel qu'on ne puisse le franchir sans de grands efforts, il faut donner issue au liquide par la ponction, et ensuite calmer l'inflammation au moyen des antiphlogistiques et des émollients.

Sous le rapport de la gravité des ponctions, on voit qu'elle n'est pas à redouter, puisque dès le lendemain, dans les deux observations, il n'y paraissait plus, et pourtant elles étaient directes.

Il y a quelque temps, M. Malgaigne ayant fait une semblable ponction, constata la présence d'une gouttelette de pus dans le trajet, et il l'attribua à ce que, quand on retire la canule, elle peut contenir de l'urine, et qu'il en était resté dans la plaie. Aussi, maintenant, a-t il la précaution de tenir sa canule bouchée quand il l'enlève; de cette façon, il est impossible, fût-elle même pleine de liquide, qu'elle en laisse échapper la moindre quantité.

M. Denonvilliers fait remarquer que la ponction de la vessie paraît être traditionnelle à l'hôpital Saint-Louis; car, du temps de Richerand, elle était regardée comme une opération tellement simple qu'elle était non-seulement pratiquée par les élèves, mais qu'elle a même pu être faite par des infirmiers.

Il croit que M. Malgaigne a tort d'invoquer ce cas en faveur des ponctions directes, car à peine la vessie se vide-t-elle que la plaie du trocart est loin de l'ouverture de la peau; par conséquent, ici comme dans quelques autres exemples cités par lui, le parallélisme est détruit. Lorsque au contraire, par suite de la texture des parties, l'obliquité ne s'établit pas, il y a plus de danger. Il est convaincu que ce qui contribue à la gravité des plaies articulaires, c'est qu'elles sont directes.

M. Vidal (de Cassis) pense que la question que vient de soulever M. Malgaigne est de la plus haute importance; mais il croit aussi que cette pratique n'est jamais sans danger. Dupuytren et quelques autres chirurgiens l'ont élevé dans la crainte de cette ponction, et il ne l'a jamais pratiquée. Toutes les fois qu'il a eu affaire à des rétentions d'urine il a mis en usage les saignées générales, les sangsues, les bains, les applications locales émollientes, et il a pu arriver ensuite à la vessie, en ayant soin de se servir de sondes volumineuses et fortement courbées, parce que, comme, presque toujours, ces rétentions sont dues à l'inflammation de la prostate, les bougies fines ou les petites sondes ne sont propres qu'à l'augmenter. Il est convaincu que si M. Malgaigne s'était moins pressé il serait arrivé à ce résultat par les antiphlogistiques, et il aurait évité la ponction. Il tient d'autant plus à ce qu'on sache bien ce qu'il vient d'avancer, qu'il lui paraît dangereux de laisser croire aux élèves que dans des cas semblables ils doivent commencer par les petites bougies. Il fait aussi remarquer que Richerand ne parle pas dans son ouvrage de cette innocuité de la ponction.

M. Michon ne peut pas laisser dire que ce sont quelques chirurgiens qui ont repoussé le cathétérisme forcé, c'est toute l'école de Chopart, représentée ensuite par Dupuytren, qui s'est élevée contre cette méthode. Dans cette école on cherchait à faire prévaloir le cathétérisme bien fait, et la sonde conique était supprimée de l'arsenal de l'Hôtel-Dieu. C'était en présentant la sonde ou la bougie au devant du retrécissement et en l'y maintenant, qu'on arrivait à vaincre la rétention sans causer d'accidents. Du moins, pour son compte, il n'en a jamais vu.

Il rappelle que l'innocuité de la ponction est professée aussi par M. Gerdy, qui propose de commencer dans quelques cas le traitement des altérations de l'urètre par la ponction de la vessie, afin de laisser reposer le canal; mais il est d'avis qu'il serait fâcheux que cette doctrine fût enseignée aux élèves.

M. Malgaigne a toujours vu les règles du cathétérisme échouer devant un rétrécissement serré, dans lequel ce n'est qu'en tâtonnant que l'on peut pénétrer. Il doute que les engorgements de la prostate soient fréquents à quarante ans; ils sont communs à Bicêtre chez les vieillards, et on les franchit facilement, comme le prouve le Manuel du conducteur de M. Maisonneuve; ils sont faciles à reconnaître et à distinguer des coarctations urétrales proprement dites. M. Malgaigne ne connaissait pas les faits attribués à Richerand; il les accepte avec plaisir, puisqu'ils viennent à l'appui de son opinion sur l'innocuité de la ponction de la vessie. Il pourrait citer beaucoup de cas pour prouver la nécessité de cette opération. Il a vu au Val-de-Grâce un homme chez lequel on avait essayé le cathétérisme avec tant de force et pendant si longtemps, qu'il y eut une inflammation du tissu veineux, à laquelle il succomba. Tout récemment, en ville, il a été appelé auprès d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, affecté de rétrécissement; un médecin fort habile faisait des tentatives et était arrêté au-dessous de la symphyse pubienne; le malade perdait du sang par l'urètre, et ce canal était assez douloureux pour qu'il ne voulût plus y laisser toucher. On fit une ponction, et l'on appliqua des cataplasmes émollients; mais le malade les enleva, et une nouvelle rétention se produisit. On fit une seconde ponction, en ayant soin de laisser une canule à demeure; mais ce vieillard était tellement indocile qu'il l'ôta, et il mourut bientôt par suite de nouveaux accidents.

Il ne faut pas croire, dit M. Malgaigne, que ce soit toujours chose si facile que de franchir un rétrécissement par le cathétérisme le plus méthodique, et l'on peut avouer que les chirurgiens ne sont pas plus avancés aujourd'hui qu'au seizième siècle; seulement ils ont à leur disposition des bougies fines qu'ils emploient à tout hasard.

M. Vidal (de Cassis) était porté à croire, d'après ce qu'avait dit M. Malgaigne, que ses malades étaient affectés de prostatite; mais il n'a pas voulu mettre en doute l'exactitude de son diagnostic. C'était donc un accident du rétrécissement par suite d'un excès d'inflammation. Dans ce cas là encore les antiphlogistiques réussissent très bien aussi, et doivent être employés avant la ponction.

M. Huguier n'a jamais vu un seul malade dans la vessie duquel Dupuytren n'ait pu arriver en employant d'abord les bains, et ensuite en maintenant une bougie au-devant du rétrécissement. Il ne veut pas dire pour cela que la ponction soit une opération grave, car il a été témoin de trois ou quatre succès obtenus par Richerand.

M. Monod croit qu'il ne faut pas être absolu dans cette question, et qu'il y a des cas où certainement la ponction est indiquée. A l'époque où il était interne chargé des autopsies dans le service de Dupuytren, il a constaté de fausses routes faites par la main de ce chirurgien, qui pratiquait quelquefois le cathétérisme forcé, mais sans l'avouer et sans le conseiller.

M. Vidal (de Cassis) revient encore sur ce qu'il a dit des antiphlogistiques, et il désire qu'on fasse bien attention à ceci, savoir qu'à l'aide de ces moyens on détruit la cause de la rétention, et qu'on a ensuite toute facilité pour traiter le rétrécissement par les moyens ordinaires.

M. Malgaigne aime mieux, quand un malade ne peut pas uriner depuis longtemps, le soulager immédiatement par la ponction, que de le laisser attendre trois ou quatre heures le résultat problématique des antiphlogistiques. Il rappelle que quelques chirurgiens ayant aussi beaucoup vanté les saignées et les sangsues dans les étranglements herniaires, il les a essayés et n'a presque jamais eu de succès; aussi trouve-t-il beaucoup plus avantageux de faire l'opération de bonne heure, et sans y avoir recours.

M. Denonvilliers dit qu'il a paru plus facile dans quelques cas, à M. Bérard, d'agir sur la prostate par la vessie et de sonder de dedans en dehors.

M. Morel-Lavallée revendique cette idée pour un membre de l'ancienne Académie de chirurgie.

M. Chassaignac ayant été témoin dans le service de M. Gerdy, dont il faisait le remplacement, de la facilité avec laquelle on pénétrait d'arrière en avant chez un malade dont la vessie avait été ponctionnée, s'est demandé s'il n'y aurait pas avantage à suivre cette méthode, qu'il mit en usage pour faire passer une sonde dans un engorgement énorme de la prostate, après avoir tenté inutilement de l'attaquer par le canal de l'urètre; et à propos de ce malade, il recueillit les opinions de plusieurs chirurgiens, ses collègues et ses maîtres, qui lui assurèrent n'avoir jamais vu d'accident résultant de la ponction elle-même.

Il dit qu'une des considérations qui doivent engager à faire cette opération, c'est qu'il y a bon nombre de malades qui succombent aux ruptures de l'urètre. Il ajoute que M. Cruveilhier a montré à la Société anatomique les pièces d'un sujet que Dupuytren avait sondé par le cathétérisme forcé.

La séance est levée à cinq heures un quart.

NOUVELLES.

Sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur MM. les officiers de santé dont les noms suivent :

MM. Salleron (Eugène-Romain), chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie; De Santi (Jean-Laurent), chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie; Delbecq (Louis-Alexandre-Joseph), chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie; Lebrun (Ambroise-François-Aquila), chirurgien aide-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie.

— Le docteur Fleussic, qui dirigeait depuis trois ans le service sanitaire de la colonie belge de Santo-Thomas de Guatemala, vient de mourir; il a été suivi de près dans la tombe par un autre de ses compatriotes, le docteur Thiélemans, qui était médecin en second de la colonie.

— M. le docteur Blanchet reprendra, le 14 septembre à onze heures, son cours clinique sur les maladies des yeux et des oreilles, à son Dispensaire, rue du Paon, 8.

Les vendredis de chaque semaine seront plus spécialement consacrés aux opérations et à l'étude clinique des maladies de l'oreille.

M. CHARRIÈRE, en transportant rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 6, ses ateliers d'instruments de chirurgie et de coutellerie en général, autrefois établis même rue, n° 9, leur a donné une très grande extension, en y joignant, comme complément indispensable, la fabrication des Bandages herniaires, des Ceintures hypogastriques, des Appareils contre l'onanisme, les déviations de la taille, le traitement des pieds-bots, des fractures, Membres artificiels et toutes Pièces de prothèse, ainsi que des Appareils pour les blessés et asphyxiés.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 107. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 11 SEPTEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans une de ses dernières conférences cliniques, M. Lisfranc a présenté, à propos d'un fait observé dans son service, des considérations pratiques de la plus haute importance sur les polypes et les tumeurs fibreuses de la matrice. Cette leçon devant être reproduite en entier dans un prochain numéro de ce journal, nous n'avons point à nous en occuper ici ; mais nous entretiendrons nos lecteurs, dans notre prochaine Revue, d'un cas intéressant d'anévrisme faux consécutif, suite d'une saignée malheureuse, contre lequel M. Lisfranc met en usage la compression continue, méthode à l'aide de laquelle il a déjà obtenu plusieurs succès remarquables.

— Bien que nos Revues cliniques comprennent le plus souvent, et elles le doivent, des faits recueillis dans les hôpitaux, sur ces grands théâtres publiquement et constamment ouverts à tous les observateurs, nous ne nous sommes point retiré le droit d'y publier quelquefois des cas particuliers recueillis dans la pratique privée, lorsque les auteurs auxquels nous en devons la communication sont des hommes honorablement connus sous le rapport du savoir et de la probité scientifique, et que ces cas nous fournissent l'occasion d'examiner brièvement sans empiéter sur le domaine de la bibliographie, un travail sérieux et intéressant, relatif à un point important de la pathologie et de la thérapeutique. Ce droit, nous en usons aujourd'hui en rapportant un fait de lypémanie guérie sous l'influence d'une révulsion morale, recueilli par un jeune confrère, M. Michéa, connu dans le monde médical par de nombreux travaux sur les affections du système nerveux.

« Madame R..., âgée de trente-six ans, d'un tempérament nerveux, d'une assez forte constitution, ne compte pas d'aliénés dans sa famille. Mère de plusieurs enfants, bien réglée, modérément portée à l'accomplissement de l'acte vénérien, il se fit chez elle, sous ce rapport, il y a dix-huit mois, une révolution sensible; il survint de la fureur utérine. A dater de ce moment, le caractère de cette dame changea peu à peu; de gaie, d'expansive qu'elle était, elle devint mélancolique et sombre. Bientôt, sans aucun motif, elle est jalouse de son mari, et l'accuse d'entretenir des relations coupables avec les femmes qu'elle a à son service. Cette idée, d'abord faible et passagère, acquiert de l'énergie et de la permanence, dégénère en monomanie et s'accompagne d'hallucinations et d'illusions des sens.

Madame R... voit souvent à ses côtés une femme de chambre qu'elle a renvoyée, et qui n'est plus à Paris depuis un an. D'autres fois, elle prend pour la voix de cette femme-de-chambre celles des premières personnes venues qu'elle entend parler dans la rue. Ces ballucinations et ces illusions des sens entretiennent et augmentent sigulièrement sa jalousie; de là des querelles et des reproches sans nombre adressés au mari.

A ces troubles de l'intelligence se joignent des désordres de la sensibilité: douleur épigastrique, fourmillements dans les membres, bouffées de chaleur au visage, céphalalgie, etc. Le délire tend à se généraliser. Non-seulement la malade est en proie à une idée permanente de jalousie, mais encore elle croit que les jours de son mari sont menacés; elle s'imagine qu'il existe un complot tramé contre lui; elle le conjure de ne point sortir; elle ne consent jamais à s'éloigner de lui d'une minute, dans la crainte de voir se réaliser le prétendu malheur qu'elle redoute. Aux ballucinations et aux illusions déjà citées, s'ajoutent de fausses perceptions de l'ouie. Au sein du silence le plus complet, la nuit, parfaitement éveillée, elle entend des voix qu'elle dit être celles de ses enfants qui se plaignent de mourir de faim dans la pension où ils sont placés. Une certaine nuit, disant avoir les oreilles frappées des cris de détresse de sa fille, elle se lève, brise les vitres de ses croisées et réveille toute la maison en appelant au secours.

Depuis que le délire lypémaniaque s'est ainsi étendu à plusieurs séries d'idées, la fureur utérine a complétement cessé.

Placée dans une maison particulière d'aliénés le 12 mai 1846, madame R... y est soumise à l'isolement et à l'emploi des bains généraux. Il y avait déjà quinze jours qu'elle était dans cette maison sans présenter d'amélioration sensible dans son état mental, lorsqu'un de ses enfants, garçon de dix ans, vint à succomber à une méningite. Après avoir obtenu l'assentiment du mari, je pris la résolution de tirer parti de la mort de l'enfant en faveur de la santé de la mère. Me fondant sur la diversion morale que peut produire un sentiment aussi énergique que celui de la maternité, j'annonçai à la malade, qui ignorait complétement la fatale nouvelle, et cela sans aucune espèce de transition, afin que l'impression fut plus vive et plus profonde, que son enfant venait de mourir. Sans être tout à fait immédiat, le résultat de ce moyen de révulsion morale fut des plus favorables. Le lendemain la malade était beaucoup mieux, et le troisième jour la folie avait complétement cessé. J'ai revu depuis plusieurs fois madame R..., et rien n'indique chez elle le moindre retour de l'affection mentale.

« Ce fait, ajoute notre confrère, est un exemple incontestable de guérison obtenue par le traitement moral, et est de nature à dissiper toutes les objections élevées par le scepticisme ou par l'esprit de système. Il est d'autant plus remarquable, que la guérison, à l'aide de la révulsion morale, fut presque instantanée, circonstance singulièrement défavorable aux idées des médecins qui s'obstinent à donner constamment pour cause prochaine des symptômes de la folie une lésion matérielle du cerveau appréciable aux sens. »

Cette observation, nous l'avons accueillie d'autant plus volontiers, qu'elle nous fournit l'occasion de nous occuper, et de la nature des hallucinations, et de la valeur du traitement moral pour combattre la folie, et qu'enfin il nous conduit à exposer nos idées sur une question importante de l'étude de l'aliénation mentale, celle de savoir jusqu'à quel point on peut la rattacher à des lésions physiques et matériellement appréciables des centres nerveux.

M. Michéa, dont le travail sur les hallucinations, couronné par l'Académie de médecine, vient d'être publié en extraits dans les Mémoires de cette Société, regarde l'essence de l'hallucination comme une *métamorphose de la pensée*, non pas comme l'a dit M. Lélut, en sensation ou en perception *véritable*, mais en un *phénomène intermédiaire à cet acte psychologique et à l'idée de la conception pure :* « Nous disons, écrit l'auteur, qui tient le milieu entre ces deux faits de conscience, qui participe de l'un et de l'autre; car l'hallucination est moins qu'une sensation ou une perception, puisqu'elle donne le spectacle d'un corps, sans que celui-ci tombe actuellement sous les sens, et elle est plus qu'une idée ou conception pure, puisqu'elle fournit une représentation que l'esprit rapporte à quelque chose d'extérieur, et qui a pour lui la même valeur qu'un objet matériel... La perception, la mémoire, l'imagination, sont les trois sources d'où proviennent les idées sensibles... L'hallucination n'est identique à aucune de ces trois facultés; elle n'est pas la *perception normale*, puisque dans celle-ci il y a toujours une cause extérieure actuelle qui manque dans l'hallucination. Elle n'est pas la *mémoire normale*, puisque dans cette faculté l'objet présent à l'esprit ne revêt pas l'apparence d'une sensation actuelle; enfin elle n'est pas l'*imagination normale*, par la même raison. »

Cette définition donnée par M. Michéa nous semble parfaitement juste; on voit qu'elle est fondée sur une observation sérieuse et réfléchie, et nous y avons retrouvé avec bonheur le développement des idées qu'il y a près de vingt ans déjà Broussais; ce grand génie auquel presque rien n'est échappé en médecine, consignait dans ses Commentaires des propositions de pathologie : « Les hallucinations, disait-il, ne sont autre chose que des perceptions analogues à celles que nous ont jadis procurées nos sens externes; mais elles ne sont plus déterminées par l'action des sens; ce sont des actes d'une *memoire dépravée.....*, notre intellect n'*invente jamais;* il ne fait que rappeler et combiner diversement des souvenirs. » Tout en faisant la part de certaines exagérations, auxquelles devait nécessairement l'entraîner une imagination ardente, saisissons cette occasion de faire remarquer combien, quels que soient les points de la science que l'on touche, et quoi qu'on en ait dit, combien les ouvrages de Broussais, l'une des plus vastes intelligences des temps modernes, contiennent d'idées grandes, belles et justes, trop longtemps négligées avec dédain, ou combattues avec acharnement, et auxquelles on sera tôt ou tard forcé de revenir.

Sans vouloir pousser bien loin ce coup d'œil sur le travail de M. Michéa, contentons-nous de dire que pour lui les hallucinations se divisent en symptomatiques et en essentielles, en sensoriales et en encéphaliques, et qu'il n'admet exclusivement ni l'opinion de Plater, de Sauvages et de Darwin, qui les plaçaient dans le système nerveux périphérique, ni celle de Gall et d'Esquirol, qui les faisaient siéger dans le cerveau. Notre confrère, et c'est surtout sous ce rapport qu'est intéressant et curieux son travail, établit cette division sur quatre points principaux. Une hallucination, dit-il, est plutôt symptomatique qu'idiopathique, quand elle réunit plusieurs ou toutes les conditions suivantes : 1° qu'elle est bornée à un seul sens; 2° qu'elle n'intéresse qu'une des moitiés symétriques de ce sens, un seul œil, par exemple, une seule oreille; 3° quand elle disparaît ou s'affaiblit au bout d'un temps très court, sous l'influence des narcotiques appliqués sur le sens auquel elle se rapporte; 4° quand elle roule sur de prétendus objets qui n'ont rien d'animé, qui n'affectent aucun rapport avec les êtres doués de la vie et de l'intelligence. Elle est idiopathique quand elle se présente avec les conditions opposées d'existence. Nous regrettons que l'espace nous manque pour examiner les raisons sur lesquelles s'appuie cette distinction, véritablement neuve et importante au point de vue de la thérapeutique.

Dans l'observation que nous avons rapportée, la guérison est attribuée au traitement par la révulsion morale. Nous avouons ne pas être aussi convaincu que notre confrère de la valeur thérapeutique de cette médication. Les causes morales, si fréquentes dans le développement de la folie, n'ont la plupart du temps qu'une valeur occasionnelle, et n'ont pas la puissance nécessaire pour engendrer le mal de toutes pièces. Il faut presque toujours admettre une prédisposition organique; c'est ce qui explique comment les causes les plus légères peuvent déterminer l'explosion des plus violents désordres. Cela nous explique aussi pourquoi, lorsque nous voyons les causes morales occasionner si facilement les troubles de l'esprit, les moyens de même nature sont si radicalement impuissants à les guérir, excepté dans quelques circonstances où nous trouvons la confirmation de ce que nous avançons; si l'influence morale a paru dans ces cas à peu près incontestable, c'est: 1° ou qu'il existait déjà une modification cérébrale qui prédisposait à la guérison, modification à laquelle on n'a pas toujours pris garde, et que l'on constatera bien souvent quand on y fera attention; dans le cas actuel, l'aliénation avait subi une modification bien évidente, puisque les hallucinations produites sous l'influence de la fureur utérine dont était atteinte la malade avaient disparu en même temps que cette fureur utérine; 2° ou bien ces cas pourraient être assimilés, pour leur mode d'action, avec les agents physiques: telles sont les émotions vives, etc.

Cette argumentation, que nous empruntons en grande partie à M. Moreau (de Tours), nous semble parfaitement répondre à la question relative à l'importance et à l'efficacité du traitement dit *traitement moral;* et si nous voulions y joindre une autorité dont on ne récusera pas la compétence, nous citerions ce passage de M. Falret: « Les longs raisonnements augmentent la confusion, le désordre de l'esprit et, lorsqu'ils sont accompagnés de menaces, provoquent les passions violentes ou la dissimulation. L'expérience a démontré que l'opposition continue, vive, au délire d'un aliéné est assez souvent nuisible, et parfois dangereuse, surtout lorsque des répressions énergiques s'ajoutent à l'insuccès de la parole. Les opérations mentales du cerveau d'un aliéné ne sont plus comparables à celles d'une intelligence normale qui juge mal un fait ou obéit à une passion. On ne peut donc espérer beaucoup du raisonnement, des punitions ou des violences pour ramener un aliéné à la raison; et, pour notre part, nous n'approuvons pas la formule de l'intimidation et du syllogisme coup sur coup.»

Nous avons rapporté ces lignes parce qu'elles sont le fruit de l'expérience d'un homme qui s'occupe depuis vingt ans du traitement des aliénés, partant qu'elles ont une grande autorité. Puis d'ailleurs, dans le fait que nous avons cité, c'est plutôt un exemple de révulsion morale que de traitement moral, comme l'emploie M. Leuret, que nous avons sous les yeux.

Quant à ce que l'on a dit des lésions anatomiques du cerveau, sans lesquelles, suivant les uns, la folie ne saurait exister, qui, au contraire, sont excessivement rares, suivant les autres, la difficulté, nous le pensons, vient de ce que l'on ne s'entend pas sur la valeur des mots: chose importante cependant dans toute discussion. Lorsqu'un ancien philosophe disait : *Principium cognitionis est nominum consideratio*, il posait un aphorisme dont la vérité ne pourra jamais être et n'a jamais été contestée. Si, par lésion anatomique, on entend toujours une altération appréciable aux sens, dans la texture, la configuration d'une partie, bien que ces lésions soient fréquentes dans le cerveau des aliénés, elles ne sont pas tellement constantes qu'il soit impossible de concevoir la folie sans elles. Mais si l'on entend une modification moléculaire, un changement de rapport entre les éléments constitutifs de l'organe cérébral, il est impossible de se refuser à l'admettre. Et qu'on nous permette encore ici de terminer par une citation empruntée au spirituel ouvrage de M. Moreau (de Tours): « Nous admettons donc, nous aussi, une lésion fonctionnelle, non pas indépendante des organes, mais liée essentiellement à une modification toute matérielle et moléculaire, quoique insaisissable de sa nature, comme le sont, par exemple, les changements qui surviennent dans l'intime texture d'une corde à laquelle on imprime des mouvements vibratoires d'intensité variable.»

Il est évident que si dans le cerveau de la malade dont nous avons raconté l'histoire, eût existé une lésion organique profonde, appréciable, un ramollissement, une induration, etc., la guérison de l'aliénation serait difficile à concevoir sans la guérison de cette altération organique, et l'on sait

combien ces guérisons sont rares; mais s'il y avait une simple modification moléculaire, modification qu'il nous semble impossible de révoquer en doute, et qui avait changé de nature pendant la durée de la maladie, puisque les symptômes de l'affection mentale avaient changé aussi, rien n'empêche d'admettre que cette modification ait cessé pour faire place au retour de l'organe à l'état de santé.

— Un homme de vingt-neuf ans a été amené, il y a quelques jours, dans le service de M. Gosselin à l'Hôtel-Dieu. Cet homme a été violemment serré entre deux roues de voiture. Il ne présente cependant sur aucune partie du corps de traces de contusions ni de plaies. Mais, depuis cet accident, les mouvements du bras et de l'épaule gauche sont gênés, et le malade ne peut qu'avec grand'peine porter le membre de ce côté à la tête. L'épaule gauche est manifestement déprimée, plus basse que la droite de deux centimètres environ; il n'y a, du reste, ni luxation ni fracture. Mais l'angle inférieur de l'omoplate est fortement saillant, comme si l'os avait basculé sur lui-même. On manque de renseignements sur la conformation antérieure du sujet, et l'on ne peut savoir si cette disposition de l'omoplate gauche préexistait à l'accident. M. Gosselin s'est demandé, sans pouvoir résoudre définitivement encore la question vu le manque d'éléments nécessaires pour établir un diagnostic précis, s'il n'y aurait point ici paralysie incomplète du grand dentelé. La déformation du moignon de l'épaule, la saillie de l'angle inférieur de l'omoplate pourraient donner quelque poids à cette opinion.

Voici, dans la paralysie du muscle grand dentelé, comment M. Marchal (de Calvi) a cru devoir expliquer le mécanisme de la déformation :

« Le muscle grand dentelé étant paralysé, l'omoplate est tirée en dedans et en haut par l'angulaire de l'omoplate, en bas par le muscle petit pectoral et surtout par le poids du bras qui agit ici comme dans la fracture de la clavicule. En même temps que l'angulaire tire l'omoplate en haut par l'angle interne et supérieur, il tend à le faire basculer de cet angle à l'angle supérieur externe, et l'on peut le regarder sous ce rapport comme concourant à déprimer le moignon de l'épaule. C'est au poids du bras que nous accorderions le plus d'influence sur le soulèvement de l'angle costo-scapulaire.»

Les phénomènes, chez le malade de M. Gosselin, ne sont pas assez tranchés et l'affection est trop récente encore pour qu'il soit permis de se prononcer péremptoirement sur l'existence de cette paralysie.

— M. Huguier nous a montré, dans ses salles à l'hôpital de Lourcine, plusieurs femmes affectées de cette forme de métrite à laquelle on a donné le nom de métrite *granuleuse*. Pour M. Huguier, ce que l'on appelle la métrite granuleuse n'est autre chose qu'une inflammation locale du col de l'organe avec hypertrophie des follicules muqueux du col. Lorsque ces follicules du col, sans être enflammés, viennent à être dilatés par leur produit de sécrétion, plusieurs cas peuvent se présenter : tantôt la petite tumeur ne renferme que du mucus simple, et alors elle est opaline, transparente; tantôt les parois s'enflamment, le liquide se trouble, devient jaunâtre, purulent; la tumeur prend cette couleur jaune; enfin d'autres fois, mais plus rarement, ces petits kystes folliculaires du col ne contiennent qu'une matière suifeuse.

— Une jeune fille, qui sortait du couvent depuis peu de jours, s'est présentée à M. Hardy dans le même hôpital. Elle n'avait eu, disait-elle, de rapports qu'avec un seul homme. Auparavant, elle était tout à fait bien portante, n'avait aucun écoulement, même leucorrhéique. Au moment de son entrée, elle ne présentait autre chose qu'un catarrhe utérin purulent. Ce n'est que plusieurs jours après que la vaginite blennorrhagique survint. Dans les cas ordinaires, la blennorrhagie commence par la membrane muqueuse du vagin et se propage, par continuité de tissus, à l'intérieur de l'utérus ou du col utérin seulement. D'après cette singularité, M. Hardy est porté à penser que dans ce cas la blennorrhagie utérine a peut-être été la conséquence d'un coït suspect, et se serait développée sous l'influence du contact direct du pus de la blennorrhagie de l'homme sur le col. Il serait à la rigueur permis de supposer que ce catarrhe utérin purulent, qui, après tout, peut se rencontrer chez des femmes parfaitement chastes, existait avant le coït qu'elle avoue. Mais, comme la malade assure ne s'être jamais aperçue d'aucun écoulement, qu'elle ne semble pas avoir d'intérêt à cacher ses antécédents, et que d'ailleurs on ne concevrait pas pourquoi, si la blennorrhagie utérine existait depuis longtemps, la vaginite, qui est survenue depuis son entrée à l'hôpital, ne se serait pas déclarée plus tôt, M. Hardy persiste à penser que le catarrhe utérin puriforme est le résultat d'une contagion directe, chose assez peu fréquente et que les syphiliographes ont rarement occasion d'observer. Z...

HOTEL-DIEU. — M. Chassaignac.

Cancer de l'utérus.

A la salle Saint-Paul, est couchée une femme de trente-huit ans, d'une assez bonne constitution, d'une assez bonne santé autrefois; bien réglée habituellement jusqu'au commencement de la maladie actuelle. Elle a eu quatre enfants; ses trois premières couches ont été très heureuses. La dernière, qui date de quatre ans, a été, au contraire, très laborieuse. Depuis cette dernière couche, cette femme a cessé d'être bien portante; elle n'a plus été bien réglée et les époques menstruelles ont été remplacées par des pertes utérines qui, d'abord éloignées, se sont de plus en plus rapprochées, et sont devenues aussi plus abondantes. Au moment où elle est entrée à l'hôpital, M. Chassaignac a constaté l'existence d'une affection organique du col de la matrice. L'exploration à l'aide du doigt et du spéculum a fait reconnaître une tumeur cancéreuse pédiculée du col. La malade a, du reste, éprouvé tous les symptômes locaux attribués par les pathologistes à cette affection cancéreuse de l'utérus : hémorrhagies, écoulement sanieux, douleurs abdominales, etc.

Quelle était la médication à mettre en usage dans cette circonstance ? Les opérations auxquelles on a recours en pareille occasion sont l'excision, soit partielle, soit totale du col utérin, la ligature, la destruction avec le fer rouge ou avec les cautères potentiels très actifs, la potasse, le caustique de Vienne, soit en pâte, soit solidifié, le nitrate acide liquide de mercure, etc. L'excision semble particulièrement indiquée dans les cas où il existe des tumeurs, des tubercules cancéreux isolés sur une ou sur les deux lèvres, mais que le reste du col est sain. Cette opération est, en général, assez facile, et l'on arrête aisément avec le fer rouge l'hémorrhagie qui en est quelquefois la suite. M. Marjolin semble cependant préférer, dans les cas d'hémorrhagie, pour le dire en passant, le tamponnement, que l'on pratique en introduisant dans le vagin un spéculum cylindrique qui embrasse toute la base du col utérin, et que l'on remplit de charpie ou d'agaric. Ce mode de tamponnement lui paraît de beaucoup préférable au tamponnement fait immédiatement dans le vagin.

Dans le cas actuel, M. Chassaignac préfère employer la cautérisation; et c'est à l'aide du caustique de Vienne solidifié qu'il a attaqué la tumeur dégénérée. Ce chirurgien préfère employer le caustique solide plutôt que la pâte de Vienne, qui peut, malgré les plus minutieuses précautions, couler sur les parties voisines, causer de la douleur et déterminer des accidents plus ou moins graves. Ce caustique a, sur le nitrate acide de mercure, l'avantage d'agir beaucoup plus vite, plus profondément, et de pouvoir être limité dans son action d'une manière très facile. M. Chassaignac le préfère également au fer rouge, qui lui paraît un mauvais moyen de destruction, lorsque l'on veut que cette destruction porte un peu loin. Suivant lui, le fer rouge se refroidit trop vite pour que l'on puisse agir très profondément. C'est un caustique superficiel duquel on peut tirer parti avec beaucoup d'avantage lorsqu'après avoir enlevé avec l'instrument tranchant une partie malade, on veut arrêter une hémorrhagie ou désorganiser la surface de la plaie. Il croit le cautère actuel avantageux comme modificateur énergique des surfaces, mais des surfaces seulement; puis il lui paraît impossible d'en mesurer d'une manière certaine la température, et ses effets lui semblent trop variables pour que l'on puisse y recourir. Lorsque l'on n'agit pas très profondément sur le cancer, l'opération n'a pour résultat que d'enflammer les tissus et d'occasionner une reproduction plus rapide et plus étendue de la maladie.

Quant à l'intervalle que M. Chassaignac met entre chaque cautérisation, il varie suivant les sujets, leur tempérament, leur sensibilité, comme aussi suivant la gravité et l'étendue de la maladie et de la surface cautérisée. Il y revient, en général, toutes les fois que la petite secousse déterminée par l'opération a cessé complètement, et fait la plus grande attention à ne pas perdre de temps, pour ne pas permettre à la maladie de regagner le terrain qu'on lui a fait perdre par la cautérisation.

Cancer du sein. Opération. Pansement par occlusion.

Au n° 22 de la même salle est couchée une femme de quarante-quatre ans, qui était atteinte d'une tumeur squirrheuse et encéphaloïde du sein droit. La tumeur était très volumineuse, envoyait des ramifications dans l'aisselle, où l'on sentait distinctement des ganglions tuméfiés. Pour ces derniers, qui étaient nombreux, situés dans le voisinage des vaisseaux et des nerfs importants et volumineux du plexus brachial, il eût été dangereux de vouloir les enlever avec le bistouri : on eût risqué de faire à ces vaisseaux et à ces nerfs quelque blessure grave. D'ailleurs, quelques-uns étaient si peu volumineux qu'il eût été difficile de cette manière d'arriver à un résultat convenable. M. Chassaignac préfère, en pareille circonstance, saisir ces petits ganglions avec les doigts et les énucléer, ce qui se fait souvent avec facilité. Quelque petits que soient les ganglions, M. Chassaignac ne les laisse jamais; il lui est souvent arrivé d'en voir qui n'étaient pas plus gros que des grains de plomb, et qui étaient déjà manifestement le siége d'une dégénérescence cancéreuse. En laisser un seul, c'est faire une opération incomplète et sans aucune chance de réussite ultérieure.

L'examen anatomique de la tumeur a présenté quelque chose de fort remarquable. La tumeur ayant été incisée, on en fit sortir, en la comprimant, deux sortes de liquides bien distincts et de nature différente. L'un d'un gris-jaunâtre, évidemment de nature purulente et cancéreuse; l'autre d'une blancheur parfaite, que M. Chassaignac est assez porté à considérer comme du lait, bien qu'il n'ait pas pu, par des circonstances indépendantes de sa volonté, se livrer à l'examen microscopique qui seul aurait pu éclairer tous les doutes. Cette femme a eu son dernier enfant il y a douze ans. Il existe dans la science des exemples incontestables de sécrétion laiteuse déterminée soit chez des femmes qui n'avaient point eu d'enfants, soit chez des femmes qui en avaient eu, mais plusieurs années après leur dernier accouchement, déterminée, disons-nous, par une excitation artificielle du mamelon, une succion prolongée, par exemple, et souvent répétée. M. Chassaignac a été conduit par ce fait à se demander s'il ne serait pas possible que sous l'influence d'une maladie du sein, qui serait alors la cause excitatrice, la sécrétion laiteuse pût se produire.

Les recherches les plus multipliées que nous avons faites dans les auteurs anciens et modernes, ne nous ont pu faire trouver qu'un seul fait analogue à celui-ci, bien qu'il soit probable qu'il en existe d'autres. Il est dû à Herodius (*Ephem. germ. dec.* 1, *an.* 1, obs. 6, pag. 20).

« Une femme de Moravie, âgée de trente-quatre ans environ, fort grasse, et qui n'avait jamais eu d'enfants, portait depuis plus de deux ans une tumeur à la mamelle gauche. On y appliquait des cataplasmes émollients; néanmoins la tumeur augmentait, et les douleurs devenaient plus aiguës; on l'ouvrit; et au lieu de pus il en sortit du sang bien pur, sans que le volume de la tumeur parût diminué. Le lendemain, on fut surpris qu'il n'en sortît pas une seule goutte. La malade dit que pendant la nuit les règles, qui avaient cessé depuis le commencement de sa maladie, avaient reparu. Ce qui doit faire juger que dans les suppressions la saignée faite d'abord aux parties supérieures est un très bon remède. Mais trois jours après une douleur des plus aiguës, accompagnée d'inflammation, s'était fait sentir, et le médecin trouvant la gangrène à la plaie, la fit scarifier. On sépara dans la suite ce qui tomba en mortification, et on arrêta le progrès de la gangrène par les remèdes usités en pareil cas. Ayant fait usage de ces remèdes pendant quelques jours, et les glandes corrompues ayant été tirées, on aperçut un tissu membraneux qu'on peut appeler le *réservoir des mamelles* rempli d'une *matière blanche et semblable à du lait*. Les vaisseaux qui, chez cette femme, étaient de la grosseur d'une plume, s'étendaient de côté et d'autre parmi ces glandes corrompues. On parvint dans la suite à faire cicatriser la plaie, et la malade fut parfaitement guérie. » Sans être absolument semblable au fait actuel, on ne peut nier que celui-ci ne présente avec lui quelque analogie, et ne soit un argument en faveur de la possibilité de la sécrétion laiteuse sous l'influence d'une irritation de la mamelle produite par une maladie de cet organe faisant l'office d'une cause excitatrice.

Le mode de pansement employé par M. Chassaignac fut dans ce cas le pansement *par occlusion*. La perte de substance avait été trop considérable pour qu'il fût possible de réunir par première intention. Les bords de la plaie furent donc rapprochés autant que possible par des bandelettes agglutinatives, puis la surface tout entière de la plaie fut recouverte par des bandelettes de diachylum imbibées les unes sur les autres, et renouvelées seulement tous les huit ou dix jours. Ce mode de pansement est tellement efficace pour empêcher le développement des inflammations traumatiques, que M. Chassaignac dit avoir remarqué que les bords des plaies conservent leur coupe carré et ne s'arrondissent même point, comme il arrive toujours dans les plaies qui suppurent. Il a encore observé qu'après ce pansement il ne survient jamais d'érysipèles, et l'on sait combien est dangereuse la complication érysipélateuse à la suite des grandes plaies. Tout au plus survient-il un peu d'érythème, qui se dissipe avec la plus grande facilité dès que l'on enlève les pièces d'appareil.

Voici comment, lorsqu'il y a deux ans M. Chassaignac adressa à l'Académie des sciences une note sur le pansement par occlusion, il résumait les principaux points de son travail. Ce pansement, disait-il, offre divers avantages :

1° Diminution immédiate de la douleur traumatique dans presque tous les cas;

2° Absence de fièvre traumatique la plupart du temps;

3° Diminution dans l'abondance de la suppuration;

4° Suppression des irritations quotidiennes que déterminent les pansements ordinaires, et des nombreux inconvénients de la mise à découvert des plaies;

5° Rapidité beaucoup plus grande de la circulation;

6° Remplacement avec avantage de divers moyens employés pour conjurer les accidents des plaies graves; irrigations froides, élévation permanente de température, applications médicamenteuses, etc.

Depuis la communication de M. Chassaignac, on s'est attaché à lui prouver que ce pansement n'était pas nouveau; qu'il avait été décrit par M. Gama, par Dupuytren, etc. Sans vouloir établir la question de priorité, nous nous bornerons à faire remarquer que, n'eût-il pas d'autre mérite, M. Chassaignac aurait du moins celui d'avoir presque tiré de l'oubli un mode avantageux et trop négligé de pansement des plaies, et que, du reste, il n'élevait pas plus haut ses prétentions, lorsqu'il disait, en terminant sa lettre à l'Institut : « Je me préoccupe beaucoup moins de la nouveauté du traitement dont il s'agit, que de l'avantage qu'il y aurait à généraliser dans la pratique l'emploi d'un moyen qui m'a paru d'une incontestable utilité. » Y...

HOPITAL DU MIDI. — M. Vidal (de Cassis).

Varicocèle. Cure radicale par l'enroulement des veines spermatiques. Observations et considérations générales par M. Bouteiller.

(Suite du numéro 105.)

Deuxième observation. — *Guérison retardée par une circonstance étrangère à l'opération.*

Lesage (Jean), âgé de vingt-trois ans, maréchal ferrant, est entré le 10 mai dernier à la salle 9, lit 9, porteur d'un varicocèle à gauche.

Il ne s'est aperçu de cette infirmité que depuis deux ou trois mois, et son attention a été attirée par des douleurs qu'il éprouva dans les reins et le long du cordon, surtout lorsqu'il travaillait. Du reste, il ne connaît dans sa famille personne qui ait des varices.

Lesage n'a jamais été gravement malade, seulement l'hiver dernier il éprouva plusieurs fois des douleurs qu'il regarde comme rhumatismales, dans toute la jambe droite. Ces douleurs se portaient dans les reins, puis quittaient encore cette région pour se faire sentir quelquefois dans le testicule gauche. Généralement le malade souffrait le soir dans le cordon de ce côté, surtout lorsqu'il avait beaucoup marché ou beau-

coup travaillé. Il remarquait alors que le scrotum du côté gauche se gonflait, et qu'il s'y dessinait comme de grosses veines. Par le repos au lit cette tumeur se dissipait; cet homme était sujet depuis longtemps à des alternatives de diarrhée et de constipation. Il n'a jamais fait d'excès soit dans les plaisirs vénériens, soit dans ceux de la table. Il n'était pas adonné à la masturbation.

Voici l'état du malade à son entrée : d'un tempérament lymphatico sanguin, de taille moyenne, assez robuste, il présente dans le scrotum du côté gauche un gonflement peu considérable, du reste, peu résistant, mollasse, en arrière du testicule surtout, et montant tout le long du cordon, en cordons variqueux. Cette tumeur se réduit facilement lorsque le malade se couche; elle reparaît bientôt s'il se lève, les doigts étant appliqués sur l'anneau inguinal lui-même, ou si on chauffe le scrotum. Elle est un peu plus prononcée le soir lorsque le malade a marché.

Le testicule de ce côté descend à un pouce et demi plus bas que l'autre. Les douleurs sont assez fortes pour gêner le malade dans son travail et lui faire demander l'opération. Pas de varices aux jambes ni dans les autres parties du corps; pas d'hémorrhoïdes. Toutes les fonctions se font bien. Le malade est laissé au repos pendant quelques jours, pour qu'il s'habitue en quelque sorte à l'atmosphère de la salle.

Le 27 mai, après les préparations nécessaires, l'opération de l'enroulement des veines spermatiques est faite comme nous l'avons décrite dans le précédent article. Pendant l'opération, les douleurs ont été assez vives dans le trajet du cordon et dans les reins; mais elles n'ont duré que pendant les deux heures qui ont suivi.

Le 28, les douleurs sont très tolérables. Le malade a peu dormi; pas d'érections; pas de pertes séminales. — 2 portions seulement.

Le 29, plus de douleurs, à moins qu'on ne presse sur le scrotum du côté opéré, lequel est le siége d'un engorgement assez considérable, plutôt œdémateux qu'inflammatoire. En effet, il y a peu de rougeur et peu de chaleur. Le malade a dormi la nuit dernière.

Le 30, même état. Il y a de la suppuration par les ouvertures qui donnent passage au cordon métallique.

Le 31, *idem*. Le gonflement persiste sans être plus douloureux.

Le 2 août, les fils, ne se rapprochant pas vite de la surface de la peau, sont serrés de nouveau sur la bande. Cette torsion a renouvelé les douleurs lombaires, mais seulement pour un quart d'heure à peine.

Le 3, pas de douleurs. La peau, comprimée entre la bande et les fils, ne paraît pas s'ulcérer facilement.

Le 4, M. Vidal desserre les fils, enlève la bande et trouve la peau un peu altérée au-dessus des fils d'argent. Mais il faudrait encore six à sept jours au moins pour qu'elle fût entièrement coupée. Cependant, M. Vidal incise cette peau sur les fils, puis enlève ces derniers en coupant les tissus sous-jacents et adhérents. Un peu d'amadou et une légère compression arrête instantanément l'hémorrhagie.

Le 6, on enlève l'amadou qui remplit la plaie. Celle-ci est transversale et de cinq centimètres environ d'étendue; la lèvre supérieure, un peu épaissie, forme comme une espèce de couvercle. Au-dessous de la plaie existe de l'empâtement, résultat de l'arrêt de circulation. Le pus est de bonne nature; le scrotum présente peu de rougeur, peu de sensibilité.

Les 7 et 8, même état.

Le 9, le gonflement scrotal au-dessous de la ligature est encore diminué; il y a encore moins de rougeur et de sensibilité.

En un mot, douze jours après l'opération, tout allait à merveille; on touchait à la guérison, quand le malade a été pris d'accidents du côté du tube digestif : coliques, nausées, vomissements, etc. Le ventre était sensible à la pression dans toutes ses parties; pas de hoquets; pas de fièvre. Le malade a eu une selle liquide dans la nuit du 9. Il attribue ces accidents à un mets qu'il a mangé dans la journée avec répugnance et qui n'était peut-être pas de très bonne qualité; mais, de plus, il s'était levé dans la journée du 9 pendant quelque temps, et il est probable qu'il aura mangé plus que ses deux portions.

Le retentissement du côté de l'opération ne se fit pas attendre. Le scrotum du côté opéré augmenta de volume, devint rouge, plus sensible à la pression. La suppuration épaisse fut remplacée par une sécrétion claire. La plaie prit un aspect grisâtre. Au-dessus d'elle, nulle rougeur ni gonflement.

Le 10, le malade n'a pas retourné à la garde-robe; il a encore eu quelques vomissements. Le scrotum est dans le même état. — Fomentations chaudes sur le ventre; diète, bien entendu, depuis le début des accidents.

Le 11, abdomen moins douloureux. Le scrotum du côté gauche est encore plus gonflé que la veille; il est tendu, et laisse sentir de la fluctuation; enfin, il est très douloureux au toucher. Du côté droit, le scrotum participe à la rougeur; mais il n'y a ni gonflement, ni douleur. Ce qu'on ne saurait trop faire remarquer, c'est que dans le côté gauche, le côté opéré, l'inflammation est bornée aux parties sous-jacentes à la ligature. Dans les parties qui sont situées au-dessus, rien, ni rougeur, ni douleur, ni tumeur. Pas de sensibilité le long du cordon. — Cataplasmes sur l'abdomen et sur la tumeur.

Le 12, scrotum, à gauche, très gros, douloureux; insomnie. M. Vidal fait une ponction à la partie antérieure de la tumeur sans pénétrer à une grande profondeur; il s'en écoule un liquide séro purulent, mal lié, qui paraît être le résultat d'une vaginalite aiguë.

Le 13, le malade a reposé cette nuit. A peine de la douleur, ce matin, quand on ne presse pas la tumeur. Peu d'écoulement purulent. Le ventre n'est pas douloureux. Apyrexie. — Une portion.

Le 14, *idem*.

Le 15, scrotum moins volumineux, moins douloureux. Quelque peu de sérosité purulente. Pas de fièvre.

Le 17, *idem*.

Le 18, le scrotum est encore volumineux, engorgé. La fièvre reprend le soir.

Le 23, le scrotum est plus engorgé, très douloureux. Il y a beaucoup de fièvre. Il ne s'écoule plus de pus par la ponction faite antérieurement. On sent en arrière un cordon dur qui se dirige vers le périnée.

Le 24, M. Vidal fait deux ponctions en arrière, mais il n'en sort que du sang. Une sonde est introduite par la première ponction; elle pénètre assez avant, mais cependant ne communique pas avec les ponctions faites aujourd'hui.

Le 25, le malade a été calme la veille dans la journée; le soir surtout il ne souffre plus que des incisions. La suppuration a repris son cours par la ponction antérieure; la fièvre est tombée, Le scrotum, peu douloureux actuellement, est moitié moins volumineux qu'il ne l'a été il y a quelques jours.

Les 26, 27, 28, 29, 30 juin, amélioration.

Le 1er juillet, plus de tuméfaction du scrotum, plus de douleurs; épididyme un peu volumineux et induré. Le nœud qui correspond à l'opération est peu volumineux. — Trois portions.

Le 12, le malade sort complétement guéri.

En résumé, une mauvaise digestion vint, dans ce cas, retarder jusqu'au cinquante-septième jour la guérison, que tout annonçait comme très prochaine dès le treizième.

Troisième observation. — *Cure radicale du varicocèle par enroulement. Cas ordinaire.*

Xavier Dolicque, âgé de vingt ans, menuisier, entra, le 9 juillet dernier, à la salle 11, lit 22, pour y être traité d'un varicocèle à gauche.

Il raconta qu'avant le mois de décembre 1845 il ne s'était aperçu de rien, mais que depuis ce temps il ressentait dans les reins, le long du cordon et dans le testicule gauche, des douleurs insupportables. A chaque coup de rabot qu'il donnait, même avant d'être fatigué, il éprouvait une douleur dans le scrotum. Le soir, le côté gauche était enflé, et le matin la tumeur avait disparu. Bref, les douleurs que lui occasionnait son varicocèle décidèrent Xavier à réclamer l'opération, quoiqu'il eût tout intérêt à ne pas le faire, puisque quelques mois après il devait tirer à la conscription.

Quant aux causes du mal, nous apprîmes que jamais ce malade n'a été sujet à la constipation; qu'il n'a jamais abusé ni des femmes, ni de la masturbation. Son état le force à être toujours debout et à faire des efforts.

L'enroulement fut pratiqué le 19 juillet. Cinq jours après on retirait les fils, on coupait la peau intermédiaire aux ouvertures; il n'y eu point d'hémorrhagie. L'inflammation avait été ce qu'elle devait être. Tout continua à marcher d'une manière normale, de sorte que le malade sortit complétement guéri le 26 août, c'est-à-dire trente-sept jours après l'opération.

Ajoutons que ce malade, atteint d'une dilatation commençante des cavités du cœur, se trouve aujourd'hui moins essoufflé qu'avant l'opération : il est plus fort, plus gai et plus apte au travail. Ce résultat ne doit en rien surprendre; le contraire serait l'exception.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 août 1846. — Présidence de M. Léger, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. Duhamel* lit un rapport sur un mémoire de M. Peysson, intitulé : *Dyssenteries et colites chroniques ou tendant à la chronicité, ayant résisté longtemps à tous traitements, et guéries sur-le-champ par l'emploi de la phlébotomie.*

Les observations de M. Peysson, dit M. le rapporteur, sont surtout fort intéressantes, en ce que la maladie, qui était fort ancienne (une datait de deux ans) et avait résisté aux moyens les plus méthodiquement appliqués, céda immédiatement à une saignée du bras. Dans la première observation, la maladie avait pris une forme cholérique; elle a été traitée par des boissons aromatiques, des lavements laudanisés et des frictions sur les membres. Le second cas ne paraît remarquable que par sa longue durée. Le malade se soigna d'abord en ville; mais la maladie faisant des progrès, il se décida à entrer dans le service de M. Peysson. Pendant quarante jours, le traitement le plus rationnel fut mis en usage sans aucun résultat. Ce fut alors que la saignée fut employée, et que la maladie céda immédiatement. Le troisième cas était moins grave et moins ancien; la dyssenterie était accompagnée de coliques fort douloureuses, de fièvre, de sécheresse de la peau, etc En résumé, M. Peysson propose d'appliquer la phlébotomie au traitement des dyssenteries et colites chroniques, et cela d'une manière générale.

Tout en exprimant le regret que M. Peysson n'ait pas cru devoir joindre à ces observations quelques réflexions pratiques, M. Duhamel conclut au dépôt dans les archives, et à ce que des remerciments soient adressés à M. Peysson. (Adopté.)

— *M. Foucart* présente au nom de M. Louradour, pharmacien, quelques échantillons de hachisch et de ses préparations. Ces échantillons sont au nombre de trois : la poudre, l'extrait gras et le dawamese.

1° La poudre qu'emploient les Orientaux pour fumer, mélangée au tabac, n'a presque aucune propriété lorsqu'elle est sèche, et ne peut par conséquent être mise en usage que dans le pays même.

2° L'extrait gras, il se prépare en faisant bouillir les feuilles et les sommités de la plante dans du beurre qui se charge de la matière colorante et du principe actif. Cet extrait se prend a la dose de 3 à 4 grammes dans une tasse de café noir. M. Foucart, qui l'a plusieurs fois expérimenté sur lui-même, croit avoir remarqué que les effets de l'extrait gras pur sont moins prompts à se développer que ceux des autres préparations; ce qui tient peut-être à ce que la digestion des matières grasses, et par suite l'absorption, est moins rapide que celle des autres préparations.

3° Enfin, ajoute M. Foucart, la troisième préparation que j'ai l'honneur de vous présenter est celle qui est connue sous le nom de dawamese, et qui est composée d'une certaine quantité d'extrait gras, mélangé intimement avec des pistaches, de la farine d'amandes douces et du sucre. Le dawamese, assez agréable au goût, se prend à la dose de 30 grammes, soit dissous dans une tasse de café à l'eau, soit en nature et sans aucune préparation. Les effets plus ou moins rapides, suivant les tempéraments, se manifestent ordinairement au bout d'une demi-heure, une heure ou une heure et demie après l'ingestion de la substance. Les individus impressionnables et nerveux sont, en général, plus rapidement pris que les sujets lymphatiques.

Pour les effets du hachisch sur l'économie, nous n'avons rien à en dire, ils sont actuellement connus de tout le monde, et d'ailleurs une note du genre de celle-ci ne comporte pas de plus amples détails; nous renvoyons ceux qui voudraient s'instruire sur ce sujet à l'ouvrage de notre ingénieux et spirituel confrère M. Moreau (de Tours).

— *M. Belhomme* s'étonne que l'Académie de médecine ait cru devoir envoyer à Londres deux de ses membres pour observer le choléra dont on a signalé quelques cas dans cette ville. En effet, il ne se passe pas de mois où l'on n'en rencontre un ou plusieurs faits à Paris. Pour sa part, et depuis peu de temps, il en a eu deux à traiter dans son quartier. M. Belhomme rapporte en peu de mots les détails d'un de ces deux faits, relatif à une femme de cinquante-trois ans, qui, le matin bien portante, fut prise à deux heures de l'après-midi de vomissements, d'évacuations alvines blanches, de crampes, refroidissement des extrémités; face livide, yeux enfoncés, suppression des urines jusqu'à trois heures du matin.

Pour le traitement, on lui fit prendre une potion laudanisée; lavements laudanisés, frictions; glace à l'intérieur; sinapismes sur les membres inférieurs. Le soir, il y avait déjà de l'amélioration. Le lendemain matin, une saignée fut pratiquée; la malade est aujourd'hui parfaitement rétablie.

M. Duhamel. Les faits de cette nature ne sont pas rares; j'ai soigné, il y a deux ans, un sujet qui se trouvait dans ces conditions. Il y a peu de jours, j'en traitais encore un qui a présenté tous les phénomènes du choléra asiatique, et est resté trente-six heures sans rendre une seule goutte d'urine. Pendant quarante-huit heures, le malade a inspiré les plus vives inquiétudes. Lorsque je l'ai vu pour la première fois, bien que la maladie fût en voie d'amélioration, cependant il y avait encore des crampes, des garde-robes grisâtres, des vomissements, une teinte cyanique de la peau, refroidissement général. Je suis certain, bien que l'attention n'ait pas été très vivement fixée sur cette affection avant 1832, que, longtemps avant l'épidémie qui a désolé Paris, on avait eu occasion d'observer le choléra dans nos pays; pour ma part, j'en ai vu cinq cas incontestables.

M. Sorlin a eu occasion d'observer plusieurs faits de choléra longtemps avant la grande épidémie; il pense que, toutes les fois que cette maladie n'est pas épidémique, la guérison est la règle et la mort l'exception. Quelques potions laudanisées suffisent pour calmer les phénomènes les plus inquiétants.

M. Tanchou est d'avis que c'est aux grandes chaleurs qui se sont fait sentir cet été que l'on est redevable du grand nombre de diarrhées, souvent fort opiniâtres, que l'on a observées depuis quelque temps. Dans ces dernières semaines, il a eu à traiter plusieurs individus qui lui on paru atteints véritablement de choléra et qui en présentaient tous les phénomènes Il se borne le plus souvent a des lavements opiacés, des frictions sur l'abdomen avec des liniments calmants; il ne donne que peu de boissons pour ne point provoquer de vomissements; il fait également garder le repos le plus absolu, ayant remarqué que les mouvements suffisent pour faire reparaître les accidents.

M. Thore dit que, comme ses confrères, il pourrait citer des cas observés par lui de choléra bien évident, accompagnés de tous les symptômes caractéristiques, même de la cyanose; il se rappelle bien positivement en avoir rencontré avant 1832.

M. Leger a soigné depuis deux mois un assez grand nombre de malades affectés de diarrhées très graves, parmi lesquels deux seulement ont pu être avec quelque raison pris pour des cholériques Il a retiré de grands avantages de l'emploi des lavements amylacés et laudanisés, des potions opiacées, du repos absolu, des cataplasmes sur le ventre; il ne donne pour boissons que quelques cuillerées d'eau acidulée avec l'eau de Seltz.

— *M. Corbel-Lagneau* communique à la Société deux cas de fractures intéressantes par rapport aux causes qui les ont produites :

La première est celle du premier métacarpien de la main gauche chez un jeune homme de dix-huit ans, d'une forte constitution, qui tomba du cinquième barreau d'une échelle sur laquelle il était monté. La chute eut lieu en avant, et les mains furent instinctivement portées dans cette direction pour préserver la tête. Quand il se releva, la main gauche sur laquelle le poids du corps avait principalement porté offrait les symptômes suivants : Contraction des muscles de la région palmaire externe qui faisaient une saillie plus considérable que dans la main droite; raccourcissement d'un centimètre et demi de la longueur normale du premier métacarpien; allongement de l'os très facile en pratiquant l'extension; enfin une crépitation distincte. Un simple appareil composé de trois compresses longitudinales et de trois attelles de carton superposées et maintenues au moyen d'un bandage alternativement circulaire et en 8 de chiffre, qui fut resserré trois fois dans l'espace d'un mois, suffit pour permettre au bout de ce temps, au malade, de se livrer à ses travaux ordinaires, la guérison étant complète.

Je n'ai vu ni dans la pratique, ni dans les hôpitaux, ni dans les auteurs, d'exemple d'une fracture d'un os aussi petit produit par une cause semblable. Je ne doute cependant point qu'il en peut exister. Cependant, si on comprend facilement une fracture d'un os tel que le premier métacarpien au moyen d'un instrument vulnérant qui agit directement comme un marteau, un bâton, une barre de fer, etc Ainsi que par une chute où l'os serait violemment appliqué dans son travers sur un de ces corps vulnérants, il est plus difficile de concevoir, quoique le fait soit exact, qu'une fracture du premier métacarpien ait pu se faire sous la pression du poids du corps accru par la chute, le pouce étant arc-bouté sur le sol. La cause de cette fracture est indirecte, et la puissance qui l'a produite s'est exercée à la manière d'un levier du deuxième genre.

Le deuxième cas est une fracture de l'humérus que j'ai observée, hier, sur un porteur d'eau, homme d'une force musculaire peu commune, même parmi les gens de sa profession. Cet homme venait de soutenir, dans un cabaret, un défi qui consistait à renverser en dehors le bras d'un adversaire qui, comme lui, avait le coude appuyé sur une table et la main prise dans la sienne. C'était à l'heure du repas des ouvriers; ceux-ci, attentifs et impatients du résultat, en stimulant leur amour propre, doublaient en quelque sorte les forces des combattants. Au milieu des efforts de la lutte un craquement se fit entendre, et y mit fin. Le porteur d'eau avait l'humérus fracturé à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Cette fracture s'est également faite par une puissance qui a agi à la manière d'un levier du deuxième genre. Tandis que le plus fort des lutteurs se servant de l'avant-bras de son adversaire comme d'un levier, lui tournait l'humérus en dehors, celui-ci réunissait toute l'énergie des forces musculaires de son bras pour le ramener en sens contraire. Nul doute que la fracture n'est due qu'à la réunion de ces deux forces opposées, et que l'humérus, quoique très solide chez cet homme, a dû céder devant un concours aussi énergique de puissance, combinés d'une manière aussi favorable à amener une solution de continuité de l'os.

A ce propos, *M. Guillon* donne connaissance d'un fait de fracture comminutive de la jambe qui s'est produite dans les circonstances suivantes : Un homme assis sur une banquette, et voulant résister aux efforts d'un de ses camarades, qui cherchait à le soulever, arc-bouta sa jambe contre la traverse inférieure de la banquette. Les efforts, tant d'une part que de l'autre, furent tellement violents, qu'il se fit une

fracture comminutive de la jambe. Dans ce cas, on se trouva très bien de l'irrigation continue.

— *M. Tanchou* lit un travail sur divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus, considérés comme cause de dystocie. (La discussion ayant été renvoyée à la prochaine séance, nous donnerons, dans le prochain procès-verbal, l'analyse du mémoire de M. Tanchou.)

— *M. Em. Rousseau* rapporte une exemple observé par lui, au Jardin-des-Plantes, de la voracité de l'autruche. Un de ces oiseaux avala dernièrement 500 grammes environ de grands clous d'épingle de 0,08 m. de long sur 0,004 m. de diamètre, que des treillageurs avaient, par hasard, laissés dans son enclos, et de plus, quelques morceaux de fil de fer. Elle vécut sans maladie apparente pendant trente-quatre jours. Au bout de ce temps, elle mourut étouffée par le bol alimentaire, que l'on trouva dans l'estomac sous forme de pelote composée des clous et du fil de fer enlacés de grandes herbes. Les clous et les fils étaient fortement corrodés et se détachaient par lamelles. M. Rousseau est porté à croire, d'après l'aspect que présentaient ces clous, et d'après les altérations qu'ils avaient subies, qu'ils auraient fini par être complètement digérés, s'ils avaient pu être en contact avec le suc gastrique dans toute leur étendue. Une chose curieuse à remarquer à cette occasion, dit M. Rousseau, c'est que le fer (aiguilles, etc) introduit et séjournant dans les muscles, le foie, le cœur ou le cerveau, y devient noir comme dans l'estomac, mais ne se corrode nullement, et reste lisse.

— *M. Guillon* entretient la Société d'un instrument destiné à la destruction des calculs vésicaux par usure. Cet instrument est formé de quatre branches maintenues par un tube métallique. Une fois le calcul saisi, on met en mouvement un foret muni d'une scie qui attaque la pierre de la circon érence au centre. M. Guillon ajoute cependant que dans les cas de calculs multiples, le meilleur mode de destruction de la pierre est l'écrasement.

Le secrétaire annuel, Dr A. Foucart.

REVUE GENÉRALE.

Opération césarienne. — Les opérations césariennes suivies de succès sont assez rares pour que nous croyions intéressant de rapporter le fait suivant, publié par le docteur Steinbrenner dans la *Gazette médicale de Strasbourg:*

Le 15 janvier 1846, M. le docteur Sclafer, de Sarreguemines, fut appelé à Herbitzheim, pour aider à la délivrance de la nommée Leiritz, âgée de trente et un ans, primipare, arrivée au terme de sa grossesse, et qui, depuis douze heures dans les maux, ne pouvait pas accoucher par les seuls soins d'une sage-femme. M. Sclafer se trouva en présence d'une femme contrefaite, tordue, ayant à peine 1,36 m. de taille, et éminemment rachitique. Cette femme avait le bassin très oblique avec une gibbosité en arrière assez prononcée, située un peu au-dessus du sacrum, et formée par trois ou quatre vertèbres lombaires. Le sacrum, au contraire, paraît comme rentré dans l'intérieur du bassin. La crête de l'os des iles du côté droit était de près de 0,03 m. plus élevée que celle du côté gauche. Il existait de plus une forte obliquité antérieure de l'utérus, de telle sorte que le ventre en besace reposait véritablement jusque sur le milieu des cuisses. Cette saillie en pointe mousse était au milieu de l'abdomen, sur la ligne blanche et un peu plus bas que l'ombilic. En palpant le ventre, on y découvrit quelques éminences qu'on pouvait facilement reconnaître pour les talons de l'enfant. Le toucher fit voir que l'extrémité inférieure des os ischions était rapprochée, au point de ne présenter qu'un intervalle de 4 à 5 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait également que 4 à 5 centimètres; il était rétréci à ce point par la saillie anormale de l'angle sacro-vertébral. Les eaux étaient écoulées depuis longtemps, le col de la matrice était très haut, tourné en arrière et dilaté comme un écu de cinq francs. Les douleurs se succédaient assez rapidement.

M. Sclafer, convaincu par tous ces faits qu'un accouchement par forceps ou par version était impossible, se décida à me faire appeler, et me fit recommander d'apporter avec moi les instruments nécessaires pour pratiquer, s'il le fallait, une opération sanglante, soit sur la mère, soit sur l'enfant.

Rendu moi-même auprès de la malade, je fus frappé aussi, tout d'abord, du contraste pénible de cette constitution pâle et disgraciée avec cette grossesse développée au delà de toute proportion. Un examen plus approfondi ne tarda pas à me faire juger à mon tour, et en conformité avec l'opinion déjà énoncée de mon confrère, qu'un accouchement par les voies naturelles serait impossible. Notre commune délibération aboutit encore à cette même conclusion : nous avons dû reconnaître l'un et l'autre que pour délivrer la femme, sans compromettre l'existence de son enfant qui était plein de vie, il ne nous restait que la ressource suprême de l'hystérotomie.

Après avoir fait vider la vessie et l'intestin rectum au moyen de la sonde et par l'administration d'un lavement, nous couchons la femme sur une table couverte d'un matelas, et, comme M. le docteur Sclafer m'avait cédé l'instrument tranchant, je commence l'opération en faisant avec le bistouri convexe, le long de la ligne blanche, une incision qui commençait à peu près à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, et cela parce que l'obliquité antérieure du bas-ventre, qu'il était impossible de réduire à sa situation naturelle, ne permettait pas une autre manière d'agir. Je prolonge l'incision, en contournant un peu l'ombilic, jusqu'à 7 à 8 centimètres plus bas. Cette première incision divisait la peau et le tissu cellulaire; une seconde, faite avec plus de précaution, incise l'aponévrose et le péritoine. Dès ce moment je découvre le globe violacé de l'utérus, et, toujours armé du même bistouri convexe, j'entreprends de diviser cet organe couche par couche en épongeant et en sondant avec le doigt après chaque incision. De cette manière, je tombe bientôt sur le placenta. Introduisant alors dans la plaie agrandie de l'utérus les deux premiers doigts de la main gauche, je décolle en haut le placenta, et sur ces doigts je prolonge mon incision de l'utérus aussi loin que s'étendait la division de la peau extérieure. Ensuite, je fais de même pour le prolongement de la section de l'utérus en bas, où je tombe sur les talons de l'enfant, ce qui m'astreint à agrandir encore un peu la plaie. Alors, retirant les pieds dehors, j'engageai mon confrère à achever l'extraction de l'enfant. Il l'opéra, en effet, en tirant doucement par les pieds et en dégageant l'enfant de la même manière comme dans un accouchement par les pieds.

A peine mis au monde par cette voie anormale, l'enfant, c'était un garçon, respira fortement et nous procura la haute satisfaction de l'avoir ainsi retiré vivant du sein de sa mère. La tête ayant éprouvé un peu de difficulté à passer par la plaie, j'avais faiblement agrandi celle-ci.

Aussitôt l'enfant sorti, une forte hémorrhagie se déclara; sur-le-champ j'introduisis la main par la plaie dans l'utérus, pour faire au plus vite le décollement et l'extraction du placenta, et à peine la femme en était-elle débarrassée, que la matrice se contracta subitement et l'hémorrhagie cessa presque aussitôt. Alors nous eûmes toutes les peines possibles pour contenir les intestins grêles et les épiploons, qui, obéissant à une forte impulsion, se pressaient hors de la cavité abdominale. Après quelques efforts nous y réussîmes. Nous rapprochons les deux bords de la plaie et nous les maintenons rapprochés en plaçant six points de suture enchevillée. Dans la partie inférieure de la plaie nous plaçons une mèche, pour laisser à cet endroit un passage libre aux humeurs épanchées. Des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et un bandage de corps achèvent le pansement.

L'enfant, très bien conformé et assez gros et gras, fut confié aux soins d'une femme du voisinage, qui consentit à se charger de son allaitement.

Notre malade était à trois lieues de distance de ma résidence; je ne pouvais donc la voir tous les jours, et je devais m'en remettre, pour les soins ultérieurs, à l'intelligence de ceux qui l'assistaient. Je fis toutes les recommandations possibles aux parents de la malade et à la sage femme. Cette dernière cependant, se tenant pour convaincue que la malade n'échapperait pas à une opération aussi cruelle, négligea de lui donner tous les soins nécessaires. Aussi, à mon retour, le troisième jour, je trouvai le bas-ventre ballonné et présentant une douleur très douloureuse du côté droit.

J'ordonnai des sangsues et des cataplasmes sur le point douloureux, puis des lavements et en même temps une émulsion laxative d'huile de ricin. Le cinquième jour la suppuration était bien établie; cependant elle avait une forte odeur *sui generis*, et l'humeur purulente ressemblait à de la lie de vin. Toutefois la malade allait mieux, son bas-ventre était considérablement affaissé, et le côté droit, quoique encore dur, avait perdu beaucoup de sa sensibilité. Le quatrième point de suture était déchiré, suite naturelle de la grande distension du bas-ventre. J'ordonnai des frictions et des fomentations émollientes sur le côté droit. Le septième jour le bas-ventre était tout à fait diminué volume; il y avait une forte suppuration; cependant l'état géné était assez satisfaisant; point de fièvre, point de soif, le pouls un p développé, mais pas fréquent; sommeil de quelques heures la n dernière; la malade accuse un peu d'appétit, et je lui permets de crème d'orge mondé. Le dixième jour la malade est très bien, l'app tit augmente, les bords de la plaie deviennent rouges et suppure bien; la suppuration intérieure a beaucoup diminué, et l'odeur cara téristique se perd de plus en plus. Le seizième jour, l'agglutinatio des bords de la plaie fait des progrès rapides; il ne reste plus que l'e pace de 0m,05 à peu près qui suppure. Enfin, tous les jours cet femme va mieux; et aujourd'hui, 1er mars, je l'ai trouvée assise de vant sa maison, tout à fait guérie et tenant son enfant, très bien po tant, sur les bras. La plaie est complétement cicatrisée. Je dois di qu'un écoulement sanguin peu abondant s'est établi par les voies na turelles, le quatrième jour après l'opération; et pendant quelques se maines a persisté un écoulement d'une humeur roussâtre.

NOUVELLES.

Le bateau à vapeur de Trébisonde a apporté à Constantinople un nouvelle très inquiétante : le choléra s'est éclaré en Perse, et surtou à Téhéran. Un des frères du shah en est mort. La panique s'est em parée de toute la ville.

Le roi, les ministre et toute la cour ont quitté Téhéran, et l'o dit que le corps diplomatique se disposait à suivre cet exemple. Bie tôt la capitale de la Perse sera déserte; tous ceux qui ne sont p encore atteints par le redoutable fléau. s'empressent de l'abandonne Le premier cas de choléra s'est déclaré dans le quartier de la vil qui se trouve dans la direction qu'allait prendre la colonne miasmal que, en admettant que cette maladie se communique par l'air. O craint que le fléau ne suive la même route qu'en 1832.

— Les journaux de l'Inde, arrivés aujourd'hui, vont jusqu'au août. Ils rapportent que le choléra continue ses ravages dans toute l contrée; mais ils ajoutent qu'un médecin anglais, le docteur Baleguer a trouvé un remède à cette terrible maladie : quinze malades auraien déjà été sauvés par lui. Son traitement consiste à peu près unique ment à placer les malades dans un bain de vapeur médicinal. Ce guérisons ont eu lieu à l'hôpital du collége médical du Bengale.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 108. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la **GAZETTE DES HOPITAUX**, et les Souscriptions à la **BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN** et du **DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE** du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Polypes de l'utérus. Considérations pratiques sur les polypes et les tumeurs fibreuses de la matrice.

Au numéro 3 de la salle Saint-Augustin, a été couchée la nommée Louise-Marie, âgée de quarante ans, entrée à l'hôpital pour une tuméfaction utérine considérable. Cette femme a eu trois enfants; ses deux premières couches ont été heureuses, sauf une légère perte de sang qui est survenue après la seconde. Le troisième accouchement a été naturel aussi; mais le travail paraît avoir duré longtemps et avoir nécessité l'emploi de potions de la composition desquelles la malade ne peut rendre compte. Aussitôt après cette dernière couche, des pertes se sont déclarées, il y a de cela environ quatre ans, et ont duré deux années entières sans qu'aucun remède ait pu amender l'état de la malade.

Après un intervalle de quelques mois, les hémorrhagies se sont reproduites. La malade prétend les avoir fait alors cesser par l'application sur chaque aine d'une plaque aimantée, conseil qu'elle avait reçu d'une somnambule. Elle a gardé, dit-elle, ces plaques pendant dix-huit mois; mais il y a six semaines, de nouvelles pertes se sont déclarées, et les règles ont coulé pendant dix-sept jours. A chaque époque menstruelle, depuis longtemps, la malade éprouvait des douleurs semblables à celles de l'accouchement, mais elles ne duraient guère que deux ou trois jours, et étaient légères. Depuis le 12 juillet de cette année, elles se sont manifestées avec une violence beaucoup plus grande, et n'ont plus cessé.

Voici l'état qu'elle présente le 28 août, au moment de son entrée :

La région hypogastrique est chaude et douloureuse au toucher. Les douleurs que la malade dit y éprouver reviennent par accès; elles commencent par la région lombaire. Tantôt ces douleurs cessent pendant la nuit, tantôt, au contraire, elles cessent pendant le jour. Elles déterminent des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle, des pesanteurs dans la région anale, des tiraillements dans l'estomac tout à fait semblables aux douleurs de l'accouchement. L'utérus est très volumineux. On sent fort bien son fond au-dessus du pubis. Il paraît, d'après le dire de la malade, que cette augmentation de volume existe depuis longtemps.

Depuis le 12 juillet, des pertes rouges se sont manifestées; lorsqu'elles cessent, elles sont remplacées par un écoulement leucorrhéique abondant. Le toucher, pratiqué par le vagin, permet de constater le volume exagéré de l'utérus, dont la paroi antérieure soulève la paroi antérieure du vagin. On atteint assez facilement le col, qui est dirigé un peu en arrière. Le col présente une dilatation de la largeur d'une pièce de cinq francs, et le doigt, introduit dans cette cavité, touche une tumeur arrondie qui donne la sensation d'un polype. La présence de cette tumeur donne l'explication des douleurs qu'éprouve la malade.

Plusieurs médecins ont soigné la malade, les uns pour ses pertes, d'autres pour une tumeur, d'autres pour un cancer. Du reste, sa constitution n'est pas affaiblie. M. Lisfranc l'a soumise au traitement des pertes; une saignée de 100 grammes a été pratiquée, mais n'a pas arrêté l'écoulement sanguin. Les mêmes symptômes continuent.

Le 29 août, la nuit a été assez calme, et les douleurs ont changé de caractère ; elles ont fait place à un violent point de côté, dans une région à peu près correspondant au rein gauche. Ce matin, cette douleur a été calmée par l'application de cataplasmes. La malade a eu des envies de vomir et des vomituritions, que l'on a fait cesser avec des potions antispasmodiques. Même dilatation du col utérin, qui est un peu descendu, beaucoup plus mou ; le polype sort en partie de la cavité utérine et proémine dans le vagin d'environ trois centimètres; l'écoulement de sang, quoique n'ayant pas complétement cessé, est cependant peu abondant. Le pouls est toujours fréquent, petit, mais l'abdomen est peu douloureux.

Le 30 août, les douleurs sont revenues le soir avec le même caractère; cette fois, elles sont beaucoup plus violentes; il n'y a pas eu de perte de sang appréciable. La malade se plaint de fortes douleurs dans l'hypogastre, douleurs qui ont eu leur point de départ dans la région lombaire. Ces deux régions sont très douloureuses à la palpation; le ventre est un peu tuméfié.

La partie interne des cuisses et des jambes sont de temps en temps le siége de crampes. Pesanteur dans le fondement ; envies continuelles d'aller à la selle. Les urines sont rendues difficilement, en petite quantité, et occasionnent des cuissons. Lorsque l'on pratique le toucher vaginal, on constate la présence d'une tumeur du volume du poing d'un adulte, remplissant complétement ce conduit membraneux. Le doigt circonscrit difficilement la tumeur, et ne peut atteindre le col. Le soir, on fait une érosion avec la pommade ammoniacale, et on la panse avec deux centigrammes d'hydrochlorate de morphine. — Un quart de lavement.

Le 31, la tumeur descend de plus en plus, et n'est plus qu'à deux centimètres de l'anneau vulvaire. Par le rectum, il est impossible de porter le doigt à plus de trois centimètres de profondeur.

Le lendemain, M. Lisfranc touche la malade, et dit qu'elle est complétement accouchée d'un polype. On ne peut atteindre le col: à l'hypogastre, on sent une tumeur arrondie; le doigt, introduit dans le vagin, n'offre pas de traces de sang. — Saignée de 300 grammes. Cathétérisme. Hydrochlorate de morphine.

Le 3 septembre, la malade n'a pas reposé. Elle est abattue; pouls fréquent; douleurs de reins; sentiment de chaleur à la gorge. Vomissements de matières vertes, bilieuses, à deux reprises. Eructations fréquentes. Ventre ballonné. Sonorité tympanique; sensibilité à la pression, surtout vers l'hypogastre; peau chaude. La malade ne peut uriner. On la sonde plusieurs fois par jour, en dirigeant fortement la sonde derrière le pubis. Les phénomènes ci-dessus faisant redouter le développement d'une péritonite, on fait des frictions avec l'onguent mercuriel, suivant la méthode de M. Serres, d'Uzès.

Le 4, les symptômes s'aggravent; pouls à 80. Pas de sommeil; soubresauts des tendons; ventre ballonné; respiration difficile; écoulement muqueux et fétide par la vulve.—Glace. Potion de Rivière.

La malade succombe le lendemain à une heure de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve le ventre énormément distendu et ballonné, les intestins remplis de gaz, leur surface externe çà et là parsemée de petites plaques rougeâtres. La cavité du petit bassin est remplie d'un liquide purulent, ayant tous les caractères du pus de la péritonite. Ovaires et trompes utérines adhérents aux faces antérieures du rectum, et postérieures de l'utérus. La vessie, petite, est comme collée derrière la symphyse du pubis. L'utérus a quatre fois le volume ordinaire, la surface péritonéale est recouverte de fausses membranes. Le vagin est énormément distendu. L'utérus une fois ouvert, on constate la présence d'un polype volumineux, entièrement engagé dans le vagin; il tient encore à l'organe utérin par un pédicule de près d'un demi-pouce de long, formé aux dépens du tissu de la matrice. Ce pédicule, coupé, se rétracte peu à peu, au point de disparaître presque complétement. La partie supérieure du polype ne présente rien d'anormal. La partie inférieure, congestionnée, d'un rouge violet, est évidemment enflammée. Le polype est en partie recouvert par une couche de tissu appartenant bien à la matrice, et qu'il a traversé.

— Ce fait que, vu son intérêt, nous avons cru devoir rapporter en entier, a donné occasion à M. Lisfranc de présenter d'importantes réflexions sur les polypes et les tumeurs de la

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

A Monsieur le professeur Trousseau

JEAN RAIMOND convalescent.

Châtillon sous Fontenay-aux-Roses, le 14 septembre 1846.

Vous l'avez permis, mon très cher esculape, et mon frêle esquif, depuis plus de deux mois amarré au rivage, va, sous vos auspices, se lancer de nouveau sur les eaux agitées du *Feuilleton*. Mais que la rame paraît lourde à mon bras affaibli !... Vous avez pensé qu'un peu d'excitation cérébrale affermirait ma convalescence, et, me traitant comme ces ivrognes auxquels, dans les maladies les plus graves, on ne refuse pas absolument le vin, vous n'avez pas voulu que mon cerveau fût entièrement privé de son *stimulus* habituel, le travail. L'expérience peut être habile et ingénieuse: avec la même scrupuleuse déférence que j'ai suivi toutes vos autres prescriptions, j'exécuterai celle-ci; mais puis-je m'empêcher de craindre qu'elle ne soit pas du goût de mes lecteurs, et, dans leur intérêt comme dans celui de ma petite gloriole, n'eût-il pas été convenable de la différer encore?

Non est in medico semper relevatur ut æger;
Interdum docto plus valet orte molum.

D'ailleurs, votre prescription me paraît être fondée sur une opinion peu exacte des difficultés et des embarras que le *Feuilleton* médical rencontre pour se produire convenablement dans le monde; vous me l'avez permis plutôt comme distraction, n'est-ce pas, que comme travail réel, et vous avez pensé que de toutes les occupations intellectuelles, celle-là me serait la moins laborieuse. Bien souvent erreur, mon cher maître; il y a telle colonne du *Feuilleton*, ou telle phrase, ou tel mot, qui m'a coûté plus de réflexion et d'embarras qu'un travail réputé plus sérieux et plus grave. Pourquoi cela? Pour des motifs complexes que je vous demande la permission d'exposer ici.

Je ne sais, mon cher professeur, si vous avez jamais appelé vos réflexions sur l'état actuel de la critique médicale en France. Et je prends le mot critique, dans son acception la plus étendue et la plus large, critique scientifique et littéraire, critique des hommes et des institutions, critique grave ou légère, plaisante ou sérieuse, en un mot appréciation générale ou individuelle des actes et de ceux qui les produisent sous quelque forme qu'elle se présente, de quelque costume qu'on la revête.

Pour si peu que vous ayez voulu voir ce qui se passe à cet égard, vous aurez remarqué avec étonnement que la critique médicale n'existe pas en France. Je dis même qu'avec nos mœurs, nos habitudes, nos manières d'agir en littérature médicale, la critique ne peut pas exister.

Constatons d'abord ce grand fait, c'est que de toutes les branches des connaissances humaines, la médecine seule n'a pas de critique.

Voyez en littérature proprement dite ; de graves recueils sont consacrés à la critique; le mouvement littéraire y est indiqué, souvent dirigé, toujours apprécié; les œuvres de nos célèbres contemporains y trouvent une appréciation étendue, indépendante, quelquefois courageuse; sous quelque forme que se produise la pensée littéraire, elle rencontre examen et discussion; la littérature dramatique trouve un aristarque dans chacun des innombrables journaux politiques ou littéraires qui se publient, le plus mince vaudeville passe inévitablement sous les fourches caudines du *feuilleton* du lundi, et à ce genre de littérature se sont élevées des réputations formidables grassement rétribuées.

Les œuvres plus sérieuses, la philosophie, l'histoire, les cours de haut enseignement, l'éloquence de la tribune, du barreau, la parole même du prêtre dans la chaire, tout est soumis à l'appréciation, tombe sous le domaine de la critique, et personne ne s'en étonne; c'est un fait acquis comme de droit naturel que nul n'oserait contester, contre lequel nul ne proteste, si ce n'est de loin en loin quelque médiocrité vaniteuse et jalouse (1).

La critique, c'est-à-dire l'expression de l'opinion publique, règne donc en souveraine sur tous les produits de l'intelligence humaine. Les arts, pas plus que l'industrie, ne se soustraient à son empire, sont tributaires de cette reine du monde, et l'on chercherait en vain une seule manifestation de l'intelligence humaine qui ne courbe humblement la tête sous le jugement grave ou frivole de l'appréciation critique.

Maintenant voulez-vous jeter un coup d'œil sur la façon dont s'exerce la critique générale dans les sciences, les lettres, les arts, la politique, etc. ? Voulez-vous voir la liberté qui y règne? Dans la critique élevée rappelez-vous les premiers *Portraits* de Sainte-Beuve, les âpres articles de G. Planche, les *Orateurs* de Timon; un cran plus bas, les feuilletons de J. Janin, de Rolle, de Th. Gautier; les articles *Académie des sciences* dans la plupart des journaux politiques; les articles si piquants, si incisifs des petits journaux; si vous voulez des exemples récents et célèbres, rappelez-vous avec quelle indépendance la critique a examiné l'*Histoire du Consulat et de l'Empire* de M. Thiers, avec quelle liberté elle a procédé à l'égard de l'*Histoire de France* de M. Michelet; quelles libres allures elle a prises en face de l'éclectisme de M. Cousin; ce qu'elle a fait du Fronton du Panthéon de David, du saint Symphorien d'Ingres; comment elle s'exerce sur les orateurs politiques les plus éminents selon les tendances, les convictions, je ne voudrais pas dire selon les intérêts des juges; rappelez-vous que la chaire sacrée ne garantit pas du jugement critique, et que M. de Ravignan comme M. de Lacordaire ont rencontré des partisans et des adversaires, qui, en toute liberté, ont exprimé leur jugement.

Avons-nous, en médecine, quelque chose qui ressemble à ce tableau de la critique générale, quelque chose même qui en approche?

Non, mon cher professeur, vous n'avez qu'à ouvrir les yeux pour vous en convaincre.

Nous possédons un très grand nombre de fort estimables journaux, spécialement consacrés à notre science, qui est même, à cet égard, bien plus riche que toutes les autres sciences. Examinez quel est leur aliment habituel; n'est ce pas l'exposition pure et simple des opinions, des faits, des doctrines? Des deux éléments nécessaires à la propagation et aux progrès de toute science, l'élément producteur et l'élément critique, celui-ci ne tient-il pas la plus petite, la plus infime place quand il en occupe une? Avons nous un seul journal, ou recueil, ou publication régulière quelconque qui s'occupe avec tant soit peu de tenue de critique médicale? Des innombrables ouvrages qui grossissent tous les ans les catalogues de nos libraires, en voyez-vous un seul qui ait pour but l'appréciation scientifique ou littéraire?

Non, encore une fois; la médecine, comme science et comme art, produit immensément, produit sans réserve et sans retenue, des milliers de volumes s'entassent annuellement dans nos bibliothèques, d'innombrables journaux, hors de toute proportion avec les besoins du public, se disputent les faveurs et la souscription des abonnés; mais le livre, mais le journal dans lequel l'ivraie est séparée du bon grain, où les choses et les hommes sont jugés, appréciés, mesurés, où les événements contemporains sont examinés du point de vue critique; ce journal ou ce livre, vous le chercherez en vain.

Veuillez me comprendre à demi-mot, mon cher professeur, et que pour vous faire saisir toute ma pensée besoin ne me soit de vous tracer le tableau de l'état déplorable dans lequel est tombée la critique médicale en France, de vous rappeler ce que sont généralement ces articles publiés sous la rubrique commune de ***bibliographie***, articles presque toujours sans couleur, sans indépendance et sans courage,

(1) L'exemple du procès intenté par M. Loyau de Lacy au *Constitionnel* confirme la règle; qu'on se rappelle les protestations unanimes de la presse contre le bizarre jugement qui a terminé cette bizarre affaire.

matrice, certaines circonstances particulières de leur évolution, leur thérapeutique et leur diagnostic différentiel. Ce sont ces considérations que nous reproduisons d'une manière aussi complète que possible.

Au moment où elle fut apportée dans nos salles, dit le professeur, la malade dont nous venons de vous montrer les pièces pathologiques présentait une tuméfaction énorme de l'utérus. Elle avait éprouvé des pertes; mais ces pertes ont souvent lieu lors même que l'utérus ne renferme aucun corps étranger, D'ailleurs, nous avions touché cette femme lorsque l'écoulement menstruel avait lieu. au moment par conséquent où le col de la matrice était dilaté; notre doigt a pénétré à une certaine profondeur, et jamais nous n'avions rencontré de corps étranger. Nous ne savions donc, pendant les premiers temps où nous l'avons vue, à quelle maladie nous avions affaire. Ce pouvait être un polype, un engorgement de l'utérus; nous pouvions avoir à combattre une ou plusieurs tumeurs fibreuses. Les engorgements de l'utérus, les tumeurs fibreuses, la présence de polypes, sont autant de causes qui peuvent déterminer des écoulements sanguins, et des écoulements qui se ressemblent. Quant aux tumeurs fibreuses, il n'est pas possible, suivant nous, de les différencier des polypes et des engorgements de l'utérus. Il est, en effet, des engorgements de l'utérus qui sont circonscrits, et qui dessinent sur l'organe des bosselures comme s'il s'agissait de tumeurs fibreuses. La preuve qu'il en est ainsi, et que ce n'est point une simple vue théorique que nous émettons, c'est que nous avons souvent fait disparaître ces tumeurs circonscrites. Il fallait bien qu'elles fussent dues à l'engorgement de l'utérus; car, quels que soient les moyens que l'on emploie, on ne parvient jamais à résoudre les tumeurs fibreuses.

Nous avons avancé que l'on ne peut pas distinguer les tumeurs fibreuses des polypes, et nous le prouvons, suivant notre habitude constante, par des faits. Une femme couchée dans la salle Saint-Augustin portait une matrice énorme, qui s'étendait presque jusqu'à l'ombilic. Cette femme était maigre; à travers les parois de l'abdomen, on sentait d'une manière bien évidente la matrice bosselée. On s'imaginait qu'il existait des tumeurs fibreuses situées à l'extérieur de la matrice. Au moment où nous avons vu cette femme pour la première fois, nous avons suspendu tout diagnostic, et nous avons attendu. Qu'est-il arrivé? Des douleurs expulsives se sont déclarées, et bientôt la malade est accouchée d'un polype énorme, constitué par une masse considérable et unique sur laquelle venaient se grouper des chapelets formés par d'autres tumeurs ressemblant à des œufs de pigeon, et adhérentes les unes aux autres. Cette tumeur bosselée, mamelonnée, qui pressait sur les parois de l'utérus, les faisait saillir dans les points correspondant aux bosselures, et donnait à l'organe la sensation d'une série de tumeurs externes, greffées en quelque sorte sur la surface de l'organe. La preuve bien évidente qu'il en était ainsi, c'est qu'après cette expulsion du polype, après cet accouchement, la matrice étant restée au-dessus des pubis, on pouvait la sentir comme antérieurement; mais il était impossible de constater la présence d'une seule bosselure. Aujourd'hui, la malade est guérie; la matrice est revenue sur elle-même comme à l'état normal, et la palpation ne permet de rien percevoir. Vous voyez que nous faisons justice chaque jour, à l'aide de faits et d'observations, de ces prétendus diagnostics certains, plus théoriques que pratiques, et dont on reconnaît toute l'inanité lorsque l'on a la moindre expérience.

Nous sommes bien aise d'avoir pu vous reproduire ces idées, parce qu'elles sont des plus importantes. Si l'on se figure que l'on a affaire à un polype ou à des tumeurs fibreuses, on ne fait rien pour la guérison de la malade, parce que l'on sait qu'il est prouvé que rien ne peut faire résoudre un polype ou une tumeur fibreuse; mais, s'il est prouvé, d'autre part, que des tumeurs ont pu céder aux antiphlogistiques, aux narcotiques, aux fondants, il est évident qu'il faut agir, qu'il est permis d'espérer une guérison complète, si l'on n'a à combattre qu'un simple engorgement du tissu de l'organe. Mais, en supposant même un instant qu'il s'agît bien clairement d'un polype, ce polype ne peut-il pas engorger l'utérus, et occasionner là un mouvement congestionnaire qui constituerait un accident grave si l'on n'y remédiait de bonne heure? Nous le disons hautement, sans crainte d'être contredit; il est rare qu'un polype étant guéri, on ne trouve pas ensuite un engorgement de l'utérus. On trouve tous les jours des tumeurs fibreuses qui déterminent, par leur seule présence et par la stimulation qu'elles apportent en cet endroit, des engorgements de l'utérus. Les narcotiques sont destinés à triompher de la douleur, les antiphlogistiques et les fondants combattent l'engorgement, et l'on parvient, par l'emploi méthodique et rationnel de ces divers moyens, à rendre ces tumeurs stationnaires. Les malades n'éprouvent de temps en temps qu'un peu de douleur, qui ne compromet en rien leur existence.

Lorsqu'il existe un polype, il peut quelquefois exister en même temps un engorgement de l'utérus; ou bien encore, voici ce qui peut arriver. Sous l'influence des moyens de traitement que l'on emploie, l'engorgement diminue; le chirurgien conçoit l'espoir d'obtenir la guérison de l'affection; mais tout à coup, sans cause connue, l'engorgement reparaît, pour diminuer de nouveau au bout de quelque temps, reparaître encore, etc. Lorsque vous observez ces récidives suivies alternativement d'amélioration et de rechutes, en thèse générale, craignez un polype. Ces tuméfactions utérines, qui reparaissent pour diminuer à plusieurs reprises, indiquent, dans la grande majorité des cas, l'existence d'un polype. Il faut se défier de ces cas qui sortent de la loi commune, sous peine d'être vivement surpris lorsqu'ils se rencontreront sous vos yeux dans la pratique particulière. Quel est le médecin auquel il n'est pas arrivé plusieurs fois de traiter pendant des mois entiers des femmes que l'on croyait atteintes d'engorgement utérin seulement, de leur prescrire une médication appropriée, et de voir, au bout d'un temps plus ou moins long, se montrer un polype dont on débarrasse sa malade?

Disons quelques mots ici de la malheureuse femme que nous venons de perdre. Elle avait été prise soudainement de douleurs expulsives, semblables à celles qui précèdent et accompagnent le travail de l'enfantement. Ces douleurs ont été données comme caractéristiques de l'existence d'un corps étranger dans l'utérus, soit un fœtus, une môle, un arrière-faix, une hydropisie, des hydatides, un polype, un caillot de sang; enfin, un corps étranger quelconque, venant même de l'extérieur comme on l'a vu dans certains cas.

Nous aussi, nous avons cru longtemps à la réalité de ces signes caractéristiques. Mais nous avons dû changer d'avis lorsqu'à l'époque du choléra nous avons vu succomber à cette affection trois femmes qui avaient présenté ces douleurs expulsives sans avoir rien rendu. Ces femmes n'étaient point sujettes à ces douleurs pendant l'époque de leurs règles, sans quoi l'on aurait pu les attribuer à la présence de caillots dans la cavité utérine. Nous avons fait l'autopsie de ces trois femmes, nous n'avons rien trouvé ni dans l'épaisseur des parois, ni dans l'intérieur de l'utérus; il ne s'agissait purement et simplement que d'engorgement de l'utérus. Nous devons avouer cependant que les cas de cette nature, embarrassants pour le diagnostic, sont heureusement rares. Presque toujours, lorsque l'on observe ces douleurs expulsives, c'est qu'il y a un polype utérin.

Dans le cas actuel, et comme on peut le voir dans l'observation, nous avons trouvé le polype le lendemain du jour où ont commencé à se faire sentir les douleurs expulsives. Il était situé tout près de l'orifice du col utérin. Le lendemain, il sortait de deux ou trois centimètres dans le vagin; les douleurs s'étaient calmées; peu de temps après, elles sont revenues beaucoup plus fréquentes, plus vives, et le polype, chassé de la cavité qui le renfermait d'abord, est arrivé complétement dans l'intérieur du vagin. Presque toujours, ces accouchements de polypes se font innocemment, sans danger pour les femmes, et aussi souvent innocemment que, quand il n'y a pas d'épidémie de métro-péritonite, les accouchements ont lieu. Ceci est positif: nous avons par devers nous plus de deux cents cas de cette espèce, et dans lesquels les choses se sont régulièrement passées.

Mais il est d'autres cas dans lesquels, si à la suite de l'accouchement ordinaire il survient une métro-péritonite, cette métro-péritonite peut se développer aussi à la suite de l'accouchement d'un polype. Lorsqu'un travail expulsif se déclare, quelle doit être la conduite du chirurgien? Faut-il, lorsque le travail commence, attaquer la tumeur? Evidemment non. Chercher à agir sur le polype ce serait risquer d'exposer la malade à des accidents de la plus haute gravité; tandis qu'au contraire, presque toujours, si la femme accouche toute seule, il n'y a pas d'accidents. Si les douleurs sont trop fortes, il faut employer les saignées dérivatives, mettre en usage les narcotiques, qui en diminuent l'intensité et les empêchent de déterminer des convulsions générales. Les choses se passent alors le plus souvent d'une manière satisfaisante.

Mais lorsque le polype est dans le vagin et qu'il existe une métro-péritonite, comme chez la femme que nous venons de perdre, au moment où le polype va sortir, faut-il opérer? Lorsque la péritonite existe vous comprenez que pratiquer l'opération ce serait augmenter la maladie et la rendre beaucoup plus grave. Il faut attendre qu'elle ait complétement cessé; c'est ce que nous avons fait dans un grand nombre de circonstances, et souvent nous avons été assez heureux pour guérir la péritonite. D'autres fois, et c'est le cas de cette femme, nous n'avons pu nous rendre maître de l'affection, et les malades sont morts.

Le polype que nous avons trouvé dans l'utérus porte des traces incontestables d'inflammation à sa partie inférieure; nous ferons observer en passant que l'on ne rencontre à l'état normal aucun vaisseau dans le tissu fibreux; trois ou quatre fois seulement, on en a vu qui se rendaient dans des polypes. Dans le cas actuel, la tumeur était portée par un pédicule formé par le tissu de la matrice lui-même. A la partie inférieure de la cavité utérine, les adhérences étaient constituées par du tissu utérin, qui recouvrait le polype dans une grande étendue et qui avait été traversé par la tumeur. Ce fait, tout singulier qu'il paraît être au premier abord, n'est pas nouveau. Le pédicule des polypes de la matrice, nous l'avons montré nombre de fois, est très souvent formé par le tissu de l'utérus, fait important et digne d'attention, non pas tant sous le rapport de la curiosité que sous le point de vue de la thérapeutique. En effet, si vous mettez dans ces cas une ligature, où porte-t-elle? Sur le pédicule formé par le tissu utérin; or, lorsque l'on agit sur ce tissu, on détermine des accidents graves. C'est cette raison qui a décidé les chirurgiens à agir sur le tissu de la matrice plutôt avec le bistouri qu'avec la ligature.

Lorsque le tissu de la matrice a été beaucoup et longtemps

---

où le blâme, quand il ose se produire, ne tombe jamais que sur des livres et des auteurs ignorés, ou bien, à l'égard des célèbres, s'enveloppe de formes si prudentes et si cauteleuses, qu'il ne peut et ne doit produire aucun effet,

Dat veniam corvis, vexat censura columbas,

et où les formes laudatives incessamment reproduites trompent incessamment le lecteur sur la valeur des publications récentes (1).

Cette critique scientifique et littéraire qui serait si éminemment utile, et qui pourrait rendre des services si considérables à notre époque de doute, de confusion et d'anarchie, elle n'existe pas; je crois avoir dit plus haut qu'elle ne pouvait pas exister.

Ce n'est ni l'instruction, ni le talent qui manquent à cette œuvre; non, non, je suis le premier et le plus empressé à le reconnaître; je connais des talents critiques du premier ordre qui, dans quelques tentatives malheureusement non renouvelées, ont montré la puissance et l'éclat de leurs armes (2). Assurément, dans la génération médicale qui s'éteint, comme dans celle qui règne à cette heure tous les éléments nécessaires à la fondation d'une critique solide et courageuse existaient. Quelles causes donc se sont opposées à son développement? Une seule, et je vais vous la dire à l'oreille; cette cause c'est la peur.

Et ici, permettez-moi, mon cher maître, de vous faire remarquer un contraste étrange et bizarre dans nos mœurs médicales. Hélas! il n'est que trop vrai, les médecins ne s'aiment pas entre eux, ils se jalousent les uns les autres, ils se déchirent à belles dents, ils cherchent à se nuire, la confraternité n'est encore qu'une chimère, les efforts récents de quelques esprits généreux en faveur des principes de l'association auront besoin d'être longtemps et vigoureusement soutenus pour porter leurs fruits; en un mot, l'adage célèbre *invidia medicorum*, etc., n'a rien encore perdu de sa triste vérité. Tout cela n'est que trop réel, que trop palpitant d'actualité. Ecoutez les médecins dans les salons, dans les cercles, dans les académies, partout où ils se réunissent, et vous serez affligé des infimes passions qui les agitent.

Ah! certes, c'est dans ces conversations plus ou moins intimes que s'épanchent en flots amers la plus acerbe critique, la plus impitoyable moquerie, les insinuations les plus perfides, les suppositions les plus cruelles. Il faut entendre comment, des réputations les plus élevées aux positions les plus humbles, le praticien, l'écrivain, le professeur, le concurrent, l'académicien sont passés au crible épais de la censure. Ecoutez ici cette anecdote maligne, là ce récit de quelque erreur ou de quelque malheur pratique, tantôt quelque scandaleuse histoire de la vie privée, tantôt l'exagération d'un travers, d'un ridicule, toujours la plus complète absence de bienveillance et de charité.

Eh bien! tout cela est reçu, accepté, consacré par un long et général usage. On écoute sans indignation et sans colère ces récits dangereux et cruels où la réputation, l'honneur l'existence d'un confrère sont souvent sacrifiés; ces conteurs de salon sont même recherchés, choyés, fêtés, et, loin que la vivacité de leurs épigrammes leur attire quelques désagréments, ils ne connaissent des rapports sociaux que les plaisirs et les charmes. On écoute avidement leur chronique, on rit de leur malignité; heureux quand leurs méchants propos ne sont pas colportés avec additions et commentaires.

Ayez la bonté, mon cher maître, de penser un instant à ce qui adviendrait d'un malheureux critique qui oserait écrire, non pas tout ce qu'on ose dire, je reconnais que la chose est impossible, mais la millième partie seulement, et de cette partie, la seule chose qui fût permise, légale, utile, c'est-à-dire l'appréciation scientifique et littéraire! quels orages n'accumulerait-il pas sur sa tête! que le indignation, quelles colères, n'exciterait-il pas! et quel est, parmi nous, l'écrivain assez cuirassé pour oser entreprendre une tâche semblable?

Oui, reconnaissez-le, mon cher maître, autant nous sommes complaisants et tolérants autant nous avons la manche large envers la critique parlée, autant, passez moi cette expression vulgairement énergique, autant nous sommes bégueules à l'endroit de la critique écrite. Pour celle-ci, le moindre mot incisif blesse et offusque, il faut, pour qu'elle soit supportée qu'elle trempe sa plume dans la plus émolliente des guimauves; l'écrivain doit, sous peine de passer pour le plus mauvais coucheur des hommes, ganter et fourrer sa main, couper ses dents et ses ongles, et, comme le lion de la fable, s'accroupir impuissant et désarmé devant la peur; oui, la peur de blesser tel ou tel.

La critique est si peu dans nos mœurs, si peu dans nos habitudes que, pour vous en convaincre, vous n'avez qu'à vous rappeler l'émotion vive et profonde que suscita récemment la proclamation du principe de libre examen et de libre discussion. Ce fut tout un événement; cette idée, jetée avec hardiesse et courage dans le monde médical, y produisit comme l'effet d'une révélation qui flatte les goûts, les instincts de la multitude, mais dont la multitude semble impressionnée pour la première fois. Certes, si une longue pratique avait infiltré chez nous ce droit, qui est un droit naturel, eût-il été besoin de le rappeler aux masses, de le passionner en sa faveur, de leur en montrer l'incontestable légitimité? Quelque chose de pareil pourrait-il se passer dans les autres sciences, dans la littérature, dans les beaux-arts? Et celui qui, ailleurs qu'en médecine, s'aviserait aujourd'hui de proclamer le droit de libre examen, ne ressemblerait il pas à ce voyageur par trop naïf qui découvrit, il y a cinq ou six ans, la mer Méditerranée?

Laissons, mon cher maître, la littérature médicale proprement dite où nous venons de voir comment s'exerce la critique, les journaux, les livres, l'examen des faits, des opinions et des doctrines que vous ne rencontrez nulle part, à moins que vous ne preniez pour lui cette critique terne et flasque que vous savez. Je ne veux pas vous mettre mal à l'aise, vous membre d'une corporation enseignante, en vous demandant si vous croyez que tout soit pour le mieux dans ce monde-là, si le plan et l'ordre des études sont conformes à l'ordre logique et naturel de l'acquisition des idées, si la confusion et l'anarchie des doctrines qui règnent dans ces corporations sont bien faites pour inspirer à l'élève l'amour de l'art, l'élévation des idées et le sentiment de la dignité de la profession; si toutes les chaires sont suffisamment occupées. si tous les professeurs remplissent leurs devoirs avec le zèle et le talent qui vous caractérisent; s'il n'y a rien à faire, comme d'aucuns le soutiennent chez vous, pour améliorer l'enseignement dogmatique ou pratique. Non, sur ces sujets et sur quelques autres de cette nature, je comprends que vous n'auriez pas assez de liberté pour me répondre; mais vous comprenez au moins que la critique, qui n'a pas les mêmes motifs de réserve, trouverait là un champ immense et fécond, et qu'il est déplorable qu'elle le laisse inculte et stérile. Mais qui donc oserait y pénétrer, examiner chaire à chaire l'état de ces corporations enseignantes, signaler les abus, les négligences, l'insuffisance, les dangers et quelquefois le ridicule de tel ou tel enseignement? Et celui-là qui l'oserait, ne devrait-il pas, comme les damnés du Dante, laisser au seuil de la critique toute espérance de parvenir à quoi que ce soit, tant sont profondes, durables et puissantes les rancunes qui croissent sur le sol enseignant?

Autre chose qui vous intéresse plus actuellement, mon cher compétiteur à la banquette académique. Rappelons-nous encore ce qui se pratique ailleurs en pareille circonstance; quand, par exemple, un fauteuil devient vacant à l'Académie française, est-ce que la presse se fait faute d'examiner les titres divers des candidats, d'en apprécier l'importance et la valeur, de manifester avec toute indépendance ses goûts et ses prédilections? N'est-il jamais arrivé que l'illustre aréopage ait fait taire ses répugnances devant l'expression énergique et libre de l'opinion publique? Et la presse, pour citer un mémorable exemple, n'a-t-elle pas rigoureusement enfoncé les portes de l'Académie

(1) Dans un journal que je ne veux pas citer, j'ai compté SOIXANTE FOIS dans une année cette formule ou quelque chose d'équivalent: « Cet ouvrage a sa place marquée dans la bibliothèque du médecin. »

(2) Je citerai ici, dans un ordre d'idées bien différent, MM. Peisse, Réveillé-Parise, Malgaigne, Vidal (de Cassis), Cayol, Valleix, Pidoux, Thirial, Th. Roussel. Que le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* me permette d'ajouter le nom de M. Fabre à cette brillante liste, lui que le public médical est habitué depuis bientôt vingt ans à voir au premier rang des défenseurs de toute idée généreuse.

tiraillé, il se rétracte avec une grande facilité. Il arrive souvent que, dans une opération, on laisse un pédicule qui a quelquefois plusieurs centimètres de long. Quelques minutes après, on pratique le toucher; on est tout étonné de ne rien sentir; il semble que la matrice ait attiré à elle ce pédicule, s'en soit emparée. Nous nous rappelons avoir opéré à Courbevoie une femme qui portait une tumeur volumineuse dans le vagin. Les chirurgiens appelés en consultation n'étaient point d'accord sur ce qu'il y avait à faire. Les jours de la malade étaient compromis; nous n'hésitâmes point; la tumeur fut saisie avec des érignes et attirée aussi près que possible de la vulve. Le doigt, introduit dans le rectum, sentait, au-dessus de cette première tumeur, une seconde tumeur séparée de l'autre par une sorte de collet rétréci, bien que volumineux encore.

Dans le doute où nous étions relativement à la nature de cette tumeur, nous commençons par faire avec précaution une incision exploratrice, faisant ce raisonnement, que si, à la rigueur, nous agissons sur le tissu de la matrice, c'est au-dessous du péritoine, et une simple incision longitudinale n'a pas grande valeur dans ces cas-là. L'incision nous fait reconnaître un tissu blanc, résistant, manifestement autre que celui de l'utérus. La tumeur enlevée, nous portons le doigt dans le vagin, croyant trouver le pédicule saignant. La rétraction avait été tellement forte, que nous ne pûmes parvenir à trouver avec le doigt même la place où avait été faite l'incision. Très considérable sur le vivant, cette rétraction se fait aussi, mais moins forte, sur le cadavre; car quelques heures après la section du pédicule, quand nous fîmes l'autopsie, il n'en existait plus aucune trace. Nous ne terminerons pas sans faire remarquer que c'est la troisième fois que nous avons occasion d'observer l'inflammation d'un polype de la matrice.

Y...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 2 septembre 1846. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Guersant* dit que quand Dupuytren faisait le cathétérisme forcé, c'est qu'il s'y trouvait contraint, lorsqu'un grand nombre d'internes avaient sondé et souvent avaient fait de fausses routes, mais que le plus fréquemment c'était par des efforts gradués qu'il pénétrait dans la vessie.

M. Morel-Lavallée a lu dans Cruveilhier et dans quelques autres ouvrages que Dupuytren préférait traverser la prostate que de faire la ponction.

M. Michon tient à établir que si Dupuytren a fait le cathétérisme forcé, c'était sans le conseiller et contrairement à l'opinion qu'il professait, et sur laquelle il a beaucoup insisté pendant les dix ou douze dernières années de sa vie. Si quelques auteurs ont dit le contraire, c'est qu'ils ne connaissaient pas sa manière de voir. On a prétendu que Dupuytren avait fait la ponction de la prostate; c'est encore là une erreur, et l'on aura voulu sans doute parler des cas dans lesquels il aura eu à traverser un troisième lobe de cette glande pour arriver dans la vessie.

M. Malgaigne désire que l'on fasse attention à ce qu'à dit M. Monod dans la dernière séance sur le cathétérisme forcé auquel se livrait par fois le chirurgien de l'Hôtel-Dieu. C'est un document précieux dans la discussion actuelle; il prouve qu'il trouvait quelquefois sa théorie insuffisante, et que le grand praticien disparaissait devant l'homme qui voulait arriver absolument. L'opinion si formelle qu'on attribue à Dupuytren serait trop forte contre la ponction de la vessie, et elle pourrait induire en erreur quelques chirurgiens.

M. Denonvilliers soutient que Dupuytren proscrivait le cathétérisme forcé, et qu'il ne le faisait jamais sciemment et volontairement; qu'il a pu faire de fausses routes, mais que c'était sans le vouloir, tandis que Boyer et M. Roux recouraient à la sonde conique après de courtes tentatives de cathétérisme.

M. Laugier a vu Dupuytren arriver d'emblée dans la vessie avec une sonde d'argent ordinaire. Quand le malade souffrait beaucoup de la rétention d'urine, il mettait même, dit-il, un certain amour-propre à entrer vivement, et il pénétrait quelquefois très heureusement. Quand au contraire il croyait qu'il y avait des chances d'arriver par des moyens plus doux, il employait les bougies et les sondes graduées. Sa théorie n'était pas en opposition avec sa pratique, et l'on sait avec quel soin il décrivait la dilatation vitale et la dilatation mécanique. Il y a loin de cette manière de faire à celle de Boyer et de M. Roux, qui emploient la sonde conique sans y être obligés par l'imminence des accidents.

M. Morel-Lavallée dit que c'est à Vergnio, chirurgien de Toulon, qu'il faut rapporter l'idée du cathétérisme de l'urètre par la vessie, préalablement ponctionnée. Idée que dans la dernière séance il avait attribué à un membre de l'Académie de chirurgie. C'est dans Chopart qu'il a trouvé ce document.

— *M. Bérard* demande, pour cause de maladie, un congé indéfini, qui est accordé.

— *M. Gosselin* fait voir un enfant de deux ans dont les deux premiers orteils du pied gauche sont beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, le second ayant un peu plus de longueur que le premier, ce qui est l'inverse de l'état le plus ordinaire. Cette altération, qui date de la naissance, ne résulte pas de la fusion des métatarsiens qu'on sent parfaitement isolés; ce n'est pas non plus un gonflement des os. Il semble plutôt que ce soit une hypertrophie du tissu cellulaire. M. Gosselin propose d'établir une compression méthodique avec des bandelettes.

M. Nélaton regarde ce fait comme n'étant pas sans analogue; il possède une thèse allemande qui renferme le dessin d'une hypertrophie considérable du doigt annulaire, le reste de la main restant, comme ici le pied, à l'état normal.

M. Guersant a vu une hypertrophie du second orteil, contre laquelle il a vainement employé la compression et les frictions iodurées; ce qui ne l'empêche pas de conseiller ces deux moyens combinés dans le cas actuel. Il considère l'atrophie comme bien plus fréquente; il y en a un assez grand nombre d'observations, tandis qu'il n'y en a que très peu d'hypertrophie.

M. Huguier fait remarquer que l'artère pédieuse de ce côté est plus développée que l'autre, et qu'il existe à la base des orteils un développement anormal du tissu vasculaire. De sorte qu'il pourrait bien se faire que cette hypertrophie fût liée à une artériectasie; ce qui la rendrait beaucoup plus grave. Il dit aussi que dans le type normal le second orteil dépasse toujours un peu le premier.

M. Malgaigne n'est pas de cet avis; il a vu que sur les statues antiques le premier orteil déborde souvent le second; il croit même avoir constaté que c'est le cas le plus ordinaire. Parmi les pièces fort intéressantes du musée chinois, il a remarqué des pieds de femme d'une petitesse exquise; les quatre derniers doigts sont renversés en dessous, de sorte qu'il n'y a pas de largeur. Il semble que chez ce peuple on s'applique à déterminer le piedbot avec autant de soin qu'on en met chez nous à le guérir. Cette déformation du pied ne peut avoir lieu qu'au moyen d'une compression très forte. Il faudrait donc, sur l'enfant qu'on présente, comprimer avec de petites attelles en bois et de plus défendre tout à fait la marche.

M. Gosselin ne croit pas à l'artériectasie que signale M. Huguier, et il ne trouve absolument rien d'anormal dans le tissu vasculaire. S'il a avancé que le premier orteil était naturellement plus long que le second, c'est plutôt d'après ce qu'il a vu que d'après ses lectures. Il a pris avec soin des mesures comparatives sur tous les malades qui se sont présentés à lui avec des fractures ou des luxations des phalanges, et il est arrivé à ceci que, sur presque tous les pieds qui n'avaient pas eu d'accidents semblables, le second orteil ne dépassait pas le premier.

M. Huguier a fait une étude toute spéciale de l'anatomie des formes, et il a vu que, dans l'état de belle nature, le second orteil dépasse toujours le premier. Ce trait, que l'on retrouve dans l'Apollon du Belvédère, n'a pas été signalé seulement par les statuaires et les peintres, il a été constaté par les anatomistes. Chez les individus largement chaussés, ou qui vont souvent pieds nus, chez quelques paysans, par exemple, il est toujours plus long. Si au contraire, par une chaussure mal faite et trop courte, on le refoule en arrière, il forme un angle sur lequel se développe un durillon; aussi, il n'est pas un cordonnier un peu habile qui ne prenne la mesure de la longueur du pied sur le second orteil.

M. Malgaigne est bien aise que cette question soit discutée par la Société parce qu'elle en vaut la peine, et il se demande s'il est vrai que l'Apollon du Belvédère a été copié sur les plus belles formes. On sait, en effet, qu'il y avait pour les anciens des formes consacrées, qui ne sont pas du tout belles à nos yeux. Ainsi, Horace veut que sa maîtresse ait le front étroit, et certes ce serait pour nous une condition disgracieuse; ainsi, le Jupiter Olympien de Phidias a le crâne d'un Caraïbe ou d'un idiot; il semble qu'il a été serré transversalement dans un étau. Quand on veut parler des statues antiques, il ne faut pas en citer une seule, et il est certain que l'Apollon est une forme exceptionnelle et tout artistique. Les anatomistes ont trop souvent cru aux peintres, qui ont pu se tromper, et, pour n'en citer qu'un exemple, les mesures prises par Ténon sur le corps humain avec les parties molles, celles prises par M. Orfila sur le squelette prouvent que les artistes ont admis l'exception pour la règle en plaçant le milieu du corps au pubis, tandis qu'il est au-dessus. A Bicêtre, où M. Malgaigne a eu occasion d'examiner les pieds d'un grand nombre de vieillards qui venaient à lui pour obtenir des souliers, il a vu que, dans la majeure partie des cas, le second orteil n'est pas plus long que le premier. Il dit aussi qu'un pédicure, qui a fait un fort bon manuel, Laforest, donne la figure de deux pieds, l'un normal et l'autre représentant celui de l'Apollon, et qu'il démontre que ceux qui ont la difformité de ce dernier sont exposés à la saillie anguleuse de l'orteil et au durillon, mais c'est le cas le plus rare. Enfin, M. Malgaigne ajoute qu'il a été une fois dans la nécessité d'amputer un second orteil, qui, par sa longueur, gênait beaucoup le malade.

M. Chassaignac pense que la véritable manière de résoudre la question, c'est d'examiner le pied du squelette. Sur les pieds montés, on voit que le second orteil dépasse le premier. Il pense aussi qu'on peut arriver au redressement de l'orteil par la section des tendons fléchisseurs sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'amputation. Il rappelle qu'il existe sur cette question un Mémoire de Camper, qui commence en disant qu'il est étonnant que les chirurgiens ne se soient pas occupés des pieds de l'homme, tandis qu'un ancien, voulant faire allusion à Xénophon, s'était occupé des pieds des chevaux. Dans ce Mémoire, Camper développe cette idée que si par des moyens mécaniques on a obtenu une forme artificielle, elle peut ensuite se transmettre normalement de génération en génération.

— *M. Gosselin* fait un rapport verbal sur une observation envoyée à la Société par M. le docteur Colson, de Noyon. Elle a pour titre : Abcès multiples de la prostate avec fusées purulentes dans l'excavation du bassin méconnus pendant la vie, cystite, incontinence et rétention d'urine, gangrène du méat urinaire et du scrotum, fièvre, état adynamique, mort. M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Addition à la séance du 8 septembre.

Spécifique mercuriaux dans les maladies de la peau et la syphilis. — *M. Gibert*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, donne lecture d'un travail sur ce sujet, à l'occasion de la candidature *thérapeutique* de l'Académie.

Après avoir rappelé que le traitement spécifique de la syphilis, mis en usage au quinzième siècle par des empiriques d'abord, puis adopté par les médecins malgré leurs répugnances *classiques*... avait été emprunté aux formules arabiques de certains topiques usités dans les maladies de la peau, l'auteur passe en revue certaines préparations mercurielles dont il signale les avantages ou les inconvénients dans le traitement de ces maladies. A l'occasion du traitement de la *gale* par la *pommade citrine*, il mentionne les accidents causés par ce topique (et notamment la salivation), puis il indique divers autres remèdes plus avantageux, et notamment la teinture alcoolique de *staphysaigre*.

Il vante les bons effets de l'*eau rouge* de l'hôpital Saint-Louis, modifiée d'après une formule qui lui est propre, dans diverses affections papuleuses, squammeuses, vésiculeuses et pustuleuses de la peau.

Arrivant au traitement des *syphilides*, il mentionne la divergence d'opinions des médecins depuis le quinzième siècle jusqu'à nous, relativement à l'origine, la nature et le traitement de cette maladie. Il repousse l'opinion qui attribue à une sorte de dégénérescence de la *lèpre*, la syphilis ainsi que la *pellagre*, et insiste sur les inconvénients théoriques et pratiques d'une étude trop superficielle et incomplète de la pathologie cutanée spéciale.

Suivant lui, la principale cause de la dissidence des esprits au sujet de la *syphilis*, se trouve dans l'existence de symptômes bien connus des anciens, qui se rapprochent pour la physionomie et l'aspect, soit

---

pour y faire entrer notre plus grand poète moderne ?

Ah ! que quelqu'un parmi nous s'avise de suivre ces errements pour une candidature de l'Académie de médecine; que, dans les circonstances actuelles, un écrivain d'assez de courage et de justice se rencontre pour oser dire qu'au milieu de cette pleiade brillante de concurrents qui se pressent à cette heure à la porte de l'Académie, vous êtes sans contredit le plus éclatant, le plus solidement lesté, le plus parfaitement académique, le plus digne, en un mot, des suffrages de la Compagnie, et que ces assertions soient prouvées par l'énumération appréciative de vos travaux et de vos services, ne voyez-vous pas une douzaine de rancunes et de haines se dresser menaçantes contre ce critique imprudent? Ne l'accusera-t-on pas de partialité, de méchanceté, de servilité, de corruption peut-être? Cette appréciation comparative serait cependant très légitime, et j'ose dire qu'en la négligeant, la presse manque à ses devoirs et à sa mission.

L'énumération serait encore bien longue, des sujets sur lesquels la critique médicale pourrait s'exercer avec fruit et convenance, et sur lesquels elle est aujourd'hui impuissante et nulle : les concours si fâcheusement négligés par elle; les concours, dont l'intrigue, de plus en plus audacieuse, tend à dénaturer, à pervertir la noble institution, et où l'intervention loyale et honnête de la critique pourrait être si utile; les hôpitaux scientifiquement et administrativement considérés; les nominations à tous les emplois médicaux que le népotisme, les coteries et la faveur sont libres aujourd'hui, grâce au silence coupable de la presse, de distribuer d'une façon si inintelligente et si partiale; l'Académie de médecine et l'examen de sa composition, de ses œuvres, des résultats auxquels elle aboutit; les rapports des médecins avec le public, sujet grave et délicat que le Congrès médical ne voulut pas aborder, et qui agite à cette heure une des Sociétés de médecine de Paris; les rapports des médecins entre eux, objet inépuisable de considérations fécondes, et une foule d'autres sujets tout aussi intéressants que je ne puis pas même indiquer, car il faut que j'abrége.

Donc, mon cher maître, sur tous ces points, comme sur tous ceux que je passe sous silence, critique molle, stérile, impossible soit par la timidité des écrivains, soit par les habitudes indifférentes du public médical.

Eh bien ! c'est sur cette terre presque inexplorée, ou plutôt c'est sur cette mer semée de rescifs et d'écueils que le *feuilleton* médical osa se produire il y a déjà plus de quatre ans. Ses premiers pas furent et devaient être incertains et chancelants. Tout lui était nouveau, la matière, le public, ses habitudes, ses goûts; serait-il lu, serait il accepté? Et, pour chercher à l'être, il lui fallut, il lui faut encore, après plus de quatre ans d'usage, une prudence extrême, des précautions infinies pour aventurer ce qu'il veut dire, et pour le dire de façon à s'insinuer doucettement et sans violence dans l'esprit de ses diverses classes de lecteurs. Il s'empresse de le reconnaître et de leur en offrir l'expression vive et sincère de sa profonde gratitude, ses lecteurs ont été pour lui, il est vrai, d'une bienveillance extrême; ils ont fait à cette œuvre hebdomadaire une sorte de réputation qu'elle ne méritait pas et qu'assurément elle était bien loin d'ambitionner. Mais, à cause même de cette excessive indulgence, le *feuilleton* est-il obligé de redoubler d'efforts pour la mériter encore et toujours; et vous voyez, mon cher esculape, pour en revenir à mon point de départ, que ce que vous considérez comme un travail d'une très facile et peu laborieuse exécution peut avoir ses embarras, ses difficultés, peut donner des préoccupations sérieuses, et que la *distraction* que vous prescrivez à ma convalescence, si heureusement affermie par vos soins généreux et dévoués, est peut être un peu forte.

En finissant, permettez-moi de dire sous votre couvert, à mes lecteurs, que, tout en me faisant une juste idée des périls qu'offre la critique sérieuse et sincère, je n'en suis pas cependant effrayé plus qu'il ne faut; que je crois avoir prouvé de temps à autre qu'il est possible de l'exercer avec convenance et mesure, et qu'ils me pardonneront, j'en suis certain, de négliger quelquefois la partie frivole et anecdotique de l'actualité pour élever le *feuilleton* à la hauteur d'une discussion grave, digne d'eux, digne de ce journal même, digne de mes intentions pures et droites. Je leur demande à cet égard, comme je le demande à mon honorable rédacteur en chef, liberté tout entière. Le *feuilleton* qui a eu l'honneur et le bonheur d'exciter en médecine le plus grand mouvement des esprits dont on ait conservé la mémoire, ne peut pas stérilement se consacrer tout entier à de puériles distractions. Sa mission s'est élevée, son horizon s'est agrandi; il faut qu'il soit fidèle à sa mission, qu'il ait liberté d'embrasser son horizon nouveau. Pour cela, ce n'est ni la volonté, ni la bonne foi, ni le sentiment de la vérité et de la justice qui lui manqueront; mais, hélas! ce que rien ne remplace et pour lesquels il sollicite encore la complète indulgence du lecteur, la force et le talent.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Des bruits assez alarmants sur l'état de la sante publique ont couru à plusieurs reprises pendant le cours de cet été; on a même parlé de quelques cas de choléra. L'administration désirant, un peu tard peut-être, être éclairée sur la valeur de ces bruits, vient de demander aux médecins des hôpitaux de Paris le relevé exact des cas de choléra qu'ils auraient observés. Il résulte de cette enquête qu'aucun cas de choléra asiatique ne s'est présenté, et qu'on n'a eu à traiter que des accidents cholériformes, tels que ceux qui résultent presque chaque année des grandes chaleurs et de l'usage immodéré des fruits. L'état sanitaire de Paris est, d'ailleurs, excellent en ce moment.

— C'est mercredi passé qu'a dû s'ouvrir à Southampton le seizième congrès de l'association britannique, auquel les savants de tous les pays sont appelés à prendre part. On cite, parmi les savants les plus célèbres de l'Angleterre, Herschell, Faradey, Owen, Richardson; et parmi ceux de l'étranger, Oersted et Forchhamer, du Danemark; Middendorf, de Russie; Retzius et Svamberg, de Suède; Rose, de Prusse; Matteucci, de Modène; Schoubein, de Bâle; Warttmann, de Lausanne.

— On lit dans plusieurs journaux ce qui suit :

« M. le duc de Doudeauville rapporte d'Allemagne un remède contre la rage; les effets merveilleux de ce remède lui ont été attestés par des personnes dont la parole, dit-il, mérite toute confiance. M. le duc de Doudeauville fait appel à la publicité pour vulgariser ce remède aussi efficace que facile à se procurer. Nous nous empressons d'en donner la recette.

» *Remède éprouvé contre la morsure des chiens enragés.* — A la fin du mois de mai, au commencement de juin, ou bien au mois de septembre, il faut cueillir les quatre espèce d'herbe suivantes :

» 1° *Euphorbia villosa*, 2° *Veratrum album*, 3° *Polygonium hydropiper*, 4° *Helleborus vulgaris*.

» Ces plantes croissent habituellement dans les prairies marécageuses. Pour s'en servir, on prend une forte pincée de chacune d'elles, on les met dans une théière, et on jette dessus de l'eau bouillante, comme pour une infusion de thé. Après quelques minutes d'infusion, on en donne la valeur d'un verre ordinaire à la personne ou au chien qui a été mordu par un chien que l'on sait ou que l'on croit avoir eu la rage. Dans les premiers moments, on se contente de laver la plaie avec de l'eau et du vinaigre. Il faut laisser écouler vingt-quatre heures pour un chien, et deux fois autant pour un être humain avant de leur faire avaler le remède que l'on vient de décrire. Il a, outre l'avantage précieux de détruire les effets de la morsure, celui d'indiquer avec certitude si elle provient d'un chien effectivement enragé ou non. Dans le premier cas, cette potion, qu'il faut toujours prendre à jeun, produira des vomissements violents, et on continuera à la donner jusqu'à ce que les vomissements soient entièrement calmés, ce qui arrive ordinairement après la troisième et au plus la quatrième dose, en en prenant une chaque jour. Si, au contraire, le chien n'était pas enragé, le malade ne vomira pas. Il suffit de l'essayer deux fois de suite; mais alors la frayeur serait dissipée, et on éviterait le danger qui provient d'une imagination frappée. Après avoir passé par l'épreuve de ce remède, on peut, sans aucun inconvénient, conserver un chien qui aura été mordu, et que l'on verra retrouver de l'appétit, et recommencer à boire de l'eau comme de coutume, sans être sujet à aucune rechute ni incommodité ultérieure. »

des symptômes *primitifs*, soit des symptômes *consécutifs* de la vérole, et qui sont cependant étrangers à cette maladie. Enfin M. Gibert, après avoir indiqué le traitement qui lui paraît généralement préférable (l'administration intérieure du *sirop de deuto-iodure-ioduré*), s'élève à quelques considérations sur les médications *spécifiques* comparées à celles dites *rationnelles*. Le principal objet du thérapeutiste doit toujours être, suivant lui, la recherche des remèdes *spécifiques*. « N'est-ce pas en effet (dit-il en terminant) la médication la plus éminemment rationnelle, celle qui s'attaque directement à la cause du mal? Or c'est évidemment là que tend l'empirisme raisonné appliqué à la recherche des médicaments spécifiques : « *Sublata causa tollitur effectus*. »

REVUE GENÉRALE.

Résorption purulente. — Le docteur Tessin vient de publier, dans la *Gazette médicale*, quelques considérations sur l'emploi de l'alcoolature d'aconit dans l'infection purulente. Après avoir insisté d'abord sur la difficulté du diagnostic que présente cette maladie, soit qu'elle existe seule, soit qu'elle vienne compliquer une autre affection plus ou moins grave par elle-même, ce médecin conseille de commencer le traitement, lorsque la maladie débute par une inflammation, par l'emploi de moyens antiphlogistiques énergiques, sangsues, bains locaux et généraux, etc. Lorsque le malade est convenablement affaibli, il administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

Siroq simple,	250 grammes.
Alcoolature d'aconit,	8

Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de manière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures; continuer ensuite en augmentant ou diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou l'amélioration obtenue.

En même temps, on favorise la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb, contenant 3 grammes de sel pour 30 d'axonge. On recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de lin.

Le résultat de cette médication est de calmer la fièvre, et d'amener au bout de douze heures environ une amélioration sensible. M. Tessin conseille, lorsque la maladie est très grave, comme à la suite des grandes opérations, dans la péritonite puerpérale, etc., de donner l'aconit dès le début des accidents, d'en forcer les doses et d'en saturer pour ainsi dire l'économie.

Ce médicament constitue non-seulement un traitement curatif, mais encore il peut, suivant l'auteur, prévenir le développement de la maladie; ainsi, lorsqu'on a lieu de redouter cette affection, on donne aux malades un gramme d'alcoolature d'aconit chaque jour dans leur tisane.

L'auteur rapporte plusieurs observations de diathèses purulentes dans lesquelles l'aconit a fait merveille. Il cite surtout quelques cas de péritonite puerpérale, qui, comme on le sait, constitue une maladie presque toujours mortelle lorsqu'elle sévit dans les hôpitaux sous forme épidémique. Enfin, il termine son travail par le récit d'une infection purulente, observée dans le service de M. Nélaton, et qui se termina par la guérison, grâce à l'emploi de l'aconit par la méthode indiquée.

Depuis la publication du travail de M. Tessin, M. Malgaigne a eu l'occasion d'employer plusieurs fois en pareille circonstance l'alcoolature d'aconit, et dit n'en pas avoir vu d'effets bien tranchés. Cependant, comme ce médicament, s'il n'est pas utile, n'est à coup sûr pas nuisible administré à ces doses et avec les précautions indiquées par M. Tessin, il mérite d'être expérimenté de nouveau; la gravité de l'affection à laquelle on l'oppose fait un devoir aux praticiens de chercher à éclairer la question par de nouvelles tentatives.

Correspondance.

De la transmission de la blennorrhagie de la femme au péritoine par les trompes; de l'oblitération du pavillon et de la stérilité qui en sont la suite.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une leçon de M. Ricord publiée dans le numéro du 10 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*, il est dit que la blennorrhagie se propage quelquefois à l'ovaire chez la femme, comme à l'épididyme chez l'homme. D'autres observateurs avaient également établi cette analogie, quoiqu'il n'y ait pas le même rapport de continuité entre l'utérus et l'ovaire qu'entre l'urètre et l'épididyme; et, chose singulière, personne, que je sache, n'avait même songé, avant moi, à ce qui pouvait résulter, en pareil cas, de la continuité qui existe entre la muqueuse des organes urinaires de la femme et le péritoine. Ainsi, beaucoup ont parlé de l'ovarite blennorrhagique, et on n'a rien dit de la péritonite blennorrhagique et de ses effets C'est que cette péritonite est ordinairement très limitée, et ne se termine pas par la mort. Une inflammation vive, une douleur intense se manifestent subitement vers le bassin; la malade se soigne nécessairement; le médecin met en usage un traitement antiphlogistique vigoureux : tout rentre dans l'ordre, et l'on ne sait pas positivement à quoi l'on a eu affaire. « Quant à l'anatomie pathologique, dit M. Ricord, il m'a été impossible de vous en rien dire; nous n'avons pas encore eu un seul fait terminé d'une manière funeste, et toutes les femmes que nous avons traitées ont parfaitement guéri. »

Quant à moi, l'observation de quelques faits et le raisonnement m'avaient déjà donné lieu de soupçonner la possibilité d'un transport de l'inflammation blennorrhagique au péritoine par les trompes, lorsqu'une circonstance fortuite vint confirmer mes présomptions. Ce fait a été publié dans mon *Mémoire sur la péritonite considérée comme cause de stérilité chez les femmes* (Gazette médicale, 1838, p. 577), et la pièce anatomique, que je conserve encore, a été présentée à la Société anatomique.

Il s'agit, dans cette observation, d'une fille de dix-neuf ans qui, affectée de blennorrhagie depuis quelques semaines, fut prise des prodromes d'une fièvre typhoïde. Pendant ce temps, une douleur intense se manifesta tout à coup vers le bassin; une application de 40 sangsues amena de l'amélioration; mais la fièvre typhoïde ayant, malgré cela, poursuivi son cours, la mort survint au bout d'un mois. Voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie :

« Dans le canal digestif, il existe environ soixante ulcérations à différents degrés.....

» Face interne des grandes lèvres rouge et boursouflée, à gauche surtout; elles sont excoriées çà et là. Les nymphes sont couvertes de granulations serrées, de la grosseur de petites têtes d'épingles.

» La vessie, très petite, contient un peu d'urine puriforme. Sa membrane interne est rosée, surtout aux environs des uretères et de l'orifice uréral. La partie inférieure de l'urètre, jusqu'à trois lignes environ, offre une teinte rouge uniforme très foncée. Plus haut, ce canal ne présente plus que des taches rouges assez nombreuses.

» Le vagin, depuis la vulve jusqu'à un pouce et demi de hauteur, a une teinte rouge extrêmement foncée. Dans cet endroit aussi, les rides transversales sont plus prononcées que de coutume, surtout en avant, où l'on voit de petites saillies serrées et semblables à de petites végétations. Plus haut, la teinte rouge est bien moins foncée.

» Le col de l'utérus est un peu plus rouge que la partie du vagin qui l'entoure. Son ouverture, qui est une fente transversale assez large, indique que cette femme a été mère..... La cavité du col a une couleur rouge presque violette. Le tissu de la matrice n'est pas enflammé; mais sa membrane muqueuse est d'une couleur lie de vin très foncée. L'inflammation se continue dans les trompes, qui ne sont pas oblitérées du côté de la matrice. La cavité de ces diverses parties contient un mucus puriforme assez abondant; on n'y trouve point d'ulcérations.

» Dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans le petit bassin, le péritoine est parfaitement sain. Les intestins ne nous ont pas présenté la moindre perforation; d'ailleurs, le péritoine à leur surface n'offrait aucune altération. Mais dans le cul-de-sac vésico-utérin, en bas de la face postérieure de la vessie et sur la face antérieure de la matrice, existaient de fausses membranes rougeâtres, molles, granuleuses, minces et faciles à détacher. Dans le cul-de-sac utéo-rectal, le péritoine est également enflammé, livide çà et là, et recouvert d'adhérences filamenteuses qui s'étendent de la matrice au rectum. D... adhérences, filamenteuses également, recouvrent les ligaments larges, les ovaires et les trompes, à tel point qu'on ne peut retrouver les franges de la gauche, qui est ainsi oblitérée. Malgré les adhérences nombreuses qui environnent le pavillon droit, sa cavité communique encore avec le péritoine. »

Je ne m'arrêterai pas à démontrer que ces faits est un bel exemple de ce qu'on a appelé depuis vaginite granuleuse, et je ne rappellerai pas les conséquences que j'en ai tirées ailleurs (Revue médic., 1843) au sujet de la marche des blennorrhagies urétrale et vaginale; je me bornerai à rappeler qui la péritonite était circonscrite aux environs de l'utérus, et que cependant le tissu propre de ce dernier organe était parfaitement sain. D'ailleurs, les fausses membranes étaient évidemment plus solides, et par conséquent plus anciennes, au niveau du pavillon des deux trompes, ce qui prouve que la péritonite avait là son point de départ, ou plutôt qu'elle n'était qu'une extension de l'inflammation intense dont la muqueuse des organes génitaux était le siége.

Autre conséquence. Cette femme, sans sa fièvre typhoïde, aurait sans doute guéri. Or, le pavillon gauche était oblitéré. Si donc le droit l'eût été également, la stérilité en aurait nécessairement été le résultat. Qui sait d'ailleurs si la simple adhérence des franges, que nous avons rencontrée à droite, ne suffirait pas pour amener la stérilité, en empêchant le pavillon de s'incliner vers l'ovaire afin de recevoir le germe? Qui sait même si cette circonstance ne pourrait pas devenir la cause d'une grossesse extra-utérine, en laissant tomber ce germe dans la cavité abdominale?

Les femmes publiques, les filles de joyeuse vie, deviennent assez rarement mères, comme on sait. Ne pourrait-on pas se demander si les maladies auxquelles elles sont exposées ne deviennent pas pour elles une cause fréquente de stérilité, en produisant la lésion dont je viens de parler? Si je m'occupais de toutes les obstructions des trompes, quel qu'en fût le siége, je pourrais rapporter ici une observation de Morgagni, qui, chez une femme qu'il regardait comme affectée d'une maladie vénérienne ancienne, trouva l'une des trompes réduite à un cordon ligamenteux (Ep. LXIX, art. 16; mais ce qu'il dit de l'état de ces organes chez une courtisane qui mourut subitement d'un épanchement de sang dans le péricarde, pendant qu'elle se livrait aux manœuvres de sa profession, vient trop à l'appui de ce que je viens d'avancer pour ne pas le citer textuellement : « *Tubarum altera cum altero ovarii extremo habebat suam ultimam partem connatam. Hæc autem in erat utraque prorsus occlusa ut neque orificium, neque fimbriæ ulquam apparerent* » (Ep. XXVI, art. 13). Chez une autre fille publique, morte d'une inflammation de poitrine, et présentant les cicatrices de nombreux bubons, il trouva que chacune des trompes, quoique ayant son orifice libre, était *adhérente* à l'ovaire voisin (E. XLVIII, art. 32). On voit que dans ces deux derniers cas il avait existé une péritonite tubaire dont l'origine commune avait été, suivant toute probabilité, dans les organes intermédiaires, c'est-à-dire dans l'utérus et le vagin. Comment se fait-il que Morgagni n'ait pas cherché à s'expliquer la cause et l'enchaînement des phénomènes qu'il observait?

Agréez, etc. Dr Aug. MERCIER.

Paris, 10 septembre 1846.

— On écrit de Rotterdam :

La constitution médicale que l'on observe à Paris et en France, se montre avec les mêmes caractères en Hollande. A Amsterdam, à Rotterdam, il y a eu un grand nombre de cas de cholérine; mais jusqu'ici aucun malade n'a succombé.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 17 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 109. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Du rhumatisme articulaire.

(Suite du numéro du 8 septembre.)

Le rhumatisme articulaire peut se présenter sous des formes très diverses. Dans un grand nombre de cas, il offre tous les caractères ou beaucoup des caractères des maladies franchement et purement inflammatoires. Ainsi il s'accompagne de frissons d'abord, puis d'un mouvement fébrile intense, de douleurs dans les articulations, de rougeur des téguments, de tuméfaction plus ou moins considérable. Il y a augmentation de sécrétion des liquides articulaires, et par suite distension de la cavité synoviale. Cet ensemble de phénomènes se rapproche bien évidemment des phénomènes inflammatoires ; mais est-ce bien là une inflammation ordinaire, pure et simple, comme celle que l'on observe dans le phlegmon, par exemple, ce type des phlegmasies locales, dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire ou de la membrane séreuse qui revêt l'organe respiratoire ? Nullement. Cette phlegmasie articulaire, après un intervalle plus ou moins long, va abandonner l'articulation qu'elle occupait primitivement pour se porter sur une autre ; plusieurs articulations vont se prendre à la fois. Sont-ce là, nous le demandons, les caractères d'une phlegmasie simple ?

Le rhumatisme a, au premier aspect, l'apparence inflammatoire ; mais par plusieurs caractères, par sa mobilité surtout, par la facilité avec laquelle il abandonne une articulation pour se porter sur une autre, il a un cachet spécial que l'on ne peut se refuser à reconnaître.

Si du rhumatisme articulaire nous passons au rhumatisme musculaire, qui n'est pas accompagné des phénomènes ordinaires de l'inflammation, nous n'y trouvons ni rougeur des téguments, ni tuméfaction de la partie malade, ni gêne dans les mouvements. Persiste-t-elle, cette douleur ; elle est soulagée par l'exercice, par la pression. Un des moyens de traitement les plus efficaces ce sont les frictions, qui procurent aux malades un soulagement prompt et souvent durable. Enfin l'autopsie cadavérique, dans les cas rares où l'on a eu l'occasion de la pratiquer, car on ne meurt pas du rhumatisme musculaire, l'autopsie cadavérique ne fournit aucune donnée ; on ne rencontre pas de lésion pathologique.

Depuis que l'on cherche à élucider la question de la nature du rhumatisme, on a fait bien des ouvertures de cadavres. Morgagni disait avoir remarqué dans les muscles que l'on supposait être le siége de l'affection, une coloration un peu plus foncée du tissu musculaire chez un individu dont il avait eu l'occasion de faire l'autopsie. Le rhumatisme musculaire se présente avec des désordres fonctionnels dont la gravité est proportionnelle à l'intensité de la maladie. On y rencontre des phénomènes tout à fait analogues à ceux que nous trouvons dans les névroses. Aussi serait-il presque naturel de ranger le rhumatisme musculaire dans la classe des névroses ; pour le rhumatisme articulaire, il se rapprocherait davantage des inflammations, près desquelles on pourrait le placer dans le cadre nosologique, tout en faisant la part de la physionomie spéciale qu'il présente et dont nous avons parlé plus haut.

Il est des cas où, de prime abord, l'affection rhumatismale donne lieu à une sorte de dépôt calcaire dans la cavité articulaire, dans le tissu fibreux. Quelquefois, mais ceci est excessivement rare, la peau est elle-même percée par ces concrétions tophacées. Cette manière de se comporter du rhumatisme ressemble-t-elle à une phlegmasie ? Ces productions se sont formées lentement, insensiblement ; au niveau des articulations, l'on a vu se développer des *tophus*, des matières calcaires, qui se sont pour ainsi dire infiltrées dans toutes les parties constituantes de l'articulation. On voit par ces quelques considérations, auxquelles nous ne pouvons donner ici plus d'étendue, que le rhumatisme se rapproche tantôt des névroses, tantôt d'autres affections éminemment différentes. Le nom de *protéiforme*, que l'on a appliqué à la syphilis, peut être avec autant de raison appliqué au rhumatisme. Cette affection présente des effets variés, nombreux, qui tous se rattachent à la cause qui a produit la maladie ; il y a identité dans la nature de l'affection, bien que les résultats de l'action de cette cause, loin d'être semblables, présentent souvent les plus notables différences.

De ce que nous venons de dire, il résulte ceci : Que le rhumatisme est une affection spéciale, *sui generis*, qui ne peut ressembler à aucune autre maladie ; quant à son siége, nous ne voyons que le tissu fibreux qui puisse expliquer cette universalité du siége que l'on remarque dans le rhumatisme.

Le rhumatisme peut-il se rencontrer dans tous les viscères ? Là où les viscères ont une organisation fibreuse, le rhumatisme peut se montrer, et se montre en effet souvent. La vessie, la matrice, le cœur, les membranes du cerveau et de la moelle épinière sont autant de parties où il est possible que le rhumatisme existe, et où il peut déterminer la production de certaines phlegmasies. C'est ainsi que nous pourrions expliquer le développement de certaines inflammations cérébrales qui surviennent dans le cours des affections rhumatismales aiguës intenses, et qui les rendent très graves. Quant au cœur, il paraîtrait, d'après la structure de ce viscère et d'après la nature des tissus qui entrent dans sa composition intime, que le rhumatisme aurait une assez grande tendance à s'y porter.

On a pensé que le rhumatisme articulaire aigu avait une action presque spéciale sur le cœur, et l'on a fait grand bruit de la coexistence des maladies de l'organe central de la circulation et des affections rhumatismales des articulations. Nous avouons ne pas comprendre pour quelle raison l'on a plutôt choisi le rhumatisme articulaire pour lui rapporter les lésions si fréquentes que l'on rencontre dans le tissu fibreux du cœur. Nous pensons, et notre opinion est fondée sur l'expérience de longues années et sur l'observation journalière de nombreux faits particuliers, que le rhumatisme musculaire peut aussi bien se propager, mieux même peut-être, que le rhumatisme articulaire au tissu fibreux du cœur. On a pensé que cette affection pouvait se porter sur le cœur dans un très grand nombre de cas ; qu'il existait presque constamment du côté de l'appareil circulatoire des phénomènes particuliers intimement liés à l'affection articulaire. Cette fréquence du bruit de souffle au cœur dans le cours des affections rhumatismales est un fait sur lequel tout le monde est à peu près d'accord maintenant. Mais s'ensuit-il de là que le bruit de souffle indique une phlegmasie produite par la maladie primitive ? Nous ne le croyons pas. La preuve en est que ce bruit de souffle n'existe, le plus souvent, que lorsque l'affection rhumatismale a cédé ; or, si le rhumatisme n'existe plus au moment où l'on constate le souffle du cœur, quel rapport de coïncidence peut-on admettre entre les deux choses ?

Depuis que ces idées ont été émises, et que l'on a cherché à établir une loi de coexistence, nous avons voulu vérifier par nous-même jusqu'à quel point était exact ce prétendu rapport de cause à effet. Il n'y avait qu'une seule manière de former notre conviction d'une façon certaine ; c'était de recueillir des faits, et d'examiner, par la méthode numérique, ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans ces assertions. Nous avons donc attentivement noté les cas où l'on avait pu reconnaître la simultanéité du bruit de souffle et des maladies rhumatismales, et depuis plusieurs années, nous avons fait tenir compte de ces observations comparativement au nombre de celles où cette simultanéité n'existait pas. Nous n'avons pu, pour cette conférence d'aujourd'hui, réunir nos relevés des années précédentes, relevés qui seraient, vu le nombre des observations, beaucoup plus concluants que les chiffres d'une seule année clinique. Mais nous allons cependant vous exposer le résumé des faits recueillis cette année, tout en vous faisant remarquer que, dans notre relevé total, la proportion des sujets qui ont présenté le bruit de souffle d'une manière incontestable, n'a pas atteint la moitié des cas recueillis.

Depuis dix-huit mois, trente-cinq rhumatisants ont passé dans les salles de notre service clinique. Sur ces trente-cinq, treize ont offert le bruit de souffle au cœur ; mais parmi ces treize, nous devons noter que cinq présentaient des affections chroniques organiques du cœur antérieures à toute affection rhumatismale. Le nombre des malades doit donc être réduit à trente, parmi lesquels huit seulement ont présenté ce souffle. On voit que, sur cette série de malades, la proportion a été d'un peu plus du quart seulement. Sans pouvoir dire le chiffre exact, le résultat des statistiques des années précédentes était analogue à celui-là. Ce fait, de la présence du souffle pendant la durée ou après la cessation du rhumatisme articulaire, n'est certainement pas le plus important. Et d'abord, il n'est pas pour nous l'indice qu'il y ait une endocardite. L'endocardite est une affection sérieuse, et dont la guérison, si elle est possible, doit être excessivement rare. Dans notre service, nous n'en avons encore observé que trois cas parfaitement authentiques, et tous les trois se sont terminés par la mort. Eh bien ! des trois individus qui ont été atteints de cette inflammation de la membrane interne du cœur, un seul avait un rhumatisme ; chez les deux autres, il n'y en avait jamais eu, à quelque époque que ce fût.

FEUILLETON.

DE LA LITHYMÉNIE, OU DESTRUCTION DES CALCULS VÉSICAUX PAR LES IRRIGATIONS INTRA-MEMBRANEUSES ;

Par le docteur E.-J.-B. DUMESNIL (de Coutances).

Je propose d'appeler *Lithyménie* toute manœuvre opératoire qui consiste à envelopper dans un sac les calculs de la vessie, afin de les attaquer ensuite, soit par les instruments chirurgicaux, soit par les agents chimiques. On dirait donc : Lithyménie par brisement, par trituration, par écrasement, par dissolution, etc., etc. Mais comme je doute que ce procédé préparatoire puisse jamais venir en aide à la lithotritie, je désigne sous ce seul mot « Lithyménie », l'opération qui a pour but de *détruire les concrétions vésicales au moyen de lithontriptiques très affaiblis et poussés par irrigation dans une poche membraneuse isolante*. Je l'ai pris, parce qu'il est simple, euphonique, et qu'il est impossible d'en choisir un qui rende convenablement la phrase précédente ; de plus, il ne fait rien préjuger de la nature des réactifs, qui, comme on le verra, ne doivent point être exclusivement cherchés parmi les dissolvants.

Nuus signalons donc comme s'opposant au succès des irrigations :

1° La distension de la vessie ;

2° La disparition des fluides naturels, mucus et urine qui lubrifient la muqueuse, cause principale d'irritation et d'inflammation ;

3° L'absence d'un courant continuel et rapide baignant immédiatement le calcul ;

4° L'impossibilité qu'éprouvent les fragments à sortir par la sonde ;

5° La difficulté d'apprécier par le cathétérisme à quel point on est parvenu après une ou plusieurs séances.

Toutes ces contre-indications disparaissent si l'on substitue aux irrigations vésicales immédiates les irrigations vésicales médiates ; en d'autres termes, si l'on parvient à isoler la concrétion urinaire et à agir directement sur elle, abstraction faite de la muqueuse et des parois de la vessie.

LITHYMÉNIE.

Il me semble que tous les médecins ont dû se demander souvent, au milieu de leurs méditations scientifiques, s'il ne serait pas possible de mettre, entre les calculs et la cavité urinaire, une barrière qui permît de pousser sans danger des agents puissants sur ces corps étrangers afin d'en obtenir le départ. Si cette idée ne se trouve dans aucun ouvrage de l'antiquité ou du moyen âge, c'est que probablement elle a été jugée aussi impraticable que vulgaire. De nos jours on a, dit-on, construit un réseau métallique imperméable pour renfermer le calcul, et l'attaquer ensuite par des réactifs énergiques (Roche et Sanson, etc.). Je suis encore à comprendre comment on peut faire un réseau semblable, l'introduire dans la vessie, y injecter sans crainte un acide concentré, et le fermer ensuite. M. Charrière lui-même ne le comprend pas davantage, et l'un doit s'applaudir qu'une pareille idée n'ait pas été suivie de l'exécution.

Je viens aujourd'hui proposer un instrument pour isoler la pierre, et la traiter par les lithontriptiques, mais tellement affaiblis, comme on l'a vu plus haut, que le danger serait à peu près nul lors même qu'ils toucheraient accidentellement la muqueuse urinaire.

Dès le mois d'août 1845, j'avais versé dans de petits sacs de boyau de mouton des solutions acides et alcalines, et j'avais observé que tous les liquides qui ont servi jusqu'alors aux dissolutistes n'étaient pas assez forts pour altérer les parois de mes membranes. J'avais aussi inventé une espèce de sonde qui me permettait d'introduire dans la vessie un condom, de l'y déployer et d'y loger la pierre, etc. Bientôt je me procurai des calculs, je fis des expériences nombreuses, et je me convainquis que les réactifs ordinaires n'avaient pas assez d'action pour dissoudre rapidement les concrétions vésicales, qu'il fallait y suppléer par la quantité et la rapidité du jet, etc. ; je pensai donc, non à enfermer la pierre dans un petit mais bien dans un long sac qui pût ressortir par le canal de l'urètre, et dans lequel les irrigations auraient lieu : cette condition de la sortie de l'ouverture de la membrane est indispensable. D'autres peuvent avoir songé comme moi à l'emploi des enveloppes non métalliques ; mais si l'on n'y joint pas la méthode de l'irrigation, ce système n'a pas de chances d'avenir.

Laissons là cette question de priorité ; et avant d'aborder la description de mon *hyménophore* et du procédé opératoire, donnons quelques détails sur la résistance des membranes aux dissolutions lithontriptiques, et sur le phénomène de l'exosmose.

J'ai employé particulièrement des condoms, mais il serait peut-être aussi avantageux d'avoir recours à des intestins desséchés de divers animaux. J'avais regardé d'abord comme indispensable la présence d'un infundibulum, tel que celui de l'appendice cœcal ; mais j'ai reconnu depuis qu'un segment intestinal lié fortement à l'un de ses bouts par un fil de soie serait tout aussi bon et tout aussi sûr. Avant de répéter les expériences chimiques qui ont été faites sur les calculs, j'avais voulu constater jusqu'à quel point ces membranes peuvent résister à l'action des alcalis et des acides. Une solution de potasse caustique, à l'énorme dose d'un dixième, ne les ramollit sensiblement qu'après un contact de plusieurs heures, et les solutions acides au même degré ne les ont jamais perforées ; cependant je les y ai abandonnées jusqu'à l'entière évaporation ; les poches sont même devenues plus résistantes. Bien plus, c'est que si dans une membrane prête à se rompre au moindre effort, par l'effet longtemps continué des liquides alcalins, vous versez une solution acide, après quelques instants le tissu a repris une force telle que les secousses, l'action des doigts, l'impression même des ongles ne peuvent le déchirer. J'ai augmenté la densité des liquides acides, et la perforation n'a pas encore eu lieu. Pour que cela arrivât, la concentration devrait être telle, que la membrane se crispât et se racornît ; or c'est à peine si un acide pur étendu dans une ou deux fois son poids d'eau distillée, produit ce résultat. Aussi, quand nous proposons des solutions acides au vingtième, nous sommes aussi certain de la résistance des membranes que si leurs parois étaient de verre ; nous affirmons qu'un semblable liquide injecté pendant un ou deux jours, sans discontinuité, n'y oc-

Voilà ce que nous avions à dire de la prétendue coïncidence des affections du cœur et du rhumatisme articulaire. On voit combien les résultats de l'observation sont loin d'être les mêmes que ceux de la théorie.

Le traitement du rhumatisme n'est pas chose moins importante, et n'a pas soulevé de moindres discussions. Il y a des médecins qui ont autrefois pratiqué, dans le traitement du rhumatisme, de nombreuses et d'abondantes saignées. Nous devons dire que la plupart y ont renoncé maintenant. Le plus grand nombre des praticiens traitent sans beaucoup d'énergie les affections rhumatismales aiguës, et peu de sujets succombent; le rhumatisme articulaire, encore moins le rhumatisme musculaire, ne tuent point ou tuent rarement. Mais, dira-t-on, ces malades auront plus tard des affections organiques du cœur. Voyons si réellement il en est ainsi, et quelle est la proportion numérique des cas dans lesquels le rhumatisme a précédé le développement des maladies organiques du cœur, surtout s'il s'agit de rhumatisme articulaire aigu. La proportion des affections du cœur consécutives à des rhumatismes est très faible, si on la compare au nombre des sujets, affectés de maladies du cœur, qui n'ont pas eu de maladies rhumatismales.

Sur trente et un faits de maladie du cœur observés et recueillis dans ces dix-huit derniers mois, nous n'avons trouvé que six fois le rhumatisme articulaire ayant précédé la maladie organique. Huit individus, dans le même espace de temps, ont présenté des symptômes d'affection aiguë, trois seulement avaient eu des rhumatismes. Parmi les six sujets présentant des affections chroniques organiques du cœur, ayant été précédées de rhumatisme articulaire, il en est deux qui laissent quelque prise au doute, et qui, interrogés avec soin, nous ont déclaré avoir été sujets aux palpitations longtemps avant d'avoir souffert de leur rhumatisme. Pour ces deux-là, si ce n'est pas certain il est du moins très permis de supposer, pour nous c'est probable, que la maladie du cœur a précédé le rhumatisme. Il résulte de là que dans un huitième seulement des cas, proportion très faible, il y a eu, chez les mêmes individus, rhumatisme articulaire et maladie du cœur; et encore rien ne prouve que la maladie du cœur n'ait pas précédé l'affection rhumatismale.

Vous voyez, d'après cela, combien en médecine il faut porter loin le scepticisme, combien il faut douter des opinions absolues qui vous sont données comme des lois; combien enfin il faut vous garder de jurer *in verbo magistri*. La vérité est une; mais pour l'atteindre il faut la chercher pendant longtemps. C'est elle seule que nous demandons, nous, pour notre part.

Arrivons à un dernier point de l'histoire du rhumatisme qui présente un assez grand intérêt. Nous voulons parler de la suppuration dans le rhumatisme articulaire. C'est là un caractère du rhumatisme que dans l'immense majorité des cas, et à de très rares exceptions près, il se termine d'une tout autre manière que par la suppuration. La terminaison la plus fréquente du rhumatisme articulaire, c'est la métastase. Ainsi, il y a dans une cavité articulaire accumulation de synovie, puis soudainement, sans cause connue, sans que l'on puisse apprécier le mécanisme suivant lequel s'opère ce changement, le liquide épanché se résorbe, l'articulation se dégage, et le rhumatisme passe dans une autre jointure.

Lorsque la maladie doit se terminer complétement, le liquide disparaît, avec lui la tuméfaction, la rougeur et la douleur; mais aucune autre articulation ne se prend, et le sujet revient à l'état de santé. Il ne reste après elle aucune adhérence consécutive, pas de suppuration. Ces adhérences sont tellement rares, que nous ne savons pas si, sur mille cas, on en trouvera un seul dans lequel il y aura des adhérences, ou même de la gêne dans les mouvements articulaires, et dans lequel on aura pu croire que du pus se sera formé dans l'articulation pendant la période d'extrême acuité de la maladie.

S'il en existe un ou deux sur mille, ce seront des exceptions. Or, nous vous l'avons souvent dit, défiez vous des exceptions, *rara non sunt artis*. Si vous examinez de bien près ces cas exceptionnels, si vous étudiez leur physionomie, si vous analysez leurs symptômes, leur marche, vous vous apercevez bien vite que l'affection ne ressemblait pas au rhumatisme articulaire pur et franc dont nous nous occupons ici, que ce n'était pas un rhumatisme seulement. Il y a en médecine des règles qui sont vraies commes règles générales; les exceptions sont des faits qui sont étrangers, dont on doit tenir compte, mais sur lesquels il faut rarement insister.

Nous disons que la terminaison la plus fréquente du rhumatisme est la terminaison par métastase. Par cela seul qu'elle est de beaucoup la plus commune, cette terminaison doit être considérée comme la règle, les autres comme l'exception.

Les cas de terminaison par suppuration sont tellement rares, que depuis plus de trente ans que nous exerçons la médecine, nous n'en avons pas encore rencontré un seul exemple. Nous savons que l'on a cité un fait de terminaison par suppuration, que l'on a dit avoir été recueilli dans notre service; mais cette assertion est fausse, et rien de pareil ne s'est passé. Le fait que l'on a publié a été recueilli en 1830, et à cette époque nous n'étions pas encore à l'Hôtel-Dieu. D'ailleurs, si nous en avions été témoin, qui nous aurait empêché de le publier comme nous avons fait des trois cas d'endocardite dont nous avons parlé? Il constituerait un fait assez extraordinaire à nos yeux, pour que nous ne l'eussions pas passé sous silence. Ce qui a pu faire croire que nous avions vu le fait, c'est que nous étions alors professeur; mais c'est au mois de juillet que l'on a recueilli, dit on, le fait dans nos salles, et nous n'avons pris le service qu'au mois de novembre. C'était, à cette époque, M. Martin-Solon qui nous suppléait; c'est par suite d'une erreur *très probablement involontaire* que l'on aura affirmé que nous avions été témoin du fait.

Parmi les vingt-deux exemples de suppuration qui ont été publiés, il en est un grand nombre qui se rattachent à la même cause, qui sont des faits d'état puerpéral. Ainsi, dans quelques-uns, on a trouvé du pus dans les veines utérines. Le pus absorbé de cette manière est arrivé dans les articulations. dans le tissu cellulaire périphérique, etc., et y a déterminé des abcès. Peut-on, nous le demandons, rapporter ces faits consciencieusement à des rhumatismes terminés par suppuration? N'est-on pas bien plus en droit de les rattacher à des résorptions purulentes déterminées par un état puerpéral?

Nous mettons hors de cause les faits dans lesquels il était possible qu'il y eût une phlébite suppurative et infection purulente, faits antérieurs à l'époque où l'attention des médecins a été appelée d'une manière sérieuse sur cette maladie jusqu'alors méconnue.

Il est un certain nombre d'autres faits qui sont simplement constitués par des autopsies cadavériques. Les symptômes n'ayant pas été notés pendant la vie, la marche et la physionomie de l'affection étant complétement inconnues, ces faits sont totalement insignifiants, et nous devons les mettre, comme les premiers, encore en dehors de toute discussion. Ce n'est pas avec des faits tronqués, incomplets, lorsque l'on veut faire l'histoire d'une maladie nouvelle, que l'on peut constituer la science.

Dans quelques cas, il y a eu du pus dans l'intervalle des muscles. Ces faits, nous les avons déjà discutés. Un sujet, par exemple, est pris de douleurs vives dans la cuisse; il y a de la fièvre, une réaction vive. On appelle un médecin qui examine le membre, ne trouve aucune lésion appréciable, et conclut simplement en rapportant la douleur et la fièvre à un rhumatisme musculaire. Or, ce n'était point un rhumatisme, c'était un phlegmon. On trouve dans les auteurs cinq ou six observations analogues à celle-là. Il y a là évidemment erreur de diagnostic. On a rencontré des phlegmons du cou qui en ont imposé pour des rhumatismes musculaires, comme l'avaient fait ceux observés dans la cuisse. Ces faits là, les prendre sans discussion serait absurde; ce ne serait pas faire de la science.

Enfin, on a vu de petits abcès dans l'épaisseur des muscles. Ces faits, recueillis à une époque où la phlébite n'était pas connue, où l'histoire des tubercules était encore très peu avancée, sont maintenant sans grande valeur. Ils prouvent une chose que tout le monde sait, c'est que de petits abcès peuvent se former dans les muscles; mais voilà tout. Certainement, la terminaison par suppuration serait une circonstance qui démontrerait mieux que toute autre la nature inflammatoire du rhumatisme, mais elle est très rare; et alors, se terminât-il quelquefois par suppuration, cela ne prouverait nullement qu'il fût toujours une phlegmasie, cela prouverait simplement qu'il y aurait eu un travail inflammatoire dans les cas où l'on aurait vu cette suppuration.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 15 septembre 1846. — Présidence de M. Roche.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— *M. Husson* demande pourquoi les bustes de Corvisart, de Laennec et de Broussais n'ont point été placés dans la salle des séances comme l'Académie l'avait décidé.

M. Cornac réclame le même honneur pour Dupuytren.

— *M. le président* annonce à l'Académie que M. Vogel, son correspondant à Munich, assiste à la séance.

— *M. Prus*, rapporteur de la Commission de la peste:

La Commission de la peste et des quarantaines s'est encore réunie plusieurs fois depuis votre dernière séance. Elle a terminé le nouveau travail auquel elle a dû se livrer.

Les conclusions médicales du rapport ont été réduites à cinq.

Les conclusions pratiques ou d'application ne sont plus qu'au nombre de deux.

Je vais avoir l'honneur de vous faire connaître, au nom de la Commission, la teneur de ces conclusions réduites.

1° *Lieux où naît la peste.* — Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont: en première ligne, l'Egypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire de Maroc. Le même danger ne paraît plus exister pour l'Algérie.

2° *Causes de la peste.* — Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux; un air chaud et humide; des maisons basses, mal aérées, encombrées; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation insuffisante et malsaine; une grande misère physique et morale; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

3° *Transmissibilité.* — La peste, à l'état sporadique, ne paraît pas susceptible de se transmettre.

La peste épidémique est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

4° *Modes de transmission.* — Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades; ces miasmes, répandus dans des endroits clos ou mal ventilés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle que les marchandises ne transmettent pas la peste.

5° *Incubation.* — En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

6° *Prophylaxie de la peste. Par l'hygiène.* — Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en combattant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

Les mesures suivantes, bien observées, seraient suffisantes pour prévenir l'importation de la peste en France:

7° *Par la législation sanitaire.* — Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par des médecins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

Leur délivrer:

Patente nette en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existerait pas ou n'existerait qu'à l'état sporadique;

Patente brute en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Avec la première patente, leur imposer dix jours de quarantaine d'observation. — Avec la seconde, quinze jours de quarantaine d'observation.

---

casionnerait aucune altération, et leur donnerait même plus de consistance.

Il ne serait pas prudent de continuer longtemps des injections intramembraneuses avec les solutions de potasse ou de soude au dixième; le ramollissement serait à craindre, surtout si on ne revenait pas promptement à des irrigations acides qui rendent le ton au tissu affaibli. Mais nous sommes loin d'être obligé d'avoir recours à un pareil dissolvant; il vaut mieux mener l'opération un peu plus lentement, et rester dans une complète sécurité. Nos dissolutions, où la potasse n'entre que pour 2 à 3 grammes sur 100, ont encore assez d'énergie sur les concrétions urinaires, et n'en ont que bien peu sur nos petits sacs. Il est certain que l'eau distillée, même seule, finirait par produire une espèce de macération que la potasse favorise encore; mais peu nous importe, ce ramollissement ne se prononce d'une manière évidente qu'au bout de trois ou quatre jours, et nous n'aurons jamais lieu de prolonger nos séances plus de deux ou trois heures. Par conséquent, si les malades voulaient qu'on allât plus loin, il n'y aurait pas encore la moindre crainte à concevoir. De plus, je me suis assuré dernièrement, chez les boyaudiers, qu'on peut préparer des sacs excessivement minces dans leur longueur et très épais dans leur fond, et l'on établit ainsi ceux dont je me sers depuis quelque temps.

Je suis aussi tranquille, grâce à ces essais, qu'un architecte qui, après avoir construit un pont, le voit résister à une charge décuple de celle qu'il doit jamais supporter.

Dès que j'ai eu reconnu que les liquides acides et alcalins, suffisant à la destruction des calculs, pouvaient être infiniment plus faibles que ceux dont je m'étais servi pour éprouver mes enveloppes membraneuses, j'ai renoncé à expérimenter avec des solutions concentrées, et les plus fortes ont été celles où l'acide entrait pour un dixième, et la potasse pour un vingtième; dose encore bien supérieure, on le voit, à celle de nos lithontriptiques. A ces titres, les liquides introduits dans de bons condoms et suspendus au-dessus d'un verre, ne laissent pas en général suinter une seule goutte, même après quarante-huit heures; cependant le sac qui renferme l'alcali peut alors commencer à se laisser pénétrer: si l'ouverture est béante, la pénétration est plus lente que si l'on y a appliqué une ligature. Posées ainsi remplies pendant un jour sur une planchette de sapin ou une feuille de papier, ces membranes les rendent à peine humides; mais il n'y a pas d'apparence de liquide, même si l'on y regarde avec une forte loupe. Néanmoins, ici commence un phénomène qui serait plus promptement produit si les sacs étaient plongés dans l'eau. La langue appliquée sur ces petites outres y perçoit une saveur, peu prononcée, il est vrai, mais positive, qui décèle la qualité de la solution. Les papiers réactifs humides y contractent une légère teinte si on les y applique un certain temps. Plongés dans l'eau froide et surtout tiède, ces petits sacs lui transmettent un goût un peu acide au bout de vingt minutes, et le goût alcalin un peu plus tard. Il y a donc exosmose, et la muqueuse vésicale ne serait pas tout à fait à l'abri du contact des agents chimiques, si le mucus et l'urine ne devaient rester là pour la protéger. De plus, il n'est pas impossible de diminuer et même de rendre presque nulle cette propriété qu'ont les tissus membraneux de se laisser traverser; pour cela, il suffit de les enduire de certaines substances. La térébenthine et l'acide tannique ne m'ont pas donné de résultat satisfaisant; l'huile a très peu d'effet, surtout si l'injection est chaude; l'axonge atteint mieux ce but: le liquide extérieur, quoique tiède, n'est pas sensiblement acide au bout de deux heures; le cérat m'a encore mieux réussi. Très probablement une combinaison d'huile et de blanc de baleine, dont on mettrait plusieurs couches et en dedans et en dehors, serait aussi un excellent liniment. Le sperma ceti fond à 44°68, la cire à 68; ces deux substances doivent donc être préférées aux huiles employées seules, ou aux autres corps gras, qui demandent un degré de calorique moins élevé pour entrer en fusion. On pourra se fixer promptement sur ce point; mais je m'en suis déjà assez occupé pour ne pas redouter l'effet de l'exosmose. Je n'ai pourtant pas pris de grandes précautions; je me suis contenté de frictionner légèrement mes condoms avec un peu de cérat au moment même où j'allais y verser mes solutions.

Quoique l'urine soit plus concentrée que les liquides lithontriptiques, je crois que le mouvement très rapide, opéré à l'intérieur du sac par l'irrigation, annulera en grande partie le passage des solutions à travers ses parois: une condition me paraissait essentielle à l'établissement de ces courants, c'est l'état de repos des deux fluides. L'obstacle apporté par la présence du corps gras s'opposera presque complétement, surtout au commencement de l'opération, au passage du réactif par exosmose dans le milieu qui baigne extérieurement les membranes. Enfin, les phénomènes chimiques variés qui se produisent quand les condoms plongent dans l'urine, m'ont paru anéantir complétement le résultat de l'exosmose. L'on n'a donc pas à craindre que l'acide ou l'alcali soit transporté en nature sur la muqueuse vésicale, ce qui se produirait peut-être à la longue si le liquide extérieur était de l'eau pure et non le produit de la sécrétion rénale.

(La suite à un prochain numéro.)

— La Société médico-chirurgicale de Bologne n'ayant point reçu de réponse à la question qu'elle avait proposée pour sujet du prix offert le 30 mai 1844 par l'un de ses membres honoraires, le professeur Lorenzo Martini, de Turin, a cru devoir, à cause de l'importance du sujet, la remettre au concours. Cette question est ainsi posée:

« Rassembler tous les faits connus de maladies du nerf grand sym-
» pathique et du pneumogastrique vérifiées à l'autopsie; les distin-
» guer avec le plus grand soin les unes des autres; examiner respecti-
» vement les symptômes observés dans le cours de ces affections; et
» avec ces documents, en y ajoutant, si l'on veut, des observations
» particulières, chercher à éclairer le diagnostic des maladies de ces
» nerfs aussi bien que leurs fonctions. »

Le prix est de 500 fr. Les mémoires devront être adressés franc de port, et dans les formes académiques, avant le 31 mai 1848, au secrétaire de la Société, M. Dr. Giov. Brugnoli. Ils pourront être écrits en italien, en latin ou en français.

Compter cette quarantaine de l'instant du départ, en d'autres termes y comprendre le temps de la traversée.

Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée.

Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences décisives aient pu être faites relativement à la transmissibilité ou à la non-transmissibilité de la peste par les bardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela était possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée.

Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage dans le but de purifier les marchandises.

Enfin, disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront, d'ailleurs, y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

L'Académie jugera peut-être convenable de faire imprimer ces nouvelles conclusions avant de les discuter.

La discussion est remise à la séance prochaine.

— *Brierre de Boismont* lit un travail intitulé : *De l'emploi des irrigations et des bains prolongés dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie*. M. Brierre de Boismont expose les méthodes employées jusqu'à ce jour dans le traitement de la manie. Il résulte de ses recherches, empruntées aux ouvrages d'Esquirol, de MM. Aubanel et Thore, de l'article *Manie* du Dictionnaire de Médecine, que si quelques manies guérissent dans le premier mois, les guérisons les plus nombreuses ont lieu du deuxième au quatrième mois. Dans un voyage qu'il vient de faire en Angleterre, il a également constaté que dans les deux principaux établissements de Londres, Bethlem et Saint-Luke, la proportion la plus considérable de guérisons a été obtenue du deuxième au quatrième mois. Mais en France comme en Angleterre, il reste une fraction très forte de malades qui ne guérissent que du cinquième au douxième mois. En résumé, dans tous les pays qui produisent de bonnes statistiques de la folie, le chiffre le plus élevé des guérisons de la manie a lieu vers le deuxième mois. Dans la méthode de l'auteur, le traitement est en général d'une semaine, et ne dépasse pas quinze jours.

72 observations forment la base de ce travail; elles comprennent 35 cas de manie aigoë, 10 d'exaltation maniaque, 11 de délire des ivrognes, 10 de monomanie, 6 de manie chronique intermittente avec symptômes aigus. Sur les 35 manies, 33 ont guéri. Les 11 cas de délire des ivrognes ont tous également guéri. Dans les 10 cas d'exaltation, il y a eu 6 guérisons; les 10 observations de monomanie se sont toutes terminées d'une manière favorable. Les 6 cas de manie chronique intermittente ont résisté à la métbode.

La durée du traitement a été de un à quinze jours. La moyenne des bains d'environ six pour chaque malade.

Le traitement a consisté dans des bains à la température ordinaire, qui se refroidissent lentement, et dans lesquels les malades restent dix, douze et quinze heures, recevant en même temps sur la tête une irrigation d'eau froide qui tombe d'un seau en zinc, à tuyau filiforme, placé à la hauteur de trois à quatre pieds.

M. Brierre de Boismont, après avoir fait ressortir les avantages d'une méthode qui a pour résultats incontestables de soustraire le cerveau beaucoup plus rapidement que les autres procédés thérapeutiques aux effrayantes secousses qui l'agitent et le modifient si profondément, termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Toutes les formes aiguës de la folie et de la manie en particulier peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines;

2° Le traitement à employer pour obtenir ce résultat consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues;

3° La durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures; elle peut être prolongée jusqu'à quinze et dix-huit heures;

4° Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continuées pendant toute leur durée; on peut les suspendre quand le malade est tranquille;

5° Lorsque les malades ont pris huit à dix bains sans amélioration marquée, il faut les cesser. On pourra plus tard les prescrire de nouveau;

6° Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30 degrés centigrades, et les irrigations à celle de l'eau froide;

7° De toutes les formes de la folie, celle qui cède le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations, est la manie aiguë; viennent ensuite le délire aigu simple, le délire des ivrognes, la manie puerpérale, et les monomanies tristes avec symptômes aigus; mais dans plusieurs de ces formes, les guérisons ne sont ni aussi rapides, ni aussi constantes que dans la manie aiguë;

8° La manie chronique avec agitation a été améliorée, mais n'a point guéri par ce traitement;

9° D'après les faits contenus dans ce mémoire, on peut donc affirmer que les guérisons des formes aiguës de la manie sont plus nombreuses et plus promptes par les bains prolongés et les irrigations, que celles obtenues par les autres méthodes;

10° L'emploi des bains prolsngés n'est point nouveau dans la science; mais jusqu'à présent cette méthode, d'une application facile, et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée dans le cas de l'espèce.

(Commissaires : MM. Adelon, Ferrus, Pariset.)

— *M. Sandras* lit un mémoire *Sur la Thérapeutique des affections saturnines*. Il résulte des expériences de MM. Bouchardat et Sandras, que le persulfure de fer est un bon contre-poison du plomb, du cuivre, du sublimé corrosif et de l'arsenic; des travaux des toxicologistes modernes que ces poisons absorbés vont se déposer dans le foie; des recherches de MM. Bouchardat et Sandras, appuyées des expériences de M. Blondlot, que le foie est un organe d'élimination. MM. Bouchardat et Sandras en ont conclu que dans les cas d'empoisonnement il faut toujours, en même temps qu'on évacue ce poison, tenir dans le tube digestif en excès un contre-poison pour prévenir la résorption par les radicules de la veine-porte.

Le traitement appliqué par M. Sandras, et dont les résultats ont été communiqués à l'Académie, est institué d'après toutes ces données.

Il consiste en trois indications principales :

1° Nettoyer le malade en dedans et en dehors du poison qui existe en nature au contact de ses organes;

2° Avoir dans le tube digestif un excès de persulfate de fer destiné à retenir à l'état insoluble toutes les parcelles saturnines excrétées par le foie, jusqu'à excrétion définitive;

3° Remédier activement aux accidents consécutifs de l'intoxication.

Pour la première indication, M. Sandras fait prendre aux malades un ou deux bains savonneux, et immédiatement après leur entrée à l'hôpital une bouteille d'eau de Sedlitz, ou bien une ou deux gouttes d'huile de croton tiglium, ou enfin deux ou trois gouttes de la même huile dans un lavement huileux. Cette partie du traitement est prescrite surtout aux malades ayant avec de grandes coliques une violente constipation; dans quelques cas elle est tout à fait inutile, et elle a été négligée sans inconvénient.

Pour remplir la seconde indication, il fait avaler matin et soir, dès le premier ou le second jour du traitement, une cuillerée à bouche d'un mélange de sirop et de persulfure de fer ainsi préparé :

On fait dissoudre à l'eau tiède dans un vase de terre, 2 kilogrammes de sulfate de fer du commerce. Il faut pour cela un peu plus que le même poids de liquide.

On a d'autre part préparé à l'avance une solution de foie de soufre dans l'eau bouillante; on verse cette solution dans celle de sulfate de fer, et on obtient à l'instant un précipité noir et abondant. On laisse déposer, et quand la liqueur qui surnage ne donne plus de teinte noire par l'addition du foie de soufre dissous, on est assuré que tout le sulfate ferrugineux a été éliminé.

Le précipité noir est ramolli en décantant; on l'étale sur une toile très serrée, et à plusieurs reprises on le lave à l'eau froide et pure, jusqu'à ce que ce résultat de l'opération ne laisse plus dégager l'odeur d'œufs pourris.

On laisse alors égoutter le précipité en ayant soin de le couvrir, et quand il n'est plus que légèrement humide, on l'enferme dans des pots de faïence bien bouchés.

Pour administrer ce persulfure, on en mêle 90 grammes avec 500 grammes de sirop simple, et c'est ce mélange qu'on fait prendre aux malades.

Ils en peuvent sans danger prendre des doses beaucoup plus considérables, et en continuer l'usage pendant des semaines et même des mois.

Enfin, les autres indications sont remplies par l'opium à faible dose quand il s'agit de calmer les coliques, les douleurs, les crampes, de rendre le sommeil; à fortes doses, dans les tremblements avec ou sans délire, les convulsions, les douleurs vives de membres; par la strychnine à l'intérieur ou en frictions, dans les paralysies du mouvement avec engourdissement ou exaltation de la sensibilité de la peau; puis la belladone, dans les cas d'étouffement ou de névralgie; par des applications froides ou émollientes, suivant les cas, contre les douleurs locales de toutes les parties.

Le régime est, aussitôt que faire se peut, le plus substantiel possible.

Depuis le 1er juillet 1844 jusqu'au 1er août 1846, 122 malades, ouvriers de fabriques de blanc de plomb, potiers de terre, imprimeurs, polisseurs de caractères, etc., ont été traités par cette méthode, dans le service de M. Sandras, à l'Hôtel-Dieu annexe. Ils présentaient des signes non douteux d'intoxication saturnine, coliques, constipation, crampes, douleurs musculaires, teinte jaunâtre, tremblement avec ou sans délire, convulsions épileptiformes, paralysies générales ou partielles.

2 seulement ont succombé; l'un à la suite d'une fièvre typhoïde (par conséquent sa mort n'a rien de commun avec les accidents saturnins pour lesquels il était entré), l'autre à la suite de rechutes nombreuses dans des accidents d'intoxication plombique de plus en plus graves.

Tous les autres ont guéri, savoir :

25 en moins de 8 jours;
26 en moins de 15 jours;
17 en moins de 3 semaines;
26 en moins de 4 semaines;
13 en moins de 5 semaines.
15 en plus de 6 semaines, 2 ou 3 mois.

Il y a eu seulement deux récidives sans que les malades eussent remanié le plomb. Tous sont sortis sur leur demande, et quand il a été bien constaté qu'ils étaient guéris.

Les malades des quatre premières séries offraient seulement les symptômes aigus de l'empoisonnement par le plomb; ceux des deux dernières étaient en même temps frappés de paralysie à différents degrés, et dans des parties diverses. L'un d'eux, actuellement bien guéri au bout de huit mois de traitement, avait offert la paralysie générale la plus complète et la plus grave; un autre avait eu une paralysie de la vessie. (Commissaires : MM. Renauldin, Chevalier, Rayer.)

— *M. Colas* lit un travail sur le traitement des maladies chroniques. (Commissaires : MM. Louis, Husson, Bricheteau.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 septembre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Velpeau dépose, au nom de M. Sédillot, de Strasbourg, un Mémoire sur le cancer, dont il fait une analyse verbale.

M. Sédillot résume les nouvelles recherches qu'il a faites sur ce sujet dans les conclusions suivantes :

1° Le microscope ouvre à la vue de nouveaux horizons et permet d'apercevoir des objets qui seraient restés inconnus sans son secours; il a doté la pathologie de précieux moyens d'analyse et a changé la face de la physiologie;

2° Les caractères assignés au cancer par la pathologie et l'anatomie pathologique sont insuffisants, dans un grand nombre de cas, pour assurer le diagnostic. Les douleurs lancinantes, l'aspect bosselé, la dureté, l'élasticité, le ramollissement, l'ulcération, l'envahissement des tissus en contact, l'altération générale de la constitution, et la récidive après l'ablation, sont des circonstances communes à diverses tumeurs épithéliales, fibrineuses, graisseuses cystoïdes, et à quelques autres lésions moins bien connues.

3° L'aspect microscopique assigne des caractères propres aux globules du sang, de la graisse, du pus, du tubercule; aux cellules des tissus fibreux, cartilagineux, épidermique, et à celles du cancer. La forme, le volume, la coloration, le plus ou moins de transparence et de régularité, la simplicité ou la complication de compensation de ces divers éléments donnent la possibilité de la distinguer.

4° L'étude combinée des caractères pathologiques et microscopiques des tumeurs supposées cancéreuses nous a conduit à les ranger en cinq classes :

a. Tumeurs offrant tous les caractères pathologiques et microscopique du cancer.

b. Tumeurs offrant tous les caractères pathologiques du cancer, mais appartenant évidemment à d'autres genres, comme le prouve l'inspection microscopique.

c. Tumeurs n'offrant pas les caractères bien tranchés du cancer, quoique le microscope les rattache à cette affection.

d. Tumeurs dont les caractères pathologiques sont ceux du cancer, et que nous croyons telles, jusqu'à ce que le microscope confirme ou infirme nettement cette opinion.

e. Tumeurs dont la nature reste incertaine, en dépit de nos connaissances pathologiques et microscopiques.

5° La pathologie étant souvent incapable, avec ses moyens ordinaires d'investigation, d'apprécier sûrement la nature d'une tumeur réputée cancéreuse, nous devons demander au microscope la solution du problème. A ce point de vue, le cancer est constitué par un élément nouveau, sans analogue dans l'économie, ayant un vice propre et des formes distinctes qui peuvent, dans la plupart des cas, servir de base à un diagnostic précis.

6° La cellule cancéreuse offre des dimensions susceptibles d'atteindre jusqu'à dix fois le diamètre d'un globule de sang.

7° Deux modes d'origine distincts président à l'origine de la cellule cancéreuse. Tantôt elle commence dans un liquide amorphe (blastème), sous forme de noyaux (cystoblastes) qui se changent en nucléoles (petites cellules) et arrivent ensuite à leur développement complet; tantôt elle prend naissance et subit ses phases d'accroissement dans une cellule préexistante (génération endogène), où l'on aperçoit des noyaux de nucléoles qui s'échappent, par déhiscence ou morcellement, de la cellule-mère à leur époque de maturité.

8° Les autres éléments que l'on trouve assez souvent associés au cancer soot : les tissus cellulaires et fibreux, la graisse, des globules granuleux, la mélanose, le sang, le pus, des cristaux de cholestérine, etc. Les corps fusiformes ou cellules en voie de transformation fibrilleuse, sont très communs.

L'apparition d'un cancer indique une prédisposition constitutionnelle originelle (hérédité) ou acquise, dont l'existence peut être soupçonnée, mais n'est jamais démontrée que par la manifestation de la maladie.

La prédisposition reste lente ou se traduit par la production de l'élément cancéreux.

Toutes les irritations locales entraînent des congestions sanguines permanentes, les traumatiques avec dépôts fibrineux; enfin les activités morbides permanentes quelconques développées sur tel ou tel point de l'économie, peuvent devenir la raison d'être d'un cancer chez les individus prédisposés.

La diathèse ou cachexie cancéreuse paraît dans quelques cas rares envahir très rapidement l'économie, et précéder ou au moins accompagner la manifestation locale d'un ou de plusieurs cancers.

Le traitement est palliatif, curatif ou préventif, selon les indications. Palliatif si la cachexie est manifeste, le cancer intense, multiple et inaccessible, en tout ou en partie aux procédés chirurgicaux. Curatif dans tous les cas où la constitution est encore saine, le cancer circonscrit et susceptible d'être en totalité détruit par les caustiques ou enlevé par le bistouri.

Ces préceptes n'infirment pas la recherehe de remèdes spécifiques ou anticancéreux.

Le traitement prophylactique consiste à prévenir et à combattre toutes les causes de l'évolution cancéreuse chez les individus sains en apparence.

A ces considérations pratiques, l'auteur joint des considérations sur les graves questions de moralité et d'amélioration de race, et sur l'influence des diathèses sur l'intégrité de l'espèce.

Laryngite suraiguë, sans fausses membranes, à marche foudroyante.

Le docteur L. Mahue, de Fauconcourt, nous a adressé une observation intéressante dont nous donnons un extrait en le faisant suivre des réflexions qu'elle a suggérées à notre confrère.

Je fus appelé, le 16 janvier dernier, vers le soir, pour un gros enfant, âgé d'un an, tombé malade depuis seulement le milieu de la nuit précédente.

Excepté quelques éternuments, il se portait bien la veille; il avait son même babil, sa même gaieté; il avait soupé avec appétit, et s'était, comme d'habitude, bientôt endormi. Mais, au dire de sa nourrice, il aurait été tout à coup pris, vers une heure du matin, d'une quinte de toux, qui serait ensuite revenue d'heure en heure environ, et aurait duré chaque fois une dizaine de minutes; il se serait plaint, aurait eu de l'agitation, et aurait poussé d'abord des cris rauques.

Il avait, à mon arrivée, la face très rouge, les yeux larmoyants, la respiration gênée et sifflante à l'inspiration et à l'expiration; il toussait, et sa toux ressemblait, pour la force, le timbre et le *ton*, à l'aboiement d'un gros chien; ses cris avaient cessé, il y avait aphonie. Aucune tumeur n'existait à l'extérieur sur le trajet des voies aériennes. La poitrine résonnait clairement partout, et partout l'expansion vésiculaire y était percevable. Le voile du palais, ses piliers, les amygdales et le pharynx étaient un peu rouges, légèrement tuméfiés; pas la moindre trace de pseudo-membrane, ni la plus petit apparence d'une concrétion muqueuse. Il n'y avait pas eu de mouvements convulsifs. La peau était halitueuse. Le pouls à 130.

Je prescrivis une application de quatre sangsues au-dessous de chaque clavicule, l'aspiration de vapeurs émollientes, des pédiluves sinapisés, et un grain et demi de calomèle à prendre toutes les deux heures dans un peu de miel. Il était quatre heures du soir. A trois heures du matin, l'enfant expirait. Les sangsues n'avaient pu être posées qu'à huit heures du soir; leurs piqûres avaient coulé jusqu'au dernier moment. Il y avait eu une selle et deux vomissements de matières aqueuses.

Le groupe symptomatique qu'avait offert ce petit malade avait révélé par sa marche une inflammation qui s'était rapidement propagée, en s'aggravant à chaque pas, de la pituitaire à l'arrière-gorge, au larynx et vraisemblablement à la trachée.

Hors le *ton* de la toux, il était facile de trouver la raison de l'existence et de l'intensité des deux ou trois plus importants symptômes de ce groupe. Ainsi, d'une part, la dyspnée et le caractère striduleux de l'inspiration et de l'expiration s'expliquaient comme résultat de la tuméfaction de la muqueuse trachéale ou laryngée. D'autre part, la respiration s'effectuant mal, imparfaitement, le patient avait dû éprouver, à des intervalles plus ou moins rapprochés, le besoin irrésistible de respirer d'une manière plus complète, de faire une inspiration qui vainquît l'obstacle inflammatoire qui s'opposait à la plénitude de la respiration. Mais il avait dû éprouver aussitôt un autre besoin, celui d'une expiration qui le délivrât promptement de cet agent de souf rance. A peine introduit dans la trachée, l'air était donc brusquement expulsé et s'échappait en heurtant bruyamment au passage les parois de la glotte. Ces phénomènes se renouvelant aussi longtemps que se faisait ressentir le premier besoin, la toux se répétait en conséquence autant de fois, et, dès lors, se manifestait par des quintes. Mais pourquoi cette toux ressemblait-elle, quant au *ton*, à l'aboiement d'un gros chien? Dans la parfaite impossibilité de me rendre compte de ce phénomène remarquable, je résolus d'en rechercher dans l'autopsie l'explication.

Voici ce que nous trouvâmes :

Teinte pâle, bleuâtre, uniforme de la muqueuse buccale et de celle des fosses nasales. Langue épaisse à sa base. Teinte violacée de la muqueuse pharyngienne, à la paroi postérieure surtout. Le canal digestif ne présente rien d'extraordinaire, si ce n'est le relief bien marqué de son système veineux et la coloration comme cendrée de sa muqueuse. Il n'y a pas de sérosité dans le péritoine. Les reins sont d'un rouge livide. Le foie est violet. La rate est volumineuse et noire.

Epiglotte pâle à ses deux surfaces, ainsi que la muqueuse laryngée jusqu'aux cordes vocales supérieures. Tuméfaction et teinte lie de vin de la muqueuse des deux ventricules. Nuance rouge-vif des cordes vocales inférieures. De ces cordes au bord inférieur du cartilage cricoïde, teinte lie de vin de la muqueuse correspondante. Au-dessous de ce point, la muqueuse était d'un rose vif dans une étendue égale à cinq ou six cerceaux; cette nuance devenait plus foncée à mesure qu'on descendait; elle était rouge lie de vin près des bronches. La tuméfaction était en raison directe de la coloration; nulle où la muqueuse n'était que rose, elle était manifeste là où existait la teinte lie de vin. Les bronches étaient violettes sans être tuméfiées; d'épaisses mucosités les remplissaient. Pâles dans l'étendue de quelques lignes seulement au long de leur bord antérieur et à leur sommet, les poumons sont entièrement noirs à leur base et à leur bord postérieur, d'où il suinte, à l'incision, des gouttelettes de sang noir; ils crient sous le scalpel et crépitent sous la main.

Deux cuillerées de sérosité citrine et limpide dans le péricarde. Quelques gouttes de sang noir dans l'artère pulmonaire. Quelques très petits caillots noirs dans le ventricule droit, dont les parois sont minces et flasques. Distension considérable de l'oreillette droite et des veines caves par un sang excessivement noir. Quelques gouttes de sang noir dans les veines pulmonaires. Vacuité absolue de l'oreillette

gauche et du ventricule correspondant. Les parois de cette dernière cavité étaient remarquablement denses et épaisses ; elles étaient violettes comme le reste du cœur ; incisées, il s'en échappait quelques gouttelettes de sang noir qui bientôt passait au rouge. Cette teinte violacée du cœur était, en général, celle des muscles que mon scalpel a rencontrés, hors les pectoraux, qui étaient d'un rouge orangé, et qui devaient sans doute cette nuance aux sangsues qui avaient été posées sur leur région, et dont les piqûres avaient coulé jusqu'au moment de la mort. Vacuité de l'aorte et de ses principales divisions.

Les sinus latéraux étaient, ainsi que l'immense réseau vasculaire qui entoure les hémisphères et le cervelet, gorgés de sang noir. Le feuillet cérébral de l'arachnoïde offrait supérieurement quelques légères nuances lactescentes. Le cerveau paraissait, à l'incision, piqueté de noir. Le ventricule gauche contenait deux cuillerées de sérosité limpide. Le droit et le ventricule moyen étaient vides. Le quatrième contenait une cuillerée à café de sérosité, elle était citrine. Les nerfs olfactifs étaient d'un rouge vif. Rien autre de remarquable.

Il résulte de cette autopsie, que la partie du larynx comprise entre les cordes vocales supérieures et le bord inférieur du cartilage cricoïde avait été très vivement enflammée. Or c'est dans cet espace que sont contenus les délicats instruments de la phonation. Une inflammation si intense aurait-elle été sans effet sur ces instruments, sur leur jeu, et spécialement sur le *ton* de la toux de mon petit malade? Ce *ton*, qui était fort *grave*, je l'ai dit, était un de ceux qui ne se forment et ne se peuvent former, de l'aveu de tous les physiologistes, que quand la glotte est dilatée. Que l'on veuille voir dans le larynx un instrument à anche ou un instrument à cordes, il n'en est pas moins hors de débat que la glotte est rétrécie lors de l'émission des tons aigus, et qu'elle est élargie au contraire lors de la formation des tons graves. Il faudrait donc admettre qu'à chaque quinte les cordes vocales inférieures étaient dilatées. Je ne parle pas des cordes vocales supérieures, puisque les expériences de Bichat et de M. Magendie établissent que ces cordes ne servent en rien à la phonation. Mais la glotte, ou plutôt, afin de rendre cette exégèse symptomatique plus claire, les cordes vocales inférieures ne peuvent être dilatées sans le concours des forces motrices chargées d'effectuer cette dilatation. Il fallait donc qu'une cause quelconque eût déterminé ce concours. Il fallait qu'une cause eût déterminé la contraction, en quelque sorte permanente, des muscles crico-thyroïdien, crico-aryténoïdien latéral, et même crico-aryténoïdien postérieur. Quelle était cette cause? Etait-ce la volonté? Evidemment non. Etait-ce la même cause que celle qui excitait la contraction convulsive de toutes les puissances expiratrices? Il serait absurde de le supposer. Etait-ce l'inflammation intense de la portion de muqueuse sous-jacente? On le pourrait croire. D'autant plus qu'il y a ici entre la muqueuse de cette portion du larynx et les muscles que j'ai nommés, outre les rapports de contiguïté et d'identité des systèmes vasculaire et nerveux, un rapport fonctionnel tout aussi immédiat, tout aussi intime que le rapport de la cause à l'effet. On observe tous les jours de ces sympathies morbides entre des organes qui n'ont pas les nombreux rapports que ceux-là ont entre eux. Et, pour ne citer qu'un exemple, n'est-il pas d'observation quotidienne que la moindre conjonctivite aiguë amène la contagion permanente de l'orbiculaire des paupières ?

Est-ce à dire qu'il faudrait regarder la toux cynophonique comme le caractère pathognomonique d'une inflammation de la portion inférieure du larynx, comme un signe négatif de l'existence de toute concrétion pelliculaire considérable de cette région? En effet, le premier résultat physique de l'existence d'une pseudomembrane qui recouvrirait les cordes vocales inférieures, ne serait-il pas de rendre ces cordes à peu près immobiles, de rétrécir l'ouverture de la glotte, et de donner lieu, en conséquence, à ces toux plus ou moins aiguës que l'on a comparées au gloussement de la poule, au chant du coq, etc. ?

Et, jointe à l'absence de toute concrétion pelliculaire dans le pharynx, la toux cynophonique serait-elle un indice assez probable de l'inutilité de la trachéotomie en tant que cette opération aurait pour fin l'extraction de fausses membranes? Il est bien évident que, pratiquée dans cette vue, la trachéotomie eût été sans résultat chez mon malade. Et cependant, n'aurait-on pas été tenté de faire ici cette opération? Hors les concrétions pelliculaires du pharynx, n'avons-nous pas eu tout le tableau symptomatique du croup? Qu'y manquait-il, sous ce rapport? D'autre part, il ne s'est écoulé que vingt-six heures entre la première quinte et la mort: cette marche foudroyante n'est-elle pas encore celle du croup?

NOUVELLES

L'empereur d'Autriche vient de nommer une commission pour régler définitivement la construction, à Vienne, d'un nouvel hospice pour les aliénés. Elle se compose de M. le baron Lago, vice-président de la régence de la Basse-Egypte, des directeurs actuels de l'ancien hospice, et de plusieurs médecins des principales villes de la monarchie. Le gouvernement a alloué préalablement une somme de 600,000 florins (12,900,000 fr.) pour les travaux de construction.

— Le crétinisme est commun dans le royaume de Wurtemberg, et le gouvernement s'occupe des moyens de le diminuer. D'après un relevé récent, on compte dans cet état 2,901 crétins, ce qui fait 1 sur 600 habitants. Sur ce nombre, 769 ont moins de quinze ans, 1,193 sont âgés de quinze à trente ans, 939 ont dépassé cet âge.

— *Aliénation mentale. — Mouvement de l'établissement d'Illenau.* (Voy. *Annales médico-psychologiques*, t. V, p. 443.) — La population de cet établissement, au 1er janvier 1844, était de 378 malades, dont 202 hommes et 176 femmes. Au 31 décembre de la même année, elle était de 401, dont 209 hommes et 192 femmes, ce qui fait un accroissement de 23 malades dans la population générale. Le mouvement de l'asile, dans le courant de l'année 1845, peut se résumer dans le tableau suivant :

	Entrés.	Guéris.	Améliorés.	Non amél.	Morts.
Hommes...	75	29	20	2	17
Femmes...	59	19	14	2	8
	134	38	34	4	25

Mouvement de l'établissement d'Utrecht (Hollande). — La population de cet établissement, au 1er janvier 1844, était de 116 malades (64 hommes et 52 femmes); il en est entré, dans le courant de l'année, 46 (25 hommes, 21 femmes); il en est sorti 28 (15 hommes, 13 femmes), et il en est mort 11 (8 hommes, 3 femmes); au 1er janvier 1845, la population était de 123 malades (66 hommes et 57 femmes). Nous devons ajouter que cet établissement reçoit indistinctement les curables et les incurables.

— L'épidémie de contractions musculaires qui s'était déclarée en Belgique, a complétement disparu depuis plusieurs mois.

— La Société de médecine de Toulouse propose pour sujet de prix pour l'année 1847, la question suivante : « Faire l'histoire de l'é» *clampsie*, ou affection convulsive des enfants. — Exposer les sym» ptômes qui la caractérisent, suivant qu'elle est essentielle ou sym» ptomatique. Déduire de cet exposé, qui devra surtout avoir pour » base l'observation clinique, les médications rationnelles qui se pré» sentent dans son traitement. »

Médaille de 300 fr.

Adresser les mémoires, avant le 1er mars 1847, à M. Ducasse, secrétaire-générale de la Société.

— La Société royale des sciences de Gœttingue a mis au concours, pour 1848, la question suivante : « On désire la nature de l'*asthme* » *spasmodique* chez les adultes soit élucidée davantage, et qu'il soit » surtout recherché dans quelles circonstances cette maladie peut se » présenter comme une affection dépendante d'une autre altération. » On demande qu'on établisse ensuite de quelle manière on peut dis» tinguer cette maladie des autres espèces d'asthmes et des affections » qui se présentent sous forme d'attaques asthmatiques. »

Le prix est de 50 ducats (600 francs). Les mémoires doivent être envoyés francs de port au secrétaire de la Société avant la fin de septembre 1848.

— M. Orfila est parti de Barcelone le 26 août pour Séville; il est accompagné de son fils, de son neveu et d'un médecin français. Pendant son séjour à Barcelone, il a visité l'hôpital et le collége de médecine, les fabriques de MM. Escuco et Arbon, et quelques autres établissements scientifiques et industriels. Son voyage n'a d'autre objet, à ce qu'il paraît, que de parcourir les principales villes d'Espagne. On croit qu'il s'arrêtera quelque temps à Madrid, et qu'il se rendra ensuite à Malaga et à Cadix. (*Heraldo.*)

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 110. TOME VIII. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 18 SEPTEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans le service de M. Lisfranc (salle Saint-Augustin, n° 17), est couchée une jeune femme qui présente, au pli du bras droit, une petite tumeur du volume de la moitié d'une noix environ, formée par un anévrisme faux consécutif de la partie inférieure de l'artère brachiale, suite de saignée malheureuse.

A propos de ce fait, M. Lisfranc a rappelé qu'il avait déjà guéri par la compression un malade qui avait éprouvé le même accident. La raison pour laquelle il avait cru ne pas devoir opérer ce malade par les procédés ordinaires, c'est qu'il était affecté d'un commencement d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Un appareil mécanique à compression continue fut appliqué sur la tumeur elle-même, dans le but de provoquer l'oblitération de l'artère. La compression fut exercée avec beaucoup de douceur d'abord, puis plus fortement. Peu à peu la tumeur cessa de battre, et l'artère disparut complétement pour faire place à une sorte de cordon dur, résistant. Il y a quatre ans que cette guérison a été obtenue, que le malade ne porte plus d'appareil : l'affection n'a pas reparu.

Dans l'espérance d'obtenir le même résultat sur cette femme, qui présente une tumeur anévrismale produite par le même mécanisme, et se trouvant identiquement dans les mêmes conditions, M. Lisfranc a mis en usage un compresseur mécanique imaginé par M. Bourgois, bandagiste, et au moyen duquel il agit à la fois et sur la tumeur elle-même, et sur l'artère brachiale au-dessus de la tumeur, dans une étendue de 0,10 à 012 m. de longueur. L'application de cet appareil, qui ne fait éprouver à la malade aucune gêne appréciable, et permet les mouvements de l'avant-bras sur le bras, a pour résultat de suspendre les mouvements artériels, et sera très probablement suivi d'un succès aussi complet que chez l'individu déjà traité par M. Lisfranc suivant le même procédé.

— Une des plus graves affections, et contre laquelle échouent souvent les médications les plus rationnelles et les plus énergiques, c'est l'inflammation aiguë de la séreuse péritonéale, lorsque cette inflammation occupe une grande étendue. M. Lisfranc a eu plusieurs fois à se louer de l'emploi de l'onguent mercuriel en frictions, suivant la méthode de M. Serre d'Uzès. Nous venons de la voir mettre en usage chez une femme couchée au numéro 26 de la salle Saint-Augustin, et qui a présenté tous les symptômes d'une péritonite générale d'une effrayante gravité. 1500 grammes d'onguent napolitain ont été employés chez cette femme dans l'espace de trois jours, et la péritonite a été presque miraculeusement enlevée. Une salivation abondante avait été déterminée par cette médication ; elle a cédé assez rapidement, et la malade est maintenant complétement guérie.

Sans avoir encore par devers nous un nombre de faits suffisants pour établir d'une manière certaine notre opinion, nous avons été conduit à nous demander si, dans les cas de cette espèce, la salivation ne serait point une condition favorable à la guérison. Ce qui nous porterait à incliner vers cette idée, c'est la similitude que ces faits de péritonite présentent, pour la manière dont la guérison s'opère, avec certains faits d'*iritis* syphilitique, où la salivation mercurielle semble être une condition de succès.

Dans le traitement des accidents secondaires de la vérole constitutionnelle, le mercure et ses préparations agissent d'autant mieux qu'ils produisent moins d'effets pathologiques. Mais dans celui de quelques-uns des accidents qui accompagnent cette diathèse, et qui en sont une manifestation, l'action pathogénique du mercure, si redoutable ordinairement, et si contraire, en ce sens qu'elle oblige à suspendre le traitement et fait perdre un temps précieux pendant lequel la maladie marche, cette action pathogénique est evidemment, nous le répétons, une condition de succès ; cela est d'autant plus vraisemblable dans la péritonite, que la durée totale du traitement n'est que de deux ou trois jours, et qu'il n'est nullement à craindre d'être contraint de suspendre, à cause de la salivation, un moyen thérapeutique qui produit en si peu de temps tous les effets que l'on peut attendre de lui.

Lorsqu'il y a deux ou trois ans, une épidémie désastreuse de métro-péritonite puerpérale força l'administration de fermer pendant quelques mois les établissements destinés aux femmes en couches, on créa à l'hôpital de la Pitié une salle d'accouchements. Pendant le court espace de temps où M. Lisfranc fut chargé de ce service, 27 femmes atteintes de fièvre puerpérale furent admises, et 26 guérirent, traitées par la méthode dont nous parlons. Nous ferons remarquer que dans ce traitement par l'onguent mercuriel *à haute dose*, il faut se hâter d'employer dans le plus court espace de temps possible une quantité d'onguent mercuriel qui, en toute autre circonstance, paraîtrait véritablement fabuleuse.

Vu la gravité de l'affection que l'on veut combattre ici, la rapidité de sa marche, la fréquence des terminaisons fatales, la salivation, fût-elle beaucoup plus fréquente, ne doit point entrer en ligne de compte, et le médecin ne doit pas s'en préoccuper. D'ailleurs, quand elle n'est pas poussée à l'excès, elle ne constitue pas une maladie mortelle ; puis elle ne se manifeste pas chez tous les sujets avec la même facilité. Que la cause de cette différence doive être recherchée dans les conditions individuelles ou dans des conditions auxquelles il serait assez difficile de donner un autre nom que celui de *constitution médicale*. M. Lisfranc a vu des années ou cette salivation arrivait fréquemment, une fois sur cinq environ, tandis que dans d'autres, on ne la rencontrait pas une fois sur cinquante, peut-être.

— Un homme de vingt-deux ans est pris d'une fièvre typhoïde ; il est amené dans le service de M. Briquet, à la Charité, et se rétablit assez promptement. Pendant sa convalescence, une variole confluente se déclare chez lui, bien qu'il ait été vacciné, et présente sur les bras des cicatrices évidentes. Dès que l'affection a été franchement dessinée, M. Briquet a fait appliquer sur la face une pommade composée de goudron et d'onguent napolitain, en proportion telle que la pommade eût la consistance d'un opiat. Cette préparation appliquée sur la face n'a pu être maintenue sur la peau, et s'est détachée. Alors on lui a substitué l'onguent mercuriel pur, dont on a couvert la face et une partie du bras de 0,10 à 0,12 m. de surface. Voici l'effet qu'a produit cette application.

Sur tous les points recouverts par la pommade, les pustules ont été à peine visibles, affectant la forme de vésicules et de très petit volume. Dans les autres points, elles ont été énormes, en même temps que très confluentes. Le gonflement de la face a été presque nul, ainsi que la rougeur de la peau, presque toujours érysipélateuse en pareille circonstance. Le malade ne s'est pas plaint de cuisson, ni de chaleur, comme il arrive souvent ; mais, au contraire, il a dit éprouver, dans les points recouverts par le topique, une sensation de fraîcheur assez agréable.

Ce fait est un exemple de plus de la vérité des conclusions auxquelles est arrivé M. Briquet, lorsqu'il y a sept ou huit ans il publia dans les *Archives* un Mémoire sur l'emploi des topiques mercuriels dans le traitement des affections varioleuses. « Il existe toujours, dit cet auteur, un rapport entre l'intensité des phénomènes locaux de la variole et celle des phénomènes généraux, entre le nombre des pustules et la gravité de la maladie. » Raisonnant d'après cette observation, M. Briquet avait été amené à chercher les moyens de rendre moins nombreuse et moins grave l'éruption pustuleuse, dans l'espoir de diminuer les chances fâcheuses de l'affection, et voici les résultats auxquels il était arrivé.

1° Les topiques mercuriels ont sur les varioles confluentes une action des plus puissantes, et toutes les fois qu'on les emploie ils produisent une modification profonde.

2° Cette modification consiste dans la résolution et dans la transformation vésiculeuse ou tuberculeuse de l'éruption.

3° Toujours, après quatre ou cinq jours d'application, les topiques ont produit tout leur effet ; les malades sont mis à l'abri de la suppuration et de tous les accidents qu'elle amène, soit avec elle, soit après elle, tels qu'érysipèles de la face, méningite, ulcérations profondes de la peau, cicatrices difformes, etc.

4° A dater de ce quatrième ou cinquième jour, les accidents graves cessent ordinairement pour faire place à un calme absolu.

5° Enfin, on a, par cette méthode, plus de chances de conserver les malades que par toute autre, puisque la mortalité semble n'être que d'un cinquième environ, tandis que jusque-là elle était d'un tiers.

Le fait que nous venons de rapporter et dont on pourra contrôler l'exactitude, le malade étant encore actuellement dans le service où nous l'avons vu il y a quelques jours, vient témoigner en faveur de l'efficacité du traitement de la variole par les topiques mercuriels, si bien établie par de nombreuses observations recueillies par le médecin éclairé auquel nous avons emprunté les conclusions précédentes. Ce n'est guère ici le lieu d'entrer dans de très longs détails sur cette méthode thérapeutique. Nous nous contenterons de faire remarquer,

---

FEUILLETON.

DE LA LITHYMÉNIE, OU DESTRUCTION DES CALCULS VÉSICAUX PAR LES IRRIGATIONS INTRA-MEMBRANEUSES;

Par le docteur E.-J.-B. DUMESNIL (de Coutances).

(Suite du numéro précédent).

Hyménophore. J'ignore quel est le mécanisme des instruments qui ont servi à saisir les calculs et à les emprisonner dans un réseau métallique, ou une autre enveloppe; mais je suis persuadé qu'ils ne remplissaient pas les conditions que nous réclamons, et qui sont les suivantes. Pour qu'un pareil procédé mérite l'attention des hommes sérieux, il est indispensable qu'il procure des avantages dont les autres méthodes sont privées :

1° Le diamètre de la sonde conductrice devra être beaucoup plus petit que celui des instruments lithotriteurs, ce qui permettra son introduction, sans dilatation préalable des voies urinaires, chez tous les adultes, à moins de complications, et même chez les enfants qui n'ont pu profiter des bénéfices de la lithotritie à cause de l'étroitesse du canal de l'urètre à cette époque de la vie.

2° Le bout de cette sonde sera courbe dans une étendue de deux à trois centimètres; on sait que le cathétérisme par les instruments rectilignes est extrêmement difficile, et presque impossible pour les médecins qui ne s'occupent pas spécialement du traitement des maladies de la vessie.

3° Cette sonde conductrice constituera à elle seule tout l'appareil, et n'aura pas une série d'articulations, de vis, etc., etc., qui compliquent les opérations et les rendent souvent impraticables.

4° La recherche du calcul sera très facile, et la partie de l'instrument qui devra le saisir offrira une dilatation infiniment plus grande que les branches des lithopriomes; on pourra donc charger des pierres très volumineuses.

5° Pendant la manœuvre, qui sera de très peu de durée, on ne sera jamais exposé à pincer ou à froisser les parois du réservoir de l'urine.

Toutes ces conditions se trouvent réunies, à mon avis, dans un instrument dont j'ai donné le modèle à M. Charrière, et qu'il a exécuté avec le rare talent qu'on lui connaît; on peut en diminuer à volonté le calibre et la longueur, suivant l'âge et le sexe du sujet. La description succincte que j'en fais ici, et tout ce que je dirai plus loin, s'applique principalement au cas où il s'agit de pratiquer l'opération sur un homme adulte. Cette sonde, semblable pour le diamètre à nos petites sondes de trousses, a 26 centimètres de long; elle est légèrement recourbée à son extrémité dans une étendue de 3 centimètres, et se termine par un bec ou bouton traversé d'une vis très fine placée transversalement. A partir de ce bouton, toute la paroi inférieure manque complétement dans une longueur de 6 centimètres, et forme une véritable gouttière, qui a encore 4 centimètres de plus, mais en se contournant latéralement, et à gauche. Voici donc tout simplement une sonde qui, au lieu d'avoir deux œils latéraux, offre une grande gouttière oblique de 10 centimètres. De plus, une série de 4 à 5 centimètres de petits trous est pratiquée, à partir du bouton de la sonde, sur le rebord gauche de cette gouttière. Un ressort très élastique, fixé à la petite vis, est placé dans toute la portion inférieure de la gouttière, puis le long de l'instrument dans un petit canal particulier, et sort même par le haut, qu'il dépasse de 10 à 12 centimètres; toute cette portion libre porte les graduations du mètre. On conçoit aisément qu'en faisant glisser de haut en bas le ressort, qui prend son point d'appui sur le bec de l'instrument, on formera une anse au niveau de la gouttière, et qu'en l'enfonçant de 6, 7, etc., centimètres, on obtiendra une ouverture plus ou moins considérable. Il ne s'agit donc plus que de fixer sur cette ouverture le pourtour du condom, qui doit être préalablement coupé obliquement dans la moitié de la circonférence, qu'on borde alors d'un fil de cordonnet, et dont toute la partie enlevée est remplacée par un peu de filet en soie fine, torse et solide. A partir du lieu où cesse le filet, et du côté gauche, on coud la membrane aux petits trous que présente le rebord de la gouttière; le reste de cette ouverture, qui est sans filet, est contourné en spirale sur le ressort, sur lequel on glisse enfin toutes les mailles du filet comme les anneaux de nos rideaux de fenêtres sur la tringle qui les supporte. Si j'ai clairement exposé ce mécanisme, il est facile de comprendre ce qui se passe quand on presse le ressort; l'anse se forme, les petits anneaux s'écartent, la membrane devient béante et constitue une sorte de cercle, qui n'est brisé que dans la partie qui correspond à la sonde. Veut-on agir en sens contraire : on retire le ressort, l'anse se ferme, les petits anneaux suivent et se logent aussi dans la portion inférieure de la gouttière. Voici maintenant à quoi sert la partie latérale de cette même gouttière : c'est par elle qu'on passe dans l'intérieur de l'instrument tout le corps de la membrane qui a été trempée dans un corps gras et roulée à l'aide d'un cordon plat qu'on retire dès qu'elle a pris la forme; c'est par elle, quand le calcul est saisi, que sort cette membrane qui est poussée dans la vessie par un petit mandrin boutonné et creux, qui atteint jusqu'au niveau des petits trous de la gouttière, où il sert à diriger au besoin quelques cuillerées d'injection pour faire cheminer le calcul jusqu'au fond de la poche.

Tout étant ainsi disposé, voici comment le corps étranger devra être saisi et isolé par mon *hyménophore.* Le malade étant à demi couché, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, on introduit doucement la sonde jusque dans la vessie ; alors on glisse les doigts index et médius droits dans deux anneaux placés latéralement à la partie supérieure de l'instrument : la paume de la main regarde en haut. On va à la recherche du calcul en procédant d'avant en arrière, d'arrière en avant et transversalement de gauche à droite, en déprimant le bas-fond de l'organe. Dès qu'on croit avoir connaissance de la concrétion urinaire, on se garde de frapper dessus pour savoir si elle donne un son mat ou clair ; on la laisse au contraire à droite de l'instrument, et avec le pouce de la main occupée, ou si l'on ne peut y atteindre on se sert de la main gauche, on presse lentement sur l'extrémité supérieure du ressort ; l'anse s'ouvre peu à

quant au choix du topique conseillé par M. Briquet, qu'autrefois il préférait l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, tandis que maintenant il accorde une puissance à peu près égale à l'onguent napolitain. Comme fait important de pratique, on devra faire grande attention à ne pas laisser appliqué le topique mercuriel sur la peau plus de trois ou quatre jours, temps au bout duquel il a produit tout son effet ; plus longtemps, il aurait pour résultat de ramollir la partie de peau qui forme la base des vésicules, et de faire des cicatrices déprimées.

D'après la modification que subit l'éruption sous l'influence de ces agents médicamenteux, il est facile de comprendre que l'on empêche, avec le développement des pustules, la production de ces cicatrices si fréquentes et souvent hideuses chez les adultes qui sont atteints de variole confluente. N'eût-elle que cet avantage, la méthode de M. Briquet devrait donc être prise en sérieuse considération ; mais nous avons vu combien elle est plus importante, et combien elle agit sur les phénomènes généraux.

Il est rare qu'à la suite de ces applications, quand elles sont méthodiquement faites et attentivement surveillées, il survienne des accidents. Chez celui dont nous avons donné l'histoire en quelques mots, après quatre jours d'onctions mercurielles, on ne voyait pas la moindre apparence de salivation. Les deux espèces d'accidents les plus curieux que M. Briquet ait eu occasion de rencontrer, et ils ont toujours été tellement légers que les malades y ont à peine fait attention, c'est la production d'une éruption rubéoliforme sur toute la surface du corps, et, plus rarement, l'apparition d'un *eczema rubrum* dans le voisinage des parties où avaient été appliqués les topiques.

Nous avons été heureux de rencontrer un fait qui nous permît d'attirer l'attention des praticiens sur un remède bien simple, trop négligé certainement, et qui offre le double avantage d'annihiler en quelque sorte l'éruption sans causer d'autre influence notable sur l'économie, et de faire obtenir les résultats de la diminution de l'inflammation de la peau dégagée de toute autre influence. Nous aurons, nous l'espérons, d'autres occasions de revenir sur des faits recueillis dans l'excellent service de M. Briquet, et ce sera avec d'autant plus de plaisir, que ce médecin a compris depuis longtemps le véritable but auquel doivent tendre toutes les recherches cliniques, nous voulons dire l'utilité réelle, et que les travaux sont nombreux et remarquables par lesquels il s'est efforcé de simplifier la thérapeutique et de déterminer d'une manière certaine quelques propriétés encore inconnues de médicaments énergiques et précieux.

Nous ne laisserons pas passer, sans chercher à l'expliquer, une circonstance bien importante du fait que nous avons cité. Cet homme, avons-nous dit, avait été vacciné, et offrait des traces évidentes d'un développement régulier de pustules vaccinales. Comment se fait-il qu'après une heureuse vaccine, la variole puisse se produire et se développer, grave et quelquefois mortelle, avec tous les accidents qui l'accompagnent ordinairement chez les individus non vaccinés? Il nous paraît assez difficile d'admettre que la durée de l'action préservatrice du virus vaccin cesse après un certain nombre d'années ; si la durée de cette action préservatrice était limitée chez tous les sujets, on s'expliquerait difficilement la rareté des varioles confluentes chez les individus vaccinés. Or sans être excessivement rares, on est forcé de convenir que ces varioles chez des sujets vaccinés constituent des cas exceptionnels. Ne serait-il pas plus logique d'admettre que dans ces cas le virus vaccinal, au lieu d'avoir agi *généralement* sur toute l'économie, n'a eu qu'une action locale, non préservatrice de la contagion variolique? Cette idée pourra peut-être bien paraître une hypothèse ; mais jusqu'à présent, dans l'interprétation des phénomènes de la vaccine, on a été réduit, même après des collections nombreuses de faits particuliers, à des hypothèses, et celle que nous émettons ici nous semble tout au moins aussi vraisemblable que les autres.

— Un homme est mort avant hier dans les salles de M. Chassaignac, à l'Hôtel-Dieu, dans des circonstances singulières. Il avait reçu, nous avait-il dit, un coup de parapluie dans l'œil. Lorsqu'il arriva, on constata chez lui une légère ecchymose des téguments de la paupière supérieure ; mais pas d'ecchymose sous-conjonctivale, lésion que les auteurs classiques ont considérée comme caractéristique et comme constante dans les cas de fracture du crâne. Du reste, il ne se plaignait que de douleur dans l'intérieur de la tête, mais n'offrait ni troubles dans la parole, ni gêne dans les mouvements ou la sensibilité, ni paralysie, ni contracture. Après être resté pendant treize à quatorze jours dans le service, cet homme fut pris tout à coup de phénomènes cérébraux très graves, et succomba rapidement dans l'espace de trois fois vingt-quatre heures.

A l'autopsie, on reconnut l'existence des lésions les plus profondes et les moins soupçonnées, en raison de la nature de la cause qui les avait produites, et de l'absence presque complète de phénomènes pendant les premiers temps du séjour du malade. Ainsi, il existait à la partie moyenne de la voûte orbitaire une fracture des os du crâne, dans l'étendue d'un centimètre carré environ ; une plaque osseuse, presque régulière, avait été détachée dans toute sa circonférence, et formait esquille. Mais ce qu'il y eut de plus curieux, ce fut un abcès parfaitement enkysté, situé dans la matière cérébrale et occupant le lobule antérieur du cerveau du côté droit. Cet abcès s'était produit après un épanchement de sang dans la même partie, et avait été le résultat du travail inflammatoire déterminé par la présence de cet épanchement. Tout autour de l'abcès, la substance cérébrale offrait cette teinte jaunâtre ecchymotique caractéristique qui succède constamment à une collection sanguine en voie de résorption.

Ce fait méritait d'être signalé sous plusieurs points de vue. D'abord l'absence de toute ecchymose sous-conjonctivale ; caractère que les auteurs se sont accordés à donner comme constant et pathognomonique d'une fracture de la base du crâne, dans la région orbitaire ; la gravité de la lésion produite, qui était hors de toute proportion avec l'intensité de la cause, puisque la paupière supérieure ne présentait pas de plaie, et n'offrait guère qu'une légère trace de contusion ; le développement tardif des accidents, quatorze jours après le coup reçu ; l'absence de paralysie ; enfin l'absence de tout trouble dans les fonctions de la parole, ce qui n'eût pas manqué d'arriver si, comme on l'a prétendu sans preuves bien manifestes, les lobules antérieurs du cerveau présidaient en effet à la faculté de la parole, au sens du langage. L'altération pathologique matérielle était cependant bien assez profonde et assez étendue pour pouvoir amener des désordres fonctionnels sérieux ; nous avions omis de dire que tout autour de l'abcès la substance cérébrale était notablement ramollie, la dure-mère ulcérée par un travail inflammatoire, adhérente aux os du crâne, et présentant en quelques points des traces de purulence.

— M. Gosselin a dans son service de l'Hôtel Dieu plusieurs blessés, qu'il traite actuellement par les irrigations continues d'eau froide. De ces blessés, un est presque complétement guéri, c'est un saltimbanque qui fut il y a près d'un mois mordu à la main droite par une hyène, qui lui enleva les deux dernières phalanges du doigt indicateur, et fit plusieurs plaies sur le dos et dans la paume de la main. L'irrigation continue fut appliquée, et les plaies guérirent sans accidents inflammatoires. Le malade, parfaitement rétabli, quittera l'hôpital dans quelques jours.

Le second fait est le suivant, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Fano, interne du service :

Le nommé Adrien Guérin, âgé de cinquante-trois ans, commissionnaire, est entré à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 3 septembre.

Il y a dix ans, il a eu le pied droit écrasé par une diligence, ce qui a nécessité plus tard l'amputation de la jambe de ce côté.

Le jour même de son entrée, il était dans un état d'ivresse et couché en travers sur le trottoir de la rue du Bouloy. La voiture de l'administration des Jumelles belges, en sortant de la cour des messageries, passa tout près du malade, qui eut le pied gauche pris sous l'une des roues.

On le transporta à l'hôpital sur un brancard.

Voici ce que l'on constata au moment de l'entrée :

Toute l'extrémité antérieure du pied gauche est le siége d'une plaie contuse ; les bords de cette plaie sont assez nettement découpés.

Il n'y a pas de fracture des phalanges du gros orteil.

Les troisièmes phalanges du deuxième orteil, du troisième et du quatrième sont enlevées ; les deuxième et troisième phalanges du cinquième orteil n'existent plus.

La plaie s'étend un peu plus du côté de la face dorsale que du côté de la face plantaire du pied.

Pas d'hémorrhagie, léger suintement sanguin.

Dès le moment de l'entrée du malade, on soumet la plaie du pied à une irrigation continue d'eau froide ; on a poursuivi cette irrigation jusqu'à aujourd'hui.

Il n'y a eu aucun symptôme inflammatoire ni autour de la plaie ni au pied.

Pas d'angioleucite, pas d'adénite inguinale.

Aujourd'hui, 17 septembre, la plaie du pied à très bon aspect ; elle est vermeille ; une portion des tissus mortifiés a été éliminée ; les extrémités des phalanges dénudées se voient à la surface de la plaie qu'elles dépassent de quelques millimètres.

L'état général est très bon. Peu de réaction fébrile.

En regard de ces deux faits de succès obtenus par l'emploi de l'irrigation continue avec l'eau froide, nous en mettrons un autre dans lequel la même méthode fut conseillée : c'est celui d'un homme qui s'était fait a la main droite une coupure très profonde avec un châssis. La main fut placée sous un courant d'eau froide. Mais le malade, indocile et imprudent, ne laisait pas constamment sa plaie sous le jet d'irrigation ; il se servait même de sa main ; des abcès survinrent de tous les côtés dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, dans la gaîne des tendons des muscles extenseurs, et aujourd'hui la guérison est loin d'être complète, bien que ce sujet soit dans les salles depuis plus longtemps que les précédents.

Nous avons trouvé dans ces faits des exemples confirmatifs de cette proposition émise par M. Malgaigne il y a déjà plusieurs années, à savoir : Que les irrigations froides sont un excellent moyen antiphlogistique quand on les emploie pour des plaies ou des inflammations peu profondes ; qu'elles conviennent surtout à la main et au pied, peut-être plus à la main qu'au pied. M. Malgaigne accorde une préférence à peu près absolue pour les plaies d'armes à feu aux irrigations continues. Pour les autres, il préfère les irrigations intermittentes. Dans le cas que nous avons mentionné plus haut, les résultats de l'irrigation ont été fort beaux ; nous ferons observer que les plaies causées soit par des morsures, soit par le passage d'une roue de voiture, rentrent à peu de chose près dans la catégorie des plaies produites par les armes à feu, car elles sont contuses, et les fractures sont souvent comminutives. Dans les cas de la nature de ceux-ci, M. Gosselin préfère les irrigations continues aux irrigations intermittentes.

— M. Jobert traite les érysipèles de la face par des onctions avec la pommade au nitrate d'argent composée suivant cette proportion :

Axonge,	30 grammes.
Nitrate d'argent,	1

L'application de cette pommade produit un ecthyma artificiel qui ne suppure point. Cette médication arrête de suite l'érysipèle dans sa marche, ou, si elle n'y parvient pas, éteint sur place la phlegmasie cutanée. Pour M. Jobert, il n'y a pas la moindre différence entre l'érysipèle traumautique et l'érysipèle spontané. Les symptômes précurseurs sont exactement les mêmes, la marche est la même, etc. Pour ce chirurgien, il n'y a que des érysipèles spontanés. Une blessure peut être la cause occasionnelle, mais non pas la cause productrice.

On sait que plusieurs auteurs, M. Chomel entre autres, ont dit que l'apparition des ganglions cervicaux et leur engorgement précédait l'érysipèle lui-même. M. Jobert ne partage pas cette idée ; l'engorgement des ganglions cervicaux lui paraît être le premier phénomène de la fluxion cutanée. Les veines, les artères, les capillaires lui paraissent attaqués tous à la fois et tous à un égal degré d'intensité. Quelle que

---

peu, et aussitôt on fait exécuter à la main droite un mouvement de bascule tel que l'anneau latéral droit devient supérieur et celui de l'autre côté inférieur ; l'ouverture du sac agit alors comme une espèce de cuiller et vient se placer immédiatement au-dessous du calcul, tandis que la portion de la gouttière qui est à gauche de la sonde regarde directement en bas. Quelques petits mouvements de va-et-vient qu'on fait exécuter au ressort apprendront si le corps étranger est saisi, et soit avant de refermer l'anse, soit après l'avoir refermée, ce qui est préférable, on pousse dans la vessie le corps de la membrane ; ensuite, ramenant l'instrument dans sa situation primitive, on essaie de le dégager. Si on éprouve un peu de résistance, on lui imprime quelques légères secousses ; on pousse même dans la cavité du petit mandrin laissé en place de 30 à 60 grammes d'eau tiède ou d'huile, et l'on retire bientôt l'hyménophore. Le sac qui l'a suivi vient présenter son orifice à l'entrée et au delà du canal de l'urètre ; son fond se trouve derrière le pubis, au-dessus de la prostate, et contient le calcul. J'ai toujours vu, sur le cadavre, qu'une membrane de 20 à 22 centimètres avait une longueur suffisante pour parcourir chez l'homme toute l'étendue de l'urètre, quoiqu'une pierre de plus de 5 centimètres de diamètre fût logée dans sa cavité. La largeur et la longueur du sac devront d'ailleurs varier suivant les indications. Si chez l'homme la turgescence accidentelle de la verge rendait dans quelques cas la membrane trop courte, il n'y aurait nul inconvénient à la laisser rentrer un peu dans le canal, pourvu qu'un fil de soie fût attaché aux petits anneaux du filet pour la retenir, et la sonde à double courant introduite préalablement dans sa cavité. Cette introduction a lieu dans tous les cas sans la moindre difficulté ; l'instrument doit être d'un certain volume pour que son bec ne soit pas exposé à s'arrêter dans les plis du sac, qui est parfois tordu sur lui-même, malgré toute l'attention possible. La longueur, le diamètre et la courbure de cette sonde à double courant seront en tout semblables à ceux d'une sonde de femme ; on voit que ce n'est pas l'instrument de Hales, à proprement parler.

Le succès est attaché aux deux conditions essentielles que présente mon hyménophore : 1° faire pénétrer l'orifice de la membrane avant son corps et son bas-fond, et en opérer le développement à l'aide même de la concrétion urinaire et d'une faible injection ; 2° ramener son ouverture à l'extérieur. En effet, si elle est tombée entièrement dans la vessie, avant qu'on aille à la recherche du corps étranger, elle flottera de tous côtés, s'interposera le plus souvent entre la partie agissante de l'instrument et le calcul, et rendra ce temps de l'opération très embarrassant ; on ne réussira qu'une fois sur dix, et par hasard. D'un autre côté, l'irrigation soutenue ne peut être pratiquée avec hardiesse que par une méthode qui ne laisse aucun doute sur la continuité et l'intégrité du sac : on ne peut obtenir ce résultat que par le procédé de l'invagination membraneuse dans le canal de l'urètre. Tout autre système expose à de graves accidents, et contre-indique les irrigations des liquides même très affaiblis ; on ne les remplacerait point par des solutions plus fortes poussées seulement par injection, car les mêmes difficultés subsisteraient encore pour bien assurer et maintenir les rapports entre la sonde et le sac, ou opérer l'occlusion complète de ce dernier ; et cela serait possible, que l'énergie plus considérable du réactif ne compenserait pas la perte occasionnée par l'absence de l'irrigation ; et puis, l'exosmose deviendrait redoutable.

Notons encore que, par notre méthode, les injections préalables d'eau tiède seront souvent superflues, le développement de l'instrument et les autres manœuvres n'exposant jamais à léser les parois vésicales, ni même à froisser la muqueuse.

Inutile de faire remarquer que de petits calculs échapperont quelquefois à cet instrument, malgré sa précision ; alors on aurait recours sur-le-champ à un autre hyménophore, le même ne pouvant être chargé une seconde fois à cause de la membrane, qui, dès qu'elle est mouillée, ne saurait rentrer et glisser librement dans sa cavité.

A dater du moment où les irrigations commenceront, tout se passera presque à l'insu du malade ; le liquide ne distendra point les parois de l'organe ; il baignera directement et rapidement la concrétion vésicale. L'accumulation de l'urine, qui ne tardera pas à se faire derrière le bas-fond du sac, permettra de pousser le piston avec force et de donner au jet toute l'impulsion possible ; elle annulera le résultat de l'exosmose si les onctions avec les corps gras ne l'ont pas entièrement masquée. La fatigue n'est donc probable qu'après une longue séance ; mais rien n'empêche de retirer la sonde de Hales et de laisser reposer le patient une, deux heures et même davantage, en conservant le reste de l'appareil pour recommencer dès qu'on le jugera à propos. Cette fatigue ne se manifestera même, très probablement, que dans le cas où la sécrétion urinaire distendrait la vessie outre mesure. L'excrétion se fera alors naturellement dès que la sonde à double courant aura été enlevée, et si cela était impossible, on glisserait une très petite sonde en argent entre le canal et la membrane. Jamais, nous l'avons prouvé, un bon sac, bien préparé, ne peut se perforer et laisser passer le lithontriptique dans la cavité de l'organe ; si pourtant on avait des craintes à ce sujet, on s'assurerait aisément de la vérité. On explore la région sus-pubienne ; la palpation et la percussion indiquent-elles une réplétion de la vessie, on ôte la sonde de Hales, et l'on introduit la petite sonde en argent dont nous venons de parler ; l'urine sort-elle, l'irrigation est continuée ; est-ce le réactif, la membrane est remplacée par une meilleure.

Bien que je sois convaincu que ce motif n'obligera jamais à faire le changement d'un petit sac, il est cependant des circonstances qui nécessiteront cette substitution, et avant tout, par conséquent, le retour du calcul dans la cavité de la vessie. Par exemple, la destruction n'ayant pas eu lieu en une seule séance (et il en sera toujours ainsi pour les concrétions d'oxalate de chaux et souvent même pour celles d'acide urique), comment agira-t-on afin de chasser la pierre du bas-fond de la membrane, et de pouvoir ramener celle-ci à l'extérieur? On saisira avec les doigts de la main gauche le pourtour du sac et on cherchera à l'attirer à soi, tandis que la main droite poussera la sonde de Hales sur le calcul, ou sur le bas-fond de la membrane qui se déchirera tantôt selon sa largeur, tantôt selon sa longueur ; mais dans la première hypothèse, un fragment sera entraîné dans la vessie avec la pierre. On évite cet inconvénient en ayant soin, lorsqu'on prépare les sacs, de nouer fortement à leur fond et extérieurement un fil de soie très solide qu'on colle tout le long de leurs parois jusqu'à leur orifice, et qui va même jusqu'au haut de l'hyménophore et en dehors. Ce fil

soit la région dans laquelle existe l'érysipèle, M. Jobert l'y poursuit et l'y combat à l'aide de son topique, qu'il regarde *presque* comme certain et infaillible. Pour lui, les troubles fonctionnels que l'on observe ne sont que le résultat de la congestion. Diminuer ou faire même cesser complétement cette congestion en l'attaquant localement semble à M. Jobert plus logique et préférable. Il y a longtemps déjà qu'il a renoncé aux antiphlogistiques dans la thérapeutique de l'érysipèle; le plus efficace des antiphlogistiques est sans contredit ici, selon lui, la pommade au nitrate d'argent.

Nous avons vu, dans les salles de M. Jobert, des malades hommes et femmes traités ainsi et guéris en peu de jours. Cependant, vu la coloration noire que l'on donne ainsi momentanément à la peau, il est permis de douter jusqu'à un certain point que ce traitement devienne jamais général, et se popularise chez les gens du monde, surtout chez les femmes, malgré ses avantages reconnus. Z...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Paralysie de la paupière supérieure. Traitement par la strychnine. Guérison.

Un terrassier, âgé de trente-six ans, d'une santé habituellement bonne, mais sujet à quelques étourdissements tous les printemps, travaillait depuis deux mois dans une carrière ouverte, où il faisait une chaleur extrêmement vive, et où l'air ne se renouvelait que d'une manière tout à fait incomplète, lorsque le 1er juillet il commença à se sentir étourdi, vacillant sur ses jambes, et la vue éblouie. Il continua cependant à travailler quelques jours; ce ne fut que lorsqu'il ne put plus se soutenir qu'il entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Cruveilhier (16 juillet 1846). Le lendemain il était dans l'état suivant : Face rouge; yeux brillants; étourdissements dès que le malade voulait se mettre sur son séant; bourdonnements d'oreilles; affaiblissement de la vue; céphalalgie intense, dont le siége principal est à la région frontale. Lorsque le malade marchait, il sentait ses jambes fléchir sous lui; on ne constatait cependant aucune paralysie du sentiment ou du mouvement; la langue est tirée droite; les commissures sont à la même hauteur, et le malade, quand il est couché, soulève ses membres avec facilité; le pouls est à 60. Les autres fonctions sont à l'état normal; le malade a peu d'appétit. — Saignée du bras; un purgatif.

Les éblouissements persistant encore trois jours après, on pratiqua une nouvelle saignée, qui était couenneuse comme la première. Mais, dans la nuit du troisième au quatrième jour, il survint un nouvel accident. La paupière supérieure de l'œil gauche, qui jusque-là était parfaitement mobile, n'obéissait plus à la volonté, et le malade, pour découvrir son œil, était forcé de contracter énergiquement le muscle occipito-frontal, de manière à entraîner un peu en haut la paupière supérieure. Mais il était facile de voir que le muscle releveur ne participait nullement à cette contraction. Des sangsues à l'anus, de nouveaux purgatifs eurent pour résultat de diminuer notablement les accidents céphalalgiques; mais la paralysie de la paupière, au lieu de diminuer, augmenta notablement et devint complète, en même temps que l'œil luimême devint immobile. En soulevant avec le doigt la paupière supérieure, on reconnaissait que le muscle moteur oculaire externe se contractait encore faiblement; tandis que le muscle moteur oculaire interne, le supérieur et l'inférieur, n'avaient plus d'action sur le globe de l'œil. Toutefois le malade pouvait imprimer encore un léger mouvement d'élévation, mais évidemment à l'aide du muscle grand oblique. Une nouvelle application de sangsues fut faite le 24 juillet, et le lendemain on constata que la pupille était beaucoup moins mobile que les jours précédents; en même temps la paupière et l'œil étaient completement paralysés. — Ventouses scarifiées; nouveau purgatif.

Deux jours après, on fit appliquer un vésicatoire au-dessus de la paupière. Ce vésicatoire n'eut d'autre résultat que de déterminer l'œdème de cette partie; alors on se décida à lo panser chaque matin avec un centigramme de strychnine. Ce pansement avait lieu depuis huit ou neuf jours, et on avait porté la dose à deux centigrammes, lorsqu'on s'aperçut que le malade commençait à soulever un peu la paupière et à remuer un peu l'œil, surtout vers le haut et vers le bas.

Le 13 août, il n'y avait presque plus de céphalalgie; et lorsqu'on disait au malade de relever la paupière, il contractait manifestement son muscle releveur, et séparait la paupière supérieure de l'inférieure, dans un intervalle de quatre lignes au moins. A partir de cette époque, la paralysie de la paupière supérieure et de l'œil a été graduellement en diminuant; et lorsque le malade est sorti de l'hôpital, le 5 septembre, l'œil était parfaitement mobile. Il nous est resté cependant quelques doutes sur la question de savoir si la paralysie de la paupière supérieure avait totalement disparu; car l'œil gauche paraissait toujours plus petit que l'œil droit. Il est vrai que le malade regardait cette disposition comme congéniale; et en outre, par suite d'un coup qu'il avait reçu sur l'œil droit, il était depuis longtemps affecté d'un ectropion de la paupière inférieure.

— Il est évident que le nerf moteur oculaire commun était paralysé dans l'observation que nous venons de rapporter; mais à quoi rattacher cette paralysie? Est-ce à une lésion du nerf lui-même ou à une lésion du centre nerveux? Voilà ce qu'il est difficile de déterminer. Toutefois, la dernière opinion est infiniment plus probable; la présence des éblouissements, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, semble indiquer que la condition prolégomène de cette paralysie a été une congestion sanguine du cerveau, qui s'est terminée par une hémorrhagie, dans le voisinage où à l'origine du nerf oculaire commun. Cette hémorrhagie a dû être peu considérable, puisque les nerfs qui se distribuent à la face n'ont jamais été intéressés. Quelle a été la part de la strychnine dans la guérison de cette paralysie? C'est une question tout aussi difficile à résoudre que la précédente. Les épanchements sanguins guérissent en effet d'eux-mêmes par suite de l'absorption du sang épanché. Ce qui vient à l'appui de cette dernière opinion, c'est que la strychnine n'a jamais déterminé, chez ce malade, de ces secousses, de ces accidents tétaniques par lesquels se traduit, en général, l'action du médicament. Y...

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Varicocèle. Cure radicale par l'enroulement des veines spermatiques. Observations et considérations générales par M. BOUTEILLER.

(Suite du numéro du 12 septembre.)

Quatrième observation.— *Guérison un mois après l'opération. Cas ordinaire.*

Le 25 février dernier, Pauget, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, exerçant la profession de tailleur, entra dans la salle 10, au n° 7, pour être opéré d'un varicocèle à gauche.

Cet homme ne s'est jamais livré à de rudes travaux; jamais il n'a abusé ni des femmes ni de la masturbation; il n'a, à aucune époque, été sujet à une constipation habituelle. Il ne sait pas s'il y a dans sa famille d'autres personnes atteintes de varices; quant à lui, il n'en porte sur aucune autre partie du corps. Quoi qu'il en soit, il y a douze ans qu'il s'est aperçu de la dilatation des veines spermatiques. Depuis ce temps, le gonflement a augmenté progressivement; cependant, il n'en a souffert que depuis l'hiver dernier. Lorsqu'il marchait beaucoup ou qu'il se tenait longtemps debout, il éprouvait dans le testicule gauche un sentiment de pesanteur incommode et des tiraillements dans les lombes, et il assure formellement que, quelques jours avant d'entrer à l'hôpital, les douleurs ne lui permettaient pas de garder la position verticale.

Le scrotum, du côté gauche, descend plus bas qu'à droite au moins de six centimètres; on sent un paquet de veines variqueuses formant une tumeur molle, flasque, située en arrière et en haut du testicule, s'étendant jusqu'à l'anneau inguinal, dans lequel elle pénètre. Cette tumeur présente aussi tous les autres caractères du varicocèle, sur lesquels nous ne reviendrons pas. Le scrotum, d'une couleur foncée, ne présente pas d'altérations; ses veines propres ne sont pas dilatées. Le testicule a le même volume que du côté droit. Il n'est pas douloureux en arrière du paquet des veines variqueuses.

On sent deux cordons d'un égal volume, celui d'une plume de corbeau, appartenant tous deux au même côté du scrotum et présentant la même résistance: l'un est le canal déférent, l'autre est probablement l'artère spermatique; mais il est difficile de distinguer lequel est le canal déférent, lequel est l'artère.

Pauget ne paraît pas d'une bonne santé; il est pâle, maigre. Aussi M. Vidal remet l'opération à quelque temps.

Cependant, le 12 mars, sa résolution n'ayant pas changé, il est préparé, puis soumis à l'opération du varicocèle par enroulement des veines. Le manuel opératoire, dans ce cas, a été le même que dans les précédents. Seulement, pendant son exécution, il se présenta la difficulté que nous avons déjà signalée; à savoir : de distinguer l'artère spermatique du canal déférent.

Après un mûr examen, M. Vidal trouva à l'un des canaux une résistance plus grande; il le rejeta en arrière. L'autre, qu'il crut être l'artère spermatique, fut amené en avant avec les veines pour être compris dans l'enroulement. Pendant le troisième temps de l'opération, c'est-à-dire pendant l'enroulement, le malade a beaucoup souffert, surtout dans les lombes. Mais une demi-heure après, les douleurs sont devenues tolérables; il n'y avait plus, disait-il, que quelques picotements autour de la ligature. — 2 portions.

Le 13, le malade n'a pas dormi, quoique ne souffrant pas beaucoup. Il y a un peu de gonflement au-dessous des fils, dans l'épididyme et le paquet des veines variqueuses. Pas de douleurs dans les reins.

Le 14, un peu d'inflammation bornée au bourrelet qui existe autour de la ligature. Peu de douleur cependant. Le malade a dormi à peine une demi-heure.

Le 15, même état. La suppuration commence à l'entrée et à la sortie des fils.

Le 16, les fils se rapprochent de la peau. M. Vidal fait une nouvelle torsion sur la bande. Le malade éprouve alors un peu de douleur autour de la ligature seulement, et non pas dans les lombes.

Le 17, même état. — 4 portions.

Le 19, les fils sont très rapprochés de la bande.

Le 20, M. Vidal enlève les fils, la peau étant entièrement coupée par eux, et ceux-ci ne tenant plus au fond de la plaie que par quelques filaments blanchâtres qui sont enlevés avec des ciseaux. La plaie est transversale et régulière; au fond, existe une espèce de bourbillon grisâtre. Elle est tamponnée avec de l'amadou et de la charpie.

Le 21, il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Pas de douleurs.

Le 24, la plaie a un bon aspect; ses lèvres se recouvrent de granulations; le bas-fond est occupé par l'eschare.

Le 26 et le 28, même état.

Le 30, *idem.*

Le 1er avril, l'eschare, presque détachée des parties vivantes, est enlevée avec des ciseaux, sans écoulement de sang.

Le 4, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation; ses lèvres sont vermeilles, couvertes de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 7 et le 8, même état.

Le 10, la plaie est presque cicatrisée; elle n'a plus même un centimètre d'étendue.

Le 15, sorti guéri, trente-quatre jours après l'opération. Le testicule gauche n'est plus au-dessous du droit; au contraire, le scrotum de ce côté descend moins qu'à droite. Ce résultat est le plus fréquent, après le mode d'opérer qui nous occupe.

---

sert à ramener la portion de la membrane qui serait tombée accidentellement comme nous venons de le supposer. Mais un autre moyen de dégager le calcul, et qui me réussit beaucoup mieux, est celui-ci : la sonde de Hales est enlevée, la membrane est amenée à l'extérieur le plus que faire se peut, et on l'incise transversalement aussi près que possible du méat urinaire, après avoir refoulé la verge; le poids de la pierre entraine le reste dans la vessie, mais le fil de sole qu'on a eu soin de ménager en faisant l'incision, procure la sortie du sac qui vient alors, non du côté de son orifice, mais par son bas-fond, après avoir basculé sur lui-même, de sorte que sa partie postérieure devient antérieure, et *vice versâ*.

On aurait pu m'adresser une objection par rapport au temps de la manœuvre où, le calcul étant saisi, le dégagement de l'hyménophore ne serait pas possible. En effet, la membrane pourrait se trouver pincée entre le mandrin et la cavité de l'instrument, accrochée dans la gouttière, etc, etc. On se hâtera alors de rouvrir l'anse et de lui faire décrire un demi-cercle de haut en bas et de droite à gauche. Presque constamment le calcul retombera aussitôt, et l'anse étant effacée le sac reviendra, soit pelotonné, soit étendu, mais dans tous les cas avec facilité. Si par une exception qui ne s'est encore présentée à moi qu'une seule fois, ce que nous venons de conseiller n'était pas suivi du succès, on exercerait des tractions sur le bout du fil qui, après avoir longé extérieurement l'instrument et la membrane, va s'attacher à l'infundibulum. Bientôt on verrait cet infundibulum au méat urinaire, et, en le saisissant et l'attirant fortement, le sac se romprait dans tout son pourtour au niveau du filet; il n'y aurait plus qu'à retirer l'un après l'autre, ou même ensemble, la membrane et l'hyménophore.

Pour résumer promptement ce travail, et présenter en un instant toutes les particularités qui échappent au milieu des détails et des descriptions de toute espèce, supposons qu'on soit décidé à traiter un calculeux par la *lithyménie.*

Le médecin tiendra compte de l'âge du malade, de l'époque où remonte l'apparition des premiers symptômes, de leur nature, de leur intensité, de la couleur de l'urine, de son action sur les papiers réactifs, de sa densité, de son odeur. etc., etc. Si de petites concrétions ont été rendues et qu'on les lui soumette, il les plongera dans notre solution acide, et ensuite dans la solution alcaline. En un mot, il faut apporter la plus scrupuleuse attention pour diagnostiquer non-seulement l'existence du calcul, mais même arriver, s'il se peut, à la connaissance de sa composition. Vient ensuite le cathétérisme qu'on pratiquera, non avec une sonde ordinaire, mais avec l'hyménophore; on cherchera le corps étranger et on le saisira comme il a été dit plus haut. Si tous les renseignements précédents n'ont rien appris sur sa nature, on sera au moment de l'opération qui permettra l'appréciation la plus sûre à laquelle il ait été donné d'arriver jusqu'à présent. La sonde de Hales sera dirigée sur le calcul, le touchera, le heurtera infailliblement, parcourra sa surface, dont les inégalités, s'il en existe, seront facilement appréciées; les plis de la vessie ne viendront pas rendre cette exploration douloureuse, difficile et infructueuse.

Admettons que, malgré tout cela, l'on ne soit pas encore bien fixé sur le diagnostic de la composition intime de la concrétion urinaire, on commencera alors l'irrigation avec le liquide acide. Le canal de retour de la sonde à double courant versera le lithontriptique dans une petite poche d'étoffe du soie, et bientôt l'absence ou la présence de fragments de sulfate de chaux indiquera s'il faut continuer ou changer la solution. Dans cette dernière hypothèse, l'emploi du menstrue alcalin sera suspendu de temps en temps pour revenir au précédent.

Nous savons, en effet. qu'il est des calculs de couches successives de nature diverse, et qu'il ne serait pas impossible de rencontrer une lame de phosphate trisbasique sous une lame d'acide urique, quoique le contraire soit la règle, et que cette règle ne souffre que peu d'exceptions.

En suivant la marche que nous venons de tracer, on aura promptement raison des concrétions urinaires; mais il est certain que, dans quelques rares circonstances, on pourra douter si la pierre est de l'acide urique ou de l'oxalate de chaux. MM. Lisfranc et Blandin, à qui j'ai parlé dernièrement de l'embarras où ce doute pourrait jeter, n'ont pas désapprouvé un moyen que je propose : ne serait-il pas avantageux de faire ici une simple injection acide, de fermer le sac, et, deux heures environ après, de recevoir dans un verre le liquide de cette injection? Il est certain que de petites pellicules rouge-brun nageront dans le réactif si la concrétion est oxalique. Au contraire, il ne s'y remarquera rien si elle est urique, et toute difficulté sera levée.

Je ne vois pas non plus pourquoi on n'envelopperait pas ainsi, pour des journées entières, les calculs muraux; on arrêterait par là leur accroissement; on épargnerait aux malades les douleurs cruelles occasionnées par leurs saillies souvent pointues et acérées, et enfin on les détruirait peu à peu par macération dans le réactif acide L'inconvénient de laisser la membrane dans le canal de l'urètre serait plus que compensé par tous ces avantages. Après tout, je ne craindrais pas de la pousser en totalité dans la vessie, en ne tenant à l'extérieur que le fil de soie qui servirait à la ramener quand il faudrait la changer. A l'amphithéâtre, tout cela a réussi au delà de mes espérances.

Quelle que soit la nature du calcul, lorsqu'il ne sera primitivement qu'un petit noyau, ou qu'on l'aura réduit à ce point par les lithontriptiques, on essaiera de l'attirer au dehors en lui faisant franchir avec la membrane toute la longueur de l'urètre. Cela abrégera singulièrement la durée du traitement, surtout si ce noyau est de l'oxalate de chaux, et à plus forte raison quand la matière qui le constitue est à peu près inattaquable par nos solutions: morceaux de bois, balles, fragments de tuyaux de pipe, de tiges de plantes, de baromètre, etc.

La lithyménie me semble donc satisfaire à toutes les indications, puisqu'en se plaçant, comme on le voit, dans les circonstances les plus épineuses, il y a toujours lieu de compter sur elle, et qu'elle répond à toutes les objections. D'ailleurs, les assertions produites dans ce Mémoire ne sont pas le fruit de vues purement spéculatives, mais bien de travaux sérieux, entrepris depuis longtemps, et sur le cadavre, et dans le laboratoire de chimie; aussi je les soumets avec confiance à l'appréciation des hommes qui furent mes maîtres et qui seront toujours mes modèles, et à celle du monde médical.

Cinquième observation. — *Cas ordinaire sans nulle complication.*

Hantin (Joseph), âgé de dix-sept ans, menuisier en voitures, entré le 3 août dans la salle 9, n° 8, a été opéré du varicocèle par enroulement le 11 août dernier.

Voici ses antécédents :

C'est seulement en juillet dernier qu'il s'est aperçu d'une tumeur dans le côté gauche du rectum; depuis lors il éprouva des douleurs dans les reins et dans les bourses, qui le gênaient, il paraît, beaucoup dans la marche et dans son travail; car il voulut absolument être opéré, quoique son varicocèle ne fût pas des plus développé, et qu'il eût tout intérêt à garder cette infirmité pour se présenter dans quelques années devant le conseil de révision, lui surtout qui n'a pas d'autre cas de réforme, ni le moyen d'acheter un homme, ni enfin de vocation militaire.

Ce jeune homme n'a pas de varices dans d'autres parties du corps; aucun membre de sa famille n'en est atteint; il dit ne s'être jamais livré avec excès soit aux femmes, soit à la masturbation, et il attribue son mal à son état, qui le force à être sans cesse debout, et à lever des madriers fort lourds. Il n'a jamais été sujet à la constipation.

Après l'opération, il ne survint aucun accident. Le 22 août la peau fut divisée avec le bistouri, et les fils enlevés.

Le 3 septembre, sortie sur sa demande. La plaie n'est pas encore totalement cicatrisée, mais en très bonne voie; elle a 3-4 centimètres carrés de superficie; le lambeau supérieur du scrotum est un peu saillant, comme cela a lieu assez ordinairement. Tout porte à croire que cette plaie sera fermée le 11 septembre, et alors il y aura juste un mois que l'opération aura été faite.

Sixième observation. — *Cas ordinaire et sans nulle complication.*

Achille Paris, âgé de dix-sept ans, commis en écriture, couché salle 9, n° 3, fut opéré le 15 juillet dernier d'un varicocèle à gauche par le procédé de l'enroulement.

A son entrée, le 29 juin, il raconte qu'il s'est aperçu de sa maladie il y a deux ans et qu'elle a beaucoup augmenté depuis deux ou trois mois; le scrotum tombait à huit ou dix lignes plus bas du côté gauche que du côté droit. Le matin il ne voyait presque plus la tumeur, qui le soir était volumineuse. La marche et même la *position assise prolongée* augmentaient de beaucoup les dimensions de la tumeur. Pas de varices sur d'autre partie du corps, pas d'antécédents dans sa famille; enfin, ce malade n'a jamais eu de constipation habituelle et n'a pas causé sa maladie par des excès d'aucun genre.

Achille éprouvait seulement quelques douleurs de temps à autre, d'autre part son état lui eût bien permis de garder son varicocèle peu volumineux d'ailleurs; mais il a la vocation des armes, et la crainte de ne pas être admis dans la cavalerie lui fit réclamer instamment l'opération.

Quinze jours après cette dernière, on retirait les fils, et le 31 août il sortait guéri, ne portant plus, à la place de la plaie, qu'une petite excroissance de chair grosse comme un pois. Au-dessus de la cicatrice, comme chez le précédent malade, le scrotum est peu saillant.

Nous proposant de passer en revue tous les malades opérés de varicocèle par M. Vidal depuis le mois de mars dernier, nous n'avons à dessein, jusqu'à présent, donné de longs détails que lorsque quelque chose d'anormal s'est présenté. Nous ferons de même dans la rédaction des observations qui nous restent encore.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Recherches sur la thérapeutique du scorbut de terre; par M. le docteur NOVELLIS, d'Alexandrie.

M. Novellis, après de longues et consciencieuses recherches pratiques faites dans le pénitencier militaire d'Alexandrie sur les meilleurs moyens à employer pour combattre le scorbut terrestre, a été conduit à établir les propositions thérapeutiques suivantes :

1° Les tubercules de la pomme de terre, tant préconisés par les médecins anglais, ne sont d'aucune utilité dans le traitement du scorbut de terre, soit qu'on les donne à l'état cru, soit qu'on les fasse prendre après les avoir soumis à la cuisson, et ils sont bien loin de pouvoir remplacer, dans cette maladie, la laitue cultivée ou le cresson.

2° On obtient d'excellents résultats de l'emploi de l'azote de potasse administré à la dose d'un à huit grammes par jour : ce médicament est même préférable dans ce cas aux ferrugineux; mais, pour en retirer tous les résultats avantageux qu'il est possible d'en attendre, il faut lui associer l'usage d'un régime diététique végétal.

Suivant M. le docteur Novellis, le scorbut ne peut se transmettre par voie d'inoculation.

Cas d'empoisonnement par les racines de panais; observation recueillie par M. le docteur UNGER, de Trzemeszno.

La femme d'un journalier déterra, le 17 mars 1846, des racines de panais provenant d'un ensemencement fait le printemps précédent dans un jardin attenant à son habitation, et qui avaient été abandonnées là depuis cette époque : elle les apprêta d'une manière toute simple, et dans le pot de terre dont elle se servait habituellement pour la préparation de ses aliments. Cette femme mangea de ces racines au milieu de la journée; son mari et sa fille âgée de dix ans, qui étaient, le premier occupé à travailler dans la forêt, la seconde à son école, en mangèrent seulement à quatre heures de l'après-midi. Un petit garçon de trois ans et une voisine en prirent aussi, mais seulement en très petite quantité.

Dans la soirée, M. Unger fut appelé à la hâte pour donner ses soins à ces diverses personnes qu'on disait être devenues folles. En effet, il les trouva, à son arrivée, dans un état analogue à celui qui caractérise le *delirium tremens*. Ces malades couraient continuellement d'une place à une autre; ils parlaient sans cesse, et sans savoir ce qu'ils disaient; ils voulaient prendre des objets qui n'existaient pas, et les individus qui se trouvaient là leur paraissaient être des objets dont ils s'étaient servis auparavant. Le mari, âgé de trente et quelques années, ayant mangé plus tard que sa femme, pouvait encore se montrer maniable; mais la femme, du même âge à peu près, et la petite fille étaient dans un état d'agitation excessive : elles se débattaient, juraient, blasphémaient, et en même temps elles étaient prises d'un rire convulsif. Tous les trois étaient très pâles; la pupille était dilatée; le regard était incertain et hagard, la langue nette, humide et tremblante; le pouls, qu'on ne pouvait tâter qu'avec difficulté en raison des mouvements continuels des sujets, paraissait plus petit, plus faible et plus lent que de coutume. Les malades ne demandaient rien, et repoussaient tout ce qu'on leur présentait : ils voulaient toujours s'échapper, de manière que plusieurs personnes étaient nécessaires pour les surveiller.

La voisine, qui n'avait mangé que peu de racines de panais, se plaignait de vertiges et de malaise; du reste, elle avait conservé toute sa connaissance et refusait obstinément de prendre aucun médicament.

Le petit garçon, qui était faible et ordinairement malingre, ne présenta non plus aucun symptôme grave.

Dans ces circonstances, M. Unger prescrivit neuf doses de sulfate de zinc de quarante-cinq centigrammes chaque, et il en fit prendre une tous les quarts d'heure aux adultes : il n'en donna que moitié par prise à la petite fille, et, par précaution, il en administra un tiers au petit garçon. Ces neuf prises, bien qu'aidées par une ingestion d'eau tiède, restèrent sans effet; il en fut de même de neuf autres prises de même poids, car le petit garçon fut le seul qui vomit, et encore en petite quantité. Une troisième quantité de prises, associées cette fois à dose égale d'ipécacuanha, parvint enfin à faire rejeter par le vomissement une grande partie de ce qui se trouvait dans les voies digestives, et parmi ces matières un assez grand nombre de morceaux de panais non digérés. Après avoir vomi, les malades revinrent à eux peu à peu, mais ils se trouvaient dans un grand état de fatigue, et ils s'endormirent vers les deux heures du matin.

Le lendemain, M. Unger les trouva assez bien rétablis; il leur restait seulement un peu de pesanteur de tête. Comme il n'y avait pas eu d'évacuations alvines, il leur prescrivit une infusion de séné. A la suite de cette administration, ils se trouvèrent rendus à la santé.

M. Unger pense que le long séjour des racines de panais dans la terre les fait dégénérer et leur communique des propriétés toxiques analogues à celles que l'on retrouve dans le panais sauvage.

Efficacieé de l'azotate d'argent dans les cas de menstrues trop abondantes; par M. le docteur DITTERICH.

M. Ditterich affirme qu'il a prescrit avec le plus grand succès l'azotate d'argent aux femmes trop abondamment menstruées, et chez lesquelles il se manifeste ordinairement, avant chaque époque, un écoulement muqueux vaginal considérable. Il fait dissoudre 15 centigr. de ce sel dans 8 grammes d'eau distillée, et il administre trois fois par jour dix à quinze gouttes de ce soluté dans une demi-tasse d'eau sucrée.

Il rapporte que, sous l'influence de cette médication, il a vu dans l'espace de dix jours le flux menstruel considérablement diminué. En cas de récidive, il convient de recourir à l'emploi du même moyen.

M. le professeur Kopp, qui a eu recours aussi à la même médication, en a pareillement retiré des avantages signalés, même au milieu de l'époque mensuelle. Ce praticien prescrit alors l'azotate d'argent à la dose de 4 à 5 milligrammes environ, toutes les deux heures, et il fait observer que le sel doit être donné avec l'eau distillée simple et non avec l'hydrolat de laurier-cerise, parce que l'emploi de ce dernier excipient a pour résultat infaillible la production d'un précipité noir formé de cyanure argentique.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 111. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 21 SEPTEMBRE 1846.

QUELQUES DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PESTE ET DES QUARANTAINES.

Monsieur le Rédacteur,

Nous venons de lire avec beaucoup d'intérêt le rapport de la Commission de l'Académie royale de médecine de Paris sur la peste et les quarantaines, et nous partageons ici l'impatience de nos collègues (1) de connaître les discussions qui s'élèveront dans le sein de l'Académie sur cette question, et la manière dont elle sera résolue par ce corps savant.

Le travail de cette Commission est certainement une œuvre remarquable pour les recherches qu'elle a entreprises et les faits qu'elle a cru devoir recueillir à l'appui de sa théorie sur la peste; mais l'interprétation qu'elle a donnée de ces faits n'étant pas telle qu'elle amene la conviction, nous demeurons, quoi qu'elle en dise, ferme en notre croyance que la peste, de quelque manière qu'on la définisse, est une maladie contagieuse, qu'elle se transmet par contact ou d'un pestiféré à un individu sain, ou d'un objet susceptible de recéler le virus ou contage pestilentiel, dont nous ne connaissons pas du reste la nature, et que les pestiférés et les objets contaminés sont deux véhicules de transmission et de propagation de la peste en tous lieux.

Nous ne disons pas qu'un autre mode de transmission ne soit possible aussi, car nous ne voulons pas nier qu'en certaines circonstances la peste ne puisse se transmettre par infection. En effet, si l'air d'une localité donnée, renfermant un certain nombre d'individus sains d'ailleurs, se vicie et devient nuisible à l'organisme de ceux qui s'exposent à l'inspirer, nul doute que cet air ainsi vicié ne devienne encore plus nuisible s'il renferme des malades et surtout des pestiférés. Mais pour admettre ce mode de transmissibilité, faut-il détruire le principe de la contagion de la peste et la faculté de se transmettre, ainsi que nous l'avons exposé plus haut? Cette maladie ne peut-elle pas se communiquer d'une manière comme de l'autre, par contact comme par infection?

Ici, nous croyons nécessaire d'expliquer dans quel sens nous entendons le mot infection. Il est reçu de se servir des mots *contaminé* et *infecté* pour désigner des objets qui peuvent recéler la contagion. Or, si ces deux mots sont exactement synonymes, je ne comprends pas pourquoi l'on voudrait, logiquement parlant, donner au mot *infection* une signification différente de celle que l'on donnerait au mot de *contamination* (2) ou acte de contaminer? Selon nous, c'est la matière du contage, c'est le virus, c'est le contage pestilentiel qui contamine, pénètre et infecte un homme sain ou un objet susceptible d'infection, soit que cette contamination ou infection s'opère par le contact immédiat ou médiat, soit que cela s'effectue à une certaine distance sans contact immédiat. Nous ne saurions donner au mot *infection* une autre signification.

(1) Les membres du Conseil supérieur de santé de Coustantinople.
(2) Que l'on nous pardonne ce néologisme pour donner toute la clarté possible à notre pensée.

Si nous avons ressenti une certaine satisfaction de voir figurer notre Mémoire (1) parmi une foule d'écrits sur la peste, mentionnés dans le rapport de la Commission, ce n'est pas toutefois sans peine que nous avons remarqué le mode aussi inusité qu'arbitraire, de faire servir en faveur de la prétendue endémicité les faits que nous avons produits à l'appui de la contagion! Je dis arbitraire; car si tout homme a droit d'interpréter à sa guise un fait, toujours est-il qu'avant d'user de ce droit, l'on ne peut pas se dispenser de faire connaître au public la manière dont l'auteur l'explique, ses arguments, son intention et son but.

Dès que les faits que nous avons fournis dans ce Mémoire, ainsi que les observations qui les accompagnent, n'ont pas paru suffisants pour faire pencher la balance du côté de la contagion, qu'il nous soit permis du moins, en notre qualité d'habitants de Constantinople (M. Pezzoni pendant plus de trente ans, le docteur Marchand pendant quinze ans), de nous présenter pour combattre quelques faits avancés au profit de l'endémicité et pour réfuter les assertions d'un auteur, M. le docteur Brayer, qui, pour avoir passé neuf années dans cette capitale, n'en est pas moins dans l'erreur quant à certaines conditions atmosphériques, climatologiques et autres dépendant des localités de cette ville, et devant y donner lieu à la genèse spontanée de la peste. Cette manière d'envisager une question aussi difficile est entièrement partagée par la Commission, qui, voyant à Constantinople un foyer de peste comme en Egypte par la similitude de causes productrices d'une même maladie dans les deux pays, cite à l'appui l'ouvrage sur la peste de M. le docteur Brayer et celui de M. le docteur Cholet.

Sans prétendre infirmer le mérite de ces deux ouvrages, qui font la base de cette théorie de la Commission, nous devons cependant relever des inexactitudes à l'endroit de certaines causes qui engendrent, selon M. Brayer, la peste à Constantinople. Je m'en tiendrai à celles citées dans le rapport même, parce qu'elles sont trop évidemment en contradiction avec les connaissances parfaites que nous avons pu acquérir des lieux pour ne pas chercher à les réfuter de toute notre force.

M. Brayer prétend qu'une foule de causes nuisibles et propres à créer la peste existent à Constantinople, et il en énumère un grand nombre. Voyons si ces causes existent effectivement ainsi que le veut ce médecin.

Déjà M. de Ségur-Dupeyron, dans l'intéressant rapport qu'il a adressé cette année à S. E. le ministre de l'agriculture et du commerce, a parfaitement bien reconnu que les fruits verts, les aubergines, les moules, etc., font l'alimentation d'une certaine classe de la population de Constantinople, que rien n'a été changé dans ses habitudes ni dans les conditions de voirie, etc., etc., sans que cependant la peste y ait reparue depuis 1837.

(1) Ce n'est pas le Conseil supérieur de santé de Constantinople, ce sont mes honorables collègues, MM. Pezzoni, Lescal et moi, membres dudit Conseil, qui avons rédigé ce Mémoire. Ce travail a été entrepris en 1842, dans le dessein de faire un hommage respectueux aux Académies royales des sciences et de médecine de Paris, des notions que ces médecins venaient d'acquérir sur la peste, afin de contribuer en quelque sorte à la solution d'une si importante question.

Il est notoire que ces causes produisent bien quelques dysenteries, quelques fièvres intermittentes, mais point de peste que nous sachions. Nous ajouterons que, si quelqu'un s'avisait ici de faire accroire que la peste est engendrée par de pareilles causes, médecins et gens sensés repousseraient cette manière de voir comme paradoxale pour démontrer que ces causes n'entrent pour rien dans la manifestation de la maladie appelée peste.

« C'est du 1er au 20 juillet, époque où le vent du nord, la *tramontana*, vient ordinairement à cesser, dit M. Brayer, que les premiers cas de peste éclatent à Constantinople. » — Voyez page 28 du rapport de la Commission.

M. Brayer est dans l'erreur quant à l'époque de la cessation de la tramontana, à Constantinople du moins. C'est au contraire à cette époque-là de l'année que les vents du nord et du nord-est règnent presque exclusivement. Ces vents alisés, appelés *meltem* dans le pays, soufflent alors périodiquement et presque toujours avec véhémence. L'époque des vents du sud commence, pour Constantinople, vers le mois d'octobre. Rien, au reste, de plus facile que de s'assurer de ce que nous avonçons relativement aux époques où règnent les vents du nord et du sud.

« La maladie, la peste, se montre fréquemment alors, assure M. Brayer, dans quelques-uns des villages situés sur les rives du Bosphore, et principalement sur la rive européenne plus exposée que la rive asiatique au *scirocco* ou vent du sud. »

Tout ceci est parfaitement inexact. La rive européenne du Bosphore est plus exposée au vent du nord que la rive asiatique, qui ne l'est, en général, qu'au vent du sud. Aussi, la première est-elle préférée à la seconde par les connaisseurs qui y vont passer la saison des chaleurs non-seulement parce qu'elle est rafraîchie par les vents du nord, mais encore parce qu'elle jouit par cela même d'un climat plus salubre, que la rive asiatique, qui, à très peu d'exceptions près, est malsaine.

M. Brayer est-il d'ailleurs bien sûr que la peste se soit principalement montrée dans les villages de la rive droite plutôt que dans ceux de la rive gauche du Bosphore? La rive asiatique étant généralement habitée par des Turcs, les premiers cas de peste chez ceux ci étaient en général ignorés des Européens, qui n'en étaient instruits que lorsque la peste exerçait déjà de notables ravages parmi les Turcs.

Je pense que c'est là une puissante raison qui a fait que M. Brayer a cru que la peste trouvait des conditions plus favorables à son développement sur la rive européenne du Bosphore, habitée par une foule de Francs et de chrétiens indigènes, qui ne cachent jamais les cas de peste survenus chez eux, et sont à même de connaître ceux qui atteignent leurs voisins les musulmans de la même rive.

Les premières atteintes de la peste, tantôt au bagne ou dans une caserne, tantôt dans un *khan*, petit, sale, mal aéré, etc., s'expliquent aisément, mais non pas à la façon de M. le docteur Brayer. Le bagne se trouve enclavé dans l'arsenal, où les forçats travaillent journellement et sont alors en communicasion continuelle avec les marins des navires pestiférés venus d'Egypte ou de tout autre point de l'empire otto-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

A Monsieur SERRES, *membre de l'Institut, président de la Commission permanente du Congrès médical de France.*

Châtillon sous Fontenay-aux-Roses, le 20 septembre 1846.

Monsieur le président,

Aussi bien le bruit de la ville et ses agitations et les passions qui s'y meuvent viennent expirer et s'éteindre dans le calme et le silence de mon humble retraite, et puisque, pour quelques jours encore, il m'est impossible de suivre le mouvement de l'actualité, permettez-moi de causer un instant avec vous des grands intérêts du corps médical, de rappeler quelques souvenirs rétrospectifs, d'examiner la situation présente, de voir quelles peuvent être raisonnablement nos espérances d'avenir. Il m'est avis que ce sujet doit vous plaire; j'en ai pour garanties l'empressement si honorable et, permettez-moi d'ajouter, si perspicace avec lequel vous avez accepté de devenir la tête de ce grand mouvement d'idées que le Congrès a fait naître, le dévouement si heureusement couronné de succès avec lequel vous avez rempli les devoirs si importants et si pénibles de président de cette grande assemblée, le dévouement plus grand encore, car il est continu, moins retentissant, mais non moins utile, que vous montrez tous les jours au sein de la Commission permanente dont vous êtes le digne et tant zélé président. Car, votre modestie dût-elle en souffrir, il faut que nos confrères sachent tout ce qu'ils vous doivent de reconnaissance pour cette incessante activité que depuis un an vous apportez aux fonctions qui vous ont été confiées. Moi, je peux dire quelles ont été vos fatigues pendant le Congrès; je vous ai vu, après ces longues et orageuses séances, exténué, sans forces, sans voix, craignant sans cesse de voir votre courage trahi par l'impuissance physique; alors que le lenpemain vous occupiez le fauteuil avec le même zèle et la même virilité; je peux dire que ce zèle ne s'est pas un instant ralenti pendant les soixante séances de la Commission permanente, dont la plus courte n'a pas duré moins de trois heures; je peux dire tout ce que cette Commission doit à vos lumières, à votre prudence, à votre connaissance parfaite des hommes et des choses, à cet amour rigoureux du droit, de la justice, de la vérité.

Grâces vous soient rendues, Monsieur, car vous avez donné un grand et noble exemple; votre âge, vos travaux, les beaux services rendus par vous à l'humanité et à la science, la juste et honorable considération qui vous entoure, les honneurs dont vous êtes revêtu, tout pouvait légitimer en vous l'aspiration vers le repos; ce repos, vous l'avez sacrifié aux intérêts de vos confrères; loin que le cruel sophisme de l'indifférence et de la richesse ait pénétré dans votre cœur, loin que votre vie soit une longue et incessante chasse au client, et qu'empilant écus sur louis d'or vous n'ayez de tendresse que pour la visite ou la consultation, vous avez noblement, sans hésitation et sans crainte, répondu à notre appel; vos plus précieuses, vos plus lucratives heures, vous les avez consacrées, vous les consacrez encore à étudier, à solliciter les améliorations morales et matérielles demandées par le corps médical. Encore une fois, Monsieur, grâces vous soient rendues!

Maintenant où en sommes nous, de ces améliorations? Quelle est la situation présente de nos affaires? De cette grande manifestation, objet de tant d'espérances, est-il déjà résulté quelque bien, et devons-nous en attendre plus encore? Examinons ces questions, si vous le voulez bien, relativement au corps médical lui-même et en dehors de lui.

Dans le corps médical, le Congrès a produit de grands, d'incontestables résultats. D'abord, et ceci, pour l'avenir, n'est pas d'une médiocre importance, le corps médical a pu reconnaître sa valeur, sa force; apprécier la considération dont il jouit au milieu de la société française; l'estime dont sont entourées les professions qu'il représente; il a pu voir quel rôle seront appelés à jouer tôt ou tard ces professions quand elles réclameront leurs droits avec persévérance et énergie.

Un fait plus important et plus grave, autant pour le présent que pour l'avenir, est la *constitution* indépendante du corps médical par l'institution des associations dans le plus grand nombre des arrondissements. Le département de la Seine a donné, à cet égard, un bel exemple. Douze de ses arrondissements, sur quatorze, sont constitués en associations. Dans la banlieue, l'arrondissement de Sceaux est seul en retard; dans la ville, quelques tentatives ont, dit-on, échoué dans le onzième. On voit avec peine que cet arrondissement, seul retardataire, soit précisément celui où siége la Faculté de médecine, et sur lequel habite son habile doyen. Dans les départements, le mouvement a été, sinon unanime, au moins très général. Je n'ai pas sous les yeux le chiffre des arrondissements actuellement constitués en associations, mais il doit dépasser celui de 300.

Ce résultat est assurément d'un haut intérêt, d'autant plus que toutes ces associations ne sont pas seulement à l'état nominatif; ce n'est pas seulement un cadre que des chances diverses puissent empêcher de remplir; non, les nombreux procès-verbaux qui passent sous vos yeux prouvent, Monsieur le président, que partout l'immense majorité de nos confrères a pris part aux élections des bureaux; que partout les réunions ont été nombreuses, confraternelles, animées des sentiments les plus honorables et du zèle le plus actif; que partout ces associations fonctionnent au grand avantage des populations et du corps médical lui-même, et que toutes les prévisions du Congrès relativement aux résultats de l'association se réalisent de jour en jour sur la plus vaste échelle. A Paris surtout, le mouvement est considérable et véritablement digne d'attention. Dans un grand nombre de sociétés d'arrondissement, les questions professionnelles les plus graves sont à l'ordre du jour; ce devra même devenir le sujet des plus prochaines préoccupations de la Commission permanente, d'examiner si certaines solutions données par quelques-unes de ces sociétés ne sont pas tellement en opposition avec les vœux exprimés par le Congrès, qu'il ne soit utile et convenable d'en rappeler les motifs. Pour laisser entrevoir ma pensée, dont j'accepte d'ailleurs tout seul la responsabilité, je dirai que la question dangereuse et brûlante des honoraires et du tarif, devant laquelle le Congrès recula épouvanté, me semble avoir été

man. Les casernes sont habitées par des soldats recrutés sur tous les points de l'empire. Ces soldats importent souvent la peste dans un temps où l'on n'en parle pas dans la ville.

Les *khans* servent de logement aux voyageurs indigènes en Turquie. Est-il rien de plus naturel que l'importation de la peste par ceux-ci, et la manifestation de cette maladie plutôt dans un *khan* qu'ailleurs ? C'est donc à l'importation, et non pas à l'existence de causes locales, que serait due l'apparition de la peste dans des lieux qui, par leur destination même, rendent facilement raison du fait.

Il est aussi aisé d'expliquer pourquoi la peste éclatait tantôt dans un village, tantôt dans un autre du Bosphore. Il suffit de rappeler que dans ces temps de nombreux navires marchands, souvent pestiférés, allaient mouiller devant ces villages. Car alors, comme aujourd'hui, tous les navires arrivant à Constantinople ne mouillaient pas devant la douane ; un grand nombre d'entre eux mouillaient, comme ils mouillent encore, sur différents points du Bosphore. Et il est à noter de plus, que les navires venus d'Europe chargés d'objets manufacturés, sont ceux qui mouillent devant la douane pour des raisons facilement appréciables, tandis que les navires venus de différents points de l'empire ottoman sont ceux qui mouillent, en général, devant les villages du Bosphore, et que ces navires-ci étaient précisément les plus suspects et le plus à craindre.

Que dire de la peste qui apparaît ou disparaît avec le *scirocco* ou la *tramontana*, après un orage ou une averse? Pour notre part, nous dirons que si l'on a vu des exacerbations de cette maladie à Constantinople dans ces conditions atmosphériques, on a vu aussi le contraire avoir lieu, c'est-à-dire la peste sévir avec fureur dans des saisons où les vents du nord régnaient presque exclusivement, et où il n'y avait pas eu d'orages, très rares, d'ailleurs, dans la saison chaude de l'année. Nous ne prétendons pas avancer cependant que le vent du sud ne puisse souffler aussi parfois dans la saison indiquée par M. le docteur Brayer; mais, quand même il y soufflerait, la peste n'a pas reparu à Constantinople depuis qu'elle y cessa en 1837. Elle n'y a pas reparu en dépit même de certaines causes antihygiéniques qui y existent, et parmi lesquelles figure aussi, d'après M. Brayer, la mauvaise qualité de la viande de mouton, qui y est au contraire bien meilleure, plus abondante et à meilleur marché en été qu'en hiver. Du reste, ici comme partout ailleurs, il y a de bonne et de mauvaise viande dans toutes les saisons.

Ces notions sont erronées ; mais l'auteur ayant cru trouver à Constantinople un concours de causes suffisantes pour y faire naître la peste, il les énumère et bâtit son système quant à l'origine de cette maladie. La Commission les admet toutes sans hésiter, parce qu'elle n'en connaît pas l'inexactitude, et que neuf années de séjour dans un pays lui paraissent avec raison plus que suffisantes pour mettre un médecin à même de bien approfondir un sujet quelconque.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pas sous les yeux l'ouvrage sur la peste de M. le docteur Cholet, qui lui aussi a puissamment contribué à décider la savante Commission à résoudre la question de la genèse de la peste à Constantinople par l'endémicité ou spontanéité.

Nous avons lu cependant, à la page 28 du Rapport de la Commission, que M. le docteur Cholet attribue les premières attaques de peste qui eurent lieu au village de San Dimitri lors de l'épidémie de 1831, et, lors de celle plus redoutable de 1834, à Constantinople, à l'insalubrité de ce village.

Nous ne rechercherons pas à savoir si les premières attaques de ces deux pestes ont eu lieu, ou non, à San-Dimitri ; mais nous nous demanderons si c'est bien à cause de l'insalubrité de ce village que ces attaques y ont eu lieu? Ne pourrait-il pas se faire que la peste y eût éclaté alors par d'anciens germes développés par des circonstances favorables, ou bien par importation, ainsi que nous allons l'expliquer?

A. PEZZONI,
M.-D. et associé de plusieurs Sociétés savantes, etc.
M. MARCHAND,
D.-M. de l'Université de Vienne et de l'Académie de Saint-Pétersbourg.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1845-1846.

Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux. (Suite.)

Parmi les vingt-quatre exemples d'orchite qui ont été reçus cette année dans le service, dix-huit au moins reconnaissaient comme point de départ une maladie de l'urètre; la cause des six autres n'était pas aussi facile à reconnaître, et est restée obscure.

Les orchites aiguës forment deux catégories très distinctes, qu'il importe de ne pas confondre au point de vue du pronostic principalement ; les unes trouvent leur source dans une lésion de l'urètre ; les autres reconnaissent pour origine une violence extérieure. Ces deux classes sont généralement admises ; mais il en est une troisième intermédiaire, pour ainsi dire, aux deux autres, et que tous les praticiens ne reconnaissent pas. Cette variété ne survient ni après un coup, ni après une maladie de l'urètre; mais il se peut, selon nous, qu'elle apparaisse après un effort violent, ainsi que le disent les malades.

En général, quand un homme se présente au chirurgien avec une orchite, on est toujours tenté de croire à l'existence d'une blennorrhagie, et l'on n'ajoute pas foi aux prétendus efforts. Cependant, parfois on ne trouve aucune trace d'écoulement urétral ; il n'y a point eu de violence directe exercée sur le testicule ; l'épididyme est gros, bosselé, sensible, irrégulier ; la tuméfaction s'étend aux parties voisines, et le malade n'accuse qu'un effort.

Nous avons cherché à nous rendre compte de ces circonstances ; et il y a quelques années déjà, en examinant l'anneau interne et les tissus concourant à sa formation, nous avons reconnu, ainsi que Thompson l'avance, que les muscles droits laissent échapper des fibres aponévrotiques qui vont s'attacher à la face interne de la crête iliaque. Ces fibres forment la moitié inférieure de l'orifice, de façon qu'elles passent par dessous le cordon testiculaire ; ou, si on l'aime mieux, pour rendre notre pensée plus clairement, il suit de cette disposition que le cordon est à cheval sur ces fibres. Or, si l'on suppose un effort, le muscle venant à se contracter, les fibres tendront a se redresser ; et si l'effort est continu ou considérable, le cordon sera nécessairement comprimé. De cette compression pourra résulter l'orchite, l'esprit ne répugne nullement à admettre cette conséquence. Il y a plus ; n'est-il pas possible, par exemple, qu'une irritation de l'urètre soit la cause prédisposante, et l'effort, par le mécanisme indiqué tout à l'heure, la cause occasionnelle de l'orchite, dans certains cas au moins.

Ainsi, tout individu ayant actuellement une blennorrhagie, est par cela même plus disposé que tout autre à contracter une orchite. Cependant, en l'absence même de la chaude-pisse, l'orchite pourra survenir sous l'influence d'un effort.

L'on sait qu'autrefois on attachait à l'apparition du gonflement de l'épididyme et du testicule, l'idée d'une métastase ; on pensait, et quelques personnes le pensent encore, que l'inflammation se portait du canal de l'urètre sur le testicule, et cela brusquement, sans continuité de tissu. Il suffit, pour combattre cette manière de voir, d'examiner le moment vers lequel l'orchite apparaît le plus ordinairement. Si c'était par métastase que l'inflammation s'emparât du testicule, ce serait tout naturellement dans l'instant où la phlegmasie urétrale est la plus violente, que cette métastase aurait lieu. Tout le monde sait parfaitement, au contraire, qu'on voit surtout l'orchite survenir quand la blennorrhagie tend à s'éteindre, quand le malade est près de guérir. Dans le commencement de la maladie, l'inflammation du testicule est plus rare.

Entre les deux classes d'orchites dont nous venons de parler, il existe encore d'autres différences. Les orchites survenues sous l'influence de causes extérieures, de violences, peuvent se terminer de diverses manières; mais on a observé qu'elles ont beaucoup de tendance à amener de la suppuration, tandis que les orchites blennorrhagiques affectent très rarement ce mode de terminaison.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'orchite traumatique est donc généralement plus grave que l'orchite urétrale ; car on comprend qu'en amenant la suppuration, ce genre de phlegmasie amène aussi la destruction du testicule. L'orchite blennorrhagique, au contraire, ne laisse après elle qu'un peu d'induration de l'épididyme, et les fonctions de l'organe ne sont pas entravées. L'orchite par violence peut laisser, elle, des indurations avec quelques grumeaux de matières qui peuvent, plus tard, donner naissance à des tumeurs de différente nature.

En général, les inflammations du testicule survenues à la suite d'un effort, guérissent en très peu de temps, ou mettent beaucoup plus de temps à se résoudre que toutes les autres.

Quant aux orchites urétrales, il ne faudrait pas croire en trouver la cause unique dans l'existence d'une blennorrhagie. Elles peuvent être la conséquence de lésions diverses du canal, d'un calcul, d'une maladie de la prostate, d'un tubercule. Les orchites qui reconnaissent cette dernière cause tendent à tuberculiser le testicule.

L'orchite ordinaire n'est généralement pas grave. Elle dure habituellement de quinze à vingt jours.

Les différentes méthodes de traitement mises en usage sont les antiphlogistiques, la compression et les piqûres faites avec la lancette. On peut employer le premier de ces moyens, une saignée, des sangsues sur le trajet du cordon mieux que sur le testicule.

La compression a été reprise par M. Frike; c'est une méthode difficile, et qui par fois expose à des dangers ; le testicule s'étrangle dans l'anneau supérieur formé par les bandelettes, et des accidents graves pourraient en être la suite. Les piqûres de lancette que nous mettons en usage sont un des moyens les plus inoffensifs et un de ceux qui soulagent le plus promptement les malades. S'il y a du liquide il est évacué, et cela sans qu'on doive rien redouter de la petite opération qui très certainement est de beaucoup moins difficile et moins dangereuse qu'une saignée. Que peut-on avoir à craindre? Il n'y a dans cette région aucun vaisseau capable de fournir une hémorrhagie inquiétante. Serait-ce d'atteindre le testicule? La chose est peu probable ; arrivât elle qu'il n'en résulterait pas encore de grands inconvénients, ainsi qu'on le pensait autrefois.

Par l'emploi de ces méthodes, la durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital a été de sept jours et demi.

Les rétrécissements de l'urètre paraîtraient peu nombreux si l'on jugeait de leur fréquence générale par les exemples que nous recevons à l'hôpital chaque année ; mais il est deux raisons qui expliquent comment ce nombre est si peu considérable, malgré la grande quantité de ces lésions. D'abord nous ne voulons pas les recevoir tous, parce que ce sont des maladies qui, ici, n'offrent pas pour nous un très grand intérêt ; puis, dans les classes pauvres, les rétrécissements de l'urètre n'amènent généralement les malades à l'hôpital qu'après être parvenus à un degré extrême, et quand il y a impossibilité complète d'uriner.

On pourrait même ajouter un troisième motif aux deux précédents, qui expliquerait encore le nombre de ces maladies à l'hôpital peu en rapport avec leur fréquence ; c'est que le canal de l'urètre est envahi par un grand nombre de spéciaux qui s'emparent des malades le plus possible, et, tout étroit qu'il est, il paraît que c'est un très bon chemin pour arriver à la fortune.

Toujours est-il que le traitement des coarctations de l'urètre est une source d'erreurs sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention. Parmi ces personnes qui se livrent exclusivement à la curation de ces maladies, il en est de probes qui commettent ces erreurs involontairement ; mais il en est malheureusement aussi d'autres pour lesquelles elles ne sont point involontaires, et qui s'en servent pour tirer des malades ce qu'ils en désirent.

Il suit de là que certaines méthodes paraissent avoir des succès qu'en réalité elles n'ont point. Le malade quitte son médecin, et se croit guéri ; il urine librement, puis au bout

---

jetée au milieu de ces sociétés naissantes avec un zèle fort louable sans doute pour les intérêts matériels de la corporation, mais peut être un peu précipité. Je reviendrai certainement, ici ou ailleurs, sur ce sujet fort grave ; mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer, Monsieur le président, que des cinq ou six cents procès-verbaux déjà reçus des associations des départements, il n'en est pas un seul qui indique que nos confrères des villes ou des campagnes aient cru devoir s'occuper, avant toute autre chose, de leurs intérêts purement matériels. Je l'avoue, et je le dis avec franchise, je regrette que les sociétés de Paris aient pris cette initiative, et n'aient pas imité la prudente réserve de nos confrères des départements.

Je sais bien tout ce qu'on peut dire de juste, de légitime, de fondé sur l'ingratitude des clients d'une part, et sur la dérisoire protection de la justice de l'autre. Eh, mon Dieu ! je ferai mieux encore, j'en citerai un nouvel et récent exemple qui m'est transmis à l'instant.

Un cultivateur fort aisé des environs de Paris vient consulter un de nos confrères très connu, M. le docteur T...., qui examine, reconnaît quatre fistules à l'anus et propose l'opération ; elle est acceptée ; jour et heure sont pris, et ce jour-là notre confrère T.... se rend au village de....., distant de douze kilomètres. Vu la mauvaise disposition du médecin ordinaire du malade, vu la gravité du cas et pour mettre sa responsabilité à couvert, notre confrère propose et fait accepter une consultation préalablement à toute opération. Quelques jours après, M. T...., accompagné d'un aide, se rend de nouveau au village avec le consultant, chirurgien distingué des hôpitaux de Paris. L'opération est déclarée urgente, et M. T.... la pratique immédiatement avec talent et bonheur. Il est arrêté que les pansements, au moins jusqu'à nouvel ordre, seront faits par l'opérateur lui-même, ce qui exige de sa part vingt-neuf voyages au village de....

Après cinq semaines, la guérison est confirmée, et la reconnaissance expansive et bruyante du malade le porte à demander à quel chiffre il pourra élever le prix des soins qui lui ont été rendus. Notre confrère demande huit cents francs. Nulle réclamation de la part du malade, au contraire. Deux cents francs sont comptés sur l'heure ; trois cents francs quelques temps après, et puis six mois, un an s'écoulent sans que l'opéré donne signe de vie. Une lettre, deux, quatre lettres sont écrites par notre confrère et ne reçoivent pas de réponse.

Enfin, deux ans après l'opération et après une nouvelle tentative écrite, M. T.... met un huissier aux trousses de son opéré, qui, un peu effrayé, offre cinquante francs pour solde. Ils sont refusés avec raison, et l'affaire vient en cet état devant le tribunal de Versailles. Ici, l'opéré invoque l'immorale et inique prescription annale. M. T...., pour épuiser les mesures conciliatrices, demande à être mis en présence de son débiteur dans le cabinet du juge. Mais le tribunal tient la cause pour entendue et rend un jugement par lequel il déclare que M. T.... a été suffisamment payé, et le condamne aux dépens.

Ainsi, en déduisant des cinq cents francs qu'a reçus M. T....

Les honoraires du consultant,

Ceux de son aide,

Ses frais de voyage,

Quatre-vingt-dix-neuf francs et des centimes pour frais du procès, il lui reste environ deux cents francs pour avoir fait avec succès une opération grave, vingt-neuf voyages à douze kilomètres de Paris et des pansements fréquents à un cultivateur propriétaire fort aisé.

Sans doute que des faits semblables, et ils sont nombreux, sont bien propres à émouvoir notre susceptibilité, à nous faire désirer un ordre de choses meilleur et plus en harmonie avec l'équité naturelle ; mais les moyens que l'on propose doivent-ils amener ce résultat? Voilà ce dont il est permis de douter quand on creuse un peu cette question délicate.

Toujours est-il que, grâce au Congrès, grâce aux soins et au zèle de la Commission permanente, voilà le corps médical constitué dans toute son indépendance, dans toute sa liberté, avantages que d'autres combinaisons basées sur l'effet coercitif des lois ne présentent pas. On sait où le prendre, où le trouver ; un avis, adressé à chaque président d'association, est aussitôt transmis à dix ou douze mille de nos confrères, et l'occasion n'est peut-être pas éloignée où pourra se montrer avec éclat toute l'importance de cette institution libre. En attendant, et comme exemple, la Commission permanente voit affluer les exemplaires de la pétition aux deux chambres couverte de nombreuses signatures, et certes jamais le parlement n'aura eu à se prononcer sur une réforme sollicitée par un plus grand nombre d'intéressés à l'obtenir.

Ceci me conduit, Monsieur, à rechercher avec vous ce que le Congrès a produit en dehors du corps médical lui-même, c'est-à-dire sur les pouvoirs divers dont il attend satisfaction ; en d'autres termes, ce que nous avons raisonnablement à espérer de l'avenir.

Tout se résume en ceci : Y aura-t-il, dans la session prochaine, présentation des projets de loi promis au corps médical? Ces projets de loi seront-ils conformes aux vœux émis par le Congrès?

Sur la première question, j'avoue que les déceptions nombreuses que nous avons subies, celles que j'ai subies surtout en mon particulier, me rendent très réservé. Cependant j'éprouve une complète répugnance à croire qu'un ministre du roi soit venu faire au Congrès une démarche officielle si considérable et si éclatante, nous ait fait des promesses si positives et si solennelles, les ait si souvent réitérées dans ses communications avec la Commission permanente ou avec quelques-uns de ses membres en particulier, pour que tout cela soit complètement vain et stérile Non, aujourd'hui surtout que de nouvelles élections assurent au ministère une nouvelle existence, M. de Salvandy ne peut pas manquer à d'aussi graves engagements ; il ne voudra pas que le corps médical ait à lui reprocher de n'avoir joué devant lui qu'une frivole et cruelle comédie.

Admettons donc que les intentions de M. de Salvandy ont été sincères, et qu'il aura le pouvoir de les réaliser, il ne nous est pas moins commandé de voir les choses telles qu'elles sont, telles que M. le ministre de l'instruction publique n'y peut rien changer lui-même. Voici en effet le véritable état de la situation.

Pour qu'une loi protectrice de tous nos intérêts moraux et matériels soit présentée au parlement, il faut de toute nécessité qu'il y ait entente, accord, concert entre quatre ministères. En effet, par suite d'un bizarre et funeste éparpillement des pouvoirs, le ministre de l'instruction publique ne peut présenter et ne présentera qu'un projet relatif à l'enseignement ; tout ce qui est relatif à l'exercice, aux intérêts purement professionnels se trouve dispersé dans les attributions du

de quelques mois la maladie reparaît et ainsi de suite. C'est qu'en effet dilater l'urètre dans les rétrécissements est tout ce qu'il y a de plus aisé ; mais le maintenir dilaté est tout ce qu'il y a de plus difficile, pour ne pas dire impossible.

Ainsi, il est bon d'examiner la valeur réelle des deux méthodes, la cautérisation et la scarification, et d'en apprécier les résultats en les comparant à ceux de la dilatation. On se fera ainsi une idée nette de la nature de ces trois moyens.

D'abord nous disons que la cautérisation ne réussit pas seule, elle ne compte de succès qu'aidée par la dilatation. On comprend, en effet, que si elle agit sur le collet rétréci par une déperdition de substance, elle serait plutôt dangereuse qu'utile; car la rétraction qu'amènerait la cicatrice rendrait le rétrécissement plus étroit. Aussi, pour nous, en croyant cautériser, détruire les tissus, nous croyons qu'on les a tout simplement modifiés. Par exemple, quand on porte le nitrate d'argent dans le canal de l'urètre, il ne se fait très certainement qu'une érosion superficielle. Qu'on examine ce qui se passe à la peau par suite d'une cautérisation analogue, il ne survient pas d'eschare après un semblable attouchement; il y a lieu de croire à un effet pareil dans le canal de l'urètre.

On obtient donc par la cautérisation ainsi employée une simple modification légère des tissus, comme on le voit dans quelques maladies de la peau, dans certains cas de lichen, d'eczéma; or si l'on n'employait pas concurremment la dilatation, quelle prise aurait cette cautérisation sur le rétrécissement? Voilà pourquoi nous n'employons que la dilatation. Si l'on cautérise réellement le canal de l'urètre, on fait une mauvaise opération parce qu'il y a perte de substance, et coarctation plus considérable par suite; si l'on se borne à modifier légèrement les tissus, on ne fait rien, et la dilatation agit seule. Pourquoi ne pas l'employer seule?

Et d'ailleurs, on n'a pas assez pensé peut-être qu'avec des bougies dans l'urètre on produisait une compression qui, elle aussi, agit sur l'inflammation des tissus.

Parmi les autres moyens employés contre les rétrécissements il faut ranger encore la dilatation brusque et les scarifications.

La dilatation brusque est presque abandonnée déjà; on le comprend, il ne s'agit rien moins que de faire passer une très grosse sonde par un très petit rétrécissement. C'est là une idée fort singulière; cependant, comme au fond des propositions les plus paradoxales il y a quelque chose de vrai; quand ces propositions émanent après tout d'un homme de talent comme l'est M. Mayor, il est probable que l'auteur de ce moyen aura rencontré quelques faits particuliers auxquels cette méthode a pu être applicable, et qu'il se sera trop hâté de la généraliser. Ainsi, dans les cas où il existe des valvules, il est possible que la dilatation brusque fasse obtenir quelques succès.

On a encore imaginé de dilater l'urètre avec un instrument qui, pénétrant sous un petit volume, soit susceptible d'en acquérir en place un plus considérable, de manière à amener la rupture du collet. Nous avouons ne pas être sans craintes à propos de ces déchirures. Quelques chirurgiens assurent s'en trouver bien. Nous n'ignorons pas qu'on a avancé qu'une plaie par déchirure à l'intérieur était moins dangereuse, exposait moins à des conséquences fâcheuses qu'une incision pratiquée dans le même lieu; on en avait fait même un précepte autrefois pour certaines opérations: la taille, par exemple. Il nous faudrait un grand nombre de faits pour nous convaincre de la réalité de cette assertion, car il nous a toujours semblé, quant à nous, qu'une incision régulière valait mieux qu'une déchirure; et comme, quelle que soit la méthode employée, on trouvera toujours des faits favorables, nous en voudrions de nombreux exemples avant de changer d'opinion.

Les scarifications ou les incisions ont été tour à tour et trop vantées et trop dépréciées. Nous ne pensons pas que ce moyen l'emporte sur la dilatation dans les rétrécissements ordinaires; mais quand la cicatrice est dure, inodulaire, dans les coarctations ligneuses, c'est une méthode qui trouve son emploi.

Il est vrai de dire que sur trente rétrécissements on en rencontre à peine trois ou quatre offrant ces conditions. Pour pratiquer ces incisions, ce ne sont pas les instruments qui manquent; MM. Civiale, Ricord, Le Roy-d'Etiolles, Reybard, etc., en ont imaginé pour cette opération.

Au reste, bien que nous n'ayons pas de cette méthode la haute opinion qu'en professent quelques-uns de nos confrères, ces incisions paraissent avoir démontré néanmoins que cela n'est pas aussi dangereux qu'on aurait pu le supposer. Les malades viennent se faire opérer, et s'en retournent chez eux; l'écoulement de sang est léger: ils peuvent vaquer à leurs affaires après ces scarifications.

M. Reybard, lui, veut que ces incisions soient très larges; nous avouons qu'ainsi elles nous paraissent dangereuses. Quelques chirurgiens ont eu assez de confiance dans ce procédé pour y laisser soumettre leurs malades, et un ou deux ont succombé. Bien nous en avait pris de résister à l'emploi de ce moyen. M. Reybard semblait ne pas comprendre pourquoi nous refusions de soumettre nos malades à cette méthode. Voici, en réalité, ce qui se passe. Pour les chirurgiens qui n'ont pas eu l'occasion de voir un grand nombre de faits, la réussite d'un moyen sur trois, quatre, cinq, six malades paraît devoir entraîner un succès constant. On en vient très facilement à se persuader que le remède qu'on a imaginé, et qui a réussi plusieurs fois, n'échouera jamais, ou ne sera jamais suivi d'accidents, parce qu'on n'en a pas observé encore; puis arrive une série malheureuse, et le moyen qui avait réussi cinq, six fois, échoue un nombre de fois égal. Ce n'est, nous le répétons, qu'en voyant une très grande quantité de faits, qu'on peut apprécier la valeur véritable et les inconvénients réels d'un moyen chirurgical quel qu'il soit.

Les partisans de la scarification généralisent la méthode, et croient en retirer plus d'avantages; cependant ils y associent la dilatation.

Pour nous, s'il fallait résumer notre opinion sur la véritable utilité de chacun des moyens dont nous venons de parler, nous dirions:

Dans les rétrécissements ordinaires par phlegmasie, diffus, représentant un double cône, la dilatatation seule ou associée à la cautérisation si l'on veut, mais à la cautérisation avec le nitrate d'argent et non avec un autre caustique. Nous rejetons la potasse, la pâte de Vienne, etc.

Dans les rétrécissements très résistants, durs, ligneux, le débridement, les scarifications.

Dans les rétrécissements par brides minces, valvulaires, en diaphragme, la dilatation brusque de M. Mayor.

Telle est, à notre point de vue, la véritable manière dont on doit envisager la thérapeutique des coarctations urétrales; nous mettons de côté l'emploi des bougies médicamenteuses, qui n'ont aucune action sur ces maladies.

Les fistules de l'urètre n'ont présenté aucun intérêt. Nous avons eu un certain nombre de maladies de la prostate: deux malades ont succombé par suite de vastes abcès de ces régions.

Maladies des organes génito-urinaires chez la femme.

Ces maladies ont été distribuées de la sorte: quatre cas d'abcès, quatre fistules, neuf exemples de granulations du col, cinq déviations, quatre polypes, trois cancers incurables, trois métrorrhagies et deux kystes.

Les abcès de la vulve ont tous présenté les mêmes caractères. Tous avaient leur siége au bas des grandes lèvres. Chez toutes les malades, l'abcès était formé en moins de huit jours, et ne dépassait pas le volume d'un œuf: ils donnaient issue à un pus bien lié, inodore, quand l'abcès était ouvert de bonne heure; après huit jours, la suppuration devenait noirâtre et fétide. Ce dernier caractère a de l'intérêt. Cette odeur qu'on observe dans quelques collections purulentes tient évidemment au voisinage d'une membrane muqueuse; et il faut remarquer que ces abcès, ainsi développés dans les environs de ces membranes, sont d'autant plus odorants que leur marche a été plus aiguë, et aussi qu'on les a ouverts ou qu'ils se sont ouverts plus tard. De plus, cette odeur varie suivant la cavité qu'ils avoisinent: autour de l'urètre, on reconnaît l'urine corrompue; autour de la poitrine, c'est une odeur de tissus putréfiées; aux environs de l'abdomen, une odeur aigre de matière digérées imparfaitement; autour de l'anus, le pus sent les matières stercorales. Ces remarques peuvent avoir de l'utilité pour le pronostic.

Boyer croyait que le pus dont l'odeur était stercorale indiquait infailliblement une fistule complète, cela n'est pas toujours vrai. Le pus odorant venant d'un membre passait pour un signe de maladie des os.

Les abcès de la vulve reconnaissent généralement pour cause des excès dans les fonctions des organes génitaux. On ne les observe guère que chez les jeunes femmes. Une question reste néanmoins douteuse en ce qui regarde cette maladie: c'est de savoir si, comme le croit M. Huguier, l'inflammation occupe la glande même; nous ne pensons pas, quant à nous, qu'il en soit toujours ainsi.

Plusieurs raisons autorisent ce doute; si la phlegmasie occupait exclusivement la glande, on n'observerait pas à l'ouverture de l'abcès les caractères du pus tels qu'on les rencontre. Ordinairement, ce pus est crémeux, épais, bien lié; or, l'on sait que les suppurations qui viennent des glandes ne sont pas franches, qu'elles se composent de parties séreuses, muqueuses. De plus, les glandes sont des organes qui s'enflamment assez rarement: la glande sous-maxillaire, la parotide, sauf les oreillons, et à la suite de la fièvre typhoïde, ne sont pas fréquemment le siége d'enflammation; le foie lui-même, le rein ne s'enflamment pas très communément. Ainsi, pour nous, l'inflammation de la glande de Bartholin est une question non tout à fait décidée, mais qui est encore à l'étude.

La thérapeutique des abcès vulvaires se borne à les ouvrir sitôt qu'il y a du pus, il faudrait même peut-être les ouvrir plus tôt; mais, en général, on doit les inciser de bonne heure pour éviter le décollement des tissus et la formation d'un vaste clapier. Une considération qui n'est pas sans importance, c'est de pratiquer l'ouverture du côté de la peau plutôt que du côté de la membrane muqueuse; comme on y serait conduit si l'on n'examinait que l'amincissement des tissus pour se décider à faire l'incision. La raison de ce choix pour l'évacuation du pus se trouve dans la difficulté de la cicatrisation des ouvertures faites sur la face interne de la grande lèvre. Cette face, en rapport avec celle du côté opposé et formée, comme on sait, par la muqueuse, se trouve baignée sans cesse par des fluides qui s'opposeraient à la guérison complète. Il y a encore un autre avantage à ouvrir le foyer par la face externe; les deux grandes lèvres, en se rapprochant, exercent l'une sur l'autre une pression douce, dont l'effet doit tendre incessamment à la sortie du pus et au recollement des parois de l'abcès. Aussi, pour ces deux raisons, on n'incisera pas du côté de la membrane muqueuse.

Les fistules vulvo-rectales ont été soumises à deux tentatives d'une opération nouvelle; mais ces essais sont trop incomplets encore, pour qu'il soit permis de rien préjuger pour ou contre leur valeur. Notre pensée était celle-ci: Nous voulions créer une fistule recto-périnéale au moyen d'un séton dans le dessein d'arriver à oblitérer la portion vaginale de la fistule, puis à fermer ensuite celle que nous avions établie; mais nous répétons que nos tentatives sont trop incomplètes pour pouvoir rien en conclure.

Les granulations du col de l'utérus sont une maladie si fréquente que nous nous en occuperons avec détail, d'autant plus que, pour beaucoup de médecins, il y a confusion entre certaines maladies de la matrice, entre les granulations, les ulcères, les cancers. Nous établirons d'abord qu'on ne rencontre presque pas d'autres lésions que les granulations du col parmi ce qu'on appelle généralement des ulcères. Ceci mérite toute l'attention; les praticiens, qui s'occupent d'une manière suivie de ces affections, voient en effet, le plus souvent, des granulations; mais, comme les femmes aujourd'hui s'effraient facilement à propos de ces maladies, si le médecin n'en a pas pas fait une étude approfondie il peut prendre ces granulations pour quelque maladie grave, ou bien, récipro-

---

ministre de l'agriculture et du commerce, du ministre de l'intérieur, du ministre de la justice, sans compter le ministre de la guerre, qui tient, comme on sait, sous sa dépendance exclusive, nos confrères de l'armée. Or quand on sait, qu'on a vu et expérimenté combien est lent, laborieux et pénible l'enfantement d'un projet de loi conçu dans un seul ministère, on peut à bon droit être effrayé quand on songe qu'il faut énucléer ce projet de la bureaucratie de quatre ministères. Ne faut-il pas encore qu'il passe sous les yeux de messieurs les conseillers de l'Université? Et puis encore qu'il soit examiné par le Conseil d'Etat?

Mais, voici où l'horizon se rembrunit plus encore, de ces quatre ministères où se trouvent accrochés nos vœux et nos espérances, il n'en est qu'un seul qui ait sérieusement travaillé à leur réalisation, c'est le ministère de l'instruction publique. Là on est à peu près en mesure de porter la loi au parlement; et, s'il ne survient aucun anicroche, on peut espérer cette présentation pour le commencement de la session prochaine; or on sait que ce ministère ne s'occupe que des questions d'enseignement. Dans les autres, où doivent se préparer les questions d'exercice, de police, de répression des abus et délits, des rapports des médecins avec l'autorité, en un mot de tout ce qui intéresse plus directement et plus matériellement le corps médical, rien ou à peu près rien n'est fait encore. Voilà la vérité, la triste vérité, que j'estime cependant devoir être connue, afin que tous nos efforts se réunissent pour conjurer le danger.

Ce danger, il faut le dire, n'est pas tout entier dans l'inaction des divers ministres, il est aussi dans l'attitude que prendra le corps médical dans les circonstances actuelles. Si ses efforts se divisent, si ses opinions se partagent, si ses réclamations se contredisent, s'il y a hétérogénéité dans l'expression de ses vœux, tout est perdu; nous n'obtiendrons rien, et les pouvoirs divers auxquels nous nous adresserons nous répondront avec raison: Tâchez d'abord de vous entendre vous-mêmes.

Un grand fait qu'il n'est donné à personne d'effacer de notre souvenir, s'est passé l'année dernière. Une assemblée immense réunie de toutes les parties de la France, présentant tous les éléments de science, de talent, de nobles et pures intentions, après les travaux les plus pénibles a élaboré une œuvre dont des voix puissantes ont proclamé la sagesse, la prudence, la modération, l'intelligence complète du milieu social dans lequel le corps médical vit et s'agite. Que de cette œuvre les nombreux détails s'accordent toujours avec les innombrables opinions qui divisent les esprits, c'est chose impossible, et le Congrès n'a jamais aspiré à cette chimérique unanimité. Mais quelques dissidences légitimeraient-elles une opposition intraitable, et faudrait-il les élever à la hauteur d'un schisme? Ce serait un grand, un irréparable malheur. Ce malheur, c'est à la Commission permanente de faire tous ses efforts pour le prévenir. Je ne puis ici, Monsieur le président, qu'indiquer à votre sagacité et à celle de vos dignes collègues le danger qui menace l'œuvre du Congrès. Ce danger peut devenir sérieux, la division des forces est l'écueil où viennent toujours se briser toutes les institutions; tâchons de l'éviter, la Commission que vous présidez trouvera certainement les voies et moyens pour arriver à ce résultat.

Mon rôle, à moi, le seul qui me convienne, c'est celui d'une sentinelle vigilante: heureux, mille fois heureux si ce cri, non pas d'alarme, mais d'appréhension, pouvait faire éviter les périls que j'entrevois; pardonnez-moi de l'avoir fait entendre à votre sollicitude généreuse et dévouée à l'honneur, la dignité et la considération du corps médical.

Veuillez agréez, etc. Jean Raimond.

NOUVELLES.

Les ouvriers employés à Marseille aux travaux du chemin de fer, au quartier Saint Charles, près la gare, ont fait ces jours derniers une découverte souterraine qui se rattache évidemment aux souvenirs les plus lugubres de notre histoire marseillaise.

En opérant des déblais dans l'ancien enclos *Seiton*, à l'extrémité du boulevard de la Paix, les ouvriers ont rencontré, à environ deux mètres de profondeur, d'abord quelques ossements humains et bientôt une masse incroyable de squelettes. Les corps étaient pêle-mêle et superposés à une profondeur de plus d'un mètre. On remarquait au-dessous et au-dessus les traces non équivoques d'une double couche de chaux.

On a trouvé des parties de vêtements assez bien conservées. Un lambeau de poche contenait des monnaies; on en a recueilli un certain nombre au milieu des ossements. C'étaient des écus de six francs et des trois francs et des pièces de vingt-quatre sous, toutes à l'effigie de Louis XV, et portant les millésimes de 1717, 1718 et 1720; plusieurs pièces de vingt-quatre sous, portant cette dernière date et trouvées dans un débris de vêtement, conservaient tout l'éclat d'une pièce neuve et comme frappée d'hier.

Plus de cinquante tombereaux d'ossements humains ont été enlevés sur ce point et portés au cimetière d'après les ordres de l'autorité.

On a remarqué qu'au moment où la couche de chaux s'est arrêtée, les ossements remués ont répandu des exhalaisons qui ont fait un instant reculer les ouvriers.

A tous les signes que nous venons d'énoncer il est impossible de ne pas reconnaître la peste de 1720. — La position confuse des corps, le millésime des monnaies, dont aucune ne dépasse l'année fatale, les deux couches de chaux, le voisinage de l'ancien hospice des Convalescents, tout atteste que les ossements découverts sont les restes de pestiférés enfouis pêle-mêle à cette déplorable époque.

— On lit dans les journaux politiques la réclame suivante:

« Un Congrès de médecins homœopathes, au nombre de plus de 600, s'est réuni dernièrement à Londres sous la présidence de lord Grosvenor. Les homœopathes français viennent de se réunir également à Paris, et ils ont consacré plusieurs séances à la discussion de leurs doctrines. Une société homœopathique vient aussi d'être fondée à Madrid sous la direction du docteur Nunez. »

quement, quelques affections ulcéreuses, cancéreuses graves pour de simples granulations.

Les maladies du col de la matrice doivent être rangées en deux catégories tranchées, celles qui compromettent la vie des femmes : les ulcères véritables, les cancers; doit-on y ranger les ulcères vénériens? Ils sont rares; mais il faut y faire entrer les ulcérations serpigineuses, ulcères rongeantes, variété du cancer.

Cette dernière espèce d'ulcère survient sans être précédée de gonflement, de tuméfaction, de douleurs; l'ulcération se montre peu après, mais en même temps que le gonflement. Il en existe deux variétés : l'une occupe le col, le détruit; l'autre pénètre dans l'intérieur de l'utérus, le ronge, le transforme en une sorte de coque mince et fournit un pus sanguinolent et fœtide. C'est une maladie qui tue inévitablement, à moins que, bornée au col de la matrice, on ne la détruise par le fer ou le feu.

Le cancer proprement dit, c'est le champignon encéphaloïde ou plus rarement le squirrhe; mais il y a moins de ces sortes de maladies que des autres : les granulations; ce sont principalement ces dernières qui doivent appeler l'attention des praticiens, sans oublier cependant quelques remarques très importantes sur le cancer et qui sont généralement peu connues. Nous avons conservé assez d'exemples de ces maladies dans les salles pour démontrer que, contrairement à l'opinion générale, les cancers de l'utérus sont ordinairement peu douloureux. Cette idée, répandue dans le monde et parmi les médecins mêmes, que le cancer de la matrice est une maladie extrêmement douloureuse, a des inconvénients très graves. La plupart des malades que nous avons reçues, et auxquelles nous demandions pourquoi elles n'avaient pas consulté plus tôt, nous ont répondu qu'elles ne souffraient pas.

Dans les auteurs, le tableau des souffrances des malades atteintes de cancer à la matrice est tellement hideux que les médecins ne se préoccupent pas d'une maladie de l'utérus tant qu'elle n'est pas accompagnée de douleurs vives. D'ailleurs dans la pratique, quand une femme accuse quelques symptômes du côté de la matrice sans douleurs, on ne lui propose pas immédiatement de l'examiner, parce que cette exploration lui serait désagréable, et, comme la douleur n'est pas l'accompagnement obligé du cancer, il se peut qu'on laisse marcher une affection grave tant que la malade n'accusera pas de souffrances vives.

Quelques femmes, cependant, souffrent beaucoup du cancer de la matrice, et ce sont celles-là qui ont fourni le tableau dont nous parlions; il en est un assez grand nombre aussi qui souffrent à la fin de la maladie, nous croyons que c'est principalement quand la dégénérescence s'empare du tissu cellulaire des ligaments larges et des plexus qui se trouvent dans ces régions.

— La malade affectée de charbon est guérie; l'homme du n° 43, qui avait eu la jambe broyée, n'a pas voulu rester à l'hôpital. Une jeune femme, opérée d'une tumeur à la jambe, est prise depuis quelques jours de symptômes d'infection purulente. M. Velpeau a prescrit l'aconit d'après la méthode vantée récemment. Nous rendrons compte du résultat.

PAJOT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 9 septembre 1846. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Morel-Lavallée* avait dit, dans la discussion qui s'est élevée à propos de la ponction de la vessie, que, d'après plusieurs auteurs, Dupuytren conseillait quelquefois le cathétérisme forcé. Aujourd'hui il donne lecture d'un passage des Leçons orales où cette théorie est développée.

M. Michon croit avoir de bonnes raisons pour penser que ce ne sont par les paroles textuelles de Dupuytren que vient de lire M. Morel-Lavallée, et qu'il convient de faire la part de responsabilité des rédacteurs de l'ouvrage dans lequel sont consignées ses doctrines.

M. Robert dit que la conduite de Dupuytren n'était pas toujours en rapport avec son langage; que dans quelques cas de rétrécissement il passait avec une certaine force, sans toutefois ériger en principe cette manière de faire, et que l'on trouve dans l'Anatomie pathologique de M. Cruveilhier une planche qui représente une fausse route faite par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans la prostate, fausse route qui n'avait pas empêché le malade de vivre.

— *M. Nélaton* met sous les yeux de la Société le mémoire de M. Scavini, de Saluces, sur une amputation faite à un enfant de cinq mois du doigt annulaire, gros comme celui d'un adulte. Un dessin de cette hypertrophie est annexé à l'observation.

— *M. Malgaigne* avait invité quelques-uns de ses collègues à faire des recherches sur la longueur comparative des deux premiers orteils. Voici le résultat de celles auxquelles il s'est livré sur les malades couchés dans son service : Sur 45 hommes, faisant 89 pieds (1 avait été amputé), il y avait 46 pouces plus longs, 13 plus courts, 30 chez lesquels les deux orteils étaient égaux. Sur 20 femmes, faisant 40 pieds, il y avait 25 pouces plus longs, 9 plus courts, 6 égaux. Et sur les 65 sujets, faisant 129 pieds, il y avait 71 pouces plus longs, 22 plus courts, 36 égaux.

Dans la dernière séance, *M. Malgaigne* avait avancé que les pieds sur lesquels le premier orteil déborde le second devaient être dans des conditions plus avantageuses; mais, aujourd'hui, il revient sur ce dire après avoir examiné comment les pieds se trouvaient de cette conformation, car il a vu qu'elle avait des conséquences fâcheuses sur un assez grand nombre. Quand le premier orteil est plus long, il peut être repoussé vers les autres et passer au-dessous d'eux; ce qui est une des causes du durillon phalangien: quelquefois, au contraire, c'est par-dessus les autres orteils qu'il passe, dans ce cas il produit l'oignon métatarsien. Il a eu occasion de voir, chez un vieillard qui avait habituellement le pouce passé par-dessus les autres doigts, une inflammation de mauvaise nature, violacée, se développer après une marche forcée. Il voulut relever le pouce, et il trouva trois orteils tombés en gangrène.

Quand c'est le second orteil qui dépasse, il peut se faire qu'il n'y ait que flexion simple de la deuxième phalange sur la première; mais quelquefois la flexion de la troisième phalange est poussée au point que le malade marche sur le bout de l'ongle.

Sur le nombre de sujets qu'il a examinés, M. Malgaigne en a trouvé deux dont le second orteil était sensiblement plus long. Chez l'un, qui faisait l'état de bonnetier, qui marchait peu et dont la chaussure n'était pas serrée, l'orteil conservait la rectitude naturelle; chez l'autre, ouvrier des ports, marchant et travaillant beaucoup, il y avait une flexion très prononcée.

Il a fait plusieurs fois la dissection des cors résultant de la flexion des orteils, et il a vu que, quand elle existe depuis longtemps, il est impossible de redresser l'orteil après la section du tendon fléchisseur. Au-dessous du cor, on trouve une exostose qui déborde la facette articulaire en formant une espèce de trochiter qui en borne les mouvements.

M. Chassaignac a fait sur le fils d'un avoué la section des tendons fléchisseurs du second orteil pour une flexion qui rendait la marche très douloureuse. Il n'a pas constaté l'exostose dont parle M. Malgaigne. Il a obtenu, à l'aide d'un appareil, un redressement complet et durable.

— *M. Huguier* entretient la Société d'un cas qui lui a paru fort remarquable, et qu'il a actuellement dans son service. Une femme de soixante ans a fait, il y a vingt-cinq ans, une chute, dans laquelle l'hypochondre droit a été fortement contus; il s'y développa de la tuméfaction, puis une tumeur qui fut ouverte, et d'où il sortit un liquide séro-sanguinolent et purulent. A la même époque il y eut par l'anus écoulement d'un liquide de même nature et issue de plusieurs concrétions pierreuses. Au bout de quelques années, nouvelles tuméfactions sur divers points de l'abdomen, formation d'abcès ouverts naturellement ou à l'aide de l'instrument.

Aujourd'hui il existe des fistules béantes à l'hypogastre; il y a un suintement continuel par l'ombilic et par l'anus, des hémorrhoïdes volumineuses; la santé générale de cette femme est très altérée. Un écoulement d'un liquide ressemblant à l'urine ayant lieu par le vagin, on introduisit le spéculum pour voir s'il n'y avait pas de communication avec la vessie; et l'instrument laissé en place, on constata qu'il sortait une très grande quantité de ce liquide. Il fut recueilli, gardé et analysé; il ne présentait aucun des caractères de l'urine, et M. Huguier eut la pensée que ce pouvait être le résultat d'une hypersécrétion du liquide utérin. La malade fut mise à l'usage des toniques, des sudorifiques, et de l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, les fistules de l'hypogastre se cicatrisèrent; mais alors on découvrit une autre fistule dont l'ouverture était située au-dessus du clitoris, et qui communiquait avec celles du bas-ventre.

M. Huguier voulant modifier la membrane qui tapissait cette fistule l'incisa dans toute sa longueur, et un peu au-dessus de l'ouverture inférieure il rencontra un calcul, puis à côté un pertuis renfermant un second calcul. Ces deux concrétions, qui sont évidemment de nature biliaire, sont analogues à celles que la malade a rendues par l'anus. On y voit des facettes qui prouvent qu'elles viennent de la vésicule; d'où il est probable qu'à l'instant de l'accident d'il y a vingt-cinq ans, elles se sont échappées pour filer dans l'épaisseur même des parois de l'abdomen, ainsi que dans l'intestin, et déterminer tous les accidents observés depuis cette époque.

— *M. Chassaignac* fait voir le cerveau d'un homme qui a succombé à la suite d'une fracture de la voûte orbitaire. Cet individu avait reçu à l'angle de la paupière supérieure gauche un coup de parapluie dirigé de bas en haut, qui avait déterminé une plaie contuse. Lorsque M. Chassaignac prit le service de M. Blandin, le malade n'accusait aucune douleur ni dans le lieu même de la contusion, ni dans le reste de la tête. La plaie était cicatrisée, mais il existait une saillie prononcée du globe de l'œil, sans trouble de la vision. Tous les matins, on cherchait inutilement à percevoir de la fluctuation dans l'orbite. Au bout de quinze à seize jours de l'accident, le malade se plaignit de douleurs de tête. On appliqua 40 sangsues à la base du crâne, on fit des frictions avec l'onguent napolitain, on administra le calomel à l'intérieur; mais les douleurs persistèrent. Il y eut pendant une nuit un délire violent, et le lendemain le malade mourut sans avoir présenté de paralysie et sans qu'on eût observé autre chose que la proéminence de l'œil, de la fixité dans le regard et l'absence de réponse aux questions qu'on lui adressait; phénomène qui ne s'était manifesté que depuis deux jours, car jusque-là il n'y avait eu aucun trouble de la parole.

Cette mort porta M. Chassaignac à diagnostiquer une méningite de la base.

A l'autopsie, on vit que tout le lobe antérieur gauche était de couleur jaunâtre, comme s'il était le siége d'une infiltration purulente, et on trouva tout à fait en avant un kyste purulent entouré de matière cérébrale semblable à celle des foyers apoplectiques. De la partie supérieure externe de la voûte orbitaire il se détachait une esquille ellipsoïde entièrement séparée, et comme si la fracture avait été faite au moyen d'un emporte-pièce.

Ainsi, il y avait eu fracture orbitaire, contusion de la substance cérébrale, puis formation du kyste.

M. Chassaignac fait remarquer qu'à aucune époque de la maladie il n'y a eu d'ecchymose sous-conjonctivale, qui cependant a été donnée comme le signe pathognomonique de ces sortes de fractures.

La pièce a été préparée avec beaucoup de soin par M. Cusco, interne du service.

M. Malgaigne a vu un cas dans lequel, à la suite également d'un coup de parapluie reçu dans la même région, le malade fit quelques pas, puis tomba. Il n'y eut pas de fièvre, pas de coma, aucun symptôme d'encéphalite, et seulement paralysie d'un côté et perte de la parole. L'absence d'inflammation du côté du cerveau lui avait fait porter un bon pronostic. Au bout de quelque temps, il survint un écoulement de pus par la narine en même temps que quelques convulsions. Puis, peu à peu, les mouvements revinrent dans le côté paralysé, et il ne resta qu'un peu d'embarras de la langue.

— *M. Monod* fait voir un calcul volumineux qu'il a extrait, par la taille hypogastrique, à un malade âgé de soixante-cinq ans, dont les voies urinaires sont en très mauvais état et chez lequel il existe une communication du rectum à la vessie à travers la prostate. Le même membre annonce qu'il a reçu des nouvelles de la malade opérée par lui d'une hydrocèle du cou. Elle est entièrement guérie.

— La séance est levée à cinq heures.

— La Gazette médicale de Montpellier annonce comme une chose à peu près certaine que M. le professeur Caizergues vient de donner sa démission de la place de doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 112. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 23 SEPTEMBRE 1846.

QUELQUES DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PESTE ET DES QUARANTAINES.

(Suite du numéro précédent.)

San-Dimitri, ou *Tatavla*, est un village situé sur une haute colline au nord de l'arsenal et à l'est de Péra, dont ce village est séparé non pas par un petit ruisseau, mais par un petit torrent desséché en été et où aboutissent, entre autres immondices, les égoûts des habitants pauvres des bas quartiers tant de San-Dimitri que de Péra. Les habitants de ce village sont en général charpentiers, dont un grand nombre travaillent à l'arsenal. Lorsque la peste éclatait dans ce village, c'était presque toujours parmi la classe ouvrière qu'elle se manifestait d'abord ; et si elle y a souvent fait de nombreuses victimes, c'est par la raison que cette classe d'habitants de San-Dimitri est réputée très anticontagioniste, si ce n'est par principe, du moins par insouciance ou par ignorance, puisqu'elle ne prenait aucun soin d'éviter un mal qui la décimait souvent.

Quant à l'insalubrité de San-Dimitri, M. Cholet trouverait peu de personnes ici qui partageraient son opinion ; car, malgré le torrent charriant et amoncelant des immondices au-dessous du village, celui-ci n'en est pas moins considéré très salubre à cause de son élévation qui l'expose à tous les vents, et bien des médecins éclairés ont de tout temps ordonné à leurs convalescents d'y aller séjourner. Du reste, nous admettons avec le docteur Cholet que les quartiers bas de San-Dimitri soient malsains, comme le sont ceux de Péra et beaucoup d'autres de cette vaste capitale. Or, que M. Cholet sache que les conditions hygiéniques dans lesquelles vivaient alors les habitants de San-Dimitri n'ont pas changé, et que cependant aucun cas de peste n'y a été constaté depuis l'épidémie de 1836 !

Certaines conditions de localité donnant, d'après ces messieurs, naissance à la peste en Turquie, nous ferons remarquer que ces conditions sont pourtant toujours les mêmes à Erzéroum, sur les bords de l'Euphrate comme sur les bords du Danube ; elles sont les mêmes, car rien n'a été entrepris pour les faire changer : et cependant ces localités n'ont pas vu de peste à Erzéroum depuis la fin de 1843, et les bords du Danube depuis 1841, bien que les fièvres intermittentes simples et pernicieuses endémiques continuent à y régner. Pourquoi cela ? La réponse est facile. C'est que ces pays doivent aujourd'hui à la surveillance quarantenaire l'absence de la peste, à laquelle ils étaient souvent en proie alors que cette surveillance manquait.

La peste la plus redoutée, dit le rapport à la page 33, dans l'Orient, c'est celle d'Egypte. Puisqu'on prétend qu'il existe des pestes plus ou moins redoutables, nous ne craignons pas d'affirmer qu'à Constantinople la peste d'Egypte était, par exemple, moins redoutée que celle de Trébisonde ; car, à en croire les habitants de Constantinople, une triste expérience leur aurait appris que la peste qui éclatait dans leur ville, lorsqu'elle y était importée de Trébisonde, avait toujours été et de plus longue durée et plus meurtrière que celle venue d'Egypte. Que si l'on demande sur quelles données les habitants de Constantinople reconnaissent l'importation du fléau de Trébisonde ou de l'Egypte, ils répondront que, quand l'on ne parlait pas d'accidents de peste dans la capitale, et que cette maladie y éclatait tout à coup, à une époque où les vents du nord y poussaient une foule de voyageurs venant de Trébisonde pendant que la peste y régnait, ils n'hésitaient pas à accuser cette dernière ville d'être la source de leurs maux.

Les premières atteintes de la peste à Constantinople par le contage importé de Trébisonde se montraient dans ces khans dont parle M. Brayer, mais à une époque où régnaient les vents du nord et non pas du sud. Il est connu que ces khans sont le rendez-vous de commerçants persans et géorgiens qui tous les ans affluent dans la capitale, passant par Trébisonde.

Les habitants de Constantinople raisonnent tout aussi logiquement que dans les autres pays, et sont à même de répondre à ceux qui leur demanderaient sur quelles données ils se fondaient pour reconnaître la peste venue de l'Egypte. Ils leur diront que, si la peste se manifestait à Constantinople à l'époque de l'arrivée de nombreux pèlerins retournant de la Mecque ou des lieux saints vers le printemps, ils n'hésitaient pas à en accuser l'Egypte. Avaient-ils tort ou raison dans cette manière de voir et de déduire des conséquences ? C'est ce que je laisse à d'autres de juger.

Les médecins doués d'idées claires sur les conditions qui sont nécessaires à la formation d'une constitution pestilentielle savent très bien que, si la présence du contage pestilentiel est indispensable pour donner naissance à une épidémie de peste, ils n'ignorent pas non plus que le concours des causes atmosphériques est nécessaire aussi au développement de cette épidémie. Ainsi, le plus ou moins de violence de ces épidémies doit être attribué à ces dernières causes et non pas au contage, qui, par sa nature, est le même partout où il existe.

La Commission admet, ce nous semble, avec certains auteurs, que les fièvres intermittentes pernicieuses sont les précurseurs de la peste, ou que même ces fièvres finissent, à l'époque des grandes chaleurs, par dégénérer en peste en Turquie. Nous n'essaierons pas, théoriquement parlant, de prouver pourquoi nous ne croyons pas à cette transmutation de maladies ; mais nous pouvons affirmer au contraire, d'après notre propre expérience et celle de nos confrères, que telle chose n'est jamais arrivée dans cette capitale. Nous déclarons, en outre, sur la correspondance officielle de nos médecins sanitaires (parmi lesquels il existe plus d'un bon observateur), que ces fièvres règnent à un plus ou moins haut degré dans diverses localités de l'empire ottoman, où ces médecins n'ont eu occasion de constater aucun cas de peste depuis plusieurs années.

L'intendance possède beaucoup de rapports médicaux qui font mention de fièvres intermittentes simples et pernicieuses. Il serait superflu de les reproduire dans cet écrit ; nous nous bornerons à citer un passage du rapport du médecin sanitaire d'Alexandrette, en date du 28 juin 1846, qui en fait mention en ces termes :

« Tous les habitants d'Alexandrette furent affectés, cette année, de fièvres intermittentes pernicieuses ; ils en furent tellement effrayés qu'ils abandonnèrent la ville, restée presque déserte. Parmi les fiévreux, le directeur sanitaire de cet office est un de ceux qui furent le plus gravement malades, etc. ; mais il n'existe pas ici de maladies contagieuses. »

Nous trouvons à la page 33 du rapport de la Commission, la citation suivante, comme exemple à l'appui de la dégénérescence des fièvres intermittentes en peste :

Le docteur Mirolanoff, qui en 1828 traita la peste à Ahkiol, s'exprime ainsi : « Des soldats et des officiers qui » avaient la fièvre intermittente furent pris de bubons et de » charbon, etc. »

Faut-il conclure de là que la fièvre intermittente dégénérait en peste chez ces soldats, ou plutôt que ces soldats, qui se trouvaient en pays pestiféré, avaient contracté la peste tout en étant affectés de la fièvre intermittente ? Preuve aussi fâcheuse que frappante, où l'on voit combien il est facile de donner à un fait quelconque une interprétation entièrement opposée à celle assignée par ceux qui l'ont produit.

L'exemple emprunté à Dimerbrocke (page 65 du Rapport), de deux enfants de la famille Van-Dams, qui moururent de peste à Gorcum (où ce fléau n'existait pas), trois mois après avoir quitté des lieux pestiférés, milite en faveur de la contagion, et non pas en faveur d'un fait nié d'ailleurs, que des individus qui ont longtemps subi les mêmes influences peuvent être atteints de la même maladie à une époque donnée, quand même, à cette époque, ils seraient dans des contrées et dans des conditions différentes.

Dimerbrocke ne dit pas si ces deux enfants avaient, au préalable, fait dûment purifier les effets dont ils devaient être porteurs lorsqu'ils avaient quitté les lieux pestiférés pour se rendre à Gorcum.

Du reste, ce fait n'est pas unique dans les annales de la peste. Que l'on se donne la peine de compulser les loïmagraphes du moyen-âge, lorsque la peste ravageait les plus belles contrées de l'Europe occidentale, et l'on trouvera bon nombre de cas semblables.

En nous référant à une époque plus récente, nous rappellerons, si notre mémoire ne nous trahit pas, que Sarcone déclare, dans son histoire de la peste qui régna à Naples en 1764 : « Que des individus sortis sains de la ville étaient attaqués de la peste dans les campagnes. » Au surplus, de pareils exemples ont de tout temps fourmillé en Turquie, en Syrie, en Egypte et en Barbarie : de sorte que, si on les eût enregistrés, il y aurait de quoi en former un in-folio.

A-t-on vu nulle part en Europe des individus sortir des lazarets et se trouver atteints de la peste plusieurs mois après avoir quitté l'Egypte, Constantinople, Smyrne ou d'autres lieux pendant que la peste y régnait ? S'il existait de pareils faits bien constatés, il faudrait abolir les lazarets, ou fixer l'incubation de cette maladie à plusieurs mois !

A la page 68 du Rapport, on lit que la peste épidémique sévit spécialement sur la population la plus misérable.

Toute maladie épidémique sévit particulièrement sur la population la plus misérable, la misère exposant l'organisme humain à toutes sortes de maux que l'aisance bien entendue contribue à éloigner. Je dis particulièrement, et non pas exclusivement, car l'exemple (page 68 du Rapport) des fellahs mieux traités dans la propriété de M. Tossitza, à Alexandrie, lors de l'épidémie pestilentielle de 1835, prouve, par la mort même de douze fellahs sur quatre cents, que, quoique ceux-ci fussent placés dans de meilleures conditions hygiéniques que d'autres fellahs leurs voisins, ils n'ont cependant pas été exclus du triste privilége de contracter la peste et d'en mourir.

Si les fellahs de M. Tossitza, en même temps que bien traités dans sa propriétés, eussent été convenablement isolés, et que la peste les eût visités malgré ces soins, le fait aurait eu une toute autre signification.

Tout individu, dit le rapport, à la page 69, restant dans un foyer épidémique de peste est exposé à contracter cette maladie.

Deux conditions sont indispensables pour que la peste devienne épidémique :

1° La présence du contage ;

2° Certaines conditions météoriques ou cosmiques aptes à favoriser le développement de la peste.

Le fait est qu'il n'est pas d'épidémie sans l'influence de ces causes, tout comme ces causes restent inactives là où il n'existe point de contage ; et dans ce cas la peste et l'épidémie sont impossibles.

Cette maladie devenue épidémique quelque part, il est probable que les individus habitant ce lieu peuvent contracter la peste, nonobstant les soins qu'ils pourraient prendre pour s'en garantir ; car nous n'admettons pas la possibilité de se prémunir absolument de tout contact suspect, à moins que de s'isoler avec toutes les précautions requises. Il est sans doute prudent et utile de s'éloigner du foyer épidémique. Plus on en est loin, moins on court de chances de communication ou de contact suspect. Mais il n'est pas prouvé que l'on échappe absolument au danger en fuyant simplement le foyer. Si l'on y échappe, des faits nombreux prouvent souvent le contraire ; et pour le contagioniste rationnel, le pourquoi est aussi aisément explicable que le fait emprunté à Dimerbrock. Le moyen le plus sûr d'éviter la peste et de l'arrêter dans ses progrès, c'est l'isolement et la désinfection des objets suspects. Voilà pourquoi la mesure si sagement prise par le général anglais Mailland, à Malte, en 1813, de contraindre la population de quitter Lavalette en se logeant dans des baraques hors de cette ville, fut en peu de temps couronnée de succès.

L'histoire des épidémies pestilentielles possède un grand nombre de pareils exemples.

La contumace la plus sévère même peut parfois être violée faute d'une stricte surveillance. Ainsi, la flotte égyptienne mise en quarantaine dans le port d'Alexandrie en temps de peste par Clot-Bey, peut très bien avoir eu des cas de peste à bord, tant qu'elle resta dans le port. Si elle n'en eut plus lorsqu'elle se fut éloignée de ce port, c'est, je pense, pour la raison qu'il n'y eut plus de communication possible entre la flotte et des personnes ou des choses suspectes. Car, pour rendre la quarantaine de cette flotte efficace, tout objet susceptible a dû subir la purification de rigueur. Sans cette précaution, comment expliquera-t-on l'absence de la peste à bord de la flotte, qui recélait en elle-même des foyers de peste ?

La peste, dit le Rapport, page 75, sévissait avec violence à Constantinople en 1834, sans que Buyukdéré et les îles des Princes eussent un seul cas de maladie, et cela malgré les communications de tous les instants.

Nous ne pouvons pas affirmer si ces deux localités n'ont effectivement eu aucun cas de peste en 1834, L'institution quarantenaire n'était pas encore établie alors en Turquie pour constater les accidents de peste survenus dans la ville et dans ses environs.

Mais ce que nous pouvons affirmer, sans crainte d'être démentis, c'est qu'à d'autres époques où la peste régnait à Constantinople ou dans le Bosphore, les deux localités en question ont été envahies par la peste. En admettant même que Buyukdéré et les îles des Princes n'aient pas eu un seul cas de peste en 1834, il ne faut pas attribuer cette immunité à la distance qui les séparait du foyer pestilentiel. Il faut rapporter ce rare bonheur aux soins que prenaient les ambassadeurs et l'élite de la société européenne habitant Buyukdéré en été, de se garantir par tous les moyens en leur pouvoir.

Les trois faits que nous allons produire, connus ici de bien des personnes, prouveront d'abord que la peste a envahi Buyukdéré tout comme une autre localité, et qu'ensuite les demi-mesures, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne garantissent pas sûrement de la peste. Voici ces faits :

M. A. de Bouteneff, ministre de Russie près la Porte-Ottomane, habitait au commencement de l'année 1837 le palais de la légation, situé à Buyukdéré.

Le 12 janvier, Hélène, blanchisseuse dans ledit palais, fut reconnue atteinte de la peste, et transportée à l'hôpital des pestiférés, à Péra, où elle guérit. Le ministre quitta aussitôt

le palais avec sa famille et ses gens pour aller faire quarantaine dans une maison que M. Froding, employé russe, avait bien voulu mettre à sa disposition.

Le 23 janvier 1837, la peste se déclara à Buyukdéré dans la maison de M. le baron de Hübsch, ministre de Danemark, sur une domestique nommée Anne, veuve Sigala. Ce jour même elle fut envoyée à l'hôpital précité, où elle mourut dans la soirée.

Le nommé Antoine, natif de l'île de Chio, jardinier, qui habitait la même maison, et qui ayant eu autrefois la peste y était resté en qualité de surveillant, est à son tour frappé par le contage pestilentiel dans les commencements de février 1837. Transporté dans un petit local, près de la maison Hübsch, il y succomba trois jours après.

Nous nous bornons à citer ces accidents de peste comme les plus saillants, bien que nous eussions pu faire une grosse liste par d'autres souvenirs, la même année, tant à Buyukdéré que dans ses environs.

Il en est de même des îles des Princes, habitées en été par des Chrétiens, Francs et Grecs, qui aux époques de peste fuyaient la capitale pour gagner les campagnes, dans l'espoir de se soustraire aux atteintes du mal en s'isolant plus facilement. Mais les médecins de Constantinople ont eu occasion de remarquer alors que les individus qui quittaient la ville apportaient souvent avec eux les germes du contage; car plusieurs exemples attestent que les îles des Princes n'ont pas été à l'abri de la peste.

En notre qualité de médecins et de membres du Conseil supérieur de santé, habitant Constantinople, ainsi que nous l'avons déjà dit, depuis un assez grand nombre d'années, nous n'avons pas pu nous montrer indifférents au sort futur que la Commission de l'Académie royale de médecine de Paris prépare à la Turquie en la gratifiant d'un ensemble de causes propres à la génération de la peste. C'est pour cela que nous avons cru devoir combattre le principe de l'endémicité, qui joue un rôle proéminant dans ce rapport, laissant à des plumes plus exercées le soin de relever les autres points non moins dignes de réfutation.

L'interprétation que la Commission a voulu donner à certains faits dans le but de démontrer que la peste naît spontanément à Constantinople, comme partout ailleurs en Turquie, est vicieuse à nos yeux.

Nous repoussons donc hardiment cette doctrine en invoquant l'expérience que nous avons acquise dans ces matières depuis un long séjour en Turquie. Nous y sommes en outre encouragés par les observations recueillies depuis que nous nous trouvons placés dans l'administration sanitaire, et par l'expérience d'honorables collègues, qui, vieillis dans ce pays, ont été fortement surpris et étonnés de lire tout ce que la Commission a avancé à l'endroit de l'endémicité de la peste.

A. Pezzoni,
M.-D. et associé de plusieurs Sociétés savantes, etc.

M. Marchand,
D.-M. de l'Université de Vienne et de l'Académie de Saint-Pétersbourg.

Constantinople, le 27 août 1846.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Deux cas d'inflammation simple des hernies, ou pseudo-étranglements.

On sait combien, dans ces derniers temps, les recherches de M. Malgaigne ont fait faire de progrès à l'histoire des hernies, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la connaissance du mode de production, que sous celui de la thérapeutique, but final de toute étude médicale ou chirurgicale sérieuse.

Sans vouloir reproduire ici toutes les idées du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis relativement à la doctrine des pseudo étranglements, qui, pour lui, se réduit à une inflammation pure et simple des tissus qui la constituent, et principalement de la séreuse toute seule, nous profiterons de l'occasion que nous offrent deux faits importants de ce genre observés dans ses salles, et recueillis par M. Lemaëstre, interne du service, pour exposer brièvement les résultats auxquels a été conduit M. Malgaigne par l'examen minutieux d'un grand nombre de malades.

Suivant Boyer, l'étranglement consiste dans l'interception complète ou presque complète du cours des matières fécales, interception qui résulte de l'impossibilité de réduire la hernie, et provoque des accidents graves. Cette définition n'est point exacte; elle laisse en dehors l'étranglement des hernies épiploïques. Pour le même chirurgien, l'étranglement par engouement, l'une des deux variétés, est occasionné par l'accumulation d'excréments plus ou moins durcis dans la hernie. « Les matières fécales, dit-il, s'accumulent d'autant plus facilement dans l'anse intestinale déplacée, qu'elle n'est plus soutenue dans son action par la pression alternative du diaphragme et des muscles abdominaux. Les excréments ne trouvent plus autant de résistance pour y pénétrer que pour en sortir. Aussi remarque-t-on habituellement, dans les hernies anciennes, qu'il y a presque toujours accumulation d'excréments dans la hernie. »

Ces assertions sont en contradiction avec les résultats auxquels M. Malgaigne a été conduit par l'observation. Dans le mémoire qu'il a publié sur ce sujet, il a cité un grand nombre d'individus portant des hernies volumineuses anciennes, et chez lesquels les déjections étaient faciles, les selles régulières, et où l'on ne pouvait jamais constater la présence de matières dans la hernie, ce qui était démontré par la percussion. L'examen sur le vivant pouvant être soumis à contestation, il s'est adressé à l'examen cadavérique, et il a cité un grand nombre de faits dans lesquels il n'a jamais été possible de trouver de fèces dans les hernies, même lorsque l'anse intestinale étranglée était d'une longueur considérable.

« Qu'il me soit permis, à cette occasion, disait encore M. Malgaigne, de signaler une étrange inadvertance de nos théoriciens. L'engouement provient surtout de l'accumulation d'excréments durcis; et précisément l'immense majorité des hernies, petites ou grosses, est constituée par l'intestin grêle, où il n'y a pas d'abord d'excréments, comme chacun sait, et surtout où il n'y a jamais de matières dures. Ils ont été trompés par la dureté de certaines hernies irréductibles; et j'ai vu commettre cette erreur, que l'application du plessimètre de M. Piorry aurait pu leur épargner; mais ils étaient trompés surtout par la doctrine traditionnelle reçue de confiance et transmise sans examen.

» Mais enfin, si le gros intestin était engagé dans la hernie, ne s'y ferait-il pas du moins cette accumulation d'excréments jusqu'ici inadmissible? Rien de si naturel au premier abord; cependant, depuis deux ans que je feuillette tout ce que je puis avoir de livres et de mémoires publiés sur les hernies, je n'en ai rencontré qu'un seul exemple, rapporté par M. Goyrand dans la presse médicale. Dans ma pratique et dans mon hôpital, je n'ai pas été plus heureux, bien que j'aie eu quelquefois affaire à des hernies du gros intestin. »

Rejetant cette doctrine des anciens, dangereuse suivant lui, M. Malgaigne professe qu'il y a dans la question des étranglements trois éléments principaux:

1° L'étranglement pur et simple, qui est très rare, a lieu sans inflammation, et produit la gangrène dans l'espace de quelques heures.

2° L'inflammation pure et simple, très commune, et qui, presque toujours, est limitée à la séreuse de la hernie.

3° L'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie, de l'épiploon et de son tissu adipeux, de l'intestin avec toutes ses tuniques. Ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite des deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement, quand celui-ci n'est pas assez fort pour produire immédiatement la gangrène, soit par les manœuvres irrationnelles du taxis dans les cas de simple péritonite herniaire. C'est la péritonite herniaire qui constitue ce que l'on appelle le pseudo-étranglement.

Avant d'aller plus loin, et de résumer les idées de M. Malgaigne sur l'histoire de la péritonite herniaire, citons les deux faits dont nous avons parlé, et qui seront un exemple frappant de l'accident qui nous occupe ici.

Première observation. — Au n° 43 de la salle Saint-Louis, est entré, le 22 juillet 1846, le nommé Verson, sellier, âgé de vingt-quatre ans, né à Paris, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, 22.

Il est d'une bonne constitution; il n'y a jamais eu de hernies dans sa famille. Il y a six ans, il s'aperçut pour la première fois d'une petite grosseur située dans l'aine droite; d'abord du volume d'une noisette, elle s'est accrue peu à peu en gagnant le scrotum. La tumeur rentrait facilement, et ressortait de même au moindre effort. Le malade ne portait point de bandage; il ne se servait que d'un suspensoir; qu'il avait même mis de côté dans ces quinze derniers jours. Cette hernie, qui était devenue du volume du poing, causait par fois au malade des coliques et des douleurs de reins.

Il y a trois ans, la hernie ne voulut point rentrer aussi facilement que d'habitude; ayant un peu de mal de ventre et des envies de vomir, il se fit recevoir à l'hôpital Beaujon, où il fut traité pendant quinze jours par des cataplasmes, des lotions d'eau blanche, des onctions avec la pommade d'iodure de plomb. La hernie avait été prise pour une tumeur de nature vénérienne.

Le 22 juillet, à deux heures de l'après-midi, le malade était à travailler assis, lorsque la hernie s'est échappée. Vainement il essaya de la faire rentrer; des douleurs dans le ventre et des nausées commencèrent; le malade arrive à l'hôpital à trois heures. Il a vomi en route quelques aliments. Des douleurs assez vives existent dans la tumeur, se propageant dans la moitié droite du ventre. Anxiété des plus grandes; face pâle; pouls lent, faible et irrégulier, à 65. On constate à droite une tumeur dépassant le volume d'une tête de fœtus à terme, à peu près pyriforme, ayant sa grosse extrémité dans le scrotum, dont la peau se trouve énormément distendue, luisante. La petite extrémité se continue dans l'aine, dans la direction du canal inguinal. Le testicule occupe la partie inférieure de la tumeur, dont elle n'est séparée au dehors par aucun sillon.

La tumeur, très dure et très tendue, est complètement mate; ses dimensions sont en hauteur, 21 centimètres; en circonférence, 35.

Le taxis, difficile à exécuter à cause du volume considérable de la hernie étant resté inefficace, le malade fut porté dans un bain, où de nouvelles tentatives de réduction furent également pratiquées sans fruit. Rapporté dans son lit, le malade a encore vomi des matières alimentaires et un peu de bile verte.

M. Malgaigne, que l'on avait fait prévenir, arrive à huit heures du soir. On lui apprend qu'il s'agit d'une hernie inguinale ancienne, volumineuse, qui n'avait jamais été contenue par un bandage, et que le malade n'a encore rendu que des aliments. D'après ces seuls indices, avant même de monter dans la salle, il affirme que la hernie n'est point étranglée. La mère du service avait déjà préparé tout ce qui était nécessaire pour l'opération. Avant même d'examiner la hernie, M. Malgaigne dit que ces préparatifs étaient inutiles.

Trois autres vomissements constitués par de la bile verte avaient eu lieu. On commença à exécuter le taxis; mais ne pouvant embrasser la tumeur, on presse sur elle avec les deux mains placées l'une en avant, l'autre en arrière; le malade dit avoir senti rentrer quelque chose; M. Malgaigne a lui-même perçu la même sensation; les deux mains étant devenues insuffisantes, deux autres s'y joignent pour rendre la compression plus forte. La hernie devient moins tendue; peu à peu son volume diminue. Le malade continue lui-même le taxis; il dit se faire plus de mal que lorsque nous exercions nous-mêmes la réduction.

Bientôt la hernie peut-être embrassée par une seule main; elle rentre enfin complètement. Il a fallu moins d'un quart d'heure pour la réduire.

Le malade éprouve à l'instant un soulagement considérable; les douleurs cessent. Un bandage est appliqué sur le champ. Il reste une tuméfaction du volume de la moitié du poing, produite par l'œdème du scrotum.

Le 23, le malade a bien dormi. Hier au soir, deux heures après la rentrée de la hernie, il a eu une garde-robe abondante constituée par des matières fécales, et une assez grande quantité de sang liquide et en caillots. Le ventre est un peu douloureux.

Le 24, la douleur du ventre persiste. Deux autres gardes-robes un peu sanguinolentes depuis hier. — Appétit. Une portion.

Le 25, le malade s'est levé hier pour aller à la selle. La hernie est un peu ressortie, mais elle est rentrée facilement. La douleur dans le ventre diminue. Encore un peu de sang par les gardes-robes. Repos absolu au lit.

Le 27, plus de douleur. Le scrotum n'est plus si lâche, cependant le liquide que contenait le sac se résorbe. — Deux portions.

Le 29, le malade demande sa sortie. On soulève un moment la pelotte de son bandage, et on le fait tousser. La hernie sort, mais fort peu; ce qui résulte de ce que la hernie est directe, que les deux anneaux sont confondus; mais elle sortait en une plus grande masse auparavant, nous dit le malade.

Seconde observation. — Rouleau, âgé de soixante-six, pâtissier, constitution forte, opéré avec succès d'une fistule à l'anus en 1823, est entré le 22 mai 1846.

En 1834, à la suite d'efforts de toux, le malade sentit une tumeur à l'ombilic; cette tumeur, de la grosseur d'un œuf, était indolente et n'a jamais présenté d'autres symptômes que quelques gonflements de temps à autre, accompagnés de dureté plus grande que de coutume, sans augmentation toutefois de la sensibilité de la tumeur; puis le tout rentrait dans son état habituel. Le malade a ainsi porté cette tumeur pendant douze ans sans en éprouver le moindre inconvénient, sans être obligé de suspendre en rien son travail. Dans les premiers temps de l'existence de cette tumeur, un bandage lui fut conseillé; il le porta pendant trois ans; le trouvant trop pesant, il se fit faire une ceinture qu'il appliquait sur la tumeur préalablement recouverte d'un tampon et qu'il porta pendant six ans. Puis il la quitta sans avoir lieu de s'en repentir.

Il ne ressentait autre chose que quelques coliques légères de temps en temps. Il resta dans cet état jusqu'au 21 mai 1846. Alors, se promenant aux Champs-Elysées, il sentit une colique très violente; la tumeur devint un peu plus grosse qu'à l'ordinaire, plus rouge et plus douloureuse. Rentré chez lui, le malade se coucha et appliqua des cataplasmes sur la tumeur. La nuit fut sans sommeil. La douleur persista, mais point de nausées, point de vomissements, point de gardes-robes.

Le 22 mai, à dix heures du matin, le malade arrive à l'hôpital. Il souffre; il éprouve des coliques; pouls lent, à 40 pulsations; froid aux pieds; anxiété peinte sur le visage; ventre douloureux à la pression. L'interne de garde croit avoir affaire à une hernie étranglée, et fait mettre le malade au bain. Après un taxis de dix minutes, il dit avoir manifestement senti rentrer quelque chose; le malade est du même avis; toujours est-il que celui-ci se trouve immédiatement soulagé. On le remet au lit, et la tumeur paraît cependant aussi volumineuse qu'avant le taxis. L'interne, toujours persuadé qu'il a réduit une hernie étranglée, applique par-dessus une compression avec des compresses et une ceinture.

Le 23, à la visite du matin, M. Malgaigne affirme qu'on n'a pas du tout affaire à une hernie étranglée, mais bien à une hernie épiploïque simple, et il fait cesser toute compression.

La tumeur, examinée alors, nous paraît du volume du poing. Elle est légèrement aplatie d'avant en arrière, et présente un diamètre vertical de dix à douze centimètres; le diamètre transverse est peut-être plus petit; l'antéro-postérieur n'est que de cinq à six centimètres.

Cette tumeur est située sur la ligne médiane au milieu de la région ombilicale; l'ombilic paraît déjeté un peu à gauche. La peau qui le recouvre ne lui est point adhérente, excepté au milieu dans un espace de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Là elle est rouge, ce qui n'existe pas sur les côtés, où elle présente la couleur normale. — Cataplasmes émollients, une portion. Le malade n'éprouve aucune douleur.

Le 30, M. Malgaigne découvre de la fluctuation dans l'espace rouge déjà indiqué. Alors, ponction sous-cutanée avec le bistouri et écoulement d'une grande quantité de matière séreuse, jaunâtre, et ensuite de beaucoup de sang; en tout, à peu près, la valeur d'un demi-verre. La tuméfaction présente un affaissement manifeste. Compression.

Le 31, le malade a souffert beaucoup de la compression. La tumeur paraît plus enflammée que la veille; perte d'appétit; compression suspendue. Cataplasmes émollients.

Le 1er juin, le malade paraît aller mieux.

Le 3, la tumeur présente une surface plus lisse et plus rouge. La fluctuation y est manifeste à la partie inférieure. On y fait une ponction sous-cutanée avec un bistouri très étroit: issue alors d'une sérosité sanguinolente, qui, d'abord pure, devient bientôt mêlée de flocons albumineux; agrandissement de l'incision avec les ciseaux; le doigt, introduit par

cette ouverture, rencontre à l'intérieur une fausse membrane peu adhérente résultant d'une ancienne inflammation et tapissant tout l'intérieur du sac; on la décolle facilement. Mèche de charpie cératée, cataplasmes émollients.

Le 4, le malade se trouve mieux.

Le 6, injections émollientes, mèche à l'intérieur, cataplasmes.

Le 11, la tumeur, qui s'était affaissée les jours précédents, est redevenue dure et tuméfiée; malaise général; inappétence, soif, constipation. Eau de Sedlitz.

Le 12, incision à la partie latérale gauche et émission de pus.

Le 13, incision à la partie latérale droite, mais un peu supérieure : écoulement encore d'une grande quantité d'un pus fétide, la valeur d'un demi-verre environ. Injections émollientes, cataplasmes.

Il résulte de ce qui précède que la hernie était trilobée. Elle présentait trois sacs, lesquels se sont enflammés les uns après les autres, ont suppuré et ont été ouverts.

Jusqu'au 1er juillet, la tumeur s'est peu à peu affaissée à la faveur de mèches que l'on introduisait par les trois ouvertures; le malade ne souffrait plus en aucune façon. Il mangeait deux portions, lorsque, le 3 juillet, ayant voulu se lever, une nouvelle inflammation a paru. Douleur vive à la pression; ventre douloureux; anxiété; constipation. Cataplasmes, laxatifs, c'est-à-dire lavement au séné, repos au lit, mèches.

La constipation a été le phénomène le plus constant de cette affection : à chaque inflammation, elle persistait toujours trois ou quatre jours.

Du 4 au 13, la tumeur a considérablement diminué.

Le 14, les deux ouvertures inférieure et latérale gauche sont complétement oblitérées. La supérieure latérale droite est encore assez profonde. Injections iodées.

Le 15, la tumeur n'existe pour ainsi dire plus. La peau qui la recouvrait est flasque et a presque l'aspect normal.

Le 17, malgré l'introduction de mèches à une grande profondeur, la cicatrisation marchait lentement; on fait une contre ouverture. Mèche à l'intérieur. En huit jours la cicatrisation s'est effectuée.

Aujourd'hui, 29 juillet, la tumeur a totalement disparu; en la cherchant avec les doigts, on ne la trouve plus. De sorte que le malade se trouve avoir retiré réellement des avantages de cet accident.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 22 septembre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire de M. Ch.-Louis Derosne, mort le 21 septembre. Une commission de l'Académie assistera à ses obsèques.

— La discussion s'ouvre sur la première des nouvelles conclusions proposées par la Commission de la peste. En voici le texte:

1° Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne l'Egypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire du Maroc. Le même danger ne paraît plus exister pour l'Algérie.

M. Gérardin fait observer que la peste règne presque constamment dans la régence de Tunis, qu'elle s'est même étendue jusque dans la province de Constantine. On doit donc craindre qu'elle n'envahisse, lorsqu'elle sévira avec violence dans la première de ces deux contrées, l'Algérie elle-même.

M. Prus répond que le paragraphe ne concernant que les pays où la peste naît *spontanément*, et l'observation n'ayant pu faire constater de peste spontanée en Algérie depuis longtemps, l'objection de M. Gérardin ne lui paraît pas de nature à faire modifier la rédaction du rapport.

M. Pariset insiste sur ce point, qu'il regarde comme démontré, que la peste naît spontanément en Egypte, mais que toutes les histoires des épidémies observées en Turquie et en Syrie sont relatives à des pestes *importées*.

M. Hamont voudrait qu'à propos de la Turquie, on divisât le vote en deux parties distinctes, relatives, l'une à la Turquie d'Europe, l'autre à la Turquie d'Asie. Il est hors de doute qu'à Smyrne il n'y a plus de peste depuis 1838; c'est un fait constaté par vingt-sept médecins. Il est donc impossible de dire que cette maladie est endémique à Smyrne. A son avis, la Commission n'a pas suffisamment insisté sur la nécessité d'opposer des faits aux objections formulées par M. Ségur-Dupeyron, aux travaux duquel, du reste, il rend toute justice, et qui a étudié la question aussi bien et aussi complétement qu'il était possible à un homme qui n'était pas médecin. Or, il résulte des recherches de M. Ségur-Dupeyron que l'existence de la peste à Constantinople a toujours coïncidé avec des arrivages d'Egypte.

M. Prus, tout en s'excusant de reproduire des arguments dont il s'est déjà servi pour combattre des objections qui lui ont été déjà faites, s'appuie, pour affirmer la spontanéité de la peste dans les contrées indiquées, sur les récits des médecins habitant depuis longtemps les pays dont il est ici question. M. Pariset, dit-il, a observé, en 1829, la peste de Tripoli; elle existait dans ce royaume depuis 1827, mais jamais on n'a pu découvrir comment elle y avait commencé. On s'est servi, pour soutenir la doctrine de l'importation, de ce fait : que la plupart des cas de peste avaient été observés sur le littoral. Mais, sur le rivage de la mer, les conditions d'insalubrité existent à un bien plus haut degré que partout ailleurs. Dans la Basse-Egypte, où naît si souvent la peste, l'insalubrité est des plus évidentes. Il y aurait de l'imprudence à déclarer formellement à l'administration que la Syrie ne peut pas produire la peste. Pour Constantinople, il est de notoriété publique qu'elle a toujours été considérée comme un foyer de peste. Mais ce qu'il fallait pour un travail comme celui de la Commission, c'était, non pas seulement la notoriété publique, mais des faits. Or, dans l'ouvrage de M. Brayer, on trouve l'indication de faits de peste sporadique prouvant incontestablement qu'elle a pris plusieurs fois naissance à Constantinople. Dans la lettre de M. Pezzoni, insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* de ce matin, il n'est pas dit que la peste ne naît pas spontanément à Constantinople. Quant à ce qu'a dit M. Hamont, qu'en Syrie il n'y a point eu de peste depuis 1838, cela ne prouve absolument rien. Il n'y a point eu de peste à Alexandrie pendant une période de dix années, de 1824 à 1834; cela a-t-il empêché la peste de s'y produire depuis 1834? Maintenant même il est certain, nous l'avons su par hasard, qu'il y a des cas de peste sporadique à Alexandrie.

M. Desportes regarde, il est vrai, l'Egypte comme le pays dans lequel la peste se produit spontanément le plus souvent; mais il désirerait que, quant à la Turquie et à la Syrie, l'on se servît d'expressions plus dubitatives.

M. Hamont croit que M. le rapporteur est dans l'erreur en affirmant qu'il n'y a point eu de peste en Egypte de 1824 à 1834. Il en a observé des cas incontestables en 1828.

M. Castel propose, à la place de la rédaction de la Commission, celle-ci, qui lui paraît plus convenable : La peste est *endémique* en Egypte, en Syrie et dans les deux Turquies. Il ne faut pas supposer de limites trop étroites au domaine de la peste. Il ne faut pas établir que la peste est la seule maladie qui ne puisse se développer que dans trois ou quatre contrées.

M. le rapporteur ne serait nullement opposé à la modification proposée par M. Castel; s'il a préféré ces mots *naît spontanément*, c'est qu'il a pensé qu'ils seraient mieux compris par les gens du monde auxquels ce travail est destiné comme aux médecins.

M. Bégin parle dans le même sens, et pense que le mot *endémique* aurait l'inconvénient de faire supposer que le développement de la peste tient à des causes permanentes inhérentes au sol même de ces contrées.

L'amendement de M. Castel n'étant pas appuyé, les deux paragraphes de la première conclusion sont successivement mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

Deuxième conclusion. — Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, un air chaud et humide, des maisons basses, mal aérées, encombrées; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction, une alimentation insuffisante et malsaine; une grande misère physique et morale; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

M. Dupuy demande qu'après le mot alluvion soient ajoutés ceux-ci : Non couverts de végétaux et de plantes. Il s'attache à démontrer que la peste ne sévit en Egypte que depuis que les invasions des Barbares ont détruit les plantations de toute espèce dont était couvert ce pays dans les temps anciens.

M. Bricheteau voudrait qu'il fût fait mention de l'influence délétère qu'exercent les exhalaisons qui s'échappent des cimetières.

M. Castel demande la suppression des mots superflus suivant lui : Autant que l'observation permet de le constater. Il regarde également comme inutile de parler de la misère physique et morale.

M. Prus ne tient pas absolument à l'expression : misère physique et *morale*. Il consentirait facilement à la remplacer par celle-ci : grande misère. Cependant il accorde au mot misère *morale* une valeur bien significative; il ne pense pas qu'il soit nécessaire, comme le désire M. Bricheteau, de faire une mention particulière des exhalaisons provenant des sépultures. Quant à l'influence des vents du midi, dont M. Kéraudren voudrait qu'il fût fait mention, il est impossible, lorsque la peste se développe au centre de l'Asie, de constater quel est véritablement le vent qui fait du mal. Les expressions: un air chaud et humide lui semblent réunir toutes les conditions voulues.

M. Collineau combat l'adoption des mots : misère morale, qui, suivant lui, ne vont point ensemble, tandis que M. Hamont, au contraire, insiste pour qu'ils soient maintenus; car, suivant lui, ils expriment de la manière la plus satisfaisante l'état des fellahs qui se trouvent placés en dehors des conditions du reste de l'espèce humaine.

Après une discussion assez insignifiante et confuse à laquelle prennent part MM. Lagneau, Londe, Nacquart, Prus, en faveur de la rédaction de la Commission, MM. Castel, Rochoux, dans le sens opposé, la deuxième conclusion est mise aux voix et adoptée, sauf modification par M. le rapporteur de l'expression *misère morale*, dont le sens sera conservé.

Troisième conclusion. — La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

La peste épidémique est transmissible, soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

M. Villeneuve pense qu'il serait convenable d'intervertir l'ordre des deux paragraphes de cette conclusion.

M. Prus répond qu'en les disposant dans cet ordre, la Commission n'a eu qu'un but, c'est de rapprocher le paragraphe relatif à la transmissibilité de la peste de la conclusion suivante, qui a trait aux modes de transmission. Il ajoute qu'il ne tient pas davantage à l'ordre de ces deux paragraphes.

M. Castel croit voir une contradiction entre les deux paragraphes. La peste, dit-on, n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique. On ajoute : elle est transmissible dans les lieux où sévit l'épidémie et hors de ces lieux. Eh bien! hors de ces lieux, elle n'est plus épidémique, et cependant elle est contagieuse.

M. Prus. La Commission, quant à la peste sporadique, n'affirme point, et se borne à dire, *ne paraît point* transmissible. Mais la contradiction signalée par M. Castel n'existe point réellement. La Commission a voulu dire que toutes les fois que la peste a été transmissible, le point de départ de cette peste était une contrée où elle était épidémique; et en effet, il n'existe pas un seul exemple de peste importée par des navires venant de lieux où la maladie ne régnait qu'épidémiquement. Depuis 1720, dix fois la peste a ravagé Marseille. Dix fois les navires qui l'ont apportée dans cette ville étaient partis de pays où elle régnait épidémiquement. On dit : lorsqu'à bord d'un navire il n'existe qu'un seul cas de peste, on ne peut considérer la maladie comme épidémique. C'est vrai. Mais si l'on remonte au point de départ, on verra que l'affection dont est atteint l'individu malade provient d'une peste épidémique, partant, que la nature de ce cas isolé est identique à celle de la peste qui lui a donné naissance, par conséquent transmissible et contagieuse.

M. Kéraudren voudrait que la rédaction de la conclusion présentât un sens plus net et plus tranché.

M. Gaultier de Claubry. La peste sporadique et la peste épidémique étant caractérisées par les mêmes symptômes, bubons, etc., comment est-il possible de reconnaître qu'un individu malade est atteint de l'une ou de l'autre de ces affections?

M. Prus. Cette objection nous a déjà été faite. Elle a été une des premières. Nous y avons répondu en spécifiant par précaution que tout individu arrivant à Marseille avec la peste devrait être considéré comme atteint de peste épidémique. Cette disposition est formulée dans notre septième conclusion. Nous ne saurions trop insister sur la distinction que l'on doit établir entre nos conclusions scientifiques, où nous avons fait preuve de quelque hardiesse, et les conclusions administratives dans lesquelles nous avons déployé la plus rigoureuse sévérité.

M. Collineau propose d'ajouter au commencement du premier paragraphe ces mots : d'après tous les observateurs et d'après les faits recueillis jusqu'à ce jour, la peste, à l'état sporadique, etc.

M. Rochoux déclare que, pour lui, la peste sporadique n'est pas la peste. Jamais on ne pourra lui persuader que deux affections dont l'une est contagieuse et l'autre ne l'est pas ne soient qu'une seule et même maladie.

M. Moreau désirerait qu'on ajoutât à la conclusion : *jusqu'à ce jour* la peste à l'état sporadique, etc.

M. Prus. Cette addition ne paraît nullement nécessaire. Nous ne donnons, en effet, ici, que l'état actuel de la science, et pas autre chose. L'Académie ne prend pas la responsabilité de l'avenir.

M. Desportes fait observer que la variole sporadique n'est pas moins contagieuse que la variole épidémique. Or, plusieurs auteurs admettent un rapport frappant d'analogie entre la nature de la peste et celle de certaines maladies de la peau. Pourquoi n'en serait-il pas de la peste comme il en est de la variole? L'orateur conclut en demandant la suppression pure et simple du paragraphe.

M. Louis ne regarde pas comme probante l'argumentation de M. Desportes. Ce dernier, dit-il, s'appuie sur ce fait que la variole sporadique est contagieuse comme la variole épidémique, et qu'on ne peut faire de distinction entre ces deux affections. Mais les maladies ne sont contagieuses que dans certaines conditions. Si la variole à l'état sporadique était contagieuse comme la variole épidémique, il n'y aurait pas de différence entre ces deux formes de la variole, qui ne constitueraient qu'une seule et même affection. Dans la variole sporadique, les conditions d'épidémie n'existent pas. Ce sont deux maladies, non pas différentes, mais développées sous l'influence de causes un peu différentes seulement.

Il me semble que l'on se méprend souvent sur le travail de M. Prus. Ce n'est pas un rapport, c'est un travail original fondé sur l'analyse et l'appréciation de faits nombreux. Il n'y a rien à supprimer ici; tout au plus peut-on proposer des modifications.

M. Prus déclare que les mots à l'état sporadique n'ont été mis dans ce paragraphe que pour éviter une discussion qui avait eu lieu déjà dans le sein de la Commission. Il ajoute que le travail en discussion a été basé sur plus de 600 observations authentiques, et que 600 faits constituent certainement la plus grande expérience que la science puisse faire en pareille circonstance.

M. Hamont dit qu'à ses yeux, ceci est de la plus haute importance. Cependant il faut bien faire attention que la peste épidémique n'a commencé souvent que par un ou deux cas isolés. Il a vu, dans des villages de la Basse-Egypte, des épidémies terribles commencer par deux ou trois cas de peste qui pendant plusieurs jours semblaient rester stationnaires, et auxquels succédait plus tard un nombre très considérable de faits de contagion. Il n'est pas démontré pour lui que la peste sporadique ne soit pas contagieuse. Si pendant quelques jours on n'observe qu'un petit nombre de faits, en conclura-t-on que la peste est sporadique et non transmissible? Evidemment on risquerait souvent de se tromper. La suppression du premier paragraphe serait tout au moins prudente.

M. Prus répète que, dans l'application, la distinction du caractère sporadique et du caractère épidémique ne peut avoir aucun résultat fâcheux, puisque tout cas de peste développée à bord d'un navire devra, d'après la septième conclusion, être considéré à Marseille comme transmissible, et que des mesures seront prises en conséquence.

M. Rochoux ne voit pas que la distinction établie par M. Louis ait l'importance qu'on a voulu lui accorder, et conclut à la suppression du premier paragraphe.

M. Bégin. La discussion roule sur un point capital, à savoir, si le premier paragraphe sera ou non conservé. Je vote hautement pour qu'il soit maintenu; il est de la plus grande utilité, non-seulement au point de vue de la science, mais parce qu'il imprimera aux dispositions relatives aux mesures quarantenaires une marche que la suppression aurait pour effet d'entraver.

Les deux paragraphes de la troisième conclusion sont successivement mis aux voix et adoptés.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 septembre 1846. — Présidence de M. Poncelet.

M. Cottereau fils adresse une Note sur l'efficacité des saccharates comme antiseptiques.

— *M. Dumesnil* adresse un travail sur la *lithyménie*. (Voir *Gazette des Hôpitaux* des 17 et 19 septembre.)

— *M. Bomoïr* envoie un travail comprenant des Commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate, un Mémoire sur diverses expériences relatives à l'action des poisons minéraux.

— *M. le docteur Legrand* adresse une lettre relative à l'*action de l'or sur les organes de la digestion*. Jusqu'à présent, l'auteur n'avait constaté les heureux effets des préparations d'or que chez les enfants et chez quelques adultes. Depuis la dernière lecture qu'il a faite à l'Académie récemment, il a eu occasion de s'assurer que les préparations aurifères sont souvent utiles pour combattre l'affaiblissement graduel des fonctions digestives chez les vieillards, dans des cas où le quinquina n'avait produit aucun résultat.

M. Legrand donne l'histoire d'une dame de quatre-vingt-sept ans qui, à la suite d'une chute qui détermina des accidents graves, fut prise de faiblesse extrême, d'inappétence, etc. Le sirop de quinquina étant resté sans effet, M. Legrand prescrivit 25 centigrammes d'or divisés dans 100 grammes de gelée de pomme. De huit en huit jours, la dose de l'or fut augmentée de 25 centigrammes. Au bout de vingt-cinq jours, la malade avait pris 3 grammes d'or divisé, et se trouvait dans un état très satisfaisant; elle avait recouvré quelque force, l'appétit s'était réveillé, les aliments étaient pris avec plaisir. La suspension du médicament ayant amené la reproduction des mêmes accidents, on fut obligé d'y revenir, mais à plus haute dose, et, cette fois, les résultats obtenus furent durables.

Plus récemment, l'auteur a mis en usage une autre préparation d'or chez un vieillard de soixante-trois ans, débilité par un traitement antiphlogistique, par lequel on avait combattu un engorgement de la prostate, et ce fut avec le même succès. Dans ce cas, ce fut au perchlorure d'or et de soude associé à la poudre d'iris en frictions sur la langue.

Ainsi se trouvent vérifiées, dit en terminant M. Legrand, les propriétés attribuées à l'or administré comme médicament par les médecins du seizième et du dix-septième siècle, par de Lavinius-Lemnius, Sauvageon, Septalius, etc., médecins qui avaient puisé ces idées dans les écrits des Grecs et des Arabes. Je ferai de plus observer à l'Académie que, dans le premier fait que j'ai l'honneur de lui soumettre, il n'est pas permis de douter que la malade n'ait pris de l'or, puisqu'il a été administré à l'état métallique, seulement dans un grand état de division. C'est un avantage incontestable que j'ai sur mes prédécesseurs, dont les préparations ne sont pas toujours assez nettement indiquées pour qu'il n'ait pas été quelquefois permis de douter que leurs malades n'aient pris le médicament, dont ils avaient en outre le tort de raconter des effets si merveilleux que le sourire en venait aux lèvres et que le doute pénétrait dans l'esprit.

— *M. Dumas* présente, au nom de M. Boussingault, un Mémoire sur les propriétés nutritives de la gélatine.

REVUE GÉNÉRALE.

Luxation de la mâchoire, et appareil pour en prévenir la récidive. — Voici un fait publié dans un journal anglais par M. Lewison, et d'autant plus intéressant qu'il est des chirurgiens qui ont, jusqu'à un certain point, nié les luxations de la mâchoire.

Il y a peu de temps, un vieux gentlemen, privé de toutes ses dents, d'un tempérament nervoso-bilieux très prononcé, me consulta, pour me servir de ses propres expressions, « pour savoir ce qu'il pourrait » faire pour empêcher sa mâchoire de sortir de sa place, » donnant ainsi clairement à entendre qu'il était sujet à une luxation de la mâchoire. En l'interrogeant, j'acquis la certitude que la luxation n'af-

fectait que le côté gauche; car, me dit-il, « quelquefois je m'éveille » avec ma mâchoire portée du côté droit, où elle est fixée, et je suis » alors incapable de me faire comprendre, par la difficulté d'articuler » les sons. » Il éprouvait en même temps une vive souffrance, particulièrement près de l'oreille gauche. Pour la faire cesser, il s'efforçait à pousser sa mâchoire, à la refouler en arrière, et après un travail d'environ une demi heure, un choc semblait s'opérer, et tout rentrait dans l'ordre, à part la douleur à l'angle de la mâchoire, qui persistait fréquemment plusieurs heures après. En vertu de son tempérament actif, il était toujours en mouvement et agité, même durant le peu d'heures qu'il durmait la nuit, ou quand il faisait sa sieste; c'est dans ces deux circonstances que la luxation arrivait, et d'ordinaire juste au moment du réveil; mais dans tous les cas il était toujours tourmenté par la crainte de la récidive. Lui ayant suggéré le simple moyen suivant, j'éprnuve une certaine satisfaction à dire qu'il a réussi.

Dans ma pratique personnelle, j'ai invariablement trouvé que quand la luxation se fait soit par un bâillement excessit, par l'ouverture de la houche pour l'extraction d'une dent de derrière ou par la perte des dents, de manière que la mâchoire inférieure ne répond plus exactement à la supérieure (comme c'était ici le cas); dans tous les cas il y a une tendance à la répétition de l'accident, mais à laquelle on peut remédier, ainsi que je vais le dire.

Une sorte de fronde composée de quatre bandes de cuir souple est appliquée avec soin à la partie inférieure du menton, formant un petit sac pour embrasser exactement la pointe de celui-ci et éviter ainsi de comprimer la trachée, et elle y est assujettie à l'aide de rubans. D'un côté de la fronde est une petite boucle cousue, non sur le bord, mais sur la face externe de la fronde; de l'autre côté est une mince courroie de peau de daim, que l'on fait passer par-dessus le sommet de la tête pour fixer la fronde en place. Cet appareil peut être porté avec aisance et sécurité; mais pour qu'il ne se dérange pas pendant le sommeil, deux bouts de ruban solide y sont cousus de chaque côté, exactement au-dessous des oreilles, et noués en arrière au-dessous de la saillie occipitale.

Il me semble, dans ce cas, avec une mâchoire supérieure si réduite par l'absorption, qu'elle se trouvait largement comprise dans l'arc de la mâchoire inférieure, cette dernière étant en conséquence si considérablement projetée en avant, et les joues si creuses; il me semble, dis-je, que l'on ne pouvait avoir confiance dans l'instrument proposé par M. Fox, tandis que le mien serait porté sans inconvénient et avec toute sécurité.

La nature semble nous indiquer elle-même un pareil moyen, comme on peut nbserver, quand on se sent vaincu par un grand effort de bâillement, que l'on met la main sous le menton avec une force correspondante et une confiance instinctive dans l'utilité de ce mouvement; absolument comme si l'on connaissait à fond l'anatomie et le mode d'articulation des mâchoires.

Tumeurs des muscles. — Nous lisons dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* l'extrait suivant d'un mémoire du docteur Salomon, publié par les journaux allemands.

Les caractères de cette maladie siugulière et encore peu connue sont les suivants: Quand un muscle commence à en être affecté, il se manlfeste en un point quelconque de son étenduc l'existence d'une petite tumeur du volume d'un pois, dure, mobile, et n'adhérant que par des filaments à la chair musculaire. Elle ne cause d'abord aucune incommodité, et peut rester longtemps à l'état stationnaire; mais elle peut aussi atteindre petit à petit le volume d'un œuf de colombe ou de poule, acquérir de la mollesse et de l'élasticité, tout en restant mobile. Arrivée à ce point, la tumeur grossit rapidement, contracte des adhérences intimes avec le muscle dans lequel elle se creuse une vaste cavité; elle devient alors immobile, dure, bosselée; elle peut encore persister longtemps dans cet état sans occasionner de douleur. Plus tard la peau qui recouvre la tumeur se colore en rouge, et ensuite en brun. Le malade commence à éprouver des spasmes locaux et des douleurs cuisantes; mais l'état général reste satisfaisant.

Ces progrès de la maladie ne s'opèrent qu'en plusieurs années; quand celle-ci est très avancée, la tumeur se ramollit dans l'intervalle des bosselures. Il se développe de la fluctuation dans les points ramollis : ils s'ouvrent et donnent issue à la matière dure, quelquefois à une sanie fétide mêlée de grumeaux de sang. Cette suppuration s'accompagne d'une fièvre qui bientôt ne cesse plus, et peut, à la longue, entraîner le malade au tombeau.

La maladie que nous venons de décrire attaque le plus souvent le muscle sterno-mastoïdien. La tumeur se montre d'ordinaire immédiatement au-dessous de la mâchoire inférieure, ou bien un peu au-dessus de la clavicule, ou bien enfin au-dessous des apophyses mastoïdes. Dans ses progrès elle envahit tous les muscles voisins, rarement cependant ceux de la nuque; elle se prolonge quelquefois jusque sous la langue et même jusqu'à la clavicule. Quand elle est volumineuse, elle amène, par la compression qu'elle exerce sur les divers organes, soit de la difficulté dans les mouvements de l'un des bras, suit de la surdité, soit de la cécité amaurotique dans l'œil du même côté, etc.

Cette maladie paraît au docteur Salomon être sous la dépendance d'une cachexie syphilitique ou dartreuse; il croit son développement singulièrement favorisé par le libertinage, ou par l'emploi inopportun et trop longtemps prolongé des mercuriaux. Elle n'attaque guère les individus au-dessus de trente ans. Les résolutifs n'ont aucune prise sur les tumeurs. Mais, d'après l'auteur, on peut arrêter la maladie dans son cours en enlevant la tumeur, lorsque l'état des parties le permet.

Formule d'une pommade anti-ophthalmique; par M. le docteur DESMARRES.

Précipité rouge,	10 à 20 centigr.
Camphre pulvérisé,	15
Huile d'olives,	1 goutte.

Mêler et porphyriser longuement et avec soln, puls ajouter :

Beurre très frais et lavé à l'eau chaude,	3 grammes.

M. exactement S. A., puis faire une pommade parfaitement homogène.

Cette pommade est employée avec grand avantage par l'auteur dans les cas de kératites vasculaires chroniques, chez des individus scrofuleux.

Il la prescrit avec non moins de succès contre les taches non encore organisées de la cornée.

Son mode d'emploi consiste à en appliquer le soir, au mnment du coucher, gros comme un grain de blé, sur le bord libre des paupières.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Veuillez me permettre de rappeler aux nombreux lecteurs de votre estimable journal que la Société médicale d'Emulation a institué, dans sa séance du 6 août 1845, un prix de la valeur de 300 francs. Pour sujet de prix, elle a adopté la question suivante : *Des ulcérations du col de la matrice et de leur traitement.* — Les concurrents n'oublieront pas que les travaux doivent être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier 1847. Un paquet cacheté devra renfermer le nom de l'auteur de chaque Mémoire.

Agréez, etc.

Am. FORGET,
Secrétaire général de la Société médicale d'Emulation, rue Montmartre, 177.

NOUVELLES.

La nomination de M. Küss à la place de professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg rend vacante la place de chef des travaux anatomiques à la même Faculté; il est probable que M. le ministre de l'instruction publique fixera l'ouverture du concours pour la place vacante aussitôt qu'il aura donné l'institution à M. Küss.

— L'Ecole de pharmacie de Paris ayant appelé l'attention de l'autorité sur le renchérissement des sangsues, M. le ministre du commerce, avant d'examiner quels moyens pourraient être employés pour remédier à ce mal, cherche à recueillir des renseignements exacts sur l'état de la pêche des sangsues. A cet effet, il a demandé à MM. les préfets des notions sur les questions suivantes :

1° Existe-t-il dans le département des marais, des étangs ou des cours d'eau où l'on trouve des sangsues? Ces sangsues sont-elles l'objet d'une pêche régulière? Combien, approximativement, en livre-t-on chaque année à la consommation?

2° Le département possède-t il des marais qui aient nourri autrefois des sangsues et qui n'en contiennent plus aujourd'hui? Dans les marais qui en fournissent encore, la pêche est-elle plus ou moins abondante qu'autrefois et en quelle proportion?

3° Les marais, étangs ou cours d'eau où se fait principalement la pêche des sangsues appartiennent-ils à des particuliers, à des communes ou au domaine public? Comment se fait en général cette pêche et à quelle époque? Est-elle soumise à quelques usages ou règlements locaux?

4° Comment se fait le commerce des sangsues indigènes? Quel est leur prix moyen lorsqu'elles sont vendues sur place? En exporte-t-on hors du département?

Les Sociétés médicales, surtout celles qui contiennent dans leur sein des pharmaciens, pourront fournir d'utiles renseignements. Aussi M. le préfet du Bas-Rhin s'est-il adressé à la Société de médecine de Strasbourg en la priant de répondre à ces questions. L'importance du sujet nous a engagés à faire connaître dès aujourd'hui cette communication de M. le préfet, afin que, d'ici à la première séance de la Société, les membres, tant résidants que correspondants, puissent recueillir les données nécessaires à la solution des questions adressées.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*).

MALADIES NERVEUSES.

De nouvelles expériences justifient complétement notre opinion sur le Sirop d'écorce d'oranges de M. Laroze, pharmacien à Paris. L'examen attentif que ce praticien a fait de cette écorce établit qu'entre autres principes, elle en contient deux qui ont une action parfaitement harmonisée, et concourent simultanément, comme moyen hygiénique, à prévenir certaines affections, à guérir les autres, ainsi que le prouvent les résultats obtenus. Ces deux principes sont : 1° la matière extractive amère entièrement soluble à l'eau; 2° la matière oléo-résineuse odorante insoluble dans le même liquide. La première agit comme tonique, la seconde comme excitant; et c'est en vertu de l'action de cette dernière dans la diarrhée et la dysenterie, que le sirop qui la contient trouve quelques cas où la maladie ne cède pas à son emploi, et même augmente malgré son usage. Ce fait bien constaté par des expériences réitérées, il devient sage de priver une partie du sirop de cette substance, et de la remplacer par une égale quantité de matière soluble, qui se trouve ainsi presque doublée; et, par sa propriété sédative, devient un astringent efficace dans la diarrhée et la dysenterie, dont il calme les ténesmes. Pour ne pas confondre ce dernier avec le sirop ordinaire, bien qu'il soit le même quant à la préparation, nous croyons devoir le désigner sous le nom de **SIROP LAROZE CONTRE LA DIARRHÉE ET LA DYSENTERIE.**

AVIS AUX JEUNES MÉDECINS.

A louer, au centre des halles, un logement occupé depuis un grand nombre d'années par un CABINET MÉDICAL. S'adresser à M. J. N..., rue du Cloître-Notre-Dame, 20.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 115. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 25 SEPTEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans une précédente Revue, nous avons dit quelques mots de la nature intime des hallucinations, de leur essence psychologiques; mais l'espace nous avait manqué pour exposer nos idées sur le mode de production, la cause prochaine de ces singuliers phénomènes. Les médecins ne s'occupent point assez, suivant nous, de l'étude des maladies mentales, des symptômes qui les accompagnent et les caractérisent, et, tout en déclamant contre les *spécialités*, ils laissent aux spécialistes manigraphes le soin d'éclairer par leurs travaux les questions relatives aux désordres de l'intelligence, questions des plus graves, des plus intéressantes de la pathologie, puisqu'elles ont rapport à l'organe le plus important et le plus délicat du corps humain, à l'instrument de la pensée.

Plusieurs fois déjà nous avons eu l'occasion de dire que, pour nous, il n'y a pas d'effet sans cause, point de trouble fonctionnel sans lésion d'organe (Rostan), et nous avons pris pour devise cette pensée de Bichat, placée par Broussais en tête de son premier *Examen des doctrines* (1816) : « Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal ? » Pour certaines affections cérébrales et pour certains symptômes de ces affections, il est souvent impossible de constater *de visu* l'altération matérielle à laquelle il faut les rapporter. On a conclu de là qu'il n'existait rien : conclusion fausse, à notre avis, et qui tient à ceci, que l'on a voulu trouver la raison de tous les troubles fonctionnels dans l'anatomie pathologique. Or, celle-ci restant souvent muette dans les maladies mentales, on s'est cru en droit d'affirmer qu'il n'y avait pas d'altération matérielle. Mais, de ce que, chez un sujet asphyxié par un œdème de la glotte, on n'a rien trouvé à l'autopsie ; de ce que, sur le cadavre, il n'existe plus, quelques heures après la mort, la moindre trace d'un violent érysipèle auquel a succombé le malade, est-il venu jamais à l'idée d'aucun pathologiste, de dire que l'œdème de la glotte, que l'érysipèle n'étaient pas des lésions matérielles?

Un sujet frappé de la foudre succombe instantanément; l'investigation la plus minutieuse de tous les appareils de l'organisme ne permet pas de constater la moindre altération matérielle, en conclura-t-on qu'il n'y en a pas eu. Ici cependant la cause est appréciable et connue; et cependant le résultat de son action nous échappe. Pourquoi n'en serait il pas de même des maladies dites nerveuses essentielles? Nous ne voulons aujourd'hui dire que deux mots des causes prochaines des hallucinations, qui nous paraissent toujours liées à une altération matérielle, quelquefois appréciable aux sens, que l'analogie doit forcer à admettre dans les cas où les recherches nécroscopiques ne produisent aucun résultat.

Toute hallucination dite idiopathique est pour nous l'effet, le résultat d'une irritation ou excitation cérébrale plus ou moins prolongée, plus ou moins forte, déterminée par une *congestion* soit *nerveuse*, soit *sanguine* (1). On s'explique facilement ainsi comment les constitutions nerveuses et les constitutions pléthoriques sont prédisposées aux hallucinations. Expliquons ce que nous entendons par congestion nerveuse. Quelle que soit son essence, il est évident que l'on ne peut se refuser à admettre un fluide nerveux d'une nature particulière, offrant peut-être, comme l'ont prétendu certains physiologistes, quelque analogie avec le fluide électrique. Quant à cette ressemblance, nous n'y tenons guère; mais toujours est-il que l'existence du fluide nerveux est parfaitement admissible. Nous croyons même que l'on y est forcément conduit; car seul il peut expliquer un grand nombre de phénomènes jusqu'à présent inexplicables sans son intervention.

Il n'est personne qui n'ait rencontré quelque fait de ceux que l'on désigne sous le nom d'apoplexie nerveuse, dans lesquels le sujet tombe instantanément frappé sans que l'autopsie fasse découvrir aucune cause appréciable de l'accident. De ce phénomène, on se rend parfaitement compte par une accumulation soudaine et trop abondante du fluide nerveux dans le centre encéphalique, dans lequel il détermine momentanément des modifications moléculaires assez énergiques pour suspendre l'harmonie de l'organisme et faire cesser l'innervation régulière de l'économie, partant la vie.

Supposons maintenant une accumulation moins considérable de ce *quid ignotum* auquel nous donnons le nom de fluide nerveux; au lieu d'une apoplexie, il n'y a plus qu'une congestion nerveuse; au lieu de la suspension de la vie, il n'y a plus que des désordres fonctionnels de l'organe cérébral ; désordres qui se traduisent par des hallucinations portant sur tel ou tel appareil des sens, ou sur plusieurs à la fois.

(1) Nous devons dire que cette théorie des *congestions nerveuses*, à coup sûr originale et tout à fait neuve. nous l'empruntons tout entière à M. Moreau (de Tours), qui a mis la plus parfaite obligeance à nous exposer les bases d'un travail important qu'il prépare depuis plusieurs années sur les hallucinations, et dans lequel on lira développées avec plus de talent et d'une manière plus complète que nous n'aurions pu le faire les idées que nous ne pouvons exposer que brièvement ici.

Nous voyons dans l'apoplexie et la congestion nerveuses, les analogues de l'apoplexie et de la congestion sanguines, ou coups de sang.

Nous avons été forcé de raisonner par analogie, quant à ce qui regarde les hallucinations produites par un éréthisme nerveux. Pour les congestions sanguines considérées comme cause productrice, occasionnelle des hallucinations, il n'est pas permis de révoquer en doute leur influence ; il n'est presque personne qui ne l'ait éprouvée sur soi-même. Qui de nous, après être resté pendant quelques minutes la tête baissée vers la terre, n'a vu, en se relevant, passer devant ses yeux des bluettes et des étincelles; qui n'a ressenti des bourdonnements d'oreilles, déterminés par une congestion sanguine légère et momentanée ? « Dans la congestion simple, dit M. Andral, les étourdissements ont une intensité plus ou moins grande ; les malades peuvent avoir en même temps de la céphalalgie, des éblouissements, des tintements d'oreilles, des *aberrations passagères de la vue*, des embarras momentanés de la parole, etc. Les yeux sont injectés; le pouls est ordinairement peu fréquent et de force variable. » C'est assurément, ici, l'afflux plus considérable et la stase du sang dans le cerveau qui produit ces troubles hallucinatoires. C'est le même mécanisme qui détermine les hallucinations dans l'empoisonnement par certains narcotiques, le datura stramonium, la belladone, l'opium, dans le délire du hachisch, etc. « C'est, disait Broussais, quand le sang est attiré avec violence vers la tête, quand cette partie est chaude, colorée, quand les carotides font sentir des pulsations fortes et fréquentes ; c'est alors, disons-nous, que les *visions* des maniaques paraissent et plus nombreuses, et plus influentes sur leurs discours et sur leurs actions. » (*Prop. de pathol.*, page 177.)

L'influence des congestions sanguines sur la production des hallucinations est un fait tellement facile à prouver, que nous pourrions citer ici un jeune homme, *fort sain de corps et d'esprit*, qui, lorsqu'il se trouve dans certaines conditions physiologiques, pendant le travail de la digestion, par exemple, se produit volontairement des hallucinations en congestionnant son système nerveux encéphalique par quelques efforts musculaires et par la suspension momentanée de la respiration. Un jeune professeur de littérature, doué d'une imagination brillante, et auquel nous avons fait prendre dernièrement une assez forte dose de hachisch, nous disait, il y a quelques jours, que pendant les accès de sa folie momentanée, il sentait, quelques secondes avant ses hallucinations, le sang se porter à sa tête avec violence, et sa face devenir rouge et vultueuse. Ce phénomène, qu'il comparait à *ce qui doit se passer* dans une attaque d'apoplexie, était accompagné d'une sensation agréable, à laquelle il donne le nom d'*épanouissement du cerveau.*

L'état hallucinatoire que produit la simple congestion mécanique du cerveau, l'état fébrile le produit également; et la

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

SEPTIÈME CHAPITRE. — *Maladies de poitrine.*

La fréquence des affections chroniques de la poitrine, les longueurs, les difficultés ou même l'inutilité d'un traitement suivi déterminent un grand nombre de médecins à recourir aux eaux comme ressource extrême. On espère que le changement de climat, la distraction et l'exactitude du régime contribueront à améliorer l'état général. Si les sels contenus dans les sources inspirent une médiocre confiance, on est du moins heureux de prescrire un déplacement favorable aux malades sans les envoyer dans les régions tempérées de l'Italie, ce que la plupart interprètent comme une condamnation irrévocable. Ems, Baden-Baden, Aix-la Chapelle et les eaux sulfureuses jouissent en Allemagne d'une renommée qui commence à s'étendre chez nous. Les sources ferrugineuses elles-mêmes, Schwalbach, par exemple, quoique toujours nuisibles, ne laissent pas que d'être recommandées dans certaines formes même de tuberculisation. Or, sur ce point comme sur tous les autres, il est indispensable de préciser les indications afin d'apprendre aux médecins quels résultats ils sont en droit d'attendre. Nous nous occuperons surtout ici de la phthisie tuberculeuse, à cause de la divergence des opinions et de l'insuffisance des documents publiés jusqu'à ce jour.

Ems passe dans le nord de l'Allemagne, et surtout en Russie, pour guérir les tubercules pulmonaires. Cette réputation, malheureusement usurpée, s'est répandue peu à peu, grâce aux récits des gens du monde.

Le séjour de l'impératrice de Russie et l'évidente amélioration de sa santé, alors qu'elle était aux yeux de la cour condamnée comme poitrinaire ; d'autres guérisons, jugées aussi scientifiquement, ont assuré à Ems un privilége que plus d'un établissement avait envié, acquis et perdu avant lui. La phthisie confirmée ne guérit pas aux sources minérales plus que partout ailleurs. Des individus isolés, en petit nombre, ont pu voir les accidents les plus menaçants suspendus à tout jamais ; mais nos villes, nos campagnes, nos hôpitaux eux-mêmes fournissent des exemples authentiques de ces cures inespérées où la médecine n'a qu'à remercier la nature.

La question de la guérison véritable des tubercules pulmonaires ne saurait donc être posée, ou plutôt elle est résolue par une expérience assez longue pour être irrécusable. Depuis que l'auscultation a donné la mesure des désordres locaux, et que par suite le diagnostic anatomique a perdu la plus forte part de ses incertitudes, il n'est plus permis de compter sur les remèdes auxquels on aurait eu quelque confiance autrefois.

Mais s'il est impossible à notre médecine de guérir la phthisie, elle peut encore espérer, dans certains cas, la prévenir ; dans d'autres, en retarder la marche ou en rendre moins pénible la funeste terminaison. Les eaux minérales, habilement employées, peuvent alors disputer la place aux préparations opiacées, et à l'appareil monotone des antispasmodiques auquel tous les malades finissent par être soumis.

Pour apprécier les effets de cette médication, nous sommes obligé de renverser la méthode qu'on suit habituellement. Les symptômes fournis par l'auscultation sont évidemment les plus sûrs, mais, qu'on nous passe ce mot, ce sont les moins thérapeutiques. Il faut donc les mettre en seconde ligne quand on veut assurer ce traitement et qu'on ne se contente pas des honneurs faciles d'une prognose que la mort vient toujours confirmer. S'il est vrai que les désordres appréciables à l'oreille ont chez tous les malades une sorte d'uniformité, il ne l'est pas moins que les mêmes lésions se produisent sous des influences pathologiques bien différentes. Le sthétoscope est comme un thermomètre qui mesure la chaleur sans en déterminer ni l'origine ni les modifications à venir : il constate des faits et ne donne aucun éclaircissement sur leur raison d'être ou de ne pas être Au contraire, en examinant le tuberculeux sans se préoccuper exclusivement des altérations locales, en reprenant, en un mot, les errements de nos devanciers assurés par les découvertes modernes, on arrive à des classifications essentiellement thérapeutiques.

La phthisie se développe suivant des types différents, selon la constitution antécédente du malade qu'elle atteint; comme toute maladie, elle a ses tempéraments d'élection ; ses symptômes généraux, ses accidents dominants dépendent moins de la nature propre du tubercule que du sujet chez lequel ils apparaissent. Ce n'est pas seulement la force apparente de la santé ou la vigueur musculaire qui permet au malade de subir plus longtemps une maladie dont l'épuisement est la fin obligée, c'est encore une disposition particulière de l'économie qui le rend apte à contracter telle ou telle forme de phthisie chronique.

On peut à cet égard diviser les individus prédisposé, *candidati ad tabem pulmonum*, comme disait un ancien, en trois catégories, où rentre plus ou-moins exactement chaque cas individuel.

La première classe se compose, pour nous, des malades chez lesquels les congestions sanguines sont promptes et faciles. Sans être nécessairement pléthoriques et sans manifester ces troubles qui caractérisent la surabondance absolue du sang, ils n'ont pour ainsi dire qu'une surabondance relative. La plupart sont vivement colorés, et la coloration par plaques de leur visage est un symptôme auquel le peuple lui-même rattache un pronostic fâcheux. Les hémorrhagies nasales leur sont habituelles ou du moins les ont tourmentés durant leur enfance ; ils ont facilement la tête chaude, comme ils le disent, sans éprouver ni vertiges ni bourdonnements d'oreilles. Leur larynx devient aussi le siége de ces congestions incomplètes; ils perdent la voix ou s'enrouent assez brusquement pour qu'on ne puisse confondre leurs alternatives de bien et de mal être avec les progrès plus lents et plus continus de la phthisie laryngée. D'autres fois, ces vives translations du sang ont pour siége la poitrine; elles provoquent alors de l'oppression, un chatouillement insupportable qui rappellerait assez exactement celui par lequel débutent les accès d'asthme nocturne. Soit que les mouvements du cœur exagérés en aient été l'occasion, soit qu'il convienne de les considérer comme une conséquence, toujours est-il que le cœur bat par intervalles avec une énergie inaccoutumée. Les malades s'en plaignent, leurs parents ou ceux qui vivent près d'eux ont souvent constaté par les yeux ou par le toucher la vigueur de ces palpitations, qui peuvent se produire assez rarement devant le médecin.

Les autres appareils paraissent exempts de semblables désordres, les fonctions digestives sont régulières; il n'y a de tendance ni aux diarrhées, ni aux catarrhes bronchiques. On pourrait dire de ces individus ainsi constitués qu'ils sont malades jusqu'au diaphragme : comme les hypocondriaques dont nous avons parlé précédemment, ne sont malades que depuis le diaphragme jusqu'aux extrémités inférieures.

La phthisie n'est rien moins que rare dans de telles conditions; et malgré les pertes de sang qu'entraînent les hémoptysies par lesquelles elle débute alors le plus souvent, les sujets affectés restent sous le coup de leurs prédispositions congestives. La diarrhée se produit tardivement, les douleurs thoraciques sont médiocres, les sueurs, les crachats n'annoncent pas l'invasion du mal, mais l'oppression est le plus pénible des accidents qu'ils accusent.

C'est à ces phthisiques et seulement à ceux-là que les eaux d'Ems doivent être recommandées. Avant que les lésions ne se déclarent d'une manière positive quand la santé éprouve ces premiers ébranlements qui donnent à craindre au médecin la venue d'une maladie chronique, on peut compter au moins sur du soulagement. Peut être dans un certain nombre de circonstances cette médication qui prévoit de si loin, sera-t-elle inutile; dans aucun cas elle ne sera nuisible.

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98.

raison en est bien simple, le résultat du mouvement fébrile intense étant un *raptus* plus considérable et plus rapide du sang vers le cerveau. Le fait suivant, que nous avons recueilli ces jours derniers à Bicêtre, dans le service de M. Moreau (de Tours), met hors de doute l'influence de la congestion sanguine sur la production des hallucinations.

Wolf, âgé de quarante quatre ans, chantre dans le Consistoire central de Paris, compte dans sa famille une sœur aînée qui a perdu la tête par jalousie, et est morte folle. Dans son enfance, il a été sujet à des convulsions, probablement suite du travail de la dentition. Point de maladies graves depuis qu'il se connaît. Il est d'un caractère calme, froid, pourtant irascible; il est très porté aux plaisirs vénériens.

Il y a cinq ans, il éprouva des chagrins très vifs, causés par des manœuvres qui furent faites pour lui faire perdre sa place. Cependant, comme il conserva sa position, il eut bientôt tout oublié. Deux ans après, c'est-à-dire, il y a trois ans maintenant, la folie éclata par une vive excitation maniaque. Il fut placé dans une maison de santé, où il resta dix-huit mois; de là il fut conduit à Charenton, et enfin à Bicêtre.

Au moment de son entrée, il était tourmenté par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Mais ce qu'il présentait de particulier, c'est qu'au moyen de manœuvres, qu'il appelait *son travail*, il pouvait à volonté reproduire ces hallucinations. Pendant les premiers temps de son séjour, il *faisait son travail* très fréquemment dans la journée, qu'il passait presque tout entière dans les hallucinations. Depuis quelque temps, il est plus paisible, raisonne assez bien sur quelques sujets, et paraît moins porté à se livrer à l'exercice que nous allons décrire.

Dimanche dernier, il était fort calme, lorsque, au moment de la visite, M. Moreau le pria de répéter *son travail* devant nous. Après avoir un peu résisté, invoquant l'état de tranquillité dans lequel il se trouvait, il finit par céder à la demande de M. Moreau. Voici comme il s'y prend pour produire ses hallucinations, et faire venir sous ses yeux les personnages qu'il désire voir: Il commence par faire une profonde inspiration, contracte les muscles de son cou et de sa poitrine comme pour faire un effort violent. Sa face se congestionne, devient d'un rouge violet; ses yeux se convulsent en haut, et le moignon du bras gauche, qui lui a été amputé il y a longtemps, s'agite d'une manière irrégulière. Tout son corps est pris de tremblement général; c'est au moment où le mouvement fluxionnaire est le plus violent vers la face que les hallucinations commencent, et que cet homme fait paraître devant lui les personnages qu'il veut voir. C'est ainsi qu'il a fait passer devant lui, dans l'espace de quelques minutes, une femme nommée Agar qui avait été sa maîtresse, puis le roi Louis-Philippe, la reine Christine, etc. Ses hallucinations ne portent pas seulement sur la vue, mais aussi sur l'ouïe. Il entend souvent Agar lui adresser la parole; mais il ne lui répond pas, dit-il, pour ne pas se compromettre avec une femme de cette espèce.

Le malade présente, de plus, un phénomène curieux, qui ne se produit guère que la nuit. Il peut à volonté, nous dit-il, sans quitter le dortoir, sans sortir de son lit, sans que son corps bouge de place, se transporter partout où il désire aller; ses excursions le portent le plus souvent à Amsterdam et à Jérusalem.

Un jour, dit M. Moreau, des notes duquel nous extrayons la fin de cette curieuse observation, je lui fis cette question: Vous connaissez ces lieux; vous les avez visités? — Je ne les connais que par ouï dire, ou par ce que j'en ai lu. — Voyez-vous quelquefois des lieux dont vous n'avez jamais entendu parler? — J'ai essayé souvent, mais sans jamais y réussir.

« Bien des fois j'ai cherché à le faire s'expliquer sur ce phénomène. Wolf a été invariable dans ses réponses, qui ont à peu près toujours lieu comme il suit: Bien que cela m'arrive le plus souvent quand je dors, pendant la nuit, cela m'arrive aussi pendant le jour, et étant éveillé. Cela ressemble bien, si vous voulez, à des rêves, *mais ce ne sont pas des rêves ordinaires*; car je vois les personnes comme je vous vois, je les touche, je les sens, je suis réellement sur les lieux où je veux aller. Je suis un homme comme il n'y en a pas; tenez, à l'instant même, si je veux, je n'ai qu'à fermer les yeux, ou bien tout simplement à mettre ma tête sous mon oreiller, et je suis transporté à Paris, à Londres, etc.... Je vais faire paraître devant moi les personnes que vous m'indiquerez. — Cependant je ne vous ai pas perdu de vue; je n'ai même pas cessé de vous tenir la main sur le collet, et vous prétendez être allé, de votre corps, *en chair et en os*, à plusieurs centaines de lieux d'ici; c'est absurde. Evidemment vous venez de rêver tout ce que vous avez dit; ou bien, c'est nous qui déraisonnons et devrions être à votre place. — Alors il faut bien en effet que ce soit un rêve. Et cependant, M. Moreau, vous voyez bien que je ne dors pas! — Lorsque vous voyagez ainsi, gardez-vous la conscience que vous êtes ici, à Bicêtre, dans votre dortoir? — Non, j'oublie tout; je ne songe qu'à ce que je vois. »

Nous allons revenir tout à l'heure sur cette dernière partie de l'histoire de Wolf. Mais un mot encore sur la preuve que ce fait apporte en faveur de notre théorie des hallucinations.

Ce fait d'hallucinations reproduites volontairement par le malade au moyen d'une congestion cérébrale qu'il provoque artificiellement en faisant un effort, suspendant sa respiration et contractant les muscles de son cou, qui empêchent la libre circulation dans les jugulaires et occasionnent une stase du sang dans le cerveau; ce fait met hors de doute, s'il en restait encore, l'influence des congestions sanguines sur la production du singulier phénomène qui nous occupe. Il reste prouvé, suivant nous, que les congestions sanguines du cerveau, soit accidentelles, soit volontaires, mécaniquement produites, ou déterminées par un mouvement fébrile, peuvent produire des hallucinations, et ceci explique parfaitement le phénomène dans la manie aiguë intense, dans certaines maladies inflammatoires, etc. Les faits à l'appui de cette manière de voir sont si nombreux dans la science, si fréquents dans la pratique, qu'il serait superflu de s'y arrêter davantage.

Mais comment et dans quelles conditions se produisent les congestions nerveuses? C'est par un mécanisme tout différent, sous des influences absolument contraires. Elles se rencontrent ou chez des sujets habituellement irritables, de constitution délicate, de tempérament nerveux enfin, ou chez ceux qui par des circonstances particulières se trouvent avoir acquis ce tempérament nerveux. Que cette disposition soit constitutionnelle ou acquise, les individus qui la présentent sont, la plupart du temps, dans un état anémique; ce sont des femmes chlorotiques, hystériques; des sujets débilités par une maladie longue ou par un traitement antiphlogistique énergique; par des privations, la faim, la soif, le froid, etc. On a dit, il y a longtemps, *Sanguis frenat nervos*, *Sanguis nervorum moderator*. L'état hallucinatoire de cette seconde espèce démontre la vérité de cet aphorisme. Dans l'état de santé, il y a équilibre entre le système sanguin et le système nerveux. Que par une cause quelconque l'équilibre soit détruit, et vous pourrez avoir production d'hallucinations: le sang se trouvant, soit par la diminution de sa quantité, soit par des modifications de composition élémentaire, insuffisant pour contrebalancer l'action nerveuse et empêcher les congestions dont nous parlons.

Hypothétique peut-être, mais fondée sur l'analogie et le raisonnement, cette théorie nous semble parfaitement rendre compte de ce fait singulier, à savoir: que deux causes diamétralement opposées, l'excès du sang et son insuffisante quantité, peuvent produire également un même résultat, l'état hallucinatoire. Si l'on nous objecte que ce n'est là qu'une supposition gratuite, nous répondrons qu'il est un des phénomènes les plus communs en pathologie qui se trouve journellement, et de l'aveu de tout le monde, produit ainsi dans deux états aussi diamétralement opposés: nous voulons dire céphalalgie, que l'on rencontre à un égal degré d'intensité et de fréquence et chez les sujets pléthoriques et chez les individus anémiques. Le phénomène produit est *un;* sauf la différence dans la cause occasionnelle et dans l'essence, différence que l'on ne peut établir que par la connaissance d'autres symptômes, acquise par l'examen de l'organisme entier, il est de toute impossibilité de trouver le moindre élément de diagnostic différentiel entre la céphalalgie nerveuse, que nous appellerions volontiers la *céphalalgie chloro-anémique*, et la céphalalgie pléthorique. Et cependant, est-il jamais venu à la pensée de personne de nier cette différence de nature? et si on voulait la nier, le traitement n'est-il pas là pour répondre victorieusement et dissiper l'erreur?

Quant à la seconde partie de l'observation, elle n'est pas moins importante au point de vue du mode de production des troubles cérébraux. « On conçoit, nous disait M. Moreau, l'embarras que notre halluciné éprouve à se rendre compte des phénomènes psychiques si étranges qui se passent en lui. Instinctivement, je dirai presque par impulsion intérieure, irrésistible, il les attribue à un état de rêve; mais il lui répugne de s'arrêter à cette explication, par la raison qu'il se sent éveillé, qu'il sent qu'*il ne dort pas*, quand il se livre aux écarts de son imagination surexcitée: or, dans son idée, *rêve* et *sommeil* sont deux phénomènes inséparables. C'est une erreur dont Wolf reviendrait bientôt s'il était en état d'analyser, d'apprécier, avec quelque exactitude, le jeu de ses facultés intellectuelles. Un psychologiste, j'en ai la conviction, ne commettrait pas cette erreur, s'il se trouvait dans les mêmes circonstances que notre halluciné....

» Il semble, disait M. Moreau dans son livre, que deux modes d'existence ont été départis à l'homme. La première de ces deux vies résulte de nos rapports avec le monde extérieur; la seconde n'est que le reflet de la première, s'alimente des matériaux qu'elle lui fournit, et en est parfaitement distincte. Le sommeil est comme une barrière élevée entre elles deux: le point physiologique ou finit la vie extérieure, où la vie intérieure commence. Que, sous l'influence d'une cause quelconque, ces deux vies tendent à se confondre, leurs phénomènes à se rapprocher, une fusion imparfaite s'opère, et l'individu, sans avoir totalement quitté la vie réelle, appartient par quelques points au monde idéal, rêve tout éveillé; c'est l'aliéné, le monomaniaque. Or rien n'empêche d'admettre que les conditions organiques dans lesquelles le sommeil place à certains égard l'imagination, la mémoire, le jugement, puissent se rencontrer, alors que les sens sont éveillés, alors même que ces facultés s'exercent de leur manière habituelle en dehors du cercle et des limites du rêve. »

Dans le fait que nous avons rapporté, nous trouvons, avec le médecin de Bicêtre, dans une évidence complète: 1° la modification intellectuelle *primordiale*, *toujours identique à elle-même*, qui est évidemment la condition essentielle de l'existence du délire ou de la folie, des idées fixes, des hallucinations, etc., nous voulons dire l'*excitation maniaque;* 2° cet état, non pas seulement analogue, mais absolument iden-

---

Pour qu'il y ait prophylaxie, la première nécessité est d'agir avant la maladie.

Lorsque les tubercules sont plus menaçants, que les altérations de la voix, la fréquence de la persistance des deux heures d'hiver et d'automne ont éveillé l'attention sans que les signes stéthoscopiques aient encore confirmé les inquiétudes, on peut recourir à Ems avec des chances favorables. Le mode d'administration des eaux réclame alors quelques précautions. La source désignée sous le nom de Krachchem ou Kesselbrunnen peuvent être employées indifféremment, quoiqu'on accorde à la première une certaine supériorité. On boit peu chaque matin, et on mêlera l'eau avec un tiers de lait. Prises en grande quantité, les eaux alcalines amaigrissent notablement; elles causent pendant une partie du jour un abattement, une somnolence que ressentent presque tous les buveurs, et qui chez les baigneurs atteint toujours un assez haut degré. Quoique les individus dont nous parlons ici conservent en général assez de forces, que leur santé *thoracique* paraisse avoir peu de retentissement dans le reste de l'économie, il ne faut se fier qu'à demi à leur vigueur apparente. Par contre, ils peuvent et doivent prolonger leur séjour aux eaux plus que le temps accoutumé, et ne pas s'en remettre au terme fatal des vingt et un jours.

Ces simples règles de conduite sont à nos yeux une condition importante de succès et pour ceux qui fréquentent les eaux minérales, et pour les médecins qui prescrivaient le bicarbonate de soude dans les circonstances que nous venons d'indiquer. Une autre question se rattache encore au mode d'administration des eaux alcalines. Convient-il que les malades chez lesquels on redoute une prédisposition à la phthisie, prennent des bains en même temps qu'ils boivent à la source? A Ems la solution est encore indécise. Tant que les tubercules sont à la période de début, on s'accorde à prescrire l'usage simultané des bains et des émissions A un degré plus avancé les uns interdisent les bains, les autres les continuent.

Si nous reconnaissions aux eaux d'Ems une valeur thérapeutique contre tous les cas de phthisie menaçante, peut-être partagerions-nous cette indécision; mais comme nous n'admettons leur efficacité que dans une seule forme, le problème est plus facile à résoudre.

Les bains nous semblent contre-indiqués par la constitution même qui a déterminé le malade à recourir aux sources minérales. Avec une disposition aux congestions locales, suffisante pour motiver une médecine active et régulière, le premier principe est de s'abstenir de toutes les causes extérieures qui seraient de nature à réveiller la maladie. Les bains détruisent par leur températore les bons effets qu'on aurait pu attendre de leurs principes constituants, et les preuves expérimentales ne permettent pas d'en douter. Nous avons vu à Ems des individus dont la constitution était celle que nous venons de décrire, ne pas même résister à deux ou trois bains d'une demi-heure, tandis que l'eau bu à la source améliorait sensiblement leur état.

Les eaux de Baden-Baden sont applicables aux mêmes malades avec les mêmes précautions. Depuis que le nouvel édifice (Trink-Halle) construit dans les jardins de la maison de Conversation, a permis de boire et de se promener à couvert, on y jouit des mêmes avantages extérieurs qu'aux sources d'Ems. La coutume, à Bade, est de boire l'eau à haute température, en y ajoutant une petite quantité de sucre candi, plutôt encore que du lait. Les bains y auraient d'assez grands inconvénients parce qu'il est assez difficile de modérer leur chaleur.

Que si maintenant on nous demandait d'apprécier avec plus d'exactitude l'efficacité des eaux minérales que nous conseillons contre cette forme de phthisie débutante, nous serions très réservé sur le pronostic du traitement. Quand il s'agit, non pas de repousser une maladie, mais de réformer une constitution tout entière, la médecine est trop hasardeuse pour qu'on réponde du succès. L'objet sur lequel elle opère est une unité, c'est vrai, mais où concourent tant de parties, que mille empêchements imprévus et impossibles à prévoir viennent à la traverse. Nous avons vu des malades guérir, nous en avons vu d'autres résister à la médication, quoique placés dans les mêmes conditions apparentes. L'observation d'ailleurs, même faite sur les lieux, et par les médecins spéciaux, porte sur un nombre de cas si restreint, que les conclusions sont toujours entachées du plus grave défaut, celui de la précipitation. Par comparaison avec les autres moyens dont dispose la thérapeutique, les eaux minérales sont une de nos bonnes ressources, ce n'est pas dire qu'elles soient toujours une ressource suffisante.

La seconde classe de tempéraments pathologiques dans laquelle rentre un nombre suffisant de tuberculeux pour constituer une division à part, n'est plus accessible aux mêmes remèdes. Les individus qui la composent sont, en général, plus pâles et plus maigres, et ne se montrent jamais avec ces fausses apparences de la santé qui trompent souvent jusqu'aux médecins. Ils n'ont été et ne sont éprouvés par aucune sorte d'hémorrhagies, mais les flux des organes sécréteurs ont remplacé les flux sanguins. Leurs maladies se jugent d'ordinaire par une exagération de sécrétion qui persiste longtemps après que la cause qui en avait été l'occasion a disparu. Les diarrhées chroniques, les catarrhes bronchiques, les flueurs blanches chez les femmes, les coryzas prolongés, les ophthalmies rebelles sans caractère inflammatoire, sont leurs maux les plus fréquents. A un degré plus avancé, les membranes muqueuses ne subissent pas seules la fâcheuse influence de la constitution; la peau elle-même devient le siége d'éruptions humides et tenaces, soit qu'elles aient d'abord apparu aux points où la peau est en contact avec la muqueuse, dans les angles des yeux et de la bouche, soit qu'elles se développent spontanément. Tous ces accidents parcourent leurs phases lentes et longues sans fièvre, sans réaction vive. Il semblerait que l'économie n'est pas détournée de sa voie, et ne fait que remplir sa mission naturelle. Si, par une circonstance extérieure ou par une raison qui nous échappe, la disposition se localise au point de ne plus changer de place, si elle atteint alors les bronches et pénètre jusqu'à leurs moindres ramifications, la phthisie en est souvent la dernière conséquence; dès le début elle provoque un expectoration fatigante pour les malades; la diarrhée s'y joint assez vite, et un épuisement qui n'offre aucun des signes appréciables de l'anémie complète bientôt les symptômes.

C'est à ce type de malades que s'appliquent la plupart des observations des anciens sur les métastases dartreuses. Assez souvent, en effet, les éruptions cutanées se suspendent; les flux intestinaux, les leucorrhées s'arrêtent pour ne plus reparaître dès que l'affection thoracique a pris son développement: si ce n'est par une relation de cause à effet, c'est au moins une coïncidence qui d'ordinaire engage le médecin à rappeler à tout prix les évacuations interrompues. Malheureusement la médication légitime dans les autres cas manque complétement son but quand les tubercules pulmonaires doivent succéder à ces prodromes. En supposant qu'on ajoutât un flux à celui qui existe déjà, on ne ferait que provoquer dès le début des phénomènes qui se produiront naturellement à la fin de la maladie et l'aggraveront loin de la diminuer.

Les eaux d'Ems dans ces circonstances, et quoi qu'on en ait dit, ne sont pas à conseiller. Elles peuvent bien soulager l'oppression, amoindrir la sécrétion bronchique, mais c'est quand celles-ci reconnaissent d'autres causes. Certains vieillards ont sous nos yeux obtenu un notable amendement, et d'ordinaire on recommande les sources alcalines peu chargées contre ce genre de maladie. Il faudrait ajouter, pour appuyer la recommandation, que les catarrhes guéris s'étaient montrés chez des sujets où les produits sécrétés ne nuisaient pas par leur abondance, mais par l'empêchement qu'ils apportaient à la respiration dans des poumons facilement congestionnés; or tel n'est pas le cas dont nous nous occupons ici.

Les eaux sulfureuses, au contraire, celles d'Aix-la-Chapelle, car on n'en citerait pas d'autres sur les bords du Rhin qui valussent la peine d'être mentionnées, si ce n'est peut-être Weilbach, les eaux sulfureuses sont réellement utiles. On peut les prescrire à fortes doses mêlées avec du lait et chaudes autant que possible. Quoique les bains n'aient aucun des inconvénients qui nous les avaient fait rejeter plus haut, ils ne sont pas toujours sans danger. Le refroidissement est en général une condition extrêmement défavorable; sous son influence, le mal redouble de vivacité, et comment éviter le froid avec certitude au sortir d'un bain chaud?

(*La suite à un prochain numéro.*)

tique avec l'état de rêve, qui constitue la nature psychologique du délire.

Ce fait primordial, cette excitation maniaque, à la démonstration de laquelle M. Moreau nous semble être arrivé par l'analyse et l'observation des faits, qu'est ce autre chose, avec quelques modifications, que l'*irritation* devinée, plutôt que démontrée, dans la manie par le génie de Broussais, irritation à laquelle on a peut être trop refusé dans ces derniers temps parce que Broussais lui avait un peu trop accordé sans preuves toujours bien convaincantes.

Si nous avons si longuement insisté sur ce sujet, c'est que, comme nous le disions en commençant cet article, les médecins ne s'occupent point assez de l'étude des maladies mentales, et qu'il nous a semblé utile d'attirer un moment l'attention sur un point de la pathologie dont l'enseignement, trop négligé dans nos Facultés, laisse une lacune qu'il serait désirable de voir combler.

Quant aux théories de M. Moreau, nous avons voulu les exposer à propos d'un cas intéressant parce que nous les jugeons les plus rapprochées de la vérité. Avec tout le respect que nous avons pour les réputations déjà faites et méritées par de longues années d'expérience, nous pouvons dire, avec l'ingénieux confrère qui nous a longtemps précédé dans la rédaction de cette Revue, que nous avouons nos sympathies pour les réputations qui commencent, et que l'appui de la presse médicale, essentiellement impartiale et indépendante, est acquis aux travaux sérieux qui ont pour but le progrès de la science et le soulagement de l'homme malade.

A ce double titre, les idées de M. Moreau méritaient d'être accueillies et discutées dans ce Journal.

— Une femme de vingt-trois ans, dont les journaux politiques ont parlé dernièrement, a été apportée, il y a quelques jours, dans le service de M. Chassaignac à l'Hôtel-Dieu. A la suite d'une querelle qu'elle eut avec un homme qui entretenait avec elle des relations intimes, cette femme reçut un coup de rasoir à la partie antérieure du cou. La plaie qui en résulta est énorme, de quinze à dix-huit centimètres de longueur, et oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de gauche à droite. L'instrument a divisé la peau et les muscles de la région antérieure du cou, obliquement la partie supérieure de la trachée et inférieure du cartilage thyroïde dans tout leur diamètre, et un peu du tube membraneux et musculaire qui constitue l'œsophage. A travers la plaie béante il était facile de voir les mouvements du cartilage arythénoïde gauche, qui, à chaque inspiration, subissait un mouvement de traction en debors pour être ramené en dedans pendant l'expiration. Ce mouvement de va-et-vient s'opérait d'une manière saccadée et pouvait être décomposé en deux mouvements successifs bien distincts séparés par un temps d'arrêt. Les carotides n'ont point été intéressées.

On a remarqué qu'il est, en effet, assez rare que les plaies transversales du cou intéressent les artères carotides. Lorsque cette plaie est le résultat d'un suicide, ceci s'explique très bien: d'une part, la douleur enlève aux malades une partie de leur courage, et, d'autre part, la faiblesse instantanée qui est produite par la blessure leur fait tomber l'instrument des mains. Mais lorsque la plaie est faite par un individu étranger, et que l'instrument est manié avec force, ce n'est point à l'une de ces causes qu'il faut rapporter cette intégrité des artères. D'abord, les carotides sont entourées d'un tissu cellulaire lâche qui leur permet d'échapper à l'instrument qui les presse. Ceci explique comment des plaies ont pu pénétrer jusqu'aux vertèbres sans que les artères aient été blessées. Puis, il nous semble qu'il y a une autre cause. La résistance occasionnée par la structure cartilagineuse, quelquefois même osseuse du larynx exige, pour être vaincue, que la main du meurtrier ait fait parcourir au tranchant une grande étendue de sa longueur, souvent plus de la moitié, avant que la section du larynx soit complète, et que la lame soit arrivée sur le plan vertical dans lequel sont situées les artères. Lorsque la lame arrive sur ce plan, son extrémité a dépassé la ligne perpendiculaire tracée par l'artère, qui est hors de toute atteinte.

Pour tout pansement, M. Chassaignac a pratiqué trois points de suture entortillée à la partie supérieure gauche de la plaie. Mais il n'a point voulu suivre le précepte des anciens et de quelques modernes qui ont conseillé la suture de la trachée. Il a craint, comme il est souvent arrivé en pareille circonstance, que la suture ne déterminât des accidents graves, tels que la toux, la dyspnée, la tuméfaction inflammatoire de la membrane muqueuse de la trachée. Puis, on a vu les fils couper lentement les anneaux cartilagineux sans que la plaie fût cicatrisée, et des fistules survenir après l'exfoliation des cartilages. M. Chassaignac s'est borné à faire conserver à la malade une position dans laquelle la tête fût légèrement penchée en avant, de manière à réunir le plus exactement possible, sans appareil, les lèvres de la solution de continuité.

— Les ulcérations du col de l'utérus ne sont pas toujours le symptôme d'une affection particulière, et l'on a souvent lieu de croire qu'elles ne sont autre chose que le résultat du contact du pus ou du muco-pus du catarrhe utérin sur la membrane muqueuse qui revêt le col. Dans ce cas, elles n'ont aucune importance réelle et ce n'est point contre elles que l'on doit diriger la médication; il n'y a pas plus lieu de traiter ces ulcérations, ou plutôt ces érosions, qu'il ne serait rationnel de traiter d'une manière particulière les ulcérations, par exemple, qui se remarquent quelquefois sur la lèvre supérieure des individus affectés d'un violent coryza, déterminées bien évidemment par le contact du muco-pus sur les téguments de la lèvre.

Nous avons vu dernièrement, dans le service de M. Hardy à l'hôpital de Lourcine, une femme dont l'histoire viendrait tout à fait à l'appui de cette manière de voir.

Cette femme, âgée de trente-un ans, d'une bonne santé habituelle, a été réglée à seize ans, et depuis cette époque l'a toujours été bien régulièrement. Elle n'a jamais eu d'enfants. Vers la fin du mois de mai dernier, à la suite d'un coït qu'elle dit être assez portée à regarder comme suspect, elle fut prise d'un écoulement vaginal blennorrhagique abondant. Elle n'a suivi alors aucun traitement. Peu à peu l'écoulement a diminué, et a fini par cesser presque complétement pour faire place à un écoulement de mucosités filantes, glaireuses, analogues à du blanc d'œuf légèrement jaunâtre.

Au moment de l'entrée, on constata un catarrhe utérin purulent avec ulcération du col, vaginite légère.

Deux applications de sangsues furent faites; les symptômes chloro-anémiques présentés par la malade furent combattus par les ferrugineux et les toniques; au bout de fort peu de temps, les ulcérations disparurent en même temps que cessa l'écoulement utérin. La malade est actuellement parfaitement rétablie, et l'on n'a point eu besoin de recourir aux cautérisations.

Le résultat de la médication employée prouve jusqu'à la plus complète évidence la nature inflammatoire du catarrhe utérin et l'influence exercée par le contact des mucosités purulentes sur la production des ulcérations du col. Il a suffi, en effet, de faire disparaître l'état inflammatoire pour que les liquides sécrétés par la muqueuse utérine en raison de cet état phlegmasique cessassent d'être produits et que les ulcérations fussent guéries. Peut-être eût-on obtenu un résultat pareil avec les cautérisations, comme on guérit une ophthalmie purulente par la cautérisation avec le nitrate d'argent, et, dans ce cas, on eût cru devoir attribuer à l'action du caustique sur les ulcérations ce qui n'eût été que l'effet de la guérison du catarrhe utérin, cause première de ces érosions. Evidemment, on cautériserait inutilement des érosions du col, sans obtenir de guérison, si l'on ne mettait fin au contact permanent des liquides pathologiques qui ont produit et entretiennent ces ulcérations.

— M. Marchal (de Calvi) emploie depuis quelque temps, dans son service de l'hôpital du Val-de-Grâce, l'iode sous une forme nouvelle. Cette substance est dissoute dans l'huile dans la proportion de 5 centigrammes pour 1 gramme. On prend ensuite une quantité déterminée de la solution que l'on mêle à de la gomme dans un mortier, et que l'on incorpore de la même manière dans une émulsion. M. Marchal commence par prescrire 5 centigrammes d'iode, ou, si l'on veut, 1 gramme de la dissolution huileuse. La dose peut être élevée graduellement jusqu'à 30 centigr. En aucun cas, il n'y a eu d'accidents, même à une dose aussi élevée, du côté du tube digestif. Les malades conservent leur appétit et digèrent parfaitement. Cette nouvelle préparation a eu un succès remarquable dans plusieurs cas d'adénites strumeuses très volumineuses. L'iode dissous dans l'huile séjourne dans l'économie beaucoup plus longtemps que l'iode du sel potassique.

M. Marchal a fait préparer aussi de l'iodure de sodium qu'il prescrit au lieu de l'iodure de potassium, et qui doit être plus actif que ce dernier sel, si l'on en juge par l'équivalent d'iode, qui est plus considérable dans le premier.

— Il est une question de thérapeutique de la plus haute importance et qui n'est pas encore résolue : c'est celle de savoir si, une femme affectée de syphilis constitutionnelle devenant enceinte, il convient de la traiter mercuriellement pendant sa grossesse, ou si l'on doit attendre que l'accouchement ait eu lieu pour lui faire suivre un traitement. Les auteurs étant partagés sur ce point, nous nous proposons de le discuter dans une de nos prochaines Revues cliniques avec tous les développements qu'il nous semble mériter. Z...

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service de M. MARCHAL (de Calvi).

Du traitement du bubon par l'injection iodée.

Le chancre et le bubon virulent sont identiques par leur *nature :* cela est démontré et incontestable.

Le *siége* introduit deux différences anatomiques entre ces deux accidents.

Le chancre proprement dit est originairement sous-épidermique, et affecte les réseaux lymphatiques concurremment avec les autres parties du derme muqueux ou cutané.

Le bubon est originairement sous-cutané ou même sous-aponévrotique, et affecte les ganglions lymphatiques.

Lorsque par les progrès de l'ulcération la peau qui recouvre le foyer purulent, dans le bubon, a été détruite, il n'y a plus de différence entre le chancre et le bubon, si ce n'est que celui-ci est un chancre ganglionnaire.

Il y a aussi une différence physiologique entre les deux accidents dont il s'agit. L'un, le chancre, se développe par irritation spécifique, au point de contact; l'autre se développe par le transport du virus produit au point de contact, dans les ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques émergés de ce point.

Cette formule exclut les bubons d'emblée, c'est-à-dire sans chancre préalable, et, en fait, nous n'admettons pas ces bubons quant à présent, faute de preuves suffisantes.

On ne croirait pas que cette vieille théorie du chancre considéré comme une *crise de la nature* soit encore professée de nos jours. Elle l'est, cependant, et par des hommes de talent. Pour ces antiquaires, le chancre est un ulcère digne de tous nos respects; un bienfait de cette nature médicatrice, qui se manifeste dans une foule de circonstances, comme, par exemple, lorsqu'elle ouvre avec tant de bonheur un kyste hydatique, qui se conciliait parfaitement avec la vie, dans la cavité du péritoine.

Dans cette théorie, il faut craindre de toucher le chancre, de le gêner en quoi que ce soit; il faut lui laisser l'espace et le temps : plus il s'étendra, plus il *rendra*, plus le malade aura de chances d'être purgé de cet étrange virus qui a commencé par faire le *tour du corps* avant de venir se produire dans le lieu même par où il s'est introduit. Vous vous étonnerez sans doute que, dans ce voyage d'amateur à travers l'économie, dans cette espèce de prise de possession de ses nouveaux domaines, le virus-touriste ne montre pas quelquefois ses premiers effets ailleurs que dans le point où il a été appliqué. C'est le doigt qui, étant excorié, a été mis en contact avec la matière chancreuse, et c'est au doigt, c'est dans le point excorié que le chancre se produit. Est-ce la lèvre qui a été infectée, c'est la lèvre qui présente le chancre. J'inocule le pus d'un chancre, et c'est le point où le pus a été inoculé qui devient chancreux. En un mot, le chancre a toujours lieu dans le point où le virus a été appliqué, inoculé; et, malgré cela, nous devrions admettre que, pour le produire, le virus a commencé par circuler comme nous venons de le dire, sans jamais s'arrêter en route, sans dévier! Voilà une conduite bien régulière pour un virus de si méchante extraction!

Mais c'est surtout par la thérapeutique qu'il faut juger cette théorie. D'une part elle admet que l'absorption et le passage de la matière absorbée se font très vite (puisque dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures la vésicule de l'inoculation est produite) et très facilement, malgré la présence de l'épiderme. De l'autre, elle laisse subsister un chancre pendant deux mois, trois mois, et même davantage, dans une partie (le gland ou le prépuce) où il y a une quantité énorme de vaisseaux lymphatiques, c'est-à-dire d'absorbants, sans se préoccuper de l'absorption qui va se faire incessamment sur cette surface, d'une partie du pus qui y est produit, sans craindre cette absorption. Et elle lève les bras au ciel en pensant que d'autres cautérisent pour changer la nature de l'ulcération, détruire sa spécificité et celle de son produit, et annuler ainsi les dangers de l'absorption. La *théorie* ignorerait-elle, ou a-t-elle oublié qu'il se fait une absorption aussi bien qu'une exhalation à la surface des plaies suppurantes? Faut-il lui apprendre ou lui rappeler que c'est par suite de cette absorption que nombre de personnes qui portaient des ulcères cancéreux, pansés avec des pommades arsenicales, ont été empoisonnées? etc., etc.

Ajoutons que la *théorie* ne paraît pas se rappeler un autre point de physiologie fort important, à savoir : la lenteur avec laquelle les poisons de *nature animale* cheminent dans l'économie, témoin le virus rabique. Le chancre existe quelquefois, avons-nous dit, quarante-huit, trente-six, vingt quatre heures même après l'infection. C'est donc dans un aussi court espace de temps que le virus arriverait dans les humeurs? Cela est contraire à tout ce que l'on sait de l'absorption, et nous ne pouvons à cet égard que renvoyer la *théorie* à un bon travail de M. le docteur Birthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis.

Mais c'est trop insister sur une doctrine à laquelle on dédaignerait de s'arrêter, si elle n'avait derrière elle des hommes d'une véritable valeur. Revenons à notre point de départ.

Etant admise l'identité de nature du chancre et du bubon, le traitement de ces deux accidents doit être le même. Il faut détruire la spécificité; avec cette différence que, dans le chancre, on se propose, en la détruisant, de rendre l'ulcère cicatrisable, et de s'opposer à la résorption du virus, c'est-à-dire à l'infection générale, tandis que, dans le bubon suppuré, l'infection générale étant au moins peu probable, la destruction de la spécificité n'a d'autre objet que de rendre la cicatrisation possible.

Car, il faut bien le remarquer, tant que le pus est inoculable, tant que l'ulcère est virulent, la cicatrice, qu'il s'agisse du chancre ou du bubon, ne peut avoir lieu.

La cautérisation avec le nitrate d'argent est le moyen usité généralement pour détruire la spécificité, ou, en d'autres termes, changer le mode de sécrétion de l'ulcère en changeant sa nature. La cautérisation est plus sûre avec la pâte de Vienne.

Mais il n'est pas nécessaire dans tous les cas de recourir aux caustiques, et la modification désirée peut être produite par d'autres agents, notamment par la teinture d'iode.

Les avantages que nous avons plusieurs fois retirés de l'emploi de cette dissolution pour hâter la cicatrisation des chancres, nous ont naturellement suggéré l'idée de l'essayer dans le traitement du bubon. C'est ce que l'on verra par les deux observations qui suivent : la première a été recueillie par M. Brouillaux-Léger, élève du service.

Première observation. — Le nommé P..., du 48e de ligne, entrait, le 16 avril de cette année, avec un chancre, à l'hôpital militaire de Charonne, où il a été traité, d'après ce que je puis comprendre, par la cautérisation et les solutions mercurielles, et d'où il est sorti le 24 juin. C'est quatre jours après qu'il arrive au Val-de-Grâce, avec une adénite inflammatoire dans l'aine gauche, causée par les fatigues du service. C'est du moins la cause invoquée par le malade lui-même. M. Marchal (de Calvi), qui s'occupait alors de résoudre la question de savoir si en effet il est impossible, comme on le prétend, d'empêcher un bubon syphilitique inflammatoire de suppurer, fit pratiquer une saignée, appliquer trois fois des sangsues, puis deux vésicatoires volants. L'adénite suppura néanmoins, et l'abcès fut ouvert au moyen d'une simple ponction médiane et verticale faite avec la lancette.

Le foyer était profond et ne se tarissait pas; la tumeur était affaissée, et il y avait un peu de décollement. C'est alors que M. Marchal eut l'idée de faire pratiquer une injection de teinture d'iode dans le foyer.

La première injection fut pratiquée le 11 juillet.

Dès le lendemain, 12, je n'exagère pas en disant que le foyer était tari; il n'y avait plus trace de suppuration.

Néanmoins, le 13 et le 14, deux autres injections furent pratiquées.

Aujourd'hui, 17, le malade attend sa sortie. Il mange les trois-quarts. La cicatrice est à peine marquée.

Deuxième observation, recueillie par M. Souhaut, chirurgien sous-aide major, chef de clinique. — L.., chasseur au 24e léger, entre le 8 septembre 1846 à l'hôpital du Val-de Grâce (service de M. Marchal), avec deux chancres non indurés sur les côtés du frein. — Cautérisation ; vin aromatique. Cicatrisation dans l'espace de seize jours.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, L... avait souffert dans l'aine droite, où une tumeur se produisit, et acquit rapidement le volume d'un œuf de pigeon, qu'elle présentait le 9.

Le 14, on ouvre le bubon au moyen d'une ponction qui donne issue à 20 grammes environ de pus brunâtre mêlé de petits grumeaux de sang. Les téguments sont bleuâtres et très amincis sur toute la tumeur. On injecte de la teinture d'iode dans le foyer. Le malade accuse une sensation de brûlure qui dure environ dix minutes. On recouvre le bubon d'un plumasseau imbibé de vin aromatique. Le lendemain, la coloration bleuâtre a fait place à une coloration rouge, et les téguments se sont épaissis. On continue les pansements avec le vin aromatique jusqu'au 21. La suppuration a diminué tous les jours ; l'adhésion s'est produite de la circonférence au centre, et dès cette époque on a pu considérer la guérison comme complète.

Correspondance.

Paris, 24 septembre 1846.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans les numéros de la *Gazette des Hôpitaux* des 17 et 19 septembre, deux feuilletons intitulés : *De la lithyménie, ou destruction des calculs vésicaux par les irrigations intramembraneuses* ; par le docteur E.-J.-B. Dumesnil, de Coutances.

Persuadé qu'un médecin qui se respecte ne doit entretenir le public que de faits accomplis, et qu'une réputation basée sur des projets d'expériences ou même sur des expériences préparatoires, quelles que soient les espérances qu'on puisse en concevoir lorsqu'il s'agira d'opérer sur le malade, est toujours en grand danger d'avorter si l'on n'a recours à des moyens qui ne peuvent me convenir, j'ai jusqu'à présent gardé le silence sur les résultats que j'ai obtenus d'un instrument construit depuis longtemps dans le même but et remplissant les mêmes conditions opératoires que celui dont M. Dumesnil se donne comme l'inventeur.

Comme il arrive fréquemment que la même idée naît et fructifie à la fois chez deux personnes sans que l'une d'elles puisse être accusée d'avoir été guidée par les travaux de l'autre, je me serais probablement borné dans cette réclamation à invoquer comme constatant ma priorité réelle une date authentique remontant au 23 décembre 1844 et placée sur une description complète soit d'un instrument portant le nom de *litholyseur*, soit des procédés opératoires présentant l'analogie la plus remarquable avec les conditions de l'instrument de M. Dumesnil et celles des procédés opératoires qu'il décrit dans ces deux feuilletons; je me serais, dis-je, probablement borné à l'indication de cette date légale, que M. Dumesnil eût pu ne pas connaître, si dans cette même *Gazette des Hôpitaux*, à laquelle M. Dumesnil est évidemment abonné, la bienveillante critique du spirituel Jean Raimond n'avait donné à mes travaux, sous les dates des 10 mars et 5 mai 1846, une publicité que je n'avais en aucune façon sollicitée, et qui devait avertir M. Dumesnil qu'antérieurement à lui un de ses confrères s'était sérieusement occupé de la question, et l'engager a se renseigner plus efficacement que par l'indication évidemment incomplète de l'ingénieux critique, mais qui, tout incomplète qu'elle est, en disait encore trop pour M. Dumesnil, qui a trouvé très plaisant de transformer en un *réseau métallique imperméable*, ici je copie Jean Raimond, « un filet en lames d'or ouvert à moitié formant une cuiller » pour aller à la recherche de la pierre, qui, ouvert tout à fait et » chargé de la pierre, se transforme en une sphère métallique, laquelle, sous la pression d'un bouton, se recouvre d'une poche mem- » braneuse et imperméable dans laquelle des réactifs inconnus font » éprouver aux calculs une dissolution rapide et instantanée. »

Après avoir ainsi transformé en une tentative plus que ridicule les indications ci-dessus, M. Dumesnil déclare dans son premier feuilleton qu'il ne comprend pas comment on peut faire un réseau semblable, l'introduire dans la vessie, injecter sans crainte un acide concentré et le *fermer ensuite*; et il ajoute que l'on doit s'applaudir qu'une pareille idée n'ait pas été suivie de l'exécution. Il est de toute évidence que les dédaigneuses observations de M. Dumesnil s'attachent à l'appareil incomplétement décrit par Jean Raimond, et il est plus évident encore qu'il en a sciemment altéré les termes, supprimé des indications importantes pour le rendre ridiculement impraticable et réclamer ainsi les faciles honneurs d'une invention plus parfaite.

Les bornes d'une réclamation ne me permettent pas d'entrer ici dans tous les détails de construction que comporte mon appareil. Il me suffira de dire que dans le document authentique dont j'ai donné plus haut la date, le condom, dans des conditions plus avantageusement pratiques que celles décrites par M. Dumesnil, est l'un des organes essentiels de mon appareil, et qu'indépendamment du condom j'ai des enveloppes beaucoup plus solides, et inattaquables aux acides comme aux alcalis.

J'ajouterai que, contrairement à l'assertion si formelle que M. Dumesnil a placée en tête de son second feuilleton, mon instrument remplit *toutes* les conditions que M. Dumesnil réclame pour le sien, puis d'autres encore, non moins importantes, et auxquelles M. Dumesnil n'a pas songé puisqu'il ne les décrit pas; et qu'enfin ma méthode opératoire repose sur la condition essentielle d'un courant continu du liquide destiné à la dissolution ou désagrégation des calculs, condition à la priorité de laquelle M. Dumesnil prétend également, et qui lui échappe comme les autres.

Que reste-t-il à M. Dumesnil que je n'aie possédé avant lui? La priorité d'une publicité avant terme qui équivaut à un véritable avortement.

Quand à moi, je reste convaincu qu'en médecine opératoire les conceptions les plus ingénieuses, les déductions les plus logiques ne valent pas un fait de guérison nettement acquis, positivement prouvé ; et à moins que M. Dumesnil ne me ramène sur le terrain, je continuerai à m'abstenir d'occuper le public médical de mes patientes et laborieuses recherches, tant que je ne pourrai pas m'appuyer solidement sur cette base loyale et unique de la réputation d'un médecin digne de ce nom.

Agréez, etc. DOUILLET.

Efficacité du quassia amara en lavement contre les ascarides vermiculaires; par M. le docteur SCHULTZE, de Spandau.

M. le docteur Schultze assure qu'il a employé avec le succès le plus remarquable les lavements de *quassia amara* contre les ascarides vermiculaires, dont la présence détermine les démangeaisons les plus violentes à l'anus.

Il fait préparer chaque lavement avec 15 grammes de quassia pour 250 grammes de colature, et il rapporte que l'injection de ce soluté détermine constamment l'expulsion d'une grande quantité de ces annélides.

NOUVELLES.

Le nombre des savants qui se sont rendus au congrès de Gênes est de 78; il y a eu un certain nombre de refus d'admission, la commission s'étant montrée rigoureuse sur les titres présentés par les postulants Il a été décidé que le prochain congrès scientifique italien se tiendrait à Rome, si le pape y consent.

— La lèpre est très commune à Canton et aux environs. Les Chinois en ont une telle horreur, que celui qui en est atteint, quel que soit son rang, se voit aussitôt abandonné et contraint d'aller à l'hôpital, si toutefois il ne meurt pas dans un fossé. Bien que cet hôpital soit très vaste, le nombre des malades est si considérable que tous n'y peuvent être admis. Dernièrement, les amis de quelques malades voulurent les faire soigner chez eux; mais une immense et menaçante clameur s'éleva de la part des voisins, et, pour prévenir des désordres, le lieutenant-gouverneur a été obligé de publier un arrêté sévère qui ordonne de laisser aux malades la liberté de rester où il leur conviendra le mieux.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 17 septembre 1846, M. Bérard, professeur de chimie médicale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Caisergues, dont la délégation quinquennale est expirée.

— Il est, dit-on, fortement question dans le monde *non médical* de Marseille d'un défi scientifique et d'une *brillante* discussion, à l'occasion de quoi le premier apôtre de l'homœopathie des Bouches-du-Rhône aurait battu et rebattu, au sein du Congrès, les *pauvres* allopathes. y inclus toutes nos premières notabilités hippocratiques. N'ayant jamais eu le bonheur de voir, et encore moins d'*entendre* le susdit apôtre aux séances du Congrès, quoique nous les ayons suivies assidument, nous prions les personnes qui auraient été à même de sténographier tant d'éloquence de vouloir bien en faire part à la rédaction de la *Clinique*.

— Depuis quelques jours les journaux politiques de la localité sont inondés d'articles médicaux d'une longueur démesurée. Pareille générosité de la part des imprimeurs cadre parfaitement bien avec les nouvelles idées du libre-échange, et les abonnés ordinaires de ces feuilles doivent se réjouir de tant de *plumes savantes* et de profonds penseurs, surgis comme par enchantement et par la grâce de la 14e session du Congrès scientifique de France. — Pour peu que l'on s'y prête, nous leur prédisons assez de matériaux pour défrayer le plus grand des journaux jusqu'à la prochaine session. On n'est encore qu'aux discours des présidents, et jugez donc de ce qu'il reste encore!

(*Clinique de Marseille*.)

— Le 21 septembre, Reschid-Pacha, ministre des affaires étrangères, a posé à Constantinople, en grande pompe; la première pierre de l'Université qui va être érigée près de la mosquée de Sainte-Sophie, sur la place de Djeb-Honé. On va aussi construire une Académie de médecine. Le sultan a déjà assigné 2 millions 500,000 piastres pour l'érection de cet établissement sur sa cassette particulière.

Nous recommandons d'une manière toute particulière les Bouts de Sein et les Biberons en Tetine de madame BRETON; les personnes qui en feront usage n'auront que des remercîments à nous adresser.

Les nombreuses Médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention





PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 SEPTEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) No. 114. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnemens pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 28 SEPTEMBRE 1846.

AÉRATION DES GLOBULES DU SANG.

Nos lecteurs connaissent le travail lu à l'Académie des sciences, par M. Dumas, sur ce que l'on peut appeler la respiration des globules. L'illustre chimiste a soumis le sang, déjà tant étudié, à une expérience nouvelle. En faisant passer ce liquide défibriné et additionné d'une dissolution de sulfate de soude à travers un filtre de papier, il a vu arriver l'une ou l'autre de ces deux choses : ou bien le sérum du sang passe rouge parce que les globules s'altèrent, se rompent, et perdent leur matière colorante; ou bien il passe limpide, et les globules restent sur le papier. Ce n'est pas au gré du hasard que l'un ou l'autre de ces phénomènes se produit, et il dépend de l'expérimentateur de leur donner naissance.

Si dans le sang reçu dans le filtre on fait passer un courant d'air de manière à y simuler la respiration, les globules se maintiennent dans leur intégrité, ils continuent de respirer et de vivre, dit M. Dumas dans une de ces formules hardies et lumineuses qui lui sont familières; et tant que le sang est agité par l'air, c'est-à dire tant que les globules sont amenés au contact du gaz vivifiant, ils conservent leur forme, leur substance, leur vitalité; ils respirent! Si l'on cesse de faire passer de l'air à travers le sang, le sérum passe rouge à travers le filtre, parce que les globules ayant cessé de respirer, meurent et se réduisent à leurs derniers éléments, cédant à l'eau du sang la matière colorante dont ils sont le récipient.

Les globules, chose remarquable, ne peuvent cesser de respirer et de vivre, sans perdre aussitôt leur forme et leur substance, sans s'anéantir. L'animal meurt; du moins il conserve sa forme un certain temps. Cet *animalcule*, qui est le globule (car on oserait presque l'appeler ainsi), ne peut cesser de vivre sans au même instant cesser d'être. Il subit la condition de son exiguïté. Il est dans le temps ce qu'il est dans l'espace.

M. Dumas ne pouvait manquer d'apercevoir le parti que la médecine peut tirer de sa découverte. Dans les maladies où les globules sont altérés, il était présumable que, malgré le contact de l'air, ils ne résisteraient pas à la destruction. L'expérience de M. Dumas, si importante au point de vue physiologique, devenait donc un moyen de diagnostic, et il convia les médecins à faire des recherches dans ce dernier sens. Les premiers, deux jeunes chirurgiens, élèves distingués du Val-de-Grâce, MM. Dujardin et Didiot, ont répondu à l'appel du célèbre académicien, et ce sont les résultats qu'ils ont obtenus qui vont maintenant nous occuper.

Leurs recherches ont porté sur le sang de maladies de différentes catégories. C'est ainsi que le sang de l'inflammation, celui de la fièvre typhoïde à divers degrés, celui des fièvres éruptives, celui de la phthisie, des maladies organiques du cœur et des phlogoses disséminées du poumon, ont été soumis par eux à l'aération artificielle.

Ils ont obtenu, dans ces différentes maladies, des résultats différents. Dans les unes, la vitalité des globules est conservée; dans les autres, elle est atteinte plus ou moins profondément.

Le sang de l'inflammation, défibriné, additionné de sulfate de soude, placé sur le filtre, et aéré, livre un sérum incolore qui traverse dans le même état, c'est-à-dire sans le teindre en rouge, les pores du papier, tant que l'aération est continuée. Il en est de même dans les rougeoles ordinaires, et dans la fièvre typhoïde légère.

Au contraire, dans la fièvre typhoïde grave, la filtration d'un sérum coloré arrive rapidement et ne peut être empêchée, quelle que soit l'activité de l'aération.

Les globules sanguins ne résistent pas davantage dans la phthisie, les maladies organiques du cœur et les inflammations disséminées du poumon (on devra rechercher s'il n'en est pas de même dans la chlorose, dans l'anémie, dans les cachexies, surtout dans la cachexie cancéreuse, en un mot dans tous les cas où MM. Andral et Gavarret ont constaté une diminution du nombre des globules, due à une atteinte lente et profonde portée à la nutrition).

Dans ces derniers états pathologiques (la phthisie, etc.), le résultat de l'expérience offre une constance remarquable. Toujours, et comme nous l'avons dit, quelque soin que l'on prît d'aérer le liquide dans lequel les globules étaient suspendus, chaque goutte traversant le filtre offrait des traînées rouges qui ôtaient au sérum la limpidité que le sulfate de soude aurait dû lui conserver.

Des faits accessoires ont été relevés par MM. Dujardin et Didiot. Ainsi, dans les fièvres intenses, l'aération pendant le battage que l'on effectue pour défibriner le sang, ne rend pas à ce liquide sa couleur rutilante, comme cela arrive dans l'état physiologique. L'altération complète des globules, leur entière dissolution lorsqu'on cesse l'aération, ont lieu plus rapidement aussi dans ces fièvres, par une conséquence inévitable en fait comme en raison, que dans l'état physiologique. En outre, le sang des pyrexies graves reste diffluent ou ne se coagule que très imparfaitement.

On remarquera, et c'est en effet un point digne de remarque, que le même phénomène a lieu quant aux globules, que la même altération de ces corpuscules existe dans deux cas opposés : lorsque la fibrine est diminuée absolument (fièvre typhoïde), et lorsqu'elle est augmentée relativement (phthisie).

Les principes du sang peuvent être altérés dans leur proportion ou dans leur qualité. Nous n'avons pas à parler ici des altérations par suite de la production ou de l'introduction dans le sang d'un principe étranger, le miasme variolique, par exemple, ou mieux le pus.

Jusqu'à présent, les analyses du sang dans les maladies ont été beaucoup plus productives en ce qui touche les modifications dans la quantité des principes dont il se compose, que relativement aux modifications dans la qualité. Ainsi, l'on sait que, dans l'inflammation, la fibrine est augmentée, tandis qu'elle est diminuée dans le typhus et le scorbut. Mais que sait-on sur les modifications dans les qualités de la fibrine? On a bien dit que la fibrine du veau est plus molle que celle du bœuf; et que chez l'homme, ce principe immédiat perd de sa consistance dans les mêmes cas où sa proportion diminue. Mais combien sont vagues de pareilles données auprès des résultats mathématiques fournis par le pesage! De même, tandis que l'on connaît les *minimum* et *maximum* de la proportion des globules, tandis que l'on a pu suivre la dégradation du cruor depuis la pléthore jusqu'au degré le plus avancé de la chlorose, que savons-nous, ou plutôt que savions-nous des altérations de ces particules? En regard de la précision des résultats obtenus par la numération des globules, qu'étaient-ce que quelques altérations plus ou moins authentiques dans leur forme?

En instituant une expérience qui permet de reconnaître les altérations dans la qualité des globules, M. Dumas a fourni à l'hématologie un moyen susceptible de produire des résultats importants dans un ordre de faits nouveau, puisque, comme nous venons de l'exposer, jusqu'à présent on n'a pu étudier que les altérations *quantitatives* des principes immédiats du sang.

Ce sont d'importants résultats que ceux obtenus par MM. Dujardin et Didiot. Seulement il est désirable que des recherches suffisamment multipliées les confirment; non pas assurément que l'on pût douter de la valeur des expériences, aussi consciencieuses que rationnelles des deux jeunes auteurs, mais parce que, en philosophie naturelle, on est admis à proclamer une loi alors seulement que l'observation du fait a été convenablement répétée.

En admettant comme constante l'altération des globules dans la fièvre typhoïde, il en résulte que la cause de pyrexie attaque à la fois, indépendamment l'un de l'autre, deux principes du sang, la fibrine et les globules. On comprend d'après

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Retour à Paris. — Effets de l'absence. — Les jeunes et les vieux. — Souberbielle et Félix Thibert. — Maladie de M. Aug. Bérard. — M. Orfila en Espagne. — Motifs de ce voyage. — Démission de M. Bouillaud. — Son successeur. — Causes qui ont fait échouer sa candidature. — Les médecins entre eux. — Humanité du Conseil des hôpitaux. — Les Incurables. — Un nouveau miracle du magnétisme animal.

J'arrive donc à Paris, et me voilà trottant menu, demandant, flairant, quêtant des nouvelles, me faisant raconter l'histoire de ces trois grands mois, ouvrant de grands yeux et de grandes oreilles, remplissant en un mot mon rôle trop réel de véritable revenant. C'est un phénomène propre à l'absence de croire qu'au retour on va trouver des changements énormes, apprendre des nouvelles renversantes, voir des déplacements inouïs et des métamorphoses surnaturelles. Pure illusion; je retrouve les tours de Saint-Sulpice aussi bien à leur place que l'Académie de médecine empêtrée dans l'interminable discussion de la peste où je l'avais laissée. Peu, fort peu de nouveau, et, à tout prendre, bien m'en a pris d'être empêché dans ma besogne hebdomadaire, car j'aurais usé mon front et démesurément allongé mon oreille gauche à chercher le contingent que je vous dois. Quelques faits, cependant, se sont passés sur lesquels j'aurais voulu vous dire un mot ou deux.

Et d'abord, j'aurais salué d'un adieu suprême les confrères qui viennent de partir pour un long et éternel voyage. Je vous aurais parlé du doyen de notre profession, du chirurgien presque centenaire, de M. Souberbielle, ce vieillard si jeune, ce contemporain de si grandes et de si étranges choses, cette nature exceptionnelle et empreinte d'une si grande originalité, qui avait vu passer et s'éteindre plusieurs générations médicales et que la nôtre s'était accoutumée à regarder comme un de ces antiques et solides monuments sur lequel le temps et ses outrages passent impunément. Je ne sais si Souberbielle a laissé des *Mémoires*, mais peu d'hommes auraient pu en écrire d'aussi intéressants. Il avait eu des relations intimes avec les personnages les plus fameux de la révolution, et il s'était trouvé mêlé lui-même aux événements les plus graves de cette époque. Ami et médecin de Marat, il avait pansé Robespierre, et il eut le malheur d'être chef du jury dans le procès de l'infortunée Marie-Antoinette. Quelques historiens de la révolution, et l'abbé Souslavie entre autres, ont raconté en traits amers le rôle de Souberbielle dans ce triste procès. On comprend que, selon le point de vue politique où l'on se place, les acteurs de ce drame ont dû être exposés à des jugements fort divers. Mais, grâce à Dieu, ce n'est pas mon affaire, et j'aime mieux vous raconter sur notre vieux confrère une anecdote inédite dont je garantis la plus complète véracité.

Il y a sept ou huit ans de cela, Souberbielle avait déjà passé quatre-vingt-dix ans, un de nos jeunes confrères se présenta chez lui avec une lettre de recommandation très pressante d'un de ses amis. Il s'agissait pour ce jeune confrère de quelques démarches à faire auprès d'une jeune veuve, fort riche, amie et voisine de M Souberbielle; on comprend qu'il était question de mariage Souberbielle promet ses services avec empressement; il fait mieux encore, il invite notre confrère à dîner pour un jour très voisin en lui disant que la veuve et toute sa famille doivent assister à ce repas. Ce jeune homme ne manqua pas de s'y rendre, trouva la veuve de son goût et, devenu pressant, pria instamment Souberbielle de faire les démarches nécessaires pour être introduit dans la maison et faire agréer sa cour. Souberbielle promit tout.

Cependant quinze jours, un mois s'écoulent, et notre jeune homme n'entend parler de rien. A ses nombreuses visites à Souberbielle, il le trouvait réservé. boutonné, comme contraint et embarrassé. Un jour, enfin, le vieillard lui annonce qu'on le trouve trop jeune, pas suffisamment renté et achalandé, et lui fait entrevoir qu'il est prudent de renoncer à tout espoir de ce côté.

Mais notre jeune confrère ne se découragea pas; la protection de Souberbielle lui faisant défaut, il en chercha une autre, et bientôt le voilà admis dans la famille de la veuve, ses hommages sont agréés, mais non sans une explication qui donna la clef de la réserve et de l'embarras que montrait Souberbielle. Le nestor de la chirurgie, au lieu de chercher à faire les affaires de son jeune protégé, avait manœuvré pour son propre compte, et voyant la veuve disposée à contracter de nouveaux liens, une flamme juvénile s'était allumée dans ce cœur nonagénaire; une assiduité incessante, les soins les plus délicats, le bouquet quotidien et autres petits témoignages non équivoques prouvaient toute la vivacité de son ardeur. Grand fut son désappointement et son déplaisir, quand un jour, dans une de ses galantes visites, il aperçut notre jeune confrère fort tendrement assis aux pieds de la veuve très attentionnée à ses doux propos d'amour. En homme d'esprit qui comprend le ridicule de sa situation, il fit une retraite honorable et digne. Mais ç'a été longtemps, pour le jeune confrère, le sujet d'un hilariant récit d'avoir eu pour rival un vieillard de quatre-vingt-dix ans.

C'est à propos de la mort qu'on peut dire les extrêmes se touchent. Souberbielle meurt, mais plein d'années et au bout d'une vieillesse exceptionnelle et des plus rares. Mais Félix Thibert, notre jeune et ingénieux confrère, celui à qui l'art clastique doit ces magnifiques reproductions d'anatomie pathologique, qui a passé les plus belles années de sa vie dans un travail ingrat et pénible, et qui au moment même où il arrivait au port, alors qu'il allait trouver quelques dédommagements pour un labeur si long, pour sa fortune si généreusement consacrée à cette œuvre utile, meurt dans toute la force et la puissance de l'âge; voilà qui est bien triste et bien décourageant.

Pour en finir de ces idées pénibles, je dirai que nous avons été tous consternés en apprenant qu'un des plus jeunes professeurs de notre Faculté, M. Auguste Bérard, était gravement malade. On annonce aujourd'hui une amélioration sensible dans son état, et je m'empresse de publier cette bonne nouvelle, bien sûr d'être agréable à tous ceux qu'intéresse la vie d'un professeur habile, d'un homme de travail et de talent.

— Il est des hommes dont les moindres mouvements ont le singulier privilége d'attirer l'attention publique; ils ne peuvent, comme le commun des martyrs, aller, venir, faire un voyage d'agrément ou pour leurs propres affaires, qu'aussitôt mille soupçons ne s'éveillent, mille commentaires ne circulent, et qu'on ne donne à ce déplacement les motifs les plus graves et souvent les plus étranges. M. Orfila est un de ces hommes. Part-il pour l'Italie, c'est qu'il a reçu une mission importante et secrète auprès du Pape. Or, il advint que, peu fervent catholique, le doyen de notre Faculté ne sollicita pas même l'honneur de baiser la mule du Saint-Père, tandis qu'il passa plusieurs jours charmants dans la luxueuse retraite de son ami Rossini, dont il chanta tout le répertoire de *basso cantante*, de cette voix merveilleuse bien connue des *dilettante*. M. Orfila est en ce moment en Espagne; oh! il est curieux d'entendre tout ce qui se dit à ce sujet. Il est bien compris que tous ces commentaires singuliers se rattachent au fameux *matrimonium* qui occupe, à cette heure, le monde politique, et que notre doyen, investi d'une auguste et toujours très secrète confiance, s'est déplacé pour les intérêts les plus graves abandonnés à son habileté. Croyez cela, et buvez du vin nouveau. Moi qui n'aime celui-ci que respectable de vieillesse, et qui connais mon monde, j'adopte une version beaucoup plus naturelle, et probablement la seule légitime. Il existe quelque part, je ne sais où, dans le beau royaume d'Espagne, une mine argentifère d'une grande richesse, qui, jusqu'alors, est restée inexploitée Il y a plusieurs années, et sur les conseils même de M. Orfila, qui avait participé à une analyse du minerai, une société de capitalistes se forma dans un but d'exploitation, et notre doyen en devint même un des plus forts actionnaires, avec un personnage auguste. Les malheurs du temps, les événements politiques de la Péninsule, ont empêché jusqu'ici cette compagnie de fonctionner avec fruit et de retirer des résultats appréciables. Aujourd'hui que,

cela l'atteinte profonde qui est portée à la vie, et l'adynamie qui en est l'expression comme stéréotypée.

Quant à la chlorose, et généralement à toutes les affections dans lesquelles le nombre des globules est diminué, se pourrait il (quand on y réfléchit bien) qu'ils diminuassent d'une manière sans diminuer de l'autre. En d'autres termes : si les actes qui concourent à leur formation sont imparfaits, de telle sorte que le nombre des globules fournis soit moindre que dans l'état normal, n'est-il pas naturel de penser que ceux qui sont formés doivent être, qu'on nous permette cette expression, d'une qualité inférieure à celle des globules physiologiques?

X...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Tumeur érectile de la lèvre supérieure.

Au n° 12 de la salle Saint-Côme est couché un garçon de quatre ans, qui est entré dans les salles de chirurgie pour une tumeur érectile de la lèvre supérieure. Cette tumeur, dit M. Guersant, est de la nature de celles que nous ne traitons ni par les caustiques ni par les épingles. Pour nous, les tumeurs érectiles sont de deux natures : les unes sont superficielles, n'intéressent que la peau ; ce sont celles qui ont été appelées par quelques auteurs tumeurs érectiles cutanées. Les autres sont plus profondes, intéressent le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

Pour les premières, nous employons presque constamment la méthode qui consiste dans l'application du caustique de Vienne à deux, trois ou quatre reprises. Nous ne partageons pas à ce sujet l'opinion des chirurgiens qui, il y a quelques années à peine, proscrivaient de la manière la plus formelle l'usage des caustiques, se fondant et sur les douleurs excessives qu'ils occasionnent et sur les hémorrhagies qui peuvent en être la conséquence, les dégénérescences qui peuvent en résulter, la difficulté d'en régler l'action, les pertes de substance, les dégâts, les cicatrices difformes auxquels ils donnent lieu, disaient-ils.

Les succès obtenus par Wardrop et plusieurs autres chirurgiens anglais, ainsi que les recherches de M. A. Bérard, comme aussi notre propre expérience, nous ont convaincu de l'efficacité de cette médication dans un grand nombre de cas. Les caustiques, employés dans le but de convertir en eschare le tissu érectile accidentel et d'en déterminer la chute au bout d'un temps plus ou moins long, sont, suivant nous, le meilleur moyen à opposer aux tumeurs érectiles dans lesquelles la peau est compromise, lorsqu'elles n'ont pas gagné en profondeur et qu'elles sont encore superficielles et étendues en surface.

Les avantages qu'ils ont, l'observation des faits journaliers le démontre, c'est de ne point exposer aux hémorrhagies comme l'instrument tranchant, de ne point faire subir une perte de substance aussi considérable, puisque leur action s'exerce sur le tissu morbide seul, tandis que le bistouri enlève toujours une portion plus ou moins étendue des tissus sains qui l'environnent ; enfin, on a cru remarquer que l'action du caustique est beaucoup moins souvent que l'extirpation compliquée d'inflammation phlegmoneuse ou érysipélateuse des parties voisines, phénomène qui s'explique parfaitement par cette circonstance que la lésion produite par les caustiques est limitée à la tumeur elle-même, formée d'un tissu peu susceptible de ressentir vivement et de transmettre les excitations, tandis que l'instrument tranchant divise la peau, cette membrane vasculaire et nerveuse si éminemment irritable et qui entretient avec le reste de l'économie des sympathies si étroites et si nombreuses. Puis, et cet avantage n'est pas un des moindres à prendre en considération, la reproduction du tissu vasculaire pathologique est moins à redouter après la cautérisation qu'après l'excision, parce que les caustiques produisent, outre la destruction du tissu, la modification et la transformation fibreuse des parties environnantes.

Lorsqu'elles sont de la seconde espèce, c'est-à-dire qu'elles pénètrent au dessous de la peau, les tumeurs érectiles ne sont point attaquables par les caustiques. Celles, en particulier, qui envahissent ordinairement les lèvres ou les joues, ont ceci de caractéristique qu'elles envahissent ordinairement toute l'épaisseur de ces parties, et qu'elles s'étendent depuis la peau jusqu'à la membrane muqueuse : de sorte que tout le tissu, soit musculaire, soit adipeux, englobé dans la masse morbide, a disparu plus ou moins complétement, ou du moins a subi une atrophie considérable. Ici nous ne faisons point usage du caustique de Vienne, parce qu'il faudrait en répéter trop souvent l'application, et pénétrer à une trop grande profondeur.

Dans ces cas, nous ne pensons point qu'il soit convenable ni possible de se servir des caustiques; nous préférons employer la méthode de M. Lallemand. Cette méthode n'est qu'une espèce d'acupuncture. Dans les premiers essais qu'il fit, ce chirurgien se servait simplement d'aiguilles ordinaires, sur lesquelles il jetait un fil ciré croisé en 8 de chiffre. Plus tard, il donna la préférence aux épingles de laiton, dites épingles à insectes, parce qu'elles entrent aussi bien, et peuvent être facilement coupées et courbées. Ces épingles doivent être choisies de moyenne grandeur ; celles qui sont trop fines ne déterminent pas assez d'inflammation, et peuvent séjourner pendant huit à dix jours au sein des parties vivantes, sans entraîner de suppuration. Ces épingles sont enfoncées de manière à traverser la tumeur de part en part, ou du moins à y pénétrer profondément ; leur nombre est variable. Si la tumeur est très volumineuse, trois ou quatre jours après on place une seconde douzaine d'épingles en un autre point et dans une direction telle qu'elles croisent les premières. M. Lallemand en a placé jusqu'à 120 sur une seule tumeur d'un volume médiocre.

On conçoit facilement que cette opération n'occasionne pas d'hémorrhagie dans le premier moment ; chaque épingle remplit le trou qu'elle fait ; plus tard, l'inflammation, s'emparant des surfaces divisées, oblitère les vaisseaux et les cellules qui ont pu être lésées ; on retire les épingles au bout de sept à huit jours, lorsque la suppuration est parfaitement établie. Par l'effet de l'inflammation, les cellules se resserrent et se ferment. La tumeur, transformée graduellement en tissu fibreux, s'affaisse et se décolore, et la place qu'elle occupait se trouve convertie en une surface pâle, unie, luisante, semblable à une cicatrice de brûlure superficielle. Ce procédé nous a cependant paru avoir un inconvénient assez grave ; c'est qu'il donne souvent lieu au développement d'érysipèles, dont les conséquences peuvent être dangereuses.

Nous avons vu quelquefois réussir le séton multiple passé à travers la tumeur. Ces sétons, au nombre de six, huit et même plus, consistent en des fils de soie introduits au moyen d'une aiguille, et dont la présence détermine au bout de peu de jours une suppuration qui amène la guérison. Quelquefois aussi l'on peut serrer les fils de telle sorte qu'ils étranglent la base de la tumeur, et empêchent le sang d'arriver au tissu morbide qui se mortifie. Ce moyen nous a paru très utile pour modifier des tumeurs érectiles très volumineuses, et il a quelquefois réussi entre nos mains. Cependant nous devons dire, pour ne rien cacher, que, comme celle par les épingles, cette opération a, dans certains cas, été suivie d'érysipèles assez étendus et assez graves pour avoir entraîné la mort des sujets.

Cette circonstance fâcheuse de complications d'érysipèles nous a déterminé à abandonner, autant que possible, les méthodes consistant dans l'introduction dans la tumeur de corps étrangers soit métalliques, soit de toute autre nature. Nous n'avons nullement l'intention de passer ici en revue tous les procédés qui ont été conseillés pour remédier aux tumeurs érectiles ; nous n'en avons point le temps, et, d'ailleurs, l'utilité ne nous en paraît nullement démontrée. Disons cependant encore un mot d'un procédé imaginé par M. Bérard, avant de passer à celui que nous avons cru devoir préférer aujourd'hui.

M. Bérard essaya de combiner avec l'emploi des épingles l'injection dans la tumeur érectile d'un liquide irritant. Il commença par enfoncer dans la tumeur des épingles d'assez gros calibre ; puis, au bout de cinq à six jours, les ayant retirées, il poussa dans chacun de leurs trajets une injection de nitrate acide de mercure. Les effets de ce traitement sont la production d'une inflammation assez analogue à l'inflammation phlegmoneuse ; puis la formation, dans l'endroit où était située la tumeur qui disparaît, de petits points d'induration qui restent assez longtemps à se résoudre complétement. Il est à craindre, lorsque l'on fait usage de ce procédé, que la liqueur caustique ne se répande sur des tissus qu'il est important de ménager ; ensuite, l'irrégularité des effets produits par l'injection doit ne faire recourir à cette méthode que dans des cas pour ainsi dire exceptionnels.

Dans le cas actuel, nous avons préféré mettre en usage les aiguilles rougies à blanc, que l'on fait pénétrer de force à travers le tissu érectile. Suivant nous, elles ont un très grand avantage. Elles percent la tumeur ; en même temps, on n'a point d'hémorrhagie, ce qui peut souvent arriver après l'application simple des épingles ou des sétons de soie. Enfin, la cautérisation produite par l'aiguille rougie au feu détermine une inflammation aussi intense qu'on peut le désirer.

Chez l'enfant que vous avez vu, la tumeur érectile occupait la lèvre supérieure. Elle donnait la sensation de battements que l'on faisait cesser en comprimant les deux artères faciales. Tous ces signes ne laissaient aucun doute sur la nature franchement artérielle de la tumeur érectile. Les dents contre lesquels elle exerçait une légère compression sont rejetées en arrière. L'étendue et la profondeur de la tumeur ne permettraient pas de penser à la cautérisation. Mais nous avons passé à cinq reprises à travers la tumeur une aiguille de platine rougie à blanc. Ce moyen a été suivi de succès. Aujourd'hui l'on peut s'apercevoir que le tissu morbide a été grandement modifié ; il est flasque, mou, ne présente plus de battements, si ce n'est dans un point limité dans lequel nous croyons nécessaire de faire encore une ponction pour obtenir un résultat complet.

X...

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Varicocèle. Cure radicale par l'enroulement des veines spermatiques. Observations et considérations générales par M. BOUTEILLER.

(Suite du numéro du 19 septembre.)

Septième observation. — *Guérison un mois après l'opération. Cas ordinaire.*

Cointet (Pierre), âgé de vingt et un ans, journalier, est en-

---

sur la foi d'une assez longue tranquillité, l'horizon espagnol semble s'être éclairci, M. Orfila est parti pour l'Espagne dans le but unique d'activer une exploitation dans laquelle une partie de sa fortune est engagée. L'opération venant à réussir, les actions, jusqu'ici improductives, vont augmenter de valeur, et une vente habile et prudente peut doubler d'augustes capitaux, et les capitaux mêmes de notre doyen. Voilà, si je suis bien informé, et j'ai lieu de croire que je le suis, le motif véritable du voyage de M. Orfila. De tout mon cœur, je désire que cette mine d'argent ne soit pas un château en Espagne.

Du reste, qu'enfant de l'Espagne M. Orfila soit appelé à rendre quelques services à M. de Montpensier, à lui servir en quelque sorte de *cicerone*, et que le prince à son retour demande pour d'aussi bons offices le manteau de pair de France pour M. Orfila, rien dans cela que de fort possible, de très probable même, surtout si les actions sont bien vendues.

— Ceci me mène à parler d'un fait qui a beaucoup étonné le monde médical, je dirai même qui l'a affligé, je veux dire la démission de M. Bouillaud de ses fonctions de conseiller de l'Université. On ne s'est pas expliqué, on ne s'explique pas encore la cause de cette détermination de la part de l'honorable professeur. Après avoir été privé par le résultat d'une intrigue, sur laquelle je vais tout à l'heure donner quelques éclaircissements, des honneurs de la députation, ce qui a été un grand malheur pour la cause du Congrès, M. Bouillaud était appelé cependant à lui rendre encore de grands services dans le sein du Conseil royal de l'Université. Son caractère, sa fermeté, son indépendance nous étions tous assurés de les voir tourner au profit de la justice et de la vérité, et sa présence dans ce Conseil était pour nous une égide et une espérance. Pourquoi donc cette démission? Est-ce découragement? Est-ce le résultat d'une lutte morale dans laquelle succombe l'énergie la plus active, résultat si fréquent dans les intelligences passionnées et sensibles? Respectons le secret qui couvre cette résolution fâcheuse. M. Bouillaud, deuxième représentant des affaires médicales dans le sein du Conseil, était à bon droit considéré comme un contre-poids, comme un élément d'opposition à une autre influence puissante et ancienne. C'est probablement dans cette prévision tout à fait convenable et morale que M. de Salvandy l'avait fait entrer dans le Conseil. Il paraît que les idées de M. le ministre à cet égard ont fait volte-face, car il n'est possible à personne de considérer le successeur de M. Bouillaud comme un élément d'opposition. Professeur habile, homme de relations douces et bienveillantes, confrère généralement aimé et estimé, M. Chomel cependant partage, dit-on, toutes les opinions de M. Orfila, avec lequel il est lié d'une longue et étroite amitié. Dans l'intérêt de toutes les opinions, de tous les besoins, il eût été plus utile, et, le dirai-je, plus habile, de ne point résumer toutes les affaires médicales dans un vote identique, et le Conseil de l'Université, dont l'immense majorité de ses membres est complétement étrangère à nos affaires, aurait souvent besoin d'être éclairé par la discussion sur les intérêts véritables des institutions médicales. Il y a là un danger que mon devoir était d'annoncer et de prédire.

— J'ai dit que j'avais quelques éclaircissements à donner sur les causes qui ont fait échouer la candidature de M. Bouillaud. Ces éclaircissements, je les trouve dans une lettre de notre très honoré confrère M. Gigon (d'Angoulême) adressée au rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*. Je crois devoir la reproduire.

« Monsieur le rédacteur, vous avez publié dans votre dernier numéro une lettre de M. Max. Simon sur les droits politiques des médecins, lettre dans laquelle cet honorable confrère déplore que MM. Bouillaud et Dezeimeris soient sortis de la Chambre, et que leur voix ne soit point appelée à défendre les graves intérêts de notre profession, à la prochaine législature; puis il ajoute : « Le dégrèvement de » la patente n'est vraisemblablement pour rien dans ce résultat mal» heureux. » C'est là une erreur profonde de la part de notre confrère. Je ne sais ce qui s'est passé pour M. Dezeimeris; mais je puis affirmer que pour M. Bouillaud, c'est cette cause presque unique qui l'a fait échouer.

» La nouvelle loi sur les patentes a eu pour résultat de grever les petites industries en dégrevant les grandes, les adversaires de notre ancien député n'ont pas manqué de répandre jusque dans les villages les plus intimes cette calomnie : que c'était à M. Bouillaud qu'il fallait attribuer ce résultat; qu'il avait fait décharger les médecins de la patente pour écraser les autres contribuables; et cette calomnie, tout absurde qu'elle est, a eu un incroyable succès; tant il est vrai que Bazile a proclamé un principe d'une effrayante vérité; tant il est vrai que le corps électoral à 200 fr. par tête est un corps éminemment éclairé! Et, ce qu'il y a de plus déplorable à dire c'est qu'on a vu des confrères, oublieux de la dignité de notre profession, oublieux des graves intérêts qui s'agitent actuellement, non-seulement voter contre M. Bouillaud, mais venir cabaler sur la place publique, et cela pour quelques misérables jalousies, pour quelques mesquins amour propres blessés. On parle chaque jour de réformes médicales; mais la première réforme devrait porter sur les mœurs professionnelles. Quel résultat sérieux pourra-t-on attendre des lois tant que la jalousie, cette lèpre du cœur, viendra empoisonner les rapports journaliers de médecin à médecin, diminuer la considération et l'influence morale dont nous avons tant besoin aux yeux du monde! Que les médecins sachent donc bien que le plus grand mal vient d'eux-mêmes, qu'eux seuls peuvent le guérir : *Medice, sana te ipsum.*

» GIGON, D.-M., membre du jury médical de la Charente. »

» Angoulême, 28 août 1846.

Voilà qui est profondément triste, mais profondément vrai. Cette opinion de notre honorable confrère de la Charente est trop conforme au langage que j'ai mille fois fait entendre, pour que je ne m'empresse pas de la reproduire. Le jour même de l'ouverture du Congrès, j'osai dire : « Vous allez vous occuper de graves, d'importantes questions d'enseignement, d'exercice, de législation ; vous aspirez tous, et votre aspiration est légitime, vers une nouvelle loi qui fixe mieux que ne le fait la loi actuelle vos rapports avec la société ; mais vos rapports avec vous-mêmes, y avez-vous sérieusement pensé ? — Ne partagez pas, Messieurs, les illusions de ceux qui s'imaginent que quelques articles de loi de plus ou de moins vont donner abondance et fortune à chacun d'entre nous ; illusion dangereuse et qui prépare d'amères déceptions. Ce ne sont pas les lois qui font les mœurs, et, sans mœurs, la plus draconienne des lois sera toujours impuissante et stérile. » Deux jours après, et à l'occasion de la rentrée de la Faculté, j'eus le bonheur d'entendre M. le professeur Royer-Collard émettre les mêmes idées dans son magnifique langage, et, ces idées, j'ai eu le bonheur plus grand encore de les voir se réaliser et mettre en œuvre par les progrès rapides et nombreux que fait parmi nous l'association. L'association ! répandez, répandez, chers confrères, cette féconde et bienfaisante idée, et vous serez tout étonnés de voir, à mesure de son application, diminuer l'urgence d'une nouvelle loi que l'avare pouvoir nous fait depuis si longtemps attendre.

— J'emprunte à une plume habile le passage suivant plein d'une douloureuse vérité :

« Mon cher ami, voici du vieux. Ne passez jamais, rue du Faubourg-Saint-Martin, devant le n° 150, et si vous êtes obligé d'y passer comme moi, fermez les yeux ou regardez l'heure qu'il n'est pas à l'horloge étourdie de l'église Saint-Laurent. A ce n° 150, il y a un hôpital. On lit sur la porte cette inscription affreuse :

HOSPICE DES INCURABLES (HOMMES).

» Comme c'est chrétien! comme c'est humain! comme c'est français! comme c'est poli! Un malade est porté à cet hospice, et l'enseigne lui crie, en grosses lettres : Vous êtes un *incurable!* Ce pauvre malade, un médecin lui avait donné un peu d'espoir. Il lui avait dit, avec l'Evangile : Tout mal peut se guérir, ô mon frère; ayez bon courage; attendez la belle saison. J'en ai vu bien d'autres qui étaient malades comme vous, et qui se sont rétablis avec l'aide de Dieu! Et le pauvre malade se réjouissait et consolait sa femme et ses enfants. On le transporte rue du Faubourg-Saint-Martin, n° 150, et sur le seuil de la porte on lui crie : Que venez-vous faire ici? Vous êtes INCURABLE! Votre médecin est un imposteur, votre guérison est une chimère! Vous êtes destiné à souffrir jusqu'à la mort! Cher-

tré le 18 juin 1846 à l'hôpital du Midi, a été placé à la salle 9[e], n° 7.

Cet homme s'est aperçu, il y a quelques mois seulement, qu'il portait une tumeur dans le côté gauche du scrotum; et lorsqu'il se présenta pour être remplaçant, il fut refusés pour cette infirmité, que le chirurgien militaire reconnut être un varicocèle.

A son entrée, à la suite d'un examen et d'un interrogatoire attentifs, nous consignâmes les détails suivants :

Le scrotum renferme, du côté gauche, une tumeur molle, pâteuse, non douloureuse, se réduisant facilement lorsque le malade se couche, et reparaissant quand il se lève. Après une station prolongée, on aperçoit sur le scrotum, à gauche, des cordons sinueux du volume d'une plume d'oie. Le toucher fait reconnaître, dans la composition du cordon testiculaire, des vaisseaux de même nature. Le canal déférent de ce côté se trouve placé au milieu d'eux du côté droit. Il y a bien aussi quelques veines variqueuses sur le scrotum et dans le cordon; mais elles sont beaucoup moins développées. Une veine très volumineuse existe presque sur le raphé médian du scrotum. Ce malade, d'un tempérament lymphatico-sanguin, à cheveux châtains, à peau brune, très robuste, n'a jamais fait d'excès avec les femmes. Etant enfant, il a, il est vrai, connu la masturbation, mais n'en a pas abusé. Il n'est pas sujet, à la constipation, et ne porte de varices dans aucune autre partie du corps. Pas d'antécédents dans la famille.

Cointet, après toute marche prolongée, éprouve des tiraillements dans les lumbes du côté gauche, jamais du côté droit, où le varicocèle est encore à l'état de vestige; mais, nous le répétons à dessein, il demande à être opéré, en vue d'un remplacement militaire. Plus tard, les douleurs l'y forceraient peut-être : aujourd'hui elles sont encore tolérables.

Le 24 join, après les préparations d'usage dans ce cas, l'opération fut pratiquée par M. Vidal (de Cassis), qui employa le procédé qui lui est propre; à savoir, l'enroulement des veines spermatiques. Les douleurs ont été très vives pendant la torsion des fils, et comparables, au dire du malade, à des tiraillements depuis le testicule jusqu'aux lombes, suivant le trajet du canal inguinal. Un quart d'heure après l'opération elles cessèrent presque totalement. Dans la journée, le malade ressentit comme des coliques.

Le 25, il y a eu peu de sommeil pendant la nuit dernière. Toucher à la pelote sur laquelle sont liés les fils, c'est déterminer de violentes douleurs au lieu de la ligature même (*voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 8 septembre 1846); cependant, on y voit peu d'inflammation, à tel point qu'il n'y a pas encore de gonflement au-dessous de la ligature.

Le 28, le scrotum est peu enflammé au-dessons de la ligature. On sent nettement le testicule et l'épididyme, qui ne sont ni l'un ni l'autre le siége de gonflement ou de douleur. A peine si le testicule paraît plus sensible à la pression que du côté opposé, si le scrotum lui-même est enflammé autour des fils: aussi se coupe-t-il lentement par le fait de la présence de ces derniers; aussi la suppuration est-elle peu abondante. Au-dessous de la ligature, il n'y a pas la moindre trace d'inflammation : tout le prouve, ce qui n'empêche pas, et cela est un fait nécessaire, qu'autour d'elle il y ait un noyau d'induration de la grosseur d'un petit œuf. Point de douleur dans le ventre. — 2 portions.

Le 1[er] juillet, la peau est déjà largement divisée par les ligatures. Les ouvertures laissent s'écouler un pus louable. M. Vidal serre de nouveau les fils sur la bande; cette torsion cause des douleurs assez aiguës, mais qui ne sont que momentanées.

Le 3 juillet, l'ulcération des tissus compris entre les fils et la bande a encore fait des progrès. Suppuration normale.

Le 5, ablation des fils à l'aide d'une légère incision avec le bistouri. Nulle hémorrhagie.

Le 22, il n'y a plus qu'une toute petite plaie prête à se fermer.

Le 23 sortie.

— Cette observation est des plus remarquables à cause de l'innocuité complète, absolue, de l'opération. C'est à peine si l'enroulement a produit assez d'inflammation pour atteindre le but dans lequel il avait été pratiqué, tant sans faut qu'il ait par ses résultats outre-passé les vues du chirurgien.

Huitième observation. — *Varicocèle opéré par enroulement. Guérison retardée par la constitution assez faible du malade.*

Soulignol François, âgé de vingt six ans, cordonnier, entra, le 13 avril, dans la salle 10, n° 23, atteint à la fois d'une blennorrhagie aiguë et d'un varicocèle. Il y a neuf ans qu'il a contracté une blennorrhagie pour la première fois, et, depuis cette époque, il a conservé un écoulement qu'il n'a pu tarir; cependant, il n'a jamais eu d'orchite.

Cet homme est depuis fort longtemps sujet à une constipation assez opiniâtre : il reste quelquefois huit à neuf jours sans aller à la selle. Il dit n'avoir jamais goûté avec excès les plaisirs de l'amour, si ce n'est peut-être quelques jours avant son entrée : aussi l'urétrite a-t-elle repris un caractère aigu. L'écoulement augmenta; il devint verdâtre, plus épais, plus abondant; les douleurs reparurent assez vives, et quelques gouttes de sang accompagnèrent l'émission des urines. Il a eu malgré cela des rapports avec la même femme qui lui avait communiqué cet écoulement jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital du Midi.

Le 14 avril, bain, tisane de bourgeons de sapin.

Le 15, vingt sangsues au périnée. M. Vidal se trouve bien, dans le cas de vieux écoulements négligés, de reprendre le traitement antiphlogistique comme si l'urétrite débutait.

Le 16, toujours de vives douleurs en urinant, mais plus de sang dans les urines.

Le 23, l'écoulement est encore très abondant, mais les douleurs ont cessé.

Le 25, moins d'écoulement.

Les 28, 29, 30, idem.

Le 1[er] mai, on prescrit trois injections par jour avec :

Sulfate de zinc,	50 centigr.
Sous-acétate de plomb,	50
Eau de rose,	300 grammes.

Le 4 mai, il n'y a guère d'écoulement que le matin.

Le 20 mai, c'est à peine si l'on peut, même le matin, en pressant la verge, en faire sortir une goutte de muco-pus.

On s'occupa dès lors du varicocèle, et l'on apprit que depuis deux ans seulement Soulignol s'était aperçu du varicocèle qu'il porte à gauche, qu'il a cependant continué à travailler, mais que lorsqu'il lui arrivait de faire de longues marches, il éprouvait des douleurs dans les reins. En effet, le scrotum du côté gauche offrait une tumeur molle, pâteuse, réductible par la position horizontale, reparaissant dans la position verticale, même quand on obturait le canal inguinal. C'était un paquet de veines variqueuses, sans qu'il y eût de varices dans aucune autre partie du corps. Pas d'antécédents héréditaires.

Le 27, M. Vidal, sur la demande du malade, pratique l'enroulement des veines spermatiques. Par le fait de l'opération, le testicule gauche, qui, avant, descendait peu au dessous de l'autre, se trouve légèrement remonté. — Repos au lit; deux soupes.

Le 28, le malade, qui avait éprouvé des douleurs assez vives par suite de l'opération, a été à peu près calmé vers le milieu de la journée d'hier; cependant il ressent encore des douleurs sourdes, comme des coliques. Il n'a pas dormi pendant la nuit.

Le 29, les douleurs sont moindres, mais fortement exaspérées par le toucher. Il y a un engorgement modéré au-dessous de la ligature. Le scrotum est rouge, un peu douloureux, engorgé au niveau de la ligature. Sur les côtés des fils, il sort un peu de suppuration au-dessus de la ligature. Pas de traces d'inflammation. Insomnie.

Les 30 mai et 1[er] juin, même état. La peau est coupée dans une petite étendue. M. Vidal resserre les fils d'argent sur la bande, ce qui cause encore quelques douleurs dans les lombes.

Le 2, jusque-là il y avait eu apyrexie; mais le tableau est bien changé. Le malade accuse un grand malaise et une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine; il tousse beaucoup, mais ne crache pas. La percussion ne donne pas de matité. L'auscultation fait reconnaître des râles sibilants et sonores; fièvre; langue pâteuse. Du reste, le gonflement du scrotum n'est pas plus considérable; on remarque seulement un peu plus de sensibilité. — Diète; looch; orge miellé, 2 pots.

La constitution faible de cet homme avait, du reste, dès son entrée, attiré l'attention du côté de sa poitrine, et on ne s'était décidé à l'opération qu'après avoir constaté ce qui va suivre, c'est-à-dire, après avoir pensé que la force réelle du malade était bien au-dessus de sa force apparente.

Etant jeune, il était très sujet aux rhumes, surtout jusqu'à l'âge de quinze ans; depuis cette époque, il s'enrhume moins souvent. Le thorax est assez mal conformé en avant. Le sternum est court, et de chaque côté de cet os, au-dessous des clavicules, existe une voussure très prononcée. Du reste, la percussion, même au sommet des poumons, n'indique aucune altération. La respiration est peut-être un peu rude au sommet du poumon droit.

Le 3, même état. Le malade se plaint toujours de douleurs sourdes dans les lombes.

Le 6, la fièvre a cessé; les douleurs lombaires, le malaise, l'inappétence et la toux persistent. M. Vidal serre de nouveau les fils métalliques sur la pelote.

Le 8, même état. On constate bien que la pression au-dessus de la ligature et dans la fosse iliaque gauche n'est nullement douloureuse.

Le 10, moins de toux, moins de malaise; un peu d'appétit. M. Vidal enlève les fils, et, pour cela, est, comme le plus souvent, forcé d'inciser la peau qui sépare les deux ouvertures d'entrée et de sortie des fils; mais cette incision n'a aucun inconvénient, et est à peine sentie par le malade.

Le 11, mieux sensible dans l'état général. La nuit a été meilleure, et la toux moins fréquente.

Le 15, plus de toux; mais, au-dessous de la plaie, on remarque plus de gonflement, plus d'induration que de coutume après l'opération du varicocèle par enroulement.

Cependant il n'y eut point d'accidents. La cicatrisation se fit seulement attendre assez longtemps. Il fallut, vers la fin, toucher avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus. La lèvre supérieure de la solution de continuité forma une espèce de couvercle, de capuchon qui s'abaissait sur l'inférieure et y entretenait une surface humide un peu suppurante. Nous avons déjà noté, dans d'autres cas, la même disposition des bords de la plaie.

Le 1[er] juillet, le testicule et l'épididyme sont à l'état normal au-dessous de la plaie, qui n'a plus que deux ou trois centimètres de circonférence; l'induration cellulaire autour d'elle est réduite au volume d'une petite noisette. Même après une station prolongée, on ne distingue plus de varices dans le scrotum.

Soulignol sort complétement guéri dans les premiers jours de juillet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 16 septembre 1846. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Malgaigne* demande un congé d'un mois qui lui est accordé.

— *M. Monod* fait voir un kyste de la grosseur d'une petite noix, qui contenait de la substance gélatineuse; il adhérait par une base à large surface non pédiculée à la lèvre antérieure du col de l'utérus, d'où il a été enlevé par une section simple. On avait diagnostiqué un polype muqueux.

— Le même membre présente une pièce pathologique provenant d'une malade de son service, à laquelle il vient de pratiquer l'amputation de la cuisse. Cette femme, âgée de cinquante-six ans, souffrait depuis quinze à seize ans dans le genou, sans toutefois que la douleur fût assez forte pour l'empêcher de vaquer à ses occupations. Il y a deux ans, le mal augmenta, la jambe se rétracta, et elle fut obligée de s'aliter. Lorsqu'elle entra à la maison de santé, c'était avec la ferme résolution de se faire amputer. On voyait alors à la partie antérieure du tibia, presque au sommet de la tête, deux fistules, dont le fond ne donnait pas la sensation d'une dénudation osseuse. M. Monod hésitait à faire l'amputation, parce qu'il ne lui paraissait pas que la vie de cette malade fût en danger. Cependant, comme elle souffrait beaucoup, qu'elle faisait de grandes instances pour qu'on la débarrassât de son membre, et que, d'un autre côté, MM. Marjolin et Thierry conseillaient l'opération, elle fut faite, et c'est le genou que M. Monod met sous les yeux de la Société. On voit dans la tête du tibia une caverne assez large, tapissée par une membrane semblable à celle de certains kystes, et qui communique avec l'extérieur par une fistule qui s'ouvre au devant du ligament croisé. Cette cavité est séparée du canal médullaire par une cloison osseuse encore assez épaisse, l'articulation.

M. Monod ajoute qu'il a réuni la plaie de l'amputation par première intention, qu'il n'y a pas eu de suppuration, si ce n'est le long des ligatures, et que c'est un des plus beaux cas de réunion immédiate qu'il connaisse.

---

chez un pont économique et gratuit, et lancez-vous à l'eau; c'est votre seul remède, malheureux INCURABLE ! !

» Il est vrai que sur cette même enseigne il y a une parenthèse adorable (hommes). C'est une concession à la galanterie française. Il n'y a qu'un sexe reconnu incurable; c'est le nôtre; le laid. Les femmes peuvent toutes être guéries. L'anathème de l'inscription ne les concerne pas. Le *Lasciate ogni speranza, voi ch' entrate* ne regarde que le genre masculin, le plus noble de tous, à ce qu'ont décidé d'impolis grammairiens d'un sexe douteux.

» Il y a dans cet hôpital d'incurables des hommes religieux, je suppose. Or, ces hommes devraient savoir qu'il y avait à Jérusalem une piscine de Siloë qui guérissait les incurables. Ils devraient savoir qu'un paralytique incurable se leva un jour à la voix divine qui lui dit : *Levez-vous et marchez !* et qu'enfin Lazare, mort et inhumé depuis trois jours, sortit du tombeau à cet appel : *Lazare, veni foras !* Comment laissent-ils donc subsister sur la porte de leur hospice un mot impie et blasphémateur !

» Comme je faisais ces réflexions devant l'enseigne des Incurables, la porte s'ouvrit, et je vis paraître un vieillard frais et fort dispos qui portait un petit paquet sous le bras. Le concierge l'accompagna sur le seuil, et lui dit : — Allons, mon brave homme, voilà juste deux ans et trois mois que vous êtes entré ici bien malade, et vous vous portez aujourd'hui comme le Pont-Neuf.

» Le vieillard sourit et s'élança gaiement dans la rue du Faubourg-Saint-Martin.

» C'était un incurable guéri.

» Cela n'empêchera pas, mon ami, que dans cent ans nos neveux liront encore l'enseigne des *Incurables*. Il y a beaucoup de vieilles choses comme celles-là dans notre beau pays; il faudrait les détruire, ce serait le seul moyen d'avoir du nouveau.

» A vous de cœur,

MÉRY. »

Le spirituel écrivain se trompe sur le privilége qu'ont les dames de ne pas être déclarées incurables par ordre de l'administration des hôpitaux. Il n'a qu'a monter la rue de Sèvres, et, vers le milieu de cette large voie, il pourra lire en caractères plus gros encore :

HOSPICE DES INCURABLES (FEMMES).

— On me signale un nouveau miracle du *magnétisme* animal, trop curieux pour n'être pas communiqué à mes lecteurs.

Un jeune et malin employé du Muséum d'histoire naturelle, tourmenté par un sien ami très croyant, de voir quelques expériences de magnetisme qui devaient le conduire à la foi, a eu l'air de céder a ses instances, et s'est rendu chez une somnambule célèbre. L'assistance était nombreuse et brillante. Un jeune docteur était là qui écrivait religieusement les ordonnances de la pythonisse.

Le tour de notre employé arrive, et il remet à la somnambule, soigneusement pliée dans un papier de soie, une mèche de cheveux. La somnambule déroule le papier, flaire la mèche, la tourne et la retourne dans ses doigts, la porte à son front, à l'occiput, à l'épigastre, et, oppressée et haletante, elle s'écrie : Cheveux blonds d'un enfant... Enfant très malade.... Phthisie pulmonaire au dernier degré.... Peu d'espoir de la sauver. Cependant employer les moyens suivants...., et alors elle débite une longue tirade de médicaments que le docteur écrit avec respect.

Pendant que la pythonisse parlait, notre employé avait pris la figure piteuse de circonstance, et semblait fort alarmé de ce pronostic grave. La consultation finie, il prend l'ordonnance, se retourne vers les gens qui étaient dans le salon, et d'un air cruellement narquois leur dit ceci : Messieurs et Mesdames, cette mèche de cheveux d'un enfant *blond*, très *malade*, et atteint de phthisie, est tout simplement une mèche de poils d'un jeune chameau de la ménagerie qui se porte à ravir.

Et cela dit, il se sauve au plus vite.

Je garantis l'authenticité de ce fait. Jean RAIMOND.

M. le docteur Deleau jeune a adressé, dans la séance du 25 septembre, la lettre suivante à l'Académie des sciences :

M. le docteur Dumesnil a présenté à l'Académie, dans sa séance du 21 septembre, un instrument et un sac qui doivent aider à la dissolution des calculs de la vessie.

Le lendemain de cette présentation, à huit heures du matin, je me suis rendu à l'hôpital de la Charité, et la en présence de M. le professeur Velpeau et de nombreux élèves, j'ai montré le même instrument et le même sac, décrits par M. Dumesnil.

Je joins à ma lettre ces modèles. Ils font partie des nombreux essais qui m'ont conduit à l'invention de l'appareil instrumental que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie il y a plusieurs mois. Depuis plus de deux ans j'avais deux de ces modèles chez M. Luër; le plus parfait a disparu du magasin de ce fabricant, ainsi que l'ouvrier qui l'avait confectionné.

Je ne tiens nullement à ces instruments; je les ai mis au rebut. Par cette réclamation, l'Académie voit combien il est douloureux d'attendre trop longtemps des rapports sur des inventions qui ont demandé dix ans de recherches, surtout quand ces inventions doivent modifier totalement de grandes opérations chirurgicales, et rendre de grands services à l'humanité !

Je prie donc l'Academie de presser la commission qui doit lui faire un rapport sur ma manière d'opérer l'extraction des calculs de la vessie.

M. Marjolin fils a été témoin d'une réunion immédiate complète au bout de treize jours, à la suite d'une amputation de faite par M. Blandin à l'hôpital Beaujon.

M. Michon, dans une amputation de cuisse, a obtenu, par le seul secours des bandelettes, une réunion sans une seule goutte de pus. Les ligatures se trouvèrent tellement serrées, qu'elles ne purent tomber qu'au quarantième jour.

M. Chassaignac voit dans cette pièce une espèce de tentative de guérison par la nature. La caverne, ayant pu se vider du corps étranger qu'elle contenait, aurait fini peu à peu par disparaître.

M. Monod croit au contraire à un mal qui se serait étendu insensiblement, et qui aurait pénétré jusqu'au canal médullaire.

— *M. Guersant* rend compte d'une opération de trachéotomie faite pour un corps étranger, et qui a été suivie de mort. Ces jours derniers on lui amena chez lui un enfant de deux ans et demi qui depuis six heures avait un haricot dans les voies aériennes. L'imminence de la suffocation était telle, qu'il jugea prudent de l'opérer de suite. Dans les autres opérations qu'il a faites pour des corps étrangers, M. Guersant a toujours vu ces corps se présenter aussitôt l'incision de la trachée achevée. Ici il n'en fut rien; aussi il dirigea de suite une pince courbe vers la bronche gauche, où il saisit le haricot et le retira. Malgré l'emploi des stimulants de toute espèce, la respiration ne se rétablit que difficilement, et pour la faciliter on appliqua une canule comme dans le cas de croupe. Le lendemain l'expansion pulmonaire fut trouvée très faible partout, mais surtout à gauche, et l'enfant succomba dans la journée, vingt-six à vingt-huit heures après l'opération.

M. Guersant fait remarquer combien l'opération de la trachéotomie est plus souvent suivie de succès pour les cas de corps étranger que pour ceux de croup. Il l'a pratiquée quarante fois pour ces derniers, et il n'a que quatre succès. Il l'a faite quatre fois pour les premiers, et il a trois réussites. Il dit aussi que quand le corps étranger est libre dans la trachée, ce dont on a la certitude par le mouvement de va-et-vient qui suit la respiration, mouvement dont il compare le bruit à celui du grelot, on peut sans inconvénient différer l'opération; dans les trois faits heureux qu'il possède, elle avait eu lieu une fois le cinquième jour, une autre fois le septième, et enfin le seizième. Lorsqu'au contraire le corps étranger est fixé dans les bronches, ce qu'on reconnaît par l'absence du bruit indiqué, il faut se hâter d'opérer.

M. Monod cite un fait qui a quelque analogie avec celui-ci. Ayant fait la trachéotomie à un enfant de dix-huit mois que, du reste, il hésitait à opérer parce qu'il n'entendait aucun bruit dans la trachée, il ne se présenta rien à l'incision, et comme la suffocation était imminente, malgré les tentatives qu'il avait faites pour déplacer le corps étranger avec les instruments qu'il avait à sa disposition, il s'absenta quelques instants pour se procurer une pince œsophagienne. Lorsqu'il revint, l'enfant était mort. A l'autopsie, on trouva le corps étranger, un haricot, à cheval sur la division trachéale.

M. Maisonneuve a fait la trachéotomie dans un cas où c'était un noyau de prune qui avait passé dans les voies aériennes. Il ne fut expulsé que le lendemain de l'opération.

M. Guersant trouve qu'il est très important d'avoir une pince à sa disposition quand on fait la trachéotomie, et, dans les cas de croup, il la préfère de beaucoup aux éponges, qui ont l'inconvénient de refouler les fausses membranes.

M. Michon fait voir un marron d'Inde de moyenne grosseur qu'un jeune homme, en jouant avec un enfant, avait avalé par mégarde; il était resté dans l'œsophage, et il déterminait de la suffocation. Ce corps étranger ayant été reconnu au moyen d'une sonde en gomme, M. Michon en fit l'extraction avec la pince œsophagienne.

M. Guersant parle de deux cas de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, et retirés par lui heureusement avec le même instrument. Dans l'un, c'était un olécrane de mouton, dans l'autre, une pièce de cinq centimes.

— *M. Maisonneuve* a été appelé, ces jours-ci, près d'une dame qui venait de faire une fausse couche de quatre mois et demi. Les linges qui contenaient l'embryon et des caillots de sang avaient été mis de côté, et lorsqu'il le demanda à les voir, il lui sembla que ce fœtus vivait encore. Il le prit alors et l'incuba entre ses mains, et, au bout de cinq à six minutes, les mouvements de la respiration s'établirent, rares, mais réguliers; il s'écoulait environ une minute trois quarts entre les aspirations, puis il y en avait deux de suite. La vie cessa au bout de six heures.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE GÉNÉRALE.

Croup grave, suivi de guérison. — Depuis quelques mois, des discussions se sont élevées dans les sociétés savantes, à propos du croup, sur la meilleure méthode à mettre en usage pour combattre cette terrible affection. Le docteur Jourdain, à Ghlin (Hainaut), a envoyé à la Société de médecine d'Anvers le fait suivant, qui pourra servir à élucider la question.

Dans le courant du mois de septembre 1845, je fus appelé chez M. H..., de Lille, pour un enfant de six à sept ans, d'une complexion délicate. Depuis la veille il avait éprouvé plusieurs accès de toux. La nuit avait été agitée. M. H., dont le fils aîné est mort du croup, crut reconnaître aussitôt chez son potaé les symptômes de cette maladie, et m'engagea à employer immédiatement une médication active. Cependant le petit malade ne toussait pas, et, depuis trois quarts d'heure que je causais avec son père, je n'avais pu constater encore l'existence réelle du croup. Une convulsion eut lieu, et l'usage des moyens proposés (vomitifs coup sur coup) fut ajourné.

Je fus rappelé vers le soir de la même journée. On me montra un lambeau de fausse membrane rendu après un violent accès de toux; tous les autres symptômes du croup étaient très marqués. Sept vomitifs furent administrés en trois jours. Chaque potion émétique provoqua plusieurs vomissements et l'expulsion de concrétions albumineuses. Après le quatrième vomitif, le malade rejeta une pellicule épaisse, présentant des traces d'organisation, une arborisation vasculaire manifeste. La fièvre était intense. On consulta M. Lessine de Binche, médecin instruit et expérimenté. L'existence d'un cas grave de vrai croup était évidente; il approuva mon traitement, et trois vomitifs furent encore prescrits. Après le septième, un lambeau membraneux fut encore rejeté. La convalescence fut lente; elle dura quatre à cinq jours.

Je dois mentionner encore la pommade mercurielle qui fut employée en frictions sur le cou, et les vésicatoires qui furent appliqués au bras et à la nuque.

Gastralgie. Hoquet convulsif. Guérison par les ferrugineux et la belladone. — Le même recueil publie un fait intéressant sous le rapport de la thérapeutique dû au docteur C. Le Bins, de Villebroeck.

Le 25 mai, je fus appelé dans la commune de Blaesveld, chez la demoiselle V..., âgée de vingt ans, d'une constitution nervoso-lymphatique, bien réglée, menant une vie sédentaire et tourmentée de chagrins domestiques, n'ayant jamais eu de maladie particulière, sinon la grippe en 1836. Cette demoiselle se plaignait depuis huit jours d'une douleur vive intermittente à la région épigastrique, douleur qui diminuait plus ou moins par la pression, se manifestait surtout le matin, et, diminuant dans la matinée, reparaissait vers les quatre ou cinq heures de l'après-midi pour finir vers le soir; la langue était pâle, large et nette; l'appétit peu prononcé; le régime ordinaire gras; l'ingestion de la viande ne causait pas plus de gêne ou de dérangement que l'alimentation féculente et lactée; il existait des bâillements fréquents, quelquefois des vomissements; pas de soif; constipation, urines claires, chaleur de la peau normale, pouls naturel, hormis pendant la douleur, durant laquelle il gagnait en fréquence de même que la respiration.

D'après l'ensemble de ces symptômes, je diagnostiquai une gastralgie, maladie assez fréquente dans nos contrées.

Pour combattre cette névropathie, j'ordonnai la promenade au grand air, la distraction; je conseillai à la malade de se défaire de ses chagrins domestiques, de prendre une alimentation douce et substantielle, des viandes rôties, des œufs frais, de l'eau aromatisée avec un peu de vin de Bordeaux. Je prescrivis tour à tour les antispasmodiques, les éthers, les opiacés, les amers, le magistère de bismuth à la dose de 6 à 20 grains; le sulfate de quinine à la dose de 14 grains unis à un grain d'extrait thébaïque à prendre pendant l'intervalle des douleurs; mais le tout sans succès.

J'appliquai aussi à la région épigastrique un vésicatoire dont j'entretins la suppuration et dont je saupoudrai la surface, de jour à autre, d'un demi-grain de sulfate de morphine, moyen qui réussit très souvent contre cette affection : même insuccès.

J'avais essayé ces différents remèdes jusqu'au 17 du mois de juin, et l'état de cette demoiselle empirait de jour en jour; elle maigrissait visiblement, sa physionomie devenait moins expressive; elle se plaignait de céphalalgie, de dyspnée, de débilité générale, de diminution des forces; la douleur épigastrique avait persisté; la peau et les muqueuses devenaient pâles; en un mot, la jeune malade devenait chlorotique sans éprouver de changement dans ses règles; un hoquet qui la fatiguait beaucoup vint encore augmenter sa pénible position.

Je continuai l'usage des antispasmodiques, de l'opium, de l'exutoire saupoudré de morphine, de l'eau de Bryone composée; je prescrivis, en outre, des ferrugineux.

Malgré ces moyens, le hoquet gagna en intensité et en fréquence, et il s'y joignit des vomissements de substances alimentaires. L'administration de l'acide sulfurique étendu d'eau ne procura ici aucun résultat favorable. Enfin, le 29 juin, je prescrivis 2 grains d'extrait de belladone, unis à 10 grains de sous-carbonate de fer, pour douze pilules, à prendre une pilule d'heure en heure. Dès le premier jour, le hoquet sembla avoir diminué de fréquence, et le quatrième jour de l'administration de ce mélange pharmaceutique, il avait disparu.

La continuation du sous-carbonate de fer, l'entretien du vésicatoire et un bon régime complétèrent la guérison au bout de vingt jours.

NOUVELLES.

Dans le concours pour les places de chirurgien sous-aide major, qui vient de se terminer au Val-de-Grâce, M. A. Dujardin a obtenu la première place. Viennent ensuite sur la liste de classement MM. Didiot, Claveau et Comon. Conformément à une disposition spéciale de l'ordonnance organique, ces messieurs seront envoyés directement dans les hôpitaux d'instruction en qualité de sous aides majors.

Treize élèves sur soixante-quatorze n'ont pas obtenu le chiffre d'admission.

—M. le docteur Phillips, de Liége, est arrivé à Paris, chargé par le gouvernement belge d'une mission relative à l'étude des rétentions d'urine chez les vieillards.

La Commission du prix d'Argenteuil étant assemblée, le moment est opportun, et M. Phillips peut recueillir des documents fort intéressants sur ce point si important de la thérapeutique.

— M. Duchesne-Duparc reprendra jeudi prochain, 1er octobre, ses consultations publiques et gratuites sur les maladies de la peau, à son Dispensaire (rue du Paon St-André, 8), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à dix heures du matin.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 115. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

(Suite du numéro du 10 septembre.)

Traitement de la blennorrhagie vulvaire. — Lorsque l'inflammation catarrhale affecte seulement la vulve, elle constitue une maladie très légère et facile à guérir. Quelques lotions avec la solution de nitrate d'argent, une ou deux fois par jour; l'isolement des surfaces avec des plumasseaux de charpie sèche, suffisent le plus ordinairement pour faire disparaître la maladie en quelques jours, quelquefois même en moins de quarante-huit heures.

Il n'en est pas de même lorsque la phlegmasie a gagné un peu en profondeur, dans la vulvite folliculaire, par exemple, et chez les femmes dont les tissus présentent des follicules profonds. Avec les moyens que nous venons d'indiquer, chez ces femmes, on guérit la surface; mais si l'on y regarde de près, si l'on examine avec beaucoup d'attention les régions malades, on voit sortir de quelques points des gouttelettes de muco-pus. Quelque chose que l'on fasse, quelques lotions que l'on emploie, la blennorrhagie ne guérit pas, et l'affection résiste. La seule manière de s'en rendre maître, c'est d'atteindre le fond du follicule avec le nitrate d'argent, ou mieux encore, de diviser le follicule avec l'instrument tranchant, avec un couteau à cataracte, par exemple, et de badigeonner le fond de la cavité avec le caustique, soit solide, soit en dissolution. Il est certaines blennorrhagies vulvaires dont on ne pourra venir à bout qu'en cherchant de cette manière les points affectés.

Ici, comme vous le voyez, il n'est pas besoin de mettre en usage des médicaments accessoires. Un peu de régime, du repos, et ces simples moyens sont très souvent suffisants.

Mais il y a des cas où la maladie ne se borne plus à un simple érythème; il survient un état phlegmoneux. On a recours alors aux antiphlogistiques; une ou deux saignées du bras, des bains entiers, des fomentations émollientes, des cataplasmes de farine de riz, de fécule, sont les premiers moyens dont l'usage est indiqué. Nous préférons, dans les cas de cette espèce, la farine de riz ou la fécule à celle de lin, qui détermine quelquefois la production d'eczéma.

Quant aux applications de sangsues, il faut prendre les plus grandes précautions. Une femme se présente au chirurgien, affectée de vulvite assez intense; on ne sait point encore d'une manière rigoureuse quelle est la nature de sa maladie; indépendamment de l'affection catarrho-phlegmoneuse, on ne peut savoir s'il n'y a point quelque part une ulcération primitive, inoculable; et l'on sait combien, chez les femmes, il est difficile de tout explorer. Rien de plus malaisé, lorsque l'on a examiné un femme, que d'affirmer d'une manière certaine que cette femme n'a rien. Dans l'incertitude où l'on se trouve sur l'existence du chancre dans certains cas de blennorrhagie vulvaire, il faut, autant que possible, ne pas mettre de sangsues dans des conditions qui risquent de favoriser les inoculations. Ainsi, pas de sangsues au pli génito-crural ni dans le voisinage de l'anus, points où des écoulements suspects peuvent venir apporter la contagion; pas de sangsues dans les parties déclives. On peut en mettre à l'hypogastre, dans les points les plus élevés du pli de l'aine; et surtout l'on doit prendre la précaution de tenir les parties où on les applique exactement couvertes, de manière qu'il n'y ait pas de possibilité d'inoculation de chancre. C'est pour avoir été pris de cette manière que nous vous tenons aujourd'hui ce langage, et que nous vous recommandons ces précautions.

Nous vous avons parlé d'une complication de la vulvite; nous voulons dire les abcès des grandes lèvres. Ces abcès doivent toujours être ouverts de bonne heure; on ne saurait vraiment trop se hâter d'y porter le bistouri. Il n'y a jamais de bénéfice à attendre longtemps, et souvent il peut, de cette expectation, résulter des accidents très graves. Du moment où un abcès se termine par suppuration, et que la fluctuation est déclarée, hâtez-vous d'ouvrir la tumeur; il n'y a pas de région où la suppuration se forme plus rapidement que dans le tissu cellulaire des grandes lèvres. Si vous tardez à ouvrir l'abcès, le pus a une grande tendance à fuser du côté du rectum; il file entre les feuillets de la cloison recto vaginale, et l'abcès, même dans quelques cas, a été s'ouvrir dans le rectum, en même temps qu'il s'ouvrait à l'extérieur par la vulve.

L'ouverture de ces abcès doit être faite largement, et surtout il faut prendre garde de débrider incomplétement et de laisser un cul-de-sac, qui pourrait devenir plus tard la cause de la formation d'un nouvel abcès.

Traitement de la vaginite. — Lorsque l'inflammation du vagin n'est pas compliquée du développement pathologique des follicules constituant la variété à laquelle on a donné le nom de *psorélythrie*, elle est ordinairement assez facile à guérir. La vaginite pure, sans complication de catarrhe utérin, est facile à vaincre dans la plupart des cas. Si vous n'avez affaire qu'à une phlegmasie peu intense, s'il n'y a pas de complication, voici le traitement à suivre. Des injections avec la solution d'azotate d'argent, dans la proportion de 2 grammes de sel pour 500 grammes d'eau distillée. Ces injections doivent être faites avec des seringues en verre, comme celles que l'on prescrit aux hommes dans le traitement de l'urétrite.

Et ici, quelques préceptes à donner pour faire les injections chez les femmes. Lorsque vous les leur conseillez, il arrive très souvent que le liquide de l'injection n'atteint pas toujours le fond du vagin. Il faut donc recommander à la malade de prendre une position qui permette d'atteindre le but que l'on se propose. La femme devra se coucher par terre sur un tapis, les pieds appuyés sur une chaise placée devant elle, par conséquent sur un plan horizontal plus élevé que celui de la tête. De cette façon, le bassin est également soulevé, et le vagin est déclive, de telle sorte que l'ouverture vulvaire est plus élevée que le fond du canal. La canule courbe de la seringue ne devra point être introduite jusque sur le col de la matrice lui-même; ce qui pourrait déterminer des accidents, soit d'une manière mécanique et par contusion directe, soit par la force trop grande du jet du liquide sortant de l'instrument. L'olive de la seringue doit seulement franchir l'anneau vulvaire; une fois l'injection poussée, la femme reste trois ou quatre minutes dans cette position pour laisser au liquide le temps d'agir sur la muqueuse vaginale. Vous n'oublierez pas non plus, car il n'est pas de petit détail qui doive échapper au médecin, de recommander aux femmes de s'essuyer avec de mauvais linges sacrifiés pour cet usage, la solution d'azotate d'argent les teignant en noir. Une ou deux injections par jour suffisent le plus ordinairement.

Concurremment avec ce traitement local, le régime doit être doux; on entretiendra la liberté du ventre, sans qu'il y ait nécessité d'aucune autre médication dans la vaginite simple. Mais il vous arrivera quelquefois de rencontrer des malades chez lesquelles l'affection ne cède pas. Nous voulons parler des cas dans lesquels il n'y a cependant pas de complication; dans la vaginite simple, rebelle, soit à la période de début, soit à celle de déclin, que faut-il faire? Le plus souvent dans cette vaginite qui résiste, on voit que les tissus du vagin tendent à s'altérer. Une très bonne chose à faire alors, un très précieux adjuvant du nitrate d'argent, c'est l'isolement des parois du vagin. Il y a longues années, près de quatorze ans, que nous avons insisté sur les avantages que l'on retire bien évidemment de l'isolement des surfaces malades. On isole à l'aide du tamponnement. Voici comment on s'y prend pour le pratiquer.

On commence par faire faire l'injection. Lorsque le liquide

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

SEPTIÈME CHAPITRE. (Suite.) — *Maladies de poitrine.*

La troisième forme de phthisie dont nous ayons à parler pourrait être désignée sous le nom de phthisie latente, *phthisis larvata.* Tandis que dans les types précédents l'attention du médecin était mise en éveil par l'état général du malade, ici, au contraire, l'ensemble de la constitution nous abuse et nous détourne de la véritable voie thérapeutique. Nous ne pouvons choisir un exemple plus frappant que la confusion trop commune de la chlorose et des tubercules. L'auscultation suffit, dira-t-on, pour lever tous les doutes, et les erreurs ne sont plus permises aujourd'hui. Peut-être ne sont-elles plus permises; mais elles sont encore fréquentes, et souvent difficiles à éviter.

Une malade jeune, à l'époque où les règles font leur première apparition, devient pâle, triste, languissante; elle a souvent des accès de fièvre le soir, les aliments succulents lui déplaisent, ses digestions sont entravées, sa nature morale en ressent le contre-coup; joignez à cela des symptômes nerveux, des douleurs vagues, errantes dans la poitrine et dans les membres, le bruit de souffle perçu distinctement au cœur et aux carotides: qui pourrait hésiter devant cet appareil de signes évidents? Les règles sont entravées, d'autres fois elles continuent; mais ce n'est pour personne une raison de nier la chlorose.

On promet alors une guérison prompte et sûre, et le fer est prescrit avec des ménagements; cependant rien ne s'amende, le mal reste stationnaire et force à doubler les doses sans qu'il en suive de meilleurs résultats. Les eaux ferrugineuses, qu'on ait choisi Schwalbach, le Stahlbrunnen de Hombourg ou les sources de la France, sont conseillées comme un moyen plus actif. Si la chlorose est légitime, souvent elles en triomphent; si c'est une phthisie larvée, voici les effets qu'elles produisent:

La malade ressent, après les premiers verres, une sorte d'excitation diffuse: elle se sent plus allègre et plus vive. Le changement de climat et d'habitudes, les distractions du voyage, le médicament lui-même ont contribué à son amélioration. Elle continue alors avec plus de zèle. Bientôt une oppression légère, qui s'explique toujours par cent motifs plausibles, la gêne dès qu'elle se couche; la difficulté a respirer fait des progrès, et une hémoptysie imprévue, brusque, sans douleurs, découvre enfin la gravité du mal. Il est trop tard alors de reconnaître qu'on s'est trompé; la médication a singulièrement accéléré la marche des tubercules. Au cas où l'hémoptysie ne surviendrait pas, la fièvre s'allume, le visage est injecté, il y a des moments d'excitation fébrile et d'entière prostration; les tubercules franchissent leur première période comme dans les phthisies aiguës.

Les raisons elles-mêmes qui avaient fait choisir Schwalbach ou les autres sources ferrugineuses gazeuses afin que le remède fût supporté à de plus hautes doses, rendent leur emploi plus dangereux. Outre que la présence du gaz acide carbonique aide plutôt qu'elle ne combat les congestions sanguines vers les organes supérieurs, l'eau, d'une saveur moins désagréable, d'une digestion plus facile, est prise en grande quantité. Qu'on se rappelle cet axiome des anciens: *Martem inimicum esse pectori*, et qu'en se le rappelant on s'abstienne des eaux minérales dès qu'il existe la moindre cause de soupçon.

Malheureusement il est assez difficile de porter un diagnostic précis quand l'affection tuberculeuse n'est qu'imminente. Les signes stéthoscopiques font défaut, la toux est un accident dont on ne tire aucune induction certaine. Il arrive souvent que les chlorotiques, même sans menace de phthisie, sont prises de petits accès de toux sèche et nerveuse auxquels on n'accorde, avec raison, aucune importance. Les douleurs scapulaires sont à peine plus significatives, surtout lorsqu'elles coïncident avec les tiraillements que les malades ressentent à l'épigastre, avec les douleurs musculaires du cou ou des membres, avec les spasmes des extrémités. Les prodromes des tubercules passent inaperçus, masqués comme ils le sont par les phénomènes nerveux auxquels se rapportent naturellement presque tous ces désordres. Le *tentamen* thérapeutique est encore le moyen le plus sûr, celui qui découvre le mieux la phthisie insidieuse. Quand la chlorose résiste aux préparations ferrugineuses, sous quelque forme qu'on les administre; quand les premières doses du médicament n'ont amené aucune amélioration, il convient, avant d'ordonner les eaux minérales, de procéder au plus minutieux examen. Pour peu que l'auscultation laisse des doutes, que les antécédents de la famille ou ceux de la malade inspirent quelque défiance, on doit s'abstenir des eaux ferrugineuses. Elles précipitent infailliblement la terminaison funeste. C'est à propos de ces malades qu'on pourrait dire, avec Stahl, que le fer préparé par les médecins est plus redoutable que celui que forgent les armuriers. A défaut d'une autre médication, nous donnerions la préférence aux sources salines muriatiques, sur l'emploi desquelles nous aurons plus loin occasion de revenir.

On rencontre fréquemment dans la pratique de jeunes filles qui, sans offrir à un si haut degré les attributs de la chlorose, s'en rapprochent cependant par leur état de langueur et d'anémie. L'opinion publique les condamne de loin à mourir poitrinaires, et leur physionomie est celle qu'on se représente ordinairement comme le type de la phthisie débutante. Des troubles nerveux se joignent le plus souvent à cette faiblesse de constitution. Or, comme les eaux d'Ems sont réputées guérir les affections nerveuses en même temps qu'elles soulagent les phthisiques, quelques médecins y envoient leurs malades dans l'espérance de remédier au mal actuel et de parer aux accidents à venir. Non-seulement nous ne reconnaissons pas l'efficacité des eaux alcalines dans les cas de ce genre, mais nous ne saurions trop nous élever contre leur usage, et surtout contre leur abus.

Avant de prescrire une source minérale, il sera nécessaire de rechercher avec soin quel appareil est le plus en souffrance dans ces frêles organisations. Si les fonctions gastriques sont languissantes, si l'appétit reste imparfait, ou que les digestions paraissent difficiles, peut-être les eaux salines prises en très petite quantité, aidées par un régime fortifiant, par des promenades au grand air, par un exercice bien entendu, rendront-elles quelques services. On se gardera d'entretenir une purgation continue, mais en même temps on combattra attentivement les constipations persistantes. Il est d'observation, en effet, que chez ces malades la constipation, pour peu qu'elle se prolonge, entraîne à sa suite de la toux et de la fièvre, deux accidents toujours redoutables quand on craint déjà l'apparition des tubercules.

Les individus dont nous parlons seront rarement envoyés aux sources elles-mêmes, la quantité d'eau qu'on leur conseille de boire est trop peu considérable pour nécessiter ces lointains déplacements. Aussi n'est-il pas hors de propos d'indiquer aux médecins qui n'ont pas l'habitude de diriger les eaux minérales, le meilleur mode d'administration. On peut après quelques tâtonnements modérer l'activité du sel marin, de manière à lui faire produire exactement les effets qu'on veut obtenir. Les eaux des sources de Louis (Ludwig-Brunnen) ou d'Elisabeth à Hombourg, sont alors préférables à celles de Kissingen, qui retiennent, malgré le transport, une plus forte proportion d'acide carbonique. La dose n'excédera jamais deux verres, pris le matin à jeun. Plus on aidera la digestion de l'eau minérale par des promenades ou un exercice en plein air, moins on en laissera boire à la fois, et plus on restreindra les chances des diarrhées consécutives. Dans le cas d'ailleurs assez fréquents où les eaux ainsi administrées détermineraient de la constipation, il suffira de changer les heures où le malade a coutume de prendre le remède, et de ne plus le prescrire à jeun. Ce serait une méthode plus incertaine que d'augmenter les doses en vue de provoquer les selles, parce que les effets dépassent alors ou du moins peuvent dépasser les prévisions.

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98, 113.

est sorti, on introduit un spéculum qui met à découvert les parties les plus profondes du conduit membraneux. A l'aide d'une pince, on introduit au fond du spéculum des boulettes de charpie fine ou de coton cardé, de manière à faire un cylindre plein de ces substances, qui forme un tampon élythroïde. Il faut avoir vu quelques malades dans ces circonstances et les avoir suivies avec attention pour comprendre tout le bénéfice de cette médication. Ce mode de pansement a cependant un inconvénient; c'est qu'il est nécessaire de le renouveler au moins une fois, souvent deux fois par jour; ce qui est désagréable pour la femme, assujettissant pour le médecin. Le plus ordinairement on se sert de charpie sèche; elle est bien préférable au coton cardé; le coton est un excitant mécanique qui par sa finesse même irrite un peu les parties avec lesquelles il est en contact; puis il n'absorbe pas aussi bien les liquides vaginaux que la charpie.

Pour les mêmes raisons, on doit employer de préférence la charpie de fil; il est bien entendu que chaque pelote ou bourdonnet de charpie ou de coton doit être muni d'un fil qu'on laisse pendre à l'extérieur pour faciliter leur extraction et ne pas nécessiter l'emploi des pinces à pansement.

Si sous l'influence du tamponnement les surfaces ne se modifient pas de suite, un moyen auquel on devra avoir recours, et que nous recommandons par-dessus tout, c'est l'emploi du nitrate d'argent solide. Une fois le col utérin mis à découvert avec le spéculum, on badigeonne toute la muqueuse vaginale avec le crayon, à mesure que l'on retire le spéculum, et on la cautérise ainsi dans toute son étendue.

Certains écoulements résistent encore à ces énergiques applications locales; on leur substitue alors les injections fortement astringentes, les solutions de sulfate d'alumine et de potasse; pour les vaginites chroniques non inflammatoires, sans altération de tissus exigeant des cautérisations profondes, nous nous servons d'injections composées suivant la proportion ci-dessous :

Alun,	4 à 8 grammes.
Eau commune froide,	1 litre.

Les malades doivent faire dans les premiers temps deux injections par jour.

Le sous acétate de plomb liquide peut être employé dans la même proportion.

En général, nous croyons avoir remarqué que les injections d'acétate de plomb, dans les vaginites chroniques sans altération de tissu et qui ont une tendance aux démangeaisons des organes génitaux, réussissent mieux que les injections avec l'eau alumineuse. Dans tous les autres cas, nous préférons l'alun. Dans quelques cas, nous avons tiré un grand parti du tamponnement fait avec des plumasseaux de charpie imbibés de la solution alumineuse dont nous venons de donner plus haut la formule. Ici, les femmes peuvent se faire ce tamponnement elles-mêmes, et c'est souvent la raison pour laquelle nous le prescrivons. C'est encore dans les cas d'écoulements blennorrhagiques vaginaux chroniques que vous trouvez les indications des injections de vin rouge, de vin dans lequel on a fait bouillir des roses de Provins, ou dans lequel on a fait dissoudre 8 ou 10 grammes de tannin pour un litre de liquide; on peut substituer au tannin de 4 à 8 grammes d'alun par litre. Nous avons essayé avec succès aussi les injections avec la décoction de feuilles de noyer soit simple, soit additionnée de quelques grammes d'alun. Il va sans dire que toutes ces injections doivent être faites froides.

Lorsque la vaginite est aiguë et se complique de phénomènes inflammatoires réactionnels, ce n'est pas par les moyens que nous venons d'indiquer qu'il faut faire commencer le traitement. On entretiendra d'abord la liberté du ventre. Ici, les boissons délayantes, les bains tièdes, les injections pendant le séjour dans le bain, puis les décoctions émollientes et légèrement narcotiques; de têtes de pavots, additionnées de quelques cuillerées d'amidon, décoctions qui, dans cette circonstance, doivent être employées tièdes, et forment dans le vagin une sorte de cataplasme liquide. Il nous a souvent semblé que la décoction de racine de guimauve, que l'on prescrit le plus ordinairement comme émolliente, est un émollient *âcre*, si nous pouvons nous exprimer ainsi, lorsqu'elle est mise en contact avec certaines membranes muqueuses. Chez quelques malades, l'inflammation peut être assez vive pour nécessiter l'emploi de véritables cataplasmes intravaginaux, que l'on compose en faisant injecter dans le vagin la fécule, la farine de graine de lin, en consistance demi-solide, et préparée comme pour faire un cataplasme ordinaire.

Traitement du catarrhe utérin. — Le catarrhe utérin peut se présenter soit à l'état d'acuité, soit à l'état chronique. Aigu, il exige un traitement antiphlogistique énergique, proportionné dans tous les cas à l'intensité et à l'état d'acuité de l'affection. Pour peu que l'on ait affaire à un catarrhe utérin d'une certaine acuité, à une métrite parenchymateuse, on retire de grands avantages de l'emploi des saignées générales. Si l'on a affaire à des sujets faibles et débilités par une cause quelconque, qu'on ne puisse point pratiquer des saignées du bras et qu'il faille recourir aux sangsues, quel est l'endroit où il faut les appliquer? Ce n'est point au pli génito-crural, ce n'est point à l'anus; la même remarque trouve ici son application que nous avions faite précédemment Les sangsues, appliquées au pourtour de la vulve, contribuent plus à fluxionner le système utérin en y attirant le sang qu'à le dégorger. Le lieu d'élection, pour l'application des sangsues, c'est la région sacro-lombaire de préférence à toute autre. Rappelez-vous seulement que, chez les femmes un peu grasses, les sangsues appliquées à la région sacro-lombaire saignent peu, et qu'il faut par conséquent en appliquer un plus grand nombre. Au nombre des moyens antiphlogistiques les bains occupent sans contredit la première place, mais toujours des bains entiers. Autant l'on obtient de bons effets des bains entiers dans ces circonstances, autant les bains de siége sont nuisibles. C'est là un précepte sur lequel M. Lisfranc ne cesse, et avec beaucoup de raison, d'appeler l'attention des praticiens, et de la vérité duquel vous ne sauriez vous pénétrer trop profondément.

En général, le catarrhe utérin aigu cède assez facilement. Les antiphlogistiques, les injections vaginales émollientes, les cataplasmes, les décoctions sédatives de morelle et de pavot, auxquelles on ajoute quelques gouttes de laudanum de Sydenham, en font assez promptement justice. Mais lorsqu'il s'agit d'écoulements chroniques, il n'en est plus de même.

Une fois le catarrhe utérin établi d'une manière chronique, dans quelques circonstances heureuses, mais rares et comme exceptionnelles, les moyens que nous avons signalés pour l'écoulement aigu ont pu avoir assez d'influence sur l'utérus pour faire disparaître cette affection. Mais souvent la vulve se guérit, le vagin redevient et reste parfaitement sain, la matrice reste le siége d'un catarrhe chronique. Ce qui nous a quelquefois réussi alors, c'est la cautérisation d'abord des ulcérations granulées avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure; pour être juste, nous devons dire que ces dernières sont incontestablement de beaucoup préférables aux autres, et sont plus efficaces que les premières. Mais ceci ne peut s'appliquer qu'à l'extérieur.

S'agit-il de pénétrer dans la cavité de l'utérus lui-même, on se sert, pour y porter le nitrate d'argent, du porte-caustique de M. Lallemand pour le canal de l'urètre. On introduit l'instrument aussi profondément qu'il est possible, puis on le laisse séjourner une ou deux minutes; le nitrate d'argent fond dans l'utérus, et la cautérisation produit là ce qu'elle produit partout. Le jour même ou le lendemain, il y a sécrétion sanguinolente ou séro sanguinolente par les points qui se sont trouvés en contact avec le nitrate d'argent. On a conclu de ce fait, de cet écoulement séro-sanguinolent, que le nitrate d'argent était un emménagogue. C'est une erreur profonde. Le nitrate d'argent agit sur les tissus de la matrice comme il agit sur la muqueuse de l'urètre chez l'homme, et l'on sait combien est fréquent, dans le traitement de la blennorrhagie de l'homme par les injections de nitrate d'argent à haute dose, le suintement ou même l'écoulement sanguin, presque contant, et que l'on serait presque tenté de considérer comme un des éléments de la guérison.

Il y a des circonstances dans lesquelles, malgré ces cautérisations intra-utérines avec le nitrate d'argent, malgré le tamponnement péri-utérin, la maladie résiste. Que faut-il faire alors? Les auteurs sont partagés sur ce point. Les uns engagent les malades à conserver cette affection sans s'en inquiéter davantage; d'autres, et nous sommes de ceux-là, pensent qu'il faut chercher à guérir cet écoulement. Nous avons essayé les injections intra-utérines pour tâcher d'atteindre directement la membrane muqueuse qui tapisse cet organe. Nous croyons être le premier qui ait tenté les injections dans l'intérieur même de la matrice. On trouvera, dans les Mémoires de l'Académie de médecine, les communications que nous avons faites sur ce sujet à ce corps savant. Nous les avons pratiquées avec le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, les préparations d'iode, etc.

Voici ce qui se passe lorsque l'on fait avec quelqu'une de ces substances des injections dans la cavité utérine. Le plus souvent, les femmes sont prises de douleurs très vives dans la région hypogastrique, douleurs affectant un caractère particulier. et constituant ce que l'on appelle les *coliques utérines.* Ces coliques ont un retentissement dans les régions iliaque et lombaire, et s'accompagnent quelquefois d'accidents nerveux très prononcés, hystériformes, qui donnent tout à coup à la maladie beaucoup de ressemblance avec une péritonite suraiguë débutant d'une manière apoplectique. Cette analogie est tellement grande entre les douleurs utérines et celles du début de la péritonite suraiguë, que quelques auteurs les ont données, dans les cas d'injections utérines, comme des symptômes de péritonite véritable. Nous avons fait pour notre part un grand nombre d'injections utérines, jamais nous n'avons eu de péritonite. Les douleurs déterminées par l'injection durent quelques heures, six ou huit au plus. C'est l'analogue, avec un peu d'exagération peut-être, de ce qui se passe dans certaines injections de la tunique vaginale.

Si l'on fait l'injection avec lenteur et ménagements, ces accidents ne se développent pas ordinairement, ou sont de peu d'intensité, et présentent peu de gravité. Cependant, comme on ne peut pas toujours prévoir ce qui va arriver, et que, malgré toutes les précautions, des accidents peuvent ici survenir comme après toutes les autres opérations, même les plus simples, nous ne conseillons pas aux jeunes praticiens de la ville de mettre en usage ces injections intra-utérines. La nouveauté, et en quelque sorte la singularité de l'opération, ne manqueraient pas de lui nuire beaucoup si le résultat n'en

---

Les bains aideront à l'action du médicament; mais ils exigent impérieusement les précautions les plus exquises pour éviter les refroidissements L'usage de la *mutter-laüge*, à la dose de quatre à huit litres, ne sera profitable que dans les cas où l'excitation nerveuse est assez modérée pour ne pas devenir un symptôme saillant. Cette médication poursuivie pendant un laps de temps suffisant nous a donné des résultats favorables, et nous la recommandons comme un moyen énergique et en même temps comme un de ceux qu'on peut continuer sans provoquer la vive excitation qu'entraînent à leur suite presque tous les toniques.

Lorsque les malades faibles et demi-anémiques n'éprouvent aucun dérangement dans les fonctions digestives, que la poitrine est plus volontiers compromise, que les rhumes naissent et se développent au moindre incident, les eaux sulfureuses, quoique ordonnées avec des succès bien divers, sont de beaucoup supérieures aux sources salines muriatiques.

Telles sont les principales indications suivant lesquelles le médecin nous semble devoir diriger le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire, quand il croit utile de faire intervenir les eaux minérales des bords du Rhin dans cette cure.

Soit que les remèdes essayés n'aient pas atteint le but, soit que le médecin ait été consulté à une époque plus avancée de la maladie, on aura trop souvent l'occasion de se demander si les eaux minérales comptent encore des chances de succès après que l'existence des tubercules est devenue incontestable. Il ne s'agit plus ici de guérir un mal contre lequel tous nos procédés sont impuissants, mais d'en retarder la fin nécessaire et d'obtenir une de ces suspensions qu'il nous est quelquefois permis d'espérer.

A la première période de la tuberculisation lente, quand les lésions anatomiques s'annoncent par la rudesse de la respiration et que les tubercules n'ont pas envahi une grande étendue, les médecins allemands ne voient aucune contre-indication à l'usage des remèdes que nous avons signalés. La plupart ne partagent pas l'opinion de Laënnec quant à la curabilité de la phthisie. ils comptent moins sur la cicatrisation des cavernes que sur la possibilité d'enrayer les accidents au début. Nous n'avons pas à intervenir dans cette discussion pathologique, car il est pour nous trop bien démontré que les eaux minérales n'ont rien à revendiquer dans ces rares et heureuses améliorations. La fièvre du soir, les sueurs nocturnes sont déjà des symptômes contre lesquels les sources minérales restent au moins impuissantes. Nous avons vu à Ems des malades amenés malgré ces signes fâcheux et soumis à la médication ordinaire : nous n'en n'avons pas trouvé qui eussent à se louer de leur séjour. La fille d'un savant médecin étranger, à laquelle en désespoir de cause on avait prescrit les eaux alcalines, n'a même pas été en état de continuer leur usage. Les sueurs si fatigantes avaient redoublé d'intensité; la faiblesse devenait extrême; on fut obligé de renoncer à toute tentative et de s'abstenir même du demi-verre d'eau auquel on avait consenti par condescendance.

Peut-être serait-on plus heureux en essayant d'opposer à la diarrhée qui commence les eaux salines muriatiques à la dose plus que modérée d'un verre chaque matin pris en trois à quatre fois après une demi-heure d'intervalle. Le sel, aidé dans ses effets par l'acide carbonique. dont on a soin de laisser dégager la plus grande partie, modère souvent les évacuations et ravive l'appétit en même temps qu'il le régularise. Notre expérience serait favorable à l'emploi de ce moyen; soit qu'on préfère la source de Louis à Hombourg ou celle de Kissingen adoucie. soit qu'on compose artificiellement un médicament analogue avec le sel marin et l'eau de Seltz. Les médecins du siècle passé ont attribué de bons effets au lait coupé de moitié d'eau de Selters naturelle, qui contient, comme on le sait, une assez notable proportion de sel marin. L'opium, le diascordium ont si souvent le désavantage de fatiguer l'estomac des malades, l'économie s'habitue si bien même aux doses croissantes qu'il n'est pas sans utilité d'avoir, au commencement de la maladie, un autre palliatif à leur substituer.

Les affections chroniques de la poitrine que n'accompagne aucun signe de tuberculisation peuvent être classées dans les catégories précédentes. Nous avons, en effet, insisté sur les formes que la maladie emprunte à la constitution plutôt que sur le développement local des tubercules. Ainsi, le catarrhe des bronches, la plus fréquente des lésions chroniques, requiert un traitement différent suivant les conditions individuelles qui l'entretiennent ou lui ont donné naissance. En général, on sera moins circonspect dans le mode d'administration; on prescrira les eaux minérales appropriées à des doses plus considérables.

Le vague qui règne encore, et régnera longtemps sans doute sur la génération intime des tubercules, ne permet pas d'éprouver les malades par de trop vives commotions. Nous devons même user de tant de prudence que le climat et les variations atmosphériques méritent d'être pris en sérieuse considération. Il paraît démontré que toute transition d'un pays soumis à des températures extrêmes à une région tempérée est favorable aux phthisiques. Aussi les Russes, qui fréquentent en grand nombre les sources d'Ems, en retirent-ils un soulagement dont l'honneur revient souvent à la douceur relative du climat. Il en est de même des habitants des régions tropicales où la phthisie compte de nombreuses victimes; transportés dans nos pays, ils marchent moins rapidement vers le terme de la maladie. Ems est sous ce rapport dans une position exceptionnelle. Entouré de hautes montagnes qui ferment la vallée, il est exempt des brusques passages du chaud au froid, et garde durant la plus grande partie de l'année une température douce et humide. Baden-Baden est situé dans un bassin plus large où les variations de chaleur seraient plus appréciables. Hombourg, bâti à l'extrémité d'une vaste plaine, protégé seulement par la chaîne du Taunus d'ailleurs assez éloignée de la ville, ne réunit pas les mêmes avantages. L'air y est vif et sec. Aussi croit-on avoir observé que le peu de phthisiques auxquels on avait conseillé le séjour de ce bain devenaient bientôt sujets à d'abondantes hémoptysies. Quelque valeur qu'on veuille attribuer aux influences atmosphériques, nous y attachons assez d'importance pour ne nous servir que des eaux naturelles exportées et n'envoyer à Hombourg aucun malade menacé de tubercules.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— Erratum. — Feuilleton du n° 113, 4e colonne; 1er alinéa. *Au lieu de :* la fréquence de la persistance des deux heures d'hiver, *lisez :* la fréquence *et* la persistance des *rhumes* d'hiver.

Au rapport du docteur anglais Wilson, les pharmacies chinoises sont vastes et disposées avec régularité et d'une manière commode. Elles sont garnies d'un grand nombre de tiroirs et de pots. Chaque classe de médicaments occupe un casier différent; le camphre, la rhubarbe, la réglisse, se remarquent en première ligne; les sels purgatifs, le calomel. les teintures, l'opium, ne semblent pas faire partie de la matière médicale chinoise. La visite du médecin est de 1 schelling (1 fr. 25 c.). Le nombre des articles prescrits dans les immenses ordonnances du docteur est rarement au-dessous de neuf ou dix. Ce sont le plus souvent des poudres, des racines incisées et d'autres substances sèches. Ce n'est que par exception qu'on voit des médicaments liquides sortir d'une pharmacie chinoise. Le peuple chinois a un goût très prononcé pour la médecine. Néanmoins, les pharmacies sont d'une extrême simplicité, et ne font aucun charlatanisme dans leur devanture. M. le docteur Wilson a vu cinq bols plus volumineux que nos billes de marbre, qui devaient être pris en une seule dose par un homme qui se plaignait de coliques. Le *ginseng*, ce médicament fabuleux des Chinois, qui est toujours l'objet presque d'un culte, remède qui est le garant de la santé, et qui est le véritable aliment de la vie, est d'un prix si élevé que le plus grand nombre des malades ne peut y atteindre. Il est renfermé dans des boîtes solidement construites et distribué dans de petites cases qui en contiennent chacune environ 1 gramme. M. Wilson a vu chez un droguiste un morceau de ginseng qui, d'après le cours, devait être vendu à raison de 25 dollars, ou environ 120 fr. les 30 grammes. (*Bull. de thér.*)

était pas heureux.

Quelques auteurs ont dit que le liquide de l'injection pouvait passer dans la cavité du péritoine. Sur le cadavre, on a fait des expériences avec des liquides colorés, et l'on a pu faire pénétrer, en effet, le liquide dans le péritoine, en fixant préalablement sur la canule de la seringue le col utérin avec une ligature fortement serrée, et en pratiquant une injection forcée. De cette manière, mais de cette manière seulement, on a pu, chez des femmes récemment accouchées, faire pénétrer le liquide de l'injection dans les sinus veineux très développés, comme ils le sont à la fin de la gestation. Nous ne le nions pas ; mais, nous le répétons, sur qui et comment ont été faites ces injections ? Sur le cadavre seulement, et au moyen de manœuvres forcées. Que si, au contraire, vous introduisez dans le col et dans la cavité de l'utérus une canule tellement fine et étroite qu'il reste un intervalle entre l'instrument et le col ; si, de plus, vous poussez le liquide doucement, il aura beaucoup plus de facilité à sortir par le col utérin qu'à pénétrer dans le péritoine par les trompes, qui ne sont traversées que par un canal véritablement capillaire à l'état normal. Ajoutez à cela que la vitalité des tissus, la nature des liquides astringents, contribuent à resserrer encore les parois de ces conduits, et vous verrez que cette crainte est tout à fait illusoire. Elle est aussi peu fondée que celle qu'ont conçue quelques auteurs de faire pénétrer le liquide des injections urétrales dans la vessie en ne se servant que d'une seringue de verre ordinaire.

Pour faire ces injections, voici comment nous nous y prenons : la seringue est munie d'une canule très étroite en gomme élastique, de la longueur du vagin ; la seringue, composée d'un double corps de pompe, l'un intérieur, destiné à contenir le liquide médicamenteux, l'autre, extérieur, rempli d'eau simple, se manœuvre à l'aide d'un double piston, de telle sorte que chacun peut agir indépendamment de l'autre. Le liquide que nous employons maintenant est une solution d'iode dans la proportion de deux à trois grammes d'iode pour 100 grammes d'eau distillée, ou de nitrate de mercure au huitième, au dixième, ou moins encore, soit enfin de nitrate d'argent. Ce sont maintenant les injections iodées auxquelles nous donnons la préférence. L'injection doit se faire avec beaucoup de lenteur et de précautions. On commence par injecter dans la cavité utérine la valeur de deux ou trois cuillerées à café d'eau simple pour laver la muqueuse qui tapisse l'organe ; puis la même quantité du liquide médicamenteux ; puis enfin on pousse de nouveau le piston extérieur pour remplacer le topique par de l'eau pure. Nous vous recommandons, si jamais vous avez à faire des injections intra-utérines de cette espèce, de faire usage de cette double seringue, imaginée par M. Charrière, et qui offre l'immense avantage de substituer l'un à l'autre liquide sans être obligé de changer d'instrument. C'est principalement chez les femmes scrophuleuses que nous employons avec avantage la teinture d'iode, qui réussit mieux chez elles que chez toutes les autres.

On a proposé comme moyen pouvant être utile, le tamponnement de la cavité utérine elle-même. Si le tamponnement du vagin et l'isolement des surfaces est suivi d'heureux résultats, celui de l'utérus sera également efficace ; mais seulement il est très difficile à exécuter, et les manœuvres que l'on tente sur l'utérus pour introduire les mèches de charpie peuvent devenir la cause d'excitation nerveuse, susceptible de produire des accidents graves. Cependant, ce sont là des moyens à ne pas négliger.

Jusqu'à présent, nous avons parlé du traitement local exclusivement ; pour le traitement général, il faut étudier d'abord l'état des malades qui se présentent à vous. Ce sont des femmes lymphatiques le plus souvent, se trouvant dans des conditions de chlorose et d'anémie, d'appauvrissement du sang ; souvent chez elles la peau fonctionne mal. Vous aurez recours à la flanelle ; vous conseillerez les amers, les ferrugineux. Un moyen que l'on a trop vanté, c'est l'emploi du seigle ergoté ; nous n'en avons pas retiré d'aussi merveilleux effets que les praticiens qui l'ont conseillé. Chez quelques malades, nous avons avec quelque avantage prescrit le seigle à la dose de 0,60, 0,80, un gramme même par jour. Mais ce moyen, comme tous les autres, échoue fréquemment. L'eau goudronnée peut aussi amener quelquefois la guérison ; les substances regardées comme spécifiques, le cubèbe, le copahu, sont souvent plus nuisibles qu'utiles. Les injections avec l'eau contenant du cubèbe en suspension dans le traitement de la vaginite, sèchent le vagin pour le moment ; mais la guérison ne se soutient pas aussi bien que par les moyens que nous vous avons signalés dans le cours de cette conférence.

Inutile de vous dire que les traitements antisyphilitiques sont non seulement inefficaces, mais nuisibles, et que d'ailleurs il n'y a aucun motif de les mettre en usage,

Lorsque l'urétrite est dans la période aiguë, on se contentera le plus souvent des boissons délayantes ; quelquefois un ou deux bains entiers ; quelques sangsues sur la région épigastrique ; des lavements émollients, même à la période d'acuité, la blennorrhagie urétrale est le plus communément peu douloureuse. Une fois la période d'acuité tout à fait passée, le cubèbe et le copahu à l'intérieur, comme chez l'homme, seront avantageux. Il y a entre cette affection chez l'homme et chez la femme la plus parfaite analogie. Il est rare que chez la femme la blennorrhagie urétrale nécessite d'autres moyens. Si cependant elle ne cédait pas promptement, on se trouverait bien de l'emploi des injections de nitrate d'argent dans le canal de l'urètre, ou mieux encore, vu la difficulté des injections urétrales, de l'emploi du crayon de nitrate d'argent introduit dans le canal, et promené à deux ou trois reprises dans toute son étendue.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 29 septembre 1846. — Présidence de M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. le président* annonce que M. Duportal, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier et membre correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

— *M. Henry* lit successivement trois rapports officiels sur de nouvelles sources minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— *M. Bégin* lit au nom d'une Commission composée de MM. Husson, Cruveilhier et Bégin, rapporteur, un rapport sur la proposition qui a été faite à l'Académie de placer le buste de Dupuytren dans la salle de ses séances. La Commission a décidé à l'unanimité que la proposition devait être soumise à l'adoption de l'Académie.

M. le président. Ce rapport n'est pas de nature à être discuté ; j'en mets la conclusion aux voix. L'Académie adopte unanimement.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la peste.

M. Prus demande qu'il soit procédé à la lecture des articles en délibération, et la permission de donner communication à l'Académie d'une lettre qu'il a reçue, en date du 7 septembre, de M. Clot-Bey.

M. le président donne lecture de la quatrième conclusion, qui est conçue en ces termes :

« La peste se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes, répandus dans des endroits clos ou mal ventilés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

» Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades

» De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

» Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle, que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

La discussion est ouverte sur le premier paragraphe.

M. Collineau. Ne serait-il pas plus convenable de dire, au lieu de : miasmes qui s'échappent, miasmes qui *s'exhalent* ; car c'est une véritable exhalation qui a lieu dans ce cas.

M. Prus. Cette expression aurait l'inconvénient de préjuger le mode de transmission ; or c'est ce que la Commission a voulu éviter.

M. Hamont monte à la tribune, et vient soutenir de nouveau, dans une note écrite, la doctrine de la contagion. Il rappelle l'expérience des cinq condamnés à mort dont quatre eurent la peste, les expériences qu'il a faites lui-même sur des animaux auxquels il a inoculé la peste, les expériences de Ceruti, les faits rapportés par Gaëtani-Bey, Lasperansa, Heim ; il rappelle enfin l'expérience de cet Egyptien qui donna la peste à ses enfants, et il conclut en disant que la peste est évidemment contagieuse, et que l'Académie doit franchement exprimer cette opinion.

M. Rochoux n'a aucune objection à faire à cette proposition ; il a admis les trente-deux premières conclusions, par conséquent il admet aussi les cinq nouvelles conclusions qui la résument. Il pense cependant que l'on eût été plus clair en se servant de l'ancien langage, en disant tout simplement : la peste est contagieuse.

M. Dupuy présente quelques observations relatives à l'inoculation. Il croit qu'on a conclu à tort de la présence de quelques pétéchies à la contagion de la peste, car les pétéchies ne caractérisent pas la peste ; ce qui la caractérise, ce sont les bubons.

M. Villeneuve aurait voulu qu'on dît un mot de la transmissibilité par les cadavres.

M. Nacquart ne pense pas qu'il soit parfaitement rigoureux de dire que la peste peut se transmettre à distance par les miasmes, tandis que dans un autre paragraphe on conteste que la peste soit transmissible par contact. Il y a là une sorte de contradiction, car, lorsqu'un individu sain aura été en contact avec un pestiféré, et qu'il aura contracté la peste, il sera fort difficile de dire si c'est par les miasmes exhalés du malade ou par le contact qu'il aura contracté la peste.

M. Prus. M. Nacquart fait un raisonnement : je répondrai que nous n'avons pas d'objections théoriques à opposer à ses observations ; nous n'avons voulu d'autre guide que les faits précis ; or, les faits disent que des individus en rapport éloigné avec des pestiférés ont contracté la peste. Voilà un fait dont nous sommes certains et que nous exprimons. Quant à savoir si la peste serait transmissible par contact, du moment où la maladie peut être transmise par l'absorption des miasmes, il devient impossible de savoir si le contact influe ou non sur la transmission de la maladie. La Commission ne dit pas que cela ne soit pas, elle dit qu'elle ne le sait pas.

M. Nacquart. En ce cas, la Commission est trop affirmative ; je demande qu'elle exprime son opinion avec plus de réserve.

M. Prus ne croit pas qu'on puisse mettre plus de réserve qu'il n'y en a dans cette proposition.

M. Rochoux. M. Nacquart demande qu'on dise comment se transmet la peste. Il trouvera la réponse dans Lancisi, qui a dit que les miasmes étaient absorbables à la fois par la peau et par les muqueuses, c'est-à-dire par le corps tout entier. Mais si l'on compare la surface de la peau avec la surface pulmonaire, on trouve que celle-ci a soixante-cinq fois l'étendue de la peau ; on ne peut donc douter que ce soit surtout par les poumons que s'effectue l'absorption. Les plus ardents partisans de la contagion l'admettent ainsi ; c'est une question résolue.

M. Castel demande la suppression de la première partie de la conclusion, qui est, suivant lui, inutile et en contradiction avec une proposition déjà adoptée par l'Académie, dans laquelle il est dit que la peste n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique. En disant que la peste n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique, on s'ôte le moyen de prouver qu'elle est contagieuse parce que l'influence épidémique donne tout. Quant à dire que la peste ne se transmet que par miasme, c'est, qu'on me passe le mot, une niaiserie ; comment veut-on qu'elle se transmette autrement que par les miasmes exhalés des corps malades ? Cette proposition est donc au moins inutile. Il n'y avait à dire que ceci : La peste peut être à la fois épidémique et contagieuse

Le premier paragraphe est mis aux voix et adopté.

Deuxième paragraphe. — M. Gaultier de Claubry. Ce deuxième paragraphe est absurde. Vous ne saurez jamais en approchant un malade si c'est par contact ou par absorption pulmonaire que l'on contracte la peste.

M. Nacquart rappelle l'expérience de Bichat, qui tend à démontrer que l'absorption des miasmes n'est pas moins active par la peau que par les poumons.

M. Lagneau ne demande pas la suppression de ce paragraphe, mais il voudrait qu'on le modifiât. Il voit deux choses : la transmission par les miasmes et la transmission par contact immédiat. La première suppose une accumulation, une concentration de miasmes dans un point, tandis qu'on peut très bien concevoir la transmission par contact sans cette condition. Il voudrait qu'on fît sentir cette distinction dans la proposition.

M. Bégin. Cette proposition est des plus importantes ; elle a trait à la fois aux faits et à l'opinion que l'on doit chercher à répandre dans le monde sur la contagion Si vous laissez répandre dans le public l'opinion qu'il suffit de toucher un pestiféré pour contracter la peste, c'est là un grave inconvénient, car, outre que les faits ne le démontrent pas, vous provoquerez en quelque sorte un acte d'inhumanité en empêchant les personnes qui entourent un pestiféré de lui donner les secours nécessaires. (Aux voix !)

Le deuxième paragraphe est mis aux voix et adopté.

Troisième paragraphe. — M. Gaultier de Claubry rappelle un fait qui s'est passé à Gand lors d'une épidémie de typhus et qui tend à démontrer que cette maladie est transmissible par les hardes. Vingt-trois ouvriers furent occupés à transporter des draps qui avaient enveloppé des individus atteints de typhus ; dix-sept d'entre eux contractèrent la maladie, qui n'existait plus alors dans la ville.

M. Prus. Pour admettre que les hardes peuvent transmettre la peste, il faut que les faits ou des expériences bien faites le prouvent. Or, jusqu'à présent, toutes les expériences sont frappées de nullité par ce seul fait qu'elles ont été faites dans les foyers d'épidémie. Cette proposition est de la plus haute importance, car l'administration est extrêmement embarrassée, plus embarrassée pour les hardes que pour toute autre chose ; nous ne pouvons donc pas conseiller l'administration sans avoir nous-mêmes une certitude. Aussi proposons-nous de faire des expériences dans le lazaret de Marseille pour résoudre cette question. Il ne faut pas méconnaître d'ailleurs qu'il a été fait des expériences en grand en Orient, et partout par la vente publique des effets ayant appartenu aux pestiférés ; or, jusqu'à présent, aucun fait authentique n'a démontré que ces effets aient communiqué la peste à quelqu'un.

M. Moreau. Il faut être conséquent cependant. Dans le premier paragraphe vous dites que la peste se transmet par les miasmes émanés des corps des malades ; mais si vous admettez ce mode de communication, vous devez rigoureusement admettre aussi que les hardes peuvent transmettre la peste ; car il est difficile de concevoir que les miasmes qui s'exhalent des corps malades n'imprègnent pas les effets qui les recouvrent.

La Commission propose des expériences. Ne semblerait-il pas que vous voulez sacrifier la vie de quelques-uns de vos semblables pour résoudre cette question ? Il serait plus convenable, ce me semble, de substituer au mot *expériences*, le mot *observations* ; les expériences se présenteront d'elles-mêmes.

M. Prus. En 1835, lorsqu'après l'épidémie on restitua l'hôpital de l'Eskebié à sa première destination, cinq cents couvertures servirent aux nouveaux malades sans avoir été ventilés ; il n'en résulta pas un seul cas de peste.

Quant aux expériences que la Commission propose, qu'on se rassure, elle n'entend sacrifier la vie de personne. On peut être assuré que si elles sont agréées, on trouvera des personnes disposées à s'y soumettre.

M. Castel oppose aux faits cités par M. le rapporteur, des faits dont il semble s'obstiner à ne pas tenir compte, ceux qui se sont passés dans l'armée d'Egypte. Les médecins de l'armée d'Egypte ont cité nombre de cas de transmission de la peste par les effets. Quant aux expériences qu'on propose, M. le rapporteur semble laisser entrevoir le dessein qu'il a eu... Mais ces expériences ne seront pas accueillies par l'administration, on s'en moquera, on traitera la proposition de l'Académie de forfanterie.

M. Nacquart propose de substituer le mot *observations* au mot *expériences*, et d'ajouter ces mots : En dehors des foyers de peste. (Appuyé.)

M. Prus adhère à cette modification.

M. Moreau Mais M. Hamont a cité des faits qui semblent assez concluants pour juger la question.

M. Prus. Les faits cités par M. Hamont ont déjà été produits devant la Commission, qui ne les a pas jugés ainsi. (Aux voix ! aux voix !)

Le troisième paragraphe, modifié par l'amendement de M. Nacquart, est mis aux voix et adopté.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 septembre 1846. — Présidence de M. DUMÉRIL.

M. Tavignot envoie à l'Académie la description d'une opération de pupille artificielle pratiquée sur un sujet chez lequel la chambre intérieure manquait.

— *M. Chevalier* annonce à l'Académie que MM. Bricheteau et Boys-de-Loury se sont occupés spécialement de la question des accidents causés chez les ouvriers par la vapeur de phosphore. Ces deux médecins ont questionné un grand nombre de fabricants de phosphore, lesquels leur ont affirmé n'avoir jamais vu survenir aucun des accidents que des recherches récentes ont attribués à la fabrication des allumettes chimiques. Le seul accident, suivant eux, serait une toux légère facile à dissiper.

A propos de cette communication, *M. Velpeau* raconte l'histoire d'un malade employé à la fabrication des allumettes, et qui est maintenant dans ses salles affecté de cette nécrose des os maxillaires supérieurs niée par ces derniers observateurs ; pour sa part, il regarde cette affection comme ayant un caractère tout particulier, et ne ressemblant en rien aux maladies ordinaires des os. Les renseignements donnés par les fabricants ne doivent être pris qu'en très minime considération, d'abord parce qu'ils ne sont pas compétents, puis parce qu'ils sont intéressés à cacher les accidents qui peuvent atteindre leurs ouvriers.

— *M. Durand de Lunel* adresse un travail intitulé : *Lois synthétiques du mouvement vital.*

REVUE GÉNÉRALE.

Constipation simulant une péritonite. — Le docteur Salgues publie dans la *Revue de Dijon* le fait suivant, qu'il fait suivre de quelques réflexions intéressantes :

Une femme de vingt-sept ans entre à l'hôpital ayant l'abdomen tendu et très douloureux ; la moindre pression ne peut être supportée ; elle a de la constipation, des nausées et de la céphalalgie ; le pouls est dur, serré et fréquent. Deux jours avant, elle s'était plainte de violentes palpitations du cœur, qui avaient fait croire à un médecin, habile d'ailleurs, que cette femme portait une péricardite. Offrait-elle quelques signes physiques ou autres propres à justifier ce singulier diagnostic, nous l'ignorons. On lui proposa une saignée qui fut rejetée par la malade.

Pour nous, lorsque nous examinâmes la région du cœur, nous n'y trouvâmes rien d'anormal. Persuadé que cette femme souffrait d'une péritonite, et avec d'autant plus de raison que les règles s'étaient supprimées trois jours avant et que le molimen utérin avait pu se diriger sur la séreuse abdominale, nous allions lui prescrire une forte application de sangsues, lorsque nous apprîmes que huit jours s'étaient écoulés sans qu'elle eût été à la garde-robe ; on lui donna alors immédiatement 45 grammes d'huile de ricin. De nombreuses selles mirent fin aux douleurs de cette femme, simplement affectée d'une irritation péritonéale produite par sa coprostasie. Ce fait ne prouve-t-il pas qu'on ne commet tant de fautes en médecine pratique que parce qu'on ne remonte pas toujours jusqu'à la cause primitive et génératrice des maux que nous devons soulager ? Citons un autre exemple.

Madame de N... accouche il y a douze ans, Peu de jours après, son ventre prend du volume et devient très douloureux, tout en conservant une certaine souplesse ; le pouls s'élève ; elle a des vomissements

de matière muqueuse et bilieuse, et un petit nombre de déjections pultacées ; la peau est brûlante, quelquefois sudorale. La sensibilité du ventre est si vive, qu'on se croit obligé de poser 30 sangsues sur sa surface. On renouvelle trois fois cette application, tant les résultats de la première sont peu marqués ; les frictions mercurielles et les vésicatoires restent, comme elles, sans efficacité. Bientôt il survient des syncopes, dont l'une donne les plus vives craintes. Appelé en consultation, et trouvant le ventre plus pâteux que tendu, nous prescrivîmes 30 grammes d'huile de ricin, qui firent rendre une énorme quantité de matière fécale molle. Dès ce moment la prétendue péritonite cessa, et la malade entra immédiatement en convalescence.

Ces faits prouvent :

1° Que la stase des fèces peut irriter assez les intestins et le péritoine pour simuler une péritonite ;

2° Que lors même que les malades rendent quelques matières, il peut en séjourner beaucoup plus dans le colon, qui provoquent alors des accidents variés ;

3° Qu'au temps où nous vivons, où de fausses doctrines ont fait méconnaître la puissance des purgatifs, on néglige trop d'évacuer les femmes dans le neuvième mois de leur grossesse et après leur accouchement, ce que ne faisaient point les White, les Doulcet et les Doublet.

Dans les cas d'épidémie, de fièvre puerpérale ou de péritonite puerpérale, ce qui n'est pas la même chose, le besoin des évacuants est encore bien plus impérieux. Avec eux, on préviendrait et on a prévenu souvent ces redoutables maladies, dans beaucoup de cas aggravées par les saignées et les sangsues, avec tant de raison proscrites par Stoll et Frank, et tant d'autres, dans des années où les effets physiologiques des émissions sanguines ne peuvent répondre à aucune des indications qui se présentent alors.

Affection cutanée remplaçant pour la cinquième fois la fièvre de lait chez une nouvelle accouchée; par M. Dubreuil.— La femme C., âgée de vingt-cinq ans, réglée à onze ans, d'une constitution forte, tempérament sanguin, n'a jamais été malade ni atteinte d'affection cutanée avant ses secondes couches. A son premier accouchement, une fluxion active et fébrile s'établit du côté des seins, qui restèrent gonflés plusieurs jours, fournissant beaucoup de lait à la pression. L'enfant était mort en naissant. Lors de ses secondes couches, au lieu de la fièvre de lait, il se développa sur les membres inférieurs et supérieurs une éruption qui sera décrite plus bas. Depuis, cette femme accoucha trois fois encore, et trois fois l'éruption se manifesta toujours la même et sur les mêmes parties, les seins n'étant le siége d'aucune tuméfaction, d'aucune sécrétion. L'éruption se déclarait du deuxième au troisième jour, et consistait dans des bulles de la grosseur d'une noisette à une noix.

Une éruption de petites vésicules avait eu lieu deux fois sur la poitrine. Cette maladie cédait sans autre traitement qu'une tisane diaphorétique et un purgatif à la fin. Accouchée pour la sixième fois le 25 juillet 1845, la femme C... est prise le 28 de son éruption. La maladie marche ainsi. Au début, plaques proéminentes de forme et d'étendue variables, sur les avant-bras et les mains, plus blanches que la peau environnante, analogues à celles de l'urticaire. Le deuxième jour développement sur le smêmes points et sur les jambes jusqu'au genou, de bulles d'un volume différent, analogues à celles du pemphigus ; en même temps apparition de surfaces rouges, enflammées, couvertes de vésicules saillantes avec ou sans bulles, aucune tuméfaction des seins; les jours suivants l'éruption gagne les cuisses.

Le sixième jour, des pustules ressemblant beaucoup à celles de la variole se développent sur les mains, puis gagnent les parties déjà envahies par l'éruption primitive.

Vers le douzième jour, tout marchait rapidement vers la guérison, lorsque la malade, ayant appris la mort de son enfant, qu'on eut l'imprudence de lui montrer inanimé, l'éruption reparut.

Le 14 août, la malade allait très bien quand, elle fut prise de la rougeole. Cette affection eut une marche régulière, et, le 29 août, la femme C... allait parfaitement; il ne lui restait que de la pâleur et de la faiblesse. Les pustules avaient laissé des cicatrices blanches.

L'auteur de cette observation curieuse, publiée par le Journal de médecine de Bordeaux, pense que l'éruption était un herpès phlycténoïde; il fait remarquer en même temps combien il est rare de rencontrer dans la pratique les maladies cutanées aussi tranchées et aussi complètes sous le rapport des signes que dans les livres.

Nous serions tenté de considérer l'eruption de pustules, qui n'avait pas eu lieu dans les couches précédentes, comme une varicelle pustuleuse intervenant à un herpès ou à un pemphigus, et que suivit la rougeole. On sait que les fièvres exanthémateuses se succèdent fréquemment ainsi. L'expectation était le parti le plus sage, le seul à prendre, et M. Dubreuil se félicite avec raison de l'avoir suivi.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du diabète par les médicaments alcalins;
par M. Mialhe.

La glucose, ou sucre de raisin, n'exerce aucune action sur les sels de cuivre lorsqu'elle est pure; mais lorsqu'on l'a préalablement mise en contact avec une substance alcaline, elle acquiert la propriété de corps combustible, et, dès lors, elle devient capable de décomposer l'oxyde de cuivre, en s'emparant de l'oxygène et en mettant le métal à nu. Du reste, la substance alcaline n'est pour rien dans cette réaction; car, si, après avoir fait réagir de la potasse sur de la glucose, on sature l'alcali, la glucose n'en conserve pas moins sa propriété acquise de corps combustible, et, par conséquent, de réduire le cuivre oxydé.

L'expérience a démontré, d'un autre côté, que, dans l'économie animale, les fécules sont promptement transformées en glucose, et que cette dernière, grâce à ses oxygénations successives, finit par se convertir en acide carbonique, l'un des produits expulses dans l'acte de la respiration.

C'est en se basant sur ces diverses notions que M. le docteur Mialhe en est venu à se demander si, dans le diabète sucré, la sécrétion de la glucose en nature ne serait pas la conséquence de ce fait, que l'organisme ne renfermerait pas suffisamment d'alcali pour transformer en matière combustible la glucose provenant de la fécule fournie par les aliments Cette hypothèse a été confirmée par les résultats de l'administration des alcalins dans le traitement du diabète.

M. Mialhe a reconnu que le ferment qui convertit l'amidon en glucose, et la substance alcaline qui donne à celle-ci la qualité de matière combustible, étaient l'une et l'autre contenues dans la salive. En effet, la salive traitée par l'alcool pur donne un précipité blanc, pulvérulente, qui possède la propriété de transformer sur-le-champ une proportion considérable d'amidon en glucose.

La médication proposée par MM. Bouchardat et Sandras, qui, en proscrivant les fécules, prive les malades d'un aliment nécessaire, ne peut donc être considérée que comme palliative. Celle de M. Mialhe, au contraire, est à la fois rationnelle et curative, car elle n'enléve aucun aliment indispensable, et loin de la, en donnant des matières amylacées aux malades, elle replace ces derniers dans les mêmes conditions où ils se trouvaient à l'état de santé.

Enfin, M. Mialhe a trouvé une sanction nouvelle de sa méthode dans la nutrition des végétaux. En effet, s'il est des fruits sucrés, c'est qu'ils sont naturellement diabétiques, et que pouvant convertir la fécule en glucose, ils manquent de l'alcali nécessaire pour rendre cette glucose combustible. Aussi a-t-il suffi à l'auteur d'arroser divers arbres avec des liqueurs alcalines pour faire perdre peu à peu la saveur sucrée que les fruits de ces arbres possèdent naturellement.

Guérison d'une éruption cutanée transmise du cheval à l'homme; observation recueillie par M. le docteur Keber, de Schubin.

Un paysan vint consulter M. Keber pour une éruption cutanée qui avait envahi tout le corps, et qui lui occasionnait des démangeaisons insupportables. Cette éruption offrait la plus grande ressemblance avec la gale vésiculeuse; elle était surtout plus abondante à la face interne des bras; du reste, ce qui la différenciait spécialement de la gale vésiculeuse, c'est que les boutons donnaient un peu de sang lorsque le malade les déchirait en se grattant, et que, piqués avec une épingle, ils ne fournissaient pas de sérosité.

On ne pouvait pas non plus la confondre avec le prurigo, parce qu'elle était très rare sur les épaules et la surface du dos.

Enfin, M. Keber parvint à savoir que ce malade, depuis trois semaines, donnait à boire et à manger a deux chevaux galeux, sans se douter de la maladie dont ces animaux étaient atteints.

L'éruption, qui s'était montrée d'abord sur les bras et les avant-bras, s'était accompagnée, dès le principe, de démangeaisons très fortes, spécialement pendant la nuit. D'ailleurs, elle ne s'était point communiquée aux autres commensaux de cet homme.

Le malade avait considéré d'abord son mal comme provenant d'une âcreté dans le sang, et il avait employé, mais sans aucun succès, les purgatifs et les ventouses. M. Keber lui prescrivit l'usage de frictions avec une pommade composée de fleurs de soufre, de savon vert et de chlorhydrate d'ammoniaque.

A l'aide de ce traitement si simple, l'éruption céda promptement, et le malade fut bientôt rendu à la santé.

NOUVELLES.

La Commission de l'Académie de médecine pour le prix d'Argenteuil vient enfin de faire son rapport si impatiemment attendu.

Voici le résultat du travail de cette Commission :

Le prix n'a point été accordé.

La somme de 10,000 fr., léguée par le fondateur, a été partagée, *à titre de récompense seulement*, entre les quatre compétiteurs dont les noms suivent :

MM. Perrède,	4000 fr.
A. Mercier,	3000
Delcroix,	2000
Béniqué,	1000

— Le gouvernement prussien vient d'arrêter quelques dispositions nouvelles relatives à l'exercice de la profession de pharmacien. Ainsi, pour être admis à posséder une pharmacie, il faudra avoir fait deux ans d'études universitaires.

— La dysenterie exerce de grands ravages dans la petite ville manufacturière de Glaback, près de Dusseldorf. Sur une population de 12,000 âmes, 139 individus sont morts en peu de jours des suites de cette épidémie.

— La mortalité des enfants, à Bruxelles, est assez considérable actuellement dans la classe pauvre. La plupart des décès sont causés par une sorte de dysenterie qui a beaucoup de rapport avec la cholérine mais que l'on peut facilement vaincre en s'y prenant à temps. Il en est de même pour les autres affections, telles que la rougeole, la variole, etc., qui sévissent encore.

— Le typhus exerce en ce moment ses ravages à Ypres, Wytschaete et Hoogezieken. — La dysenterie règne à Baesrode, Malleren et les communes environnantes. Les moules ont été défendues; les cloches ne sonnent plus. *(Gaz. méd. belge.)*

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 3 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 116. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 2 OCTOBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le service chirurgical de la Pitié contient un grand nombre de faits intéressants qui ont fourni à M. Lisfranc l'occasion de présenter à ses auditeurs des préceptes éminemment utiles, sur quelques-uns desquels nous nous proposons d'appeler aujourd'hui l'attention de nos lecteurs. Toutes les fois que nous le pouvons, nous abordons le côté pratique de la science; si une théorie ingénieuse attire quelquefois nos regards, si nous semblons nous laisser aller au développement des hypothèses avec quelque complaisance, c'est que la partie matérielle et positive de notre art n'est pas tout, et que la tendance générale de l'esprit humain est de s'élever autant que faire se peut à la recherche de l'inconnu; mais toujours, dans le développement même de ces hypothèses, nous avons en vue le but réel et terminal de toute discussion, de toute recherche, de tout travail sérieux, l'utilité réelle, l'application directe. Même fausse, on sait combien de fois une idée théorique a pu produire de résultats heureux, en éveillant l'attention sur un point jusqu'alors négligé de la science, en le faisant envisager sous un point de vue nouveau. La clinique du professeur dont nous allons essayer de reproduire brièvement quelques-unes des principales idées, est une de celles où l'on ne procède qu'avec des faits, et dans lesquelles on applique dans toute sa rigueur l'axiome si vrai de Baglivi: *Ars tota in observationibus.*

Nous avons vu à la salle Saint-Antoine un jeune homme de seize ans, journalier, entré à l'hôpital il y a trois mois pour une affection qui offre un intérêt tout particulier. L'obligeance des internes du service nous a mis à même de pouvoir donner les principaux détails de l'observation.

Ce jeune garçon est né de parents bien portants; sa santé générale a toujours été bonne, bien qu'il soit d'un tempérament lymphatique; il n'a jamais eu d'engorgement ganglionnaire au cou, ni aucune manifestation de constitution strumeuse. Il y a quatre ans, dans une chute sur des pièces de bois, il s'est fait au talon gauche une plaie, par laquelle sont sortis des fragments du calcanéum. Au bout d'un temps fort long, on est parvenu à obtenir la cicatrisation de cette plaie après avoir fait une incision qui a permis, dit le malade, de retirer des portions d'os assez volumineuses. La cicatrice siégeait au bord externe du pied, à trois centimètres du bord inférieur de la malléole externe, à deux centimètres en avant de l'extrémité postérieure du calcanéum. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, après une longue marche, la cicatrice, qui n'était pas très solide, s'est rouverte; deux fistules se sont formées à trois centimètres au-dessous de la malléole; les parties molles étaient alors profondément altérées.

M. Lisfranc est le premier qui ait signalé et décrit la nature particulière des tissus qui se rencontrent souvent dans les cas de cette espèce. Les parties molles sont converties en un tissu mollasse, de la consistance d'un lipome non encore dégénéré, facile à distinguer, avec un peu d'habitude, de celle des tumeurs érectiles simples; le tissu des tumeurs érectiles, en effet, cède à la pression, et la tumeur s'efface complétement, tandis qu'ici elle persiste et ne peut disparaître. On trouve dans ce tissu pathologique, qui forme la base de certaines tumeurs blanches, des granulations peu volumineuses, blanchâtres, assez analogues, pour l'aspect et la consistance, à celles qu'offre le parenchyme pulmonaire au premier degré de la phthisie pulmonaire; souvent ce tissu suppure, et à mesure que se forment les abcès, la suppuration fait justice de ces granulations. Nous renvoyons à la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié* pour une plus ample description de cet état morbide.

L'observation de ce fait, que la suppuration fait bonne et prompte justice de ce tissu particulier, devait conduire à une indication thérapeutique; à savoir: qu'il faut faire suppurer les points où il se rencontre, lorsque ces points sont limités, et l'on détermine cette suppuration en pratiquant des incisions en divers sens dans l'épaisseur même des parties malades. Le fait du jeune homme que nous avons vu dans les salles de M. Lisfranc vient à l'appui des opinions exposées dans l'ouvrage clinique. C'est en vain que l'on a extrait des portions d'os nécrosées ou cariées, la guérison n'avait pas lieu, et les bords des plaies fistuleuses restaient dans ce même état de mollesse et de flaccidité; une fois que l'on a provoqué la suppuration de la plaie, et que l'on a fait suivre au malade un traitement général en harmonie avec la nature de la lésion, tout a changé de face, et il s'est formé une cicatrice de bonne nature; l'état local est tellement satisfaisant, que si l'on pouvait être sûr que le sujet, une fois rendu à la vie ordinaire, se tiendrait proprement et chaudement, et ne commettrait pas d'imprudence, on lui permettrait dès aujourd'hui de quitter l'hôpital.

Le traitement général que l'on prescrit en pareille occurrence est un régime tonique et analeptique; mais par-dessus tout, M. Lisfranc administre un des agents les plus énergiques dont se soit enrichie la thérapeutique dans ces derniers temps, l'iodure de potassium en solution. Ici ce n'est plus comme pour les affections syphilitiques, à de fortes doses qu'il convient de faire prendre ce sel. La formule de M. Lisfranc est celle-ci:

Eau distillée,	200;
Iodure de potassium,	3.

Une cuillerée soir et matin.

Il est rare que sous l'influence de cette solution les plaies ne changent pas rapidement d'aspect, et que l'état local ne se modifie pas du tout au tout.

De ce cas, voici le côté pratique. Maintenant, il a donné lieu à quelques réflexions de la part du professeur sur ce fait singulier incontestable et cependant trop peu connu que les cicatrices du côté interne des membres inférieurs se rompent plus facilement que celles qui occupent le côté externe. Si bien soutenues soient-elles, les cicatrices d'anciens ulcères situées au côté interne des membres se rompent très fréquemment.

Quelle est la cause de cette singularité? C'est à l'anatomie et à la physiologie qu'il faut s'adresser pour s'en rendre compte, comme de la plupart des phénomènes que l'ou observe soit en chirurgie, soit en médecine; et nous ne laisserons point échapper cette occasion de témoigner ici tout notre étonnement de voir dans les Facultés ranger ces deux sciences parmi les sciences accessoires. Ce serait sortir de notre sujet que de faire autre chose que signaler le ridicule énorme qui consiste à classer parmi les sciences accessoires la connaissance de la structure tant externe qu'interne et du jeu normal des instruments de la machine humaine, connaissance sans laquelle il serait absurde de prétendre chercher à remettre dans leur état primitif des appareils dont la disposition resterait un mystère.

Nous disons que l'anatomie et la physiologie rendent parfaitement compte de cette facilité des cicatrices internes des membres inférieurs à se rompre. Au point de vue anatomique, les vaisseaux du côté interne sont plus volumineux et plus nombreux; d'où le passage et l'afflux du sang plus considérables: au point de vue physiologique, ceux qui se sont occupés de l'explication du jeu de nos organes ont avancé que les valvules des veines sont destinées à favoriser la circulation dans ces vaisseaux; et l'observation a prouvé la vérité de cette assertion: de là devait nécessairement résulter, que moins une veine présenterait de valvules, plus la circulation y serait lente, embarrassée et difficile. Eh bien! M. Serres, auquel on doit tant et de si précieuses recherches d'anatomie et de physiologie, a fait remarquer que tandis que la veine saphène externe est munie de valvules aussi nombreuses que les autres veines de l'économie, la saphène interne, dans toute la partie qui s'étend de la malléole à la tubérosité du tibia, n'en présente que *trois*. Ces deux circonstances ne sont-elles pas plus que suffisantes pour expliquer l'étrange anomalie pathologique que nous avons signalée?

— La jeune malade atteinte d'un anévrisme faux consécutif, suite d'une saignée malheureuse, que nous avons dit être traitée par la compression directe de la tumeur au moyen d'un appareil mécanique, est en voie de guérison. La tumeur anévrismale a déjà diminué de près de la moitié de son volume. Nous espérons pouvoir prochainement, en annonçant la réussite complète de cette méthode thérapeutique trop généralement négligée, donner à nos lecteurs le dessin de l'appareil exécuté par M. Bourgois sur les indications du professeur de la Pitié.

— On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de la recherche de moyens propres à obtenir la résolution des hydarthroses, et l'absorption du liquide contenu dans les cavités articulaires affectées d'inflammation chronique. Les deux méthodes les plus récentes et dont on a fait le plus grand bruit, sont la pommade au nitrate d'argent, et l'administration à l'intérieur du tartre stibié à doses élevées et croissantes.

La première de ces deux méthodes est due à M. Biéchy (de Schélestadt), qui en a fait l'objet d'un mémoire publié au commencement de cette année dans la *Gazette médicale de*

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

HUITIÈME CHAPITRE. — *Maladies du larynx.*

Il est assez difficile de déterminer exactement l'efficacité des eaux minérales dans le traitement des affections chroniques du larynx. Comme la thérapeutique possède des moyens puissants et les emploie souvent avec succès, on n'envoie d'ordinaire aux bains que les malades sur lesquels tous les remèdes ont échoué et qui sont considérés comme à peu près incurables.

Peut-être, en en faisant une ressource désespérée, n'a-t-on pas bien compris le mode d'action des eaux dont on faisait usage.

Lorsqu'à la suite de lésions aiguës plusieurs fois renouvelées la membrane muqueuse qui revêt le larynx ou le pharynx est devenue le siége d'une altération durable, la première indication est de modifier profondément les surfaces altérées et de leur rendre ainsi les qualités qu'elles avaient perdues. Les caustiques, et le nitrate d'argent en particulier, remplissent parfaitement ce but; aucune eau minérale, quelle que soit sa composition, ne pourrait rivaliser avec eux ni sous le rapport de la sûreté, ni sous celui de la promptitude.

En rétablissant les organes dans leur état naturel, on évite déjà une cause de récidive. Rien ne prédispose mieux, en effet, au renouvellement des affections laryngées que cet état des membranes muqueuses qui tient en quelque sorte le milieu entre la santé et la maladie. Le moindre accident, la moindre cause nuisible réveillent le mal qui n'avait pas encore disparu; il ne reste pour ainsi dire que la moitié du chemin à faire. Mais en gagnant cette amélioration, a-t-on obtenu tout ce qu'on pouvait obtenir?

A sa première apparition, la maladie avait trouvé des organes sains qu'elle avait cependant envahis; le plus souvent elle s'est reproduite à des intervalles éloignés sans qu'aucune altération locale persistante ait contribué à son développement. C'est à la longue que l'affection chronique s'est établie; elle n'était ni ne pouvait être responsable des premiers accidents.

Or, les eaux minérales bien employées n'ont pas seulement à agir comme des modificateurs locaux; elles sont destinées à s'attaquer à la prédisposition elle-même par les changements qu'elles apportent dans l'économie. Si, dans un nombre de cas limité, elles opèrent à la façon des médicaments substituteurs, c'est seulement lorsque le remède doit être lent dans ses effets. Le plus ordinairement telle n'est pas leur mission. Ainsi, dans l'angine rhumatismale chronique, elles doivent atteindre l'élément rhumatismal, quel que soit d'ailleurs le point où il se manifeste, plutôt que de réparer les lésions.

Ce que nous disons ici des affections laryngées s'applique également à un grand nombre d'autres affections chroniques. On a pu voir, par les chapitres qui précèdent, quelle large place nous réservons à l'étude des constitutions où germe la maladie. A propos de l'hypocondrie, de la goutte, des tubercules, nous avons essayé de mettre en évidence ce principe que les eaux minérales dont nous parlions n'avaient pas d'action spécifique, mais qu'en modifiant l'individu malade ou disposé à le devenir elles changeaient par suite la nature de ses maladies. C'est qu'en effet la généralité de leur action constitue, pour nous, la véritable spécificité des eaux. Administrées comme remèdes purement locaux, elles ne sauraient soutenir le parallèle avec cent autres agents de la matière médicale; données en vue de transformer lentement l'organisme, elles ont presque toujours une certaine supériorité. En se plaçant à ce point de vue, on comprend comment quelques fioles d'eaux minérales transportées loin des sources, bues à très petites doses, ne produisent plus les effets qu'on obtient d'une médication longue et suivie, et où les quantités administrées dépassent toutes les habitudes de la thérapeutique ordinaire.

C'est encore d'après ces données, que nous allons exposer d'une manière succincte les indications auxquelles conviennent les eaux minérales des bords du Rhin dans les maladies chroniques du larynx.

L'angine rhumatismale a des symptômes trop bien connus pour qu'il faille les énoncer. Est-elle aiguë, elle n'appartient plus au cadre des affections qu'il est utile de soumettre au traitement dont nous avons à parler. Les accidents s'accomplissent dans un court espace de temps, et ne laissent en général aucune trace de leur passage. Ainsi se terminent les cas les plus heureux; mais tous sont loin d'avoir une issue si favorable. Chez quelques individus, une fois que le rhumatisme a pris possession du larynx ou des parties environnantes, il s'y reproduit avec une singulière facilité. L'impression du froid humide, l'exposition à un léger courant d'air, suffisent pour rappeler des accidents qui se répètent même sans cause appréciable. Après deux ou trois récidives, la guérison cesse d'être complète, et la maladie persiste à un faible degré jusqu'à ce qu'elle reprenne subitement sa première acuité. La membrane muqueuse reste rouge, gonflée, rugueuse dans tous les points atteints par le rhumatisme; celle du pharynx, comme celle du conduit aérien, est longtemps après la guérison apparente le siége d'une altération semi-inflammatoire dont l'intensité ne correspond pas toujours à la gravité des accidents aigus qui lui ont donné naissance. Il est hors de doute que les cautérisations maniées avec adresse sont alors le remède héroïque. Mais des altérations de nature inconnue peuvent compliquer les lésions anatomiques. Le vice rhumatismal n'affecte pas seulement la membrane muqueuse, il s'étend aux muscles qu'elle revêt et à ceux des parties environnantes. Les malades éprouvent de la gêne ou de la souffrance dans les mouvements de déglutition; la voix s'altère, devient rauque, l'exercice de la parole est fatigant ou douloureux, la rotation du cou n'est pas elle-même exempte de douleurs. En outre, la tendance aux récidives se prononce de plus en plus, le rhumatisme reparaît à des degrés différents, tantôt comme une simple incommodité qu'on attribue à quelque fausse position, tantôt comme une maladie qui rend singulièrement pénibles les

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98, 113, 115.

Strasbourg. Disons d'abord que la pommade de M. Biéchy est formée ainsi :

Nitrate d'argent. 4 grammes.
Eau distillée s. q. pour dissoudre le sel.
Axonge, 30 grammes.

et que l'auteur recommande expressément d'opérer la dissolution du sel argentique dans l'eau avant de l'incorporer à l'axonge, dissolution dont le résultat est d'empêcher l'action rubéfiante, cautérisante même de la pommade sur la peau, et la production des vésicules qui ne manqueraient pas d'apparaître sans cette précaution.

Dans les idées de beaucoup de médecins, empêcher ici l'action révulsive du nitrate d'argent sur le tégument externe, c'est se priver de la propriété la plus énergique et la plus efficace du médicament. Pour M. Biéchy, c'est tout le contraire, et, moins l'effet local est produit, plus l'action du médicament est prompte, énergique et sûre. C'est à l'absorption du sel argentique, à son action dynamique résultant de l'assimilation locale des principes médicamenteux, que ce médecin rapporte les succès qu'il obtient journellement et en grand nombre. « Ne comprend-on pas, disait M. Biéchy, que si c'était en irritant qu'on guérit les arthropathies, il y aurait contradiction flagrante entre l'indication et le moyen, entre le mal et le remède ? »

Nous avons rapporté cette phrase parce qu'elle nous semble prouver que M. Biéchy ignore complétement, à moins que, les connaissant, il ne les nie, ce qui nous dispenserait de toute discussion, les lois les plus vulgaires de la révulsion. Lorsque l'on applique un vésicatoire sur une articulation remplie de liquide, est-ce donc à l'absorption de la cantharidine plutôt qu'à l'action topique qu'il faut rapporter la guérison ? Et lorque l'on obtient la résorption du liquide par l'application du cautère transcurrent (ici, pour sûr, il n'y a pas d'absorption médicamenteuse), à quelle influence, sinon à la révulsion locale, peut-on attribuer la guérison ?

Volontiers passerions-nous condamnation sur l'explication théorique si la pommade au nitrate d'argent guérissait les hydarthroses, mais malheureusement les guérisons sont rares. Nous avons déjà vu dans les hôpitaux de Paris bon nombre de malades traités ainsi sans succès, et, tout récemment encore, M. Nélaton nous a fait voir, dans les salles de M. le professeur A. Bérard, dont il fait le service par intérim, une femme chez laquelle cette médication est restée impuissante, bien qu'elle fût dans les circonstances les plus favorables tant locales que constitutionnelles.

Les succès que M. Nélaton n'a pu obtenir par la méthode de M. Biéchy, il n'a pu les produire non plus par l'administration du tartre stibié à doses élevées et croissantes suivant la formule de M. Gimelle, qui, dans tous les cas, est restée également sans effet entre ses mains. Le peu de danger que présente l'emploi de ces deux médications si différentes, permet de les employer sans crainte dans le traitement des hydarthroses, lorsque les autres sont restées sans effet ; mais les insuccès nombreux que l'expérience de chaque jour fait constater ne doivent-ils pas engager les chirurgiens à en essayer de plus héroïques dès le début de la maladie au lieu de perdre un temps précieux à des expériments qui ne sont jamais sans inconvénient pour les individus qui les subissent, par cette raison que plus une affection a déjà duré, plus elle tend à durer encore, et plus la guérison est difficile ?

— Nous avons vu dans le même service un exemple d'une singulière affection qui n'a été, que nous sachions, mentionnée par aucun auteur. Une jeune fille de dix-huit à dix-neuf ans, d'une constitution un peu molle et lymphatique, portait sur le bord libre de la lèvre supérieure une couche dure, comme épidermique et cornée, de plusieurs millimètres d'épaisseur, sécrétée par la portion semi-muqueuse, semi-tégumentaire de la peau qui recouvre ce bord libre. La couche dont nous parlons, une fois enlevée, se reproduisait en quelques jours par la dessiccation du liquide sécrété continuellement. M. Nélaton ne crut pas pouvoir débarrasser la jeune fille de cette incommodité autrement que par l'emploi du caustique de Vienne, appliqué sur la surface sécrétante préalablement purgée de cette matière anormale. La lèvre sera peut-être très légèrement déformée par la cicatrice, bien qu'il nous paraisse, d'après la marche que suit l'affection, possible qu'il n'en subsiste aucune trace ; mais au moins le tissu a été si profondément modifié, qu'il y a lieu d'espérer que la malade est à tout jamais débarrassée de la maladie dont elle souffrait depuis trois ans.

— L'ouverture des phlegmons de la fosse iliaque dans le rectum est chose assez rare pour que nous ne laissions pas sans le signaler un fait de ce genre qu'a eu, il y a quelques jours, à traiter M. Vigla à la salle Sainte-Anne à l'Hôtel-Dieu.

Une femme de vingt-deux ans, accouchée il y a six semaines et prise, après sa couche d'une maladie qu'elle a entendu nommer fièvre puerpérale, ressentait depuis cette époque une douleur sourde d'abord, profonde, qui devint de plus en plus vive dans la région de la fosse iliaque gauche.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on sentait, en pratiquant le toucher vaginal, une tumeur fluctuante faisant saillie à la partie latérale gauche et un peu postérieure du vagin ; le doigt, introduit dans le rectum, percevait une sensation analogue, évidemment due à une collection purulente qui déprimait la paroi de l'intestin. A l'extérieur, on sentait, en plongeant les doigts dans la région iliaque, une collection de liquide profondément située. Pendant quelques jours, on put suivre la marche de la maladie, et constater que la tumeur s'enfonçait de plus en plus vers les parties profondes du bassin, au lieu de faire saillie à l'extérieur comme il arrive le plus souvent. Enfin, l'abcès se fit jour dans le rectum, et la malade rendit avec les selles une énorme quantité de pus phlegmoneux.

On trouve dans ce fait plusieurs circonstances dignes d'attention : d'abord, la confirmation de cette loi signalée par M. Grisolle, que, tandis que le phlegmon iliaque est cinq fois plus fréquent à droite qu'à gauche chez des sujets placés dans de bonnes conditions de santé, il est, au contraire, presque constant à gauche chez les femmes qui le présentent quelque temps après leurs couches, singularité dont on n'a pu jusqu'à présent reconnaître la cause; puis l'ouverture dans l'intestin de l'abcès, qui, le plus souvent, se fait jour au dehors à travers les parois abdominales dans le voisinage du ligament de Fallope ou vers l'épine iliaque ; enfin, lorsque l'abcès est profond comme dans le cas actuel, il est plus commun de voir le pus s'évacuer par le vagin, et, dans le fait actuel, on était presque en droit de s'attendre à un accident de cette nature vu la saillie, parfaitement appréciable au doigt, formée dans le vagin par la collection phlegmoneuse; les parois vaginales étant de beaucoup plus minces et moins résistantes que celles du rectum, il était à craindre que ce fût par cette voie que s'écoulerait le pus.

— Ce qui rend graves souvent et longues à guérir certaines plaies contuses, c'est l'introduction dans la plaie de corps étrangers poussés dans l'épaisseur des tissus par l'instrument vulnérant, et leur séjour, qui détermine toujours une suppuration et la formation, quand elle est prolongée, d'un trajet fistuleux. C'est ainsi que les projectiles lancés par les armes à feu détachent souvent des lambeaux de vêtements taillés comme par un emporte-pièce, qui, longtemps après l'extraction de la balle, empêchent la guérison. Quelquefois, lorsque le corps étranger est solide, il peut en imposer pour une esquille osseuse et faire craindre des désordres beaucoup plus graves que ceux qui existent en réalité.

Un jeune garçon de seize à dix-huit ans fit, il y a quatre mois, une chute, dans laquelle la plante du pied gauche porta sur une pièce de bois cachée sous l'eau. Une plaie fut produite, s'étendant jusqu'au delà de l'aponévrose plantaire. Des pansements simples ne purent en déterminer la guérison; et lorsqu'il entra à l'hôpital dans le service de M. Gosselin, un trajet fistuleux persistait par lequel on pouvait faire pénétrer un stylet à la profondeur de plusieurs centimètres. Au fond de ce trajet l'instrument heurtait un corps dur, que M. Gosselin ne crut pas cependant être un fragment d'os, vu sa mobilité et peut-être aussi le son qu'il rendait à la percussion, son qui semblait être plus mat et moins sec qu'il n'eût été si le corps étranger fût provenu d'une esquille. Le crayon de nitrate d'argent fut profondément introduit dans le trajet fistuleux. Une suppuration abondante se déclara, et peu de jours après sortit de la plaie un petit fragment de bois de la longueur de 1 centimètre environ sur 4 millimètres de diamètre. Au bout de sept à huit jours la fistule était fermée complétement, et le malade sortait parfaitement et définitivement guéri.

— Au sujet de notre Revue dernière, nous avons reçu une lettre de notre honorable confrère, M. Brierre de Boismont, nous présente quelques objections à la théorie des congestions nerveuses auxquelles nous avons rapporté dans quelques cas la production des hallucinations. Nous y répondrons samedi prochain.

— Nous avons reçu également une lettre relative à la syphilis des femmes enceintes, dont nous prions l'auteur de se faire connaître à nous. Z...

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du numéro du 13 août.)

Un produit de nouvelle formation qui s'organise en fausse membrane peut oblitérer complétement l'ouverture de la pupille sans, pour cela, que la capsule antérieure du cristallin ait pris part à sa sécrétion.

La non-participation de la cristalloïde antérieure à l'inflammation plastique de l'iris dépend de plusieurs causes :

1° De l'ablation complète de la capsule opaque dans l'opération de la cataracte ;

2° De la dilacération de sa partie centrale;

3° Enfin de son état resté à peu près normal, malgré le voisinage de l'iris enflammé...

Relativement à ce dernier cas, il est certainement très difficile de s'expliquer pourquoi l'inflammation de l'iris se propage quelquefois à la capsule cristalline antérieure, tandis que d'autres fois elle reste limitée à son siége primitif.

La variété des lésions que la cristalloïde antéro-cristalline est susceptible d'éprouver pendant l'opération de la cataracte doit être prise cependant en considération. Il ne faut pas oublier non plus qu'une iritis très aiguë s'accompagne toujours d'un rétrécissement considérable de la pupillaire, et que l'espace qui va être comblé par l'exsudation plastique n'est pas bien grand; tandis qu'une phlegmasie moins intense de l'iris met plus de temps pour arriver au même résultat, parce que la sécrétion qui s'organise est moins abondante, et que l'ouverture pupillaire est restée plus large. Or, dans les maladies des yeux, le temps joue toujours un grand rôle en facilitant, le plus souvent, la propagation de l'inflammation d'un tissu à un autre tissu voisin.

On a sujet, au premier abord, de s'étonner de la promptitude avec laquelle s'organise une fausse membrane dans le champ pupillaire, même sans le concours de la capsule antérieure. Il semble que le produit sécrété par les bords de la pupille doive être délayé par l'humeur aqueuse, et tomber au fur et à mesure de sa formation dans la chambre antérieure ou dans la chambre postérieure de l'œil... Il n'en est rien cependant; car, en vertu d'une sorte d'*attraction vitale*, les molécules de lymphe plastique se réunissent entre elles, s'agglomèrent, se condensent pour constituer définitivement une membrane nouvelle.

Mais pour obtenir par ce mécanisme une oblitération de la pupille, il faut une espèce particulière de phlegmasie de l'iris que j'appellerai *iritis plastique.* S'il existe une iritis purulente, les choses se passent d'une tout autre manière ; et, quoiqu'il puisse également, dans cette circonstance, survenir un épanchement intrapupillaire, son mode de for-

efforts de déglutition ou le parler à haute voix. Les sécrétions ne se ressentent pas de ces influences ; ni l'abondance, ni la rareté des expectorations ne modifient les symptômes.

Dans les cas de ce genre, la cure par les eaux minérales préconisées contre le rhumatisme, est particulièrement indiquée; Wiesbaden et Aix-la-Chapelle sont les bains auxquels on doit recourir. On administre les eaux à une température assez haute en bains généraux, et en douches qu'on dirige sur la nuque ou sur les parties latérales du cou. Les malades auront d'ailleurs besoin d'une grande persévérance, et ce mode de traitement ne peut convenir qu'à des individus suffisamment bien constitués pour en supporter les fatigues.

Les eaux de Wiesbaden n'ont pas, on se le rappelle, une chaleur moindre de 48 à 50° R. Elles coulent en grande abondance, et necessiteraient pour être refroidies, ou d'immenses réservoirs ou l'addition d'eau froide ordinaire, qui diminuerait singulièrement leur activité. Il est donc d'usage de préparer dès la veille le bain que le malade doit prendre le matin. Il résulte de cette pratique, que les baignoires de pierre ou de marbre s'échauffent à la longue, que les cabinets eux-mêmes conservent une température élevée, que l'eau descend rarement au degré qu'on recommande dans les autres établissements. Les malades prédisposés, outre leur affection rhumatismale, à des congestions cérébrales ou thoraciques, ceux chez lesquels on a reconnu la complication d'un état pléthorique ne seraient pas sans danger soumis brusquement à cette médication. Les douches ne présentent pas les mêmes inconvénients; mais seules en dehors des bains, elles sont d'un emploi désagréable et difficile. Le traitement doit d'ailleurs être continué longtemps, et c'est pour se décourager trop vite que beaucoup de personnes reviennent de Wiesbaden sans en avoir retiré les bons effets qu'elles étaient en droit d'attendre.

Quoique l'usage de boire à la source en même temps qu'on se baigne se répande de plus en plus et devienne une pratique ordinaire, cette double médication ne nous paraît pas indispensable. S'il nous était démontré que l'eau prise à l'intérieur aide à la guérison, nous conseillerions de l'employer suivant un autre mode que celui qu'on usite généralement.

Les individus affectés de rhumatisme chronique du larynx se plaignent d'une sécheresse âpre de l'arrière-gorge, qu'ils citent parmi les symptômes les plus pénibles. Le bain chaud développe encore cette sensation ou la provoque chez ceux qui ne la ressentent pas habituellement. Il y aurait donc avantage à faire boire au malade l'eau de la source tiédie, durant qu'il se baigne, plutôt que de la lui prescrire le matin au grand air et avec l'exercice accoutumé.

Tandis que l'angine rhumatismale chronique succède le plus souvent à des affections aiguës, l'angine catarrhale prend communément dès le principe la marche lente qu'elle doit suivre. Moins sujette aux exacerbations qui forment un des caractères du rhumatisme, elle est peut-être aussi plus facilement curable, surtout par les eaux minérales. Aussi insisterons-nous davantage sur les détails de son traitement.

Lorsque les sécrétions muqueuses s'exagèrent, rien n'est plus facile que de reconnaître à l'abondance des produits excrétés l'existence de la maladie ; il ne l'est pas autant de distinguer ses causes et de pénètrer dans sa nature intime. L'excessive activité des organes sécréteurs n'est que le dernier terme d'une progression dont les degrés ont été successivement parcourus. Tantôt ces intermédiaires entre la santé et le catarrhe sont franchis si rapidement qu'ils nous échappent ; tantôt, au contraire, ils sont marqués par des temps d'arrêt et par suite soumis à notre observation. Il importe de bien noter les signes qui nous révèlent la génération du mal pour voir combien sont différentes les causes qui peuvent concourir à le provoquer. Les distinctions thérapeutiques qui décident le médecin à préférer tel ou tel moyen curatif, à choisir telle ou telle eau minérale doivent autant qu'il se peut être fondées sur le mode de développement du catarrhe.

Or, pour nous restreindre à ce qui concerne le larynx et ses annexes, si un grand nombre de malades n'ont reconnu l'existence de la maladie que par l'excès des sécrétions trachéales ou pharyngiennes, il en est chez lesquels la terminaison catarrhale s'annonce par d'autres symptômes. Ils éprouvent d'abord tous les signes d'une congestion locale à laquelle participe plus ou moins le reste de l'économie ; les amygdales sont rouges et gonflées, la luette augmente de volume, le voile du palais s'injecte ainsi que le pharynx. Les choses ne vont pas jusqu'à l'état inflammatoire; il n'y a pas d'abcès qui menacent de se former, pas de fièvre qui indique une vive réaction. Les accidents persistent de la sorte depuis quelques heures jusqu'à quelques jours, et sont ensuite jugés par une salivation ou par une expectoration abondantes. Tel est en peu de mots le tableau de la maladie complète ; mais souvent elle ne parcourt pas toutes ses phases et s'arrête à mi-chemin. C'est par ces temps d'arrêt qui jalonnent en quelque sorte la marche de l'affection qu'il devient possible de reconnaître sa nature particulière et de diriger à l'encontre une médecine réfléchie.

Le but n'est alors ni de tarir les sécrétions, ni de tonifier ou de relâcher les membranes, mais bien de s'opposer à ces *ruptus* du sang véritable origine du mal. Voilà les cas où les eaux d'Ems s'administrent avec succès ; elles préviennent les rechutes et modèrent réellement ces tendances congestives.

La forme chronique n'est là en quelque sorte qu'une succession d'accidents subaigus qui finissent par diminuer d'intensité à mesure que leur fréquence augmente. Les produits excrétés ne sont pas très abondants, mais le larynx et la trachée artère devenant le siége de congestions répétées subissent les désordres qui en sont la conséquence.

Chez d'autres, l'afflux du sang dans les vaisseaux capillaires ou n'a pas lieu ou est de si courte durée qu'il échappe à nos moyens d'observation. Ces sujets contractent d'emblée l'affection catarrhale ; mais alors l'ensemble de leur constitution établit entre eux des différences d'après lesquelles se guide la thérapeutique. La maladie du larynx est un fait isolé ou elle n'est que l'expression actuelle d'une prédisposition plus générale.

Certains malades sont par la nature de leur tempérament prédisposés aux flux de toute sorte. Si plusieurs organes sont atteints à la fois ; si les bronches, les intestins, les fosses nasales sont frappés simultanément, nous ne connaissons pas d'eaux minérales sur lesquelles il soit permis de compter. Lorsqu'au contraire, et c'est un cas assez fréquent, le catarrhe n'occupe qu'une portion des membranes muqueuses, qu'il se déplace et se fixe par accident sur le larynx ou la

mation ne laisse pas que d'être différent. Le pus n'a guère de tendance à s'organiser comme la lymphe plastique; ses globules sont à peu près dépourvus de cette attraction vitale dont je signalais l'existence à propos des molécules de la lymphe plastique. Par conséquent il ne reste pas adhérent au bord pupillaire, il tombe, aussitôt après sa formation, dans les chambres de l'œil, principalement dans sa chambre antérieure, où il se forme une variété particulière d'hypopion. Si le pus devient abondant et s'élend de plus en plus de bas en haut, il peut alors, par son long séjour dans l'ouverture de la pupille, servir de noyau obturateur.

Comme on le voit, c'est toujours une circonstance fâcheuse après l'opération de la cataracte, que le développement d'un hypopion produit par l'inflammation de l'iris.

Dans quelques cas, j'ai observé un épanchement intrapupillaire qui paraissait bien positivement résulter de la formation de pus dans la chambre postérieure de l'œil, agrandie par le déplacement de l'appareil cristallinien, et qui eut pour résultat d'amener l'obstruction pupillaire.

Quoi qu'il en soit des différents modes de formation de l'épanchement intrapupillaire, il paraît certain qu'il peut s'opérer indépendamment du concours de la cristalloïde antérieure. Il s'accompagne ordinairement de symptômes très graves qui sont en partie ceux de l'iritis. Leur durée se prolonge souvent plusieurs septénaires, malgré le traitement énergique que l'on met en usage. Si l'on suit attentivement, et jour par jour, les progrès du mal, on peut quelquefois assister à la formation de l'épanchement intrapupillaire, qui ne devient complet qu'après plusieurs jours. Mais la photophobie très prononcée qui se rencontre le plus souvent, le rétrécissement considérable de la pupille, la rapidité quelquefois très grande avec laquelle s'opère l'obstruction de la pupille font qu'au premier ou au second examen de l'œil on trouve, dans quelques cas, la pupille complétement oblitérée, sans qu'il soit possible de se rendre exactement compte du mode particulier d'épanchement qui s'est produit.

— Au milieu de cet état phlegmasique des parties intérieures de l'œil, la lésion principale sur laquelle nous voulons appeler l'attention est l'état de coarctation de la pupille.

Deux circonstances sont susceptibles de se rencontrer.

A. *La pupille n'est que médiocrement rétrécie* jusqu'au huitième, dixième, quinzième jour du début de l'inflammation, et le médecin qui suit avec anxiété toutes les phases de la maladie, conserve encore quelque espoir sur le résultat définitif de son opération. Mais bientôt, et sans qu'il soit survenu des symptômes nouveaux accusant la recrudescence de l'inflammation, la pupille se rétrécit peu à peu, et finit, dans quelques cas, par ne plus présenter que l'étendue d'une tête d'épingle. Personne n'ayant, jusqu'ici, signalé ce fait fort curieux, il est tout simple que l'on n'ait pas cherché à s'en rendre compte.

Voici la seule explication que l'on peut, je crois, en donner.

Il arrive à l'ouverture pupillaire, comblée par un dépôt phlegmasique, ce qui se voit tous les jours dans les solutions de continuité avec perte de substance : la fausse membrane se rétracte, se rapproche des bords de l'ouverture à réparer, et la fait disparaître d'une manière plus ou moins complète.

J'ajouterai que l'observation m'a paru confirmer cette manière de voir. En effet, il est à peu près certain, si les choses se passent comme je viens de l'indiquer, que la fausse membrane rétractée a une force de résistance telle qu'elle maintiendra pour toujours l'iris dans la position qu'elle lui a fait prendre, et que les fonctions de la pupille seront définitivement abolies, et c'est ce qui a lieu dans presque tous les cas. Il est donc important que le praticien ne perde pas de vue cet élément du pronostic.

B. *La pupille est considérablement rétrécie.* Dès le début de l'inflammation de l'iris, l'espace est, par cela même, plus rapidement comblé ; mais, à supposer que l'on parvienne à enrayer à temps l'état inflammatoire de l'œil, cet épanchement peut être circonscrit à la pupille, et il arrive quelquefois que la membrane iris, recouvrant assez tôt ses mouvements contractiles, parvienne à dégager une portion de son bord pupillaire de la fausse membrane, et à donner ainsi naissance à une sorte de fissure qui laisse passer la lumière. Plus tard, la rétraction de la fausse membrane achève la séparation déjà commencée, et la vision peut alors s'opérer d'une manière plus ou moins complète.

Sans doute, ce que je viens d'indiquer n'a pas toujours lieu, et l'épanchement plastique intrapupillaire avec rétrécissement considérable de la pupille ne laisse pas que d'être une des complications qui font le plus souvent échouer l'opération de la cataracte. J'ai voulu seulement établir un parallèle, et faire comprendre que la conservation presque normale de l'ouverture pupillaire au début de l'inflammation n'était quelquefois que temporaire, et que le rétrécissement consécutif qui s'opérait était plus grave que le rétrécissement primitif. Quoique l'on soit disposé tout d'abord à admettre la proposition inverse, je dirai cependant qu'en y réfléchissant un peu, cette gravité différentielle se comprend et s'explique encore par d'autres raisons.

Pour combler une pupille assez large, il faut plus de lymphe plastique, de substance purulente. Or, toutes choses égales d'ailleurs, cela suppose une durée plus grande du travail phlegmasique ; et ce n'est pas impunément, pour les fonctions visuelles, qu'un pareil état se prolonge. Enfin, la rétraction consécutive est elle-même d'autant plus prononcée que la fausse membrane a plus d'étendue.

C. *Epanchements post-pupillaires.* — Un produit de nouvelle formation qui s'organise en fausse membrane aux dépens de l'iris enflammé se trouve dans de très bonnes conditions pour oblitérer la pupille lorsqu'il existe en arrière de lui une membrane ou des fragments de membrane qui lui servent en quelque sorte de barrières et de limites ; mais la capsule antéro-cristalline joue encore, le plus souvent, un role efficace dans la formation de l'épanchement qui doit oblitérer la pupille. En effet, la capsule ou ses débris, qu'ils soient primitivement opaques ou transparents, sont, par le fait de la lésion traumatique qu'ils ont subie pendant l'opération de la cataracte, par leur voisinage de l'iris, et surtout par leur nature, très prédisposés à s'enflammer. Il en résulte une sécrétion plastique ou purulente qui réunit bientôt l'iris et la capsule. Il est facile de comprendre la rapidité plus grande de l'épanchement post-pupillaire lorsque l'iris et la capsule concourent tous deux à sa formation.

Lorsque l'on vient à examiner l'épanchement post-pupillaire déjà complet, il est à peu près impossible de savoir si la capsule a participé ou non à la formation de la maladie. Pour acquérir cette connaissance, il faut connaître, au préalable, l'état antérieur des parties, savoir au juste ce qu'est devenue pendant l'opération la capsule antéro-cristalline, et il importe d'avoir suivi les progrès de l'opacité.

En résumé, une inflammation interne qui se développe dans l'iris et dans la capsule antérieure du cristallin, est susceptible de faire échouer l'opération de la cataracte en produisant l'oblitération de la pupille. Quoiqu'il ne soit pas toujours facile d'assigner la part prise dans ce cas par chacune de ces deux membranes, il importe néanmoins de faire, à cet égard, la distinction que nous avons établie. Au point de vue de la thérapeutique, il est toujours important de savoir à quoi s'en tenir sur l'état de la capsule cristalline. N'oublions pas, en effet, que le traitement médical de l'épanchement post pupillaire échouant dans beaucoup de cas, il faut, pour tenter le rétablissement de la vision, avoir recours à une seconde opération, celle de la pupille artificielle.

Nous avons appris deux choses qu'il ne faut pas perdre de vue et qui sont subordonnées à chacune des deux classes particulières d'épanchement post-pupillaire que nous avons admises.

Dans l'épanchement intrapupillaire, l'iris est libre d'adhérences anormales avec les parties contiguës ; sa pupille n'existe plus à proprement parler, et, en établissant une ouverture de nouvelle formation à la lumière, on peut rencontrer une résistance plus grande que dans l'état normal du tissu de l'iris ; et, si la traction que l'on exerce pendant l'opération était trop brusque ou trop forte, on courrait le risque de décoller l'iris à sa grande circonférence ou même d'arracher entièrement cette membrane comme cela est déjà arrivé à M. A. Bérard.

L'inconvénient que nous venons de signaler dans le cas particulier est cependant contrebalancé par un avantage particulier : celui de ne pas rencontrer ordinairement d'obstacle derrière la pupille artificielle par l'absence de la capsule ou sa non-participation à l'état phlegmasique de l'œil. Une fois une trouée suffisante faite à l'iris, on a donc la chance de réussir d'emblée dans son opération.

Dans l'épanchement post-pupillaire, c'est-à-dire dépendant de la capsule antérieure, il en est, le plus souvent, autrement ; et s'il est vrai de reconnaître que le degré de fixité de l'iris est plus considérable par les adhérences anormales qu'il présente avec la capsule, d'un autre côté l'avantage de pouvoir agir sur une membrane qui résiste suffisamment à l'action des instruments est à son tour contrebalancée par la présence fréquente derrière l'iris et dans le champ de la nouvelle pupille d'une membrane opaque qui n'est autre que la capsule antéro-cristalline. Cet obstacle, auquel il faut savoir s'attendre à l'occasion, ne devient quelquefois reconnaissable que plusieurs jours après l'opération et lorsque l'épanchement sanguin qui souvent la complique a disparu. On est forcé alors de pratiquer sur l'œil une troisième opération. Nous devons dire, cependant, qu'il ne faut pas pour cela désespérer du succès; si la pupille artificielle à bien réussi, l'ablation de la capsule opaque peut être faite avec d'autant plus de chances favorables que la nouvelle pupille n'a pas de tendance à se rétrécir, que l'iris s'enflamme ou ne s'enflamme pas; le seul accident à redouter est son obstruction nouvelle par des fragments opaques ou des produits nouveaux sécrétés.

Nous venons d'insister sur un des accidents les plus graves de l'opération de la cataracte; nous sommes entré dans quelques détails parce qu'il constitue une complication fréquente. Nous avons vu que les épanchements pupillaires étaient le résultat d'une inflammation de l'iris et quelquefois aussi de la capsule antérieure. On avait jusqu'ici confondu cette cause d'insuccès de l'opération de la cataracte avec un autre accident que l'on désigne sous le nom de cataracte secondaire. Nous avons voulu éviter la confusion qui avait été faite jusqu'ici ; on appréciera mieux par la suite la valeur de nos motifs.

REVUE GÉNÉRALE.

Extirpation de la dernière phalange du gros orteil. — Le *Bulletin de thérapeutique* publie la note suivante de M. le docteur Payan (d'Aix).

On cherche depuis longtemps à jutroduire dans la pratique de la chirurgie l'extirpation des phalanges unguéales des doigts et des orteils en remplacement de leur amputation dans les cas de carie, de nécrose ou d'écrasement de ces os, et nous estimons que c'est avec grande raison, et que cette substitution doit être favorablement accueillie des praticiens. Voici une observation extraite de notre pratique, qui démontre bien, ce semble, cette assertion, et qui peut s'adjoindre au petit nombre de faits semblables publiés dans les journaux de médecine.

Le nommé Detez, employé à l'octroi d'Aix, eut, à la fin de mai 1841, la partie externe et antérieure du gros orteil droit écrasée par la pression brusque d'un corps vulnérant, qui appuya très fortement dessus, au point que, dans quelques jours, il y eut apparition d'un commencement de gangrène des parties les plus contuses. La phalange unguéale apparaissait même dénudée dans quelques points de son étendue. Bien des chirurgiens, en présence d'une telle lésion, et se conformant aux idées généralement reçues, auraient immédiatement pratiqué l'amputation dans la contiguïté de la première avec la seconde phalange, mais le praticien qui fut d'abord appelé préféra temporiser, rapprocha un peu les chairs avec une bandelette de diachylon, recouvrit le tout avec un plumasseau enduit de cérat, etc. Quelques jours après, et lors de l'apparition de la gangrène, il humecta les plumasseaux de térébenthine.

L'accident était arrivé depuis une huitaine de jours environ, lorsque je fus appelé à continuer le traitement de cette blessure. Je ne fis pas différemment d'abord que mon confrère; je substituai seulement l'eau chlorurée à la térébenthine.

Le 13 juin, une eschare, du volume d'une amande, est presque détachée; je l'excise par sa partie encore adhérente avec des ciseaux. On voit alors plus facilement la phalange dans une moitié de son

---

trachée artère, la mobilité même de la maladie nous fournit des indications à suivre. Les eaux purgatives, celles de Hombourg, de Kissingen et surtout celles de la Bohême, en établissant à la surface du gros intestin une fluxion artificielle, agissent à la manière des dérivatifs. Mais pour que cette dérivation s'effectue, il ne suffit pas d'irriter à l'aide des médicaments une large étendue de la membrane muqueuse, il faut encore que la maladie se prête à ces translations. Les purgatifs continués avec persévérance contribueront, il est vrai, à produire un catarrhe intestinal; mais est-ce à dire qu'ils supprimeront toujours celui qu'on voulait guérir ?

Il est enfin des individus dont on doit faire une classe à part au point de vne dn traitement, et qui sont sujets aux affections catarrhales chroniques du larynx sans que cette maladie exclusivement locale se lie d'une manière appréciable à leur constitution. Ils ne se plaignent d'aucune douleur, d'aucun dérangement dans leur santé ; mais sous l'influence du froid ou du chaud, après une journée de fatigue, ou le matin à leur réveil, quelquefois subitement, leur voix s'altère, devient sifflante ou rauque. Ces symptômes se reproduisent assez souvent, et la meilleure manière de les définir serait de dire avec le peuple qu'ils ont des chats dans la gorge. L'expectoration d'une matière grisâtre, transparente, visqueuse les soulage immédiatement. Tant que les obstacles à la voix ne l'interceptent qu'à de longs intervalles, on n'en prend aucun souci, et il n'est personne qui n'éprouve ces rares et légers accidents. Mais d'autres fois ils persistent, et deviennent une maladie. C'est souvent dans la soirée que la gêne dont nous parlons se fait sentir avec plus de continuité. Immédiatement après le repas, on observe une singulière rémission dont on pourrait, au besoin, faire un caractère distinctif ; mais à une heure plus avancée, les accidents s'accroissent et deviennent insupportables. Les efforts répétés à chaque instant, les vibrations sonores du larynx que l'expression populaire compare au cri du chat, quoique renouvelées, ne suffisent pas à rendre à la voix sa netteté. Il semble au malade qu'un corps étranger s'est fixé dans le larynx, et que son expulsion le guérirait instantanément. Les cryptes muqueuses de l'arrière-gorge participent presque toujours à l'affection laryngée, et les brusques mouvements qu'on imprime au voile du palais amènent le gonflement et l'allongement de la luette.

La médecine locale est alors la seule qu'on ait à tenter. Ni les boissons adoucissantes, ni les potions gommeuses et sucrées ne suffisent à la guérison. Les eaux fortement chargées d'acide carbonique, celle de Selters, par exemple, en agissant sur le pharynx, modifient par continuité l'état du larynx lui-même. Les douches d'acide carbonique telles qu'on les donne à Nauheim sont un moyen du même ordre, mais plus puissant. Comme l'emploi de ce gaz sous cette forme est peu connu en France, et qu'il serait facile d'y recourir sans exiger des malades aucun déplacement, nous en dirons quelques mots.

La source de Nauheim s'échappe en bouillonnant du puits artésien, et laisse dégager une énorme quantité d'acide carbonique qu'on recueille sur les lieux par le plus simple de tous les procédés. Le jet d'eau gazeuse est recouvert d'un tonneau qui porte sur le bassin où l'eau se déverse, et représente ainsi une énorme éprouvette. A ce tonneau est adapté un conduit de métal qui donne passage au gaz à mesure qu'il se dégage. L'appareil de la douche n'est pas plus compliqué : il se compose d'un tube flexible en caoutchouc terminé par un tuyau de plume. Le patient dirige lui-même la douche sur le pharynx et le voile du palais, et n'a d'autres précautions à prendre que d'éviter les fortes inspirations.

Ce remède, d'ailleurs actif, a en outre l'avantage d'être extrêmement agréable. On éprouve une légère sensation de picotement, sans chaleur et sans sécheresse. La saveur fraîche et acidule du gaz ne saurait être mieux comparée qu'à elle-même, et rappelle celle du vin de Champagne ; on se croirait, moins les vertiges, la pesanteur de tête et tous les phénomènes étrangers au sens du goût, plongé dans l'atmosphère d'une cuve en fermentation. Les douches gazeuses qu'on imite artificiellement à Hombourg, et qu'il est aisé, comme on le voit, de reproduire partout ailleurs, conviennent pareillement aux affections catarrhales chroniques du nez et des paupières, contre lesquelles on les prescrit à Nauheim.

Les eaux sulfureuses chaudes ou froides, mêlées ou non avec le lait, sont encore un médicament efficace. En bains, elles ne donnent aucun résultat ; en boissons, elles paraissent agir topiquement, et modifient lentement l'état des organes sécréteurs. Il est rare que les médecins n'aient pas à se louer de leur usage, à la condition toutefois qu'elles ne soient pas prescrites indistinctement contre toutes les formes de laryngite chronique. (*La suite à un prochain numéro.*)

DISPENSES DE BACCALAURÉAT.

M. Vée publie sur ce sujet les réflexions suivantes dans le *Journal des Connaissances médicales* :

Un assez grand nombre de dispenses de baccalauréat paraissent avoir été accordées par le ministre de l'instruction publique, à des élèves qui désiraient obtenir leur diplôme de pharmacien des jurys départementaux ; ces faveurs ont été exclusivement réservées aux jeunes gens qui étaient engagés dans la pharmacie antérieurement à l'ordonnance de septembre 1840, et pour lesquels par conséquent cet acte ministériel paraissait avoir un effet rétroactif ; c'est un acte de justice que nous réclamions depuis longtemps, et que le nombre et la force des plaintes élevées par les intéressés devaient nécessairement emporter. Peut-être aussi quelques renseignements de nature grave sont-ils arrivés au ministère, sur les difficultés que commencent à éprouver, dans quelques départements, les pharmaciens des communes rurales pour transmettre leurs officines, la dépréciation de ces établissements et la ruine des possesseurs.

Par d'autres motifs, la situation des pharmaciens à Paris et dans quelques grandes villes devient de plus en plus pénible. Le fait que nous avons signalé en commençant les a privés de beaucoup d'élèves expérimentés et capables qui n'ont pas été remplacés, en sorte que la pénurie se fait sentir de plus en plus et met quelques chefs d'établissement dans le plus grand embarras ; d'un autre côté, bien que le nombre des réceptions ait considérablement diminué à l'école spéciale, celui des nouvelles pharmacies croît à Paris dans une progression énorme, et là aussi, l'avilissement de la valeur des officines se fait notablement sentir. Tout ceci est la conséquence nécessaire de la position qu'on a faite à notre profession, et il ne fallait pas être un profond devin pour la signaler d'avance.

étendue, noirâtre, dépouillée de son périoste, évidemment nécrosée.

Le 15 juin, cette phalange est un peu mobile; on comprend qu'elle tend à se détacher des parties qui l'avoisinent. En réfléchissant à ce qui nous restait à faire, nous voyions devant nous trois partis; savoir: amputer encore, extraire la phalanhe seule, ou en confier la sortie aux seuls soins de la nature.

Nous n'adoptâmes ni le premier, ni le dernier de ces expédients. Le premier eût rendu moins complet le résultat que nous attendions; avec le troisième, la guérison eût été trop longtemps attendue; l'extirpation de la phalange fut donc préférée. Je n'eus, pour la pratiquer, qu'à étendre un peu en avant, comme en arrière, la solution de continuité qui existait, et, après avoir saisi l'os avec une pince, je le détachai sans beaucoup de peine de ses adhérences, à l'aide du bistouri. Le pansement consécutif fut simple, et consista en l'application d'un plumasseau de charpie et quelques tours de bande.

La guérison ne fut pas aussi rapide qu'elle l'aurait été sans doute, si nous avions pratiqué l'amputation de la phalange, puisque la cicatrisation ne fut complète que le 20 juillet, ou trente-six jours après. Mais l'inconvénient d'une durée un peu plus longue du traitement a été très avantageusement compensé par le résultat plus favorable obtenu sous le rapport du coup d'œil, de l'utilité et de la sécurité, et parce que cette méthode met peut-être à l'abri des accidents graves et même mortels qui accompagnent quelquefois, quoique rarement, les désarticulations si légères en apparence des phalanges, par l'extension de l'inflammation de la capsule synoviale à la toile ligamenteuse qui emmaillotte la phalange voisine, et par les abcès consécutifs qui se forment et se propagent dans la gaîne synoviale sous l'aponévrose palmaire, pour de là gagner le poignet avec l'avant-bras, en s'accompagnant d'accidents très graves.

Le résultat satifaisant que nous avons obtenu peut, en se joignant à quelques faits pareils qui ont été recueillis à la clinique du professeur Velpeau et du professeur Bouisson (de Montpellier), contribuer à prouver que, dans les cas de nécrose ou de carie des phalanges unguéales, leur extraction est préférable à l'amputation, puisqu'elle permet la conservation de la forme de l'organe, qu'elle le rend plus apte à remplir ses fonctions, et tend à garantir l'opéré des complications quelquefois fâcheuses qui accompagnent parfois la désarticulation des doigts ou des orteils.

Exophthalmie produite par le développement d'une acéphalocyste solitaire de l'orbite. — M. Goyrand (d'Aix) a publié dans le *Bulletin thérapeutique* un fait relatif à un enfant de seize ans, chez lequel l'œil gauche, repoussé en avant vers le nez, était tout hors de l'orbite, immobile, son axe dirigé en dehors. Les paupières distendues ne recouvraient l'œil qu'en partie, et leurs bords libres renversés en dedans tournaient leurs cils contre cet organe. Il y avait de plus injection très prononcée de la conjonctive, opacité commençante de la cornée, et affaiblissement de la faculté visuelle. Les douleurs paraissent avoir été le résultat de la compression et de la distension des parties. Le début de l'ophthalmie remontait à deux ans. L'œil avait son volume normal; la tumeur qui l'avait déplacé faisait saillie au côté externe de la base de l'orbite, dont elle était bien distincte; dure, rénitente, elle donnait à la pression une sensation obtuse de fluctuation. Il s'agissait donc d'une tumeur liquide. Quant à la nature intime, M. Goyrand pensa qu'il avait affaire à un kyste séreux et purulent.

« Le 10 juin, après avoir fait connaître mon opinion à mes confrères, en y mettant toute fois une certaine réserve, je procédai, dit l'auteur, de la manière suivante à l'opération : J'incisai la commissure externe des paupières jusqu'à la tempe, et je fis écarter les bords de l'incision avec des crochets mousses. Comme je cherchais à inciser la conjonctive qui recouvrait la tumeur, par suite d'un mouvement que fit la malade le bistouri perça le kyste; il en jaillit un liquide d'une limpidité parfaite. La tumeur se flétrit et s'affaissa. Avec une pince à crochet je saisis alors le kyste et la conjonctive, qui le recouvrait, et j'en excisai un lambeau avec les ciseaux courbes. Le kyste fut ainsi largement ouvert : j'y plongeai le doigt, qui pénétra facilement jusqu'au fond de l'orbite; puis, y ayant distingué un corps blanc, opalin, membraniforme, ridé, je le retirai avec la pince : c'était une hydatide solitaire, qui, distendue, avait dû avoir le volume d'une grosse noix. L'hydatide extraite, l'œil est rentré de lui-même dans l'orbite, conservant sa direction oblique en dehors, et s'est enfoncé plus profondément que son congénère.

» L'incision de la conjonctive fut réunie par trois points de suture, et l'œil recouvert de compresses imbibées d'eau froide. » Pendant deux jours, le gonflement des paupières devint considérable. Le 12, M. Goyrand retira les épingles. L'écoulement purulent est abondant; les parties se tuméfient. Le 17, l'œil, qui était redevenu très saillant par le fait de l'inflammation, a repris sa place dans l'orbite; son axe est toujours dévié en dehors. « Le jeune malade quitte la ville d'Aix; le 1er juillet il vient me revoir, dit M. Goyrand; il n'existe plus aucune trace d'exorbitisme ni d'entropion. Le strabisme divergent est moins prononcé; l'œil peut se diriger en avant, mais ne peut pas encore se tourner vers le nez; il n'existe plus d'injection à la conjonctive; la cornée s'éclaircit; la vue s'est déjà notablement améliorée. »

Ce fait d'acéphalocyste est le cinquième qui soit livré à la publicité.

Correspondance.

Rouen, 29 septembre 1846.

Monsieur le rédacteur,

Vous pourriez démentir vous-même la première assertion de M. Douillet, puisque depuis la fin de mon internat, 1843, vous savez que je ne reçois plus la *Gazette des Hôpitaux;* je la lis quelquefois, il est vrai, et c'est à l'obligeance d'un de mes amis, M. le docteur Savalle, que je dois la connaissance de la lettre déjà ancienne de M. Douillet. J'ignorais entièrement l'article de Jean Raimond et les travaux d'un chimiste qui possède depuis deux ans des lithontriptiques *inconnus* et *instantanés*. Tous les médecins de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et MM. Lisfranc, Martin-Solon, Blandin, Jobert (de Lamballe), Monod, Hervez de Chégoin, M. Charrière, et une foule d'autres personnes qui ont vu mon instrument, ne m'ont jamais parlé d'un travail qui eût quelque rapport avec le mien. Si M. Douillet, qui exige que l'on soit au courant de ses élucubrations scientifiques, avait lu un ouvrage qu'il n'est pas permis à un médecin d'ignorer, il ne m'aurait pas accusé d'avoir changé ses lames d'or en réseau métallique imperméable.

« Nous ne parlons pas des essais faits dans le but d'envelopper la pierre dans une espèce de filet métallique imperméable, afin de pouvoir l'attaquer par des réactifs puissants sans danger pour les parois de la vessie, parce que ces essais n'ont eu jusqu'à présent aucun résultat (*Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, par Roche et Samson, seconde édition, tome 5e, page 479, 1828). » Ce n'est donc pas moi qui ai trouvé très plaisante l'antique invention des sphères métalliques, et je conseille à M. Douillet de se mettre au courant de nos livres classiques avant de suspecter la bonne foi de ses confrères.

Je réclame comme m'appartenant :

1° L'idée de l'invagination de l'ouverture du condom dans le canal de l'urètre;

2° L'étude du diagnostic de la nature des calculs par les solutions chlorhydro-sulfuriques;

3° L'instrument appelé *hyménophore*, et sur ce dernier point M. Charrière saura défendre mes droits. — Je n'élève aucune prétention sur les cuillers d'or de M. Douillet, sur ses réactifs inconnus, et sur tout ce qu'il nous cache et nous promet encore.

Du reste, dans quelques jours je serai à Paris, et je prouverai à M. Douillet sur le cadavre que ma méthode n'a rien à emprunter à la sienne, qui depuis deux ans est restée à l'état embryonnaire.

Je profite de cette occasion, Monsieur le rédacteur, pour vous remercier d'avoir ouvert vos colonnes à quelques passages de mon Mémoire, et pour vous annoncer que j'ai trouvé un nouveau réactif alcalin qui donne à mes sacs une solidité et une résistance incroyables; ce qui me permet maintenant d'opérer sur le vivant avec la plus entière sécurité.

Agréez, etc.,

Dr E. Dumesnil.
Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

NOUVELLES.

Sur la présentation de M. le ministre de l'intérieur, M. Fleurus-Léger, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, a été nommé membre de la Légion-d'Honneur.

— Le concours de l'internat pour les hôpitaux de Lyon s'ouvrira le 9 novembre prochain. On doit recevoir onze internes destinés à remplir leurs fonctions triennales à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, au Perron et à l'Antiquaille, suivant que les besoins du service l'exigeront. La réunion récente de ces quatre hôpitaux ajoute beaucoup à la valeur de l'internat à Lyon, et devra nécessairement augmenter d'année en année le nombre des candidats. Il y a en ce moment vingt-huit à trente places de titulaires.

— Le congrès scientifique de Gênes, avant de se séparer, a choisi, selon l'usage, le lieu de sa prochaine réunion. C'est la ville de Rome qui a été désignée, sauf le consentement du gouvernement romain. En apprenant cette décision, le pape Pie IX a envoyé aussitôt son autorisation expresse et formelle.

— Le pape vient d'accorder à M. Renzi, condamné politique auquel il a fait grâce, le grade de chirurgien militaire dans la garde pontificale.

— Le concierge de l'administration des Postes, à Paris, était en possession, de temps immémorial et de père en fils, de la pommade pour les yeux, dite *pommade de Madame Schérer*, qui est composée à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et de paquets de vulnéraire suisse. Le procureur du roi a trouvé, avec juste raison, que cet abus devait cesser. Le sieur Jacquet a été traduit en police correctionnelle et condamné à 25 fr. d'amende et à tous les dépens.

— La Gazette officielle espagnole contient une ordonnance royale en date du 7 septembre, sur le rapport de M. Laureano Sanz, ministre de la guerre, pour le service et l'organisation du corps sanitaire.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 117. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

De l'inflammation simple des hernies ou des pseudo-étranglements.

(Suite du numéro du 24 septembre.)

Nous avons, dans un précédent article, donné en détail deux faits que M. Malgaigne a cru devoir avec raison rapporter à l'inflammation simple des hernies, accident connu sous le nom de pseudo-étranglement. Nous voulons, dans cet article, donner en quelques mots le résumé des opinions de ce chirurgien relativement à la péritonite partielle, péritonite herniaire qui constitue cette affection.

La péritonite herniaire peut se rallier à deux types: inflammation adhésive, inflammation suppurative. La première est souvent légère, fugace, ne se révélant que par des coliques plus ou moins vives qui s'apaisent par le séjour au lit, les cataplasmes, les boissons chaudes. Elle affecte ceux dont la hernie est mal contenue. Une des circonstances les plus favorables à son développement est le temps humide, les changements de saison, puis les excès de table ou de boisson; cette dernière cause n'est pas aussi importante qu'on l'a dit, car il est fréquent de voir les sujets affectés de hernies volumineuses se livrer sans danger à toutes sortes de débauches. Très souvent elle succède à l'ingestion des choux ou des haricots secs. Chez la plupart des herniéux, ces légumes déterminent une accumulation de gaz dans l'abdomen et dans la hernie, qui produit une véritable suffocation et rend la digestion très laborieuse.

Parmi les symptômes les plus ordinaires, on rencontre les coliques sourdes, le météorisme, les éructations, un malaise physique et intellectuel, une pesanteur du ventre et une paresse de l'esprit, le tout revenant fréquemment pendant une digestion embarrassée, à la suite de repas un peu copieux. Il n'y a pas, en quelque sorte, de symptômes locaux; l'irritation de la hernie est assurément au degré le plus léger possible; d'ailleurs, elle est facile à réduire, et les symptômes disparaissent dès qu'elle est réduite et contenue. Pendant longtemps, M. Malgaigne a regardé ce malaise comme le résultat du changement de lieu pur et simple des viscères, sans y mêler aucun soupçon d'irritation; mais il a depuis changé d'opinion. D'abord, ce malaise reconnaît pour cause la hernie même, puisque la réduction le fait disparaître; puis, si la hernie est formée en tout ou en partie d'épiploon, cet épiploon finit par contracter des adhérences avec le sac, et le chirurgien de Saint-Louis a vu bon nombre de sujets avec des adhérences de l'épiploon, qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause.

Dans d'autres circonstances, et plus spécialement dans les épiplocèles, le malaise est fort léger du côté du ventre, la hernie est encore à peu près indolente; mais déjà se manifeste un phénomène local des plus graves, la difficulté de réduire la tumeur. Dans ces cas encore, il n'y a pas indication d'opérer: si l'on est appelé au début de l'accident, il faut réduire; plus tard, il faut apaiser d'abord l'irritation pour faciliter le taxis, qu'il ne faut pas trop différer.

A un degré plus considérable encore, lorsque l'affection simule encore moins l'étranglement, il y a des douleurs à la fois dans la tumeur et dans l'abdomen; la constipation survient, et persiste quelquefois avec beaucoup d'opiniâtreté. Telles sont les premières nuances de la péritonite herniaire, qui peut présenter, comme on le voit, depuis la simple irréductibilité jusqu'aux coliques, aux nausées et aux vomissements. Jusqu'ici nous n'avons parlé que des hernies épiploïques, parce que là, en effet, la péritonite est simple, et qu'on ne peut alléguer l'engouement, et encore moins un véritable étranglement. Passons maintenant à l'inflammation dans les hernies intestinales, où elle présente des nuances tout aussi nettes, tout aussi tranchées que dans les hernies épiploïques.

Pour l'inflammation adhésive, nous trouvons donc, d'abord, des causes souvent manifestes, quelquefois inconnues, des symptômes variant depuis des douleurs sourdes jusqu'aux phénomènes de l'étranglement tel qu'on l'avait conçu jusqu'à présent; enfin, comme résultats anatomiques, des adhérences avec le sac, un épaississement du sac sans adhérences. Le traitement doit être essentiellement dirigé contre l'inflammation.

Si l'on continue à rechercher les symptômes de l'inflammation simple dans les hernies intestinales, on y trouve une parfaite analogie avec ceux que nous venons de mentionner. M. Malgaigne, dans un travail qu'il a présenté à l'Académie des sciences, a cité plusieurs faits dans lesquels on trouve des douleurs très intenses, une irréductibilité apparente suivie de réduction au bout de quelques heures par une pression continue. Dans ce travail, l'auteur ne se dissimulait pas les objections que peut soulever cette manière de voir: « Et la première, dit-il, pourra être tirée de la légèreté, de la fugacité de ces petites coliques herniaires, qui sont pour moi la péritonite au premier degré. A quoi je répondrai que beaucoup d'adhérences pleurales se rencontrent chez des sujets qui n'ont eu que de ces douleurs légères et fugitives connues sous le nom de points de côté, puisqu'un très grand nombre d'adhérences de l'épiploon avec le sac se rencontrent chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé d'accidents durables du côté de la hernie. La seule objection, ajoutait-il, qui ait quelque valeur, c'est que le plus souvent la preuve anatomique manque; mais il m'a paru que, les preuves existant pour les hernies épiploïques, il n'était pas téméraire de conclure pour les entérocèles. » D'ailleurs, la preuve anatomique a été constatée, et M. Malgaigne en a rapporté un exemple bien manifeste.

1° Dans toules les hernies intestinales anciennes, volumineuses, qui n'ont jamais été contenues par un bandage, ou pour lesquelles le bandage a été depuis longtemps délaissé, il n'y a pas d'étranglement réel, l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie. Le fait général ressort de toutes les observations que j'ai pu faire, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, et je n'y ai pas encore trouvé d'exception.

2° Que dans les épiplocèles pures, de quelque volume qu'elles soient, le plus souvent c'est une péritonite adhésive ou suppurative qui a lieu, et que la réalité de l'étranglement, que je ne veux pas nier quant à présent d'une manière absolue, reste cependant tout entière à démontrer. Je ne saurais à cette occasion m'empêcher de faire remarquer l'inconséquence de divers chirurgiens qui opéraient pour détruire un prétendu étranglement dans l'épiplocèle, et qui, trouvant l'épiploon altéré, le soumettaient à la ligature, c'est-à-dire à un étranglement dix fois plus énergique que celui pour lequel ils avaient fait l'opération.

3° Et conséquemment que, dans ces deux cas bien spécifiés l'opération est toujours irrationnelle, et doit être désormais abandonnée par les chirurgiens.

Si l'on accepte cette doctrine, quelles sont les indications réelles et les moyens de les remplir? Avant tout, il importe de s'assurer si la hernie rentrait en partie ou en totalité avant l'accident, et si, le malade pouvant la faire rentrer, il pouvait aussi la garder dans l'abdomen sans gêne et sans douleurs. Car, dans ce dernier cas, il faudrait bien se garder d'opérer le taxis; on risquerait, en réussissant, d'amener une mort inattendue. Mais quand les circonstances sont favorables, et qu'on est appelé de bonne heure, avant que la peau du scrotum participe à l'inflammation, le taxis est le premier de tous les moyens. S'il ne réussit pas une première fois, on peut recouvrir la tumeur de cataplasmes, mettre le malade dans un bain, prescrire un lavement de tabac, puis revenir une seconde fois au taxis; cette manière d'agir est fondée sur ce fait bien constaté, que souvent l'inflammation paraît le résultat d'un déplacement unique des viscères, et que leur réduction a suffi pour la dissiper. Mais je ne saurais recommander une

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'homœopathie à Bordeaux. — Ce que c'est, mathématiquement, que les doses homœopathiques. — Vœu émis par le Conseil général du département du Tarn. — Boîte aux lettres.

Un fait fort étrange qui a eu cependant son analogue à Marseille, se passe actuellement à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Un médecin homœopathe, déjà médecin adjoint de cet hôpital, a été nommé à une place de médecin titulaire. Ce médecin est M. Léon Marchant, honorablement connu dans la littérature médicale, et dont l'abjuration toute récente des croyances générales en faveur de la foi homœopathique a surpris et affligé bien du monde. Les choses les plus graves peuvent présenter un côté plaisant; dans cette affaire, le côté plaisant est assurément la décision prise par la Commission administrative des hôpitaux de Bordeaux. Elle a dit à ce pauvre homœopathe: « Vous ne traiterez les malades que nous confions à vos lumières et à votre probité que par les méthodes ordinaires; défense d'employer sur eux les moyens que vos convictions vous suggèrent, si ce n'est — remarquez bien ceci — sur des maladies reconnues incurables par deux confrères appelés à constater cette incurabilité. »

Que Bordeaux me le pardonne, mais cette décision sent les bords de la Garonne de plusieurs centaines de kilomètres; et dire à l'homœopathie: Va, ma mignonne, fais nous des miracles, c'est dire une véritable gasconnade. Que je rapporte d'abord ce qu'un organe sérieux et respectable de l'opinion médicale bordelaise dit à ce sujet. Voici les réflexions pleines de sens et d'esprit du *Journal de médecine de Bordeaux:*

« Voyons ce qui va se passer sous nos yeux. Un médecin qui croit à l'homœopathie, qui ne jure que par elle hors de l'hôpital, s'engage à faire de l'allopathie dans l'hôpital, c'est-à-dire qu'il va traiter ses malades par des méthodes qu'il juge mauvaises, par des moyens qu'il condamne; il va agir tous les jours contre sa conscience. S'il a un peu d'humanité, il va bien souffrir !..... Quand un malade sera voué à une mort certaine, il aura, seulement alors, le droit de le sauver homœopathiquement; mais il lui faudra, pour opérer cette cure merveilleuse, l'assentiment de deux confrères: or, ceux-ci se trouveront dans une assez fausse position; seront-ce des compères, seront-ce des antagonistes? Dans le premier cas, ils n'inspireront de confiance à personne; dans le second, le médecin homœopathe risquera d'être contrarié, il criera à la jalousie, à la passion, à la partialité. Mais, de bonne foi, les jugements portés par les uns ou par les autres offriront-ils bien le caractère de la certitude? La science du pronostic est-elle si avancée, si familière aux médecins en général, qu'ils puissent ainsi déterminer, sur un simple examen, si un malade mourra ou guérira? Quelle responsabilité va s'attacher à cette décision? Si le malade guérit, quel triomphe pour les globules, quelle gloire pour les décillionièmes de grain d'aconit, de pulsatile ou de silex! Mais à quelles suppositions, à quelles controverses le diagnostic et le pronostic des confrères ne seront-ils pas exposés! Il semble, en vérité, que l'homœopathie soit née d'hier, qu'elle ne soit connue de personne, qu'elle possède des secrets, qu'elle ait fait des miracles, qu'elle n'ait jamais été jugée, enfin qu'elle soit une réalité. La Commission des hospices a été mal inspirée. »

Non, l'homœopathie n'est pas née d'hier; et cependant, qu'on me permette de le dire, elle n'est encore ni suffisamment connue, ni suffisamment comprise. Je connais des gens fort honorables, d'une instruction aussi solide qu'étendue, qui, sans être homœopathes avoués, sont cependant fortement impressionnés par quelques faits fort étranges sans doute, mais qui sont loin d'offrir, comme ils le croient, aucune espèce d'appui à l'homœopathie. Ainsi, l'exemple tant de fois invoqué du virus-vaccin, dont une gouttelette modifie si profondément les aptitudes pathologiques de l'économie; les miasmes paludéens, qui échappent aux investigations les plus exactes de l'analyse chimique; le fait considérable rapporté par M. Boussingault, des habitants de ce village des Cordilières préservés du goître et des scrophules qui affligent les peuplades voisines, parce qu'ils s'abreuvent d'une eau où l'analyse ne trouve que des atomes presque insensibles d'iode; les eaux minérales les plus puissantes dont les principes minéralisateurs réputés les plus actifs sont à l'état de dilution extrême; l'action du calomel à doses réfractées selon la méthode de Key, popularisée parmi nous par M. Trousseau, et dont quelques milligrammes suffisent pour produire incontestablement l'effet purgatif et sialorrhéique; quelques autres faits encore sur lesquels s'appuie une analogie trompeuse; tout cela n'est rien, absolument rien, comparativement aux atténuations homœopathiques; entre celles-ci et ces faits il y a la différence, et ma comparaison n'est pas exagérée, vous allez le voir, d'un grain de sable à la plus haute des montagnes du globe.

Un médecin allemand, le docteur Schincko, du duché de Teschen, a publié, il y a déjà plusieurs années, et à l'époque où l'Allemagne était en grande faveur pour l'homœopathie, un opuscule intitulé: Le *Système de Hahnemann considéré et examiné sous le point de vue mathématique et chimico-géologique.* Cet opuscule a été traduit en français par M. le docteur Dreyfus; la traduction porte la date de Moscou, 1830. Ce travail, très peu connu en France, est fort curieux. J'en dois un exemplaire à l'obligeance de M. Dreyfus; je crois que mes lecteurs en verront avec plaisir un aperçu succinct. Je dois dire, avant tout, que les calculs très compliqués de M. Schincko, ont été, sur la demande de notre honorable confrère, M. Aubert-Roche, vérifiés et trouvés parfaitement exacts par les astronomes du bureau des longitudes à Paris.

On sait que, d'après Hahnemann, la série des médicaments homœopathiques délayés se compose de trente nuances ou dilutions. On fait une rangée de trente flacons; on introduit dans chacun 100 gouttes d'eau ou d'un autre délayant; on fait tomber dans le premier une goutte d'une substance médicamenteuse active, ordinairement d'une teinture, et on opère soigneusement le mélange en le secouant d'après certaines règles; de là on verse une goutte dans l'eau du second flacon, on mêle bien, et de celui-ci encore l'on introduit une goutte dans le troisième, du troisième dans le quatrième, et ainsi de suite jusqu'au trentième.

Il en résulte ainsi trente divisions, et chaque flacon qui suit contient cent fois moins de la substance médicamenteuse; tous les 30 ensemble ne contiennent qu'une seule goutte de teinture divisée très inégalement; chaque goutte du premier flacon n'en contient qu'un cinquième; et chaque goutte du trentième, qu'un décillionième.

Il fallait nécessairement rappeler ce *modus faciendi* pour l'intelligence de ce qui va suivre.

M. Schincko a d'abord calculé les quantités qu'il faudrait employer du liquide délayant pour opérer trente divisions semblables, de manière cependant que chaque division contînt une goutte entière de teinture. Il est arrivé aux résultats suivants:

A la quatrième dilution il faudrait soixante-cinq quintaux et demi de liquide; à la onzième, il faudrait les eaux de la mer Noire; à la quatorzième, autant qu'un tiers du globe terrestre pourrait en embrasser; à la seizième, ce que pourraient en contenir 3,300 globes terrestres; à la dix-huitième, 24 soleils pleins; à la vingt et unième, 24 millions de soleils pleins; à la trentième enfin, c'est-à-dire à cette dilution où le médicament n'est plus donné qu'à la décillionnième partie, il faudrait autant de liquide que 24 quadrillions de soleils, ou 33 quintillions de globes terrestres, rempliraient d'espace.

La masse d'eau, dit l'auteur, qui serait nécessaire pour obtenir la division d'un décillionième de goutte de médecine, formerait une sphère dont le diamètre serait égal à 1,760,000 distances du soleil = 900,000 distance d'uranus = 9 distances d'une étoile fixe. Le rayon lumineux qui, dans l'espace d'une seconde, traverse 41,000 milles, qui nous vient du soleil en 8 minutes 7 secondes, ne traverserait cette sphère qu'en 28 ans.

Il suffirait donc de mêler une seule goutte de teinture de noix vomique à cette énorme masse d'eau, pour pouvoir donner avec succès un décillionnième de ce mélange. Si les atomes de cette goutte se parta-

trop grande douceur dans les manœuvres de réduction ; que le chirurgien se souvienne qu'il a affaire, non plus à des organes engoués, mais à des organes enflammés ; s'il trouve une résistance, qu'il sache s'abstenir. Alors il ne faut s'occuper que de l'inflammation, lui opposant la position déclive, les cataplasmes tièdes ou froids, les sangsues au besoin ; évitant les vomissements en épargnant les boissons ; trompant la soif par des morceaux de glace, etc. Les indications sont les mêmes pour l'épiplocèle et pour l'entérocèle, si ce n'est que l'épiplocèle permet généralement de recourir beaucoup plus tôt aux boissons restaurantes et même à des aliments solides.

Lorsqu'enfin la période de déclin est venue pour l'inflammation, ce qui varie suivant son intensité primitive, mais ce dont il est facile de s'assurer par la diminution de la tumeur et par le retour des téguments à leur flaccidité naturelle, il faut revenir au taxis. Pour l'entérocèle, le taxis a le double but d'empêcher les adhérences de s'établir, et de donner à l'intestin toute liberté d'accomplir ces fonctions, ce qu'il fait mieux dans l'abdomen que partout ailleurs. Car, chose remarquable, et que l'on expliquera, du reste, comme on voudra, l'anse intestinale herniée demeure encore distendue par des gaz après que l'inflammation est passée, et oppose encore une résistance légère aux efforts de réduction. Dès qu'on l'a réduite, il semble que les gaz s'éparpillent dans le reste du tube intestinal, que l'intestin sorte de son engourdissement, si je puis ainsi dire. Les selles se feraient naturellement si l'on ne jugeait pas utile de les solliciter par un lavement laxatif. Mais aussitôt après cette réduction, on peut même laisser le malade sans bandage ; la hernie se présente au dehors, mais sans tension, sans douleur, sans résistance à une réduction nouvelle. En un mot, tout est revenu à l'état normal.

Pour l'épiplocèle, le but unique est d'éviter des adhérences, bien plus promptes à s'établir ici que dans l'entérocèle, et qui, s'organisant de préférence vers le fond du sac, n'ont pas seulement cet inconvénient de s'opposer plus tard à la réduction, mais en maintenant le pédicule épiploïque dans l'anneau tiennent la porte ouverte à une hernie intestinale et rendent très difficile l'application régulière et efficace des bandages. Aussi, quand les premiers essais de réduction n'ont pas réussi, doit-on traiter la péritonite locale par les moyens ordinaires; mais je me hâte bien plus que dans l'entérocèle de revenir au taxis.

Que si l'inflammation trop intense a passé à la période suppurative, il est bien remarquable qu'en général des fausses membranes, des adhérences plus ou moins solides interceptent presque toujours la communication entre le grand péritoine et le sac herniaire. Celui-ci représente alors une sorte d'abcès enkysté qu'il faut ouvrir largement, comme un abcès ; mais sans chercher ensuite à détruire ces adhérences bienfaisantes, et en laissant agir la nature. La même conduite est exigée dans les abcès de ce genre compliqués d'une fissure de l'intestin. Que si enfin l'inflammation était trop étendue pour céder aux moyens indiqués, il faudrait regarder le cas comme désespéré; mais laisser du moins naturellement mourir le malade, sans hâter sa fin par une opération que rien ne saurait justifier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1845-1846.

Considérations sur les différents groupes de maladies, et sur les cas principaux. (Suite.)

De toutes les maladies des organes génitaux de la femme, avons-nous dit, celles qu'on rencontre le plus fréquemment sont les granulations du col utérin ; nous ajouterons que parmi les ulcérations de cet organe, nous n'avons pas rencontré ces variétés sans nombre, herpétiques, scorbutiques, scrophuleuses, etc.. qui ont été signalées par quelques auteurs, MM. Duchesne-Duparcque, Boys de Loury en particulier.

Nous ne pouvons nous expliquer les divisions multipliées décrites dans l'histoire des ulcérations du col qu'en supposant que les auteurs se sont laissé entraîner malgré eux par des idées théoriques dominantes dans la science, et auxquelles n'échappent pas toujours même les meilleurs esprits. Qu'on nous passe une comparaison. Quand la doctrine de Broussais régnait exclusivement, très certainement la médication purgative n'avait pas, sur l'économie, d'action plus dangereuse qu'aujourd'hui ; cependant il n'est pas un de ceux, et nous étions dans ce cas, qui administraient les purgatifs dans les maladies qui paraissaient les réclamer, il n'est pas un de ceux-là, comme nous-même, qui ne tremblât de voir se produire les effets redoutables dont ils étaient accusés.

Quoi qu'il en soit, l'état granuleux du col est presque toujours indiqué par un écoulement blanc plus ou moins abondant, voilà un des caractères qu'il qu'il faut avoir présents à l'esprit. Cet écoulement blanc, lactescent ou jaunâtre, quelquefois teint de sang, peut sans doute être le symptôme d'autres maladies, mais le plus souvent il indiquera l'existence des granulations. S'adjoindront à ce signe des douleurs dans l'estomac ; les femmes se plaindront de maigrir ; elles accuseront de la souffrance dans les reins, dans les aines.

Quand on pratique le toucher chez une malade qui réunit ces symptômes divers, et en supposant, bien entendu, un doigt suffisamment exercé, on trouve le col un peu augmenté de volume, mais légèrement; de plus, on constate qu'il présente des espèces de grains, il donne la sensation d'un corps grenu, d'une framboise; mais il est plus ferme. Ce sont des caractères faciles à reconnaître dès qu'on a acquis quelque habileté. D'ailleurs, nous pensons que les granulations sont plus faciles à apprécier à l'aide du toucher qu'avec le spéculum. En se servant de cet instrument, on est certainement plus exposé à l'erreur, à moins qu'on en ait une grande habitude. Cela paraît singulier au premier abord : rien n'est plus vrai pourtant. La membrane muqueuse du vagin présente, quand on pousse l'instrument, deux bourrelets qu'on prend pour le col ; ou d'autres fois on voit le col lui même seulement par une de ses faces qui peut être saine, tandis que l'autre seule est malade. Le doigt n'expose point à ces méprises, c'est le meilleur des moyens; sans doute cela n'empêche pas de se servir du spéculum. Ces deux moyens se contrôlant mutuellement, donnent un degré de certitude qu'on n'acquiert absolument d'une manière aussi complète, ni par l'un, ni par l'autre isolément, mais dont on approche plus avec le doigt qu'avec le spéculum seul.

On a comparé, avons-nous dit, la sensation fournie par les granulations et leur aspect à une framboise, à une fraise, la comparaison est assez exacte. Qu'on se figure une fraise étalée en membrane d'un rouge plus ou moins foncé, violacé, quelquefois, telles se présentent les granulations. On les trouve soit disséminées, soit rassemblées par plaques. Le plus ordinairement elles occupent le museau de tanche: c'est, sans contredit, le lieu dans lequel on les observe le plus fréquemment; mais on en rencontre aussi jusque dans la cavité du col de la matrice.

C'est dans ce dernier cas principalement que l'emploi du spéculum peut être utile. Quand l'instrument est introduit et le col embrassé par son extrémité, en pressant un peu, on entre ouvre l'orifice ; et si l'on voit sourdre des mucosités d'aspect purulent, nul doute qu'il n'existe des granulations dans l'intérieur de la cavité.

Ces granulations, qu'on les observe dans l'intérieur de la cavité du col ou sur le museau de tanche, n'intéressent que la muqueuse de l'utérus ; l'épithélium se trouve détruit, la couche papillaire est à nu, mais le tissu même de l'organe reste sain. Rarement les granulations se compliquent d'engorgement marqué. Cette maladie, si fréquente, comme nous le disions la dernière fois, ne présente pas d'autres variétés; quelquefois, il est vrai, certaines granulations viennent à s'excorier, et il en résulte des ulcérations, mais cela mérite à peine d'être signalé, et ne change rien à la maladie.

Une question d'une beaucoup plus grande importance est celle-ci : Les granulations sont-elles dangereuses?

Quelques praticiens se sont prononcés pour l'affirmative; ils croient qu'elles peuvent être le point de départ du cancer de la matrice; toutefois cela n'est pas démontré. Il y a tant de femmes qui portent de ces granulations et qui les gardent pendant longtemps sans avoir de cancer, qu'il est douteux que cette dernière maladie, si difficile à guérir, soit une conséquence de la première. Un chirurgien prétend que depuis que l'on guérit ces granulations, il ne voit presque plus de cancers de l'utérus; assurément cela prouve tout simplement que les malades affectées de cancer ne vont plus le trouver; car pour nous, malheureusement, nous en voyons encore une trop grande quantité.

Cet état granuleux du col peut être guéri presque dans tous les cas. Nous n'hésitons pas à dire qu'on en obtient la guérison dix-neuf fois sur vingt, et presque toujours avec le même traitement. La cautérisation des portions granulées est le remède par excellence. Aucun particulier ne l'ignore, tous la pratiquent, mais non pas de la même manière, ni avec le même caustique. On peut guérir avec tous probablement, mais plus ou moins facilement et en plus ou moins de temps. On paraît trop oublier qu'outre la propriété caustique, chaque corps cautérisant possède une sorte de spécificité différente. Dans les granulations, le nitrate de mercure est le plus efficace comme il est le plus commode; il ne nuit jamais. La manière de procéder est des plus simples : un petit pinceau modérément imbibé de ce liquide est porté sur les parties granulées, et on le fait pénétrer jusque dans le col et dans la cavité, s'il y a lieu de croire à l'existence de granulations dans l'intérieur. On répète ces cautérisations tous les huit jours pendant cinq à six semaines, il ne faut pas les continuer plus longtemps.

Nous avons besoin d'insister sur ce précepte de ne pas poursuivre les cautérisations au delà du temps que nous indiquons généralement, au moins pour éviter une erreur nuisibles aux malades, et dans laquelle on tomberait presque à coup sûr si l'on ne s'y conformait pas. Quand la cautérisation a été bien faite, il reste après elle une ulcération; si l'on s'obstinait à cautériser tant qu'elle existe, on serait conduit à ne jamais cesser les cautérisations, puisque ces ulcérations reconnaissent pour cause la cautérisation même. Quelques bains et quelques fortifiants complètent ce traitement, dont le succès est à peu près assuré. On le voit, il y a fort loin de cette thérapeutique à l'ensemble de ces moyens qui martyrisent les femmes, tels qu'on les emploie dans un autre ordre d'idées.

L'histoire des granulations se rattache assez étroitement à celles des déviations de l'utérus; on les rencontre simultanément dans un assez grand nombre de cas. Ainsi nous avons observé cette année cinq exemples de déviation; il existait des granulations en même temps.

Il y a une vingtaine d'années déjà que nous appelons l'at-

---

geaient avec la rapidité du vol d'un boulet de canon, il faudrait cependant attendre 45 millions d'années pour que le mélange fût uniforme.

Ici, continue M. Schincko, se présente cette question : combien de malades Hahnemann pourrait-il bien guérir, avec une seule goutte de teinture de noix vomique, s'il l'administrait comme à l'ordinaire, à la dose d'un décillionième? Suit le calcul, que je supprime pour ne donner que le résultat. Cette seule goutte de teinture de noix vomique pourrait suffire à deux cent mille quadrillions d'hommes, et si chaque homme prenait, par jour, une goutte de teinture réduite à la division d'un décillionième, il se consommerait, par an, 73 quintillions de gouttes ; par conséquent 1 décillion de gouttes suffiraient pour 13,699 quadrillions d'années.

L'esprit recule épouvanté devant ces divisions extrêmes, et l'on voit que s'il est facile de prononcer les mots décillionième homœopathique, il n'est pas tout à fait aussi aisé de s'en faire une idée. Pour chercher à arriver à ce résultat, M. Schincko propose de supposer une masse d'eau égale à trente-trois globes terrestres dans laquelle on fait dissoudre une goutte de teinture ; de cette dissolution bien mélangée, prenez une goutte pour la dissoudre de rechef dans une nouvelle masse d'eau égale à trente-trois globes terrestres; chaque goutte de cette dernière masse contiendrait enfin le décillionième d'une goutte de teinture.

Mais l'homœopathie donne aussi ses médicaments sous forme de poudre et par doses aussi petites que les teintures; or, vous figurez-vous ce que c'est que la decillionième partie d'un grain d'opium, par exemple? Non, assurément, quand vous saurez que si le globe terrestre était réduit en poudre, la quintillionième partie serait à peine égale à deux graines de semence de pavot; que si l'on se représente une création un million de fois plus grande que celle qui est connue des astronomes, et qu'on la divise en un décillion de parties, un semblable décillion ne serait qu'un atome égal à la millionième partie d'une graine de pavot. Certes, c'est le cas de s'écrier avec l'auteur : Jamais mortel n'a imaginé, sous le rapport pratique, quelque chose de plus grand dans ce qu'il y a de grand et de plus petit dans ce qu'il y a de petit que ce à quoi le système de Hahnemann donne aujourd'hui lieu ! J'ai idée aussi que si les résultats de ces calculs, qui ont dû être fort pénibles, passaient un peu sous les yeux du public, la foi hahnemannienne pourrait bien s'atténuer en proportion de ces millions de milliards.

« Après que j'eus achevé ces calculs des doses, dit l'auteur avec une naïveté toute germanique, je vis clairement que Hahnemann avait raison de soutenir que c'est l'*esprit* du médicament qui guérit. » Il est fort douteux pour moi que l'inventeur de la doctrine se soit parfaitement rendu compte lui-même des divisions et dilutions qu'il a prescrites ; quel homme de bon sens, en effet, pourrait espérer obtenir une action physico-dynamique ou chimique d'atomes matériels d'une si inconcevable petitesse ?

Mais M. Schincko n'attaque pas la doctrine hahnemannienne seulement par la divisibilité tout à fait inaccessible à notre entendement de ses doses ; il démontre par les principes les plus simples et les plus élémentaires de la chimie que cette divisibilité n'est qu'une chimère et qu'il est pratiquement impossible de l'obtenir.

1° Impossibilité de se procurer des délayants assez purs pour qu'aucune substance étrangère au médicament ainsi atténué ne se mêle avec lui;

2° Phénomène d'attraction impossible à éviter et qui fera adhérer incontinent ces molécules médicamenteuses si légères aux parois des vases ou les fera entrer dans leurs pores;

3° Cristallisation ou dépôt inévitable de ces molécules;

4° Décomposition tout aussi inévitable de ces atomes par le liquide délayant.

Voilà quatre conditions auxquelles il est impossible de se soustraire et qui doivent forcément, et dans un temps plus ou moins long, ou modifier ou annihiler entièrement les atomes homœopathiques.

Puis l'auteur passe en revue les conditions dans lesquelles l'homme vit, le milieu qu'il respire, les aliments et les boissons qui le nourrissent, l'eau dans laquelle il se baigne, etc., etc., et il fait voir que si les agents toxiques ou médicamenteux agissaient réellement aux doses hahnemanniennes, ou même à des doses beaucoup plus élevées relativement, il n'est pas un être de la création qui pût vivre en santé, et il termine par cette page digne de méditation et que l'on ne dirait point écrite dans la mystique Allemagne :

« Tout dans la nature a sa mesure déterminée, et un grand nombre de rapports respectifs dont rien ne s'écarte beaucoup, et les très légères déviations qui ont toujours lieu sont sans conséquence.... Le rapprochement d'une très petite comète serait sans effet sur le globe terrestre, et les petites déviations qui ont toujours lieu dans le cours régulier des planètes ne nuisent pas au tout.... La stérilité de la terre peut être considérée comme une maladie, et le fumier, comme un médicament qui agit sur les plantes, comme les médicaments sur notre corps, c'est-à-dire d'une manière dynamique, chimique et mécanique. Mais un grain de fumier, de chaux en poudre, de plâtre, une goutte d'urine, d'acide sulfurique, etc., ne féconderont pas un champ. Un seul rayon de lumière ne colorera aucune planète, et un lampion de la grandeur d'un grain de pavot serait ridicule dans l'air. Il y a une certaine grandeur déterminée pour chaque créature, ainsi que pour l'homme, et tout ce qui concerne chacun, habitation, aliments, et par conséquent aussi la dose nécessaire d'un médicament, doit toujours être dans un rapport de quantité avec eux. Personne ne parviendra à se rassasier d'un grain d'aliment, et une goutte de vin n'a jamais réjoui le cœur, ni une goutte d'eau étanché la soif d'un seul homme. Avec un millionième de grain de sel on ne salera pas un dîner, et avec un atome de levain on ne parviendra pas à faire fermenter la pâte du pain...., » etc.

Voilà de la bonne, de la vraie philosophie, celle du bon sens et de l'application pratique. Hors de là, chimères, illusions, même avec les convictions les plus respectables.

— Voici un fait qui prouve plus éloquemment que de longs discours quels services on serait en droit d'attendre, pour notre profession, des médecins eux-mêmes, si leur participation aux affaires était plus générale, s'ils sollicitaient plus qu'ils ne le font les honneurs politiques, et s'ils vivaient un peu moins étrangers au mouvement social :

— Sur la proposition de M. le docteur Rigal, de Gaillac, le Conseil-Général du Tarn a pris, à l'unanimité, la résolution suivante :

Le Conseil-Général émet le vœu que la loi à intervenir sur l'enseignement et l'exercice de l'art de guérir soit présentée aux Chambres dans la présente session, et promulguée dans le plus bref délai possible. L'urgente nécessité de cette loi a été mise hors de doute par l'imposante manifestation du Congrès médical tenu à Paris en novembre 1845. Les travaux de cette assemblée ont attiré l'attention du gouvernement du Roi, et lui méritèrent les généreuses sympathies de M. le ministre de l'intruction publique. M. de Salvandi tiendra à honneur de terminer l'œuvre commencée, et d'acquitter de solennelles promesses.

Grâces soient rendues à notre honorable confrère, M. Rigal, pour cette initiative, dans laquelle il doit avoir été vivement appuyé par M. le docteur Amédée de Clausade, qui a eu l'honneur d'être nommé secrétaire de ce même Conseil-Général.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

J'ai reçu la lettre suivante, que mon respect pour la liberté d'écrire me fait un devoir d'insérer tout entière.

Monsieur et très honoré confrère,

Je n'ai pas reçu mission de M. Orfila pour rectifier les divers passages de votre dernier feuilleton qui se rapportent à son voyage en Espagne. Cependant, comme notre doyen ne sera de retour à Paris que dans la seconde quinzaine d'octobre, il pourrait arriver que le silence gardé sur vos nouvelles, puisées, dites-vous, à bonne source, leur donnât une certaine consistance, et je crois utile, dans l'intérêt de la vérité, de vous dire en quoi vous avez été induit en erreur.

Le voyage de M. Orfila, décidé depuis longtemps, n'a été qu'une

tention sur les déviations de la matrice. On les connaissait depuis longtemps sans doute, mais on n'en parlait guère en dehors de l'accouchement; c'était dans leurs rapports seulement avec cette fonction que les déviations étaient étudiées. Or nous avons démontré aujourd'hui qu'il n'est pas dans les organes génitaux de la femme de lésion plus commune. Beaucoup de praticiens ont acquis la certitude maintenant qu'il est peu d'affections qu'on rencontre aussi souvent que celles-là. Cette maladie, ou plutôt cette difformité, si on peut lui donner ce nom, existe chez beaucoup de femmes sans qu'elles s'en aperçoivent, et elles les portent fort longtemps sans le savoir. D'autres femmes qu'on soumet à des traitements divers pour certaines autres maladies, n'ont absolument que des déviations de la matrice.

Ces déviations présentent des variétés; l'utérus se déjettera à droite, à gauche, en avant, etc. La pensée indique ces différentes déviations; mais de plus, la matrice se pliera plus ou moins; ce qui constitue les inflexions. Il faut différencier ces dernières déviations de celles qu'on appelle inversion, antéversion, rétroversion, latéroversion. Nous avons beaucoup insisté l'an dernier sur les distinctions que présentent ces divers états. (Maladies des femmes, *Gazette des Hôpitaux*, 1845.)

La matrice est plus souvent infléchie qu'inversée. Dans l'inflexion, on trouve le col presque dans sa place naturelle; l'utérus, au contraire, est coudé, soit en avant, soit en arrière, ou de côté.

Une des raisons qui contribuent à laisser ignorer le nombre considérable de ces affections, c'est que pour un certain nombre de praticiens, qui ne les reconnaissent pas ou ne veulent pas les reconnaître, elles sont traitées sous le nom d'engorgements de matrice. Du reste, la médication de ces médecins est facile à retenir; elle est toujours la même, qu'il s'agisse d'une antéflexion, d'une antéversion, d'une rétroversion, d'un corps fibreux, d'un cancer, c'est toujours la même chose. Les pilules de ciguë, les petites saignées, le repos absolu sur une chaise longue, quelques bains s'appliquent indifféremment par ces praticiens à toutes les maladies que nous venons de nommer, toujours sous le nom d'engorgements.

Ce n'est pas que nous les niions absolument, nous ne voulons pas dire qu'il n'en existe jamais; nous disons seulement qu'ils sont très rares, et qu'au moins quarante-cinq fois sur cinquante les femmes qu'on traite pour ces prétendus engorgements n'ont autre chose que des déviations.

Et d'ailleurs aujourd'hui, dans l'état actuel de nos connaissances anatomo-pathologiques, qu'entend-on par un engorgement de la matrice? Les maladies de la matrice pourront être comparées à celles du testicule, à celles de la mamelle. Entendra-t-on alors un engorgement suite de dégénérescence? Mais c'est un cancer colloïde, encéphaloïde, etc. Veut-on parler d'une subinflammation simple? Mais ces sortes de maladies ne persistent pas dans cet état, ou bien elles deviennent aiguës, ou bien elles se résolvent et guérissent. Où est la preuve de ces engorgements? Puisqu'ils sont si fréquents, puisque les femmes n'en meurent pas, il arrive certainement que quelques femmes qui les portent succombent à d'autres maladies, où donc en est la preuve sur le cadavre? qui l'a vue? Ce ne sont pas de ces lésions, celles-là, qui disparaissent avec la vie. Non, on s'est tout simplement trompé; et la cause d'erreur, la voici:

Quand on touche une femme et qu'on trouve le col sain ou pas assez malade pour rendre compte des symptômes; quand, ensuite, on rencontre dans le bassin une bosse, souvent douloureuse, qui remplit une partie de l'excavation, on croit à un engorgement.

Puis, partant de là, on prescrit le traitement des engorgements, traitement qui eut beaucoup de vogue appuyé sur les derniers retentissements de l'école de Broussais. Les petites saignées dites révulsives on ne sait pas trop pourquoi, l'extrait de ciguë comme fondant et qui est fondant comme chacun sait, des bains de deux ou trois heures, de petits lavements froids, des frictions avec la pommade d'iodure de plomb, etc., etc., et d'autres moyens dont nous parlions tout à l'heure, tel est l'ensemble du traitement des engorgements, en ajoutant, bien entendu, que la malade doit rester couchée pendant quelques mois, ce qui ne peut manquer d'entretenir l'état général, comme on le comprend facilement.

Disons-le, les engorgements ont terminé leur carrière, il faut revenir à des idées d'anatomie pathologique plus saines et plus conformes à l'observation.

Est-ce à dire cependant que, la maladie mieux connue, nous réussissions à mieux la guérir? Par cela même que nous savons véritablement ce dont il s'agit, nous comprenons l'inutilité de tous les moyens qu'on emploie, nous comprenons qu'un moyen mécanique seul peut parvenir à amener la guérison, et, en vérité, c'est là quelque chose de fort difficile.

Mais au moins nous ne serons plus inquiets connaissant l'affection, nous rassurerons les familles, et nous finirons par faire marcher ces femmes qu'on condamnait à un repos énervant et nuisible, plus propre à augmenter les accidents produits quelquefois par les déviations qu'à les modifier et à les faire disparaître. Il faut que les femmes atteintes de déviations de l'utérus se nourrissent et se promènent. Nous considérons ces deux points comme très importants.

Ainsi, nous ne nions pas les engorgements, mais nous disons que ce sont des maladies assez rares. En rangeant, par exemple, les affections utérines dans l'ordre de leur fréquence en pratique, nous placerions d'abord les granulations, puis les déviations, ce sont les affections qu'on rencontre journellement; puis viendraient les productions anormales, les corps fibreux, les cancers, les engorgements, les productions pétrées, etc., etc.

En résumé, on ne connaît point de traitement efficace contre les déviations. Surveiller le système nerveux, le calmer, soutenir les fonctions digestives, combattre la constipation, telles sont les indications contre les symptômes généraux. Puis les ceintures hypogastriques, les pessaires, les tiges propres à redresser l'utérus, tels seraient les moyens locaux qui auraient vraiment de l'efficacité.

Nous n'avons rien à dire des autres lésions; nous devrions placer ici, pour compléter les maladies du système sexuel de la femme, les affections des mamelles, mais nous en avons parlé tant de fois dans le courant de l'année que nous n'y reviendrons pas. Ces maladies ont été au nombre de vingt-six, dont dix-sept tumeurs.

Les maladies de l'anus sont distribuées de la sorte: trois fissures, quatorze fistules, quatre cas d'hémorrhoïdes, un polype, trois cancers, cinq ulcères, huit abcès, une rétention des matières stercorales. Le temps nous manque pour parler de ces maladies. Nous ferons remarquer qu'aucun de ces malades n'a succombé; ce qui est singulier, car chaque année les maladies de l'anus en emportent malheureusement quelques-uns.

Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter sur les opérations pour compléter ce résumé. Nous terminerons prochainement.

PAJOT.

REVUE GÉNÉRALE.

Abcès tuberculeux du pancréas; nigritie générale. — M. le docteur Aran a publié dans le dernier numéro des *Archives de médecine*, une observation que nous allons reproduire ici:

Une jeune femme de vingt-cinq ans, corsetière, est entrée à l'hôpital de la Charité, service de M. Cruveilhier, le 21 juillet 1846. Cette femme rapporte qu'il y a quatre ans elle a ressenti à la base de la poitrine et dans le dos des douleurs extrêmement vives, qui l'empêchaient de dormir sur le dos ou sur le côté droit. Ces douleurs ont disparu au bout de deux mois. Depuis un an, indispositions fréquentes caractérisées par un sentiment général de fatigue et de brisement, des maux de cœur et des vomissements bilieux qui duraient cinq à six heures, se montraient sans motif et la soulageaient toujours beaucoup. En même temps, elle s'est aperçue que sa peau, qui naturellement était blanche, commençait à jaunir. D'abord, coloration jaune safranée au pourtour des lèvres et des yeux; cette coloration a envahi le cou, le tronc et les membres. Puis la teinte a foncé en même temps qu'il se développait de petites taches brunes, qui se sont peu à peu étendues. Il y a trois mois et demi, nouveaux accidents: douleurs atroces dans le dos et à la région épigastrique, qu'elle parvenait quelquefois à calmer en appuyant fortement l'estomac contre un oreiller; anorexie; dévoiement; pas de vomissements. — La malade dit avoir beaucoup maigri et perdu ses forces; jamais elle n'a eu d'enfants et affirme n'avoir pris aucune préparation médicamenteuse.

Etat actuel, 22 juillet. — Femme d'une taille médiocre. Amaigrissement peu prononcé. La peau offre une coloration anormale qui se rapproche de celle des mulâtres; si on l'examine avec attention, on reconnaît que la teinte n'est pas uniforme. Sur le tronc, c'est une coloration jaune-foncé tirant sur le brun, plus foncée dans certains points que dans d'autres, par exemple au niveau du sternum et sur toute la région vertébrale. La peau des bras est moins brune que celle du tronc, excepté à la face externe et surtout au niveau des plis articulaires dans le sens de l'extension; elle est d'un jaune brun en dedans. Le dos des mains est foncé en couleur, tandis que la paume est à peu près dans l'état normal. La face dorsale des doigts est fortement colorée, mais principalement au niveau des plis articulaires, où la peau a une teinte bronze-sale. Les ongles ont conservé leurs caractères ordinaires; mais à l'index et au médius de la main droite, on distingue à travers la transparence des ongles que le tissu cellulaire sous-onguéal commence à prendre une teinte brune. La coloration des membres inférieurs est beaucoup moins prononcée que celle des membres supérieurs; elle est presque partout d'un jaune sale. Cependant, la peau des phalanges au niveau des plis d'extension, la peau de la partie inférieure de la jambe au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, celle qui recouvre la rotule, celle du pli de l'aine ont une teinte plus brune, comme basanée. Toutefois, la couleur mulâtre semble augmenter de la partie inférieure à la partie supérieure des cuisses, qui, à leur face postérieure, sont d'un brun foncé, coloration qui se retrouve encore plus tranchée sur les fesses. Le cou est basané en arrière; en avant, il est d'une couleur bistre, et l'on y distingue les taches brunes dont nous avons parlé plus haut, taches qui descendent jusques au-dessous des clavicules et sur la face antérieure du sternum. La face est olivâtre, et cette teinte dépend du mélange de la couleur jaune qui forme le fond de la coloration de la peau et d'un grand nombre de taches de grandeur variable isolées dans certains points, mais réunies dans le plus grand nombre et formant un véritable masque. Ces taches sont d'une couleur brune, et, quand on examine la peau d'un peu près, on dirait des taches d'huile, surtout dans les points où elles sont agglomérées. Elles occupent principalement le front, le nez, les joues; elles s'étendent en haut jusque dans les cheveux; en bas, elles se fondent avec celles qui occupent la partie supérieure du cou. La conjonctive est parfaitement blanche; mais le rebord des paupières et les lèvres sont d'un brun foncé. Les cheveux, peu abondants, sont d'un beau noir et lisses. Du reste, l'état des autres fonctions est en général assez satisfaisant.

La malade a de l'appétit; la langue est humide; les digestions se font bien; seulement elle est sujette à une constipation rebelle; elle ne va que tous les quatre à cinq jours à la garde-robe et encore avec des douleurs inouïes (ses garde-robes ne sont pas décolorées); un peu de douleur à la pression à la région épigastrique. On y sent le rebord du foie qui dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt; cet organe paraît un peu plus volumineux qu'à l'état normal; il remonte en haut jusqu'au bord supérieur de la cinquième côte droite. La pression de l'hypocondre droit est douloureuse; pas de douleur au niveau de l'hypochondre gauche. La rate n'est pas développée. Les urines ne sont pas colorées et ne précipitent pas par l'acide nitrique. Les douleurs qu'elle a éprouvées dans la partie postérieure de la poitrine sont

---

sorte de pieux pèlerinage entrepris dans le but de revoir des lieux qu'il n'avait pas visités depuis près de trente ans. Il a retrouvé à Barcelone, à Valence et à Madrid les bancs sur lesquels il s'était assis, les fils des maîtres dont il avait écouté les leçons, et toutes les âmes bien nées comprendront avec quel bonheur il s'est abandonné à ces chers souvenirs de sa jeunesse. Accueilli par ses anciens condisciples avec une faveur bien précieuse pour lui, il a pu reconnaître qu'en devenant Français par adoption, ses compatriotes, fiers de sa renommée, ne renonçaient pas au plaisir de le croire toujours Espagnol. Les Facultés de Cadix, de Séville lui ont fait un accueil dont la médecine française a droit de s'enorgueillir, et j'ai pu reconnaître que nos illustres voisins savent nous rendre justice. L'enseignement de la médecine en France est pour eux l'occasion d'une émulation active. Il n'est pas douteux qu'avant peu leurs efforts intelligents ne produisent d'excellents résultats.

Quant aux parties de votre récit qui ont trait à la fameuse mine d'argent, aux actions à placer, à l'auguste coassocié, etc., permettez-moi de vous dire que vous avez été assez mal informé, et que surtout l'on a omis de vous dire que M. Orfila avait un frère. C'est ce frère qui aura la gloire et les bénéfices de cette grande entreprise. La mine de Guadalajara n'en est plus à ses débuts, les actions ne sont plus à distribuer, et la présence de notre doyen chez son heureux frère n'ajoutera rien aux chances favorables de cette importante affaire.

Compagnon de voyage de M. Orfila, j'ai cru devoir vous donner ces renseignements qui sont beaucoup moins intéressants que ceux dont vous avez amusé vos lecteurs empressés, mais qui ont du moins le faible mérite d'être rigoureusement vrais.

Vous ferez de cette communication, tout à fait officieuse, l'usage qui vous paraîtra le plus convenable, et vous voudrez bien agréer, etc.

P. MENIÈRE,
Médecin de l'Institut royal des Sourds-Muets.

Le 1er octobre 1846.

Le ton de cette lettre me fait craindre que son auteur se soit complétement mépris sur la pensée et l'intention de l'article auquel il a pris la peine de répondre. Il y a vu, sans doute, quelque velléité de malveillance envers M. le doyen, puisqu'il a cru nécessaire de rétablir un fait qui n'a, en définitive, aucune importance publique. Notre honorable confrère serait dans l'erreur; je n'ai absolument aucun motif d'être hostile à M. Orfila, dont je n'ai jamais été le détracteur systématique, pas plus que le flatteur intéressé. Si j'avais voulu faire de la malice à son endroit, ce n'est pas parmi les mille bruits qui circulent à l'occasion de son voyage, celui dont j'ai parlé, que j'aurais choisi. Je n'ai rien vu d'offensant et de désobligeant pour lui dans ce que j'ai raconté; j'ajoute même que je suis peiné d'être obligé de lui dire:

Si ce n'est toi, c'est donc ton frère

quand il s'agit de millions. Mais, ami et compagnon de voyage de M. Orfila, M. Ménière peut être, sur ce point, mieux renseigné que moi; je doute cependant que s'il eût connu la source où j'ai puisé cette nouvelle, M. Ménière n'eût pas hésité à la trouver suspecte.

Bordeaux, 5 septembre 1846.

Monsieur et très honoré Confrère,

Un Espagnol, moine défroqué, était assis, en 1844, sur les bancs de notre école préparatoire; il y prit quatre inscriptions, qui ne furent pas validées par l'examen de fin d'année, ainsi que le veulent nos règlements particuliers. Avec ce mince bagage, car il n'avait étudié nulle part ailleurs, il se rendit à Madrid, et là un ordre de la reine enjoignit à la Faculté de médecine de conférer au sieur X. le titre de bachelier. Toute la presse médicale, les sociétés de médecine, les médecins les plus honorables de ce pays s'émurent d'un tel abus du bon plaisir, allant jusqu'à dispenser un individu du temps d'étude et des épreuves que la loi prescrit. On s'arrêta à Madrid devant une manifestation aussi énergique que générale; mais un ordre impératif comme le premier arriva à la Faculté de Barcelone, et X., après un examen à huis-clos, reçut le titre de licencié.

Cependant on comprit sans doute qu'une science ainsi décrétée n'était pas sans danger pour la vie des Espagnols; X. repassa les monts, et vint à Bordeaux, où il fut condamné quelque temps après pour exercice illégal de la médecine.

Je ne publie ces renseignements, M. le Rédacteur, que pour prévenir chez nous un grand scandale. Cet homme qui selon la loi française n'aurait pas le temps d'étude exigé pour prétendre au grade le plus inférieur, est à Paris pour solliciter, dit on, l'échange de son diplôme. Déjà à une autre époque j'ai eu l'honneur d'en écrire à M. le ministre de l'instruction publique au nom de l'Association médicale de la Gironde. Nous n'avons rien négligé pour que notre gouvernement n'ignorât pas l'acte arbitraire et illégal auquel X. doit tous ses titres. Aussi nous ne doutons pas que M. de Salvandy, chez qui la probité égale les hautes lumières, ne refuse d'imposer au corps médical de France un homme que les médecins espagnols ne veulent pas reconnaître pour leur confrère.

Agréez, etc.

BURGUET,
Secrétaire-général de la Société royale de médecine de Bordeaux; secrétaire-général de l'Association médicale de la Gironde.

P. S. Tout ce que j'avance est tiré de nombreux articles publiés dans les *Annales del Instituto medico de emulacion*, *el boletin de medicina, cirujia y farmacia*; la *Gaceta medica*, etc. Deux écrivains des plus distingués de la Péninsule, et un professeur de la Faculté de médecine de Madrid, dont le nom est souvent cité avec éloge dans les journaux français, m'ont attesté par lettres l'authenticité de tous ces faits. Ces différentes pièces ont été communiquées à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et indiquées à M. le ministre de l'instruction publique.

Correspondance.

Rouen, 30 septembre 1846.

Monsieur le rédacteur,

D'après les révélations que vient de faire M. Deleau à l'Académie des sciences, j'espère que la police va se livrer à d'actives recherches pour retrouver l'ouvrier de M. Luër, ouvrier qui a disparu. Quant à l'instrument qui ressemblait si exactement au mien, j'affirme que personne ne le retrouvera!...

Pourquoi M. Deleau, au lieu d'expérimenter à la Charité, n'est-il pas allé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blandin? C'est qu'il craint que ce professeur, qui depuis plus de deux mois connaît son instrument et le mien, ne lui reproche d'avoir profité, à mon détriment, de toutes les objections qu'il lui a faites. J'ajouterai même que c'est deux heures après une visite de M. Deleau à M. Blandin que ce professeur, président de ma Commission, m'a conseillé de publier *immédiatement* mon travail, qui, je le prouverai par des lettres bien timbrées et par des notes cachetées déposées à l'Académie de médecine, est commencé depuis le mois d'août 1845.

Que doit penser de cette réclamation M. le professeur Velpeau, à qui j'ai eu l'honneur de présenter mon Mémoire le 10 septembre dernier? Il est certain que, depuis ce jour où plus de cent exemplaires de la *Lithyménie* ont été répandus dans Paris, M. Deleau aurait pu faire fabriquer cinquante *hyménophores*.

N'est-il pas curieux de voir un médecin qui présente des sacs de soie et de peau d'anguille pour y broyer la pierre chercher à se raccrocher aux lithontriptiques, quand il apprend que M. Arthaud perfectionne une méthode déjà, dit-on, supérieure à la sienne?

Je lui conseille, maintenant qu'il a modifié ses instruments, de changer la nature de ses sacs, et de se livrer à des expériences et à des travaux chimiques qui ne s'improvisent point ainsi qu'il l'a pu voir encore dans mon Mémoire.

Agréez, etc.,

Dr E. DUMESNIL.

réduites à presque rien, ou du moins elles ne se reproduisent qu'à des intervalles assez éloignés. Pas de toux; pas de céphalalgie; pas de palpitations de cœur. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne font découvrir rien d'anormal ni du côté du poumon, ni du côté du cœur. La malade ne peut dormir sur le dos, qu'à la condition d'avoir la tête relevée par plusieurs oreillers.

Du 22 au 27 juillet, la malade prit quelques bains sulfureux, sans qu'il en résultât aucune modification bien appréciable dans la coloration de la peau; cependant elle affirmait que la teinte s'était affaiblie dans plusieurs points.

Le 28 juillet, sans cause connue, malaises, sentiment de fatigue générale, maux de cœur, un peu de fièvre; dans la soirée, elle commença à vomir de la bile. Les vomissements continuèrent le lendemain; la bouche était amère; anorexie; douleur vive à la région épigastrique; pouls très fréquent et misérable à 100 par minute.

Le 30, vomissements bilieux incessants; la malade rendait tout ce qu'elle prenait (12 sangsues à la région épigastrique; glace pour boisson; eau de Seltz). Les sangsues n'amenèrent aucun soulagement.

Le 31, l'état avait encore empiré. Faiblesse extrême; douleur toujours très vive à la pression de la région épigastrique; pas de dévoiement depuis le commencement de la maladie; langue sèche, blanche à la base et rouge à la pointe; pouls petit et dépressible, à 90. Vomissements bilieux toute la nuit et toute la journée d'hier. La malade n'a pas gardé l'eau de Seltz et la glace (continuation de la glace; 2 pilules d'opium). Assoupissement dans la journée; les vomissements n'ont plus reparu. Dans la soirée, elle se trouvait plus à son aise; le pouls était extrêmement faible. Elle mourut dans la nuit, sans qu'on s'en aperçût.

Autopsie. — Cadavre offrant les traces d'un amaigrissement rapide. Teinte générale de la peau exactement semblable à ce qu'elle était pendant la vie. La dissection fait reconnaître que le tégument externe n'est nulle part épaissi, et que la coloration anormale est due à une augmentation du pigmentum renfermé normalement dans le tissu de Malpighi. (Par la macération, l'épiderme s'est séparé de la peau en entraînant avec lui la matière colorante sous forme d'une matière pulvérulente et grenue d'un beau noir de jais). La muqueuse des lèvres, du bord des paupières, des grandes lèvres était d'un violet noirâtre.

L'attention devait se porter naturellement vers les organes de la sécrétion biliaire. Le foie, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, avait subi ce déplacement si commun chez les femmes qui portent des corsets fortement serrés; il avait basculé de haut en bas et de droite à gauche, de sorte que son bord libre venait faire au-dessous du rebord des fausses côtes une saillie de plus d'un pouce. A l'extérieur, il offrait dans toute son étendue une coloration d'un gris verdâtre que nous avons cru d'abord tenir à la décomposition cadavérique (il y avait déjà des portions emphysémateuses); mais en y regardant avec plus d'attention, nous avons remarqué que cette coloration occupait le lobe droit dans toute son épaisseur et non pas seulement dans les couches les plus externes, ainsi que cela a lieu dans le cas de putréfaction. Cette coloration anormale coïncidait avec un état remarquable de condensation des granulations, tellement serrées qu'à l'œil nu on ne voyait qu'une substance uniforme et aucune trace de ce qu'on appelle les deux substances. L'organe hépatique n'était pas plus congestionné qu'à l'ordinaire. La vésicule renfermait au moins deux onces d'une bile épaisse et d'un vert noirâtre. Le canal cystique et le canal cholédoque parfaitement sont sains, ni dilatés, ni rétrécis, et leurs parois sans altération. Suivis dans le foie, le canal hépatique et la veine-porte n'offraient rien de particulier; cette dernière était pleine d'un sang noir fluide, mais qui ne renfermait aucune particule huileuse. Au moment où on détacha l'estomac pour l'examiner, et dans le voisinage du cardia, on vit s'écouler environ deux ou trois cuillerées d'un pus épais blanc-jaunâtre et grumeleux. On redoubla de précautions afin de ne pas intéresser de nouveau les parois de l'abcès, et, à l'aide d'une dissection attentive, on s'assura que l'estomac, qui avait contracté des adhérences en arrière avec le pancréas au niveau de son orifice cardiaque, n'avait aucun rapport avec l'abcès; de même de l'aorte et du rein gauche (fort volumineux, gorgé de sang, surtout la substance corticale et les mamelons).

Les ganglions cœliaques les plus superficiels étaient augmentés de volume, ramollis, et infiltrés de matière noire. Ceux qui se trouvaient dans le voisinage immédiat du pancréas étaient gros comme de petites noix et remplis de matière tuberculeuse crayeuse et granulée. Le pancréas, d'un volume presque normal, renfermait dans sa moitié gauche, ou ce qu'on appelle sa *queue*, un abcès capable de loger un petit œuf de poule. Sa cavité renfermait du pus grumeleux; elle était tapissée par une membrane organisée grisâtre épaisse de 2 centimètres à demi-cartilagineuse. Dans l'épaisseur de cette membrane et en dehors d'elle se trouvaient de nombreux tubercules ramollis, semblables à du fromage mou, dont quelques-uns avaient le volume d'une aveline. Autour de cet abcès, le tissu du pancréas était refoulé et comme atrophié. La moitié droite ou *tête* n'avait pas souffert; cependant la coloration était d'un rouge foncé. Le canal pancréatique était reconnaissable dans toute son étendue; il contribuait à former le plancher de l'abcès. Il n'était ni oblitéré, ni dilaté. La rate renfermait deux tubercules crétacés de la grosseur d'un petit pois. L'estomac et le duodénum renfermaient encore une grande quantité de bile d'un vert-jaunâtre qui en colorait les parois. A la face interne de l'estomac et dans la plus grande partie de son étendue, on distinguait les traces d'une violente inflammation, des plaques d'une injection ponctuée extrêmement abondante, plus particulièrement vers le pylore. Cependant la muqueuse avait encore conservé dans ce point une certaine consistance; elle était même un peu épaissie. Au niveau de la grande courbure elle était considérablement ramollie. Le duodénum offrait les traces d'une inflammation qui allait peu à peu en s'affaiblissant jusque dans l'intestin grêle, où il n'en restait plus de traces. Le poumon droit était aussi sain que possible; et le poumon gauche était également sain si ce n'est qu'il était un peu engoué à sa partie postérieure, et que son lobe supérieur renfermait une granulation demi-transparente et deux petits tubercules crétacés de la grosseur d'un grain de chènevis. Le cerveau ne fut pas examiné.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de préparation des moxas, par M. le docteur A. Guépratte.

Mille substance, dit M. Guépratte, ont été tour à tour proposées et adoptées pour fabriquer les moxas; mais depuis longtemps on a renoncé à l'usage des feuilles de plantes séchées, de la soie, de la laine, de l'alcool, de l'amadou, de la poudre à canon, du camphre, du phosphore, etc., pour s'en tenir au coton cardé.

Après de nombreux essais, M. Guépratte a adopté le moxa de M. Marmorat, qui, par la simplicité de sa préparation, la commodité de son application, la régularité, la facilité et la vitesse moyenne de son ignition, répond on ne peut mieux aux indications : il consiste en une feuille de papier non collé, trempée dans le sous-acétate de plomb liquide et séchée convenablement. Avec cette feuille, on peut aisément confectionner soixante cylindres qui brûlent seuls, toujours parallèlement à leur base, et avec assez de lenteur pour développer graduellement cette chaleur qui doit enfin faire éclater l'épiderme et produire l'eschare. Ainsi pas de flammèches ni de fumée pour gêner le praticien, pour incommoder le malade et pour renouveler, par exemple, les quintes de toux chez les phthisiques, comme il arrive avec le moxa de coton cardé. M. Marmorat a donc rendu là un véritable service à la pratique médicale et chirurgicale; mais M. Guépratte a pensé que la découverte de ce médecin réclamait quelque chose, voulait une petite modification; et voici en quoi elle consiste. Au lieu d'une feuille de papier, on prend un morceau de calicot sans apprêt, un demi-mètre si l'on veut; on le plonge dans une suffisante quantité de sous-acétate de plomb liquide, de manière à le tremper jusqu'à son dernier fil; on le fait sécher; on découpe, au fur et à mesure des besoins, des bandelettes de la hauteur du cylindre-moxa qui est nécessaire, on roule ces bandelettes à la façon des bandes, en les serrant modérément; et, le cylindre obtenu, on retient le dernier tour par quatre points séparés. Ces points séparés sont préférables à la couture unique de haut en bas, parce qu'ainsi, jusqu'à la dernière couche, il conserve sa forme régulière.

Pour l'application, on recouvre le point des téguments sur lequel il doit être appliqué d'une goutte de dissolution de gomme arabique; aussitôt le cylindre prend pied et adhère suffisamment pour ne plus préoccuper l'opérateur, qui, portant toute son attention sur le malade, peut prévenir les mouvements capables de nuire à la régularité de l'opération.

Le moindre charbon, une allumette mise une seconde en contact avec la partie centrale de la base supérieure du cylindre, suffit pour l'enflammer, et, dès lors, il brûle seul, d'une manière parfaitement régulière, par tranches parallèles à la base, sans fumée, sans flammèches et sans odeur. L'opération est plus prompte, moins laborieuse et moins pénible qu'avec le moxa de coton cardé.

Efficacité de l'extrait de nicotiane contre le tic douloureux de la face, par M. le docteur Gower.

Depuis vingt ans, M. Gower employait avec le plus grand succès, contre la prosopalgie, les applications topiques d'alcoolé et d'infusé de nicotiane sans avoir bien positivement reconnu si ce médicament agissait comme excitant ou comme calmant. Il continuait néanmoins à en faire un usage tout à fait empirique, lorsque M. Chippendale fit connaître que le principe médicamenteux de ce végétal est la nicotine, tandis que l'huile volatile qui se rencontre dans la plante est susceptible d'en affaiblir l'action en combattant dynamiquement l'effet narcotique.

Appuyé sur ces nouveaux renseignements, M. Gower a pensé que, parmi les diverses préparations de nicotiane, il devait donner la préférence à l'extrait, et, en effet, il a vu chez trois malades une seule application du soluté aqueux de cet extrait apaiser instantanément et d'une manière soutenue les douleurs de cette névralgie si rebelle.

L'emploi du même médicament, administré une seule fois en friction sur la joue du côté malade, lui a également procuré un succès marqué dans le cas d'odontalgie.

— Jadis c'était les modistes seules qui étaient supposées faire un voyage annuel à Paris pour consulter les modes. Voici que les dentistes ont adopté la même manière de faire. On lit dans le Libéral liégeois du 17 septembre : « M. Pourbaix, chirurgien-dentiste, a l'honneur de prévenir ses abonnés qui voudront le consulter avant son départ pour Paris, que son voyage annuel (relativement à son art) est fixé au 25 courant. » (*Gaz. méd. belge.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 118. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Fistules hypogastriques et susclitoridiennes entretenues par des calculs biliaires.

A la salle Sainte-Marie, n° 18, est couchée la nommée Françoise Petit-Marie, âgée de soixante et un ans. Cette femme, d'une forte constitution, n'a pas eu d'enfants, elle a seulement fait une fausse couche à deux mois de grossesse. Elle dit avoir toujours été d'une mauvaise santé depuis son mariage, c'est-à-dire depuis l'âge de dix-sept ans.

Il y a vingt-cinq ans environ maintenant, elle fit une chute de dessus une échelle, de la hauteur d'un mètre à peu près. Dans cette chute, l'hypocondre droit heurta violemment sur les montants de son lit. Au bout de six semaines, il se développa de la tuméfaction dans la partie supérieure du flanc droit et dans la moitié droite de l'épigastre, au-dessous de la région correspondant au foie. Cette tumeur resta sans faire de progrès bien sensibles pendant près de trois ans. Au bout de ce temps, on l'ouvrit avec un bistouri très étroit; il en sortit environ un quart de litre, dit-elle, d'un liquide séro-sanguinolent et purulent, qui, depuis quelques mois, sortait déjà par le fondement, et était mélangé aux matières fécales. De plus, et de temps en temps, elle rendait, avec les matières excrémentitielles, des calculs jaunâtres en assez grande quantité à la fois; d'après la description qu'elle en donne, il est difficile d'admettre que ce pût être autre chose que des calculs biliaires.

Quatre ans après, de nouvelles tumeurs se formèrent autour du point où avait existé la première, mais petites; ces tumeurs s'ouvrirent, restèrent fistuleuses, et par leur orifice s'écoulait continuellement un liquide semblable à celui qui était sorti précédemment, lors de la première incision, et qui suintait encore par ce même pertuis. Il paraît, d'après son dire, qu'une tumeur persistait à l'épigastre, tumeur douloureuse qui resta apparente et facilement appréciable au toucher pendant dix-sept ans, et disparut subitement à la suite d'une selle pendant laquelle elle rendit un caillot sanguin enveloppé, dit-elle, dans une fausse membrane, le tout formant, dit elle encore, un volume égal à celui du poing, ce qui est probablement un peu exagéré. Déjà depuis longtemps elle rendait du sang par l'anus. Il y a eu trois ans au mois de mars dernier qu'elle fut ainsi guérie de sa tumeur épigastrique.

Depuis onze ans elle souffre du bas-ventre; elle n'a cependant reçu dans ce point aucune contusion, et ne se rappelle avoir été exposée à aucune cause appréciable qui ait pu déterminer la production de cette douleur. Il paraît qu'après une application de sangsues à la cuisse droite, elle fut prise d'une tuméfaction au bas-ventre. Cette tumeur, très douloureuse surtout pendant les premiers temps de son existence, s'ouvrit et donna lieu à des fistules qui persistent encore au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, et par lesquelles un liquide purulent s'écoule continuellement en petite quantité. Cette tumeur s'ouvrit il y a six ou sept ans, à la suite d'injections astringentes que la malade se faisait par les fistules du flanc droit. Il y avait donc communication entre les fistules de l'épigastre et de l'hypocondre et la tumeur hypogastrique. La tumeur s'était évacuée par une dizaine d'ouvertures. Depuis quatre mois, plusieurs autres pertuis se sont formés, à la suite de deux chutes que fit la malade, de sa hauteur par terre.

Au moment de l'entrée, il existe des fistules béantes à l'hypogastre et dans le flanc droit; il y a un suintement continuel par l'ombilic et par l'anus, des hémorrhoïdes volumineuses. La santé de cette femme est très altérée.

Un écoulement d'un liquide clair, séreux, assez analogue à l'urine, a lieu par le vagin; ce liquide s'y reproduit sans cesse à mesure qu'on l'absterge. La muqueuse vaginale et vulvaire est visiblement enflammée.

On soupçonne, au premier examen, l'existence d'une fistule vésico-vaginale ou utéro-vésicale; mais une exploration des plus attentives ne put rien faire découvrir de ce côté. Le spéculum fut introduit, laissé en place pendant un certain temps, et l'on constata qu'il sortait une très grande quantité de ce liquide, qui, soumis à l'analyse, ne présenta aucun des caractères de l'urine. M. Huguier eut la pensée que ce pouvait être le résultat d'une hypersécrétion du liquide utérin.

En conséquence, il prescrivit l'usage des toniques, des sudorifiques et de l'iodure de potassium, traitement sous l'influence duquel les fistules de l'hypogastre se cicatrisèrent.

En examinant alors de nouveau la malade, on découvrit à la commissure supérieure de la vulve, au-dessus du clitoris, un autre orifice fistuleux par lequel s'écoulait un liquide purulent. Un stylet introduit par cet orifice pénétrait dans un trajet anfractueux qui remontait dans toute la longueur du pénil, et venait rejoindre un autre trajet parti de l'hypogastre, à 8 ou 9 centimètres du bord supérieure du pubis. Dans ce point se trouvent deux ouvertures placées à 10 centimètres l'une de l'autre, perméables, et par lesquelles on pénètre dans un trajet qui va rejoindre l'orifice situé à la commissure supérieure de la vulve.

Nous avons dit qu'au bout de trois semaines, et sous l'influence du traitement général prescrit par M. Huguier, les deux ouvertures de la partie supérieure du pénil se cicatrisèrent et cessèrent d'être perméables. L'orifice de la commissure supérieure resta seul perméable.

Le 3 septembre, on introduit par ce trajet un stylet qui pénètre en remontant à une profondeur de 6 centimètres environ; puis sur la cannelure du stylet, on glisse un bistouri qui divise le trajet dans toute son étendue; un peu au-dessus de l'ouverture inférieure on rencontre un corps dur qui est extrait avec précaution, et que l'on reconnaît tout d'abord pour un calcul biliaire de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, à facettes planes, affectant une forme cuboïde. A côté l'on rencontre, en explorant attentivement, un calcul semblable, que l'on extrait en pratiquant un nouveau débridement.

Ces deux calculs se trouvaient enkystés dans les parois abdominales, un peu au-dessus du clitoris, et dans le voisinage de cet organe. Nous avions omis de dire que l'incision faite le 3 septembre, et qui amena la découverte si inattendue de ces concrétions, avait été faite dans le but de mettre à découvert le fond du trajet fistuleux, afin de permettre d'en modifier directement la surface.

— Comment ces calculs biliaires avaient-ils pu se rendre ainsi dans le tissu cellulaire de l'hypogastre? Evidemment il faut admettre à la suite de l'abcès du foie qui avait existé, la formation d'un trajet fistuleux creusé par les calculs dans l'épaisseur des parois de l'abdomen entre le tégument externe d'une part, et la séreuse péritonéale de l'autre.

La plupart des auteurs qui se sont occupés des abcès du foie ont admis théoriquement la possibilité de la formation de ces trajets fistuleux; mais rarement ils ont eu l'occasion d'en observer, et peut être n'existe-t-il pas dans la science un seul exemple d'un canal de cette longueur déterminé par cette cause. Le plus ordinairement les calculs pénètrent ou dans le péritoine ou dans une anse intestinale, avec laquelle la vésicule enflammée contracte des adhérences. Pour n'en citer qu'un, nous rappellerons le fait suivant rapporté par M. Littré :

« M. Brayne vit chez une de ses malades un calcul énorme rendu par les selles sans autres symptômes que ceux d'une colique hépatique violente. Par où cette pierre avait-elle passé pour sortir du réservoir de la bile? Les doutes qu'il avait conservés à ce sujet furent éclaircis par la mort de la malade, qui succomba longtemps après l'évacuation de ce gros calcul. En examinant le corps de la défunte, il trouva la vésicule et le duodénum solidement adhérents et présentant des traces

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

NEUVIÈME CHAPITRE. — *Maladies nerveuses des femmes.*

Les désordres que nous avons rapprochés sous le nom d'hypocondrie avaient un lien commun qui permettait d'en saisir la génération successive. A l'aide des faits actuellement observables ou des antécédents si soigneusement recueillis par les malades, on pouvait reconnaître une évolution régulière, constater une marche et mesurer des périodes. Il n'en est plus de même pour l'hystérie. Les symptômes ne gardent aucun ordre et, par suite, ne se prêtent à aucune classification. Ni le lieu où les attaques se font sentir, ni leur durée, ni leur intensité ne suivent des phases connues. Les renseignements fournis par les hystériques sur la succession des accidents sont incomplets, incohérents, sans utilité pour le médecin. Elles n'ont gardé que la mémoire des violents accès, et n'ont pas, comme les hypocondriaques, tenu registre des troubles intermédiaires. D'un autre côté, l'observation, telle que nous la pouvons faire dans la plupart des circonstances, nous laisse presque aussi ignorants.

De ces incertitudes du diagnostic il résulte une pareille incertitude dans le traitement. Faute de percevoir les vraies distinctions, de séparer les espèces dans le genre, nous ne pouvons opposer à l'hystérie individuelle que les remèdes préconisés contre l'hystérie en général; aussi sommes-nous réduits à épuiser, avec des chances impossibles à prévoir, tout un chapitre de la matière médicale, frappant au hasard l'ennemi invisible dont on sent les atteintes sans savoir de quel point elles viennent. Pour les eaux minérales, la tâche n'est pas plus aisée; mais comme les tâtonnements demandent du temps, des voyages, de fortes dépenses, ils ont encore de plus graves inconvénients. Le médecin se résigne avec peine à conseiller, sur les plus vagues recommandations, une médecine qui dure des semaines et s'administre loin de celui qui l'avait ordonnée.

Si l'hystérie, portée à ses dernières limites, présente encore tant d'obscurité, que sera-ce des états hystériques, manifestations incomplètes, symptômes avortés, anomalies véritables d'une maladie la plus anomale de toutes! Là, rien n'arrive à son terme. Au moment où le progrès des accidents nerveux, encore indécis, semble devoir conduire à quelqu'une des manifestations caractéristiques, tout disparaît, et le calme remplace l'agitation croissante. Vous n'avez ni les convulsions violentes, ni les suffocations de la *boule*, ni les douleurs acerbes du *clou*; mais vous avez quelque chose qui participe de tous ces phénomènes, sans être jamais l'un ou l'autre. Voilà pourtant les conditions où se trouvent la plupart des malades qui sollicitent un avis sur l'efficacité probable des eaux minérales, et sur l'établissement qu'elles auront à choisir.

Qu'on ne se méprenne pas sur la gravité de ces états imparfaits, et qu'on ne les traite pas d'indispositions insignifiantes parce qu'ils n'entraînent ni saisissantes révolutions, ni dangers mortels. Une maladie est toujours sérieuse quand elle tend à se perpétuer, et il n'est pas de minces accidents parmi ceux qui durent ou se renouvellent sans fin. D'ailleurs, quelle est pour nous la mesure de la gravité d'un mal, si nous ne la tirons de sa curabilité? Une affection qui épuise souvent toute la sagacité du médecin le mieux entendu, qui se joue de ses efforts et passe outre aux remèdes les plus actifs, ne saurait être traitée à la légère. C'est un principe faux que celui qu'on admet tacitement, et en vertu duquel toute maladie qui n'atteint pas ses dernières limites est de petite considération. Il serait plus vrai de reconnaître que, dans les cas où la mort n'est pas une inévitable nécessité, les demi-désordres, les troubles interrompus opposent de singulières difficultés à la guérison.

Les malades qui souffrent et se plaignent n'admettent pas nos classifications pathologiques; on ne leur persuadera jamais qu'il convient de vivre en bon accord avec un ennemi qui ne leur donne ni cesse, ni trêves. La plupart des jouissances leur sont interdites, la société les fatigue, la solitude les étourdit, à défaut du mal elles ont la crainte. Ce n'est plus, il est vrai, la lourde angoisse des hypocondriaques, et l'observation inquiète des moindres dérangements de la santé; leurs préoccupations tiennent de l'agacement plutôt que de la frayeur. Elles ont des résistances trop vives contre les troubles qui les assaillent ou de trop complets découragements. La santé se tient dans un juste milieu, où il leur est impossible de garder l'équilibre; ce qu'on appelle le sang-froid n'est pas une faculté à leur usage.

Or tandis que l'esprit travaille, s'agite et se replie, le corps ne peut rester indifférent; le même cercle vicieux que nous montrions à propos de l'hypocondrie, se répète sous une autre forme; les spasmes secouent l'imagination, et l'imagination éveille les spasmes. Si on assiste à une des crises où le point de départ vient de quelque fantaisie, on fait volontiers du cas particulier une règle absolue, et on renvoie la malade à la logique plutôt qu'à la matière médicale. Peut-être l'attaque suivante eût elle déjà fait voir qu'on avait eu tort en rapportant aux caprices de l'imagination tous les honneurs de la maladie.

Qu'arrive-t-il de là? Le médecin passe du doute à l'indifférence; l'éternel conseil de la distraction, qui résume d'ordinaire la médecine morale, clôt la liste des antipasmodiques; on envoie la malade aux eaux, en vertu de cet autre préjugé que ce sont des lieux d'amusement et de plaisirs faciles. Mais la femme nerveuse que ses accès renouvelés irritent ou fatiguent, prend les choses plus au sérieux. Elle veut suivre sa *cure*, et la suit en effet, sinon avec la minutieuse observance des hypocondriaques, du moins avec l'ardeur inconsidérée des hystériques. Les promenades, les récréations, quelles qu'elles soient, sont subordonnées à la médecine; mieux vaut, dit-on, s'ennuyer et guérir. Ainsi, au lieu d'un accessoire dont les effets entraient à peine dans les prévisions, les eaux sont le principal. Comment se résoudre à les prescrire sans avoir calculé d'avance leurs propriétés curatives?

Ems est depuis longtemps le rendez-vous où se réunissent ces malades que nous appellerions subhystériques, si le mot était excusable. Le nord de l'Europe en fournit le plus grand nombre; la France, la Belgique et l'Allemagne elle-même y entrent chacune pour une moindre proportion. On y compte par suite plus de femmes que d'hommes, et peut être n'est-il pas une classe d'affections *vaporeuses* qui n'y soit représentée.

Que beaucoup fassent usage des eaux d'Ems sans succès, c'est ce qu'on ne peut nier; mais il est également impossible de mettre en doute et les améliorations passagères, et les guérisons confirmées, dues à l'emploi des sources alcalines. Les dispositions individuelles, les détails ignorés de la vie sociale ou de la constitution physique qui entretiennent la maladie, entrent pour une grande part dans l'avenir du traitement. Telle femme dont les sentiments contrariés, dont les tourments intérieurs ont troublé l'harmonie nerveuse, fréquentera inutilement tous les bains qu'on voudra lui conseiller. Là, plus qu'ailleurs, il importe de tenir compte des mille particularités propres aux individus et qui ne se soumettent à aucune classification; cependant il existe des indications plus générales, qui, pour être fort incomplètes, n'en sont pas moins précieuses pour le médecin.

Nous essaierons, faute de mieux, d'esquisser à grands traits le type de la femme nerveuse à laquelle conviennent les eaux d'Ems. Si le portrait a quelques longueurs, elles sont pardonnables aux yeux de ceux qui savent que moins un genre est naturel, plus il faut de caractères distinctifs pour le séparer des autres.

Ces malades sont, en général, colorées et de bonne apparence; souvent même leur obésité contraste singulièrement avec leurs plaintes continuelles et avec les défaillances contre lesquelles leur vigueur semblerait protester. Les digestions sont habituellement régulières; et si elles se dérangent, il semble que le désordre ne dépasse point l'es-

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98, 113, 115, 116.

d'une ancienne ulcération. »

C'est dans cette série de faits que l'on doit ranger aussi le fait observé par M. Monod, et rapporté dans les Bulletins de la Société anatomique (deuxième année, 1827, page 28), d'un homme qui mourut avec tous les signes d'un étranglement interne, et chez lequel on rencontra un énorme calcul biliaire oblitérant le jéjunum : « Le duodénum, le colon ascendant étaient tous deux adhérents au has-fond de la vésicule biliaire; une perforation qui permettait la facile introduction du doigt, établissait une communication entre la cavité du duodénum et celle de la vésicule, » etc. Nous n'avons nul dessein de citer ici tous les faits de cette nature mentionnés par les auteurs; on en trouvera d'ailleurs, et de fort curieux, dans le tome Ier des Mémoires de l'Académe de chirurgie (Tumeurs de la vésicule du fiel, par J.-L. Petit).

Outre leur ouverture possible dans l'intestin ou dans le péritoine, les tumeurs formées par la vésicule biliaire contenant des calculs, peuvent déterminer d'autres accidents encore. Tel est le cas du trop célèhre Ignace de Loyola, dans le corps duquel Colombus trouva à l'autopsie un calcul biliaire dans le confluent de la veine-porte avec ulcération et perforation des parois de la vésicule.

On a vu souvent, disent les auteurs d'un recueil estimé de médecine pratique, les calculs se frayer un chemin à travers les parois abdominales, et sortir près de l'ombilic. Nous savons que Tolet cite un cas dans leguel une concrétion biliaire, du volume d'un œuf de pigeon, échappa à travers une ulcération faite à l'ombilic ; que Buettner, cité par Copeland, vit trente-huit calculs passer par une semblahle ouverture. Mais nous ne saurions cependant être de leur avis quant à la fréquence du fait.

Au moment où nous venions de recueillir le fait extrêmement curieux qui précède dans le service de M. Huguier à l'hôpital de Lourcine, le hasard nous a fait tomber sous les yeux une observation qui n'est pas sans quelque analogie quant à l'expulsion au dehors des concrétions biliaires à travers les parois de l'ahdomen, mais sans fistules du genre de celles que nous avons décrites.

« Voici, dit un journal de médecine, un de ces cas dans lesquels on a pu observer ce curieux travail que l'école qui s'intitule hippocratique désigne par l'expression d'effort de la nature médicatrice, laquelle, malgré cette pompeuse qualification, ne mène pas toujours les choses à bonne fin :

» Un vieillard de soixante-neuf ans fut atteint, en 1837, d'une pneumonie à la base du poumon droit, avec complication d'hépatite ; la guérison fut assez prompte, à part une douleur dans l'hypocondre droit, qui persista jusqu'en 1839, deux ans après la première maladie, époque à laquelle elle augmenta et résista à tous les moyens de traitement. Enfin, en 1842, une tumeur se forma dans la région malade, se ramollit, s'ouvrit et donna issue à un pus blanc - sale épais inodore. L'ouverture resta fistuleuse, et, en 1844, il en sortit un fragment de calcul hiliaire, après quoi elle se cicatrisa ; puis à la suite d'une recrudescence, des accidents survinrent au hout de six à sept mois, la cicatrice se rompit et laissa passer un autre fragment de calcul s'adaptant très bien au premier, et se referma pour ne plus se rouvrir. »

Ce fait, communiqué par le docteur Tampelini à la Société de médecine de Moulins en 1845, est assurément très curieux, dit notre collègue. Le travail par lequel se sont formées les adhérences successives qui ont conduit le calcul à l'extérieur, mérite hien le nom de médicateur ; mais quel nom donner à ce que la nature a fait dans le cas suivant ?

« Un homme âgé de vingt-cinq ans, né à Bomhay, était depuis un an à l'île Maurice, où il travaillait comme engagé, lorsqu'il entra à l'hôpital, le 21 décembre 1844, à la suite d'une course assez longue qu'il avait faite pour chercher un nouvel engagement. Sa santé paraissait assez bonne ; mais le 26, vers six heures du matin, il commença à se plaindre d'une douleur violente au creux de l'estomac, et quatre heures après il était mort.

» A l'autopsie, on trouva deux pintes de pus et de sérosité rougeâtre dans la cavité du péricarde. Cette membrane était légèrement enflammée dans toute son étendue. En l'examinant avec attention, on s'aperçut que du pus jaune-verdâtre sourdait par une ouverture située à la partie inférieure de ce sac membraneux, dans laquelle on pouvait introduire le doigt ; cette ouverture conduisait à travers le diaphragme dans un abcès qui occupait le petit lobe du foie, et qui renfermait au moins une pinte de liquide. L'auteur ajoute que le pus de l'abcès hépatique n'avait pénétré très probablement dans le péricarde que quelques heures avant la mort ; qu'il avait déterminé une inflammation très vive et avait mis un terme à l'existence de ce malade par la compression qu'il avait fait subir à l'organe central de la circulation. »

Nous avons cité ce fait, qui n'a que des rapports fort éloignés avec celui qui fait le sujet principal de cet article, parce que l'ouverture des abcès du foie dans le péricarde est chose excessivement rare, et nous profiterons de l'occasion qui nous est offerte pour rapprocher cet exemple d'un autre à peu près identique, publié il y a près de vingt ans déjà dans les Archives générales de médecine (tome 18, 1828, page 98).

A l'ouverture du cadavre d'une négresse âgée de trente-cinq ans, dans l'une des salles de dissection du collége Jefferson, on trouva un ahcès considérable du foie, occupant presque toute l'étendue de cet organe. Il était rempli d'un pus de mauvaise qualité, fortement coloré par la bile et la substance du foie, qu'il tenait en dissolution, et dans lequel flottaient les déhris de ce viscère. Le colon adhérait fortement à la surface inférieure du foie ; mais la cloison qui avait dû résulter de cette adhérence, avait été détruite par la suppuration. La circonstance la plus digne d'être remarquée, c'était une autre adhérence de même nature avec le côté gauche du diaphragme, au-dessous du cœur. Il s'était fait dans ce point une ouverture qui communiquait dans la cavité du péricarde, et cette poche contenait deux pintes au moins de cette sanie qui remplissait l'intérieur du foie. Le péricarde étant fortement distendu, et la surface du cœur étant tapissée de saillies dentelées formées par une exsudation albumineuse concrétée et qui offrait cet aspect qu'on a comparé à celui des saillies résultant de la brusque séparation de deux morceaux de marbre réunis par une couche très mince de beurre, on en tira cette conclusion que le liquide purulent séjournait depuis longtemps dans la cavité.

Pour en revenir à ce qui a trait aux fistules hépatiques déterminées et entretenues par les calculs hiliaires, nous ne terminerons pas sans citer M. Fauconneau-Dufresne, auquel on doit un bon Mémoire sur les calculs biliaires et les accidents qu'ils peuvent produire. Le siége de l'orifice externe de la fistule varie, dit cet auteur : tantôt il est immédiatement sous le rebord costal et correspond à la vésicule ; tantôt, plus ou moins éloigné du niveau de celle-ci, il se trouve près de l'omhilic, ou même à gauche de la ligne médiane. Il peut exister en même temps plusieurs orifices plus ou moins éloignés l'un de l'autre. Au bout de quelque temps, ainsi qu'on le remarque dans les autres fistules, ces orifices se rétrécissent beaucoup.

Les trajets fistuleux ne sont pas toujours en ligne directe ; ils sont quelquefois obliquès, tortueux, anguleux même. Il s'y forme dans quelques cas des culs-de-sac où s'amasse du mucus ou de la bile. Leur diamètre est très variahle et dépend le plus souvent de celui des calculs qui s'y sont engagés. Leur intérieur est ordinairement calleux. Les calculs qui s'engagent dans ces longues fistules s'y arrêtent quelquefois et peuvent y produire une tumeur inflammatoire. Cette dernière circonstance est évidemment celle qui a eu lieu dans le fait que nous avons rapporté. Y...

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 6 octobre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Legroux écrit pour annoncer qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

— *M. le secrétaire perpétuel* annonce que l'Académie a reçu un mémoire de M. Berthulus relatif à la période d'incubation de la peste. M. Berthulus, par des motifs qu'il croit fondés, ne veut pas que son travail soit renvoyé à la Commission de la peste ; il demande qu'il soit lu en entier dans cette séance, sinon il le retire.

M. Pariset dit que, pour satisfaire à toutes les exigences, le Conseil a décidé de proposer à l'Académie de lui en présenter un rapport fait par lui, M. Pariset, dans la prochaine séance.

M. Prus. Tout en regrettant que M. Berthulus n'ait pas voulu que son travail soit renvoyé à la Commission de la peste, ce qui implique de sa part une sorte de suspicion injuste, je demande cependant que lecture immédiate en soit donnée à l'Académie, ce mémoire pouvant renfermer des faits utiles à connaître, et la Commission, dont je suis l'organe, ne demandant pas mieux que d'éclairer sa religion.

M. Gérardin. M. Berthulus ne peut pas dicter des lois à l'Académie ; son règlement exige que tout mémoire qui lui est adressé soit renvoyé à une commission. Je ne vois aucun motif de s'écarter, en ce moment, de la règle commune.

M. le président. Mais M. Berthulus se refuse à communiquer son mémoire à la Commission.

M. Londe appuie le renvoi à la Commission, à moins que M. Berthulus ne soit membre correspondant.

M. Rochoux ne croit pas que dans l'état actuel des choses le mémoire de M. Berthulus puisse apporter de nouvelles lumières dans la question ; il propose, en conséquence, que l'Académie soit fidèle à la décision prise de renvoyer à la Commission de la peste tout travail sur ce sujet.

M. Desportes. Ce travail étant relatif à l'incubation de la peste dont l'Académie va s'occuper tout à l'heure, il serait nécessaire de le connaître, soit en en donnant lecture, soit en le renvoyant à la Commission.

M. le président répète que l'auteur se refuse au renvoi à la Commission.

M. Velpeau. Mais cela ne peut pas être ; tout mémoire envoyé est justiciable de l'Académie. Je propose que, sans tenir compte du refus de M. Berthulus, son mémoire soit renvoyé à la Commission.

M. Pariset explique que, d'après le vœu de l'auteur, l'Académie ne peut décider que deux choses, ou bien à entendre la lecture du travail en entier, ou bien à entendre le rapport qui serait fait par lui.

De toutes parts : L'ordre du jour.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

— On passe à la discussion du quatrième paragraphe de la quatrième conclusion du rapport sur la peste, ainsi conçue :

« Il résulte d'observations faites dans les lazarets, depuis plus d'un siècle, que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

M. Collineau demande un changement de rédaction. Au lieu de ces mots, « ne transmettent pas, » il désire qu'on dise, « n'ont pas transmis. »

M. le rapporteur consent à ce changement, et après quelques observations de M. Villeneuve, qui ne parviennent pas jusqu'à nous, le paragraphe est mis aux voix et adopté.

On passe à la discussion de la cinquième conclusion, ainsi rédigée :

« En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement parfait. »

M. Hamont, dans un discours écrit, s'élève contre cette conclusion : il cite des faits qui lui sont contraires, et entre autres celui du bâtiment le *Spiridion*, dont l'équipage contracta la peste vingt et un jours après le départ de Tunis, où régnait la maladie.

---

tomac. Elles sont rarement sujettes à ces diarrhées intermittentes sur lesquelles ailleurs nous avons appelé l'attention. En un mot, leur constitution, dans l'intervalle des attaques, offre les attributs d'une louable santé. Les accès hystériformes n'affectent pas de marche régulière ; ils se rapprochent ou s'éloignent, augmentent ou diminuent d'intensité sans aucun ordre appréciable ; mais chez toutes, les symptômes changent de caractères et ne gardent leur type que durant une période d'ailleurs indéterminée. Le médecin qui les avait observés ne retrouve plus, après un mois, souvent au bout de quelques jours, les mêmes phénomènes, soit qu'ils aient été déplacés, soit qu'ils aient pris au même lieu une forme différente. Il en résulte que dans la série de ces évolutions, une seule malade représente presque toutes les autres.

Comme l'ordre d'apparition n'a ni valeur, ni signification pronostiques, nous en sommes réduits à suivre les accidents par chaque région où ils se produisent.

La tête et la poitrine sont les siéges de prédilection. A la tête, tous les spasmes, quels qu'ils soient, sont précédés d'une congestion visible de la face. Le rouge, comme on dit vulgairement, leur monte au visage, et cette coloration soudaine est diffuse ou frappe seulement certains points : le nez, le front, les deux joues, et partois une seule. Aucun des signes de l'apoplexie ou des congestions cérébrales n'accompagne la rougeur prodromique dont nous venons de parler ; le pouls garde sa régularité, les veines du cou ne sont pas gonflées, il n'y a ni bourdonnements d'oreilles, ni troubles prononcés de la vue, mais seulement un malaise assez difficile à décrire.

C'est là en quelque sorte le premier degré. Lorsque la crise ne va pas au delà, elle dure quelques secondes, puis disparaît comme elle est apparue, et tout rentre dans l'ordre.

Si ce stade de l'accès hystérique n'a pas d'importance, puisqu'il passe de lui-même avant qu'on ait eu le temps d'y remédier, il offre au médecin un grand intérêt diagnostic. Nous retrouvons, en effet, le signe qui, suivant nous, indique principalement l'emploi des sources alcalines, à savoir la congestion locale comme antécédent obligé.

Rarement l'attaque se borne à de si légères manifestations : une douleur fixe, limitée, occupe un point du crâne sans exciter les intolérables souffrances du *clavus hystericus* ; c'est, au dire des malades, une sensation de froid, de vide ou de chaleur brûlante, un tiraillement plus pénible par son étrangeté que par sa violence. D'autres fois l'accès change de place : la bouche devient sèche, la langue est dure, fendillée, sèche elle-même et réellement gonflée. La malade fait des efforts inutiles pour provoquer l'excrétion de la salive et chasser la sécheresse âpre qui l'empêche même de respirer. Les muscles qui ferment la cavité buccale se contractent d'une manière convulsive et donnent à la physionomie un singulier aspect. Dans des cas peu fréquents, l'attaque se réduit à un tremblement des paupières ; la vision elle-même n'est pas compromise ; si les yeux se voilent et se troublent, c'est seulement quand il survient des défaillances générales.

La poitrine ou le larynx sont-ils frappés, la congestion du visage précède moins souvent la crise véritable ; mais les troubles spasmodiques ne débutent pas plus instantanément. Une angoisse indécise, un sentiment de plénitude pulmonaire analogue à celui que les malades accusent avant les hémoptysies, leur annonce le spasme. Peu à peu la poitrine se resserre, la suffocation paraît imminente, les membres supérieurs tremblent ou s'agitent convulsivement, bientôt le spasme gagne le larynx, les yeux se ferment, un son rauque étouffé s'échappe par intervalles, une roideur cataleptique succède à l'oppression et termine enfin l'attaque. Durant ce temps, le pouls s'est affaissé ; mais les pulsations artérielles courtes et sèches n'ont pas tardé à reprendre leur rhythme et leur plénitude ; la difficulté de respirer dure encore que l'économie s'est déjà remise de sa vive secousse.

D'autres fois, c'est vers l'utérus que le mal se reporte pour y accomplir la série ordinaire de ses transformations. Tantôt l'utérus se congestionne soudainement, tantôt, mais plus rarement, les organes qui l'avoisinent sont envahis. Des douleurs sourdes ou vives, des spasmes, des contractions se font sentir et occasionnent souvent un peu de gonflement du col utérin, de la leucorrhée, et la vessie est frappée de rétentions d'urine passagères.

Telles sont, mais à des degrés divers, les formes de l'hystérie à laquelle s'applique avec le plus de chances de succès le traitement par les eaux d'Ems. Les congestions partielles, tantôt évidentes, tantôt soupçonnées et enteevues, constituent, à proprement parler, leur caractère spécifique. Que cette cause soit incapable de produire des troubles plus intenses, ou par toute autre raison, les accidents ne dépassent guère les limites où nous venons de les circonscrire. Toutes les grandes perturbations de la circulation générale, celles surtout des règles à l'âge pubère, comme à l'âge critique, influent certainement sur la nature et la violence des désordres nerveux. Il semblerait, mais nous n'osons ériger cette observation en principe, que les spasmes sont en raison inverse des congestions locales. Ainsi, quand la rougeur de la face atteint son plus haut degré, quand elle est générale au lieu d'être partielle, vive au lieu d'être terne et par plaques, l'accès qui suit est plus sourd et moins convulsif.

Chez un certain nombre de femmes, les hémorrhagies utérines conservent leur régularité, leur abondance ne diminue en rien la fréquence des attaques. La menstruation, en un mot, ne se lie pas d'une manière notable à la production des accidents.

Il importe, au point de vue thérapeutique, de ne pas confondre ces états hystériques avec la passion hypocondriaque. Un examen superficiel pourrait seul tromper le médecin, et l'erreur du diagnostic entraînerait forcément des erreurs plus fâcheuses dans le choix de la médication.

Ni les symptômes appréciables, ni les récits des malades, ni l'ensemble de la constitution physique, ni les penchants du caractère ne se ressemblent. L'hystérique n'éprouve pas ou n'éprouve jamais spontanément la pesanteur du bas-ventre, la tension des hypocondres, les transes intestinales qui remplissent d'effroi les hypocondriaques et sont l'origine de leurs maux. Si sa digestion se dérange, c'est à cause des caprices auxquels est soumise sa nourriture ; si son visage est injecté, c'est indépendamment des fonctions digestives. Dans l'hystérie incomplète tout procède par accès ; les intervalles de santé sont de vraies intermissions ; on ne sent pas d'altération profonde et persistante. Les attaques ne se jugent plus par des sécrétions. Quand l'urine devient si copieuse et si claire, c'est aussi bien avant que pendant et qu'après les attaques. L'oppression ne se produit pas sous l'influence mécanique du diaphragme ; l'expulsion des flatuosités n'y est d'aucun soulagement. Enfin, et cette observation est d'Hoffmann, qu'il est impossible de ne pas citer souvent à propos des eaux minérales allemandes, l'hystérie dégénère plutôt en une maladie aiguë qu'en lésions organiques lentes et incurables.

Le traitement a moins d'analogies encore que les symptômes ; mais, quoiqu'il fût bon de le rappeler, il est inutile d'y insister de nouveau.

Les eaux d'Ems sont toujours favorables dans les circonstances spéciales que nous avons énumérées ; mais au commencement de la cure leurs effets inquiètent souvent et découragent les malades, aussi convient-il que le médecin soit prévenu et puisse les rassurer d'avance.

Après trois ou quatre jours pendant lesquels on se baigne et on boit plusieurs verres d'eau à la source, on ressent en général un abattement particulier, un affaiblissement de tout le corps qui ne ressemble en rien à la fatigue. Vers midi surtout, la somnolence plutôt que le sommeil rend pénible le moindre exercice ; si on essaie de surmonter cette indolence passagère, d'aller à pied ou à cheval, on sue plus vite et plus abondamment que de coutume. C'est en raison de l'affaiblissement qu'elles occasionnent que nous avons déjà restreint l'usage des eaux alcalines dans le traitement de la phthisie. Les constitutions nerveuses n'en éprouvent aucun inconvénient, quand elles rentrent dans la classe dont il est ici question. Au contraire, l'excitation habituelle se calme, une sorte de bien-être succède à l'engourdissement qui dure à peine quelques heures.

Les choses continuent ainsi pendant deux semaines environ ; on s'y habitue graduellement ; vers la fin on n'en tient plus compte ; mais alors d'autres phénomènes se manifestent. Le sommeil devient moins régulier, le soir amène une agitation légère et sans secousses ; l'appétit a pris une vivacité insolite ; les jambes et les bras sont le siége de

M. Prus. La Commission connaissait le fait du *Spiridion* ; elle l'a rigoureusement cxaminé ; mais elle n'y a rien vu de probant. D'une part, il n'est pas prouvé que la peste existât à Tunis lors du départ du bâtiment ; de l'autre, on sc fonde, pour dire qu'il n'y a pas eu de cas de peste à bord, sur ce que l'équipage était complet lors de son arrivée, comme si la peste était toujours et inévitablement mortelle. Enfin, rien ne prouve que le bâtiment, pendant la traversée, n'eût touché à quelques points où régnait la peste.

M. le rapporteur entre ici dans de longs détails pour prouver que c'est après un mûr examen des faits que la Commission a rédigé la cinquième conclusion. Cette opinion sur la durée de l'incubation de la peste n'est pas aussi récente qu'on pourrait le croire. D'après un passage de Diemerbrock, M. Prus fait voir quc Mercurialis, Sarcône, André Cisalpin, Morellus et plusieurs autres observateurs ont nié que la peste pût rester cachée dans le corps humain pendant des mois ou même des semaines, et qu'ils admettaient, au contraire, qu'elle éclatait après deux ou trois jours, après sept ou huit au plus tard. Cependant, Diemerbrock a cité comme une exception très rare un fait dont il a été témoin. L'Académie peut juger de la valeur de ce fait qui a fait illusion à cet auteur si recommandable : Un seigneur de Leevenburg perdit de la peste son frère et sa sœur. Après cette peste, il quitta la maison et se retira à la campagne. Là, il n'eut pendant près de trois mois qu'une santé languissante. Enfin, il parut un bubon à l'aine, mais sans fièvre. Ce bubon céda à l'application d'un emplâtre. Evidemment ce fait n'a de valeur aucune. Diemerbrock, après avoir cité ce fait exceptionnel, revient à l'opinion dont il a déjà parlé à l'appui de laquel'e il cite le sentiment de Félix Plater, de Sennert, de Fabrice de Hildcn, etc.

La durée de la période d'incubation est variable sans doute, mais cette variabilité a des limites. Le cas ordinaire est de trois à six jours ; la durée exceptionnelle est de huit jours.

De 1840 à 1843, 5240 personnes compromises furent rcçucs au lazaret d'Alexandrie. 43 eurent la peste, mais toujours dans les premiers six jours de l'isolement. Tel est le résultat annoncé par M. Grassi, qui déclare l'avoir constaté avec le plns grand soin. M. Delaporte, médecin de la marine, visita, le 15 mai 1841 et jours suivants, l'hôpital des pestiférés à Alexandrie. Quoiqu'il eût évité tout contact suspect, il tomba malade de la peste, et fut traité audit hôpital. Pendant son séjour, il vit la peste attaquer 33 personnes compromises, mais toujours dans les sept premiers jours de l'isolement. M. Delaporte croit avoir pris la peste à l'hôpital le 15 mai au plus tôt ; il en a ressenti les premiers symptômes le 22. Dans un autre cas dont il a été témoin, l'incubation a été de six jours au plus. Dans un troisième cas, elle n'a pas dépassé trois jours.

En 1835, un grand nombre d'habitants du Caire quittèrent la ville pour se rendre dans la Haute-Egypte. Parmi ces émigrants, tous ceux qui ont été frappés de la peste l'ont eue dans les premiers huit jours du départ.

En 1835, la peste épidémique a régné pendant deux mois au Caire sans se faire sentir à Abou-Zabel, distant du Caire de 16 kilomètres. MM. Duvigneau, Perron, Fischer et Seisson, alors professeurs de l'école de médecine d'Abou-Zabel, ont mis cette circonstance à profit pour étudier la durée de l'incubation. Tous les individus revenus à Abou-Zabel après avoir contracté la peste au Caire ont éprouvé les premiers symptômes de la maladie dans les huit jours qui ont suivi leur retour.

Toutes ces observations s'accordent avec celles recueillies par M. Ségur-Dupeyron, qui, dès 1839, disait ne connattre que deux faits d'incubation de la peste ayant duré plus de huit jours. Or, ces deux faits avaient été fournis par M. le docteur Bella, d'Alexandrie, qui a depuis déclaré que ces deux faits avaient été mal interprétés par lui. Ajoutons que c'est sur la proposition formelle de M. Grassi et de M. Bella lui-même, tous deux médecins du lazaret d'Alexandrie, que la quarantaine a été réduite, en 1842, de onze jours à sept jours.

Sur les bâtiments quittant un port infecté pour se rendre en France, en Italie, en Angleterre, la peste a toujours éclaté dans les premiers huit jours de la traversée. Ce fait a été constaté en France par M. Aubert-Roche, en Angleterre par M. le docteur Bowring.

Enfin, M. F. de Lesseps annonce au rapporteur, par une lettre datée de Barcelone le 18 juillet 1846, que l'expérience lui a appris que l'incubation de la peste ne dépassait pas huit jours.

De cet ensemble de faits et de documents, M. le rapporteur conclut à la légitimité de la conclusion proposée par la Commission, conclusion qu'aucun fait probant et authentique ne vient détruire.

M. Moreau trouve que M. Prus n'a pas suffisamment expliqué le fait du *Spiridion*. Il a dit : On a conclu que la peste n'a pas existé à bord parce que tout l'équipage est arrivé sain et sauf ; mais la peste n'est pas toujours et nécessairement mortelle. L'orateur ne croit pas cet argument suffisant ; car si quelques personnes de l'équipage avaient eu la peste à bord, elles n'auraient pas été complétement guéries à l'arrivée, et il en serait resté des traces. Du reste, il admet la conclusion ; il la trouve seulement trop absolue, et il proposera une rédaction qui laissera une porte ouverte aux cas exceptionnels.

M. Hamont insiste de nouveau sur le fait du *Spiridion*, qui lui paraît flanqué des preuves les plus décisives. Il s'étonne que la Commission s'appuie sur des faits pris dans les pays où la peste est endémique, alors qu'elle ne veut pas admettre ceux que ses adversaires lui opposent tirés des mêmes sources. Du reste, la Commission manque de logique ; elle n'admet pour l'incubation qu'une période de huit jours, et elle propose une quarantaine de dix.

M. Prus reproche à M. Hamont un défaut de logique plus grand encore, car il invoque des faits d'une durée d'incubation de vingt et un jours, et il ne veut qu'une quarantaine de quinze. Il persiste dans son opinion sur la non-valeur du fait du *Spiridion*.

M. Desportes. On demande des faits pour infirmer la conclusion de la Commission ; il est en mesure d'en donner. Au commencement de ce siècle, un soldat cypaie accompagne sa femme à l'hôpital des pestiférés, où elle meurt de la peste. Ce soldat est immédiatement mis en quarantaine ; dix-sept jours après, la peste se déclare et il meurt. Dans cette même épidémie de 1801 au Caire, une femme soigne son mari de la peste à laquelle il succombe. Cette femme s'enfuit de la maison quarantenaire et se réfugie sous unc tente abandonnée. On la poursuit, on l'atteint, et on la laisse en quarantaine sous cette tente. Rigoureusement observée, elle ne communique avec personne, et cependant le neuvième jour elle contracte la peste. Ces faits sont rapportés par Mac-Gregor With ; après de nombreuses recherches, il a constaté qu'en Valachie et en Moldavie la durée de l'incubation avait été de onze jours. Dans les îles Ionniennes, Mac-Gregor a fixé cette durée aussi à onze jours. D'après ces faits, il conclut à une nouvelle révision de la cinquième conclusion.

M. Prus regrette que M. Desportes n'ait pas accédé à l'invitation qu'il a faite aux membres de l'Académie d'adresser tous les faits infirmatifs à la Commission. Les jeter ainsi dans la discussion sans qu'on ait pu les examiner, en apprécier toutes les circonstances, c'est leur ôter une grande partie de leur valeur. Tout ce qu'il peut dire de ces faits, c'est qu'il ne les connatt pas.

M. Castel s'élève avec une grande véhémence contre la prétention de la Commission, qui veut savoir où et quand commence l'incubation. Cela est impossible. L'incubation n'est pas un fait absolu : elle doit varier selon l'âge, le sexe, le climat, et surtout selon les prédispositions dont la Commission n'a tenu aucun compte. Ce n'est pas là un travail de médecin. Du reste, il trouve qu'il y a un grand dévouement à discuter avec la Commission, car elle a son opinion arrêtée, son parti pris d'avance. Il qualifie de mystification les délibérations actuelles de l'Académie, et il dira par quelles voies on arrive à des votes qui compromettent la compagnie. Dans la dernière séance, un vote important a été pris par six membres, quatre pour et deux contre. C'est intolérable.

M. Mêlier croit devoir protester contre les accusations de M. Castel. Membre de la Commission, il déclare qu'elle n'a eu qu'un but, connaître et faire prévaloir la vérité ; elle n'a pas de parti pris d'avance, et elle se rendrait à l'évidence si on la lui montrait. Jusqu'ici les efforts de ses adversaires ont été impuissants.

La discussion roule encore pendant longtemps dans le même cercle ; *MM. Keraudren, Barthélemy* et *Bégin* y prennent part, et, vu l'heure avancée, elle est renvoyée à la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 octobre 1846. — Présidence de M. Ad. Brogniart.

M. Douillet adresse la lettre suivante :

Je n'ai appris que par la réclamation de M. le docteur Deleau la présentation qu'a faite M. le docteur Dumesnil à l'Académie des sciences, d'un instrument et d'un sac ayant pour but la dissolution des calculs dans la vessie.

Convaincus que les moments de l'Académie sont trop précieux pour les lui faire perdre à juger des projets d'expériences ou même des expériences préparatoires sur le cadavre ; qu'en un mot on ne doit arriver devant elle qu'avec des faits positifs de guérisons obtenues, j'avais cru devoir m'abstenir de lui présenter un instrument du même genre, opérant dans les mêmes conditions, et dont la priorité sur les instruments présentés par mes deux confrères, résulte d'une date authentique remontant au 23 décembre 1844.

Si, plus indulgente que je l'avais supposé, la Commission nommée pour examiner les appareils de MM. Deleau et Dumesnil est disposée à donner suite à leur présentation, veuillez me permettre de réclamer la même faveur, et de vous prier de renvoyer à son examen l'instrument que j'aurai l'honneur de lui presenter incessamment, et qui comporte d'importantes modifications sur celui qui remonte à la date précitée.

— *M. Delacour* adresse un mémoire sur les maladies qui se développent dans les mines argentifères du Mexique.

— *MM. Chevalier* et *Henri* adressent une note concernant l'existence de l'arsenic dans les eaux de quelques sources de l'Algérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 23 septembre 1846. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Monod dit qu'il aurait pu citer dans la dernière séance deux faits d'extraction de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage ; un malade ayant avalé une pièce de 5 francs s'était présenté chez Dupuytren pour se la faire extraire. Celui-ci lui ayant fait avaler quelques bouchées de pain et voyant qu'elles passaient bien, affirma qu'il n'y avait rien. Au bout de quatre à cinq jours le malade, sentant toujours une certaine gêne, consulta M. Monod, qui reconnut que la pièce de monnaie était arrêtée au niveau du cardia, et en fit heureusement l'extraction avec l'instrument de Græfe. Une autre fois, ce fut un noyau de pêche qu'il retira de la même manière.

M. Chassaignac, revenant sur la communication de M. Maisonneuve, fait part d'une remarque qu'il a faite sur les enfants venus avant terme ; c'est quc pendant les mouvements de la respiration la ligne médiane de la poitrine s'affaisse d'une manière considérable. Il est porté à croire que cela tient au défaut d'ossification du sternum, et à ce que, pendant l'inspiration, le diaphragme, par ses attaches à cet os, l'entraîne en arrière.

M. Deguise fils voudrait que l'on fît un examen attentif, ainsi que l'autopsie du fœtus dont a parlé M. Maisonneuve ; car il lui paraît extraordinaire que la respiration ait pu avoir lieu, et que la vie se soit prolongée aussi longtemps à une époque aussi peu avancée du développement embryonnaire.

— *M. Nélaton* présente un cristallin extrait d'un œil cataracté avec son enveloppe. Lorsque l'incision de la cornée fut faite, et qu'il voulut déchirer la capsule, il éprouva de la résistance, et il vit bien qu'il allait tout amener au dehors, ce qui ne tarda pas à avoir lieu en effet, et avec cette circonstance remarquable qu'il ne s'échappa pas une parcelle d'humeur vitrée. La cataracte présentait une opacité uniforme, et l'on n'y voyait pas ccs reflets nacrés de la cataracte capsulaire. Les suites de l'opération ont été très heureuses ; il y a huit jours qu'elle a été faite, et aujourd'hui le malade voit parfaitement bien.

La capsule est ouverte séance tenante ; il s'en écoule un liquide légèrement laiteux. On remarque qu'elle est plutôt épaissie que véritablement opaque ; toutefois, elle l'est manifestement à sa partie antérieure, tandis que la postérieure l'est à peine.

M. Gosselin a démontré, dans un travail présenté à la Société, qu'un abaissement semblable était impossible dans l'état sain, à cause des adhérences de la capsule ; et en faisant ses expériences, il s'était demandé si, par suite de l'opacité du cristallin ou de la capsule, la solidité des adhérences ne diminuait pas, et il n'avait trouvé nulle part d'observations de cette possibilité. Le fait de M. Nélaton lui paratt probant ; mais il n'en veut pas conclure, pour cela, qu'il en sera ainsi dans toutes les opérations. Le plus souvent, au contraire, on ne pourra abaisser le cristallin qu'en déchirant son enveloppe.

M. Robert a vu un cas à peu près semblable à celui-ci. Chez son malade, la pupille était blanchâtre et d'une teinte laiteuse, et l'on distinguait au milieu le noyau du cristallin parfaitement mobile dans l'humeur de Morgagni. Il opéra par extraction, et à peine la cornée fut-elle incisée, que le cristallin enveloppé de sa capsule tombait dans sa main ; mais en même temps il s'échappa une quantité d'humeur vitrée qu'on put évaluer au cinquième environ, ce qui fit qu'on se hâta de fermer l'œil pour éviter un écoulement plus considérable. On constata une densité assez prononcée de la capsule, restée transparente. On dut supposer qu'il y avait ramollissement de la membrane hyaloïde, puisque le corps vitré avait failli s'échapper.

M. Robert pense que les cataractes morgagniennes qu'on observe souvent chez les vieillards se prêtent peu à l'abaissement, parce que

---

quelques tiraillements, que le mouvement dissipe. Il semblerait qu'une crise nerveuse va s'effectuer et qu'on en ressent les prodromes, sans qu'elle arrive jamais à la hauteur d'une attaque franche.

C'est pour nous autant de signes avantageux, à mesure qu'ils se présentent les secousses vives s'éloignent ou disparaissent entièrement ; il faudrait que l'excitation atteignît un degré où elle arrive rarement pour forcer à suspendre la médication, dont le terme ordinaire est d'un mois entier. On pourrait dire en effet, et ceci n'est ni une explication, ni même une hypothèse, mais seulement une manière de rendre plus claire notre pensée, on pourrait dire que le mal perd de son intensité en gagnant plus d'étendue, qu'il se disperse et se dissipe dans l'économie. Nous observons souvent chez les femmes sujettes aux *vapeurs*, un fait exactement inverse ; au lieu de s'étendre, les symptômes se concentrent sur un point. Il en résulte une névralgie faciale, lombaire, intercostale, ou une douleur intérieure profonde, moins facilement explicable par la lésion de quelque filet nerveux. Alors les autres troubles se suspendent, la totalité de l'hystérie est rassemblée ; elle s'est fixée, et ne renouvelle plus ses mobiles transformations.

Lorsque les symptômes nous semblent accuser des traces d'hypocondrie, à l'âge critique en particulier, nous avons recours à une combinaison qui jusqu'à présent a donné de bons résultats. Notre expérience serait insuffisante pour formuler des préceptes, et nous ne pourrions nous aider de celle des autres ; elle suffit cependant pour nous permettre de conseiller la même tentative.

A la suite de l'emploi favorable des eaux d'Ems, l'hystérie est diffuse, indécise en quelque sorte, et le moindre vestige d'affection hypocondriaque suffirait pour la révivifier. On se trouve bien, au cas où les fonctions intestinales ne procèdent pas avec ordre, de compléter la cure par une demi-saison d'eaux riches en sel marin. Les malades y reprennent des forces ; leur digestion se régularise ; elles préparent, en un mot, la transition avant de revenir aux habitudes ordinaires de la vie.

Nous nous étendrons beaucoup moins sur les autres formes de maladies nerveuses. Celles qui frappent des sujets faibles, anémiques, ou les jeunes filles menacées de chlorose, n'ont aucune des allures que nous venons de signaler avec tant de détails. La première indication est de rendre au sang ses qualités ou sa quantité, en vertu de l'axiome inutile à redire : *Sanguis moderator nervorum*. Le fer compte alors parmi les médicaments les plus usités ; et qu'on l'administre dans une eau minérale ou dans tout autre excipient, ses effets restent les mêmes et correspondent aux mêmes symptômes.

Sydenham, en parlant des eaux de Tunbridge et de celles de Bath, qui rappellent le Stahlbrunnen de Hombourg, a depuis bien longtemps donné des règles qui peuvent encore aujourd'hui diriger le médecin. Il prescrit de boire durant trois jours, de prendre un bain, et d'alterner, à partir de ce moment, les bains et l'eau bue à la source.

On continuera le traitement pendant deux mois au moins, ou plutôt on ne le cessera que quand les accidents auront disparu, un soulagement temporaire n'ayant aucune signification dans une maladie si disposée aux récidives.

Les eaux ferrugineuses proprement dites seront essayées d'abord ; si elles ne réussissent pas, on recourra aux sources qui contiennent le fer uni au sel marin, comme celle de Bath, que du temps de Sydenham on tenait pour sulfureuse, en évitant avec soin d'atteindre les doses purgatives.

Il est encore d'usage, en Allemagne, de faire entrer les bains comme un élément essentiel dans la médication par les sources minérales ferrugineuses. A Schwalbach, par exemple, les baignoires sont proportionnellement aussi nombreuses qu'à Ems, et peu de visiteurs se contentent de boire le matin.

Cette méthode, inusitée parmi nous, évidemment improductive dans un grand nombre de cas où le fer est ordonné, n'est cependant pas sans profit pour les malades dont nous parlons. On réunit ainsi deux moyens qui, pris isolément, sont appelés à rendre des services utiles. Quelle que soit la quantité de substances martiales absorbées par la peau, l'eau tiède, agit-elle seule, modère l'excitation, tempère la sécheresse, et ne débilite pas comme celle des sources alcalines. Il est difficile, on le comprend, d'apprécier une médecine complexe et de dédoubler les résultats ; tout ce qu'on peut affirmer, c'est que les malades envoyées à Schwalbach en retirent souvent de bons effets, à quelque partie du traitement qu'on veuille en attribuer le mérite.

(La suite à un prochain numéro.)

Correspondance.

Paris, 4 octobre 1846.

Monsieur le rédacteur,

La réponse de M. le docteur Dumesnil à ma lettre du 24 septembre à deux buts : d'abord, se justifier d'avoir connu mes travaux par les piquantes Causeries de Jean Raimond ; ensuite, fixer les points qu'il réclame comme lui appartenant.

Je me bornerai à répondre à sa première proposition que s'il est vrai qu'il n'ait pas connu les feuilletons cités, le contraire était très vraisemblable avant sa dénégation : attendu l'extrême analogie qui se trouve entre les expressions mêmes de Jean Raimond et celles employées par M. Dumesnil pour appeler le ridicule sur ses devanciers. J'ajouterai que, s'il est parfaitement permis à M. Dumesnil de ne pas lire habituellement la *Gazette des Hôpitaux*, où il n'a pas pris connaissance des feuilletons de Jean Raimond, je puis être très excusable de mon côté de ne pas m'être souvenu, depuis 1828, des *quatre lignes* qu'il a extraites du cinquième volume des *Eléments de pathologie* de Roche et Samson, et que cet oubli ne l'autorisait pas à en conclure que je n'ai pas *lu un ouvrage qu'il n'est pas permis à un médecin d'ignorer*.

Mais M. Dumesnil reconnaîtra sans doute qu'il a au moins lu ma lettre. Il me permettra donc de m'étonner que dans sa réponse, bien qu'il y abandonne une grande partie des prétentions formulées dans sa première publication, il persiste à réclamer l'emploi du condom si formellement indiqué dans ma lettre, et que, tronquant encore une fois la description déjà incomplète de Jean Raimond, qui parle non moins formellement d'une poche membraneuse et imperméable, il ne veuille voir dans mon invention qu'une cuiller d'or et des réactifs inconnus.

Quant à la preuve que M. Dumesnil prétend faire sur le cadavre que sa méthode n'a rien à emprunter à la mienne, je me bornerai à lui répondre qu'obligé par sa présentation à l'Académie des sciences d'y faire connaître mes droits à la priorité, je serai à la disposition de la Commission nommée pour exécuter telle expérience qu'elle jugera convenable ; mais que, fidèle aux principes qui m'ont guidé jusqu'à présent sur l'inconvenance d'occuper le public de projets d'opérations au lieu d'attendre que les opérations elles-mêmes aient confirmé les prévisions plus ou moins fondées sur des expériences préparatoires, je n'accepte en aucune manière le défi que semble me porter M. Dumesnil, qui, à moins d'avoir complétement changé les conditions publiées par lui de son instrument, ne parviendra pas plus sur le cadavre qu'ailleurs à prouver que sa méthode n'emprunte rien à la mienne.

Agréez, etc.,

Douillet.

On lit dans les journaux :

On ne peut se figurer l'affreuse position des malheureux habitants malades de l'Algérie. Les hôpitaux regorgent à tel point qu'à Alger, l'hôpital civil rue Bab-Azoun refuse chaque jour asile à des infortunés que la fièvre ou d'autres maladies cruelles dévorent.

Les cours, les galeries sont encombrées, et malgré la sollicitude et le dévouement des médecins, beaucoup de malheureux succombent faute de soins, aussi la mortalité est-elle plus considérable que l'année passée.

Les malades civils sont souvent repoussés des hôpitaux militaires, dans les villes de province ; ou s'ils obtiennent par protection d'y être admis, c'est à peine s'ils ont le nécessaire.

A Bone, à Constantine, à Oran, à Philippeville, il n'y a d'hôpital ni pour les hommes, ni pour les femmes ; on a préféré élever des hôtels splendides aux généraux et aux fonctionnaires publics.

quand la capsule est rompue, l'humeur qu'elle contenait s'échappe dans la chambre antérieure ; de sorte qu'on ne peut plus suivre la manœuvre de la pointe de l'aiguille.

M. Nélaton a remarqué que, dans ces sortes de cataracte, le cristallin est en général diminué de volume, ce qu'il attribue à la dissolution qui s'en fait à la périphérie. Il rappelle un cas de M. Maisonneuve tout à fait semblable à celui que vient de communiquer M. Robert.

M. Chassaignac ne pense pas que l'on veuille donner ces faits comme nouveaux, car il y en a quatre observations dans Richter, et il cite les paroles textuelles de cet auteur.

— *M. Chassaignac* donne des détails sur une autre malade qui vient de succomber, dans son service à l'Hôtel-Dieu, par suite d'une plaie du larynx ; cette femme, qui était dans l'impossibilité d'articuler, n'a pu fournir aucun renseignement, et on a été porté à croire que le meurtrier s'était servi d'un rasoir par la netteté de la section. Le cartilage thyroïde, sur son côté gauche, était divisé dans la moitié de sa largeur ; le droit l'était en totalité, et une petite écaille du cartilage arythénoïde y adhérait encore. Le cricoïde était divisé jusqu'à l'œsophage ; le muscle arythénoïdien était intact. La lèvre supérieure de la plaie était fortement relevée en haut. Quand la malade avalait, on voyait le liquide s'échapper par les parties latérales de la plaie ; on avait fait passer une sonde flexible dans l'œsophage, mais elle occasionna une gêne si grande qu'on fut obligé de la retirer. La mort de cette femme a eu lieu par une asphyxie lente ; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie sérieuse. A son arrivée à l'hôpital, on avait dû faire seulement la ligature d'une veine jugulaire superficielle. Pour tout pansement, M. Chassaignac s'était contenté de placer une gaze sur l'ouverture du larynx, et il n'a pas cherché à faire la réunion de la plaie.

— Le même membre entretient la Société d'une amputation du maxillaire inférieur, qui lui a présenté quelques difficultés ; l'engorgement sous-maxillaire était assez considérable pour s'opposer à l'écartement des mâchoires, et il ne savait comment sectionner la branche de l'os. Après une incision sur la joue comme pour l'ablation de l'os, il arriva sur le masséter, qu'il coupa transversalement ; puis, ayant décollé les tissus adhérents à la partie interne de la branche, il put la contourner avec la scie à chaîne et en faire la section. Celle-ci achevée, le reste de l'opération fut facile ; il enleva tout ce qui lui parut suspect, et il recouvrit la plaie avec la peau du cou ; mais l'adhésion ne s'est pas faite, et il y a maintenant plaie béante sur les parties latérales. Il est probable que plus tard on pourra revenir à la suture.

— M. Chassaignac parle ensuite d'un malade qui avait une infiltration urineuse à la partie antérieure des bourses, et chez lequel il croit qu'il a perdu du temps en commençant par faire des incisions au périnée au lieu de les pratiquer sur les bourses mêmes. Lorsque, plus tard, il fut dans la nécessité d'inciser la verge, il tomba sur une partie gangrenée, et, depuis, on voit l'urine sortir par une ouverture située au niveau du ligament suspenseur.

M. Nélaton pense qu'il est bien possible que la fissure ait lieu plus en arrière et que l'urine filtre ensuite jusque-là. Quant au point sur lequel il convient de faire l'incision, il est d'avis que c'est là où semble être l'épanchement.

M. Huguier a toujours vu Boyer inciser les parties qui étaient le siége de l'épanchement.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE GENÉRALE.

De l'inaptitude à distinguer les couleurs. — Les *Annales médico-psychologiques* publient l'extrait suivant des journaux anglais :

Le docteur Earle a rassemblé 31 faits relatifs à l'inaptitude à distinguer les couleurs, faits recueillis par lui-même ou par d'autres personnes. Il en rapporte quelques-uns. L'inaptitude à distinguer le rouge du vert paraît un caractère commun, peut-être constant de cette affection. Quelques-uns ne perçoivent qu'une ou plusieurs des couleurs de l'arc-en-ciel. Un individu, lorsqu'il voyait rapprochés des objets de couleurs différentes, reconnaissait bien qu'ils différaient dans leur couleur ; mais c'était une impression tellement légère, qu'il ne pouvait dire en quoi elles différaient, ni leur donner un nom.

M. Earle reproduit plusieurs remarques antérieurement faites :

a. L'inaptitude à distinguer les couleurs est héréditaire.

b. Dans ce cas, elle saute souvent une génération ou davantage.

c. Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes.

L'auteur de cet article a trouvé dans sa propre famille une démonstration frappante de ces diverses propositions. Sa grand'mère maternelle et deux de ses frères présentaient cette particularité physiologique, et dix-sept de leurs descendants en sont également affectés. M. Earle présente à ce propos une sorte d'arbre généalogique de sa famille, comprenant 32 hommes et 29 femmes, parmi lesquels 18 hommes et 2 femmes seulement offraient l'inaptitude à distinguer les couleurs. Sur les 31 faits dont il est question au commencement de cet article, 27 appartiennent au sexe masculin, 4 seulement au sexe féminin.

Les deux propositions suivantes appartiennent au docteur Earle :

a. Le pouvoir de bien distinguer les couleurs varie suivant les diverses époques chez le même individu.

Ainsi, plusieurs des sujets observés par M. Earle distinguaient presque naturellement les couleurs à une lumière artificielle, tandis qu'ils ne le pouvaient à la lumière du soleil.

b. L'inaptitude à distinguer les couleurs est quelquefois unie à un certain degré d'inaptitude à distinguer les notes musicales.

M. Earle rapporte plusieurs exemples pris dans sa propre famille, d'individus également inhabiles à distinguer les différences des couleurs et des notes musicales. Par une remarquable circonstance, malgré l'absence de facultés qui semblent inhérentes au développement du génie poétique, deux de ces personnes sont des poètes distingués ; l'une d'elles même est un des premiers et des plus grands poètes américains vivants.

Relativement à l'origine de cette inaptitude à distinguer les couleurs, M. Earle, tout en pensant qu'il est difficile de rien affirmer touchant la parfaite identité de perceptions chez tous les individus à l état normal, à la ferme conviction qu'elle est soumise à des lois communes. Il ne faut pas, il lui semble, d'autre preuve à cela que l'impression morale qu'exercent les couleurs sur les hommes et les animaux. Pour tout le monde, la couleur rouge est éclatante et gaie ; le vert repose la vue ; dès avant l'influence de l'éducation, l'enfance témoigne des impressions générales identiques relativement aux couleurs ; le rouge effraie tous les taureaux, et point le bleu, ni le violet, ni le gris... Suivant M. Earle, l'incapacité de distinguer les couleurs ne reconnaît pas nécessairement pour cause une altération de la rétine ni du nerf optique ; mais elle est souvent l'effet d'une prédisposition naturelle ou acquise. Il ne s'étend pas du reste davantage sur cette question, que l'on ne sait si l'on doit considérer comme pathogénique ou comme exclusivement physiologique.

M. le docteur Baudens, chirurgien principal de première classe, vient d'être nommé, par arrêté du roi des Belges, officier de l'ordre de Léopold.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 119. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 9 OCTOBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons examiné, dans une précédente Revue (26 septembre) le mode de production des hallucinations idiopathiques, et nous avons essayé de démontrer que, pour nous, elles sont toujours liées à un *état congestionnel*, soit *sanguin*, soit *nerveux*, du centre cérébral. Nous avons, à ce propos, reçu de notre honorable confrère M. Brierre de Boismont une lettre que nous ne pouvons laisser sans réponse. L'importance du sujet sera notre excuse, si l'on trouve cette discussion un peu trop étendue.

Voici d'abord la lettre de M. Brierre.

Monsieur le Rédacteur,

Je venais d'achever la lecture de l'excellent livre de M. Renouard, sur l'histoire de la médecine, lorsque l'article de votre Journal concernant les hallucinations m'est tombé sous les yeux, La mémoire encore pleine des tentatives constamment malheureuses de tous ceux qui ont voulu ramener les maladies à un principe unique, je me suis demandé si l'essai de M. Moreau serait plus heureux que ceux de ses devanciers. Je me permettrai, en conséquence, de faire quelques objections à cette théorie, et j'ose espérer que l'auteur de l'article les accueillera avec la bienveillance qu'annonce son talent.

Toute hallucination idiopathique, dites-vous, est l'effet d'une irritation ou excitation cérébrale plus ou moins prolongée, plus ou moins forte, déterminée par une congestion soit nerveuse, soit sanguine. Avant d'aller plus loin, je demanderai la permission de faire observer que j'avais dit, dans mon Traité des hallucinations, page 398 : « En thèse générale, » une excitation plus grande du système nerveux, un afflux » plus considérable du sang contribuent au développement » des hallucinations. » Il y a donc identité parfaite entre les deux propositions ; mais où commence la différence, c'est dans l'explication du mode d'action de ces deux systèmes. Quel est l'agent de ces excitations ? Comment modifie-t-il ces éléments ? Dans quel lieu se fait-il sentir ? Ne faut-il pas encore admettre une prédisposition, cette *inconnue* que nous retrouvons partout ? Comment expliquer, sans elle, les effets si variés de l'afflux sanguin, déterminant l'apoplexie chez les uns, les inflammations cérébrales chez les autres ; ici le ramollissement, là la manie ; tantôt des étourdissements, tantôt nul phénomène morbide ?

Mais il ne suffit pas de dire que les congestions sanguine et nerveuse déterminent l'hallucination parce que, dans quelques faits, on les a vues produire ce phénomène ; il faut montrer que dans tous les cas où il y a afflux sanguin l'hallucination a lieu. Or l'observation des hôpitaux, la pratique démontrent que les choses sont loin de se passer toujours ainsi. Beaucoup de personnes éprouvent les symptômes les plus intenses de la congestion en se baissant, en valsant, en se balançant, et aucune d'elles n'a d'hallucinations.

J'arrive à la congestion nerveuse. Est ce se conformer aux préceptes de la méthode inductive que de baser son opinion sur une hypothèse ? Toutes les objections faites aux esprits animaux, on peut les reproduire contre le fluide nerveux. Les phénomènes sensibles, voilà les seuls dont le médecin ait à s'occuper. En soutenant qu'il y a excitation du système nerveux, on est dans les limites du vrai ; en admettant l'existence d'un fluide nerveux, on entre dans le champ de l'hypothèse. Je ne ferai plus qu'une remarque ; puisque l'on peut produire des hallucinations à volonté, comme l'atteste le fait de Wolf, cité par M. Moreau, et qui confirme celui de Black-le-Voyant, dont j'ai rapporté l'histoire dans mon Traité des hallucinations, que devient la théorie de la *détente de l'attention* exposée par M. Baillarger ?

Mais une objection beaucoup plus grave est celle que nous ferons à la découverte de la cause première de la folie. Suivant l'auteur, la modification intellectuelle *primordiale, toujours identique à elle-même*, évidemment la condition essentielle de l'existence du délire ou de l'aliénation, des idées fixes, des hallucinations, etc., est l'*excitation maniaque*. Ainsi, d'après cette proposition, les folies gaies, tristes, les folies stupides, dans lesquelles les malades restent, des journées, des mois, accroupis, sans rien dire, insensibles aux besoins de la nature, sont sous l'influence d'une excitation maniaque. Une femme voit périr son enfant ; elle reste anéantie ; on n'en peut plus tirer une parole ; elle tombe dans une sorte d'imbécillité ; et vous rapporterez cet état à une excitation maniaque ! Un homme, vers la fin d'une affection chronique qui l'a réduit au dernier degré de marasme, est pris d'un délire tranquille qui lui fait croire qu'il quitte l'hôpital, vaque à ses affaires ; et il faudra, d'après la théorie, admettre qu'il est sous l'influence de l'excitation maniaque ? Mais pour être d'accord avec le principe, le traitement antiphlogistique, plus ou moins énergique, devra en être la conséquence forcée. Or, voyons ce qui se passe : un homme arrive, atteint d'une manie furieuse ; vous le saignez jusqu'à ce qu'il se calme, et souvent le résultat est une démence incurable. Fodéré rapporte que dans la frénésie (délire aigu) il a vu périr des individus au milieu des saignées répétées. Les monomanies tristes sont plutôt aggravées que soulagées par les émissions sanguines. M. Leuret a guéri beaucoup d'individus hallucinés et de monomaniaques par le traitement moral. M. Moreau lui-même traite avec succès les hallucinations par le datura stramonium, qui détermine des hallucinations ; justifiant ainsi le célèbre axiome *Similia similibus curantur*. Enfin, dans le travail que nous avons lu dernièrement à l'Académie royale de médecine, nous avons montré qu'on pourrait très bien guérir les manies aiguës par des bains prolongés et des irrigations. L'excitation maniaque, qui n'est autre chose que l'irritation de Broussais, est sans doute une conception fort simple ; mais malgré sa simplicité elle soulève plus d'un doute.

Il est une dernière proposition qui m'a singulièrement surpris, c'est celle qui fait de l'excitation maniaque un état non pas seulement analogue mais absolument identique avec l'état de rêve qui constitue la nature psychologique du délire. Si je ne me trompe, c'est dire en termes formels que tous les hommes qui rêvent sont fous ; car, comme l'a très bien démontré Moreau (de la Sarthe) dans son article *Songes* du Dictionnaire des sciences médicales, il n'est personne qui n'ait des rêves pendant son sommeil ; seulement ils se montrent dans des conditions différentes, suivant l'état de santé ou l'état de maladie. Chez les personnes bien portantes le rêve est un état physiologique, et il faut être sous l'étreinte de la main fer des systèmes pour prétendre que celui qui rêve est en proie à une hallucination déterminée par une excitation maniaque. Je comprends très bien que lorsqu'on a posé en fait que l'hallucination est toujours un signe d'aliénation on soit conduit, par les rigueurs de la logique, à conclure que le rêveur est un fou ; mais, malgré l'adage qui veut que tous les hommes soient fous, je n'en persisterai pas moins, sauf les progrès ultérieurs de la science, à regarder les rêves comme un phénomène physiologique.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

Nous tâcherons d'être aussi bref que possible, tout en cherchant à être en même temps complet dans notre réponse, afin que l'on ne puisse pas nous reprocher d'éluder telle ou telle objection qu'il nous suffirait de passer sous silence pour qu'elle devînt par cela même la plus importante aux yeux de nos adversaires, et avant tout déclarons ici, pour rendre justice à chacun, que si nous avons pris à M. Moreau les idées fondamentales qui ont été notre point de départ nous avons cru devoir les développer à notre manière. C'est assez dire que nous assumons tout entière la responsabilité de ces développements, et qu'il faudrait se garder de rejeter sur M. Moreau les vices et les points défectueux de notre discussion.

L'argumentation de M. Brierre est, il faut l'avouer, souvent singulière. De l'opinion que nous avons émise sur l'influence des congestions sanguine et nerveuse sur les hallucinations, il commence par réclamer la priorité ; puis tout le reste de sa lettre est consacré à la combattre. Dans l'intérêt même de M. Brierre, nous ne pouvons admettre ce qui constituerait une grave inconséquence. De deux choses l'une, ou cette théorie est *vôtre*, et alors c'est que vous la supposez bonne, et ne la combattez pas ; ou elle est mauvaise, et n'en réclamez pas la priorité. Mais dans tous les cas, il y a bien loin d'une simple phrase hypothétique, jetée au hasard sans développements au milieu d'un livre, à l'idée nettement formulée par nous d'après le médecin de Bicêtre et posée en loi générale. « M. Brierre a dit *avec* tous les auteurs de mé- » decine qui se sont occupés des hallucinations, qu'elles sont » de nature nerveuse, et que leur siége est dans le cerveau. » (*Traité des hallucinations*, page 398.) Mais, comme ses prédécesseurs, il n'est guère allé au-delà de simples généralités. C'est de sa part une pure conjecture, une supposition à l'appui de laquelle il ne paraît même pas songer à apporter le moindre fait. Bien plus, le livre que nous citons semble être fait tout entier pour prouver surabondamment que cette opinion, quelque vague, quelque réservée qu'elle soit, serait inadmissible dans une foule de cas.

Nous n'en citerons que deux ou trois, dont nous ferons juge M. Brierre.

Lorsque l'hallucination est un phénomène à son avis *presque normal*, qu'elle est du genre de celles qu'ont éprouvées Ignace de Loyola, Jeanne d'Arc, Luther, et tant d'autres, faut-il l'attribuer à l'excitation du système nerveux, ou à la suractivité de la circulation ? Ferons-nous remonter à la même cause cette foule d'*apparitions* (c'est le mot que croit devoir substituer notre confrère à celui trop brutalement scientifique d'hallucinations) consignées dans les livres sacrés ? Quel besoin pourrait avoir la divinité d'excitations nerveuse ou sanguine pour faire entendre sa voix, se montrer sous une apparence sensible à ceux qu'elle daigne visiter ? Comment ! M. Brierre range les hallucinations parmi les « idées fausses dont l'origine doit être cherchée dans l'oubli » de Dieu et des hommes (page 414), » il établit une « ligne » de démarcation entre les apparitions de l'Ecriture sainte et » celles de l'histoire profane (page 440) : » les premières lui paraissant parfaitement compatibles avec la raison et la santé, tandis que les secondes sont le résultat d'une maladie de l'intelligence ; il déclare que c'est s'en prendre *à Dieu lui-même* que de regarder les prophètes, etc., comme des fous hallucinés (page 439) ! et il avoue n'avoir jamais rencontré d'hallucinés « dont l'erreur fut tellement circonscrite, qu'en leur » accordant leur idée on les trouvât raisonnables sur le res- » te. » Il regarde comme fous tous les hallucinés modernes, et par considération pour la religion, accorde le bon sens aux hallucinés des Ecritures ; il repousse les explications médicales pour Jeanne d'Arc et pour le fondateur de l'ordre des jésuites, parce que « bien qu'appuyées par la science, » elles lui « paraissent contraires à la dignité de l'homme (page 423), » et il vient nous dire qu'il y a identité parfaite entre l'explication qu'il donne et la théorie en vertu de laquelle nous rapportons tout désordre fonctionnel à une altération *matérielle ;* entendez-vous bien, *organique !* Que M. Brierre fasse de la théologie dans un livre de pathologie, c'est son droit ; mais, nous qui n'avons pas pris nos degrés en Sorbonne, et qui n'avons, grâce à Dieu, plus à redouter les bûchers du moyen âge, nous persistons à dire qu'il nous est permis, jusqu'à preuve du contraire, de rapporter à des désordres matériels, appréciables ou non, que nous désignons sous le nom de congestions sanguines et de congestions nerveuses, toutes les hallucinations, soit anciennes, soit modernes, soit sacrées, soit profanes : dire cela, c'est peut-être soutenir une opinion excentrique et erronée ; mais à coup sûr, c'est exprimer une idée dont M. Brierre, qui la combat, serait mal venu à revendiquer la priorité. Nous pourrions encore adresser à M. Brierre plus d'une question de ce genre ; mais nous aurions dépassé bien vite les bornes que nous devons nous prescrire dans cet article.

Quant à cette *prédisposition* dont parle M. Brierre, certes elle existe, il faut l'admettre ; il faut l'admettre dans la folie comme on est forcé de le faire dans l'étiologie de toutes les maladies : c'est une prédisposition semblable à celle qui fait que sur dix ou cent individus soumis aux mêmes conditions atmosphériques, au froid humide, par exemple, l'un aura un rhumatisme, l'autre une pleurésie, celui-ci une pneumonie, celui-là un coryza, tandis que les autres n'éprouveront aucun phénomène morbide. Pour prouver que les congestions sanguines peuvent produire les hallucinations, il faut montrer, dites-vous, que dans tous les cas où il y a afflux sanguin l'hallucination a lieu ? Mais que dirait-on d'un auteur qui nierait l'influence du froid sur la production de la pneumonie par cette raison que toutes les fois qu'on s'expose au froid on ne contracte pas de pneumonie ?

Nous arrivons aux congestions nerveuses.

Nous savons très bien qu'en avançant, d'après M. Moreau, que toute hallucination se rattache à des phénomènes physiques auxquels semble convenir la dénomination de congestions nerveuse ou sanguine, nous savons bien que nous émettions une opinion qui serait loin de trouver sa sanction dans les idées généralement reçues ; mais nous avons dit aussi que M. Moreau préparait un travail important dans le but d'établir cette vérité ; il nous semble que cela doit suffire. Ce n'est là encore qu'une simple proposition ; pour la combattre, il faut attendre que la démonstration en ait été faite par l'auteur. Quand même nous en aurions les moyens, nous ne voudrions pas, ne fût-ce que dans la crainte, exagérée peut-être, de compromettre la priorité de l'idée, de la déflorer, entrer ici dans de plus longs détails. Ce que nous croyons pouvoir dire, toutefois, sans redouter d'être indiscret, c'est que ce n'est pas sur de vaines théories, des données vagues et hypothétiques, que le médecin de Bicêtre fonde sa doctrine ; c'est sur une observation rigoureuse et *complète* des faits qui chaque jour passent sous les yeux des praticiens, mais dont l'entière valeur devait être méconnue parce qu'une partie de ces faits, la plus importante cependant, était restée jusqu'ici dans une obscurité que l'*observation intime* pouvait seule dissiper.

Mais deux mots cependant sur un point auquel nous tenons fort, et dont l'explication nous est personnelle. « Le fluide nerveux est une hypothèse, et les phénomènes sensibles

sont les seuls dont le médecin ait à s'occuper. »

— Quant à la seconde partie de la proposition, nous sommes tout à fait de cet avis bien que M. Brierre, dans ses discussions théologiques, nous donne l'exemple du contraire. Mais il dit : « Le fluide nerveux est une hypothèse. » Et pourquoi cela, parce que vous ne le voyez point? Mais voyez-vous davantage le fluide électrique, dont personne, que nous sachions, n'a prétendu nier l'existence? Nierez-vous qu'il y ait congestion de fluide électrique dans le plateau de l'électrophore, dans la bouteille de Leyde présentée pendant quelques secondes au disque de la machine, dans le nuage chargé de la foudre? Vous êtes forcé d'admettre le fluide électrique par ses effets, et vous ne voulez point admettre le fluide nerveux? Mais n'en voyez-vous point les effets, et, sans lui, comment expliquerez-vous cette instantanéité de mouvements aussitôt exécutés que conçus, ces phénomènes si curieux dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle les fonctions d'innervation?

Encore un mot sur ce point : Puisque l'on peut produire des hallucinations à volonté, nous dit-on, que devient la théorie de la *détente de l'attention* de M. Baillarger? Ce que devient cette théorie, peu nous importe; nous ne nous faisons pas le champion des idées de M. Baillarger; si M. Brierre veut bien s'adresser à lui, il est probable qu'il trouvera à qui parler; et notre savant confrère de la Salpêtrière a prouvé plus d'une fois qu'il ne craignait pas d'être attiré sur le terrain de la discussion.

Enfin, et pour terminer, nous arrivons aux objections formulées par M. Brierre contre la « modification intellectuelle *primordiale*, toujours *identique à elle-même*, condition essentielle de l'existence du délire...... »

En exprimant tout d'abord l'étonnement qu'elles nous causent, nous croyons sincèrement n'avoir rien de mieux à faire, pour y répondre ainsi que de droit et en tout bien tout honneur, que de donner un conseil à celui qui les a faites; c'est de parcourir l'ouvrage que vient de publier M. Moreau, et dont nous avons développé quelques idées fondamentales dans notre précédente Revue. M. Brierre saura apprécier, nous n'en doutons pas, mieux que nous-même, la valeur des faits d'observation *intime* et d'observation *extérieure* dont l'auteur du *Hachisch* et de l'*Aliénation mentale* a tiré la proposition contre laquelle il se récrie, avouons-le, un peu à l'aveuglette. Il ne s'agit nullement de *système*, comme il le croit; car on ne saurait donner ce nom (1) à une simple exposition, à une pure description de phénomènes psychiques étranges assurément, et dont nul n'avait parlé jusqu'ici, mais pourtant tout aussi faciles à constater, à analyser qu'aucun acte de l'intelligence à l'état normal. M. Moreau n'*explique* pas; il *observe*, ainsi que tout le monde peut le faire, et il décrit ce qu'il observe, voilà tout; voilà toute sa théorie; et si *une main de fer le courbe sous son étreinte*, c'est celle de l'expérimentation. Mais cette expérimentation est d'un genre tout nouveau, et il a fallu, rendons au moins cette justice à M. Moreau, quelque courage pour la tenter. Est-ce sa faute, si elle l'a conduit à un ordre de faits et d'idées différents de ceux généralement acceptés?

M. Brierre peut voir par ce qui précède, que nous ne pouvons songer à *réfuter* ses objections; nous nous contenterons de faire quelques réflexions propres à démontrer qu'il était complétement en dehors de la question :

1° M. Moreau ne prétend en aucune manière que les lypémaniaques, les aliénés en état de stupidité, le moribond qui est pris d'un délire tranquille, etc., soient sous l'influence de l'excitation maniaque. Il a dit simplement et, ce nous semble, prouvé par une série de faits imposante, qu'une modification psycho-cérébrale dont il a cru pouvoir donner une idée assez exacte en la comparant à ce que l'on entend généralement par *excitation maniaque* avait toujours lieu au début du délire, quelle que forme que dût plus tard revêtir la maladie, que les phénomènes consécutifs à cette modification primordiale se groupassent sous les apparences de la monomanie, de la lypémanie, de l'état hallucinatoire ou de tout autre. La modification psychique dont il est question se trouve inévitablement au point de départ de toute lésion intellectuelle, plus ou moins fréquemment dans le cours de la maladie, enfin presque toujours vers la fin, lorsque la guérison a lieu; ce qui ne veut pas dire qu'elle existe à toutes les époques et dans toutes les phases de cette même maladie.

2° Que M. Brierre n'oublie pas que M. Moreau ne se prononce en aucune manière sur la nature de la cause de la modification psychique primordiale. Il se pourrait assurément que l'excitation fût le produit nécessaire de ce que Broussais appelait irritation; mais M. Moreau ne soulève pas cette question, qui se refuse au mode d'investigation qu'il a exclusivement adopté dans ses études psychologiques : celui de l'observation intime. L'*irritation*, en tant que cause première et essentielle de tout phénomène pathologique, peut être une idée systématique éclose dans le cerveau d'un homme de génie; l'*excitation* n'est que l'*exposition d'un phénomène psychologique particulier* et, en quelque sorte, sa traduction orale, rien de plus. Qu'on ne vienne donc pas soulever contre l'*excitation* cette foule d'objections banales qui ont été faites contre l'*irritation*, confondant, à tort, ces deux phénomènes l'un avec l'autre.

M. Moreau se borne donc à constater un fait; c'est que pour que le délire ait lieu, il faut avant tout qu'il y ait excitation : c'est-à-dire, pour nous servir de ses expressions d'une énergie pittoresque, « *dissolution du composé intellectuel, désagrégation des idées*, » rappel, concentration de la sensibilité, de l'extérieur à l'intérieur, de la périphérie au centre, transformation du *moi*, passage de la vie réelle dans la vie imaginaire, en un mot de l'état de veille dans l'état de rêve. Dès ce moment existe la première condition, l'un des éléments psychologiques du délire : le rêve; mais, à elle seule, cette condition ne constitue pas le délire, il faut qu'à côté du rêve vienne se placer et pour ainsi dire se juxtaposer l'état de veille. Alors seulement il y a délire, c'est-à-dire une sorte de mélange, de fusion de l'état de rêve avec l'état de veille; état mixte dans lequel il est rigoureusement vrai de dire, comme l'instinct commun paraît l'avoir pressenti dans tous les temps, que l'on *rêve éveillé*.

(1) Qu'il nous soit permis de rappeler ici la définition que, dans notre Dissertation inaugurale (1842), nous donnions du système.
« Je prends le mot *système*, disions-nous, dans son acception la plus large, et je le définis : *un corps de doctrine* formé d'un ensemble de principes logiquement coordonnés, et déduits de l'observation exacte et rigoureuse d'un grand nombre de faits particuliers. »

Le rêve, dit M. Brierre, est un phénomène physiologique. — Eh! qui le nie? Mais il faut qu'il arrive pendant l'état de sommeil. Tel phénomène est physiologique à un moment donné de l'existence, qui devient pathologique lorsqu'il se produit à un autre moment; et de cela, nous n'avons pas besoin d'en donner des exemples.

Quant au traitement, qui, au dire de M. Brierre, devrait être dans tous les cas antiphlogistique; d'après notre manière de voir; cette assertion nous semble prouver que les idées thérapeutiques de notre confrère ne sont pas moins originales que ses explications théologiques. Sans parler du traitement moral qui ne réussit qu'entre les mains de M. Leuret, nous ferons remarquer à M. Brierre qu'y eût-il toujours *inflammation*, ce que nous sommes loin d'avoir dit, il ne s'ensuivrait pas que l'on dût toujours tirer du sang; qu'il est telle ophthalmie que l'on guérit avec le nitrate d'argent, telle pneumonie que l'on traite par le tartre stibié, tel érysipèle qu'arrête un vésicatoire, etc. Nous sommes véritablement fâché pour M. Brierre qu'il nous ait attiré sur le terrain de la thérapeutique; car le mémoire qu'il a lu il y a quelques semaines à l'Académie de médecine, nous fournira des armes contre lui. M. Brierre, avec un grand nombre de pathologistes manigraphes, conseille, ce qui n'est pas nouveau, l'emploi des bains prolongés et des irrigations dans les manies aiguës. Mais non-seulement les bains prolongés sont, de l'aveu de tous les médecins, l'une des méthodes antiphlogistiques les plus énergiques et les plus promptes; mais leur action directe comme déplétive du système nerveux est tellement évidente, qu'un auteur célèbre n'a pas craint de les appeler des *saignées nerveuses*. Et maintenant, niez tant que vous voudrez les congestions sanguine et nerveuse, l'excitation et l'irritation; si votre thérapeutique, qui est la même que la nôtre, n'a pour but que de combattre ces états morbides, nous dirons que c'est une simple dispute de mots qui fait différer de la nôtre votre théorie, puisque vos médications agissent dans le même sens que les nôtres, et que du succès des médications on déduit forcément la nature de la maladie.

Ces quelques considérations suffiront, nous le pensons, pour faire comprendre à notre confrère que l'on peut très bien soutenir l'identité (au point de vue psychique) de l'état de rêve avec le délire, sans avancer pour cela que tous les hommes sont fous attendu que tous les hommes rêvent. Il peut y avoir quelque habileté à attaquer par la plaisanterie les opinions sérieuses d'un adversaire, mais il faudrait d'abord les bien étudier et surtout tâcher de les comprendre; autrement on court le risque de s'escrimer, comme le héros de Cervantes, contre des moulins à vent.

Nous nous bornerons, pour quelque temps du moins, à ce que nous avons dit dans ces trois articles, sur les hallucinations; si nous avons reproché aux médecins de ne point s'occuper suffisamment des maladies mentales, nous ne voudrions pas nous faire adresser le reproche contraire, de nous en occuper ici trop souvent, ni faire rivalité dans ce journal aux *Annales médico-psychologiques*.

— Dans quelques cas, et c'est surtout chez les enfants qu'il en est ainsi, la fistule lacrymale peut guérir sans opération; comme c'est principalement chez les individus de constitution scrophuleuse que cette affection survient, la première indication est de faire suivre un traitement général à l'enfant, de prescrire les toniques, les préparations iodurées; souvent, en même temps que la constitution se modifie, l'état local s'améliore tellement, que la fistule peut finir par guérir complétement. D'après cela on conçoit qu'il est utile, lorsque l'on est appelé à donner des soins à un enfant en pareille circonstance, de ne point se presser de faire l'opération; tout au plus pourrait-on songer à la pratiquer immédiatement s'il se trouvait dans de très bonnes conditions de santé générale, parce qu'alors on n'aurait point l'espérance d'amener aucun résultat heureux par un simple traitement interne.

Nous avons vu récemment dans le service de M. Guersant deux faits de cette maladie. Le premier chez un sujet bien constitué, robuste, qui fut opéré quelques jours après son entrée à l'hôpital, auquel on plaça une canule, et qui put sortir au bout de très peu de temps, en voie de guérison parfaite.

Le second est celui d'une jeune fille de dix ans, couchée à la salle Sainte-Thérèse, d'une constitution scrophuleuse, qui est entrée également pour une fistule lacrymale. Pendant plusieurs mois elle avait été soumise en ville à des cautérisations répétées, sans aucun résultat. M. Guersant fit aussitôt suspendre tout traitement local, appliqua un vésicatoire à la nuque, et prescrivit l'iodure de potassium. Nous avouons, nous, pour notre part, ne pas avoir grande confiance en général, et surtout dans des cas pareils, aux vésicatoires derrière le cou. Cependant M. Guersant dit en avoir retiré de bons effets, et son expérience devait être ici mentionnée.

Quoi qu'il en soit de ce vésicatoire, l'indication vraiment utile et pratique qui ressort de ces faits c'est de savoir attendre, par ce double motif : que l'on opérerait avec peu de chances de succèe un sujet dont on n'aurait pas préalablement modifié l'état général, et que l'on risque par cette seule médication interne de guérir l'affection sans avoir recours à l'instrument tranchant.

Z...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 septembre 1846. — Présidence de M. DUHAMEL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu, et son adoption ajournée.

— *M. le secrétaire général* lit une courte notice sur MM. Souberbielle et Jalade-Lafond père, que vient de perdre la Société.

— *M. Corbel-Lagneau* lit un rapport sur un article additionnel au règlement.

— *M. Tanchou* rappelle en quelques mots les conclusions du travail dont il a donné lecture dans la séance précédente, et dans lequel il a cherché à établir l'influence des maladies de l'utérus sur la mauvaise position des enfants dans le sein de leur mère ou au moment de l'accouchement. Voici ces conclusions :

« D'après ce qui précède, ne peut-on pas présumer que l'abondance des eaux, que certaines circonstances extérieures peuvent contribuer à la mauvaise position que prennent les enfants dans le sein de leur mère et au moment de l'accouchement; mais que les maladies antérieures ou actuelles des parois de l'utérus en sont la cause la plus rationnelle et la plus fréquente? Telle est mon opinion : de telle sorte qu'il est permis de se demander si, après un accouchement difficile, dans lequel l'enfant était mal placé, il ne serait pas prudent de rechercher si la femme n'aurait pas une maladie latente de la matrice, pour prévenir, par un traitement, la reproduction d'une mauvaise position dans un autre accouchement, et les accidents qui peuvent en être la suite.

Toutefois, nous devons nous demander si, lorsque la mauvaise position se présente habituellement et chez une femme qui n'a pas été malade, chez laquelle on n'a aucune raison de supposer une altération physiologique de l'utérus, on ne serait pas autorisé à supposer que ces mauvaises positions dépendent de la mauvaise conformation primitive de l'utérus, d'une inégalité de force et de puissance de développement dans les divers plans charnus qui constituent cet organe. »

M. Dancel fait observer que les accouchements contre nature ont eu lieu dans les grandes villes principalement; là où les maladies de l'utérus sont les plus communes; dans les provinces, ils sont plus rares; dans les campagnes, on n'en rencontre plus du tout chez les primipares. Les seules accouchements laborieux que l'on observe dans les campagnes surviennent chez des femmes qui ont déjà eu trois ou quatre enfants, et qui consécutivement ont été atteintes de maladies de l'utérus.

M. Serrurier demande si M. Tanchou pense que la mauvaise conformation de l'utérus puisse influer sur la production des monstruosités, comme l'a avancé Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Tanchou ne pense pas, *à priari* qu'il y ait de grands rapports entre ces deux choses. Geoffroy Saint-Hilaire donnait à volonté des monstruosités aux poulets; mais le mode de nutrition du poulet et celui du fœtus ne sont pas les mêmes, aussi l'analogie n'est-elle pas complète. Il ne croit pas, en résumé, que la mauvaise conformation de la matrice influe sur la conformation de l'enfant.

M. Duhamet voudrait que l'on réduisît la question à ces termes : A-t-on observé que les mauvaises positions de l'enfant soient plus fréquentes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants que chez les primipares? Si la réponse est affirmative, il y aurait de grandes probilités en faveur de l'opinion de M. Tanchou. Il croit, lui, avoir rencontré plus de mauvaises positions chez les femmes ayant eu des enfants que chez les primipares; mais il en a vu aussi chez ces dernières. Quant à cette fréquence chez celles-là, elle n'est pas trop étonnante; car il y a plus d'accouchements faits par des femmes qui ont eu des enfants, qu'il n'y en a par des primipares. Son observation n'est pas encore assez grande pour qu'il puisse conclure comme M. Tanchou.

M. Guersant. Il y a deux points dans la question : les fausses couches d'abord, puis les mauvaises positions.

Pour les fausses couches, il résulte de mon observation que les états pathologiques de l'utérus ont une grande influence sur leur production. Chez les jeunes mariées, les fausses couches sont très fréquentes; ce que l'on doit attribuer à un état congestionnel de la matrice. Cela est si vrai, que lorsque ces femmes se mettent à un régime sévère, gardent le repos, et prennent beaucoup de précautions, la fausse couche n'a pas lieu.

Pour les mauvaises positions de l'enfant, je ne sais jusqu'à quel point les maladies de la matrice peuvent en rendre compte.

M. Picard partage quant à la première partie de son argumentation, l'avis de M. Guersant; il cite plusieurs faits observés par lui, desquels il résulte que les maladies de l'utérus ont été souvent la cause productrice des fausses couches. Quant à la proposition de M. Tanchou, à savoir, que ces états pathologiques de l'utérus influent sur la mauvaise position de l'enfant, il est porté, sans toutefois vouloir la nier complétement, à la regarder comme une vue théorique plutôt que comme une chose démontrée.

M. Eguisier regarde, avec M. Guersant, les maladies de matrice comme une cause presque immanquable d'avortement; mais il regarde comme démontré ce fait que la mauvaise conformation de l'utérus influe puissamment sur la mauvaise conformation du fœtus, en s'opposant au développement régulier du produit de la conception.

— *M. Corbel-Lagneau* donne lecture de la note suivante :

J'ai opéré un malade d'une hydrocèle par la méthode de M. Velpeau, et je désire faire part à la Société d'une remarque importante sur ce sujet.

Deux injections furent faites d'après le procédé ordinaire. Le gonflement inflammatoire succéda, et diminua ensuite pour rester stationnaire quelques jours. J'avais fait espérer à mon malade une prompte guérison, les choses étant en cet état; loin de là, un nouvel épanchement parut se faire, le gonflement des bourses revint comme avant l'opération. Mon malade n'était pas moins tourmenté que moi de ce résultat négatif. Il fut conduit par un ami chez un chirurgien qui jugea l'opération comme non avenue, et n'hésita pas à en conseiller une nouvelle. Nous devions la refaire ensemble deux jours plus tard, et l'heure était déjà fixée. La veille de ce jour, en parcourant la *Gazette des Hôpitaux*, j'y trouvai une leçon de M. Velpeau sur sa méthode, et j'y lus un passage qui me consola un peu de mon insuccès. M. Velpeau prévenait ses élèves de ne pas se hâter de refaire l'opération quand celle-ci semblait, comme dans le cas qui m'intéressait, ne point avoir réussi; que l'expérience lui avait démontré nombre de fois que ce retour d'épanchement dans les bourses n'était le plus souvent que momentané J'envoyai à mon malade l'article souligné dans mon journal, en lui donnant le conseil de remettre l'opération à plus tard. Il suivit mon conseil, et partit pour la campagne. Je le revis un mois et demi après, parfaitement guéri. Du reste, si j'ai occasion d'opérer d'autres malades, je ne donnerai pas la préférence aux injections d'iode, pour plusieurs motifs : le liquide est cher, et ne convient pas à tout le monde sous ce rapport; il dégage une odeur des plus incommodes pour l'opérateur et l'opéré, tache le linge et salit les instruments.

M. Guersant dit avoir vu souvent des faits de cette nature; ils sont très communs; il est étonné que M. Blandin se soit pronoucé aussi vite en faveur d'une nouvelle opération. Quant à la matière de l'injection, il n'y attache pas une grande importance; toutes les injections comptent des succès, et le liquide auquel il s'est arrêté, pour sa part, c'est tout simplement l'eau-de-vie campbrée froide, dont il laisse une certaine quantité dans la tunique vaginale.

M. Guillon regarde comme préférable l'opération sans injections. Il vaut mieux, suivant lui, introduire un corps étranger dans la tunique

vaginale, une bougie de gomme élastique, par exemple, qui provoque une inflammation adhésive.

Cette méthode est tellement peu dangereuse et amène des résultats tellement prompts qu'il a vu un malade opéré de cette manière sortir au bout de quatre à cinq jours, et complétement guéri après trente jours.

M. Picard pense que cette méthode n'est pas exempte d'inconvénients, le contact de l'air avec les membranes séreuses étant une condition qui provoque souvent la suppuration.

— *M. Courserant* consulte la Société sur les moyens à employer dans une affection qui, depuis trois mois, résiste à tous les traitements.

Voici les particularités les plus saillantes de cette observation :

Mademoiselle X..., exerçant la profession de bonne d'enfants, âgée de dix-huit ans, non encore réglée, présente tous les caractères d'un état chlorotique assez avancé.

Le 26 mai, elle fut prise, à onze heures du soir, d'un besoin irrésistible de bâiller, qui persista deux heures; la nuit fut calme, mais le lendemain matin les mêmes désordres fonctionnels reparurent de sept à dix heures, de deux à sept et de onze heures à deux heures. A dater du troisième jour de l'invasion de la maladie, le bâillement devint continuel et ne laissa plus de repos à la malade que les courts instants qu'elle consacrait à ses repas ou au sommeil, car il cessait aussitôt que la malade prenait des aliments ou qu'elle se couchait dans son lit.

Le 2 juin la malade vint réclamer mes soins; aucune lésion matérielle appréciable n'existait dans les organes.

J'attribuai donc tous ces accidents à la chlorose, dont l'aménorrhée elle-même pouvait fort bien n'être que la conséquence.

Les préparations de fer, de valériane, d'asa fœtida associées de différentes manières parurent apporter un léger soulagement, mais elles furent impuissantes à arrêter le bâillement, jusqu'à ce qu'enfin, les règles étant apparues le 14 juin, tout sembla rentrer dans l'ordre. La jeune malade perdit beaucoup de sang, et, pendant les sept jours que durèrent les menstrues, il y eut cessation complète de tous les accidents; mais, à peine furent-elles supprimées, que le bâillement reparut, accompagné de douleurs assez vives à l'épigastre : des cataplasmes saupoudrés légèrement de moutarde furent appliqués sur cette région et calmèrent la douleur. L'éther, le musc et les bains froids furent associés aux moyens déjà conseillés et produisirent peu d'effet. La malade ayant avalé un jour un verre d'eau à la glace, le bâillement cessa à l'instant même : il y eut une rémission complète pendant quelques jours. La maladie ayant reparu, le même moyen arrêta le bâillement; mais, au bout de quelques minutes, la jeune fille eut une attaque d'hystérie qui dura une heure environ. Bientôt les attaques se multiplièrent tellement qu'on en compta jusqu'à quatre par jour. Tous les moyens déjà indiqués furent continués, et les attaques, devenues moins fréquentes, ne se montrèrent qu'à des intervalles assez éloignés; cependant, le bâillement persiste depuis trois mois, les règles ne paraissent pas, et la malade, qui a déjà consulté plusieurs médecins, se trouve toujours dans le même état.

M. Corbel pense que l'on retirerait peut être de bons effets de l'introduction d'un pinceau chargé d'ammoniaque dans le pharynx.

M. Picard. Tout le monde sait que des actes fréquemment répétés dans un organe établissent une espèce de seconde nature. Dans le fait que l'on vient de nous rapporter, il y a un mouvement automatique. J'emploierais, pour empêcher le bâillement, un moyen mécanique, et je ne serais pas éloigné de croire qu'une mentonnière fortement serrée pourrait produire de bons effets.

M. Guersant, en raison de la périodicité de l'affection, serait d'avis que l'on fît prendre à la malade du sulfate de quinine.

Le secrétaire annuel, Dr A. FOUCART.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, SÉANTE A LA FACULTÉ.

Séance du 5 août 1846. — Présidence de M. LARREY.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les corps fibreux de l'utérus.

— *M. Depaul* résume les arguments qu'il a fait valoir pour établir que, si les corps et les polypes de la matrice sont à ses yeux et à ceux de tous les observateurs une maladie grave, ils n'ont pas autant d'inconvénients, sous le rapport de la gestation et de l'accouchement, que M. Forget leur en attribue. Il ajoute aux faits qu'il a cités l'observation d'une femme âgée de quarante ans et ayant un vice de conformation du bassin, qui devint à cet âge mère pour la première fois. L'application du forceps fut nécessaire. L'accouchement terminé, lorsque l'utérus fut revenu sur lui-même, M. Depaul constata par le toucher une tumeur volumineuse occupant le fond de la matrice. La gestation n'en avait pas moins été heureuse et sans accidents. Ce n'est pas à sa présence, mais à la déformation du bassin que furent dues les difficultés de la parturition.

M. Forget. Je ne voudrais pas prolonger cette discussion au delà de ce qui convient sous le rapport purement scientifique; pourtant, je ne puis laisser passer sans réponse ces dernières assertions de M. Depaul, qui renferment une inexactitude et tendent à me prêter une opinion contre laquelle les conclusions de mon Mémoire s'élèvent formellement. M. Depaul maintient ce qu'il a dit antérieurement, savoir : que la coexistence d'un polype ou d'un corps fibreux avec la grossesse était un fait peu grave, et, en preuve, il cite des accouchements heureux et à terme dans de semblables circonstances. — C'est donc un tort qu'a eu M. Forget de prétendre que ce fait était excessivement grave. — Je ne comprends pas qu'une telle opinion me soit imputée, quand, à chaque page de mon Mémoire, l'opinion contraire est établie. M. Depaul me reproche d'avoir posé le précepte que tout médecin consulté sur les dangers d'une grossesse, dans le cas où une tumeur fibreuse de l'utérus pouvait être constatée, devait regarder comme de son devoir de l'empêcher. Cette indication pratique, qui paraît si exagérée à notre confrère, est acceptée comme règle de conduite par tous les praticiens, et les faits que j'ai rapportés démontrent combien elle est rationnelle; et quand M. Depaul vient nous dire que dernièrement encore il a pu, après un accouchement des plus heureux, constater l'existence d'une tumeur fibreuse sur la partie supérieure de l'utérus, il ne prouve rien autre chose que ce que nous avons dit nous-même, c'est-à-dire que l'accouchement peut ne pas être entravé par une semblable tumeur : mais ce n'est pas là toute la question. Que deviendra cette tumeur que l'état de gestation a secondé, si je puis ainsi parler, dans les conditions physiologiques où la placée la grossesse en exagérant le mouvement nutritif de l'utérus? qui vous dit que le corps fibreux ne va pas subir un accroissement marqué et constituer pour la femme qui le porte une source d'accidents qui vont sérieusement compromettre sa santé? L'expérience ici nous donne raison, car elle prouve que, stationnaire et ignoré jusqu'à ce que la grossesse ait eu lieu, bien souvent un corps fibreux est devenu douloureux et s'est élevé à des dimensions considérables par le seul fait de cette dernière. Tant que M. Depaul n'aura pas suivi la femme dont il vient de nous parler pendant plusieurs mois, il ne peut rien conclure des accidents qu'elle peut éprouver; aussi, jusque-là, je regarderai son observation comme non avenue. Et je persiste à penser que c'est assumer une grave responsabilité que de ne pas dissuader une femme atteinte d'un corps fibreux de l'envie qu'elle pourrait avoir de devenir enceinte.

Plus qu'un mot, ajoute M. Forget, en réponse à l'impossibilité que M. Depaul a cherché d'établir de voir l'asphyxie du fœtus produite par un polype situé dans le vagin. Je m'étonne que notre confrère ne comprenne pas comment ce résultat peut avoir lieu; pour ma part, ce fait, dont j'ai fourni la preuve par une des observations de mon Mémoire, est facile à concevoir. Le cordon ombilical ne peut-il pas se trouver engagé entre le fœtus et la tumeur? La compression du cordon dans cette situation, si elle se prolonge à cause de l'obstacle que la présence du polype oppose à la sortie du fœtus, peut devenir pour l'enfant une cause d'asphyxie en interrompant la circulation. —

M. Laborie pense, comme M. Forget, que, si beaucoup de femmes affectées de polypes ou de corps fibreux ont pu accoucher facilement, beaucoup d'autres, au contraire, ont éprouvé des accidents.

M. Giraldès. Oui, la présence d'un polype est une complication grave, mais pas autant que M. Forget et quelques autres observateurs paraissent le croire. Les auteurs renferment de nombreux exemples de ces corps existant chez des femmes pour lesquelles l'accouchement a eu lieu sans accidents. M. Cruveilhier, entre autres, en rapporte un. Une femme portait un corps fibreux interstitiel du volume d'un boulet, qui partageait en deux la cavité de l'utérus. L'accouchement n'eut pas de suites fâcheuses. Quelques mois plus tard, cette malade succomba à une hémorrhagie utérine.

— Passant à un autre sujet, *M. Belhomme* rapporte l'observation d'une plaie pénétrante de la cuisse droite, produite par un échalas qui l'a traversée et qui a lésé les parois abdominales.

M. B..., d'un tempérament sanguin et d'une robuste constitution, était monté sur une échelle pour cueillir des fruits. Il tomba d'une hauteur de sept à huit pieds. Dans sa chute, il rencontra un échalas qui lui perça la cuisse droite et vint se heurter sur les parois abdominales, qui furent elles-mêmes traversées. Une demi-heure après l'accident, M. Belhomme constata ce qui suit :

L'échalas avait été retiré par le malade lui-même. Il ne présentait point d'aspérités; il était vieux, usé par le temps et plutôt arrondi que pointu; il portait, sur une longueur de 31 centimètres, une trace sanguinolente et des détritus musculaires. Les vêtements de M. B... avaient été traversés. Son pantalon, d'un fort coutil, offrait une déchirure de cinq centimètres de largeur, à bords frangés, de même que la chemise, qui était de toile neuve. A la partie postérieure de la cuisse, à trois centimètres du pli de la fesse, existait une plaie triangulaire représentant exactement la forme de l'échalas. A la partie la plus enfoncée, cette plaie avait une étendue de quatre à cinq centimètres; sa forme était triangulaire, ses bords fortement contus; elle fournissait à peine du sang, mais elle en avait donné beaucoup au moment de l'accident. Les muscles avaient été atteints; l'aponévrose *fascia lata*, le biceps et peut-être le demi-tendineux étaient traversés. Le nerf sciatique n'était point déchiré. Une autre plaie existait à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, à deux centimètres du pli de l'aine, à dix de la crête supérieure de l'os des îles, à onze du pubis, à quatre de l'artère crurale; elle était la suite et la terminaison du canal parcouru par le corps contondant. Les muscles antérieurs et supérieurs de la cuisse étaient traversés. Le triceps fémoral, le droit antérieur étaient atteints, d'après toute vraisemblance. Une troisième plaie se trouvait aux parois abdominales. D'une forme allongée, elle avait cinq à six centimètres de largeur; elle était placée à quatre centimètres de la crête de l'os des îles, à six du pli de l'aine, à treize du pubis, à cinq de la sortie du cordon spermatique de l'anneau inguinal. Sa profondeur était considérable : le doigt indicateur pouvait s'y loger.

Quant au blessé, sa respiration s'exécutait librement. La circulation était ralentie. Le visage était pâle. L'effroi qui avait suivi les premiers moments ne tarda pas à se dissiper, et le malade reprit sa gaieté ordinaire.

M. Belhomme pratiqua à la plaie abdominale trois points de suture peu serrés. Il fit fléchir et fixa dans une position immobile le membre blessé. Il fit recouvrir constamment de compresses trempées dans l'eau froide le trajet de la lésion. Le soir, il pratiqua une forte saignée. Il donna le lendemain un purgatif à l'huile de ricin, des boissons délayantes, et prescrivit la diète.

Au troisième jour la suppuration s'établit, sans beaucoup de fièvre. Depuis, sous l'influence d'un traitement sédatif, et d'une alimentation modérée, le malade s'est rétabli parfaitement, et a pu, dès le dix-huitième jour, se lever et faire des promenades.

M. Belhomme ajoute quelques réflexions à ce fait, qui est très curieux par la rareté de l'accident, l'étendue des lésions, leur innocuité, et la facilité avec laquelle elles ont guéri.

— *M. Gillette* rapporte l'observation d'une jeune fille qui, étant enceinte de plusieurs mois, éprouva une assez forte hémorrhagie par l'ouverture d'une petite tumeur variqueuse située dans l'épaisseur d'une des grandes lèvres et s'ouvrant à l'extérieur. La malade fut placée dans une position horizontale. La perte de sang s'arrêta spontanément, et ne donna lieu à aucune suite fâcheuse. Elle était domestique, et se fatiguait habituellement à frotter les appartements.

Le secrétaire annuel, Henry BLATIN, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Suette miliaire sporadique. — Dans un travail récent, le docteur Gaillard (de Poitiers) avait avancé que la suette miliaire, différant en cela des autres affections épidémiques, n'est jamais sporadique. M. le docteur Chereau vient de publier, dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales, un fait qui semble prouver le contraire.

Le 25 juillet 1846, je suis mandé dans la matinée pour donner mes soins à Madame C... Cette femme, âgée de vingt-huit ans, originaire de Londres, est blonde et a les chairs un peu flasques; elle jouit néanmoins d'une bonne santé habituelle, et la menstruation n'a jamais offert d'irrégularité que sous l'influence des grossesses, qui ont été au nombre de trois, et qui ont donné le jour à trois enfants bien portants, deux filles et un garçon. La malade habite Paris depuis sept ans, et elle a à peu près toutes les habitudes françaises; sauf un léger accent saxon, il serait difficile de la supposer étrangère. Le 25 juillet, disons-nous, Madame C... fut prise, sans cause connue, d'une transpiration extraordinairement abondante. Ce n'est pas une métaphore que de dire que l'eau ruisselait sur toute la surface du corps. La chemise, le mouchoir de tête, les draps, le mouchoir de poche que la malade portait à la main étaient littéralement trempés. Examinée avec soin, la peau n'offrait aucune rougeur, aucune tuméfaction, aucune vésicule, aucune éruption enfin; seulement elle était couverte de gouttelettes d'eau qui perlaient à mesure qu'elles étaient essuyées par la malade. Le pouls était à peu près normal, plutôt petit que large; céphalalgie assez vive; courbature dans tous les membres; point d'angine; langue blanchâtre, pâteuse; amertume à la bouche; soif vive, ardente même; constipation depuis trois jours. Je me contentai de prescrire des boissons acidulées (limonade tartrique), d'éviter le froid et d'observer la diète.

Le 26, même état; transpiration abondante pendant la nuit, qui a été, pour la malade, une nuit de tourments. Toute la chambre exhale une odeur nauséabonde excessivement désagréable. Il y a de l'agitation. La patiente ne peut rester un instant en repos; la respiration est haletante; les yeux vifs, brillants, un peu injectés; le pouls petit; aucune éruption à la peau. Je prescris l'opium à faible dose et en potion; même tisane; lavement purgatif.

Le 27, la dernière nuit a été moins agitée; il y a même eu deux heures de sommeil; la transpiration, quoique abondante encore, est supportable; l'agitation générale est moindre; la soif moins vive; les urines sont très claires et peu abondantes. Mais ce qui marque ce jour, c'est l'apparition sur la surface du corps, et particulièrement aux bras et à la partie antérieure du thorax, d'un grand nombre de petites vésicules grosses comme un grain de millet, transparentes comme de l'eau de roche et pointues à leur sommet. Que l'on me pardonne cette comparaison en faveur de la vérité : L'on dirait une foule de petits entonnoirs de verre microscopiques apposés par leur base sur la surface de la peau. Ces vésicules ne sont pas tellement rapprochées qu'on ne puisse les compter dans un espace large comme la main, par exemple; et je suis à peu près certain que dans cet espace elles ne dépassent pas le nombre de 200. En passant légèrement la main sur la surface de la peau, on perçoit une espèce de rugosité produite par ces vésicules, qui, autour d'elles, n'étaient accompagnées d'aucune rougeur à la peau.

Le lavement purgatif a produit trois garde-robes qui ont débarrassé le ventre. Même traitement.

Le 28, peu de changements; la transpiration est encore abondante, mais beaucoup moins que les jours précédents; nuit sans sommeil, mais tranquille néanmoins; soif moins vive; pouls tranquille; les règles ont paru un peu; c'était, du reste, leur époque ordinaire; l'éruption n'a pas subi de changement, Le *statu quo* persiste jusqu'au 1er août.

Le 1er août, la desquamation commence; à la place des vésicules l'on voit alors de petites plaques, de petites rondelles larges comme une grosse lentille, dont la blancheur mate et opaque contraste singulièrement avec la teinte légèrement rosée des autres parties non squamifiées de la peau. Cela produisait un effet tout particulier et très singulier. Que l'on suppose une personne percée, avec un emporte-pièce, de milliers de petits trous sur la surface du corps; que l'on admette que les milliers de petits trous, avec perte de substance, ont été comblés par le développement d'une peau fraîche, et l'on aura une idée de l'effet *ex visu* de cette desquamation. Du reste, à partir de cette époque, et sans avoir éprouvé aucun accident fâcheux, la malade se rétablit très promptement, et elle était sur pied au bout de quelques jours.

Caillots purulents du cœur. — On a beaucoup parlé des concrétions sanguines désignées par les anciens sous le nom de polypes du cœur. Quelques auteurs ayant cru pouvoir nier la possibilité de leur organisation, il n'est point déplacé de rapporter ici l'observation suivante recueillie par le professeur Forget (de Strasbourg), et publiée par lui dans sa *Clinique médicale de* 1845. Cet exemple prouve jusqu'à l'évidence, selon le professeur, l'organisation et la vitalité de ces caillots, puisqu'on a rencontré dans leur centre du pus presque phlegmoneux, et que la suppuration implique nécessairement l'idée d'un travail inflammatoire, lequel ne peut se développer que dans les tissus organisés.

Un homme de soixante-dix ans, jadis de forte constitution, mais amaigri, au teint jaunâtre, nous est apporté, le 7 juin 1843, dans un état voisin de l'agonie. Nous obtenons pour tout renseignement qu'il toussait depuis longtemps, mais que depuis un mois il est plus mal. On entend le râle trachéal à distance; le malade expectore avec difficulté d'abondants crachats puriformes; on perçoit du gazouillement dans presque toute l'étendue du thorax; battements du cœur faibles et tumultueux; pouls très petit et fréquent; infiltration légère des extrémités inférieures, qui présentent quelques taches de purpura de diverses grandeurs (eau vineuse).

Potion :	Eau de tilleul,	100 grammes;
	Eau de fleurs d'oranger,	30 id.;
	Teinture de cannelle,	4 id.;
	Sirop d'écorce d'orange,	30 id.

Mort dans la nuit.

Nécroscopie trente heures après la mort.

Thorax. Le poumon droit est criblé de cavernes de toutes grandeurs; le poumon gauche, moins désorganisé, est œdémateux et congestionné dans les points qui ne sont pas occupés par des tubercules à divers degrés.

Cœur de volume normal, assez flasque. En ouvrant le ventricule gauche, on trouve à l'intérieur, accolée à sa paroi externe, une petite tumeur du volume d'une baie de raisin et formée par une espèce de kyste fibrineux rempli de pus crémeux, et dont les racines filandreuses sont intriquées dans les colonnes charnues. Du côté de la cloison interventriculaire, existe une autre tumeur de même aspect blanchâtre, assez résistante, au centre de laquelle existe aussi du pus assez épais. Notez que ce ventricule ne contient point de sang liquide. Le ventricule droit et les oreillettes contiennent une certaine quantité de sang noir liquide ou en caillots.

Abdomen. Foie et rate à l'état normal; on n'y trouve point de traces d'abcès.

Cette observation a suggéré à M. Forget les réflexions suivantes :

Nous avons résumé en quelques propositions l'histoire des caillots du cœur; en voici les principales :

1° Ces caillots ont leurs signes particuliers pendant la vie, et leurs caractères spéciaux après la mort;

2° La formation des caillots dans le cœur peut avoir lieu pendant le cours des maladies aiguës ou chroniques et détermine la mort par elle-même;

3° Ils peuvent se former promptement et donner lieu à la mort plus ou moins subite; ou bien se former lentement, conserver un petit volume et simuler certains produits pathologiques, notamment les végétations vénériennes;

4° Ces caillots peuvent contenir du pus, soit que celui-ci provienne de la fonte purulente des caillots eux-mêmes, soit qu'il provienne d'une résorption purulente;

5° Les caillots aigus, volumineux entraînent nécessairement une mort prompte; les caillots chroniques et d'un petit volume sont compatibles avec une certaine durée de l'existence.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'empoisonnement par les morilles (Helvella esculenta); observation recueillie par M. le docteur KEBER, de Schubin.

Le 19 avril 1846, M. le docteur Keber fut appelé dans une famille, où il trouva le père, la mère et les quatre enfants adultes couchés et tourmentés incessamment par des vomituritions et des vomissements. Ces six individus avaient mangé, pour leur souper de la veille, un plat de morilles avec le meilleur appétit, et des vomissements s'étaient déjà manifestés dans le courant de la nuit.

Comme il s'était écoulé déjà vingt heures depuis la fin de ce repas jusqu'à l'arrivée du médecin, ce dernier prescrivit l'administration d'un émeto-cathartique (tartre stibié et sel de Glauber) dans le but de faire rejeter, par le vomissement et par les selles à la fois, les matières qui pouvaient être encore dans l'estomac et celles qui étaient déjà passées dans le tube intestinal. Il fit donner en même temps des lavements vinaigrés, placer des compresses d'eau froide sur la tête, et flairer des substances excitantes très volatiles. Les vomissements de matières vertes herbacées, au milieu desquelles il était facile de reconnaître des fragments de morilles, persistèrent encore pendant plus de vingt-quatre heures; chez la mère, ils durèrent même plus de quarante heures. Une jeune fille de dix-huit ans tomba dans un état de coma, duquel elle ne sortit qu'au bout de trois jours. — Un symptôme remarquable que présentèrent ces six malades, fut le développement d'une teinte ictérique de tout le corps aussitôt que les vomis-

sements cédèrent. Enfin, dans l'espace de huit jours, ces six individus se trouvèrent complétement rétablis.

M. Keber s'est assuré, par un examen attentif, qu'il n'y avait que des morilles parmi les aliments employés ; seulement, il remarqua que plusieurs d'entre elles présentaient une coloration très foncée, qu'elles devaient sans doute à l'état humide et pluvieux de la saison. En outre, ces champignons n'avaient pas été bien nettoyés avant leur cuisson.

M. le docteur Gerpe, de Labischin, a rapporté à M. Keber qu'à la même époque, trois personnes du village de Krotoschin, près de Barcin, ont succombé en présentant des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être décrits, après avoir mangé des morilles.

Sur le diagnostie et le traitement de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, par M. le docteur A. WATSON.

L'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse ne peut être bien reconnue qu'en recourant à l'emploi de verres grossissants. Néanmoins, par une simple exploration à l'œil nu, il est possible de constater que la cornée offre une apparence légèrement nébuleuse. Mais, lorsqu'on procède à cet examen à l'aide de verres d'un pouvoir amplifiant de quatre à cinq diamètres, on reconnaît qu'elle semble parsemée de petites macules arrondies et de teinte blanchâtre, taches qui, suivant M. Watson, sont formées par un dépôt de lymphe à la face interne de la cornée ou sur la membrane de l'humeur aqueuse. Par suite de l'épanchement de lymphe, et aussi par suite des adhérences qui en résultent entre la capsule et l'iris, la pupillo offre une certaine déformation.

En outre, on observe les signes caractéristiques d'une inflammation de l'œil, et chez certains sujets, spécialement chez les individus jeunes, ces accidents phlegmasiques affectent un grand degré d'acuité et s'étendent presque à toutes les parties constituantes du globe oculaire. Chez d'autres malades, au contraire, les symptômes propres de l'affection dont il s'agit sont bien circonscrits, et, dans ce dernier cas, il devient facile de diagnostiquer la maladie avec certitude en se servant de verres grossissants. Il est d'autant plus utile de bien établir le diagnostic que c'est surtout à son début que cette inflammation peut être aisément combattue par un traitement approprié.

Pendant la durée de la période d'acuité, c'est aux antiphlogistiques généraux et locaux, aux révulsifs sur les premières voies et sur la peau qu'il convient de recourir. Lorsque l'affection a revêtu le caractère chronique, il convient, suivant M. Watson, de donner les mercuriaux à petites doses; après quoi, on doit passer à l'emploi des toniques pour garantir des récidives qui sont fréquentes, surtout chez les individus strumeux.

Parmi les médicaments toniques, l'auteur donne la préférence à l'association de la rhubarbe et du quinquina.

Pour prévenir le rétrécissement et les déformations de la pupille, qui sont en quelque sorte un effet anatomique de la maladie, on doit employer les diverses préparations de belladone.

Sur l'emploi des bains de sublimé eorrosif dans le traitement de la syphilis; par M. le docteur FABRÉGE.

Le bichlorure hydrargyrique a été, il y a quelques années, fortement recommandé et préconisé à la dose de huit à soixante grammes, sous forme de bain, dans le traitement des affections syphilitiques : depuis lors, ce mode d'emploi paraît être tombé dans l'oubli.

Suivant M. Fabrége, ce mode d'administration ne mérite point d'être délaissé par les praticiens, car il leur offre l'avantage précieux de permettre au sublimé d'agir d'une manière très énergique sans exposer aux inconvénients de la salivation et de la fièvre mercurielle.

L'auteur s'appuie, pour cette proposition, sur un très grand nombre de faits observés et notés avec soin au dépôt de police de Montpellier : il dit même qu'il a souvent eu l'occasion de reconnaître une véritable action sthénique aux bains de sublimé, et deux cas qu'il cite entre autres à l'appui de cette assertion ne permettent pas de conserver le moindre doute sur la réalité de cette action.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 1er octobre, en rendant compte de la séance de l'Académie des sciences, vous reproduisez les réflexions de M. Velpeau à propos d'une communication faite à l'Académie par M. Chevallier, relativement à l'influence nuisible de vapeurs phosphorées sur les ouvriers voués à certaines professions (1). L'honorable académicien avance, nous ne savons sur quelle indication, que nous avons nié l'existence de la nécrose des os maxillaires chez les ouvriers occupés à la fabrication des allumettes chimiques, nous réclamons contre cette assertion inexacte. Cette induction ne peut être tirée de la communication de M. Chevallier, car elle a seulement rapport à l'influence nuisible des vapeurs phosphorées, et non à la carie ou nécrose des os maxillaires. Des médecins allemands, plusieurs de nos confrères de Strasbourg accusent, il est vrai, le phosphore de produire cette maladie chez les ouvriers employés à la fabrication des allumettes; mais, d'un autre côté, M. Dupasquier (de Lyon) l'attribue à l'arsenic. Il résulte des recherches que nous avons faites, ainsi que l'a annoncé M. Chevallier, que les ouvriers journellement exposés aux vapeurs phosphorées de ces diverses fabriques ne sont sujets à aucune maladie particulière, si ce n'est à une toux plus ou moins incommode. Nous nous occupons maintenant à constater la présence de l'arsenic dans la pâte inflammable qui sert à la fabrication des allumettes chimiques, et à déterminer la quantité de ce poison, son mode d'action, etc.

M. Velpeau prétend que les fabricants auprès desquels nous avons pris des renseignements sont intéressés à cacher les accidents qui surviennent à leurs ouvriers, et qu'ils ne sont nullement compétents dans la question. Nous ne voyons pas dans quel but des chefs d'établissement, continuellement surveillés par l'autorité, et qui d'ailleurs ne manquent pas d'ouvriers, s'efforceraient de dissimuler l'existence d'une maladie qui pourrait les atteindre eux-mêmes, au lieu de chercher les moyens de la prévenir.

En second lieu, si l'on ne devait avoir aucune confiance dans les témoignages des fabricants relativement à la santé de leurs ouvriers, il faudrait révoquer en doute bien des opinions émises dans les ouvrages des hommes les plus versés dans l'hygiène des manufactures, tels que Parent-Duchâtelet, M. Villermé, etc., qui ont si souvent fait usage des renseignements pris auprès des fabricants, chefs d'ateliers, manufacturiers, etc.

Encore deux mots, Monsieur le Rédacteur, pour justifier cette réclamation, dans laquelle nous avons le regret de nous trouver en opposition avec un savant chirurgien pour lequel nous avons la plus haute estime. Telle est l'activité de notre littérature médicale, qu'on a déjà beaucoup écrit, en Allemagne et en France, sur la nécrose des os maxillaires observée récemment chez quelques ouvriers occupés à la fabrication des allumettes chimiques, et cependant les questions principales de ce point d'hygiène et de pathologie ne nous paraissent pas encore bien éclaircies. On ne sait pas encore, en effet, à quelle cause il faut précisément attribuer la nécrose des os maxillaires; de plus, il est certain qu'on a rapporté à la profession plusieurs cas de cette maladie qui avaient une autre origine. L'objet du travail que nous avons annoncé est de faire connaître l'agent nuisible qui se trouve faire partie de la pâte inflammable destinée à la fabrication des allumettes, de préciser les cas de nécrose certainement dus à la profession; enfin de donner par cette connaissance les moyens de remédier au mal, ou mieux encore de le prévenir.

Agréez, etc. BRICHETEAU.

Paris, le 7 septembre 1846.

(1) Cette communication était faite au nom de MM. Chevallier, Bricheteau et Boys-de-Loury, qui s'occupent d'un travail sur les maladies de diverses professions.

NOUVELLES.

L'administration des hôpitaux vient de prendre une décision en vertu de laquelle, sur la demande de M. le préfet de la Seine, une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu annexe (rue de Charenton), va être immédiatement convertie en hospice, à l'instar de celui de La Rochefoucauld, destiné à recevoir des vieillards payant pension.

Pour suppléer à la diminution des lits de l'Hôtel-Dieu annexe, résultat de cette mesure, l'administration a loué les bâtiments occupés pendant ces dernières années par l'hôpital militaire de Charonne, lesquels seront, sous peu de jours, mis en état de recevoir des malades. L'intention de l'administration est de convertir peu à peu en hospice de vieillards la totalité de l'Hôtel-Dieu annexe, aussitôt que pourra être habité l'hôpital Louis-Philippe, que l'on construit en ce moment.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre un arrêté portant qu'à partir du 1er novembre 1846, les élèves en médecine qui prendront une première inscription passeront un examen à la fin de la première, de la deuxième et de la troisième année d'études.

— L'état, représenté par MM. Chevreul, Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire et Duméril, membre de l'Académie des sciences, vient d'acquérir pour l'agrandissement du Jardin-des-Plantes, des terrains d'une contenance superficielle de 25,978 mètres, et du prix de 901,296 fr. Ces propriétés ont appartenu tant à la maison d'Harcourt et à Buffon qu'à l'abbaye de Saint-Victor.

— Le commissaire du quartier Montorgueil, assisté d'un de MM. les professeurs de l'Ecole de pharmacie de Paris, a procédé lundi, dans différents magasins des rues Saint-Martin et Montmartre, à une perquisition ayant pour objet de rechercher si des sangsues gorgées de sang. pour augmenter leur poids, n'étaient pas livrées au commerce et au public. Quarante-huit mille sangsues ainsi gorgées, et ne pouvant, par conséquent, rendre utilement le service que le médecin attend de leur application, ont été saisies. On ne peut qu'applaudir à cette mesure, toute dans l'intérêt du public, et dont l'urgence était d'autant plus grande, que la plupart du temps les sangsues sont gorgées avec du sang de chevaux morts de maladies.

— M. le docteur Dupuch-Lapointe, ancien secrétaire général de la Société de médecine de Bordeaux, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de la même ville, vient de succomber après une longue et douloureuse maladie.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 120. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des fièvres intermittentes et de leur traitement.

(Suite du numéro du 1er septembre.)

Nous avons dit que le quinquina et ses préparations formaient la base du traitement des fièvres intermittentes, et que sous son influence un changement très notable survenant presque immédiatement dans la marche et l'aspect de la maladie, cette circonstance était utile à noter pour établir la distinction entre les fièvres intermittentes essentielles et les symptomatiques.

Le quinquina s'emploie sous des formes très diverses. Avant la découverte du sulfate de quinine, on administrait l'écorce elle-même réduite en poudre, ou l'extrait aqueux chez les malades riches, ou enfin la macération vineuse. La poudre était considérée comme la préparation la plus active, et nous pensons qu'en effet de toutes celles que nous venons d'indiquer c'était la plus efficace, l'écorce n'ayant perdu, par suite d'opérations chimiques ou pharmaceutiques, aucun de ses principes soit amers, soit fébrifuges. Ce qu'il y avait de fort désagréable dans l'administration de cette poudre, c'est qu'il fallait avaler une grande quantité de poudre de bois, d'une digestion fort difficile et répugnante à prendre.

Pour remédier à ces inconvénients, on avait préparé de l'extrait de quinquina, beaucoup moins désagréable à prendre, en raison de sa moins grande quantité, facile à réduire en masses pilulaires, mais aussi d'un prix beaucoup plus élevé. L'extrait de quinquina n'est pas, proportionnellement, doué de propriétés fébrifuges aussi énergiques que la poudre, parce qu'il est des principes que l'eau ne dissout pas, et qui restent dans l'écorce au lieu d'être contenus dans la préparation.

On fit macérer, avons-nous dit, l'écorce de quinquina dans le vin; c'est cette préparation qui forme la base du vin de Séguin, assez utile et produisant de bons effets, mais non susceptible d'être supportée par tous les estomacs. La décoction aqueuse a été longtemps employée aussi comme moyen de combattre les fièvres intermittentes, et Torti rapporte un assez grand nombre de faits dans lesquels on compara les propriétés de la poudre d'une part et de la décoction; il observa que la décoction était toujours moins efficace et suivie de résultats moins rapides que la poudre. Il est si évident qu'après la décoction il reste encore dans la poudre la plus grande partie des principes fébrifuges de l'écorce, que Torti faisait garder pour les pauvres la poudre qui avait été soumise à l'ébullition, et qu'il lui arriva souvent de voir les malades auxquels il faisait prendre la décoction ne pas guérir, tandis que ceux auxquels il donnait la poudre qui avait servi à la faire guérissaient très rapidement.

Depuis que MM. Pelletier et Caventou ont découvert le moyen d'extraire du quinquina la partie active sous forme d'alcaloïde, et de préparer un sel, le sulfate de quinine, qui sous un très petit volume produit des effets très marqués et très rapides, on a complétement renoncé à toutes ces préparations dont nous venons de parler. Maintenant, dans l'espace de sept à huit jours au plus, on parvient, à l'aide du sulfate de quinine, à couper la fièvre intermittente la plus rebelle, en même temps que l'on évite de fatiguer l'estomac par l'injection de ces substances. Ce n'est plus qu'au sulfate de quinine que l'on a recours. Les doses auxquelles on le fait prendre sont en général assez faibles, surtout pour commencer; ainsi l'on débute par 30, 40 centigrammes, quantité qui suffit habituellement pour couper immédiatement les fièvres intermittentes ordinaires. Quelques praticiens, parmi lesquels nous citerons en première ligne M. Magendie, ont pensé qu'il y avait encore trop de cette faible dose, et ont conseillé de n'en administrer que 10 centigrammes à la fois. Par un raisonnement diamétralement opposé, d'autres auteurs ont poussé la quantité du médicament à un degré beaucoup plus élevé, et en ont prescrit tout d'abord jusqu'à 3 ou 4 grammes dans les vingt-quatre heures.

Voici, pour ce qui nous regarde, le résultat de notre expérience. Lorsque nous fîmes, il y a longtemps déjà, les premiers essais du nouveau médicament à l'hôpital de la Charité avec le sulfate de quinine que nous avait donné M. Pelletier, nous commençâmes par 10, 15, 20 centigrammes seulement. Or voici ce qui arriva. La maladie était réellement modifiée dès les premières prises du médicament; mais elle ne cessait pas complétement et tout de suite; elle persistait en s'affaiblissant pendant plusieurs jours, et il fallait en poursuivre l'emploi pendant assez longtemps.

L'expérience des faits nombreux nous a convaincu maintenant que la dose la plus convenable est de 30 à 40 centigrammes à la fois pour les sujets qui ont la fièvre intermittente pour la première fois, et qui ne sont pris qu'à un degré médiocre. D'après les idées de M. Magendie, nous avons dû commencer à expérimenter de très petites doses; mais nous nous sommes bientôt convaincu que, donné de cette façon, le sulfate de quine n'a qu'une action lente, et que la fièvre persiste pendant cinq ou six accès encore après l'administration de la première dose. La lenteur de cette action est une chose nuisible; et de plus, lorsque l'on procède ainsi, rien ne prouve que ce soit vraiment le médicament qui guérisse le malade. On est tout aussi bien en droit de supposer que c'est tout simplement le changement de lieu, de régime, le temps même qui amène la cessation de l'affection.

Lorsque la maladie est déjà ancienne, nous augmentons la dose du sel quinique, comme nous le dirons plus bas. Si après la première dose l'accès paraît encore, il est du moins beaucoup plus faible, ou se manifeste plus tard. Mais le plus souvent, quand la quantité du médicament a été assez forte, il manque complétement. Il nous est arrivé assez fréquemment de noter un fait singulier, à savoir, que les doses qui suffisaient autrefois ne suffisent plus aujourd'hui. C'est là une observation que nous n'avons pas été seul à faire, et qui a été déjà signalée par M. Bretonneau en Touraine.

De ceci, quelle est la conclusion qu'il faut tirer? Nous ne supposons pas que les fièvres intermittentes soient devenues plus graves, ni le sulfate de quinine moins actif; nous concluons seulement que les fabricants ou les détaillants le livrent au commerce moins pur que dans les premiers temps, et qu'on le falsifie avec plus d'art et plus souvent. Ce fait doit conduire à faire essayer devant soi ou à essayer soi-même le sulfate de quinine que l'on veut employer, lorsque l'on arrive dans une contrée que l'on ne connaît point, afin de s'assurer qu'il n'est pas mélangé de substances inertes.

Une dose plus élevée qu'il ne serait nécessaire n'est pas sans inconvénients sous plusieurs rapports. Au point de vue économique, il n'est pas indifférent de donner deux grammes d'une substance aussi chère, lorsqu'un demi-gramme suffirait. Mais ce serait là peu de chose. Il est des inconvénients bien plus graves qui pourraient en résulter : nous voulons parler des effets toniques, des accidents cérébraux, de la surdité, des tintements d'oreilles; dans ces derniers temps, et depuis que l'on a essayé de traiter le rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine, on a vu des exemples de ces accidents. On avait remarqué que de faibles doses ne produisaient aucun résultat : on a augmenté la quantité du sel de quinine, et on l'a augmentée à tel point qu'il est survenu des accidents, et même fort graves, de la surdité, des bourdonnemenas d'oreilles, des phénomènes du côté du système nerveux. Dans un cas malheureux même, la mort a été le résultat de la médication. Evidemment ces désordres des centres nerveux étaient produits par le sulfate de quinine, car le rhumatisme ne les détermine pas d'ordinaire.

Nous avons posé en règle générale que dans les cas ordinaires la dose habituelle est de 30 à 40 centigrammes. Il est bien entendu que ceci n'a rien d'absolu, et qu'il faut graduer la quantité du sulfale de quinine suivant les circonstances in

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les médecins touristes. — Retour. — M. Castel en Achille. — Le concours de peinture à l'Académie des beaux-arts. — Les wagons debout et découverts. — Humanité sur les chemins de fer. — Suspension d'armes entre deux spécialistes. — Blâme infligé par la Société médicale d'émulation. — Question du tarif des honoraires dans les arrondissements de Paris. — Boîte aux charlatans. — Boîte aux lettres.

Nos médecins touristes nous reviennent peu à peu; les banquettes académiques, que la villégiature et la peur de la peste surtout avaient rendues désertes, se repeuplent tous les jours; l'intérim des hôpitaux cesse partout, les chefs de service reviennent à leur poste, et leurs jeunes suppléants, qui avaient trouvé dans leur absence l'heureuse occasion de manifester leurs talents et leur zèle, quittent bien à regret ce tablier d'hôpital objet de tant d'envie. Quelques jours encore et le Paris médical sera au grand complet. Les bois, les champs, les frais ombrages et les eaux murmurantes ont du reste fait merveille sur nos confrères voyageurs; il y a plaisir à voir leurs joues roses et pleines. Comme leurs allures rajeunies et retrempées contrastent avec la triste mine de ceux que l'austère devoir ou la nécessité plus dure encore a retenus sur le triste pavé de Paris ! On en était frappé surtout en contemplant la fraîcheur et l'embonpoint des nouveaux revenus à côté de l'austère, pâle et maigre figure de M. Castel, par exemple. Cet honorable et par trop zélé académicien au lieu d'aller se réconforter sur les rives du Lot son pays natal, ou mieux encore en vidant quelques vieux flacons de son vin de Cahors si généreux et si propice à la vieillesse, a mieux aimé siéger sur sa banquette académique, que, tous les mardis, il occupe le premier et qu'il quitte le dernier. Le motif de cette assiduité sans exemple est l'opposition féroce, la guerre impitoyable que ce respectable vieillard a voulu faire et a faite au rapport de M. Prus. Jamais rien de semblable ne s'était vu et entendu à l'Académie de médecine. M. Gerdy, dans ses beaux jours, ne coule qu'un filet d'eau de rose ou de mélisse à côté de ces torrents d'acide concentré que ce bon M. Castel a tirés de ses outres courroucées. Donnez un casque à cette tête ardente, une lance à ces vaillantes mains, et de M. Castel vous allez faire le bouillant Achille du poète :

Impiger, iracundus, inexorabilis, acer.

Ce brave M. Prus, peu accoutumé à ces tempêtes, en a pris un véritable mal de mer dans les rudes secousses de tangage et de roulis des épithètes de M. Castel. Il y avait de quoi : au dire de cet excellent homme, M. Prus ne sait ni penser ni écrire; il n'est ni philosophe, ni littérateur, ni médecin; son style est incorrect, ses opinions hérétiques, et son volumineux rapport, et l'interminable discussion dont il est le prétexte, tout cela n'est qu'une impertinente mystification dont l'Académie est dupe et victime. J'adoucis encore beaucoup ce texte virulent qui, plusieurs fois, a jeté la plus vive émotion dans l'assemblée. M. Nacquart fulminait un véhément rappel à l'ordre, M. Mitouard s'enfuyait épouvanté, tandis que M. Mérat, d'indignation, bondissait sur sa banquette comme une balle de caoutchouc. Un seul membre, là-haut, sur l'estrade du bureau, riait spirituellement dans sa barbe; je vous laisse à deviner si c'était M. Pariset, qui, d'accord avec M. Castel sur le fond, aurait cependant employé des formes moins cassantes et plus académiques pour exprimer la même idée.

Le rapport de M. Prus ne méritait assurément ni ces colères ni ces outrages. C'est un triste et funeste antécédent qu'aurait établi M. Castel si sa parole injuste et irritée avait eu assez de poids sur l'assemblée pour faire tomber un blâme quelconque sur le travail consciencieux de l'honorable rapporteur de la peste. Quel encouragement donné au zèle et au travail que ces accusations injurieuses et passionnées ! quel académicien voudrait désormais se charger de quelque rapport important s'il lui fallait subir des attaques aussi acerbes ! Heureusement la compagnie fera, a fait déjà justice de ces irritations d'un académicien morose, qui abuse évidemment de la déférence due aux cheveux blancs. M. Prus, M. Mélier et quelques autres membres de la Commission ont eu le sage esprit de répondre avec modération, avec calme et dignité à ces étranges attaques; ils feront bien, dans le cas de récidive, de n'y plus répondre du tout.

— Les faits tirés de l'histoire ou de la pratique médicale ont été souvent favorables à la peinture. Le magnifique tableau de Rembrandt dont une belle copie par M. Cottreau vient d'être donnée à l'Académie de médecine, *Tulpius* faisant une première démonstration d'anatomie sur le cadavre à La Haye; la *Femme hydropique* de Gerard-Dow, la *Stratonice* de M. Ingres, l'*Hippocrate* de Girodet sont autant de peintures que l'opinion a très légitimement déclarées chefs-d'œuvres. Ainsi donc, nulle gloire ne manque à notre science, qui a même reçu la consécration des arts. L'Académie des beaux-arts voulait, cette année, perpétuer cette noble et honorable tradition en donnant à traiter, pour sujet du grand prix de peinture, un trait tiré de notre histoire, la *Maladie d'Alexandre*. Ce sujet était admirablement choisi, il existe peu de scènes plus belles que celle qui devait exciter le talent des jeunes élèves de l'école. Ecoutez Plutarque : « Ses médecins, persuadés que le mal était au-dessus de tous les remèdes, n'osaient lui administrer les secours nécessaires, de peur que, s'ils ne réussissaient pas, les Macédoniens ne les en rendissent responsables; mais Philippe d'Arcanie, son premier médecin, le voyant dans un danger extrême, et se confiant en l'amitié qu'Alexandre avait pour lui, se serait cru coupable de lâcheté s'il ne s'était pas exposé à quelque péril. en essayant pour sa guérison les derniers remèdes, au risque de tout pour lui-même; il lui proposa donc une médecine qu'il lui persuada de prendre avec confiance, en l'assurant qu'elle le guérirait bientôt, et le mettrait en état de continuer la guerre. Dans ce moment Alexandre reçut une lettre que Parménion lui écrivait du camp pour l'avertir de se tenir en garde contre Philippe, qui, séduit par les riches présents de Darius et par la promesse d'épouser sa fille, s'était engagé à faire périr Alexandre. Ce prince, après avoir lu cette lettre, ne la montra à aucun de ses amis, et la mit sous son chevet. Quand il en fut temps, Philippe, suivi de tous les autres médecins, entra dans la chambre du roi avec la médecine qu'il portait dans une coupe. Alexandre lui donna d'une main la lettre de Parménion et, prenant de l'autre la coupe, il avala la médecine tout d'un trait, sans laisser paraître le moindre soupçon. C'était un spectacle vraiment admirable, et pour ainsi dire un coup de théâtre, que de voir en même temps Philippe lire la lettre et Alexandre boire la médecine, tous deux ensuite se regarder, mais d'un air bien différent. Alexandre, avec un air riant et satisfait, témoignait à son médecin la confiance qu'il avait en lui; et Philippe, s'indignant contre cette calomnie, tantôt prenait les dieux à témoin de son innocence, et tendait les mains au ciel; tantôt il se jetait sur le lit d'Alexandre, le conjurait d'avoir bonne espérancee, et de s'abandonner à lui sans rien craindre. »

Certes, voilà quelqu chose d'admirable à peindre, et l'on pouvait s'attendre à un succès. Il n'en a pas été ainsi; l'Académie n'a pas cru possible d'adjuger un premier prix, elle n'en a décerné qu'un second. Comme le docte aréopage ne motive pas ses jugements, je ne puis trop dire si c'est à la composition, au dessin, à la couleur qu'il a adressé ce terrible et brutal reproche et, quoique j'aie vu l'exposition de ce concours, je me garderai bien de suppléer à son silence. Mes impressions, à moi, ne s'élèvent pas jusqu'à l'esthétique; elles ne sont relatives qu'à l'expression générale, dont ignorants ou savants peuvent être à peu près juges.

Or, ce qui m'a frappé dans ce concours, c'est l'expression générale de vulgarité donnée à la figure et à l'attitude du médecin Philippe. Un homme honoré de l'amitié et de l'estime d'Alexandre, ne pouvait pas avoir ce front plat et étroit du n° 2, cette figure bachique et enluminée du n° 4, cette chevelure frisée et pommadée d'un garçon coiffeur de la rue Vivienne de quelques autres. Philippe n'a pas dû ouvrir ses longs bras et sa grande bouche, comme M. Marty dans un mélodrame de la Gaîté; certainement il n'a pas dû non plus se cour-

dividuelles, l'âge et la force du sujet, la durée antérieure de la maladie, etc. Chez les vieillards, il faut donner des doses un peu plus fortes. L'ancienneté de la fièvre est une raison qui doit faire augmenter la proportion du sulfate de quinine. Les conditions de localités peuvent avoir une influence sur la dose du médicament. Si la fièvre intermittente a été contractée dans un pays où souvent les maladies tendent à revêtir le caractère pernicieux, il faut être plus hardi dans l'administration du remède que si elle a été prise dans des endroits où la forme en reste ordinairement bénigne. De même, si le sujet ne peut pas changer de lieu de résidence, et se trouve obligé de demeurer dans l'endroit où il est tombé malade, il est de toute évidence que le médicament devra être prescrit à dose un peu forte, les conditions atmosphériques tendant continuellement à combattre les effets de l'antipériodique, et à entretenir la fièvre. Dans cette lutte, la thérapeutique n'est la plus forte qu'à la condition d'agir avec une certaine hardiesse.

A quel moment doit-on donner le sulfate de quinine? Ceci n'est pas chose indifférente. A l'époque dont nous vous parlions tout à l'heure, pendant que nous faisions des expériments sur le sulfate de quinine, nous avons dû nous attacher à la solution de cette question, et rechercher quel était le moment le plus opportun pour son administration. Nous avons commencé par le faire prendre aux malades pendant l'apyrexie; c'est un fait connu de tous les auteurs, et sur lequel tout le monde est d'accord que ce moment est le plus favorable. Cependant il nous restait un peu de doute. Cette forme soluble, le sulfate de quinine, pouvait bien peut-être être prise à une autre époque que la poudre en solubilité facilitant évidemment l'absorption, tandis que la poudre avait besoin d'être soumise pendant un temps plus ou moins long au travail de la digestion. Dans d'autres cas, nous l'avons fait prendre deux heures, quatre heures, six heures avant l'accès; l'accès est venu comme à l'ordinaire; mais le suivant a manqué. Ainsi, chose curieuse, le sulfate de quinine qui n'avait pas prévenu un accès devant venir trois ou quatre heures après la prise, suffisait pour faire manquer l'accès qui arrivait vingt-cinq ou cinquante heuses après. De ces essais comparatifs, nous avons tiré cette conclusion que, pour le sulfate de quiuine comme pour les autres préparations, il est bon de le donner le plus loin possible de l'accès que l'on veut supprimer. Dans la fièvre quotidienne, douze ou quinze heures avant l'accès, ordinairement; dans la fièvre tierce, vingt-quatre heures avant. Si les accès étaient très rapprochés, il faudrait faire prendre le fébrifuge aussitôt un accès terminé; s'il n'agit pas sur le premier accès, à coup sûr le médicament agira sur le suivant. Ceci est pour ce qui a trait aux fièvres intermittentes ordinaires, nous oserions dire normales.

Lorsque la fièvre a le caractère pernicieux, il faut donner le sulfate de quinine dès que l'on arrive et sans attendre un seul instant; car l'affection est alors tellement grave que, si l'on attendait que l'accès qui doit être le plus prochain fût passé, on compromettrait gravement les jours du malade.

La dose du sulfate de quinine une fois déterminé, faut-il la donner en une seule prise ou en plusieurs fois? Nous croyons, d'après l'expérience des faits, que l'on se trouvera mieux de le donner en une seule fois; il nous semble qu'il agit plus vite et plus efficacement lorsque toute la quantité de la substance médicamenteuse arrive tout d'un coup dans le torrent circulatoire, que lorsqu'elle y passe par petites fractions. Enfin faut-il le donner pur et seul, ou faut-il l'associer à autre chose? Nous croyons qu'il faut le donner presque seul, sans aucun mélange de médicaments étrangers. Une fois le sel avalé, on fait prendre au malade un verre de limonade, qui favorise la dissolution et l'absorption du sel. Si le malade n'est pas dans un état assez grave pour que la diète soit absolument nécessaire, nous conseillons quelquefois de mêler le médicament aux aliments eux-mêmes; cette méthode a souvent l'avantage que les malades ne s'aperçoivent pas qu'on leur fait prendre une substance médicamenteuse. On le donne souvent en nature, dans du pain azyme. Rarement il est nécessaire de l'associer à d'autres préparations; lorsqu'il y a de la diarrhée, on se trouve souvent bien d'associer l'opium au médicament principal, afin que le sulfate de quinine ne soit pas trop rapidement expulsé par suite de cet état d'inflammation des intestins.

Les voies sont diverses par lesquelles on peut faire prendre le sulfate de quinine. Le plus ordinairement, c'est par la bouche qu'on l'administre; c'est la méthode la plus commode et la plus régulière. Si un état inflammatoire ou une susceptibilité particulière de l'estomac empêchent de le faire prendre par les voies supérieures, on peut le donner en lavement par le rectum; il faut alors l'associer à un peu d'opium, afin de faciliter son absorption et d'éviter l'irritation intestinale. On est encore obligé de recourir à ce mode d'administration lorsqu'il y a des vomissements, et que l'on craint qu'il ne soit pas conservé. Lorsque ni l'une ni l'autre de ces deux voies n'était praticable, on l'a quelquefois employé en frictions, mêlé avec un corps gras, dans le creux axillaire, par exemple. Nous avouons ne pas avoir une grande confiance dans les frictions avec ces pommades chargées de sulfate de quinine; on ne sait point la dose du médicament qui est absorbée, l'incertitude la plus grande règne dans ces cas-là. De plus, il y a un fait qui contribue encore à inspirer des doutes plus sérieux sur l'absorption du médicament par cette voie cutanée; toutes les fois qu'un sujet a pris une certaine quantité de sulfate de quinine par la bouche, au bout de quelques heures le passage du sel dans l'urine est constant, et facile à constater au moyen de quelques réactifs. Lorsque c'est par la peau que l'on a voulu le faire pénétrer, les urines ne présentent que très rarement, et encore à un très faible degré, cette présence du sel de quinine; preuve bien évidente, suivant nous, que l'absorption ou ne se fait pas, ou ne se fait que d'une manière fort incomplète. Quelques centigrammes ingérés par la bouche sont appréciables dans les urines, tandis que plusieurs grammes en pommade sont souvent incapables de déterminer le moindre effet.

Il est encore un moyen de faire absorber le sulfate de quinine; c'est la méthode endermique, qui consiste, comme le savez tous, à dénuder le derme au moyen d'un vésicatoire, et lorsque la surface absorbante est ainsi mise à découvert, à la saupoudrer de sulfate de quinine. Nous n'aimons guère cette méthode, que nous ne croyons susceptible d'être mise en usage que lorsque l'on veut obtenir une action très rapide. Dans ces cas, on enlève l'épiderme avec le vésicatoire ammoniacal; mais, nous le répétons, on ne doit employer ce moyen que lorsque l'on est appelé dans des cas graves, à un moment tellement rapproché de l'accès que l'absorption ne pourrait avoir lieu assez vite pour prévenir le retour de l'affection, ou que l'on ne peut par une raison quelconque recourir à un autre procédé. Le sulfate de quinine, appliqué ainsi sur des surfaces dénudées d'épiderme, détermine quelquefois la production de petites eschares gangréneuses assez difficiles à guérir.

Lorsque l'on a triomphé de la fièvre, tout n'est pas fini; il faut continuer pendant quelques jours encore l'emploi du sulfate de quinine; si on le cesse trop tôt et immédiatement après la suppression d'un accès, on risquerait, disons mieux, on serait sûr de voir en fort peu de temps reparaître l'affection, la constitution n'ayant pas été assez profondément modifiée. Certaines circonstances étrangères à la maladie peuvent encore en favoriser le retour, et faire reparaître l'état fébrile après une interruption momentanée; l'emploi intempestif d'un purgatif, par exemple, un écart de régime, l'exposition au froid, etc. C'est assez dire que les malades, pendant tout le temps que dure leur traitement, et pendant plusieurs jours encore après la guérison complète, du moins apparente, de la fièvre intermittente, doivent observer le régime le plus sévère; ne prendre que des aliments peu abondants, de facile digestion; se garantir des vicissitudes de l'atmosphère; ne point s'exposer au froid, à la pluie ou à l'humidité; éviter les perturbations morales, les émotions vives, etc. De plus, il faut continuer pendant un certain temps l'emploi du sulfate de quinine; l'espace pendant lequel il faut l'administrer encore est excessivement différent. Mille circonstances peuvent le faire varier. En général, on continuera le sulfate de quinine d'autant plus longtemps que le type de la fièvre est à accès plus distants, plus éloignés les uns des autres. Ainsi donc, la considération du type de la fièvre devra être le sujet d'un examen attentif, et ne pas être négligé comme élément de conduite dans la continuation du traitement par les antipériodiques. Il est évident qu'il vaudra mieux le continuer un peu trop longtemps que de ne pas le continuer assez; mais ici se rencontre encore un point sur lequel tout le monde n'est pas d'accord.

Les uns administrent des doses décroissantes de sulfate de quinine, une fois que la maladie est arrêtée et qu'un accès a manqué; cette méthode nous a paru défectueuse, et voici le raisonnement que nous faisons: Comment dix centigrammes peuvent-ils empêcher le retour d'une fièvre intermittente, s'il en a fallu quarante pour la faire cesser? Cette argumentation, ce nous semble, est sans réplique. Pour notre part, nous l'administrons toujours à la même dose; nous le donnons seulement à des intervalles de plus en plus éloignés. Quelquefois, il y a des indications préalables à remplir avant de commencer l'administration du quinquina. Lorsque la langue est saburrale, blanche, pâteuse, qu'il y a des signes d'un embarras gastrique, il faut purger le malade avant de commencer le traitement par le sulfate de quinine. Il est bien entendu que ce précepte n'est applicable qu'aux fièvres intermittentes bénignes, et que, dans les fièvres pernicieuses, on n'aurait pas le temps, sans compromettre la vie du malade, de faire prendre des purgatifs ou d'autres médicaments que le sulfate de quinine.

On a fait des recherches nombreuses dans le but de découvrir des substances qui pussent remplacer les préparations de quinquina, et cela principalement à une époque où ce sel était devenu très cher, pendant le blocus continental, par exemple. On a donc essayé des préparations ferrugineuses, les composés d'arsenic; ces expériments, faits par les Anglais d'abord, n'ont pas eu chez nous les mêmes résultats. On n'a obtenu en France, par ces moyens, qu'un très petit nombre de guérisons; les amers ont été mis en usage, la poudre de houx, la salicine, le marronnier d'Inde, etc., sans avoir plus de succès.

Dans les cas où le quinquina échoue, il faut employer une médication perturbatrice; on a conseillé, pour déranger la fièvre intermittente dans sa marche, de plonger les malades dans un bain de vapeur au moment du frisson. Les émotions morales vives n'ont pas été sans quelque influence; il y a des pays où l'on a coutume, pour guérir la fièvre intermittente, de faire avaler au malade des choses répugnantes, des araignées, par exemple, des mouchures de chandelle, etc. On a vu des individus parfaitement guéris par une impression mo-

---

ber si humblement, comme Tartufe sous l'indignation d'Orgon. Quant au diagnostic de la maladie d'Alexandre, vingt Philippe assurément y eussent perdu leur grec. L'un en a fait un anémique complétement exsangue, l'autre un pléthorique qui crève dans sa peau. Qui est-ce qui a dit que le choléra indien était une maladie nouvelle? En voilà un échantillon superbe dans la période cyanotique. Et l'ictère, et l'œdème, et le marasme, tout ce que vous voudrez, le voilà sur ces toiles, maladies multiples et diverses auxquelles Philippe ne peut porter cependant qu'un seul remède. Mais celui à qui j'en veux le plus c'est au n° 1, qui assurément doit avoir eu connaissance de l'apophthegme de Riolan: *Medici dente canina inter se mordicant*. Sur le second plan et dans l'ombre il a placé la figure d'un médecin jaloux de Philippe sans doute, car il paraît horriblement contrarié, le cher homme, que son confrère n'ait pas commis cette action si noire. Cela peut être vrai, professionnellement parlant; mais cette épigramme en peinture n'ajoute rien au mérite de cette composition.

Je ne voudrais pas assurer que l'Académie a bien fait de ne pas accorder de premier prix; mais j'avoue que ce jugement ne m'a pas beaucoup surpris.

— Parlez-moi des entrepreneurs de chemins de fer pour les soins attentifs et délicats envers les pauvres voyageurs, ou, si vous l'aimez mieux, envers les voyageurs pauvres. D'abord, ils ont imaginé les wagons *découverts*: sorte de boîte sans couvercle où les voyageurs, exposés sans protection aucune aux ardeurs du soleil, aux rigueurs du froid, aux inconvénients de la pluie et des orages, contractent toutes les maladies que peuvent causer les intempéries des saisons. Les choses en sont venues au point, que les associations médicales du Haut et du Bas Rhin, prenant une noble et généreuse initiative, ont appelé l'attention de l'autorité sur les maladies diverses que les médecins ont observées à la suite de ces voyages pernicieux et que le peuple a déjà qualifiées de *maladies des chemins de fer*. L'autorité s'en est enfin émue, et sur quelques lignes elle a fait supprimer les wagons découverts. Alors qu'ont-ils faits, ces honnêtes et très philanthropes directeurs? Ils ont couvert leurs wagons, c'est vrai; ils ont mis des semblants de rideaux aux ouvertures, c'est encore vrai: mais ces braves gens ont supprimé les banquettes (il faut faire des économies), et les voyageurs s'empilent maintenant dans des wagons debout. Comme c'est humain!

— On annonce, et je le redis avec plaisir, que la trop longue querelle entre deux célèbres spécialistes est éteinte. La Société médicale du premier arrondissement s'est interposée entre les deux dissidents, qui se sont engagés à déposer leurs armes. C'est fort bien, et il était temps. Certes ils avaient bien tort, ceux qui pensaient que c'était là une querelle simulée et qu'au fond de toute cette apparente et bruyante animosité régnait la plus cordiale entente. Je pourrais bien affirmer le contraire et en donner des preuves au bout; mais puisque fort heureusement le traité de paix est promis et signé, jetons le voile de l'oubli sur ce fâcheux et triste épisode de nos passions professionnelles et ne nous souvenons que des beaux et grands services rendus à notre art par deux hommes d'un mérite incontestable.

— A propos de spécialiste, la Société médicale d'émulation a eu à infliger un blâme à l'un de ses membres qui annonçait à la quatrième page des journaux politiques un dispensaire fondé par lui. Ce confrère n'a pas cru devoir rester dans une société qui venait de l'admonester, et il a donné sa démission. Je me borne à relater ce fait, qui ne me semble pas avoir besoin de commentaires.

— Voici encore un fait à l'occasion duquel, au moins pour le moment, je veux rester dans le rôle de narrateur: La question du tarif et des honoraires, en général, discutée et épuisée dans les sociétés médicales des 2e, 3e, 8e et 10e arrondissements de Paris, a été rejetée a une immense majorité par les Sociétés des 3e, 8e et 10e; la Société du 2e a admis le principe et toutes ses conséquences, Je ne crois pas que rien soit encore terminé dans les autres arrondissements. Ce que j'apprends de tous côtés me fait croire que la proposition sera rejetée à une grande majorité. On parle surtout d'un rapport très remarquable fait à la Société du 3e arrondissement par M. le docteur Bergeron. Pourquoi ce travail n'est-il pas publié? Nous lui offrons très volontiers l'appui de notre publicité.

— Ce qui suit, je pourrais le placer sous la rubrique: *Boîte aux charlatans*. Je m'occupe, en effet, d'une petite collection qui aura son prix quelque jour, dans laquelle je m'efforce de faire entrer tous les faits et actes de charlatanerie, de hâblerie, de piperie que je puis découvrir. J'invoque pour cela le concours de mes confrères des départements et de Paris. Avec leur aide, ma collection peut devenir nombreuse et précieuse. Qu'ils aient la bonté de s'en rapporter à moi pour le meilleur usage qu'on en pourra faire.

Voici ce qui m'est parvenu de plus nouveau.

C'est d'abord le petit écrit suivant, répandu avec profusion dans la noble et savante cité de Dijon:

CONSULTATIONS

SUR TOUTES LES MALADIES, D'APRÈS UN NOUVEAU SYSTÈME MÉDICAL,

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

Dont le siége est à Paris, rue Racine, n° 10.

> Beaucoup de maladies proviennent du sang!!!.. et ce n'est que par les urines qu'on peut juger comment et combien il est malade.

Voulant promptement faire apprécier l'efficacité de ce nouveau système, des médecins correspondants sont placés dans les villes les plus considérables de France; et, vu l'importance de DIJON et de ses environs, un membre de cette société, M. BOILLEY, médecin-physiologiste diplômé par toutes les Facultés de médecine de France, auteur de plusieurs ouvrages scientifiques, etc., etc., est fixé dans cette ville, rue St-Pierre, n° 17, maison DUTARTRE.

Attaquer la vraie cause des maladies, voilà la science par excellenc; on est aussi sûr de guérir qu'on est certain de faire cesser la fumée en éteignant le feu. Combien de personnes végètent et languissent accablées d'infirmités et meurent avant l'âge, victimes de l'ignorance, des erreur et des préjugés, attendu que les signes seuls de leurs maladies ont été combattus, et jamais la cause!

La mort avant l'âge de tant de médecins réputés savants, prouve assez que la *vraie cause* des maladies n'est pas assez *connue*.

Il a tous les instruments nouveaux et nouvellement confectionnés, tous les ouvrages en gomme élastique, les bandages anciens et nouveau genre.

La maladie vénérienne (*vrai Protée*) se complique facilement, de là les infirmités et ces maladies affreuses de la peau; l'expérience et la vraie science peuvent tout aplanir.

Les hydropisies, les hydrocèles et les loupes sont guéries par un procédé nouveau, aussi ingénieux qu'extraordinaire.

Il est expert pour les chancres, ulcères, gales, dartres et mauvais boutons, les plaies fistuleuses; la teigne est guérie sans calotte: un mois suffit pour les cas graves. Il peut effacer les envies ou taches de naissance, les *éphélides* ou taches de rousseur, la *couperose* ou boutons à la figure, ainsi que les cicatrices désagréables; il peut facilement empêcher la chute des cheveux; les crevasses ou gerçures des mamelons ou bouts de sein des nourrices sont guéries dans les 24 heures.

Comme oculiste, il opère la cataracte des deux manières, et traite avec succès toutes les maladies des yeux.

En outre, il pratique la *galvano-puncture*, le *galvano-perkinisme*, moyen nouveau de guérir pour la province, et si efficace pour la *surdité*, l'*amaurose* ou *goutte sereine*, les douleurs et maladies de *nerfs*, depuis la convulsion jusqu'à la paralysie; pour les *goîtres*, les *loupes*, *cancers* et *engorgements* de toute nature, et surtout pour terminer les *crises épileptiques* ou *mal caduc*, maladie guérie (12 cas sur 20) garantie. Certains cas sont guéris dans 8 jours.

Consultations gratuites les dimanches.

On trouve chez lui le Régulateur de la santé, où il fait connaître la vraie cause des maladies et les moyens faciles d'éviter cette même cause. Cet ouvrage, à sa cinquième édition, est appelé à changer la face de la médecine dans l'univers, et à tuer le charlatanisme. La première édition de cet ouvrage a été faite à Marseille lors du choléra de 1835, et a puissamment contribué à faire cesser cette maladie.

Chaque malade aura un exemplaire de cet important ouvrage, pour

rale vive, par un écart de régime ; enfin, un dernier moyen qui n'est pas sans compter quelques succès, c'est celui-ci, de soumettre les malades à une diète aqueuse sévère. Cette médication est un vrai supplice, et il ne faut pas se dissimuler qu'il faut beaucoup de courage pour s'y soumettre ; mais on ne l'emploie que dans les cas qui ont résisté à toutes les autres méthodes thérapeutiques, et quand une maladie a duré fort longtemps, les sujets se soumettent assez volontiers.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Ophthalmie purulente gonorrhéique des deux yeux. Antiphlogistiques et cautérisations avec le nitrate d'argent. Guérison.

Au n° 46 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Declinne (Pierre), âgé de vingt-trois ans, passementier.

Cet homme, à la suite de rapports sexuels contractés il y a trois ou quatre mois, a été atteint d'une urétrite pour laquelle il ne fit aucun traitement régulier. Cette affection était donc passée à l'état chronique. L'écoulement qui en résultait devenait verdâtre, plus irritant et plus abondant chaque fois qu'il se livrait à des excès de boissons ou d'autre espèce, ce qui parfois ne manquait pas d'arriver. Quelques phénomènes aigus apparaissaient alors, tels que rougeur de la muqueuse urétrale, douleurs, cuissons pendant l'émission des urines. Ces symptômes, du reste, au bout de quelques jours de régime, ne tardaient point à disparaître, à l'exception toutefois de l'écoulement blennorrhagique.

Le malade en était à ce point, lorsque, sans cause appréciable, l'œil droit fut atteint d'une légère inflammation caractérisée par une douleur peu vive et une rougeur peu intense de la conjonctive. Après avoir employé en vain divers collyres, le malade se décida à suivre les imprudents conseils que lui donna un de ses amis. Celui-ci, dans un cas analogue, s'était lavé les yeux avec son urine, et s'en était, disait-il, fort bien trouvé.

Le nommé Declinne voulut expérimenter ce remède. Bien que l'œil gauche fût resté sain jusqu'alors, il se lava trois fois les deux yeux avec son urine. Mais cruelle fut sa déception, lorsque le lendemain, 3 juillet 1846, une inflammation des plus intenses s'était emparée des deux yeux ; et le 5 juillet, ce malade entra à l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant :

Des deux côtés, les paupières sont lisses, tendues, violacées; leur tuméfaction est telle, qu'il est difficile de les écarter et de constater l'état exact de la cornée ; aussi le malade les tient-il constamment fermées. En les écartant avec précaution, la muqueuse oculo-palpébrale apparaît d'un rouge écarlate très intense, et est tellement boursouflée qu'elle forme comme une masse fongueuse au devant du globe oculaire. Il existe, en un mot, un chimosis des plus prononcés, qui fait craindre la mortification peut-être inévitable de la cornée et toutes ses suites. Par la fente palpébrale s'écoule une matière purulente, épaisse, abondante, jaune-verdâtre et mêlée de quelques stries de sang. Enfin, une douleur assez vive, pulsatile, se fait ressentir dans les deux yeux, qui présentent également une photophobie intense. Il y a en outre fièvre, insomnie, céphalalgie, soif, pouls plein, dur et fréquent.

M. Jobert nous fit remarquer que, chez ce malade, le gonflement considérable de la conjonctive et des paupières, la sécrétion puriforme et abondante de la muqueuse oculo-palpébrale, la rapidité de l'invasion et de la marche de cette inflammation, sa coïncidence avec une urétrite, et surtout enfin son mode de développement, ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de cette ophthalmie. Aussi M. Jobert résolut-il d'employer un traitement des plus énergiques pour conserver la vue s'il en était temps encore.

Pendant les trois premiers jours, cinq saignées du bras et deux saignées du pied ; pédiluves sinapisés ; purgatifs ; cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent promené à la circonférence de la cornée et sur la face interne des paupières ; compresses d'eau de guimauve froide sur les yeux ; diète.

Le 9 juillet, sous l'influence de ces remèdes, il existait une amélioration notable ; ainsi, tous les symptômes de la réaction constitutionnelle étaient disparus, et le gonflement des paupières, beaucoup diminué, permettait alors de les écarter avec facilité et d'examiner l'état de la cornée.

Des deux côtés, et dans la moitié inférieure de la surface de la cornée, on aperçoit une tache opaque, mate, qui n'occupe qu'une faible partie du champ pupillaire. Cette dernière circonstance fait espérer que la vision sera conservée.

Les jours suivants, au lieu des taches dont nous venons de parler, on voit de petites eschares qui, des lamelles antérieures, se sont étendues jusqu'aux postérieures, et ont ainsi perforé cette membrane.

M. Jobert remplace les cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, par une solution du même sel, dont on instille quelques gouttes entre les paupières, et fait placer deux sétons aux régions temporales ; purgatifs et diète.

Quelques jours plus tard, les deux petites eschares s'étant exfoliées, on voyait des deux côtés, sur la cornée et dans la moitié inférieure de sa surface, deux pertes de substance à bords de forme irrégulière, taillés à pic comme avec un emporte-pièce, livrant passage à une petite portion de l'iris, que l'on cautérisait seulement jusqu'à la surface de la cornée, mais pas au delà.

A l'exception de cette légère procidence de l'iris, le malade se trouvait dans l'état suivant lorsqu'il quitta l'hôpital, le 18 18 août 1846 :

Des deux côtés, la pupille ne présente point de difformité ; la conjonctive et les paupières ne sont ni rouges, ni tuméfiées ; il existe encore un peu d'épiphora et de photophobie, mais pas de troubles visuels. Le malade enfin, distingue bien les objets, et porte des lunettes bleues pour ménager ses yeux contre l'action de l'air ou d'une lumière trop vive.

Quant à l'urétrite chronique dont il était atteint, cette maladie, malgré la guérison de l'ophthalmie, a persisté et a nécessité l'emploi de deux potions de Chopart.

Le 8 octobre, nous avons revu ce malade. Il n'existe plus de procidence de l'iris; mais à l'endroit où se trouvaient ces deux petites tumeurs qui ont été réprimées par le nitrate d'argent, on aperçoit deux taches opaques, mais qui, situées en dehors du champ pupillaire, n'empêchent point la vision de s'effectuer. Les cornées, dans le reste de leur étendue, ont repris peu à peu leur brillant et leur transparence.

Sans nous apesantir sur l'intérêt que présente ce fait sous le rapport thérapeutique, ne démontre-t-il, dans les ophthalmies les plus graves, l'efficacité de la méthode antiphlogistique unie à la cautérisation des surfaces malades, avec le crayon au nitrate d'argent.

Relativement à l'étiologie, c'est à-dire aux lotions d'un œil malade avec de l'urine, quelque bazarre que cela puisse paraître au premier abord, ce fait n'est point très rare dans la pratique. On rencontre dans les auteurs plusieurs cas de ce genre. On cite même une l'observation d'une personne qui, peu confiante sans doute dans la qualité de ses urines, recueillit celles d'un autre sujet pour se laver les yeux et se guérir d'une ophthalmie légère; mais l'urine dont elle se servit pour lotions avait traversé un urètre atteint de blennorrhagie, et ne tarda pas à déterminer, comme chez le nommé Décline, une ophthalmie purulente gonorrhéique des plus intenses.

On sait que certains praticiens ont refusé à la matière blennorrhagique résultant d'une urétrite chronique la propriété de transmettre la maladie par contagion ou inoculation, et n'ont pas craint, dans leur aveugle conviction, de s'instiller eux-mêmes entre les paupières ce produit de sécrétion. Chez ce malade, nous voyons cependant que la matière de l'écoulement, qui existait déjà depuis trois ou quatre mois, mêlée à l'urine et déposée sur la muqueuse palpébro-oculaire, a suffi pour déterminer rapidement une ophthalmie gonorrhéique intense.

Ce fait, peu favorable aux doctrines de la métastase ou des sympathies (puisque les deux yeux ont été pris à la fois avec une égale intensité, et que l'écoulement urétral n'a été aucunement modifié), s'explique très facilement par la contagion, par l'inoculation de la matière blennorrhagique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formules pour l'application thérapeutique du copahu et du cubèbe par la voie de l'injection; par M. CATTELL.

M. Cattell s'est occupé de rechercher une préparation qui permette d'administrer avantageusement l'oléo-résine de copahu et le poivre cubèbe par la voie de l'injection : il a été surtout dirigé vers ce but par le désir d'éviter aux malades l'irritation des organes digestifs et le développement des symptômes néphrétiques qui sont si souvent le résultat de l'introduction de ces deux médicaments dans l'estomac.

Voici les diverses formules auxquelles il s'est arrêté :

1° *Hydrolat de copahu ou de cubèbe.*

Huile de copahu ou de cubèbe,	60 grammes.
Eau commune,	5 litres et demi.

M. et distiller S. A. pour retirer trois à quatre litres de produit.

2° *Hydrolé extemporané de copahu ou de cubèbe.*

Huile de copahu ou de cubèbe,	60 grammes.
Carbonate de magnésie,	24

Mêler exactement, puis ajouter peu à peu en agitant avec soin :

Eau commune,	4 litres.

Filtrer.

On peut, à volonté, remplacer le carbonate de magnésie par de la pierre-ponce pulvérisée ou par du sable très fin.

3° *Soluté caustique saccharin de copahu ou de cubèbe.*

Huile de copahu ou de cubèbe,	4 grammes.
Potasse ou soude caustique,	40
Sucre blanc,	24

M. S. A., puis ajouter peu à peu :

Eau,	750 grammes.

Mêlez convenablement par agitation.

4° *Soluté saponiforme de copahu ou de cubèbe.*

Huile de copahu ou de cubèbe,	60 grammes.
Soluté caustique de potasse ou de soude,	60

M. S. A. dans un mortier en ajoutant autant d'eau qu'il sera nécessaire.

En suivant la même formule chimique, M. Cattell a obtenu une eau contenant le principe actif de l'essence de térébenthine, de l'ergot de seigle, de la créosote, et il s'en est servi avec avantage dans les cas de métrorrhagie et contre l'inertie de l'utérus pendant la durée du travail de l'accouchement : il affirme avoir surtout tiré un excellent parti de l'injection d'un soluté aqueux d'huile d'ergot de seigle.

Nouvelle acquisition thérapeutique; par M. RIGHINI (d'Olleggio).

Peu d'époques ont été plus fécondes que la nôtre en nouveaux médicaments; en effet, il n'est pas d'années où cinq ou six composés,

---

se guider dans le traitement de sa maladie et se maintenir en santé.

S'adresser à Dijon, au nouveau CABINET de CONSULTATIONS médicales, rue St-Pierre, n° 17, de 8 heures du matin jusqu'à 4 heures de l'après-midi.

Nota. On est prié de communiquer le présent avis.

—

Bons habitants de la province, ne vous indignez pas plus qu'il ne faut et ne supposez pas que vous ayez seuls le privilége de ces monstruosités. Paris en a sa belle part ; en voici un tout petit échantillon frais éclos.

Un guérisseur de Paris écrit ses ordonnances — et quelles ordonnances ! — sur de petits bouts de papier imprimés où se trouvent les énormités suivantes :

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

BÉDU,

Médecin de la Faculté de Paris, possesseur de plusieurs Diplômes, membre du Congrès Médical de France de 1845, ex-premier Chirurgien aux Hôpitaux civils du Quesnoy, Médecin et Sociétaire honoraire de la Société de messieurs les Fabricants et Ouvriers en limes de la Ville de Paris, Accoucheur.

Traitement des Enfants. — Spécialité de la Saignée.

18, RUE LENOIR.

Il y a consultation publique à 9 h. 1/2, et particulière à midi.

Tisane de pariétaire, et mettre par litre: 2 de nitrate de potasse et 2 grammes d'acétate de potasse, et sucrer avec le sirop des cinq racines.

Continuer 8 à 12 jours.

Le 8, BÉDU.

Mais voici qui est bien plus fort et que je crois sans exemple dans l'histoire de la charlatanerie.

Dans le mois de septembre dernier, une averse, une trombe de brochures du sieur Benech vint fondre sur Lusignan, petite et charmante ville du Poitou. Une main invisible les distribuait dans toutes les maisons, les fermes, les chaumières ; on en trouvait partout sans que personne pût dire d'où elles venaient et qui les y avait placées. Ce fut une bonne fortune pour le pays, et voici comme : Le raisin venait à maturité et les habitants de Lusignan admiraient la beauté de leurs grappes suspendues aux treilles. Mais, ô douleur! le fléau des jardins, la guêpe vorace s'abattait par milliers sur ce chasselas doré et détruisait cette belle récolte orgueil de Lusignan. Comment se garantir? Le papier en rase campagne et difficile était de mettre ces belles grappes en sac. C'est dans ce moment qu'arriva la brochure du sieur Benech. Précieuse brochure dont les habitants s'empressèrent de rompre le fil qui retenait les feuilles, de convertir les feuilles en enveloppes protectrices et de préserver ainsi leurs beaux raisins de la voracité des guêpes.

Mais, comme ailleurs, il y a des malades à Lusignan. Or, la brochure ayant manqué son effet et ayant acquis une destination tout autre que celle que son auteur lui assignait, il arriva ceci : Chaque malade aisé de la ville reçut la petite lettre suivante, dont je possède deux exemplaires authentiques et revêtus du timbre de la poste :

Sur l'adresse on lit ceci :

Monsieur Coutancin.
Lusignan.

ACCEPTEZ, JE VOUS EN SUPPLIE.

« Monsieur,

» Vous êtes atteint d'une maladie (votre crachement de sang) qui vous conduira bientôt aux portes du tombeau. Adressez-vous à *M. Louis-Victor Benech*, ancien élève des hôpitaux de Paris, rue Valois Palais-Royal, 7, près la cour des Fontaines, ci-devant rue du Bouloi, 10, et je vous promets une guérison prompte et radicale.

» Songez à votre femme, à vos enfants, croyez-moi et hâtez-vous.

» Faites-lui bien connaître votre situation et tout ce que vous ressentez. »

Suit un paraphe sans signature.

Voici où la chose devient grave et odieuse : le pauvre malade qui reçut cette lettre en fut tellement bouleversé et effrayé qu'une hémoptysie des plus abondantes se déclara sur-le-champ, et le mit en effet aux portes du tombeau.

C'est à un médecin très honorable du pays que je dois ces communications. Mes confrères comprendront que les faits de ce genre qui parviendraient à leur connaissance doivent être tous signalés. C'est ici qu'on peut dire avec vérité : Il y a quelque chose à faire.

Je voudrais bien savoir aussi ce que pense de ces faits la *Démocratie pacifique*, qui a publié un dithyrambe en l'honneur du sieur Benech.

JEAN RAIMOND.

Boîte aux Lettres

La lettre suivante ne fait pas changer mes convictions sur le danger et l'impossibilité d'établir un tarif d'honoraires. L'abus qu'elle signale tient aux hommes et non à l'institution ; elle est du ressort des mœurs et non des lois. C'est à nous à faire prévaloir dans l'esprit du juge des idées plus saines et plus justes sur la mission du médecin. Jamais vous ne ferez comprendre à l'homme illettré, au paysan, au petit commerçant qu'il doit exister un *échange* en numéraire suffisant pour des soins tout intellectuels ; il comprend le prix d'une vache ou d'un setier de blé, mais le diagnostic et la thérapeutique sont pour lui des abstractions qui ne parviennent pas à l'intellect. Agissez sur le juge, c'est bien ; mais sur le malade, croyez-moi, croyez-en le Congrès qui a médité sur cette question, ne cherchez pas à changer les rapports qui existent entre le médecin et lui.

Saint-Yvain, 5 octobre 1846.

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous avez dernièrement parlé d'un jugement en fixation d'honoraires, qui déboutait un médecin de ses justes prétentions. Voici un autre fait semblable; faites en ce que vous voudrez.

Nous devrions bien tous autant que nous sommes renoncer à recourir au jugement d'hommes qui de par la loi se croient la science infuse, et qui dans toutes les occasions semblent prendre à tâche de compromettre la dignité d'une profession assez difficile déjà partout, et dans les campagnes en particulier.

C'est dans l'espoir d'aider nos confrères à perdre l'envie de plaider, que je vous livre le fait suivant (pour mon compte, quoi qu'il arrive, la tentation ne m'en prendra plus: depuis dix ans que j'exerce, je viens pour la première fois d'en appeler à la justice; mais cette première fois sera la dernière).

Il y a un an, je fus appelé à plus d'une lieue de chez moi, au milieu de la nuit, pour visiter l'enfant d'un cultivateur aisé, qui venait, me dit-on, d'éprouver un grave accident. Quoique malade alors, je m'y rendis aussitôt, et reconnus une fracture du fémur; je la réduisis, appliquai l'appareil convenable, etc.. etc., et engageai les parents à veiller à ce que l'enfant, fort indocile, ne se remuât pas trop, ajoutant que s'ils lui laissaient déranger son appareil, il pourrait arriver qu'il *boitât*. Je partis, promettant de revenir le lendemain. Au moment où j'allais y retourner, un commissionnaire m'arriva pour me prévenir qu'il était inutile que je revinsse près du malade, *car je n'avais pas voulu promettre qu'il ne boiterait pas*, et on était allé chercher un autre médecin.

Je sus bientôt que ce prétendu médecin était un *rebouteur*, fameux dans toute la contrée, habitant dans les environs de Fontainebleau à douze ou quinze lieues, et qu'on lui avait conduit le petit blessé (permettez-moi de noter que ce rebouteur, qui cumule cette industrie avec son industrie première, celle de vigneron, est parfaitement connu de tous les parquets des environs, et qu'aucun n'a encore songé à le troubler dans l'exercice de ses honorables fonctions; il est vrai qu'il a eu le soin de s'adjoindre un officier de santé, un de ces misérables, honte de la profession qu'ils prétendent exercer).

Comme bien vous pensez, je ne m'occupai plus de l'enfant, ni de sa fracture; les parents vinrent plus tard pour savoir ce qu'ils me de-

soit chimiques, soit naturels, ne soient recommandés à l'attention des praticiens comme d'utiles agents à classer dans notre arsenal de thérapeuthique. Voici venir aujourd'hui M. Righini avec un nouveau sel découvert par lui, le sous-valérianate de bismuth, qu'il signale comme indiqué spécialement dans les gastrodynies, dans les gastralgies anciennes, dans certaines névralgies et dans les palpitations de cœur à l'état chronique. Il espère, dit-il, que la France saura mettre à profit cette nouvelle combiuaison pour les besoins de l'art de guérir.

Quoi qu'il en soit des recommandations de l'auteur à cet égard, on peut obtenir le sel dont il s'agit de la manière suivante:

Bismuth purifié par la méthode de Sérullas,	465	grammes;
Acide azotique officinal à 36°,	1250	id.;
Eau distillée,	625	id.

On opère le mélange de l'acide et de l'eau, puis on le fait chauffer dans une capsule de verre, et on y ajoute, par petites portions successives, le bismuth préalablement réduit en petits morceaux, jusqu'à ce que tout le métal soit dissous. On filtre alors la dissolution, et on instille dans la liqueur du valérianate de soude dissous dans l'hydrolat de valériane en quantité suffisante pour opérer une décomposition bien complète. On soumet ensuite le sous-valérianate formé à un lavage avec l'eau distillée à peine acidulée avec l'acide valérianique, pour le priver de tout l'azotate sodique qu'il a pu retenir; puis on le dépose à l'étuve, et, lorsqu'il est parfaitement sec, on le réduit en poudre fine pour l'usage.

Ce sel doit être conservé dans un flacon bien bouché et tenu constamment à l'abri du contact de la lumière.

Lotion contre le prurit de la vulve; par M. Meigs.

Le prurit de la vulve est sans doute le plus ordinairement une affection peu grave par elle-même; mais, en raison de sa ténacité, de sa résistance à l'action des médications employées pour la combattre, cette maladie devient pour les femmes une source d'inconvénients qui doivent lui mériter l'attention sérieuse des praticiens.

Dans les cas de ce genre, M. le docteur Meigs dit s'être toujours bien trouvé de l'emploi de la préparation suivante :

Sous-borate de soude,	16	grammes.
Sulfate de morphine,	30	centigr.
Hydrolat de roses,	250	grammes.

M. Et F. dissoudre S. A.

Pour un soluté avec lequel on lotionnera, trois fois par jour, les surfaces malades.

Avant chaque lotion, on doit laver soigneusement les parties malades avec une légère eau de savon tiède, puis on les essuie bien exactement, après quoi on applique le soluté ci-dessus au moyen d'une éponge ou d'un linge fin. M. Meigs, qui a toujours vu cette médication couronnée de succès, l'emploie spécialement chez les femmes enceintes.

INSTRUCTION PRATIQUE SUR L'HYDROTHÉRAPIE étudiée au point de vue de l'analyse clinique, de la théraqeutique générale, de la thérapeutique comparée. de ses indications et contre-indications — Sous ce titre, M. le docteur BALDOU vient de publier un ouvrage dans lequel il fait connaître les résultats d'une longue pratique dans l'application d'un mode de traitement qui prend de plus en plus faveur parmi nous. Nous donnerons prochainement une analyse plus détaillée de cet ouvrage, le premier qui nous fasse connaître les résultats de l'hydrothérapie en France.

AVIS A MESSIEURS LES MEDECINS.

Le sieur BÉCHARD, mécanicien-bandagiste (honoré de deux médailles en 1839 et 1844), pour donner plus d'extension à son commerce, vient de transporter son établissement, de la rue de Tournon, 15, à la *rue Richelieu*, 20, et ses ateliers, rue Montpensier, 13, même maison. — Ce changement de domicile et l'agrandissement de sa maison ont mis le sieur BÉCHARD plus que jamais, en position de satisfaire à toutes les demandes qui lui seraient faites concernant les instruments orthopédiques.

M. H.-A. Bicker Caarten, chirurgien et accoucheur de Rotterdam (Hollande), vient d'être nommé membre honoraire de la Société nationale de vaccine de France.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

vaient; faisant comme j'ai fait toujours, pensant que pour une fracture, comme pour toute autre opération, ce qui se paye surtout, c'est l'opération elle-même, les visites qui suivent n'étant qu'accessoires, je demandai 50 francs, croyant me montrer ainsi très modéré et voulant éviter par là de laisser à mes débiteurs toute possibilité de penser que je leur demandais beaucoup pour me venger de leur mauvais procédé.

Je me trompai pourtant, et je n'eus que des injures, auxquelles succédèrent une foule de mauvais propos colportés de village en village.

Après un an d'attente et pour mettre fin à ces propos, fort de mon droit, j'en appelai à M. le juge-de-paix. Je ne pouvais, comme vous le pensez bien, regarder cette affaire comme une affaire d'argent; plusieurs confrères que jjavais consultés m'envaient engagé à poursuivre, jugeant comme moi que c'était là une question de dignité.

A l'audience, je priai M. le juge-de-paix de nommer des experts. Il en eût eu besoin, s'il se fût agi d'une poignée de foin mangée dans un pré par le cheval du voisin: mais pour une affaire de médecine, c'était bien la peine !

Pour en finir, savez-vous ce qui fut décidé, *jugé en dernier ressort?* C'est que mon client fut condamné à me donner, ou pour dire plus vrai, je fus condamné à recevoir, comme rémunération *très suffisante* de la moitié d'une nuit passée à une lieue et demie de chez moi, de la réduction et pansement d'une fracture du fémur, *trente francs!*

Je les fais adresser à M. le juge-de-paix, avec prière de les distribuer aux pauvres.

Agréez, etc.

Constans, D.-M.-P.

ECOLES DE MÉDECINE. — *Arrêté du grand maître en conseil royal de l'Université, relatif aux examens de médecine.*

Nous, ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique, grand-maître de l'Université de France, faisons savoir ce qui suit :

Sur le rapport de M. le conseiller titulaire, doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 20 juin 1846; vu l'article 8 de la loi du 10 mars 1803 (19 ventose an XI); vu l'arrêté du 22 octobre 1825, le conseil royal de l'Université a délibéré, et nous arrêtons :

Art. 1er. A partir du 1er novembre 1846, les élèves en médecine qui prendront une première inscription passeront un examen à la fin de la première, de la deuxième et de la troisième année d'études.

Art. 2. Ces examens, dits examens de fin d'année, porteront sur les matières qui auront fait l'objet des cours des années correspondantes, c'est-à-dire le premier examen sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle; le deuxième, sur l'anatomie et la physiologie; le troisième, sur la pathologie interne et externe.

Art. 3. Quatre élèves seront interrogés à chaque examen. Le jury d'examen se composera de deux agrégés et d'un professeur président. Le résultat de l'examen devra être soumis à la sanction de la Faculté.

Art. 4. Les examens de fin d'année devront commencer du 15 juillet au 1er août. Les élèves refusés à ces examens seront ajournés au mois de novembre suivant, et ne recevront l'inscription de ce trimestre qu'autant qu'ils auront recommencé l'épreuve et l'auront soutenue d'une manière satisfaisante.

Art. 5. Tout élève, déjà refusé au mois d'août, qui le serait une seconde fois en novembre, devra être ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant tout le cours de cette année, à moins d'une autorisation spéciale délivrée par le grand-maître en conseil royal, et accordant un nouveau délai pour l'examen. Cet élève ne pourra prendre ses inscriptions, l'année suivante, qu'autant qu'il aura passé ses examens de fin d'année d'une manière satisfaisante.

Art. 6. Tout élève qui ne se sera pas présenté au mois d'août pour subir l'examen de fin d'année ne pourra être admis à subir cet examen au mois de novembre suivant qu'après justification d'empêchement légitime, dûment constaté par le doyen de la Faculté.

Tout élève qui ne se sera présenté ni au mois d'août ni au mois de novembre pour soutenir l'examen de fin d'année sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant tout le cours de cette année.

Art. 7. Les examens de réception ainsi que la thèse ne pourront être soutenus qu'après la seizième inscription révolue, suivant l'ordre prescrit par l'article 5 de la loi du 10 mars 1803 (19 ventose an XI). Pour ces épreuves, les jurys d'examen et les séries d'élèves resteront composés comme par le passé.

Art. 8. Les élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui auront soutenu, dans ces écoles, les deux examens de fin d'année, correspondant à la première et à la seconde année d'études, et qui y auront satisfait, seront dispensés de soutenir de nouveau ces examens devant les Facultés.

Les élèves qui auront soutenu, dans les écoles préparatoires, les examens de fin d'année correspondant à la troisième et à la quatrième année d'études, seront astreints à soutenir de nouveau ces examens devant les Facultés, lorsqu'ils se présenteront pour convertir les inscriptions d'école en inscriptions de Faculté.

Fait au chef-lieu de l'Université, le 7 septembre 1846.

Salvandy.

Le chancelier de l'Université, baron Thénard.
Le conseiller secrétaire général, Guigniaut.

Correspondance.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre premier numéro de ce mois il est dit : « La Commission de l'Académie de médecine pour le prix d'Argenteuil vient enfin de faire son rapport si impatiemment attendu. »

Or, la Commission, dont le rapport est terminé depuis six mois, ne pourra le soumettre à l'Académie qu'après la discussion sur la peste.

Les conclusions de tout le rapport académique pouvant être modifiées et même rejetées complétement, MM. les compétiteurs, mentionnés ou non dans l'annonce dont il s'agit, et aussi le public, ne sauraient donc y voir l'expression d'un fait accompli.

Dans l'intérêt de la vérité, je vous prie, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien insérer cette lettre dans votre prochain numéro.

Agréez, etc.,
8 octobre.

Villeneuve,
Président de la Commission.

AVIS. — MM. les médecins sont priés de vouloir bien faire connaître, avant le 20 octobre courant, les changements d'adresses, rectifications et corrections qu'ils auraient à faire insérer dans l'AGENDA des médecins et chirurgiens de Paris et des environs pour l'année 1847, et de transmettre ces renseignements aux adresses ci-dessous:

Labé, libraire, place de l'Ecole de Médecine, 4.
Ch. Roulhac, papetier, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

JEUDI 15 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 121. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU.— M. ROSTAN.

Hémorrhagie cérébrale. Quelques considérations pratiques sur cette affection.

Au n° 29 de la salle Saint Antoine, nous avons eu une femme âgée de soixante dix ans environ, qui a été apportée dans notre service dans un état de perte complète de connaissance. Nous allons rappeler en quelques mots les altérations symptomatiques et les troubles fonctionnels qu'elle a présentés pendant le peu de temps qu'elle a séjourné dans l'hôpital, phénomènes qui, rapprochés des lésions anatomiques observées à l'autopsie, vous offriront un tableau à peu près complet de l'histoire de la maladie dont nous voulons vous entretenir.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur l'état antérieur et sur les circonstances qui ont précédé son admission sont peu nombreux et assez incomplets. Cependant nous avons appris qu'au milieu de ses occupations, cette femme était tombée par terre comme frappée d'un coup de foudre, et qu'elle avait été subitement privée de mouvement et de sentiment dans une moitié du corps. Huit jours avant cet accident elle s'était plainte d'un peu de mal de tête. En vous mentionnant cette circonstance, nous avons besoin de vous faire remarquer que nous ne considérons pas ce phénomène comme un symptôme précurseur. La céphalalgie générale n'est pas un phénomène précurseur de l'hémorrhagie cérébrale. Elle peut se manifester dans toutes les affections aiguës; elle est même de beaucoup plus fréquente dans les autres maladies que dans celle dont nous parlons ici. Au contraire, les fourmillements dans la moitié du corps sont un phénomène précurseur des plus importants à noter, et annoncent toujours qu'il va se passer quelque chose de grave dans l'hémisphère du cerveau opposé aux membres dans lesquels l'individu les signale.

Le lendemain de son entrée dans notre service, nous l'avons fait interroger par un des élèves qui suivent la clinique. On a éprouvé d'abord une assez grande difficulté lorsque l'on a dû faire la première question, par laquelle nous avons coutume de faire commencer l'interrogatoire : Ou avez-vous mal? Il est bien entendu que la malade n'a pas répondu. Eh bien ! le silence lui même était une réponse fort significative.

Quelles sont les maladies qui donnent lieu à la perte de connaissance? Trois séries de maladies peuvent la déterminer. Les maladies du cœur, les secousses et les affections cérébrales, ou au moins la plupart d'entre elles. Pour faire l'analyse du fait actuel, nous avons dû éliminer tout d'abord les deux premières espèces d'affections. Dans les maladies du cœur qui donnent lieu à la perte de connaissance, il y a absence de pouls et de battements du cœur. Pour les syncopes, on les reconnaît facilement à la pâleur des malades, à la faiblesse de la respiration, à la petitesse du pouls. Dans l'asphyxie, il y a des phénomènes tout à fait contraires; la face est vultueuse, violacée; les yeux sont saillants; puis on peut facilement remonter à la cause de l'asphyxie, en tenant compte des conditions dans lesquelles se trouvent les sujets; ainsi on trouve l'individu pendu, ou un réchaud de charbon dans la chambre; ou bien on retire le sujet de l'eau. Il est très aisé de reconnaître qu'un homme est dans l'état de syncope ou d'asphyxie; l'absence de pulsations artérielles et de mouvements respiratoires est, nous le répétons, le signe auquel on peut établir le diagnostic.

Nous avons dit que toutes les maladies du cerveau peuvent donner lieu à la perte de connaissance. La persistance des battements du pouls vous fait reconnaître que vous n'avez affaire ni à l'une, ni à l'autre des deux espèces de maladies que nous venons de mentionner.

Le siége de l'altération pathologique est donc dans le cerveau. Mais, même ce point une fois établi, vous n'avez qu'une très petite partie des renseignements nécessaires. Nous allons en très peu de mots chercher à vous faire arriver à la connaissance complète de l'état morbide. Nous savons, disons-nous, que l'affection a son siége dans le cerveau. Si nous apprenons que le sujet a subitement perdu connaissance, il est évident, et nous devons arriver à cette conclusion, qu'il se portait bien auparavant. Un sujet frappé au milieu de ses occupations ou de ses plaisirs, n'a pas une maladie chronique. Nous faisons ici nos réserves pour les cas exceptionnels, sur lesquels nous aurons occasion de revenir. Nous avons vu à la Clinique de la Faculté, il y a quelques années, un jeune homme qui se trouvait dans un état pareil à celui de cette femme, qui avait éprouvé une perte subite de connaissance, et qui au bout de trois mois succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes un cancer du cerveau; et de plus, les traces d'un épanchement hémorrhagique du cerveau. Mais les cas de ce genre constituent des exceptions, sur lesquelles nous reviendrons.

Dans le cas actuel, la femme qui fait le sujet de la leçon d'aujourd'hui avait été frappée la veille ou l'avant-veille de son entrée dans nos salles. Nous avions donc affaire à une maladie aiguë, et par cela seul se trouvent éliminées toutes les affections chroniques qui pourraient donner lieu à la perte de connaissance. Les maladies aiguës sont : la contagion cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, la méningo-encéphalite, l'encéphalite locale. Le diagnostic différentiel ne doit plus être établi qu'entre ces quatre maladies. Dans les unes il y a des symptômes généraux; la congestion ou coup de sang frappe l'ensemble du cerveau et l'ensemble des fonctions de la vie de relation; il y a, momentanément du moins, et pendant un temps plus ou moins long, paralysie générale, résolution générale des membres. Ce qui la distingue essentiellement de l'hémorrhagie du cerveau, c'est qu'habituellement en quelques heures ces phénomènes disparaissent; tandis qu'une hémorrhagie assez étendue pour déterminer de pareils symptômes persiste en général et tue le malade plus ou moins rapidement.

La méningite, l'encéphalite diffuse se traduisent par un état fébrile, et il est impossible par conséquent aussi de les confondre avec l'un ou l'autre des deux états précédents. Que vous ayez des phénomènes généraux, et vous n'avez à vous occuper d'établir le diagnostic qu'entre la phlegmasie aiguë des membranes et celle de la substance même du cerveau. Maintenant le sujet a-t-il une paralysie et par l'existence des phénomènes généraux êtes-vous obligé de conclure à l'existence d'une maladie aiguë, il est clair que cette inflammation n'occupe qu'un point limité des hémisphères cérébraux; il y aura encéphalite partielle, ramollissement inflammatoire, ou travail de la même nature, conséquence d'une hémorrhagie.

Il n'est pas aussi facile de distinguer le ramollissement non inflammatoire de l'hémorrhagie cérébrale, lorsque le sujet vous est présenté offrant déjà les signes d'une paralysie et que l'absence de renseignements antérieurs ne vous permet pas de savoir s'il y a eu ou non des phénomènes précurseurs. Une expérience de plus de vingt ans, l'observation de faits nombreux nous mettent à même de pouvoir affirmer que dans la grande majorité des cas le ramollissement non inflammatoire du cerveau s'annonce par des phénomènes précurseurs. Ainsi, l'individu malade éprouve des douleurs de tête limitées à un point fixe, des fourmillements, des picotements, des crampes dans l'un des membres du côté opposé à celui de la douleur, ou dans les membres supérieur et inférieur à la fois. Si un malade, qui est soumis à votre observation, offre les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale et que vous parveniez à savoir d'une manière certaine qu'il a éprouvé des phénomènes précurseurs, presque toutes les probabilités se réunissent en faveur de l'existence d'un ramollissement. Si les phénomènes précurseurs ont manqué, l'hémorrhagie est plus probable.

Chez notre malade, d'après l'ensemble des phénomènes observés, d'après la nature des lésions notées à la visite, d'après l'absence des phénomènes précurseurs, nous dûmes conclure à une hémorrhagie cérébrale. Ainsi a été résolu ce problème qui, au premier abord, pourrait paraître insoluble : Un malade étant donné affecté de perte complète de connaissance, par conséquent ne pouvant répondre aux questions qu'on lui adresse, déterminer la nature, le siége et l'étendue de l'altération pathologique dont il est affecté. La nature de l'affection, ici, nous l'avons dit, c'était une hémorrhagie; son siége, nous l'avons établi également, c'était le côté droit du cerveau puisque le côté gauche du corps était paralysé; la paralysie croisée est la règle tellement générale que nous ne connaissons pas encore un seul fait authentique et incontestable d'hémiplégie correspondant à une altération cérébrale du même côté. Le volume, enfin, l'étendue de l'hémorrhagie, nous avons affirmé qu'elle devait être environ égale en grosseur à un œuf de poule et qu'elle ne pénétrait pas dans les ventricules.

L'événement a justifié notre prédiction; la malade a succombé, et, dans une de nos dernières conférences cliniques, nous vous avons présenté les pièces anatomiques qui confirmaient pleinement la justesse de nos prévisions. Voilà le cas particulier, voici maintenant les réflexions auxquelles il peut donner lieu :

Il faut considérer dans l'hémorrhagie cérébrale trois choses :

1° L'état des enveloppes;
2° Celui de la pulpe du cerveau;
3° Celui du caillot.

Puis nous passons à l'appréciation de l'étendue, à la détermination exacte et précise du siége; enfin, nous insisterons sur l'intensité de la maladie. Prenons un exemple et admettons une hémorrhagie moyenne sous tous ses rapports.

Nous supposons qu'un sujet ait succombé à une hémorrhagie cérébrale moyenne, soit de la grosseur d'un œuf de poule. L'aspect extérieur des téguments du malade présente ordinairement à considérer une coloration plus ou moins foncée, tirant sur le violet, du cuir chevelu et de la peau du visage. L'incision du cuir chevelu détaché du crâne fait sourdre de son épaisseur une assez grande quantité de sang noir liquide. Il peut même arriver, et la chose n'est pas très rare, que le tissu des os soit lui-même imprégné de sang et d'une teinte rose plus ou moins vive.

Une fois la calotte du crâne enlevée, on aperçoit souvent à travers la dure-mère des vaisseaux veineux énormément développés, distendus, et les sinus gorgés d'un sang noir soit liquide, soit en caillots. Les gros vaisseaux des scissures, dans le cas actuel, étaient très injectés.

Lorsque le foyer hémorrhagique a ce volume d'un œuf de poule, il arrive ordinairement que les circonvolutions sont effacées et que la surface cérébrale présente un plan uni. Lorsque l'on voit cet effacement des circonvolutions, on peut diagnostiquer l'hémorrhagie presque à coup sûr avant d'avoir plongé le scalpel dans la substance cérébrale. Lorsque, au contraire, il y a ramollissement, on aperçoit ordinairement une sérosité gélatiniforme. Les membranes sont sèches et l'on a de la peine à les détacher. Nous croyons que ces adhérences sont plutôt le fait de la compression que de l'inflammation. Quelquefois, en touchant avec les doigts la substance du cerveau, on éprouve comme une sensation de fluctuation; mais il faut pour cela que le foyer soit très étendu et superficiel. Lorsqu'il est profond, on n'arrive point au même résultat. Dans le cas actuel, nous avons pu constater l'existence de ces signes, et nous avons fait sentir à ceux qui nous entouraient cette fluctuation manifeste et pathognomonique. Lorsque l'on incise avec précaution la substance du cerveau, voici ce qui arrive : A une certaine distance du foyer, le cerveau conserve sa consistance et sa couleur normales; seulement, on fait sourdre de la substance cérébrale, en la comprimant légèrement, une certaine quantité de sang, absolument comme il arrive à la première période de l'inflammation.

A mesure que l'on approche du foyer hémorrhagique, la teinte du cerveau change, et la pulpe, au lieu d'être d'un blanc mat comme à l'état ordinaire, présente un aspect jaunâtre plus ou moins franc, quelquefois d'un jaune serin assez semblable à celui d'une partie qui a été le siége d'une ecchymose, et dont l'épanchement commence à se résorber. Cette analogie de couleur est d'autant plus facile à expliquer qu'il y a analogie de nature, et que cette teinte jaune est évidemment le résultat de l'épanchement sanguin. Plus on approche du foyer, plus la teinte de la substance cérébrale devient tranchée, se rapproche du rose-vif, puis du rouge, du violet foncé; il y a dans les parties qui avoisinent le foyer hémorrhagique une véritable imbibition sanguine. Nous avons été assez favorisé, dans l'autopsie de cette femme, pour vous faire apprécier toutes ces dégradations de couleur dans les parties qui environnent l'épanchement.

L'aspect, la consistance, la texture des parois du foyer varient suivant l'âge de l'hémorrhagie, c'est-à-dire suivant la durée du temps qui s'est écoulé entre le moment où l'hémorrhagie a eu lieu et la mort du sujet. Lorsqu'elle est récente, il y a des déchirures; des flocons de pulpe cérébrale sont entièrement détachés et sont mélangés au sang épanché. D'autres fois, des lambeaux de cette pulpe sont à demi-détachés et tiennent encore aux parois du foyer par une de leurs extrémités. Il y a une différence importante à signaler dans l'état de ces parois, relativement au pronostic de l'apoplexie et surtout de la paralysie qui lui succède. Lorsqu'il y a des flocons de l'espèce que nous venons de signaler, il est excessivement rare que la paralysie disparaisse complétement, et cela se comprend facilement. On ne peut remplacer des morceaux détachés de la substance cérébrale; on a beau faire, ils manqueront toujours, et les fonctions auxquelles présidaient les portions correspondantes du cerveau sont à jamais altérées. Si, au contraire, l'épanchement a lieu dans l'intervalle des fibres cérébrales, qu'il n'y ait qu'écartement et non destruction de ces fibres, la cicatrisation peut s'opérer, et les mouvements peuvent se rétablir. Il y a un rapport très intime, et fort intéressant à étudier, entre les lésions anatomiques et les symptômes fonctionnels.

Maintenant, voici ce qui arrive au bout de quelque temps. Les parois du foyer hémorrhagique se ramollissent; or, ce ramollissement a beaucoup occupé les auteurs. Les uns veulent qu'il précède l'hémorrhagie; d'autres, et, pour le dire en passant, nous nous rattachons à cette opinion, soutiennent qu'il lui est postérieur et qu'il n'en est que la conséquence. M. Rochoux, qui est du premier avis, a donné à ce ramollissement un nom particulier; il le nomme ramollissement *hémorrhagipare*. Mais si ce ramollissement avait précédé l'hémorrhagie et en avait été la cause, il y aurait eu des phénomènes précurseurs; or il n'y en a presque jamais. La

maladie serait donc latente; mais il ne peut y avoir de maladie de cette espèce à l'état latent; il est excessivement rare qu'un ramollissement existe à l'état latent : or les maladies de la nature de celle-ci sont très communes.

Peu à peu le ramollissement diminue, la consistance du cerveau augmente; il se forme une fausse membrane. Cette fausse membrane n'existe pas toujours, mais dans la plupart des cas. Rien n'est merveilleux comme le travail de la nature occupée à réparer les désordres causés dans l'organe par la maladie, à résorber l'épanchement sanguin. Eh bien! quoique ce mécanisme de réparation se soit opéré de tout temps, il n'en est pas moins vrai que la connaissance du mode dont elle s'opère est toute récente et ne date que de quelques années. Au bout d'un temps plus ou moins long, d'un mois, par exemple, en moyenne, les parois de la cavité hémorrhagique se consolident, deviennent plus résistantes; en même temps, leur coloration anormale disparaît pour faire place de nouveau à une teinte presque blanche. Voici les divers modes de guérison dont nous avons rencontré des exemples. Nous savons que quelques-uns de ces modes sont révoqués en doute par des auteurs modernes; mais la raison en est simple : cela tient à ce que ceux qui écrivent n'ont pas toujours vu tous les cas possibles, et ils prennent le parti le plus commode, celui de nier ce que les autres ont vu.

Il peut se former quelquefois une sorte de tissu cellulaire artificiel d'une paroi à l'autre du foyer. Cette réparation commence par un entrecroisement inextricable de petits filaments de tissu cellulaire; le caillot disparaît, et la place qu'il occupait est ordinairement remplie par de la sérosité. On a pris cela, dans quelques cas, pour des guérisons de ramollissements; c'est une erreur, et l'assertion de ces auteurs ne prouve qu'une chose : c'est qu'ils ignoraient cette terminaison de l'hémorrhagie cérébrale. Un autre mode de guérison est celui-ci : le foyer hémorrhagique se transforme en un véritable kyste qui contient une quantité plus ou moins abondante de sérosité. Enfin, une troisième espèce de terminaison est le rapprochement des parois du foyer tellement intime qu'il constitue une véritable cicatrice. On ne reconnaît l'altération que parce que le scalpel se trouve arrêté par un tissu plus dense et plus résistant que le reste de la substance cérébrale. Ce mode de terminaison a été nié par des professeurs; nous croyons qu'il est fâcheux de voir nier un résultat, lorsqu'il est aussi positif que celui-ci, par ce fait seul qu'on ne l'a pas rencontré.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Varicocèle. Cure radicale par l'enroulement des veines spermatiques. Observations et considérations générales par M. BOUTEILLER.

(Suite du numéro du 29 septembre.)

Mathias Warner, maçon, âgé de vingt-sept ans, entra le 27 novembre 1845 à l'hôpital du Midi (salle 10, lit 6), portant une exostose frontale. Il sortait de l'hôpital Necker, où sa maladie fut méconnue pour deux motifs. Le premier, c'est que cette exostose étant alors indolente, n'attira nullement l'attention; le deuxième, c'est que le malade, type des hypochondriaques, se plaignait de tout autre chose, avec théories et comparaisons plus folles les unes que les autres. Du reste, son observation a été publiée dans le numéro de ce Journal du 10 février. Elle nous parut, en effet, intéressante à cause de l'état moral qu'avait amené l'exostose frontale, et à cause des douleurs atroces qu'elle avait occasionnées avant d'apparaître au dehors, au point que nous nous sommes demandé si cette tumeur, au début surtout, ne s'était pas développée du dehors au dedans, et n'avait pas agi mécaniquement sur l'encéphale.

Ces détails une fois rappelés, on comprendra facilement que Mathias, porteur d'un varicocèle à gauche, ait tourmenté M. Vidal (de Cassis) jusqu'à ce que ce dernier consentît à l'opérer.

L'enroulement des veines spermatiques fut donc pratiqué le 20 avril 1846. Le 30, les fils furent enlevés, et un mois après l'opération la guérison était complète, et Mathias quitta l'hôpital.

Lors de l'opération, le malade portait des varices à la jambe gauche; aujourd'hui (30 septembre) nous constatons qu'elles sont très apparentes. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'orchite ni de maladies du testicule antérieures; mais la cause du varicocèle, chez cet homme, paraît être une constipation presque continuelle, qui elle-même est l'effet d'un commencement de rétrécissement du rectum. Cette circonstance est digne de remarque.

— Leboucher (François), âgé de vingt-deux ans, tourneur en bois, entra le 23 avril 1846 dans la salle 11, lit n° 2, dans le but de se faire opérer d'un varicocèle à gauche, parce qu'il voulait être remplaçant. Cette tumeur avait, un mois auparavant, attiré son attention à cause de la douleur qu'il y ressentit après avoir levé un fardeau très lourd, et il l'attribuait à cet effort en vertu de ce principe, admis par la plupart des malades : *Post hoc, ergo propter hoc.* Quant à nous, remarquons plutôt que son état le force à rester constamment debout, et qu'il l'exerce depuis l'enfance. Il n'a eu ni orchites, ni maladies vénériennes; il n'a jamais fait d'excès ni de coït, ni de masturbation; enfin, il ne porte de varices dans aucune autre partie du corps, et ne sache pas que dans sa famille on soit sujet à cette infirmité.

Leboucher fut opéré le 28 avril; dix jours après on retirait les fils métalliques, et cinq semaines après l'opération la plaie était totalement fermée. Ce malade sortit de l'hôpital le 6 juin. Nous l'avons examiné et interrogé chez lui, le 25 septembre, et nous avons constaté une particularité dans le mode de cicatrisation. On voit sur le scrotum deux lignes cicatricielles, transversales, parallèles et superposées: l'une, répondant pour la hauteur à environ un centimètre au-dessous de la racine de la verge; l'autre, trois ou quatre centimètres plus bas. On sait qu'ordinairement il n'y a qu'une ligne cicatricielle au-dessus de laquelle le scrotum est développé et saillant en forme de capuchon. Ici rien de semblable; on dirait que le point qui séparait l'ouverture d'entrée de l'ouverture de sortie des fils, n'a jamais été coupé, et qu'il a basculé, si l'on peut s'exprimer ainsi, de manière à superposer ces deux ouvertures.

Nous constatons aussi que le varicocèle n'a nullement récidivé, et que les deux testicules descendent à la même hauteur, à la hauteur normale.

— Bachelier, âgé de vingt-trois ans, garçon épicier, entra à l'hôpital du Midi, salle 11, lit 33, le 10 août, atteint d'un varicocèle à gauche et d'une urétrite légère.

Le 12 août, il fut opéré; le 20 on retira les fils. Le 23, il ressentit les premiers symptômes d'une affection des plus graves, étrangère et à l'opération, et à la chirurgie, dont nous publierons ultérieurement, à part, l'observation détaillée. La plaie se sécha, et le travail de cicatrisation s'arrêta. Heureusement aujourd'hui, à la fin de septembre, le malade est en pleine convalescence, et la plaie résultant de l'opération est complètement fermée.

Voici les antécédents de cet homme : Il n'a eu ni orchite, ni maladie du testicule; il ne porte de varices nulle part ailleurs; il ne connaît pas d'antécédents dans sa famille, et croit que ce varicocèle date de sa naissance. Jusqu'à seize ans, il a travaillé à la terre et depuis, son état lui permet d'être le plus souvent assis. Ce n'est pas non plus aux excès vénériens que l'on pourrait, dans ce cas, attribuer la dilatation variqueuse des veines du cordon.

— Enfin, le nommé Gaillard, charpentier, âgé de vingt-neuf ans, a occupé, à la salle 11, le lit 10, depuis le 1er juin jusqu'au 1er août. Pendant cet intervalle, il a subi l'opération du varicocèle à gauche par le même procédé que les onze autres malades, et est sorti complètement guéri. Malgré mes efforts je n'ai pu retrouver en ville ce malade, que je voulais interroger. Je le cite cependant, parce que le peu de renseignements connus sur lui ne sera pas inutile quand nous comparerons les malades eu égard à leur âge, leur profession, etc.

Après avoir rassemblé, comme nous venons de le faire, tous les cas de varicocèles opérés dans le service et par le procédé de M. Vidal (de Cassis), depuis le commencement de cette année, qu'il nous soit permis d'en faire le sujet de quelques réflexions pratiques.

De nombreuses circonstances anatomiques prédisposent au varicocèle; nous ne les passerons pas en revue, ce serait sortir de notre cadre; nous rappellerons seulement que quelques-unes d'entre elles n'existent qu'à gauche, et expliquent la plus grande fréquence de l'affection de ce côté. Aussi avons-nous noté que nos douze malades portaient le varicocèle à gauche. Un second point doit encore nous arrêter à ce sujet, c'est l'influence de la constipation, à laquelle Calliseu et J.-L. Petit ont attaché une grande importance, tandis que sur dix-sept cas recueillis par M. Landouzy, un seul malade était sujet à une constipation fréquente. Sur les douze de M. Vidal, trois seulement étaient dans ce cas (2e, 8e et 9e observations). L'un d'eux présentait de plus un rétrécissement commençant du rectum (9e observation). D'ailleurs, la position de l'S iliaque du colon suffit pour faire admettre comme cause du varicocèle à gauche la pression habituelle des matières fécales.

Il n'est pas toujours facile de remonter aux causes occasionnelles du varicocèle. En effet, les malades rendent mal compte des affections qu'ils ont pu avoir antérieurement; ils ne savent que fort rarement s'il existe des antécédents dans leur famille; et d'autre part, ils conviennent avec répugnance des excès qu'ils ont pu faire, soit dans les plaisirs vénériens, soit dans la masturbation. Cependant, dans un cas (1re observation), nous devons attribuer le mal à des excès vénériens. Restent donc huit malades au varicocèle desquels nous ne saurions attribuer de cause bien manifeste. La plupart, il est vrai, exercent des professions qui les forcent à être toujours debout : trois sont menuisiers, un est maçon, un tourneur en bois, un charpentier, un maréchal-ferrant, un journalier, quatre enfin travaillent assis (tailleur, épicier, commis en écritures, cordonnier). Le dernier fait le sujet de la 8e observation, et était atteint de constipation fréquente, de sorte que chez trois seulement nous n'avons aucun indice sur la cause.

Chez un seul malade il y a des varices dans une autre partie du corps, et c'est précisément chez ce maçon qui a un commencement de rétrécissement rectal avec constipation. Sur la jambe gauche, se voient des varices très développées (9e observation).

Quant au varicocèle à droite, il est toujours précédé d'un varicocèle à gauche; encore est-il rare. Nous en avons trouvé un tout à fait au début chez deux malades seulement (1re et 7e observations).

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 octobre 1846. — Présidence de M. ROCHE.

L'Académie reproduit la discussion sur la cinquième conclusion.

M. Hamont reprend les arguments qu'il a déjà présentés pour la combattre. La Commission a fait l'énumération des auteurs qui appuient son opinion, mais elle a négligé d'indiquer ceux qui lui sont contraires; il supplée à ce silence de la Commission, et il énumère les auteurs qui ont cru à une incubation de la peste plus longue que huit jours. Il trouve cette indication dans un auteur qui ne sera pas suspect à la Commission, dans M. Aubert-Roche.

M. Londe fait remarquer que tous ces auteurs dont vient de parler M. Hamont se sont bornés à de pures assertions qu'aucun fait ne justifie. C'est précisément pour vérifier l'exactitude de ces assertions que M. Aubert-Roche a fait ses recherches, dont la conclusion a été que, pendant 128 ans, aucun fait de peste ne s'est présenté dont la durée d'incubation ait dépassé huit jours.

M. Bégin parle dans le même sens, et fait voir que la Commission a eu moins en vue d'observer ce qui pouvait être que ce qui avait été; elle s'est bornée à rechercher dans tous les faits connus quelle avait été la durée de l'incubation de la peste, et de ce long et sévère examen elle a tiré la conclusion qui est en discussion.

M. Castel reproche à la Commission d'avoir dédaigné la science pour s'en rapporter uniquement aux faits historiques, aux chiffres. Il propose un amendement ainsi conçu :

« Physiologiquement, on ne saurait assigner à un miasme ou à un virus une période d'incubation absolue; néanmoins, l'incubation de la peste n'a presque jamais dépassé huit jours. »

M. Prus résume la discussion sur cette conclusion; il fait voir que sur seize faits qu'on lui opposait d'abord, on en a abandonné quinze pour se rattacher au fait unique du *Spiridion* dont il analyse toutes les circonstances, et qui lui paraît sans valeur.

M. Moreau reproduit son amendement ayant pour but de substituer à la rédaction de la Commission la rédaction suivante :

« Il n'existe pas de faits suffisamment authentiques qui prouvent que la durée de l'incubation de la peste ait dépassé huit jours. »

M. Prus accepte le sens de cette rédaction, et prie l'Académie de voter le principe de la conclusion, sauf rédaction définitive.

Le principe de la cinquième conclusion est adopté.

M. Castel insiste vivement pour que son amendement soit lu et mis aux voix; mais il n'est pas appuyé et l'on passe à la sixième conclusion.

Sixième conclusion — Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en combattant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

M. Moreau voudrait qu'on dît : Les causes *présumées* de la peste; la Commission n'est pas tellement sûre de son étiologie de la peste qu'elle puisse tenir un langage absolu.

M. Londe appuie cette modification.

M. Prus la combat. Le grand but que se propose l'Académie est la destruction de la peste; si on veut l'atteindre, si on veut que les gouvernements agissent, il ne faut pas leur laisser entrevoir plus de doutes que l'Académie n'en a elle-même. Or, c'est la conviction profonde de la Commission que les causes de la peste sont toutes locales; c'est aussi en agissant localement partout où elle se développe qu'il sera possible de l'éteindre. La modification proposée par M. Moreau affaiblit, atténue le sens de la conclusion; il serait imprudent et inhabile de l'adopter.

M. Moreau est comme Sydenham, il voit *aliquid latum, aliquid divinum* dans les épidémies; il ne croit pas à la seule influence des causes locales, et la modification qu'il propose lui semble satisfaire aux exigences de la science et de l'humanité.

M. Rochoux. La première partie du rapport, toute scientifique, a été discutée devant l'Académie; les conclusions qui la terminent ont été légitimement votées. Mais la deuxième partie, toute pratique, n'a pas été discutée, et cependant on vient proposer des conclusions dont on ne connaît pas les premières; c'est là un grand inconvénient, un grand danger. Il propose le rejet pur et simple des deux dernières conclusions. Il se fonde sur ce que la Commission demande la décentralisation de l'administration, sur ce qu'elle institue des dispositions réglementaires qu'elle n'a pas le droit de conseiller; enfin, sur ce que ces dispositions ne procureraient aucune économie soit à l'état, soit au commerce.

MM. Prus et *Bégin* ne croient pas que l'Académie puisse reculer devant la haute et belle mission qu'elle a reçue. D'une part, indiquer les moyens de détruire la peste là où elle se développe; d'autre part, conseiller des mesures qui puissent en garantir les populations, tel est le double rôle que doit remplir l'Académie. Elle laisserait son travail sans application possible si elle supprimait les deux dernières conclusions.

L'amendement de M. Moreau est mis aux voix et adopté.

Septième conclusion. — Les mesures suivantes, bien observées, seraient suffisantes pour prévenir l'importation de la peste en France.

Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée, par des médecins sanitaires institués à cet effet, les bâtiments venant des lieux suspects.

Leur délivrer :

Patente nette en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existerait pas ou n'existerait qu'à l'état sporadique;

Patente brute en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Avec la première patente, leur imposer dix jours de quarantaine d'observation.

Avec la seconde, quinze jours de quarantaine d'observation.

Compter cette quarantaine de l'instant du départ; en d'autres termes, y comprendre le temps de la traversée.

Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée.

Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences décisives aient été faites relativement à la transmissibilité ou à la non-transmissibilité de la peste par les hardes et vêtements, plomber au départ les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela était possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée.

Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage pour purifier les marchandises.

Enfin, disposer les lazarets de manière à assurer l'isolement des pestiférés et et en même temps, une parfaite aération. Les pestiférés devront, d'ailleurs, y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

M. Gauttier de Claubry. Je demande la suppression complète de la septième conclusion.

L'Académie, en adoptant le deuxième paragraphe de la troisième conclusion, établissant que la peste est transmissible, donne suffisamment à entendre que dans son opinion certaines mesures sanitaires sont nécessaires. En adoptant la cinquième conclusion, elle établit ce grand principe que la période d'incubation de la peste est limitée à un très petit nombre de jours. C'est déclarer explicitement que de grandes modifications doivent être apportées à la législation sanitaire actuellement en vigueur.

L'Académie ne doit pas aller plus loin, et elle doit s'abstenir de formuler un projet de code sanitaire; c'est une affaire qu'il faut laisser l'administration régler comme elle l'entendra. Si cette dernière se montre logique dans la confection des nouveaux règlements, l'honneur en reviendra tout autant à l'Académie, qui aura formulé les bases scientifiques. Si l'administration reste trop en deçà, l'Académie pourra élever sa voix puissante pour réclamer des mesures plus larges et plus en rapport avec l'expérience et l'observation dont elle a fait connaître les résultats.

Mais si l'Académie formule elle-même un plan de législation sanitaire, et que, comme la Commission le lui propose, elle ne demande pas tout ce que la science et l'observation sont en droit d'exiger aujourd'hui, sur elle retomberont tous les reproches, et l'administration se déchargera sur elle de toute responsabilité.

Il faut donc se borner à dire que les résultats incontestables de l'expérience et de l'observation rendent indispensables de grands changements dans la législation sanitaire actuellement en vigueur,

Si cette proposition n'est pas adoptée par l'Académie, je demande au moins qu'en opposition avec la prétention étrange qu'a la Commission de n'être pas logique, de ne vouloir pas être logique dans ses conclusions d'application pour éviter, dit-elle, jusqu'au soupçon du danger, l'Académie, ne perdant pas de vue le grand et important principe qu'elle a posé dans la cinquième conclusion, que l'incubation de la peste est limitée à un très petit nombre de jours, demande qu'avec *patente nette*, c'est-à-dire quand il n'y a pas de peste en Orient, les bâtiments soient admis immédiatement à la libre pratique, et non pas soumis à une quarantaine d'observation de dix jours, y compris le temps de la traversée, comme le propose la Commission, puisque, s'il n'y a pas de peste en Orient, les bâtiments n'ont pu apporter cette maladie ;

Qu'en cas de *patente brute*, c'est-à-dire quand la peste règne en Orient, tout bâtiment qui n'aura à bord ni cas de peste, ni maladie suspecte, ne subisse qu'une quarantaine d'observation de dix jours, y compris le temps de la traversée, conformément au principe établi dans la cinquième conclusion, et une de quinze jours, ainsi que le propose la Commission, qui semble faire à plaisir le sacrifice de ses convictions relativement au peu de durée de l'incubation de la peste ;

Qu'enfin, s'il y a eu des cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée, ou s'il y en a encore au moment de l'arrivée du bâtiment; ou, enfin, s'il y a des motifs légitimes de *suspicion* de l'exactitude des papiers du bord, il soit imposé une quarantaine d'observation de dix jours à compter de l'arrivée, et non pas qu'on laisse à l'autorité sanitaire du port d'arrivée le soin de déterminer la durée de la quarantaine comme le propose la Commission, qui cette fois encore, et d'une manière plus fâcheuse, ne rougit pas de renier ses doctrines les mieux arrêtées.

M. Dubois (d'Amiens). Cette septième conclusion reproduit ce qui était très explicitement énoncé dans la seizième conclusion. Elle porte en principe que l'*importation* de la peste est à craindre pour la France; et pour prévenir cette importation, elle propose de maintenir les *lazarets* et les *quarantaines*.

C'est évidemment ici la grande question du rapport, et il serait à jamais regrettable qu'elle ne devînt pas l'objet d'une discussion approfondie dans le sein de l'Académie. Tout le rapport aurait dû être consacré à son développement; c'est là ce que j'ai dit dès nos premières séances.

Il importe peu à l'Académie que j'aie ou non soutenu cette opinion devant la Commission et à une époque plutôt qu'à une autre; mais M. le rapporteur ayant attaché à cet incident une importance assez grande pour citer des extraits de procès-verbaux, je dois une courte explication à l'Académie. Il faut d'abord savoir qu'il y a eu deux phases bien distinctes dans les travaux de la Commission. Au début nos idées n'étaient rien moins que fixées ; nous ne savions trop quelle était notre mission; nous avions été convoqués pour *étudier* la peste, pour recueillir, examiner et élucider, si cela était possible, tout ce qui avait été écrit sur cette matière, et cela d'après une proposition de notre collègue M. Adelon. Or plusieurs de nous pensaient alors que c'était au point de vue de la *pathologie* que nous avions à étudier la peste. J'étais de ce nombre, et, comme M. Pariset, je trouvais qu'à ce point de vue il était nécessaire d'en tracer un historique complet, d'en rechercher les causes, d'en exposer les caractères, et ceci a été mentionné au procès-verbal; car alors M. le rapporteur rédigeait des procès-verbaux ; mais bientôt, et surtout par le fait de M. Prus lui-même, la Commission s'est trouvée transformée en Commission *de la peste et des quarantaines*. Ce n'était plus au point de vue de la pathologie qu'il s'agissait d'étudier cette maladie, mais au point de vue des *relations de la France avec l'Orient*, afin, disait le rapporteur, de donner un bon conseil au gouvernement, qui paraissait en avoir besoin ; c'est alors que nos discussions véritablement scientifiques ont commencé, et que je me suis rallié à l'opinion de M. Adelon, qui demandait que nos recherches fussent limitées à la question de l'importation de la peste en France.

Mais encore un coup ce n'est pas là ce qui importe à l'Académie ; il s'agit d'examiner si la Commission a justifié ce qu'elle demande à l'Académie par l'article 7, et les paragraphes qui le suivent.

Ce qu'elle demande, c'est le maintien des lazarets et des quarantaines. Pourquoi cela? Pour prévenir, dit-elle, l'importation de la peste en France. Mais qui lui prouve que cette importation est réellement à craindre? Est-ce par ce que déjà cette importation aurait eu lieu? Mais c'est précisément ce qui est en question; et quand cette importation aurait eu réellement lieu en d'autres temps, est-ce une raison pour qu'elle soit encore à craindre aujourd'hui?

Je ne veux pas traiter ici cette dernière question, qui demanderait de longs développements ; je m'en tiens à la première qui a été traitée dans le rapport.

Le rapporteur croit l'avoir complétement résolue ; et pour cela, il a voulu s'en tenir à *dix* faits, tant ceux-ci lui ont paru concluants. Et ces dix faits, nous avons été tout d'abord obligés de les réduire à quatre ! Et c'est là l'unique base de la principale conclusion du rapport ; quatre faits, je le répète, dont aucun n'a pu soutenir la discussion.

Si le mot n'allait pas au delà de ma pensée, je dirais vololontiers que le rapporteur a mis une sorte d'entêtement à les défendre. « Je ne puis souffrir, dit-il, qu'on excite des doutes au sein de l'Académie sur des faits qui ne sont que trop réels, et qui résolvent la question la plus importante posée dans le rapport. » (*V.* Bull. de l'Acad., p. 1022.)

Mais c'est précisément là ce qui est encore à prouver ! Quelles preuves le rapporteur en a-t-il données dans sa réplique ? qu'a-t-il dit de nouveau pour montrer la valeur de ces faits ? L'Académie n'a qu'à consulter le Bulletin de cette séance, elle verra que tout se réduit à de nouvelles affirmations.

Suivant M. le rapporteur, nous avons tronqué ces faits, nous les avons travestis ; mais pourquoi M. le rapporteur n'a-t-il pas inséré ces faits dans son volume de pièces justificatives ? c'eût été le meilleur moyen de nous répondre. Comment se fait-il que M. le rapporteur ayant publié de son autorité privée tout un volume de pièces justificatives, sans consulter la Commission, sans prendre l'avis de ses collègues sur les pièces qui devaient ou non y être insérées ; comment se fait-il, dis-je, qu'il ait précisément omis les faits qui forment la base de son rapport, qu'il n'en ait pas dit un seul mot ? C'est là ce qui paraîtra inconcevable, puisqu'il s'agit, comme il le dit lui-même, de la question la plus importante posée dans le rapport.

Mais, maintenant, en quoi ai-je tronqué ces faits, en quoi les ai-je travestis ?

J'avais reproché à la Commission d'avoir accepté le premier fait sans discussion, sans examen, bien que ce fait lui eût paru peu digne de confiance, et en disant cela je m'étais servi des propres expressions du rapporteur, il avait reconnu lui-même que ce fait manquait de détails suffisants. Qu'a-t-il répondu à cette objection ? A-t-il mentionné des détails inaperçus ? a-t-il cherché à leur donner quelque valeur ? En aucune manière ; il a seulement fait preuve de fermeté en ne reculant pas devant ses premiers aveux : « Sur ce point, dit-il, je maintiens pleinement ce que j'ai avancé. » (*Loc. cit.*, p. 1019.) — Or, qu'avait il dit ? Que ce fait manquant de détails, il fallait ou le rejeter ou l'accepter *sans discussion*, et qu'il était plus fondé en raison de prendre ce dernier parti, c'est-à-dire de l'accepter les yeux fermés !

Quant au deuxième fait, je m'étais encore permis d'émettre quelques doutes sur la valeur qu'on lui donnait. J'avais objecté à notre confrère que des cas déclarés par lui cas de peste bien avérés, avaient été regardés par les médecins contemporains, témoins oculaires, avaient été, dis-je, regardés comme des cas de fièvre maligne ; qu'a répondu à cela notre collègue ? Qu'il a eu de *très bonnes raisons*, lui, pour les regarder comme des cas de peste. A cela, je réplique que jusqu'à ce qu'il nous ait fait connaître ces bonnes raisons, il nous permettra de regarder ces faits au moins comme très équivoques.

J'avais en même temps émis des doutes sur la nature du bubon dont avait été atteint le chirurgien Blanc, bubon qui ne donnait que peu ou point de fièvre au malade, qui ne lui ôtait pas l'appétit, etc. ; j'avais ajouté qu'un bubon vénérien ne se serait pas comporté autrement : qu'a répondu notre collègue ? Qu'en pareille matière, il se serait attendu à une discussion plus *sérieuse* de ma part, et, à cette occasion, il m'a trouvé très spirituel !

Quant au troisième fait, celui du chirurgien Paul, il m'avait paru de nature aussi à exciter bien des doutes : d'abord, il n'avait été ni traité ni même *observé*, ce malade n'ayant été vu que quand il avait pu venir à la grille, c'est-à-dire à une distance d'environ douze mètres et à l'aide d'une lunette d'approche. Qu'a répondu notre collègue? Que Paul a peut-être bien eu une peste légère ; mais que si je nie l'existence de cette peste, c'est que je me suis donné cette *thèse* à soutenir, c'est que je ne puis pas déranger le *système* que je me suis fait !

Pour ce qui est du quatrième fait, je me suis borné à énumérer les symptômes mentionnés dans le rapport du médecin de Marseille, et j'avais dit que ces symptômes appartenaient presque tous à la fièvre typhoïde, ce qui rendait d'abord ce fait un peu équivoque; j'avais ajouté que le malade n'avait été vu qu'après sa mort, et que, si le rapporteur le trouvait à plaindre de ce qu'il n'avait pas été *traité*, moi je plaignais la science de ce qu'il n'avait pas été *observé*. Qu'a répondu à cela M. le rapporteur ? « Qu'il persiste fermement à croire que cet homme est mort de la peste. » (1026.)

Ici, je répliquerai à notre confrère que je ne mets nullement en doute la fermeté de sa foi, mais que je lui demande la permission de conserver mes doutes.

C'est à quatre observations, je l'ai déjà dit, que se réduisent les fameux documents venus de l'intendance de Marseille; on sait que six autres avaient été produits par la Commission. J'ai fait connaître les raisons qui m'avaient empêché de les admettre. En supposant qu'on ait eu réellement affaire à des cas de peste comme ces cas s'étaient déclarés dans les équipages de bâtiments venus de lieux infectés, il y avait à se demander si ces cas ne devaient pas être attribués à une longue incubation. A cela, on a objecté que ce serait exiger une quarantaine indéfinie; aussi, en faisant cette objection, on n'a pas réfléchi qu'un autre fait resterait à établir; à savoir, la réalité de la contagion en dehors des foyers épidémiques.

Quoi qu'il en soit, l'Académie sait maintenant à quoi s'en tenir relativement à la valeur du fait invoqué pour mettre hors de doute l'importation de la peste en France, , et partant, la nécessité des mesures préventives. Ces faits, jusqu'à présent, n'ont trouvé qu'un seul défenseur dans l'Académie ; ce défenseur est notre honorable collègue, M. Poiseuille. M. Poiseuille est venu en aide au rapporteur ; il s'était fait remettre préalablement les manuscrits originaux ; et comme nous, il les avait compulsés avec soin. Voyons donc s'il a pu leur donner une autorité, une valeur quelconque.

Si nous nous reportons à l'exposition que M. Poiseuille a donnée de ces faits, nous verrons d'abord que cette exposition est tout aussi incomplète, tout aussi équivoque que celle donnée dans le rapport; mais en un certain point, M. Poiseuille a été plus loin que le rapporteur ; celui-ci avait déploré la profonde incurie, la pusillanimité des médecins de Marseille à l'égard des malades renfermés dans les lazarets; il avait vu un acte de barbarie dans les visites faites à travers des grilles, à douze mètres de distance; M. Poiseuille a trouvé cela tout simple, et il a pris la défense des lunettes d'approche. Suivant lui, reprocher aux médecins de Marseille de se servir de longues-vues pour observer les pestiférés, c'est comme si on faisait le procès à ceux qui, parmi nous, se servent de lorgnons ou même de bésicles; et M. Poiseuille m'a fait l'honneur de me dire depuis, qu'en cela il pensait m'avoir fait un argument *ad hominem*, puisque j'observe sans doute mes malades avec des bésicles.

Mais ce n'est pas tout ; M. Poiseuille ne s'est pas borné à cette simple apologie générale des lunettes d'approches en usage dans le lazaret de Marseille, il a cherché à démontrer que les faits pathologiques qu'on pouvait avoir à constater devaient être parfaitement observés à l'aide de ces instruments d'optique. En effet, dit-il, de quoi s'agissait-il dans tous les cas? C'était ou un bubon dont il fallait apprécier le volume et la nature, ou la décomposition de la face d'un malade, ou sa démarche titubante ! (Je cite textuellement, 1054.) Or, ajoute judicieusement M. Poiseuille, ceci ne rentre pas dans l'étude des faits microscopiques ! !

Non sans doute, dirons-nous à notre tour, ceci ne rentre pas dans les faits microscopiques, mais c'est une cruelle raillerie que de chercher à donner comme un vernis scientifique à des procédés, à des mesures qui, si elles n'étaient atroces, seraient ridicules ! Qu'y a-t-il en effet de plus atroce que d'obliger des malheureux à quitter leurs grabats pour se traîner devant une grille, pour y faire voir jusqu'à quel point leurs traits se décomposent et leur marche est titubante ! !

Mais pourquoi M. Poiseuille a-t-il été au delà du rapporteur dans cette appréciation des faits de Marseille ? Le voici : M. Poiseuille tenait avant tout à établir un point de doctrine tout particulier; suivant lui, tout bâtiment qui vient d'un pays où règne la peste, ou qui reçoit à bord des personnes qui viennent de ces lieux, peut devenir un foyer d'infection; ce point de doctrine a paru d'autant plus plausible à notre confrère qu'on peut ici faire intervenir un moyen emprunté à la physique médicale. En effet, dit-il, un bâtiment dans cet état doit être soumis à un bon système de *ventilation ;* mais de quel système, de quel procédé faudra-t-il user? Faudra-t-il employer ces ventilateurs mobiles, abandonnés dans un coin du bâtiment, qui s'y détériorent et ne peuvent plus fonctionner au moment opportun? Nullement, dit M. Poiseuille, il faudra aérer les navires à l'aide d'un appareil qui en fait en quelque sorte partie intégrante, analogue, par exemple, à celui *qu'on* a présenté à l'Académie des sciences en décembre dernier, et qui offre l'avantage de ventiler et de fumiger au besoin tous les points du navire.

M. Poiseuille me pardonnera sans doute de lever l'anonyme sous lequel il se couvre ici : cet instrument qu'il cite comme exemple, et dont il énumère les avantages, est de son invention; c'est lui qui a jugé à propos de le présenter en décembre dernier à l'Académie des sciences et non à la Commission dont il faisait partie.

Mais si M. Poiseuille a été le seul à faire ainsi l'éloge des faits de Marseille, il en est d'autres parmi nos honorables confrères qui ne se sont pas encore prononcés, il est vrai, mais dont le rapporteur a cru pouvoir invoquer l'autorité en faveur de ces mêmes faits. « Que quelques-uns de nos collègues, a-t-il dit (1017), connus pour la sévérité et l'exactitude qu'ils apportent dans leurs études; que MM. Louis Rayer et Bricheteau, par exemple, et tous ceux qui voudront se joindre à eux, examinent d'une manière approfondie les documents de Marseille, et leur opinion exprimée dans cette enceinte dissipera tous les doutes. »

Je répondrai que, pour ma part, loin de récuser ces honorables collègues, je suis tout disposé à invoquer leur témoignage, et c'est précisément à cause de leur exactitude et de leur sévérité que je l'invoquerai avec confiance. Aussi j'exprimerai de nouveau le vif regret que ces documents n'aient pu trouver place dans le volume des pièces justificatives. C'est là en effet que mes honorables collègues auraient pu les examiner d'une manière approfondie. Je ne veux point préjuger ici quelle est leur opinion ; mais je ne crois pas hasarder beaucoup en disant que l'honorable président perpétuel de la Société d'*observation* y regarderait à deux fois avant de venir ici déclarer bons et valables des faits qui n'ont pas même été *observés !*

Je passe maintenant à ceux de mes collègues qui sans avoir pris fait et cause pour les documents de Marseille, se sont déclarés partisans de la contagion de la peste et de son importation impossible en France.

M. le rapporteur regarde ceux-ci comme des *ultra ;* il les appelle des *contagionistes purs*. Nous allons voir ce qu'il faut en penser.

M. Bousquet d'abord, puis M. Pariset, sont venus citer des faits bien plus nombreux que ceux de Marseille, et qui, suivant eux, seraient bien plus décisifs.

Mais ces honorables collègues ont une méthode à eux, ils ne sont pas de notre école.

M. Arago a dit que dans tout ce qui tient aux sciences exactes il faut distinguer qu'il y a ce qu'on appelle *voir* et ce qu'on appelle *observer ;* tel qui a *vu* un fait ou un phénomène quelconque, peut très bien ne pas l'avoir observé. Or il ne faut tenir compte, dit-il, que des paroles de ceux qui ont réellement observé, ou qui rapportent textuellement les observations des auteurs. Ceci peut s'appliquer de tout point en médecine à distinguer les deux écoles dont je viens de parler: les uns en effet s'attachent à recueillir des observations bien authentiques, et avec toutes les garanties requises; les autres dédaignent cette méthode : ils la regardent comme inutile, fastidieuse ; ils citent des anecdotes, et voilà tout; les sources leur importent peu; le texte, ils le négligent. Or la plupart des contagionistes appartiennent à cette dernière école ; voyez M. Bousquet, il est contagioniste ; il croit apporter des preuves en faveur de son opinion, mais il montre tout aussitôt quelle est sa méthode.

Si vous lui demandez des faits proprement dits, il ne s'inquiète nullement d'en administrer ; il semble que c'est chose oiseuse pour lui : « Ces faits, poursuit-il, je n'ai pu les retrouver, et au fond j'y ai peu de regrets. »

On voit qu'on ne saurait traiter plus cavalièrement la méthode qui n'a d'autre base que les faits bien observés.

Maintenant, M. Bousquet veut-il parler de la contagion qui se ferait par le contact, ou médiatement, au moyen de hardes, de linges renfermés dans un tiroir depuis quatre ou cinq mois, voici comme il s'exprime : « J'ai lu cela quelque part, dit-il; dans Paulet, si je ne me trompe ! » (991.) Comment, si je ne me trompe ! Mais c'est précisément là ce qu'il fallait vérifier avant de venir en parler à l'Académie !

Quant aux faits de Marseille, on pense bien que M. Bousquet ne met pas en doute leur authenticité ; mais il n'en a pas besoin. « J'avoue, dit-il, que quand même ces faits me manqueraient, ce que je sais de la contagion en général me porterait à croire à la transmission de la peste. » (991.)

Ainsi, les faits sont si peu de chose pour M. Bousquet, qu'à la rigueur il pourrait s'en passer en semblable matière ; et quant au degré de véracité qu'on doit attribuer aux auteurs, M. Bousquet en fait une véritable affaire de politesse, et il blâme la Commission d'en avoir parfois manqué, surtout à l'égard des morts. La Commission a récusé le témoignage de Dussap : « C'est que Dussap est mort, s'écrie M. Bousquet, on peut impunément outrager sa mémoire ; mais, ajoute-t-il, si Dussap entrait tout à coup dans cette enceinte, la Commission oserait-elle tenir le même langage ? » Je ne sais trop ce que ferait la Commission en pareille occurrence; mais toujours est-il que, d'après le système de M. Bousquet, il faut tout accepter sous peine d'outrager les gens.

Je passe maintenant aux observations invoquées par notre honorable secrétaire perpétuel, M. Pariset, toujours relativement à cette question de la transmissibilité de la peste et de son importation en Europe.

Les observations abondent dans le discours de M. Pariset; elles sont, pour la plupart, étranges, extraordinaires, empruntées aux auteurs les plus divers, à des philosophes, des législateurs, des historiens, etc.

Et M. Pariset croit, comme M. Bousquet, que c'est faire injure à un auteur, mort ou vivant, que de jeter le plus petit doute sur la portée de ses observations.

M. Pariset, non plus, ne veut pas qu'on distingue dans une observation les faits proprement dits racontés par l'auteur et les inductions qu'il en a tirées.

En voici un exemple frappant : « Orrans, dit M. Pariset, rapporte qu'un soldat russe ayant vendu à un Juif une fourrure qu'il avait prise sur un Turc, ce Juif prit la peste, et en mourut avec ses deux enfants ; aurais-je l'insolence de dire à Orrans qu'il en a menti ! s'écrie M. Pariset. »

Non, répondrons-nous, il ne faut pas dire à Orrans qu'il en a menti, ce serait là en effet une insolence ; mais il vous sera permis de distinguer deux choses dans le récit d'Orrans : d'abord le fait matériel lui-même, la vente d'une fourrure à un Juif, fourrure prise par un soldat russe sur un Turc ; la mort du Juif et de ses deux enfants : c'est là ce qu'il n'est pas permis de nier sans insolence, puisque Orrans dit avoir été témoin de ces incidents. Que le Juif ait ensuite succombé avec ses deux enfants par suite d'une maladie qu'on a déclarée être la peste, c'est déjà une circonstance d'un autre ordre et dont on pourrait sans insolence demander quelques preuves à l'auteur, preuves qui ne seraient d'ailleurs que des détails pathologiques donnés sous la garantie de sa parole ; mais ce qu'on est certainement en droit de contester sans la moindre insolence, c'est l'induction qu'Orrans a tirée de ces faits, à savoir, que le Juif aurait pris la peste dans la fourrure qu'il venait d'acheter du soldat russe : ce n'est plus là, en effet, une chose qu'ait vu Orrans, dont il ait été témoin ; c'est une assertion de son esprit, un raisonnement et voilà tout.

Autre exemple : Pugnet raconte plusieurs faits desquels il infère que la peste a été transmise tantôt par des pelisses, tantôt par des habits, tantôt par des mouchoirs de cou, etc. « Quand Pugnet raconte ces faits, dit M. Pariset, je le crois sans hésiter; et pour m'assurer de sa parole, je ne veux que sa parole. »

Fort bien ; mais quand, pour ma part, je lis ces faits dans Pugnet, je n'oublie pas qu'ils ont eu lieu au sein d'une épidémie meurtrière ; et tout en adoptant sur parole, comme M. Pariset, le matériel de ces faits, je crois pouvoir me demander, sans faire préjudice à Pugnet, si ces cas de peste n'étaient pas dus aux causes générales de l'épidémie ; parce qu'on hérite des effets d'un pestiféré, on n'est pas pour cela à l'abri des causes locales de la peste.

Je me borne à ces premières remarques, qui ont pour but de prouver qu'avec les principes de M. Bousquet et de M. Pariset, il faudrait renoncer à toute critique médicale ; personne ne serait en droit d'exiger des caractères scientifiques dans les observations citées par les auteurs.

Maintenant je vais examiner la position que M. le rapporteur a voulu se faire entre ceux qu'il appelle des contagionistes, et ceux qu'il a désignés sous le nom de non contagionistes. Je remarquerai ici en passant que par la force des choses le rapporteur a été obligé lui-même de recourir à ces expressions de contagionistes et de non contagionistes. C'est que, bien qu'en ait dit M. Bégin, on ne retire pas un mot de la circulation comme on en retire une vieille pièce de monnaie. Ce serait une tentative insensée que de chercher à rayer du dictionnaire de la langue médicale un mot d'ailleurs fort juste, et qui est dans la bouche de tout le monde; en ceci, je reviens au rapporteur, qui a voulu se placer dans un juste milieu entre la contagion et la non contagion, entre M. Bousquet et M. Londe.

Mais M. le rapporteur ne s'est pas aperçu qu'il n'y a pas de place entre sa croyance à la contagion et sa croyance à la non contagion. J'ai dit dans la discussion générale et d'une manière un peu trop acerbe, j'en conviens, que la majorité de la Commission n'avait pas eu la

franchise de son opinion; je me suis trompé; j'aurais dû dire qu'elle n'a pas eu l'*intelligence* de son opinion. Que veut en effet aujourd'hui son rapporteur? Il prétend, dit-il, se tenir dans un juste milieu; éviter les excès de M. Londe d'une part, et les excès de M. Bousquet d'autre part. Il s'élève contre les non-contagionistes, et ceux qu'il appelle des contagionistes *purs*. Mais qu'est-ce à dire! il y aurait donc des contagionistes impurs, parmi lesquels il se placerait? Il avait voulu d'abord se retrancher dans un prétendu système d'infection pour échapper au reproche de contagion; mais nous l'avons fait sortir de cette impasse; il est forcé d'avouer qu'il est contagioniste, mais qu'il ne l'est pas à la manière des contagionistes purs. Quelle différence y a-t-il donc entre eux? Est-ce parce que les contagionistes purs veulent qu'on *touche* les malades pour contracter la peste? mais la majorité de la Commission soutient que pour peu qu'on s'en *approche*, on est exposé au même danger; donc elle est plus contagioniste que les contagionistes purs!

Est ce que la majorité dont M. le rapporteur est l'organe, ne voudrait plus des moyens préventifs réclamés par les contagionistes purs? Loin de là, elle demande qu'on conserve les lazarets et les quarantaines, et si elle était conséquente avec elle-même, elle demanderait des mesures plus rigoureuses encore; elle demanderait surtout qu'on tînt les malades à distance des individus sains, puisque, suivant elle, pour contracter le mal, il n'est plus besoin de toucher les pestiférés.

Maintenant que j'ai montré et la fausse position des néo-contagionistes et la faiblesse de leurs arguments, il me reste à en signaler les conséquences.

M. le rapporteur nous en avait prévenus lui-même; il nous avait dit que si la question de transmissibilité de la peste était résolue d'une manière affirmative, ce serait le maintien des lazarets et des quarantaines. Or comme c'est cette solution qui a été donnée, il propose à l'Académie d'engager le gouvernement à maintenir ce système.

J'ai souvent entendu dire au rapporteur qu'il n'avait d'autre ambition que de donner un *bon conseil* au gouvernement; eh bien, si c'est là le conseil qu'il se propose de lui donner, ce conseil est déplorable et tout à fait compromettant pour l'Académie, si elle y adhérait.

M. Bégin a dit que quelles que soient les opinions qu'on se forme sur la nécessité plus ou moins grande des lazarets et des quarantaines, il n'est personne parmi nous qui oserait encourir la responsabilité de conseiller au gouvernement de les abolir; et M. le rapporteur s'est empressé de répéter la même chose.

Pour ma part, je n'hésite pas à déclarer que si notre littoral était complétement assaini, que si les ports de la Méditerranée étaient dans les mêmes conditions que les ports de l'Océan, je ne me ferais aucun scrupule de conseiller au gouvernement de faire comme l'Angleterre et l'Autriche.

M. Bégin a dit que le rapport ne statue que pour le présent, qu'il n'engage pas l'avenir; il se trompe. Poser en principe que la peste est transmissible en dehors du foyer épidémique, c'est le maintien perpétuel des lazarets et des quarantaines.

Et à quelle époque la Commission vient-elle nous proposer de donner ce conseil? Dans quelles circonstances et à l'aide de quels documents? A l'époque où la raison publique elle-même, éclairée sur la valeur des faits, exige impérieusement des réformes radicales; en attendant le jour, peut-être peu éloigné, où elle demandera l'abolition complète de toutes les institutions.

Tous ceux, en effet, qui, dans ces dernières années, ont voyagé en Orient, sont convaincus que ces institutions finiront par disparaître; que dans trente ans, dans vingt ans peut-être, ce ne sera plus qu'un souvenir; et c'est dans ces circonstances qu'on veut nous faire demander au gouvernement le maintien d'un système qui a fait son temps! Ce conseil, je l'ai déjà dit, serait compromettant pour l'Académie; qui sait? un temps viendra peut-être où on se rappellerait avec étonnement qu'en 1846 ce grand corps avait déclaré que le maintien des quarantaines était indispensable à jamais.

M. le rapporteur m'a prédit que je serais seul de mon avis, cela est possible; mais dans tous les cas, je ne m'associerai pas à ce vote. Je dirai que, loin d'entraver le gouvernement, il faut lui laisser toute sa liberté d'action; il ne faut pas lui dire au nom de la *science*, vous allez trop vite, parce qu'une science qui repose sur trois ou quatre faits incertains et équivoques n'est pas une science.

Les institutions dont on prend la défense ne sont plus de notre siècle, et quoi que vous fassiez, que vous les jugiez nécessaires ou superflues, notre âge les verra tomber; seulement, si, comme on vous le demande, vous vous prononcez en leur faveur, vous compromettrez à la fois votre raison, votre science et votre autorité.

Je demande, en conséquence, la suppression de l'article 7 et de tous les paragraphes qui le composent.

Cet article institue un véritable Code à l'usage des lazarets; il sanctionne l'institution des quarantaines; il donne un pouvoir illimité aux intendances sanitaires, et met ainsi obstacle à toute réforme radicale.

L'Académie a adopté les articles scientifiques, c'est à l'administration, c'est au gouvernement a en faire l'application s'il le juge convenable.

Notre mission à nous est terminée; qu'avons-nous besoin de dire au gouvernement qu'il doit encore imposer des quarantaines de dix et de quinze jours?

La science n'a pas dit son dernier mot sur ce point, il serait imprudent de se prononcer; mais ce qu'il faut bien nous garder de conseiller au gouvernement, c'est, comme le propose la Commission, d'abandonner aux intendances sanitaires le soin de déterminer la durée des quarantaines en cas de maladie suspecte à bord.

Armées de cette dictature, les intendances trouveront tout suspect, rien ne leur échappera.

Ce serait l'arbitraire dans tout ce qu'il pourrait avoir de plus vexatoire et de plus odieux.

Je le répète, ce n'est pas un amendement que je propose, c'est la suppression pure et simple de ce prétendu code sanitaire, c'est-à-dire de la septième conclusion et de tous les paragraphes qui l'accompagnent.

Nous recevons d'Alençon, en date du 12 octobre, la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Confrère,

Monsieur le ministre de l'instruction publique est depuis quelques heures dans notre ville pour inaugurer notre nouveau collége royal.

Aussitôt que le bureau de la Société médicale a eu connaissance de l'arrivée du ministre, il s'est empressé de solliciter une audience, qu'il vient d'obtenir. M. le docteur Chambay, notre président, s'est exprimé à peu près ainsi :

« Monsieur le ministre, je vous remercie, au nom de la Société médicale de l'Orne, de l'intérêt et de la sollicitude que vous avez bien voulu montrer au corps médical lors de l'imposante manifestation du Congrès médical de France. Nous pensons que là ne s'arrêtera pas le bienveillant concours du ministre du roi, et qu'une loi si impatiemment attendue recevra, cette année, la sanction des trois pouvoirs. Nous vous supplions donc, Monsieur le Ministre, de ne pas laisser passer la prochaine session sans que le gouvernement propose aux deux Chambres, sur les matières traitées dans les nombreuses séances du Congrès, un projet de lois si utiles au corps médical et à la société tout entière. Nous serions bien heureux aujourd'hui d'en recevoir l'assurance de votre bouche. »

M. le ministre a pris alors la parole :

« Messieurs, je suis heureux des remercîments que vous avez bien voulu m'adresser pour ce que j'ai pu faire lors du Congrès médical; ma conduite m'était dictée, non-seulement par mes convictions personnelles, mais encore j'ai cru devoir agir ainsi dans l'intérêt du gouvernement du roi et dans l'intérêt de la société tout entière qu'il ne cesse de protéger.

» Les travaux du Congrès ont été sérieux, comme on devait les attendre d'un corps aussi éclairé. La discussion a été bonne; des médecins de toutes les parties de la France, accourus à Paris pour y apporter le tribut de leurs lumières, y ont pris part et l'ont souvent éclairée.

» Je n'ai pas voulu, lors de la dernière session, présenter la loi que vous réclamez, parce que, d'abord, je n'étais pas prêt; ensuite et surtout, parce que j'ai pensé qu'il eût été dangereux de le faire, dans votre propre intérêt. Nous étions à la fin d'une législature, et il faut, à l'élaboration de cette loi, dont le sujet est nouveau pour beaucoup de ceux qui doivent la voter, *plus de temps que la durée d'une session*.

» Il en est autrement, à présent que nous commençons une législature nouvelle, et que nous avons une chambre d'un bel avenir.

» Aussi, je vous *promets*, je *m'engage* à déposer sur le bureau de la Chambre des pairs et sur celui de la Chambre des députés, le *lendemain du jour où elles auront voté leurs adresses au roi*, un projet de loi sur la nouvelle organisation médicale dont s'est occupé le Congrès.

» Je crois cette loi d'une haute utilité; les travaux sages et éclairés du Congrès l'ont prouvé. »

J'ai cru devoir vous transmettre immédiatement cette bonne nouvelle, afin que nos confrères de France soient informés des dispositions favorables de M. le ministre de l'instruction publique à notre égard, et aussi afin que vous enregistriez dans votre estimable journal les belles promesses solennelles qui viennent de nous être faites.

Agréez, etc., A. ROTUREAU, D.-M.-P.

Membre du bureau médical de l'Orne.

NOUVELLES.

Nous apprenons avec un sentiment profond de douleur que M. le professeur AUGUSTE BÉRARD *jeune* a succombé aujourd'hui mercredi, à sept heures et demie du matin, à la cruelle maladie dont il était atteint depuis quelque temps. Une amélioration momentanée dans son état nous avait permis un espoir que l'événement a cruellement démenti. C'est une perte pour la Faculté, pour les élèves et pour la science.

— La consommation annuelle du pain à Londres s'élève à 855,468,750 livres, ce qui donne 342 livres par an ou 15 onces par jour pour chaque habitant.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 122. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 16 OCTOBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons parlé, dans une de nos précédentes Revues, d'une jeune fille portant au bras droit une anévrisme faux consécutif, suite de saignée malheureuse, et que M. Lisfranc traite actuellement par la compression directe de la tumeur.

A propos de cette malade, sur l'état de laquelle nous allons revenir un peu plus bas, le professeur s'est trouvé conduit à discuter ce point important de thérapeutique chirurgicale : Dans le traitement des anévrismes, la compression sur la tumeur doit-elle être ou conseillée, ou proscrite, comme méthode absolue ; et, en cas de réponse négative, quelles sont les circonstances dans lesquelles on peut en faire usage ?

On sait combien les auteurs, tant anciens que modernes, sont divisés d'opinion sur la question de la compression directe sur la tumeur ; les uns, avec J.-L. Petit, Foubert, vantant ses résultats ; les autres, avec Desault, la rejetant formellement et toujours, comme dangereuse, ou tout au moins inutile, quand elle ne produit pas d'accidents ; il est évident que cette dissension ne provient que de ce que l'on n'a pas voulu différencier les cas.

En chirurgie comme en médecine, il n'est pas de règle absolue ; et c'est le propre des esprits sans expérience de vouloir établir ces prétendues formules qu'il suffirait, à entendre leurs auteurs, de mettre en usage pour sauver tous les malades.

Suivant les circonstances des cas, la profondeur et l'étendue de la blessure dans les anévrismes, il sera possible ou non d'exercer cette compression. Que l'on ait affaire à une plaie large et profonde, elle produira de la douleur, de l'inflammation, peut-être même la gangrène, enfin des accidents terribles. Que ce soit, au contraire, une piqûre produite par la lancette, la compression ne portant sur la plaie que pour un vingtième, par exemple, et sur les parties environnantes pour les dix-neuf vingtièmes, il n'y aura pas d'accidents.

Dans le travail qu'il publia en 1834 sur l'oblitération des artères dans les anévrismes, M. Lisfranc avait émis une opinion presque diamétralement opposée à celle qu'il professe aujourd'hui, et l'on trouvera, aux pages 28, 29 et 30 de cet ouvrage, l'exposé des raisons sur lesquelles il s'appuyait. Aujourd'hui, le chirurgien de la Pitié, plus fort de douze années d'expérience, ne craint pas de revenir sur l'opinion qu'il soutenait alors, et d'avouer avec une franchise malheureusement trop rare, et dont on ne pourrait trop lui savoir gré, que cette manière de voir était par trop exclusive. Il s'est convaincu nombre de fois que la compression sur une plaie faite par une lancette n'était que rarement suivie d'accidents inflammatoires ou de gangrène. Entre autres faits de cette espèce, et il en possède plus de trente actuellement, il nous rappelait, il y a quelques jours, celui d'une dame ainsi blessée dans une saignée malheureuse il y a près de dix ans, et chez laquelle une compression directe sur la plaie, continuée pendant vingt-cinq jours, a produit une guérison qui ne s'est pas démentie depuis. L'artère a conservé son calibre, et il n'y a pas eu de trace de dilatation anévrismale. Quelquefois il se forme un anévrisme faux primitif à la suite d'accidents de ce genre, et, comme tous les chirurgiens, M. Lisfranc a pratiqué souvent la ligature de l'artère ; mais maintenant il n'y a recours que lorsque la compression a échoué, et heureusement elle échoue rarement quand elle est bien employée. Dans ces derniers temps, ajoute M. Lisfranc, on a singulièrement vanté la compression au-dessus de la plaie ; on a dit qu'elle était indiquée lorsque l'instrument était étroit, et que, *par conséquent*, on avait la certitude que la plaie artérielle était étroite aussi : conséquence peu logique ; car un instrument fin et acéré peut très bien, s'il atteint obliquement le vaisseau, déterminer une déchirure assez étendue. On l'a conseillée également dans le traitement des anévrismes, et lorsque l'on n'a pas à craindre d'hémorrhagie ; mais dans ces deux circonstances il est rare que les malades la supportent, et quand ils guérissent, ils achètent leur guérison au prix de souffrances atroces. Dans presque tous les cas où la compression a réussi, c'est que l'artère principale, ordinairement, n'était pas ouverte.

Une fois l'anévrisme établi, la compression exercée soit au-dessus de la tumeur, soit sur la tumeur elle-même, a réussi quelquefois ; presque toujours, dans les cas d'anévrismes faux consécutifs. M. Lisfranc est le seul auteur qui ait cité un cas d'autopsie dans lequel, à l'occasion d'un anévrisme faux consécutif, l'artère a été trouvée enflammée au-dessus et au-dessous ; dans tous les autres cas l'artère était saine ; tandis que dans les autopsies de sujets affectés d'anévrismes vrais ou spontanés, on trouve souvent les parois artérielles en mauvais état, ramollies, enflammées. Comprimer sur des artères malades, c'est évidemment se mettre dans de mauvaises conditions et diminuer les chances de succès. L'indication ici, c'est plutôt de pratiquer une ou deux applications de sangsues, dont le résultat est de diminuer le travail inflammatoire, partant la douleur, et d'augmenter les probabilités de la guérison.

Dans le traitement des anévrismes vrais ou spontanés, il est une circonstance à laquelle on n'a pas encore fait assez d'attention, à savoir si la circulation se fait largement ou lentement dans la tumeur. Si la circulation est gênée, le raisonnement conduit à ceci : Augmenter encore cette gêne par une compression méthodique, c'est aider le travail de la nature et favoriser la guérison. Du reste, il existe des cas dans la science de guérison d'anévrismes, sans que le cours du sang ait été intercepté dans l'artère. Everard Home et Wardrop en ont rapporté des exemples. En résumé, ajoute le professeur auquel nous empruntons ces réflexions que nous sommes à notre grand regret forcé d'abréger en raison des limites de cet article, en résumé toute compression *forte* établie d'une manière permanente, tantôt ne peut être tolérée, tantôt peut produire des accidents graves. Mais une compression faible, modérée, exercée lentement et graduellement au moyen d'appareils analogues à ceux que l'orthopédie met à notre disposition, sera facilement supportée, et fera dans beaucoup de cas disparaître la tumeur, sans oblitérer le calibre du vaisseau.

Ces préceptes posés par le professeur de la Pitié, nous les avons vus mis en pratique chez la jeune femme affectée d'anévrisme faux consécutif dont nous avons déjà parlé, à l'aide de l'appareil dont nous donnons ici le dessin, et qui a été ingénieusement exécuté, d'après les indications de M. Lisfranc, par M. Bourgois-Delacroix, chirurgien orthopédiste, appareil tellement facile à comprendre au moyen de la figure, qu'il est presque inutile d'en donner la description.

Nous devons cependant faire observer que, maintenu sur le bras et l'avant-bras par deux bracelets CC', fixés à l'extrémité des tiges AA', ce compresseur mécanique est tellement disposé, qu'il permet à la malade, à l'aide d'une articulation qui réunit les deux tiges, d'exécuter tous les mouvements de flexion et d'extension du membre supérieur, sans amener aucune gêne dans la circulation veineuse. La compression sur la tumeur est faite au moyen de rondelles graduées d'agaric, et peut être augmentée ou diminuée à volonté par une vis de pression G supportée par un demi-cercle en acier qui s'articule à la charnière au point où se joignent les deux tiges dont nous avons parlé.

Depuis un mois à peine l'appareil est appliqué sur la tumeur ; la circulation n'est point interrompue dans le vaisseau artériel, car le doigt perçoit les battements de l'artère radiale, et déjà la tumeur a diminué des deux tiers de son volume, est devenue plus dure, preuve qu'un caillot s'organise à l'in-

---

FEUILLETON.

LES FOUS CRIMINELS DE L'ANGLETERRE ;

Par M. BRIERRE DE BOISMONT.

Les moralistes et les criminalistes ont tous reconnu que les causes des crimes devaient être cherchées dans la satisfaction des penchants et des passions. L'examen de ces milliers de procès que nous font connaître les journaux consacrés aux tribunaux ne laisse aucun doute à cet égard. L'intérêt, la vengeance, l'amour, l'ambition sont les grands mobiles de ces drames domestiques, dont le dénoûment le plus ordinaire est l'échafaud ou le bagne. Mais à mesure qu'on s'est livré à une étude plus approfondie des motifs qui avaient entraîné les individus à commettre des actions répréhensibles, on n'a pas tardé à reconnaître qu'un certain nombre d'entre elles s'expliquaient par des raisons si futiles que le doute sur la criminalité s'est glissé dans quelques esprits. Avec le temps, on a reconnu que plusieurs crimes singuliers, bizarres, atroces avaient été commis sous l'influence d'un dérangement de l'esprit, de visions plus ou moins terribles. Un examen plus approfondi n'a point permis de douter que quelques-uns de ces malheureux n'eussent obéi à des impulsions irrésistibles.

La France, cette nation si novatrice dans les idées, si routinière dans les faits, comme l'a très bien dit madame de Staël, s'est laissé devancer par deux peuples, les Allemands et les Anglais, qui, depuis longues années, ont proclamé ces vérités, et dont le second les a surtout mises en pratique.

Nous ignorons l'époque précise à laquelle l'Angleterre a commencé à renfermer les fous criminels ; mais on peut affirmer que cette coutume remonte à plus de cinquante ans. Billard a inséré en 1825, dans les Archives de médecine, une note sur cet intéressant sujet. Au mois d'avril 1843, il y avait 224 fous criminels dans les divers asiles de ce royaume, et 33 dans les prisons : total, 257. Désirant voir par nous-même cette importante division des aliénés, nous nous rendîmes en juillet dernier en Angleterre pour visiter le célèbre établissement de Bethlem, plus connu sous le nom de Bedlam en France. Après avoir examiné l'hôpital dans ses plus grands détails, nous fûmes conduits par sir Alexander Morrison, auteur des *Outlines of lectures of mental diseases* et des *Cases of mental disease*, dans la division des fous criminels, le but principal de notre visite. L'aspect triste et sévère de cette partie du bâtiment, à laquelle on n'accède que par un corridor ou plutôt une galerie, nous semble conforme à sa destination ; car si l'aliéné ne doit pas être flétri du sceau de l'infamie, il est juste que le lieu où il doit être séquestré ne soit pas un séjour agréable qui lui fasse oublier son action, et un encouragement pour ceux qui simuleraient la folie. Derrière une grille se tenait un infirmier, dont l'air ferme et résolu était approprié à la qualité de ses hôtes. Je ne pus me défendre d'un certain saisissement en me trouvant au milieu d'hommes dont la folie avait donné lieu à des attentats de tout genre, parmi lesquels le régicide, l'assassinat, le meurtre, l'incendie, le viol, le vol figuraient en première ligne. L'aspect de plusieurs d'entre eux avait quelque chose de repoussant. Je me rappelle, entre autres, un homme de quarante-six ans environ, accroupi, dont les yeux fixes, le regard féroce, les traits résolus, la longue barbe, l'extérieur musculeux annonçaient la force, la décision et la violence. Aucun de ces aliénés n'était attaché, un très petit nombre avaient les mains fixées. En traversant ces corridors étroits, au milieu desquels je coudoyais à chaque instant la plupart de ces malades, il me vint dans l'esprit qu'un d'eux pouvait se jeter sur le visiteur qu'amenait son amour de la science, et lui faire un mauvais parti. Une pareille action n'est-elle pas surtout à redouter d'un individu qui simulerait la folie, et chercherait par là à donner le change à ses juges !

Au moment de ma visite, la division renfermait 97 personnes, 77 hommes et 20 femmes. Dans le courant de l'année, on avait reçu 7 hommes et 4 femmes ; 1 homme et 2 femmes avaient été rendus à la liberté par ordre du secrétaire d'Etat de l'intérieur ; 2 hommes et 1 femme avaient succombé. La classification de ces malades avait été faite dans l'ordre suivant :

1° Contre l'Etat : haute trahison 1 homme, sédition 1 *idem* ;
2° Contre les personnes, 52 hommes et 11 femmes ;
3° Contre la propriété, 23 hommes et 9 femmes.

16 de ces aliénés étaient renfermés depuis plus de vingt ans, 23 depuis plus de dix ans, 38 depuis cinq ans.

Je m'enquis du docteur Morrison, de l'état intellectuel des individus de cette division ; il me répondit que tous avaient donné des signes de dérangement de l'esprit, et qu'il ne pouvait rester aucune incertitude sur la réalité de la folie.

Les cas de monomanie homicide étaient assez nombreux. Parmi les aliénés de cette nouvelle espèce se trouvaient un capitaine de vaisseau qui, mu par une rage aveugle, avait à différentes reprises torturé son équipage ; à chaque instant il s'élançait sur ses matelots la hache et le poignard à la main, et avait égorgé avec des raffinements de barbarie deux mousses inoffensifs. On y avait également amené comme aliéné un homme qui avait cherché à attenter aux jours de la reine. Ce n'est pas au reste la première fois que les assassins des rois sont détenus comme fous à Bethlem, celui de Georges III y a vécu un grand nombre d'années. Je ne sais si je me trompe, mais j'ai la conviction que l'idée du séjour de Bethlem serait plus capable d'arrêter un véritable criminel que la perspective de l'échafaud.

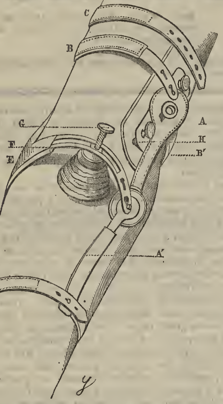
Le fait que je vais rapporter est une preuve que depuis longtemps les Anglais admettent la folie dans le crime. En 1811, un mari fut accusé d'un assassinat sur la personne de sa femme. C'était un vieillard qui avait eu d'elle quatorze enfants. Après quarante ans de mariage il avait voulu poignarder sa femme dans son lit, et lui avait fait plusieurs blessures graves ; elle se portait accusatrice, et le crime était évident. Le mari se renfermait dans une dénégation pure et simple, qui aggravait sa situation. Quand la vieille femme, qui était dévote, l'entendit nier si résolument et à plusieurs reprises le crime qu'il avait commis, elle s'approcha de la grille de fer qui sépare les accusés des juges et des avocats, et du ton le plus pathétique : Oh, Jean ! s'écria-t-elle, voudrais-tu aussi me faire passer pour menteuse ? Est-ce que tu ne t'es pas assez mal conduit ? Messieurs, mesdames, je remarque qu'il est fou !

Qui le croirait ? au-dessus des barreaux de fer, l'assassin et la victime étendirent leurs vieux bras décharnés, leurs visages ridés et couverts de pleurs se rapprochèrent, et dans une étreinte convulsive ils oublièrent leur misère mutuelle ; l'émotion gagna jusqu'aux juges et aux militaires de service. — Vous venez de dire que votre mari était fou, demanda le juge, expliquez vos paroles ? — Monseigneur, dit alors un vieux voisin, la raison du pauvre homme n'a jamais été bien saine. Je suis fâché de porter témoignage contre lui, mais c'est la vérité... Les preuves les plus convaincantes ayant été données à l'appui de cette déposition, jurés, avocats, juges se levèrent à la fois. — Nous étions sur le point, s'écria le juge, de condamner à la peine capitale cet homme, qui est reconnu pour fou ! — Non, non ! dit le vieillard ; fou ! je ne le suis pas, je ne l'ai jamais été ! Je vous répète que je ne suis pas fou. J'ai eu de mauvaises pensées ; elle m'ennuyait, j'ai voulu la tuer. Vous pouvez vous tromper vous-mêmes, si tel est votre désir, mes juges ; mais moi, je sais bien ce qu'il en est. — Cet homme, qu'un accès de férocité et de violence avait porté au crime, fut regardé comme attaqué de folie, et envoyé à Bethlem.

L'auteur de la note à laquelle j'emprunte ce récit (*Revue britannique*) ayant voulu visiter cet hôpital en 1833, y retrouva l'homme qu'il avait vu juger. Il était assis dans une étroite cellule et fort occupé à tordre les manches de sa chemise, d'où l'eau dégoûtait sur la terre. Depuis que cet homme est ici, lui dit le gardien, il n'a pas cessé de pleurer ; vous diriez qu'il se lave lui-même de son crime. Comme ses mouchois ne lui suffisent pas pour étancher ses larmes, toutes ses chemises en sont trempées, et il les sèche de son mieux comme vous voyez.

Dans une cellule voisine habitait un Italien qui avait égorgé sa fille après l'avoir violée. A chaque instant il se mettait à bondir dans sa cage avec la violence et la fureur d'un tigre. Cette agitation formait

térieur. Le souffle que l'application de l'oreille faisait entendre dans l'anévrisme a complétement disparu, et cependant la compression a toujours été tellement légère, que, malgré la finesse des téguments du bras de la malade, on n'a constaté pendant le cours du traitement ni ecchymose, ni même la moindre rougeur de la peau à l'endroit de la compression.



—Nous avons vu dans le même service un fait d'autant plus intéressant que, même maintenant, après la guérison du sujet, l'on a dû rester dans le doute sur la nature et le siége de l'altération qu'il présentait. C'est un bomme de trente-buit ans, qui entra à l'hôpital, il y a trois semaines, se plaignant de douleurs très vives dans la partie postérieure du cou et principalement dans l'épaule droite. Lorsque l'on appliquait la main sur l'épaule, pendant que le malade lui imprimait des mouvements on sentait des craquements très prononcés, secs, comme si le scapulum, dépourvu de ces parties molles, avait porté sur un corps raboteux. L'oreille, approchée de la même région, percevait un bruit analogue à celui que déterminerait le frottement de deux surfaces osseuses sèches et dépolies l'une sur l'autre.

Une application de sangsues, faite le jour même de l'entrée du malade, ne produisit aucune amélioration, non plus qu'un vésicatoire, qui fit cependant disparaître en grande partie la douleur.

Sous l'influence du repos et de frictions sur la région scapulaire avec le baume tranquille et l'huile de jusquiame, la douleur a cessé complétement, et les craquements ont tellement diminué d'intensité que c'est à peine si l'on peut maintenant en percevoir par moments quelques vestiges.

Quelle était la cause de ces craquements? Dans tout autre point du corps, on aurait pu croire à une crépitation produite par la sécberesse des tendons; d'une autre part, des exostoses n'auraient point ainsi disparu, et l'on ne pouvait songer à une dénudation des côtes et du scapulum. L'idée de l'existence d'hydatides intermusculaires, qui s'était présentée à nous, ne paraît guère pouvoir plus facilement rendre compte de ces craquements trop secs et trop rudes pour être produits par des corps mous de cette espèce. Après la guérison, nous le répétons, il semble aussi impossible qu'il l'était avant le traitement d'établir même une simple conjecture de quelque valeur sur la nature de cet état morbide.

— M. Lisfranc est le premier, croyons-nous, qui ait signalé la possibilité de la salivation mercurielle chez les femmes sur le col de l'utérus desquelles on avait pratiqué des cautérisations avec le proto-nitrate acide de mercure.

« J'ai observé, disait-il dans sa *Clinique chirurgicale de l'hôpital de ta Pitié*, que le proto-nitrate acide liquide de mercure produisait la salivation une fois sur deux cents; je l'ai d'ailleurs toujours vue jusques aujourd'bui très faible; quelques jours ont suffi pour la dissiper. »

Cbez une malade, couchée à la salle Saint-Augusin, nous avons vu une seule cautérisation sur le museau de tanche déterminer une salivation très abondante et la plus forte que M. Lisfranc ait encore observée en pareille circonstance. Ce fait nous a semblé curieux à signaler en ce sens qu'il démontre en même temps une faculté absorbante très rapide et très considérable d'une partie à laquelle on n'avait pas accoutumé de l'accorder à un si haut degré, et une *susceptibilité mercurielle* excessive de cette femme, susceptibilité aussi grande que celle de certains individus chez lesquels il suffit quelquefois de quelques centigrammes de calomel pour déterminer la salivation.

— Une femme de trente-deux ans présentait pour la seconde fois des douleurs à la partie antérieure de la cuisse gauche. Elle entra, vers la fin du mois dernier, dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu. Voici ce que l'on put constater par un examen attentif:

La douleur suivait à peu près exactement le trajet d'une ligne tirée du milieu de la cuisse jusqu'au condyle interne du fémur, mais ne se propageait pas du tout à la jambe; il n'y avait non plus aucune sensibilité de la partie postérieure de la cuisse, suivant le trajet du nerf sciatique. Interrogée avec soin sur la nature de cette douleur, il parut bien constant, d'après le récit de la malade, qu'elle éprouvait à la fois les deux formes de douleur propres aux névralgies, savoir, la douleur *contusive continue* et la douleur *intermittente lancinante*, cette dernière surtout très violente et très prononcée. Il y avait d'ailleurs absence de fièvre et de toute complication. Ce qui parut remarquable, c'est qu'il existait dans la cuisse et dans la jambe de ce même côté une diminution notable de la sensibilité, comparée à celle du membre du côté opposé; et cependant, la nature des symptômes, l'absence de toute espèce de trouble fonctionnel du côté de la vessie et du rectum ne permettaient pas de s'arrêter un seul instant à l'idée d'une lésion de la moelle.

Sous l'influence d'une application de sangsues, de bains tièdes, de frictions narcotiques, et surtout de l'application de deux vésicatoires volants, les douleurs cessèrent complétement dans l'espace de huit à dix jours, et, chose remarquable, la sensibilité reparut à mesure que les douleurs se dissipaient. Sous ce rapport, il ne peut rester aucun doute, car l'exploration fut faite à plusieurs reprises avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse attention. La malade n'a pu nous dire si lors de sa première atteinte névralgique, il y a six ou sept mois, elle avait éprouvé absolument les mêmes phénomènes, son attention n'ayant pas été attirée sur ce sujet. Nous avions omis de dire que la motilité n'était nullement affectée.

Ce fait d'une névralgie accompagnée d'anesthésie, le tout indépendant d'une altération *organique appréciable*, doit être chose assez rare, si nous en jugeons par le silence des auteurs qui se sont occupés de l'histoire des névralgies. Nous avions même cru qu'il n'avait été signalé que dans une épreuve de concours soutenue par M. Gendrin à la Faculté, lorsque nous l'avons trouvé indiqué dans le Traité de pathologie interne de notre excellent confrère M. Grisolle, lequel dit, en parlant de la névralgie sciatique : « Elle est quelquefois accompagnée d'une anesthésie plus ou moins complète, occupant principalement la face dorsale du pied. » Quoi qu'il en soit, l'observation que nous avons rapportée n'en reste pas moins intéressante, en ce qu'elle offre un exemple d'une circonstance assez rare dans l'bistoire des affections douloureuses des nerfs.

— Nous avons eu l'occasion de rapporter dernièrement un fait d'bydarthrose recueilli dans le service de M. Nélaton, et dans lequel la pommade au nitrate d'argent n'avait produit aucun résultat. Nous avons observé, dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu, un fait aussi peu concluant en faveur de l'efficacité de ce moyen.

Une femme de 29 ans entra à l'Hôtel-Dieu, il y a deux mois, pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé, non accompagné d'une forte réaction fébrile; les douleurs étaient assez vives dans les articulations des membres, mais sans gonflement et sans rougeur des téguments: sauf au genou gaucbe, qui était volumineux et dont la peau offrait une teinte rosée. Quelques saignées générales firent disparaître les douleurs dans tous les points qu'elles occupaient, excepté dans le genou gaucbe, dont l'état ne s'améliora ni sous l'influence des applications de sangsues et de vésicatoires, ni par l'administration du sulfate de quinine. Deux mois encore après son entrée la malade présentait un volume très considérable de l'articulation fémoro-tibiale gauche, qui était le siége d'un épanchement abondant, rebelle à toutes les médications, même les plus énergiques, et à des frictions prolongées avec la pommade au nitrate d'argent.

— Les plaies du poumon et l'hydropnenmothorax produits par des côtes fracturées sont des accidents assez fréquents; ce qui est plus rare, c'est la terminaison de ces désordres par la guérison. Nous avons vu dans le service de M. Nélaton à l'hôpital Saint-Antoine un homme d'une trentaine d'années qui avait été renversé à terre par une voiture dont la roue lui avait passé sur la poitrine. Il y eut fracture de côtes, inflammation consécutive de la plèvre avec épanchement purulent, et expulsion du pus au dehors par les bronches au moyen d'une perforation du parenchyme pulmonaire par l'extrémité d'un des fragments osseux. Jusque-là, rien de bien surprenant. Mais ce qui donne au fait que nous rapportons un intérêt tout particulier, c'est la guérison du malade, la cicatrisation de la plaie pulmonaire, et l'adhérence complète du poumon gaucbe à la plèvre costale dans toute son étendue au moyen de fausses membranes. L'exploration attentive de la poitrine de cet homme fait reconnaître un rétrécissement notable de la moitié gauche de la poitrine, résultat assez fréquent de la résorption d'un épanchement pleurétique et de la diminution du volume du poumon; matité ou plutôt résonnance moins bonne à la percussion, de toute cette moitié de la cage tboracique, conséquence de la formation des fausses membranes entre les deux feuillets de la plèvre; enfin, faiblesse du murmure respiratoire, qui, bien que normal, semble plus éloigné et comme à demi étouffé par l'interposition d'une lame épaisse de tissus mous.

— Dans la même salle est encore couché le malade opéré dernièrement de la cataracte par M. Nélaton, et dont ce pra-

---

un contraste frappant avec l'altitude des autres criminels, qui étaient calmes et tranquilles. Parmi ces derniers on remarquait un petit homme, maigre, mince, pâle, qui se promenait les bras croisés. Son plaisir, ou plutôt sa folie, était de tuer. Son naturel était doux; il ne volait jamais; et sans cette maladie incurable qui lui avait fait assassiner un pauvre colporteur et deux enfants, sa société aurait été très agréable. A cette époque le plus célèbre habitant de Bethlem était l'incendiaire Martin, frère aîné du peintre Martin, qui avait incendié la cathédrale d'York, parce qu'il avait entendu une voix qui lui criait de brûler cet édifice, qui était un lieu de perdition et de damnation.

Un certain nombre d'individus avaient été renfermés pour avoir tué dans le but de se faire condamner à mort n'ayant pss le courage d'attenter à leurs jours. Esquirol cite plusieurs faits de ce genre : on en trouve également dans l'ouvrage de Marc; nous en avons recueilli plusieurs exemples remarquables On lit dans l'ouvrage du célèbre Gall l'observation d'une jeune femme, détenue dans une maison de correction, qui, fatiguée de la vie à cause des mauvais traitements qu'elle avait éprouvés dans la prison, prit la résolution de s'en délivrer en commettant un meurtre. Elle accomplit son projet sur une fille très simple qu'on lui avait donnée pour garde, en lui persuadant qu'il n'y avait point d'autre moyen de sortir de leur misérsble position qu'en se donnant la mort. L'autre accéda à la proposition, tendit la gorge et reçut le coup avec une résignation parfaite. Lorsqu'on interrogea l'accusée, elle répondit : Je pensais en moi-même, si je m'ôte la vie mon âme est perdue pour toujours; mais si j'exerce le meurtre sur une autre, je ne perdrai pas moins la vie, mais j'aursi du temps pour me repentir, et Dieu me pardonnera. Nous pourrions joindre, aux faits nombreux que possède la science, celui d'un homme qui, à la suite de grands chagrins de famille, fut pris de l'idée de mettre fin à ses jours; mais, comme il ne se sentait pas le courage nécessaire pour exécuter son projet, il imagina de tuer une personne qu'il connaissait à peiue. Ces deux idées faisaient le désespoir de sa vie. Tous les journaux anglais ont rapporté l'histoire d'un petit marchand de la Cité, qui vint se constituer prisonnier et se dénoncer comme meurtrier d'une domestique qui avait dispsru de chez lui et que les recherches les plus actives n'avaient pu faire découvrir. L'affaire s'instruisit; le marchand persévérait et donnait des détails très précis; on croyait à la culpabilité, lorsqu'on apprit que la domestique était retrouvée. Celle-ci dit qu'elle avait quitté la maison de son maître parce qu'elle s'y trouvait peu convenablement traitée, et que toute l'histoire de son prétendu assassinat n'était qu'une fable; on examina le pauvre homme qui s'était dénoncé. Ses réponses sont assez curieuses pour attirer l'attention. D'abord, il persista dans sa première déclaration; mais, pressé de questions, il finit par avouer le mobile réel de sa dénonciation. J'étais malheureux, criblé de dettes, rien ne me réussissait; j'avais éprouvé de violentes contrariétés; la vie était devenue un fardeau pour moi; la lecture des journaux, sans cesse remplis de récits de meurtres et de confessions de meurtriers, me suggéra l'idée d'employer ce moyen pour me débarrasser de l'existence. Le journal anglais qui cite cette anecdote ajoute, il y a un an, lorsque l'incendie des fermes répandait la terreur dans nos campagnes, lorsque les papiers publics retentissaient du bruit de ce crime, que plusieurs paysans s'accusèrent d'avoir mis le feu aux granges de leurs voisins; et il fut prouvé par des *alibi* incontestables qu'ils n'avaient pas pu commettre le crime dont ils s'accusaient. Salieri, l'auteur de *Tarare*, s'accusa, en 1791, dans un accès d'aliénation, d'avoir empoisonné Mozart. Ces faits, qui peuvent paraître surprenants, prouvent l'influence de l'instinct imitateur qu'on relrouve partout. Un homme se tue-t-il par un moyen nouveau, soyez certain que vous entendrez parler bientôt de plusieurs morts semblables. L'homme qui le premier s'est fait broyer dans les roues de la puissante locomotive n'a pas tardé à avoir de nombreux imitateurs.

La section des femmes aliénées criminelles de Bethlem est beaucoup moins considérable que celle des hommes; on n'y comptait à mon passage que vingt personnes. Je fis remarquer au docteur Morrison que beaucoup de ces détenues étaient jeunes, il me répondit que la folie de ces infortunées était due, daus une proportion notable de cas, à l'influence de la grossesse et de l'accouchement; aussi l'infanticide figure-t-il dans les causes pour un chiffre élevé. Je me rappelle la belle lettre que William Hunter écrivait sur ce sujet à la Société royale de Londres. Quiconque, dit ce grand chirurgien, veut apprécier avec justesse les actions humaines, doit en mettre une grande partie sur le compte de la situation d'esprit où se trouvent ceux qui les commettent; et voilà pourquoi la législation de tous les pays est si indulgente pour les cas de démence. On ne regarde nulle part les fous comme responsables de leur manière d'agir. Voyez ce qui se passe chez la femme qui se repent sincèrement d'avoir été faible : elle ne peut soutenir l'idée de sa honte et brûle de conserver sa réputation. Elle était vertueuse et estimée; elle ne se sent pas assez de courage pour attendre et avouer son infamie. A mesure qu'elle perd l'espérance, ou de s'être méprise par rapport à sa grossesse, ou d'être affranchie de ses terreurs par un accident subit, elle voit tous les jours s'accroître et s'approcher le danger; elle est de plus en plus troublée par l'épouvante et le désespoir. Plusieurs se rendraient alors coupables de suicide si elles ne savaient qu'une pareille action entraînerait infailliblement les recherches judiciaires qui dévoileraient ce qu'elles ont si fort à cœur de tenir secret... Souvent elles sont surprises plutôt qu'elles ne s'y attendaient; tous leurs plans sont déconcertés; le chagrin et les souffrances leur ôtent le jugement. Si leur alfaiblissement n'est pas extrême, elles prennent la fuite au fort des douleurs, accouchent d'elles-mêmes en quelque lieu que leur effroi et leur confusion les aient portées à se réfugier, et demeurent évanouies, hors d'état par conséquent de veiller à ce qui se passe autour d'elles; et, en recouvrant leurs esprits, elles trouvent leur enfant expiré.

A ce tableau si vrai de l'état moral dans lequel se trouvent les malheureuses filles que leur inexpérience n'a pu garantir de la séduction, nous pouvons joindre les résultats précis fournis par la statistique. Dans un rapport du conseil général des hospices de Paris, qui comprend dix années, depuis 1804 jusqu'en 1814, on remarque, à l'article des aliénées, que le nombre de celles qui ont été reçues à la Salpêtrière a été pour les femmes de 2,804. De ce nombre d'aliénations, 658 sont dues chez les femmes à l'accouchement, à ses suites ou à ce qui le précède de plus ou moins loin. En présence d'un pareil résultat, qui élève la folie de l'accouchement au quart environ de toutes les causes, de sérieuses réflexions doivent êlre faites psr ceux qui sont appelés à décider du sort d'une pauvre fille accusée d'infanticide.

La doctrine de la folie dans le crime a rencontré de graves adversaires parmi les magistrats, et il faut convenir que les exagérations de quelques-uns de ses défenseurs ont fourni des armes puissantes. Mais la vérité a commencé à se faire jour, et beaucoup d'actions autrefois réputées criminelles et punies de mort sont aujourd'hui considérées comme des actes de folie.

Voici ce qu'on lit dans *Le Droit* du 30 août dernier :

Le 26 de ce mois, a comparu devant la Cour d'assises de la Dordogne (Périgueux), le nommé Jean Rouchon, accusé d'avoir égorgé ses deux enfants. C'est un homme de trente-cinq ans; sa physionomie révèle une intelligence bornée; sa contenance devant la Cour est triste et abattue. L'acte d'accusation porte qu'après une discussion avec sa femme, celle-ci le vit entrer dans la grange, conduisant sa fille aînée par la main, et portant son plus jeune enfant sur le bras. Quelques minutes s'étaient à peine écoulées, que Rouchon repasse seul, lui disant : « Adieu, brusquante, porte-toi bien! » Et il s'éloigna de leur domicile. Celle-ci, inquiète de ne pas voir ses enfants, se rendit à la grange, dont la porte était simplement poussée, l'ouvrit et les aperçut ensanglantés et sans vie; leurs corps étaient légèrement recouverts de paille.

Aux cris poussés par la malheureuse mère, ses parents et ses voisins accoururent. Deux larges blessures faites au cou des deux enfants, et qui paraissaient produites par un instrnment tranchant, indiquaient qu'ils avaient été égorgés. Le même jour, vers les deux heures après midi, Jean Rouchon se présenta devant M. le juge d'instruction. Il déclara à ce magistrat le crime affreux dont il venait de se rendre coupable, et lui en raconta les plus atroces détails. Invité à faire connattre les motifs d'un attentat auquel le juge se refusait à croire, il

ticien avait entretenu la Société de chirurgie. On se rappelle que, lorsque l'incision de la cornée avait été faite et que l'on avait voulu déchirer la capsule, on reconnut qu'il fallait extraire la cataracte en masse en raison de la durée de la capsule, et que c'est ce qui arriva en effet, avec cette particularité remarquable qu'il ne s'échappa pas la moindre quantité d'humeur vitrée. Chez cet homme, maintenant, la vue est en grande partie rétablie de l'œil opéré; il distingue les grosses lettres d'un livre et les aiguilles d'une montre. Lorsqu'il imprime au globe oculaire un mouvement, si léger soit-il, on voit l'iris trembloter comme si son bord libre était plus lâche qu'à l'état normal. La disposition de l'œil, avant que l'opération ne fût faite, rend parfaitement compte de ce tremblotement de la membrane. La masse formée par le cristallin et sa membrane repoussait fortement l'iris en avant, de telle sorte que la chambre antérieure de l'œil avait presque complétement disparu. On conçoit que, par suite de cette propulsion d'arrière en avant, l'iris, presque accolé à la face postérieure de la cornée et anormalement distendu, a dû perdre jusqu'à un certain point de son ressort et de son élasticité, et qu'une fois enlevée la masse qui le poussait en avant, son bord libre n'étant plus suffisamment tendu, flotte en quelque sorte dans l'humeur aqueuse.

La même disposition existe dans l'œil opposé, qui est également cataracté, et dans lequel on constate facilement la disparition presque complète de la chambre antérieure, l'iris bombée en avant n'étant séparé de la cornée que par une couche très mince de liquide aqueux. Cette disposition donne la certitude que lorsque l'opération aura été faite de l'œil droit, le même tremblotement de l'iris aura lieu. Disons à ce propos que, contrairement à l'opinion de Dupuytren et de Sanson, M. Nélaton préfère comme règle générale l'opération de la cataracte par extraction à l'abaissement.

— M. Malgaigne a pratiqué lundi dernier une résection du tibia chez l'enfant qui présentait un cal vicieux, suite d'une fracture mal consolidée des deux os de la jambe, et dont l'observation a été publiée il y a quelques mois dans ce journal. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 6 août, clinique de M. Guersant fils.) Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette observation. Z...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Ophthalmie purulente des enfants, communiquée à la mère. Saignées locales et générales; cautérisations avec le nitrate d'argent. Guérison.

Une femme âgée de vingt-six ans tombe malade et entre dans un hôpital. Ses deux enfants, âgés déjà de quelques années, sont mis au dépôt. La mère une fois guérie retire ses enfants, et s'aperçoit, quand elle est rendue à son domicile, que ses enfants ont mal aux yeux.

Espérant que cette maladie n'aurait aucune gravité, elle se borne à des soins de propreté et à leur laver les yeux avec de l'eau de mélilot. Peu de jours après, cette malheureuse mère est atteinte d'ophthalmie purulente, et entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert.

Les deux yeux, qui étaient devenus malades à un intervalle de deux à trois jours, offraient tous les symptômes d'une ophthalmie purulente intense, tels que rougeur et gonflement de la muqueuse oculo-palpébrale et des paupières, écoulement puriforme, douleurs, photophobie; enfin des phénomènes de réaction constitutionnelle existaient également.

Malgré l'intensité de cette inflammation, les deux yeux furent guéris et la vue conservée, mais non sans donner lieu à de sérieuses craintes.

Ce ne fut qu'à l'aide d'un traitement fort énergique, des saignées locales et générales et des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, que l'on obtint cet heureux résultat.

S'il est démontré que des enfants peuvent contracter une ophthalmie purulente en venant au monde, pendant le passage de la tête à travers un vagin atteint de gonorrhée, il est aussi reconnu que cette sorte d'inoculation, que ce mode de développement de la maladie est assez rare et exceptionnel.

Le fait que nous venons de rapporter, tout en éloignant l'idée de cette inoculation, nous paraît démontrer d'une manière bien évidente la contagion de l'ophthalmie purulente des enfants. Cette opinion, partagée par Scarpa, Mackenzie et plusieurs autres, avait été soutenue par un chirurgien anglais, M. Mac Grégor, dont Samuel Cooper rapporte l'observation :

« Le 21 octobre 1809, vers quatre heures après midi, la nourrice Flanelly, injectant une lotion dans les yeux d'un enfant, fit jaillir de la seringue dans son œil droit quelques gouttes de cette lotion, qui avait déjà servi à nettoyer les yeux malades. Elle ne sentit point ou au moins sentit peu de douleur dans le moment; mais vers neuf heures, le même soir, l'œil droit devint rouge et un peu douloureux, et lorsqu'elle se réveilla, le lendemain matin, les paupières étaient tuméfiées, il y avait un écoulement purulent, de la douleur, » etc. (S. Cooper, *Dict. de Chir.*, édit. de Paris.)

En comparant ces deux faits entre eux, on ne peut s'empêcher d'y découvrir sans doute beaucoup d'analogie. Mais, pour terminer, rappelons que chez ces deux malades atteints, l'un d'ophthalmie purulente gonorrhéique, l'autre d'ophthalmie purulente des enfants, ce n'est qu'en agissant énergiquement et en ayant recours à une méthode mixte, c'est-à-dire aux antiphlogistiques et à la cautérisation de la muqueuse oculaire avec le crayon de nitrate d'argent, que M. Jobert est enfin parvenu à triompher de cette terrible maladie.

REVUE GENÉRALE.

Fragments de verre introduits dans les tissus. — M. Escalier a communiqué l'observation suivante au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Le 5 janvier dernier, M. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, reçut dans cet établissement un boulanger portant une lésion dont le diagnostic ne laissait pas d'offrir quelque difficulté. Cet homme, doué d'une constitution vigoureuse, s'était fait huit mois auparavant une blessure prufonde à la face palmaire de la main droite en tombant sur un carreau de vitre. Examinée sur-le-champ, la plaie résultant de cet accident n'avait paru contenir aucun corps étranger; elle s'était d'ailleurs cicatrisée promptement; mais peu à peu il se forma au-dessous de l'extrémité inférieure de la cicatrice, près de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt médius, une tumeur qui grossit et devint douloureuse à la pression. En même temps, le doigt médius se fléchissait sur la main. Ce fut à raison de ces phénomènes morbides que le malade crut devoir recourir à l'intervention de l'art.

M. Monod le présenta à la Société de chirurgie, où les avis sur la nature de l'affection furent partagés. Quelques membres pensèrent que la tumeur était le résultat d'une cicatrice du tendon, et conseillèrent la ténotomie pour remédier à la rétraction du doigt. D'autres crurent que cette tumeur était causée par la présence d'un corps étranger, qui pouvait très bien être un fragment de verre. M. Monod se rangea à cette opinion, et agit en conséquence. Il divisa la tumeur vers sa partie externe, et bientôt le bistouri heurta un corps dur qui, dégagé par un débridement convenable, fut reconnu pour être effectivement un fragment de verre de forme triangulaire, et ayant environ 1 centimètre sur chaque face. Le corps étranger ayant été extrait, M. Monod rapprocha les bords de la nouvelle plsie, la main fut étendue sur une palette, et, grâce à cette précaution, la guérison s'obtint sans rétraction du doigt médius.

Réflexions. — La manière dont se comporte le verre dans nos tissus est assez digne de remarque. C'est, de tous les corps étrangers, celui qui est le mieux toléré par les organes. Le fragment de verre s'enkyste à l'aide du tissu cellulaire ambiant qui s'indure, il s'isole véritablement du corps humain; et s'il n'existe pas dans son voisinage de nerfs qui en souffrent ou de puissances musculaires qui tendent à le faire cheminer dans un sens ou dans l'autre, il ne détermine pas de douleur et peut séjourner ainsi dans les tissus indéfiniment. Mais, dans les cas où le fragment de verre avoisine des tendons, comme dans l'observation qui précède, ou des masses musculaires au mouvement desquelles il est forcé d'obéir, alors il finit, s'il est anguleux surtout, par devenir un agent dangereux de stimulation.

M. Bérard fut consulté un jour par un marchand de chevaux qui, dans une rixe, était tombé à la renverse sur un carreau de vitre. Un fragment de verre pénétra dans la région lombaire, et y détermina des douleurs assez vives, puis la plaie se cicatrisa. Or, quand ce malade était couché, aucune sensation chez lui n'accusait la présence d'un corps étranger; se livrait-il au contraire à des mouvements généraux du tronc, ou venait-on à presser fortement sur la cicatrice, des douleurs aiguës s'y faisaient ressentir. Cet état dura pendant quelques mois, à l'expiration desquels cédant aux conseils de M. Bérard, le malade se décida à subir l'opération que ce chirurgien lui proposait. M. Bérard incisa les ligaments et l'aponévrose du muscle grand dorsal, pénétra dans la masse commune des muscles sacro-lombaire et très long du dos, et tomba sur un morceau de verre long de 5 centimètres, ayant la forme d'un triangle tronqué. Malheureusement on ne put extraire la pointe de ce triangle; et cette pointe, qui avait vraisemblablement traversé une partie considérable du canal vertébral, finit par déterminer une myélite à laquelle le malade succomba.

Dans d'autres circonstances, la nature finit elle-même par éliminer le fragment de verre. Un jeune homme, blessé au bras par un morceau de verre, put conserver ce corps étranger sans le moindre inconvénient, pendant trois années. Après ce laps de temps, quelque douleur se fit sentir sous le tissu de cicatrice; cette douleur devint de plus en plus vive; une inflammation ulcérative se manifesta en ce point, et bientôt apparut à l'extérieur un fragment de verre de 3 centimètres de long.

Il résulte de ces citations, que si, comme on l'a dit, le verre est bien toléré par nos organes, il y a aussi une infinité de circonstances dans lesquelles cet agent devient la cause de désordres graves à une époque plus ou moins éloignée de l'instant de son introduction dans les tissus. Il faut donc, quand un accident de ce genre se produit, tenir la plaie béante et ne point tenter la réunion immédiate. Il convient d'explorer la plaie avec soin, d'y introduire un stylet, de s'éclairer à l'aide du bruit provenant de la collision du métal; et alors même que cette collision ne serait pas sentie, il y aurait encore de la prudence à laisser suppurer la plaie et à en élargir au besoin l'ouverture par un débridement opportun pour faciliter la sortie des moindres parcelles de verre.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les moyens de masquer le goût désagréable des protosels de fer pour leur emploi médicamenteux; par M. GAFFARD.

Le fer, à l'état de protocarbonate, est dans les conditions les plus favorables à son assimilation dans l'économie animale.

D'un autre côté, les matières sucrées au moyen desquelles on enveloppe ce sel, ont la propriété de le préserver d'un plus haut degré d'oxydation.

Partant de ces notions, M. Gaffard a voulu essayer si le cacao, sans nuire à la manière d'agir du sucre dans ce cas, ne réussirait pas à masquer la saveur atramentaire désagréable que retient toujours le protosel de fer.

Son attente ne fut point déçue; car il constata qu'en associant ce sel ferreux, même en très grande proportion, au sucre qui doit entrer dans la composition du chocolat, et en ajoutant ensuite le cacao, le goût atramentaire disparaît entièrement, et que le chocolat ainsi préparé se conserve parfaitement, sans que le fer du protocarbonate y éprouve aucune modification chimique, même dans l'espace d'un an. Des essais thérapeutiques ont en outre démontré que, sous cette forme, le protosel de fer exerce sur l'organisme vivant la même action que lorsqu'il est donné à l'état de pureté.

Voici la formule adoptée par M. Gaffard pour cette nouvelle préparation :

Sulfate de fer cristallisé,	80 grammes.
Carbonate de soude cristallisé,	95

Faire dissoudre, d'une part, le sulfate de fer dans environ 320 grammes d'eau privée d'air; d'autre part, faire dissoudre le sel alcalin dans 160 grammes de la même eau; ajouter à chaque soluté 10 grammes de sucre de canne; mêler dans un vase de forme élevée; laisser reposer, décanter, laver avec de l'eau privée d'air, et contenant 20 grammes de sirop par demi-kilogramme de liquide; répéter plusieurs fois ces lavages, décanter et ajouter :

Sucre en poudre,	500 grammes.

Mêler intimement, soumettre rapidement à la dessiccation sur des plaques de fer, à l'étuve, et, lorsque la masse est sèche, ajouter sans perdre de temps :

Cacao caraque légèrement torréfié,	280 grammes.
Cacao maragnan légèrement torréfié,	200
Cannelle pulvérisée,	3

F. S. A. un chocolat qui devra être ensuite divisé en tablettes de 5 grammes, dans chacune desquelles se trouveront contenues 163 milligrammes de protocarbonate de fer, représentant 110 centigrammes de protoxyde de fer.

Modifications à l'emploi du soluté d'opium dans le traitement local des végétations syphilitiques; par M. le docteur VENOT, de Bordeaux.

Comme tous les praticiens le savent, M. Desruelles a conseillé depuis plusieurs années déjà l'application d'un soluté aqueux et concentré d'opium comme un moyen topique essentiellement curatif des hypertrophies vénériennes. M. le docteur Venot, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Bordeaux, a adopté avec succès cette nouvelle médication; mais l'expérience l'a conduit à modifier en quelques points son emploi.

Ainsi, après les premières expérimentations, ce chirurgien avait reconnu que pour en obtenir toute l'efficacité possible le soluté opiacé doit être très concentré et récemment préparé; que les végétations épidermiques blanches, sèches, à pédicules menus résistent opiniâtrément à l'action de ce moyen; qu'au contraire, les végétations muqueuses, rouges, à lobes séparés, à pédicule large, que les poireaux humides, irrités, que les condylomes, que les pustules végétantes, en un mot que toutes les hypertrophies cellulo-vasculaires cèdent sûrement, entièrement à l'emploi de ce soluté, qui agit alors d'une manière presque spécifique, particulièrement lorsqu'on commence à l'appliquer après un mois environ de traitement général; enfin, que l'action toxique du soluté peut, si on ne sait s'en garantir, s'étendre aux parties saines voisines des points malades, et devenir ainsi la cause d'accidents fâcheux plus ou moins graves.

Une nouvelle série d'expériences a conduit M. Venot à varier les procédés de pansement et à tenter des combinaisons diverses, dans le but surtout de prévenir l'extension des effets du soluté au delà des limites dans lesquelles on désire les circonscrire. Parmi les combinaisons diverses dont il a fait l'essai, l'association de l'extrait de ciguë lui a paru devoir mériter la préférence dans les cas de transformations

---

répondit que, ne pouvant plus supporter les tracasseries dont il était l'objet dans sa famille, et ne voulant pas laisser ses enfants aux mains de parents dont il avait tant à se plaindre, il s'était décidé à les égorger, après avoir médité pendant un mois l'exécution de son épouvantable projet. Il manifesta, du reste, le plus profond repentir de l'action criminelle qu'il venait de commettre, et remit au juge le couteau encore ensanglanté avec lequel il venait de donner la mort à ses enfants.

Un crime si extraordinaire, suscité par de si futiles mutifs, semblait, au premier abord, indiquer un raison dérangée. Aucun fait cependant n'a pu être signalé qui rende probable une perturbation quelconque dans l'intelligence de l accusé. Le crime dont il s'est rendu coupable rest encore avec l'explication qu'il en a donnée lui-même. On procède à l'interrogatoire de l'accusé. *M. le président*, lui montrant le couteau ensanglanté : Est-ce avec ce couteau que vous avez donné la mort à vos deux enfants? — *L'accusé*, regardant ce couteau, répond en sanglotant : Je le crois. — *M. le pr. :* Mais qui a pu vous porter à une pareille extrémité, vous aviez à vous plaindre de vos parents; mais ces pauvres enfants, devaient-ils en être les vtctimes? — *L'accusé*, en pleurant et d'un air accablé : Je les aimais beaucoup! — *M. le pr. :* Mais si vous les aimiez, pourquoi les égorger? — *L'accusé :* Je ne sais pas. — *M. le pr. :* Quand vous avez eu ôté la vie au premier de vos enfants, comment n'avez-vous pas reculé devant un second meurtre? — *L'accusé :* Je ne sais pas. (A toutes les questions bienveillantes du président, l'accusé répond : Je ne sais pas.) — *M. le pr. :* Vous ne pouvez nous expliquer ce qui vous a porté à donner la mort à vos enfants; mais en avez-vous du regret? — *L'accusé*, avec accablement : Oui, monsieur... Ah! je les aimais beaucoup.

On procède à l'audition des témoins. Sans constater précisément l'état de folie de l'accusé, quelques dépositions tendent à établir qu'il avait une intelligence des plus bornées; ce qui le rendait susceptible aux plus légères contrariétés. Une de ses tantes avait été atteinte d'aliénation mentale et enfermée par mesure de sûreté. Elle parvint à éviter la surveillance, et se donna la mort en se précipitant du haut de la maison de santé où elle était détenue. Plusieurs autres parents de l'accusé sont aussi morts privés de leur raison.

Le jury entre dans la salle des délibérations, il en sort au bout de quelques instants avec un verdict de non-culpabilité.

Le procureur du roi requiert que Jean Rouchon soit maintenu en état d'arrestation, pour être ultérieurement décidé à son égard, attendu les dangers qui résulteraient pour la société de sa mise en liberté. Le défenseur prend les mêmes conclusions.

D'autres faits semblables pourraient être recueillis; il suffirait, pour cela, de parcourir la *Gazette des Tribunaux* et le *Droit*. Nous croyons celui-ci propre à démontrer l'existence de crimes commis sous l'influence d'une perturbation mentale. L'opposition à cette doctrine n'a rien qui doive surprendre; c'est la marche naturelle de l'esprit humain. Quand un homme plus éclairé que les autres, ou qui a mieux étudié la matière, demande une réforme, une amélioration, un progrès, il voit aussitôt s'élever contre lui ceux qui enseignent le principe contraire, le défendent ou en vivent.

En 1670, le parlement de Rouen présentait une requête à Louis XIV pour le prier de rappeler un édit par lequel le roi exemptait du dernier supplice de pauvres insensés condamnés au feu comme sorciers. Louis XIV ne fit point droit à la requête qui signalait les prétendus sorciers comme convaincus de crimes qui vont à la destruction de la religion et à la ruine des peuples. Encore quelques années, et les monomanes homicides seront rangés dans la catégorie des ensorcelés.

Mais si les médecins ont démontré l'action de la folie dans ces crimes sans motifs, dans ces entraînements irrésistibles; si les tribunaux ont déjà plus d'une fois renvoyé les accusés dans des établissements spéciaux, nous sommes d'avis qu'il conviendrait, dans cette circonstance, d'imiter la conduite de l'Angleterre, qui a créé une division particulière à l'hôpital de Bethlem pour ces aliénés, et qui se propose de construire un seul établissement pour tous les individus qui se trouvent dans ce cas. On ne peut en effet placer ces sortes de malades avec les autres aliénés. Leur contact n'est pas sans dangers; ils excitent les plaintes de leurs commensaux; ils en sont quelquefois l'effroi; ils deviennent un sujet de reproches de la part des familles; ils exigent des mesures de précaution, qui sont autant d'entraves pour les autres, et font ressembler la division à une prison. Les fous criminels ne sont pas les seuls qui pourraient être séquestrés; la même mesure s'appliquerait aux fous vagabonds que les tribunaux condamnent ou envoient tour à tour dans les hôpitaux. Par les considérations que nous venons de faire valoir, par d'autres motifs tirés de l'équité et de la justice, nous proposons la création d'un établissement spécial, divisé en deux sections, dans lequel seraient renfermés tous les individus traduits pour des délits correctionnels ou criminels, et qui seraient déclarés aliénés par les tribunaux. Ceci existe en Angleterre, et son exemple nous paraît cette fois bon à suivre.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

On nous écrit que la dysenterie règne d'une manière effrayante dans les communes de l'arrondissement de Malines. Les médecins n'y peuvent suffire. L'on se fera une idée de la mortalité qui décime la population de ces communes, lorsqu'on apprendra qu'à Lippeloo, qui ne possède que 500 et quelques habitants, plus d'un cinquième de la population est mort : 109 personnes. (*Gaz. méd. belge.*)

et de dégénérescences cancéreuses, avec lesquelles certaines hypertrophies syphilitiques lui semblent présenter plus de rapport qu'on ne le soupçonne en général.

Pour ces nouveaux cas, M. Venot s'est arrêté à la formule suivante :

Extrait aqueux d'opium,	12 grammes.
Extrait de ciguë,	5
Eau distillée,	100

M. et F. dissoudre S. A.

Ce soluté réussit à merveille sans avoir en aucune manière l'inconvénient de réagir défavorablement sur les tissus sains qui environnent les parties malades ; et comme, d'un autre côté, il jouit de la même efficacité que le soluté concentré d'opium seul, M. Venot n'hésite pas à proposer de le substituer dans tous les cas à ce dernier.

Bibliographie.

Traité sur la vaccine, ou *Recherches historiques et critiques sur les résultats obtenus par les vaccinations et revaccinations*, etc.; par le docteur Steinbrenner. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences.)

On a beaucoup écrit sur la vaccine, et il y a douze ou quinze ans la question semblait complétement épuisée. Faire un livre sur ce sujet à cette époque eût semblé une folie au plus grand nombre des médecins. Qu'eût-on pu dire qui n'eût été déjà mille fois écrit et répété ? Tout d'un coup, vers 1838, et par une soudaine infiltration des idées venues de l'étranger, de l'Allemagne surtout, une anarchie longtemps comprimée se manifesta dans les rangs des médecins français ; on ne croyait plus à la préservation absolue de la variole pour les individus vaccinés. Des faits nombreux, suspects étaient venus ébranler les convictions. Les revaccinations, pratiquées sur une grande échelle dans les contrées d'outre-Rhin, avaient fourni des résultats imprévus. Peu s'en fallait presque que l'on ne crût plus du tout à l'efficacité de la vaccine *humanisée*, si nous pouvons parler ainsi, car on ne pouvait se refuser à reconnaître des différences évidentes entre les résultats produits par cette vaccine et par le nouveau *cowpox* récemment découvert et propagé sur beaucoup de points.

Pour raffermir la confiance ébranlée, pour dissiper toutes les incertitudes, l'Académie des sciences mit au concours un programme renfermant cinq questions qui embrassaient l'histoire entière de la vaccine, et soulevaient par conséquent toutes les difficultés du sujet. Le livre dont nous rendons compte est un des trois Mémoires couronnés par l'Institut de France, et le suffrage de la savante Compagnie suffirait seul pour nous dispenser d'en faire l'éloge. Nous croyons que nos lecteurs seront encore mieux convaincus de l'importance du Traité de M. Steinbrenuer lorsque nous aurons fait passer sous leurs yeux, en quelques lignes, l'analyse rapide de cet immense travail, pour le parfait achèvement duquel ont été nécessaires des recherches à décourager la patience la plus infatigable, l'énergie la plus persévérante.

Le livre de M. Steinbrenner est divisé en trois parties.

Pour traiter convenablement et d'une manière complète un sujet aussi vaste, il fallait, non pas seulement prendre la science au moment actuel et raisonner d'après les idées modernes exclusivement, mais jeter un coup d'œil rétrospectif, rechercher les modifications que les vues primitives sur la vaccine ont subies successivement, et étudier les faits qui y ont donné occasion. Tel est le sujet de la première partie, qui présente un résumé complet et fort étendu de la plupart des faits connus de variole après vaccine, et des opinions des auteurs qui les ont rapportés et commentés.

Dans la seconde partie, l'auteur expose, en les soumettant à une saine et judicieuse critique, les opinions des auteurs sur la cause des varioles chez les vaccinés et sur les moyens à mettre en usage pour les prévenir. C'est dans cette section du livre que sont discutées les questions relatives à la différence ou à l'analogie du virus qui produit la variole et la varioloïde ; les opinions de ceux qui veulent avec M. Moreau de Jonnès que la varioloïde soit une maladie nouvelle, etc.

Enfin, la troisième et dernière partie comprend la discussion des cinq questions proposées par l'Académie des sciences. Voici en quelques mots les résultats auxquels est arrivé M. Steinbrenner :

La vertu préservatrice de la vaccine est absolue dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire lorsque la prédisposition, bien établie lors de la vaccination, a fourni au virus un aliment suffisant pour bien lui faire développer la fièvre vaccinale générale. Toutes les fois qu'un obstacle quelconque s'est opposé à la destruction complète de la *réceptivité*, la préservation n'est que temporaire, et la durée de cette préservation est impossible à déterminer, variant suivant les individus.

Le virus ancien a évidemment dégénéré, produit des pustules moins larges, des cicatrices moins profondes que le nouveau cowpox ; mais cette dégénération est très lente, et il est à peu près impossible de déterminer par combien de générations il est nécessaire qu'il passe pour que cet affaiblissement dans son action devienne appréciable.

C'est à l'aide du cowpox naturel, que l'on rencontrera toujours suffisamment, qu'il faut songer à renouveler le virus vaccinal.

Sans admettre avec certains auteurs que l'action du vaccin se mesure toujours par la dose qu'on en introduit dans le corps, il est utile de faire un certain nombre de piqûres pour stimuler la susceptibilité du virus, et le nombre de piqûres qui paraît préférable est celui de huit à douze en tout.

Enfin, la revaccination est le complément indispensable de la première vaccination, non pas qu'elle soit toujours nécessaire, mais parce qu'elle l'est souvent, et qu'on ne peut distinguer les cas qui l'exigent de ceux qui ne l'exigent pas.

Il est difficile, nous le répétons, pour ceux qui n'ont pas eu entre les mains le livre de M. Steinbrenner, de se figurer le nombre prodigieux d'opinions qui y sont tour à tour exposées et critiquement discutées. Aussi n'hésitons-nous pas à rendre pleine et entière justice aux efforts incessants et aux infatigables labeurs qu'il a fallu déployer pour arriver au but que l'auteur a voulu atteindre.

Cependant, on nous permettra de regretter que M. Steinbrenner n'ait pas cru devoir joindre à son livre une ou deux planches dans lesquelles eussent été comparativement reproduites les pustules vaccinales anciennes, les pustules de l'ancien vaccin à l'époque actuelle, et enfin celles du nouveau cowpox, figures qui eussent sans contredit intéressé les médecins.

Dr A. F.

NÉCROLOGIE.

Les funérailles de M. A. Bérard ont eu lieu ce matin. A midi, le convoi s'est dirigé vers le cimetière de Charenton Saint-Maurice, où reposaient déjà sa mère et une de ses filles, près desquelles il avait manifesté pendant sa vie le désir d'être inhumé.

Malgré l'époque des vacances, un grand concours d'étudiants ont accompagné à pied le char funèbre, qui était également suivi de MM. les professeurs de la Faculté, et d'un nombre considérable de médecins et de chirurgiens des hôpitaux.

Voici, dans l'ordre où ils ont été prononcés, les discours qui ont été lus sur la tombe de l'honorable et savant professeur :

Discours de M. le professeur Denonvilliers, au nom de la Faculté de médecine de Paris.

C'en est fait ! nous l'avons perdu, celui dont je voudrais, au prix de mes propres jours, dont nous voudrions tous ranimer les restes, racheter la vie, la noble vie, si laborieusement, si utilement employée, si vite, hélas ! si vite et si douloureusement tranchée ! Auguste Bérard n'est plus ! La mort, qui ne respecte rien, nous l'a prématurément ravi, comme elle a ravi Bichat, Béclard, Sanson et le malheureux Hourmann, qui lui touchait de si près, tristes victimes du travail et de la science ! Il y a deux mois encore, vous vous le rappelez tous, maîtres et élèves, il était debout, à son poste ; et aujourd'hui le voici couché dans la tombe ! et nous, qui étions assis près de lui, admirant la puissance de son esprit, l'infatigable activité de son corps, nous voici réunis autour de sa dépouille mortelle !

Par ma voix, la Faculté déplore la perte immense qu'elle vient de faire, et, permettez-moi de le dire, Messieurs, elle ne pouvait choisir un interprète plus pénétré de la sainte tristesse de sa mission. C'est le privilége des natures d'élite d'être plus estimées à mesure qu'elles sont mieux connues : et qui était entré dans la connaissance de cette belle organisation plus avant que moi, moi initié par lui aux premiers mystères de la science, grandi sous son égide, associé depuis près de vingt ans à ses travaux !

Vous l'avez vu, chers collègues et chers confrères, s'avancer dans la carrière guidé par la main fraternelle, marquer sa place dès le début et déployer immédiatement ces qualités éminentes qui devaient plus tard, après tant de pénibles et éclatantes épreuves, abaisser enfin devant lui les barrières de la Faculté et le porter au premier rang. Vous l'avez vu, aux prises avec des difficultés de tout genre, lutter avec une incroyable persévérance contre cette mauvaise fortune, qui devait, hélas ! le ressaisir au milieu de tout l'éclat de son triomphe ! Qui de nous n'a présents encore à l'esprit ces concours dans lesquels il brillait entre tous par l'abondance, la facilité, la clarté de son langage, par la justesse de sa pensée, la sûreté de son jugement, l'étendue et en même temps l'étonnante précision de ses connaissances ; luttes ardentes au milieu desquelles il sut, malgré la chaleur et l'entraînement du combat, rester fidèle aux traditions de sa famille et conserver intactes cette loyauté native, cette droiture et cette franchise qui l'avaient rendu respectable à ses rivaux eux-mêmes ?

Devenu maître à son tour dans cette Ecole qui avait couronné ses succès d'élève, il porta dans l'enseignement la même ardeur, le même zèle, le même talent, toujours jeune d'expression, quoique mûri par l'expérience et la réflexion. Là aussi il trouvait de nobles traces à suivre ; car il portait un nom de professeur déjà illustré, et qu'il fallait maintenir à la hauteur où l'avait élevé son aîné Cette glorieuse obligation, il n'y a point failli ; c'est vous que j'en atteste, élèves qui vous pressiez à ses leçons, et qui avez voulu venir avec nous lui rendre les derniers devoirs.

De ces deux nobles émules, de ces deux brillants professeurs, de ces deux excellents collègues, il ne nous en reste qu'un seul, pauvre frère désolé, enfant aussi de cette Faculté, de qui nous adoptons la douleur, non pour l'effacer, qui le pourrait ! mais pour lui en alléger le fardeau, en le partageant avec lui.

Tel fut le professeur Auguste Bérard ; tel le monde l'a vu et jugé ; c'est là le côté le plus brillant, non le plus beau de l'homme distingué que nous pleurons aujourd'hui. Qui croirait le connaître sur ces seuls indications, se tromperait beaucoup. Je pourrais, Messieurs, moi qui suis du petit nombre de ceux qu'il avait admis dans l'étroit sanctuaire de son intimité, je pourrais soulever le voile dont il enveloppait sa vie privée ; vous dire combien il y avait de simplicité, de candeur, d'aimable naïveté dans cet esprit supérieur, combien de poésie dans cet homme à formes si positives, combien d'abnégation de lui-même, combien de modestie et d'abandon, combien de sûreté dans le commerce de la vie, combien de douceur, de dévouement et d'inépuisable tendresse dans ce cœur si ferme pourtant et si viril ? Mais que sert-il d'insister ? Ai-je donc besoin de stimuler notre commune douleur ? Les regrets sont dans tous les cœurs ; les larmes dans tous les yeux ! Ah ! nous sentons bien tous le coup qui nous frappe ! Et le deuil universel que je lis sur vos figures est le plus bel éloge de celui que nous pleurons.

Il est donc vrai, bien vrai, qu'il nous est à jamais enlevé ! Cette voix harmonieuse et douce, expression pénétrante d'une pensée nette et lucide, vous ne l'entendrez plus, jeunes élèves ! Cette main habile et savante, vous ne la suivrez plus dans les opérations délicates qu'elle savait si bien accomplir. Cet œil brillant d'intelligence et de bonté, ce visage ouvert et calme, où se reflétait une belle âme, où l'on aimait à reposer son regard et à chercher des inspirations, nous ne le verrons plus : Bérard nous manque à jamais ici-bas. Adieu donc, ami, adieu, cœur loyal et pur ! Au nom de ceux qui m'écoutent ; au nom de la Faculté tout entière, élèves et professeurs, collègues hier, autrefois maîtres ou rivaux : adieu, disciple glorieux, rival estimé, collègue aimé, maître vénéré, adieu ! Nous ne te verrons plus sur cette terre d'épreuves et de douleurs ! Puissions-nous nous retrouver dans cette patrie des justes que tu rêvais si souvent, et où tu espérais revivre au milieu de ceux que tu avais aimés, près de l'enfant chéri trop tôt enlevé à ta tendresse, près du père qui ne t'a précédé que de quelques jours !

L'heure avancée à laquelle a fini la cérémonie, nous force de remettre à mardi l'impression des discours de MM. Gimelle, Sandras et Cullerier.

MALADIES NERVEUSES.

De nouvelles expériences justifient complétement notre opinion sur le Sirop d'écorce d'oranges de M. Laroze, pharmacien à Paris. L'examen attentif que ce praticien a fait de cette écorce établit qu'entre autres principes, elle en contient deux qui ont une action parfaitement harmonisée, et concourent simultanément, comme moyen hygiénique, à prévenir certaines affections, à guérir les autres, ainsi que le prouvent les résultats obtenus. Ces deux principes sont : 1° la matière extractive amère entièrement soluble à l'eau ; 2° la matière oléo-résineuse odorante insoluble dans le même liquide. La première agit comme tonique, la seconde comme excitant ; et c'est en vertu de l'action de cette dernière dans la diarrhée et la dysenterie, que le sirop qui la contient trouve quelques cas où la maladie ne cède pas à son emploi, et même augmente malgré son usage. Ce fait bien constaté par des expériences réitérées, il devient sage de priver une partie du sirop de cette substance, et de la remplacer par une égale quantité de matière soluble, qui se trouve ainsi presque doublée ; et, par sa propriété sédative, devient un astringent efficace dans la diarrhée et la dysenterie, dont il calme les ténesmes. Pour ne pas confondre ce dernier avec le sirop ordinaire, bien qu'il soit le même quant à la préparation, nous croyons devoir le désigner sous le nom de **SIROP LAROZE CONTRE LA DIARRHÉE ET LA DYSENTERIE.**

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 20 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 123. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Cancer de la lèvre inférieure. Résection du maxillaire inférieur.

A la salle Saint-Louis, est couché un homme d'une quarantaine d'années, chez lequel un cancer de la lèvre inférieure se développa dans les derniers mois de l'année dernière, à la suite, dit le malade, d'une écorchure qui lui avait été faite par les patte d'une poule.

Vers le mois de février dernier, le cancer étant peu volumineux encore, mais cependant assez pour gêner la déglutition et la préhension des aliments, et déterminant de vives douleurs, on fit une opération par laquelle on enleva la portion cancéreuse de la lèvre.

Six semaines tout au plus après l'opération, la plaie étant complétement cicatrisée, une récidive eut lieu, et c'est sur la cicatrice même que se montrèrent les premiers signes de la récidive. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital (fin de juillet), on constata l'existence d'un cancer très développé, siégeant sur la partie moyenne et inférieure de la face, occupant toute l'étendue de la lèvre, depuis son bord libre, et y compris ce bord, jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire; transversalement, depuis un pouce environ en arrière de la commissure gauche, jusqu'au-dessous de la commissure du côté opposé. L'aspect des parties molles était fongueux, de nature bien évidemment cancéreuse. Le bord des gencives, dans tout l'espace correspondant à l'altération de la lèvre, participait à la maladie; mais l'os était-il malade, et jusqu'à quelle profondeur l'affection s'étendait-elle? Il était impossible de répondre à cette question d'une manière exacte et positive. Du reste, le sujet présentait tout le cortége des phénomènes ordinaires des maladies cancéreuses; douleurs lancinantes et continues, tuméfaction et rougeur à la limite des parties saines et des parties malades, engorgement des ganglions sous maxillaires, ébranlement des dents incisives, qui sont comme en partie chassées de leurs alvéoles.

D'après cela, il était manifeste qu'il fallait opérer comme dans la supposition que l'os n'avait pas été malade; et cependant, de telle manière que l'on pût enlever cet os dans une étendue assez considérable, si pendant l'opération on venait à s'apercevoir qu'il fût attaqué par la dégénérescence cancéreuse.

L'opération fut faite le 8 octobre, et nous allons, en quelques mots, vous rappeler comment nous avons procédé. Nous avons circonscrit les parties molles malades entre des incisions qui, se prolongeant horizontalement jusqu'à un centimètre en dehors de chaque commissure, se réunissaient au-dessous du menton. Les tissus cancéreux circonscrits dans cette incision, ont été enlevés avec la plus grande facilité, presque sans dissection; l'énucléation a suffi pour les détacher. La symphyse et une portion de la surface antérieure des branches horizontales de l'os maxillaire étant ainsi mises à découvert, nous avons examiné l'état dans lequel elles se trouvaient, et nous avons reconnu bien vite que la dégénérescence cancéreuse s'était étendue à la surface antérieure du maxillaire jusqu'à son bord inférieur. Il était donc impossible de penser à conserver une partie de l'arc osseux; il fallait, au contraire, en sacrifier un segment.

Si nous n'avions réséqué que le bord supérieur ou même la moitié de la hauteur du maxillaire dans une étendue plus ou moins grande, notre intention était de faire, à droite ou à gauche, deux incisions représentant un V dont le sommet aurait été dirigé en bas; et dans le cas où les deux lignes ne se fussent pas bien exactement rencontrées, avec la gouge et le maillet, nous aurions enlevé la pièce, puis nous aurions engagé dans la partie inférieure de cette incision une petite scie horizontale, à l'aide de laquelle nous aurions scié d'avant en arrière les portions malades jusqu'au delà des limites de la maladie du côté opposé. Bien que nous n'ayons point eu lieu de mettre ce procédé en usage, nous avons dû vous le signaler et le décrire, parce qu'il est des cas où vous pourrez l'employer avec avantage.

L'écoulement du sang a été peu abondant. Le cancer auquel nous avons eu affaire n'était pas abreuvé par une grande quantité d'artères. C'est une circonstance heureuse que l'on peut espérer dans des cas analogues, mais à laquelle il ne faut cependant pas toujours s'attendre. Tantôt, en effet, et sans que l'on sache ni pourquoi ni comment la chose arrive, le nombre des artères est très petit, tantôt il est très considérable

On se rappelle cette malade dont nous avons rapporté l'histoire dans tous ses détails dans notre *Précis de Médecine opératoire* (t. II, p. 454). Elle présentait une tumeur hémisphérique du volume de la tête d'un fœtus à terme, s'étendant, en hauteur, depuis le niveau de la pommette gauche jusqu'au larynx, et transversalement depuis l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des premières vertèbres cervicales jusqu'à la symphyse du menton, et même à près d'un centimètre au delà. Cette masse énorme semblait faire corps avec l'os maxillaire inférieur, adhérait partout à la joue et avait envahi plus de la moitié du plancher de la bouche; elle soulevait le muscle sterno-mastoïdien et touchait à l'os hyoïde. Eh bien! pendant l'opération laborieuse que nous fîmes pour débarrasser la malade de cette tumeur, nous fûmes obligés, nous et ceux qui nous aidèrent de leur bienveillant concours, de lier ou de tordre plus de quarante vaisseaux artériels de diverses grosseurs, en disséquant le lambeau externe. On peut, par ce seul fait, juger des précautions qu'il faut apporter dans les opérations de ce genre, et comprendre combien il faut se tenir en garde contre les accidents hémorrhagiques qui peuvent en être la conséquence.

Revenons à notre malade actuel. Il a fallu, comme nous l'avons dit plus haut, réséquer l'arc osseux du maxillaire inférieur dans une grande étendue. Il est bien entendu qu'il fallait d'abord, avant d'en venir à ce temps de l'opération, disséquer le lambeau tégumentaire qu'on prenait sur le cou et sous la mâchoire inférieure; c'est ce que nous avons fait, en ayant soin de faire porter notre première incision sur le point où devait être appliqué le trait de scie. Après les parties molles, le périoste a été coupé sur la face antérieure de l'os et sur ses bords dans les mêmes endroits. Faisons remarquer, en passant, que le chirurgien ne devra jamais négliger l'arrachement des dents dans les points correspondant à ceux sur lesquels doit agir la scie, et s'assurera qu'il ne reste point de racines dans l'épaisseur du maxillaire. Si le trait de scie porte sur une dent ou une racine, vous vous créez par votre négligence des difficultés très grandes; mais cet arrachement des dents ne devra être fait qu'après que les lambeaux auront été taillés; car c'est alors que l'on peut seulement bien juger dans la plupart des cas de l'étendue de la maladie, et qu'on ne s'expose pas à enlever inutilement une dent qui siégerait sur elle; circonstance qui, pas n'est besoin de le dire, exigerait qu'on en arrachât un peu plus loin une autre, et qu'on multipliât les douleurs violentes auxquelles donne lieu cette avulsion.

De quel côté faut-il commencer l'incision? Il résulte d'expériences comparatives nombreuses faites sur le cadavre, et de notre observation sur le vivant, qu'il est plus facile de scier l'os sur le côté le plus éloigné du chirurgien, sur le côté gauche par conséquent, le chirurgien se plaçant le plus habituellement, et lorsque cela est possible, à la droite du malade. La position la plus convenable de la mandibule est celle dans laquelle un intervalle de 2 centimètres et demi environ sépare les dents supérieures des dents inférieures, intervalle que l'on conserve facilement en assujettissant la mâchoire à l'aide du pouce et de l'indicateur.

Une fois la section osseuse pratiquée d'un côté, et toute l'épaisseur de l'os maxillaire divisée, on saisit avec une forte pince ou mieux avec un davier, la portion de l'os qui vient d'être sciée de manière à faire saillir et à fixer solidement le fragment qui doit être enlevé; la section sera toujours d'autant plus facile, que la partie sur laquelle agira la scie sera plus saillante; il y a déjà longtemps que nous avons posé en principe cette règle: commencer à faire agir la scie sur le point où la mâchoire offre le plus de saillie. Dans le cas qui fait le sujet de cette conférence, vous avez vu sur la pièce anatomique que la hauteur de la mâchoire était d'un tiers environ moins considérable que du côté opposé. Nous avions donc un double avantage à inciser d'abord à gauche, et par les raisons que nous avons données plus haut, et vu le peu d'épaisseur de la mâchoire. La première section faite avec la scie a été faite à gauche, très rapidement et facilement, vu le peu de hauteur de la mandibule résultant de l'absence des dents. La section du côté droit a été plus laborieuse, à cause de l'épaisseur, de la hauteur normale du maxillaire en cet endroit. Nous en sommes cependant venu à bout assez rapidement.

Lorsque l'on doit, comme chez ce malade, enlever une assez grande étendue de l'arc osseux de la mâchoire, et qu'il ne sera pas possible d'appliquer les deux bouts du moignon l'un contre l'autre, on devra scier cet os perpendiculairement à son axe, et suivant une direction parallèle à l'axe du corps; de cette façon, les extrémités résultant de la section s'appliqueront plus facilement sur les parties molles. Si vous faites la section oblique, vous créez des angles qui déchirent la peau. Notez bien que ce n'est que dans les cas où vous enlevez une assez grande étendue du corps de l'os maxillaire inférieur qu'il faut pratiquer la section, comme nous venons de le dire; mais lorsque vous n'en réséquez qu'une faible

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La mort de M. Auguste Bérard. — La discussion de la peste à l'Académie de médecine. — Séance annuelle de l'Académie. — M. Pariset et ses éloges. — Discours de rentrée de la Faculté. — L'homme chiffre. — Les embaumements. — Début d'un feuilletoniste. — *Post scriptum.*

La semaine a été remplie de tristesse et de deuil. La mort si cruelle et si inattendue de M. Auguste Bérard a fait le sujet de tous les entretiens, a été l'objet de l'étonnement le plus douloureux et le plus général. Quelque triviale quelle soit, a dit un sage, la mort étonne toujours; qu'est ce donc quand elle frappe l'homme dans toute la force de l'âge, dans toute la puissance de ses facultés, au milieu des succès dus à de pénibles, à de loyaux efforts, quand elle brise violemment une position à peine conquise, et qu'elle arrache si brutalement un père, un protecteur, un soutien à une jeune et charmante famille! Regrettable à tant de titres, la mort d'Auguste Bérard paraît plus douloureuse encore par le vide qu'elle laisse au foyer domestique; ce sentiment, je l'ai trouvé dans tous les cœurs; combien il a dû rendre cruels les derniers instants de celui qui fait aujourd'hui l'objet de nos regrets! Du reste, la mort de ce jeune professeur a été admirable de résignation et de courage. Dès le principe du mal qui vient de l'enlever et qui remonte à peine à deux mois, Auguste Bérard comprit qu'il était mortellement atteint. Il accepta les soins affectueux et dévoués de son ami et ancien maître, M. Rostan, de son ami et ancien élève M. Nélaton, mais il en sentit aussi bien lui-même la fatale impuissance que les amis qui les lui prodiguaient. En vain tous leurs efforts tendaient ils à détourner, à égarer son diagnostic, il y insista avec une ténacité toute scientifique, avec cette force de raison, cette méthode logique qu'on admirait dans ses leçons cliniques, et l'autopsie est venue en révéler la funeste précision.

Auguste Bérard sorti, comme tant d'hommes éminents de notre époque, de la classe plébéienne, ne dut qu'à l'étude, au travail opiniâtre son élévation et ses succès. Il eut le bonheur de conquérir de chaudes et de puissantes amitiés qui, cette fois au moins, ne s'étaient pas égarées sur quelque lourde et vaniteuse médiocrité. Il eut le bonheur plus grand de trouver, dès son début dans la carrière, l'aide, les conseils, la protection d'un frère que ses brillants succès avaient déjà élevé à une position éminente, M. Bérard aîné, l'élégant et savant professeur de physiologie. On sait quels liens de tendresse unissaient ces deux frères; on sait avec quelle pieuse et ardente sollicitude l'aîné avait veillé sur le plus jeune, avait encouragé ses efforts, s'était réjoui de ses succès; on doit comprendre dès lors la vive et profonde douleur de M. Bérard aîné en face de cette cruelle séparation.

M. Auguste Bérard avait succédé à Sanson aîné, qui, lui-même mort avant l'âge, avait succédé à Dupuytren. Ainsi, dans dix ans, cette chaire de clinique chirurgicale aura moissonné trois brillantes existences, deux au milieu de leur carrière, la troisième alors qu'elle jetait encore le plus vif éclat. Les anciens auraient vu là une sorte d'avertissement funeste qui devrait à tout jamais éloigner de cette chaire les plus ardents compétiteurs. Les choses ne se passeront pas ainsi de nos jours, soyez-en bien certains. Je ne dirai rien aujourd'hui, par respect pour cette mort si récente, des combinaisons dont on parle. Mais s'il serait malséant à moi, en présence de cette tombe à peine fermée, de dire les agitations qu'elle occasionne, que faut-il penser de ceux qui déjà ont mis les mains à l'œuvre, et qui plus avides que le fisc, plus impatients que les pompes funèbres, s'ingénient à chercher quelle part d'héritage peut leur revenir dans cette succession à peine ouverte! Triste et mauvais côté de certaines natures qui assez malheureuses de le posséder, n'ont pas encore assez de pudeur pour le cacher. Je reviendrai sur ce sujet pénible.

— La discussion sur la peste, qui se traînait péniblement et lourdement depuis plusieurs séances, a repris, mardi dernier, un peu de vie et d'animation. La septième et dernière conclusion, celle où la Commission propose au gouvernement un nouveau système d'observation et de quarantaines, en a été le motif. Cette conclusion paraît soulever une vive opposition, et, à voir la faveur avec laquelle ont été accueillis les discours de MM. Gaultier de Claubry et Dubois (d'Amiens), il est présumable que l'Académie la modifiera profondément. Elle a le tort grave, en effet, cette conclusion, de n'être pas logique, d'être en désharmonie avec les prémisses posées dans le rapport. La Commission reconnaît que la peste ne s'est jamais déclarée plus de huit jours après un contact suspect, et cependant elle propose au gouvernement d'établir des quarantaines de quinze et de vingt jours. A quoi bon si huit jours d'observation suffisent? et pourquoi faire peser des rigueurs et des dépenses inutiles sur les voyageurs et le commerce? L'administration et les Chambres, en voyant d'ailleurs ce défaut de concordance entre le résultat scientifique du rapport et l'application pratique qu'il propose, ne diront-elles pas que la science ne devait pas être bien sûre d'elle-même puisqu'elle a reculé devant sa conséquence logique et nécessaire? Mieux vaudrait ne pas conclure du tout sous le rapport pratique que de conclure illogiquement. C'est ce qui a été dit en très bons termes par les orateurs de mardi dernier, et surtout par M. Dubois (d'Amiens) dont le discours ferme et spirituel a été écouté avec un plaisir soutenu. La Commission répondra probablement demain mardi, et je fais des vœux pour qu'elle réponde de manière à clore cette trop longue discussion.

— L'Académie de médecine tiendra prochainement sa séance annuelle. On annonce que M. Pariset a choisi pour sujet de son discours l'éloge de M. Chevreul, le père du célèbre chimiste, mort médecin à Angers et correspondant de l'Académie, flanqué de l'éloge de M. Demangeon. J'avoue ne connaître absolument aucun titre à l'immortalité au premier de ces héros que doit chanter M. Pariset; le meilleur de ses ouvrages à coup sûr est son fils, dont la piété filiale a, dit-on, vivement sollicité la plume éloquente de M. Pariset. Quant au second, c'était un bon et respectable vieillard retiré depuis longtemps dans les montagnes des Vosges, d'où il expédiait de temps à autre quelques ouvrages médico-philosophiques appréciés des amateurs du genre. Il sera curieux de voir l'illustre orateur de l'Académie aux prises avec

portion et que les extrémités des deux fragments devront être appliquées l'une contre l'autre, la scie devra diviser le tissu osseux des deux côtés en biseau aux dépens de sa face postérieure; de telle sorte que l'incision fasse avec l'arc maxillaire un angle de 35 à 40° environ. De cette façon, les bouts des moignons s'appliquent très exactement l'un contre l'autre; et si à l'aide de fils passés entre les dents voisines on maintient cette coaptation, elle est ordinairement suivie d'un magnifique résultat, c'est-à-dire d'un cal linéaire.

Une fois que vous avez scié l'os des deux côtés, il s'agit de détacher la pièce osseuse des parties molles qui lui adhèrent. Deux circonstances peuvent se présenter; ces parties molles sont saines ou malades. Dans le premier cas, on imprime à la pièce osseuse de légers mouvements de va-et-vient, de bascule, qui permettent d'introduire le bistouri dans la voie pratiquée par la scie. Puis, ramenant le tranchant dans une direction parallèle à l'axe de l'os, on rase rapidement la face postérieure du maxillaire, en ayant soin de porter le doigt dans la bouche pour bien s'assurer du chemin que parcourt l'instrument. Quelquefois on se sert de ciseaux pour pratiquer ce temps de l'opération. Quoi qu'il en soit, nous recommandons aux jeunes chirurgiens de ne pas s'écarter de ces préceptes; ils sont importants; si on les néglige, on risque de couper trop loin sur la base de la langue.

Revenons un instant sur un des premiers moments de l'opération. Il est des chirurgiens qui ont conseillé, avant de faire la section de l'os, de détacher préalablement avec le bistouri les parties molles qui adhèrent à la face postérieure de l'os. Il est évident que ce précepte ne doit pas être suivi. Comment alors comprimer les artères qui seront nécessairement coupées? Il faudra donc, au grand péril du malade, laisser le sang couler pendant que l'on fera la double section de l'os, ou, si l'on fait placer les doigts d'un aide sous la mâchoire pour comprimer les artères, la scie ne risquera-t-elle pas de déchirer les doigts de cet aide?

Dupuytren avait conseillé, dans le but d'éviter l'action de la scie sur les chairs situées à la partie postérieure du maxillaire, de traverser de part en part le plancher de la bouche avec un bistouri introduit de manière à raser l'os dans une petite portion de son étendue, et de passer par cette ouverture un petit bâtonnet en bois, sur lequel venait finir le trait de scie. Mais un jour, en pratiquant une opération par ce procédé, il divisa une artère volumineuse qu'il ne put comprimer d'une manière efficace, et le sujet perdit une si grande quantité de sang que, si Dupuytren n'eût pas mis la plus grande célérité à pratiquer la résection des deux côtés, l'hémorrhagie eût en très peu de temps déterminé la mort; Dupuytren pensa avec raison qu'entre deux inconvénients il faut préférer le moindre, et il renonça bientôt à ce procédé opératoire. Lorsque l'os est divisé dans toute son épaisseur, la scie intéresse, il est vrai, quelque peu les parties molles sous-jacentes, mais la lésion qu'elle détermine n'est pas profonde; c'est une plaie par déchirure et très superficielle; d'ailleurs, le bistouri la convertit presque aussitôt en plaie simple par instrument tranchant.

Si les parties sous-jacentes à l'os sont malades, il y aura d'autres indications à remplir; mais nous n'y insisterons point, car elles sont tout individuelles, et c'est la circonstance qui vous inspirera ce que vous aurez à faire.

Quelle que soit l'étendue de l'affection, il faut, avant de procéder à la section des tissus situés en arrière de l'os maxillaire, se rendre maître des mouvements de la langue. Au lieu de faire saisir cet organe par la main d'un aide enveloppée d'un linge, méthode qui a le désavantage très grand de gêner la manœuvre du chirurgien, Delpech conseillait de saisir la langue avec une érigne double. C'est ce que nous avons fait dans le cas actuel. Cependant, toutes les fois que nous le pouvons, nous préférons remplacer l'érigne, qui ferait ainsi inutilement une première piqûre, par un fil ciré composé au moins de quatre brins, avec lequel on traverse la langue près de sa pointe et sur la ligne médiane. On maintient de cette façon l'organe avec facilité, et nous verrons plus bas que ce fil sera utile lorsqu'il s'agira du pansement. Dans tous les cas, nous rejetons comme dangereux l'emploi d'un fil métallique dont fit usage un jour le chirurgien de Montpellier dont nous venons de parler. Dans une circonstance pareille à celle-ci, Delpech traversa avec un fil d'or la pointe de la langue et fixa ce fil sur les dents voisines. Il arriva ce que l'on pouvait prévoir, c'est que le fil coupa peu à peu les tissus dans lesquels il était engagé.

Voilà l'opération complétement terminée. Il s'agit d'assujettir la langue, qui, n'étant plus retenue par les tissus qui la fixent à l'os maxillaire, serait immanquablement précipitée dans le pharynx et asphyxierait le malade. Si vous avez fait usage d'une érigne, vous la remplacez par le fil dont nous avons parlé; mais gardez-vous d'attacher ce fil sur les dents, qui d'ailleurs ne lui présenteraient pas un point d'appui solide; gardez-vous bien plus encore de le fixer sur quelqu'une des aiguilles qui auraient servi pour la suture entortillée à l'aide de laquelle vous avez réuni les téguments; les mouvements de la langue nuiraient singulièrement à la cicatrice. C'est au bonnet, préalablement fixé d'une manière solide sur la tête, que vous attachez avec une forte épingle le fil passé dans l'épaisseur de la langue. Ce moyen nous a toujours parfaitement réussi; on continue son usage jusqu'au moment où l'on s'est assuré que la langue a contracté avec les tissus qui l'environnent les adhérences nécessaires. C'est ainsi que nous avons agi chez le malade à propos duquel nous vous présentons ces considérations.

Nous arrivons au pansement. Et d'abord, il s'agit d'arrêter définitivement l'hémorrhagie que jusqu'à présent n'ont fait que suspendre momentanément les doigts intelligents des aides. Il faut lier ou tordre les artères les plus volumineuses que l'on peut saisir, les sous-mentales, sous-linguales, quelquefois la canine; mais il est un assez grand nombre de petites artérioles souvent anormalement développées par la maladie, et qui fournissent assez de sang pour que l'hémorrhagie menace de devenir inquiétante. Dans certains cas, heureusement assez rares, la cautérisation est nécessaire, et nous concevons que l'on peut être obligé d'appliquer le bouton de feu; mais, autant que possible, nous évitons cette extrémité; outre qu'elle est fort douloureuse, la cautérisation par le fer rouge n'arrête pas toujours l'écoulement sanguin. Au contraire, la compression suffit dans l'immense majorité des cas. Quelques morceaux d'agaric ou d'amadou, maintenus pendant quelques minutes avec les doigts sur la surface saignante ont presque toujours suffi pour arrêter l'hémorrhagie.

Chez notre opéré, nous n'avons eu qu'une seule artère à lier. Les deux artères dentaires inférieures, divisées avec le canal qui les renfermait et qui donnaient un peu de sang, ont été bouchées avec de la cire appliquée sur l'extrémité des moignons osseux et qui pourrait quelquefois être remplacée par un petit fosset en bois. Pendant tout le cours de notre opération, nous avons été peu gêné par le sang; cinq ou six bandelettes d'agaric, sur lesquelles on a fait un peu de compression, ont suffi pour l'arrêter complétement. Ceci étant obtenu, on rapproche l'un de l'autre les deux fragments osseux et on les maintient dans cette nouvelle position à l'aide d'un fil tendu d'un côté à l'autre de la bouche et fixé sur les dents.

L'indication est, on le sent bien, de réunir ici par première intention. Nous avons maintes fois démontré la supériorité de la suture entortillée sur la suture à points séparés. Nous n'y reviendrons pas; elle produit ordinairement de fort beaux résultats. Mais dans certaines circonstances, il survient une complication que nous ne devons point passer sous silence. Cette lèvre artificielle peut descendre de telle sorte que son bord se trouve bien au-dessous du niveau qu'elle devrait occuper dans l'état normal; de là, difformité de la bouche, écoulement de la salive, etc. Il suffira quelquefois de la soulever à l'aide d'un fil fixé au bonnet du malade, et dont l'anse inférieure embrassera, en la suspendant, l'une des aiguilles de la suture. Cette suspension devra être très légère, sous peine de déchirer les tissus; cependant, elle ne réussira pas toujours. Que faut-il faire alors? Ce que nous avons fait ici. Nous avons prolongé nos incisions de 6 à 8 millimètres en arrière de chaque commissure, et nous avons enlevé une petite portion du tissu de la lèvre eu ce point. Nous réunissons alors cette section de la commissure par deux points de suture entortillée; de cette façon la lèvre est soutenue, et désormais, quelque chose qui arrive, il lui est impossible de descendre au-dessous du niveau normal.

L'opération est faite. Le malade a été pansé; il est reporté dans son lit. Tout est-il fini pour le chirurgien? Non pas; il devient médecin maintenant, et ce qui lui reste à faire n'est pas moins important que ce qu'il a fait jusqu'alors. Quelquefois les malades n'ont pas de fièvre après des opérations de ce genre; mais souvent aussi, il arrive qu'ils en ont une plus ou moins forte. Il faut donc les faire boire avec un biberon à long bec en gomme élastique, introduit assez profondément dans la bouche, afin que la déglutition ait lieu avec le moins de mouvements possibles. Mais le contact des liquides sur la plaie leur est tellement insupportable et douloureux qu'ils se refusent souvent à boire, les mouvements de déglutition augmentant également leurs souffrances. Il faut donc souvent les voir pendant la première et la seconde journée, et les forcer à accepter des boissons qui leur sont absolument nécessaires, tant pour humecter la bouche que pour faire passer dans le torrent circulatoire une grande quantité de liquides. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les malades, même les plus indociles et qui refusent le plus obstinément les boissons pendant les premiers moments, boivent volontiers, et sans aucune espèce de douleurs, au bout de quarante-huit heures environ, plus ou moins.

Notre opéré a eu un peu de fièvre; le lendemain et les jours suivants, il a été pris de sueurs abondantes, circonstance des plus heureuses et que nous ne saurions trop signaler à votre attention. Lorsqu'après une opération grave un malade est pris de sueur, prenez garde de l'empêcher de se refroidir; non-seulement la suppression de cette sueur par un refroidissement serait fâcheuse en ce sens qu'elle serait la suspension d'une crise utile, mais elle pourrait déterminer de graves accidents.

En général, la guérison est rapide, quand il ne survient pas de complications dépendant de causes étrangères à la maladie. Un fait curieux que nous devons rappeler ici, sans avoir besoin d'y insister plus longuement, c'est la cicatrisation ordinairement fort prompte des plaies de la face.

A la suite d'opérations du genre de celle que nous avons faite sous vos yeux, les lavages de la bouche devront être fréquents; l'odeur du pus est insupportable aux malades; puis il est nécessaire d'entraîner souvent au dehors ces produits de l'inflammation, qui pourraient ou être avalés, ou pénétrer dans les voies aériennes.

Les accidents du côté des voies aériennes sont rares. Cependant nous avons vu quelques sujets chez lesquels, sans qu'il se fût manifesté une inflammation dans le pharynx ou dans le larynx, il se formait dans l'arrière-gorge des mucosités filantes, visqueuses, ressemblant pour ainsi dire à de la glu; alors la respiration devient bruyante, difficile: si l'art ne venait pas au secours des malades, ils succomberaient asphyxiés. Nous avons vu mourir un malade dans cette circonstance, que, moins instruit que maintenant, nous avions cru atteint d'une phlegmasie laryngienne intercurrente, et que nous traitions par les antiphlogistiques. A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucune trace d'inflammation; mais seulement une masse énorme de mucosités filantes, visqueuses, tenaces, oblitérant le larynx, et ayant déterminé l'asphyxie. Dans ces cas, il faut garnir le doigt indicateur, quelquefois aussi le médius, d'un morceau de linge à demi usé, et porter rapidement ces doigts au fond du pharynx, le plus près possible de l'ouverture laryngienne; on les retire brusquement, et l'on ramène avec eux une grande partie de ces mucosités. Il faut ordinairement répéter deux ou trois fois de suite cette manœuvre pour débarrasser complétement de ces mucosités le sujet que l'on veut soulager; au besoin, on répète, à des intervalles plus ou moins éloignés l'usage du moyen que nous venons d'indiquer. A peine ces mucosités sont-elles enlevées que l'on voit, comme par enchantement, les malades revenir à la vie et respirer avec la plus grande facilité.

Nous ne terminerons pas sans vous faire remarquer que,

---

les difficultés d'un si maigre sujet. Des gens que rien ne contente s'en vont partout disant que l'éloquence de M. le secrétaire perpétuel pouvait se mettre en frais plus à propos et plus honorablement pour l'Académie. Ils font remarquer que Dubois l'ancien n'a pas encore reçu les honneurs de l'éloge académique; que Broussais, le grand Broussais ! attend en vain depuis plusieurs années; et ils s'étonnent que, pouvant choisir parmi ces noms célèbres, M. Pariset ait été prendre un et deux Childebrandt. Je n'ai rien à répondre à ces plaintes saugrenues et je passe outre.

— A la Faculté, c'est, dit-on, M. le professeur Dumas qui doit prononcer le discours de rentrée. L'esprit élevé, le talent pur et correct de ce professeur célèbre donnent à cette nouvelle l'importance d'un événement; M Dumas ne peut pas produire une œuvre médiocre.

— Un mot sur les chiffres. L'Ecole de M. Louis, qui, comme vous le savez, est plus ou moins nombreuse en France selon les années, selon surtout les besoins divers, s'est impatronisée, au contraire, tout d'une pièce chez nos confrères des Etats-Unis, qui en ont adopté les principes presque à l'unanimité. Dans ce pays, c'est une rage de chiffres; jugez-en: Un de ces hommes-chiffres a voulu compter — et cela se trouve fort sérieusement écrit dans un grave journal américain — combien il était mort de personnes sur la terre depuis le commencement de ce pauvre mondre jusqu'à nos jours. Il a trouvé ce nombre juste:

26,628,843,285,075,840.

Attendez; il a divisé ce chiffre par 3,096,000, qui représente le nombre de lieues carrées dont se compose la surface du globe, et il a trouvé que chaque lieue carrée donnait 11,826,598,732 morts, qu'il y en avait 1,313,522,076 par mille carré, 1,283 par perche carrée, ou 5 par pied carré. Ce n'est pas tout: notre calculateur a trouvé encore que nos ancêtres, également répartis sur toute la surface du globe, y formeraient une couche de cent cadavres d'épaisseur.

Ayez la bonté, cher lecteur, de vous enquérir et de nous apprendre dans quels registres de l'état civil ce docte Américain a pu faire ses relevés. Je serai tout ébahi de savoir que les Cafres et les Caraïbes, par exemple, dressent des tables de mortalité avec le même soin que nos compagnies d'assurances.

— Tous ces morts me rappellent M. Gannal et ses infortunes. Vous savez, sans doute, que depuis quelque temps il pleut à l'Académie des sciences de nouvelles inventions sur les embaumements. Je les suppose toutes bonnes, et celle de M. Gannal excellente. Mais les embaumeurs vont se mettre au rabais — c'est l'inévitable loi de la concurrence — et voilà ce qui m'afflige. Quand il n'en coûtera plus que quelques pièces de cinq francs pour devenir incorruptible, qui est-ce qui ne voudra pas l'être au moins après sa mort? Ne voyez-vous pas toutes les conséquences renfermées dans ces petites fioles? J'en frémis pour nos petits enfants, et la couche de cent cadavres d'épaisseur m'épouvante. Nous en sommes encore au siècle d'argent, nous autres qui n'avons à disputer qu'aux vivants un peu de place sur cette terre. Mais nos descendants !... c'est aux morts et aux vivants qu'il faudra qu'ils le disputent. Tigres envers les vivants, ils deviendront chacals envers les morts. Quel horrible avenir nous font là M. Gannal et ses imitateurs !

— Un de nos nouveaux confrères en *feuilleton* vient de débuter, ce me semble, d'une manière aussi hardie qu'inattendue. Pensez-vous bien, comme lui, que Richerand « emprunte à Bossuet sa magnificence, son énergie, sa simplicité, et à Racine sa grâce, sa mélodie, sa perfection? » Dans le quartier que j'habite, nous avons été stupéfaits de n'avoir pas reconnu plus tôt toutes ces belles qualités dans la physiologie de Richerand, dont le style nous plaisait assez, à vrai dire, mais que nous n'aurions jamais osé comparer à celui de *Phèdre* et bien moins encore à celui de l'Oraison funèbre de la reine d'Angleterre. Ce qui nous a surtout abasourdis, c'est la transformation de l'élégant, abondant et correct M. Pariset en un « novateur aussi audacieux que Victor Hugo. » Mais notre ébahissement n'a plus eu de bornes quand de notre excellent et si bienveillant confrère M. Réveillé-Parise on nous a fait un « Jules Janin ! »

Je crois, sans en être bien sûr, que c'est M. Réveillé-Parise qui a dit ceci: « La fureur de comparer ce qui n'est pas susceptible de comparaison, n'a donné que des résultats ridicules. » Si ce n'est pas lui, c'est au moins le docteur Mathanasius son ami, qui avait son franc-parler.

N'êtes-vous pas de l'avis de Mathanasius? Jean RAIMOND.

P. S. Un de nos abonnés nous consulte sur la question de savoir si une femme qui a été condamnée, pour extorsion avec violence, à une peine afflictive et infamante, et qui a expié cette peine dans une maison centrale de détention, peut être admise à suivre un cours d'accouchement et à subir un examen devant le jury médical pour exercer la profession de sage-femme. Ce fait se produirait, dit-on, en ce moment, à la Maternité de Montpellier, et concernerait la veuve M....., fille B....., du département de l'Isère.

A nos yeux, cette question n'en est point une. — L'article 400 du Code pénal est ainsi conçu: « Quiconque aura extorqué, par force, » violence ou contrainte, la signature ou la remise d'un écrit, d'un » acte, d'un titre, d'une pièce quelconque contenant ou opérant obli- » gation, disposition ou décharge, sera puni de la peine des travaux » forcés à temps. »

Nous ignorons si, par des considérations particulières, la Cour d'assises, usant de la faculté qui lui était accordée par l'article 463, § 5, n'a prononcé, pour le fait ci-dessus, que la peine de l'emprisonnement, au lieu des travaux forcés à temps. Admettant toutefois cette hypothèse, il n'en résulte pas moins: 1° Que le fait dont l'accusée a été reconnue coupable est un *crime*; 2° que la loi punit le crime d'une peine afflictive et infamante (art. 1 et 6 du Code pénal); 3° que la faculté laissée à la Cour d'assises de modifier la peine ne détruit aucunement la *nature* du crime. — Telle est, du reste, la jurisprudence constante de la Cour de cassation.

Or, il ne nous paraît pas possible d'admettre qu'une femme ains flétrie par un arrêt de Cour d'assises puisse être, aujourd'hui moins que jamais, appelée à exercer légalement l'importante et grave profession de sage-femme, conséquemment à être préalablement inscrite sur le registre des élèves qui suivent les cours d'accouchement. Nous pensons donc qu'il suffira d'avoir éveillé sur ce point l'attention du président du jury d'examen de Montpellier, ainsi que celle de l'honorable M. Bérard, récemment promu au titre de doyen de la Faculté de médecine de cette ville.

lorsque l'on a emporté une assez grande étendue du corps du maxillaire inférieur, les deux bouts osseux ont déjà une grande tendance à se porter en dedans et en arrière ; si pour diminuer la plaie et pour mieux appliquer vos lambeaux, vous refoulez ces deux extrémités de l'os , si vous appliquez un bandage qui jusqu'à un certain point produit l'effet dont nous nous occupons , prenez gerde ; la base de la langue sera portée en arrière, et fermera l'entrée du larynx ; la respiration deviendra bientôt très gênée, et il est possible que l'asphyxie survienne. Si pareille chose arrive, conservez votre sang-froid; rappelez-vous que le refoulement de la langue en arrière sera toujours victorieusement combattu par l'application d'une érigne ; si cet instrument vous manque , plongez sans crainte les doigts indicateur et médius dans le pharynx et sur les parties latérales du pharynx : les accidents cesseront immédiatement. Y...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séances des 30 septembre et 7 octobre 1846. — Présidence de M. LENOIR.

M. Michon fait voir un jeune homme qui, il y a deux mois, fut pris d'une otite après avoir été exposé à un courant d'air dans un omnibus. Au troisième jour la douleur d'oreille cessa, et il survint une paralysie des muscles de ce côté de la face. La sensibilité est conservée, et, au dire du malade, elle serait un peu exagérée à la partie supérieure de l'orbite. Il y a ceci de particulier, que, chez ce jeune homme, la luette est inclinée du côté paralysé.

— *M. Monod* met sous les yeux de la Société une tumeur encéphaloïde énorme développée à la partie antérieure et supérieure de la jambe. Elle est formée en grande partie aux dépeus des parties molles, et elle pénètre aussi dans l'intérieur de l'os. Il semble que le périoste en est le point de départ.

— *M. le docteur Colson*, de Noyon, adresse un mémoire imprimé sur l'emploi de la suture dans les plaies d'amputation du sein. M. Chassaignac est chargé d'en faire le rapport.

— *M. le docteur Josse*, d'Amiens, fait voir un enfant de neuf ans qu'il a opéré d'un cal extrêmement vicieux de la jambe. La fracture avait eu lieu à l'âge de trois ans ; elle avait été entièrement négligée, et la déformation était telle, que le pied était tout à fait déjeté en arrière, l'extrémité des orteils touchait seule le sol, et que la station avait lieu sur l'extrémité même du fragment supérieur ; la peau était ulcérée dans ce point. M. Josse enleva deux pouces du tibia et un pouce et demi du péroné, redressa le membre et le mantint dans l'immobilité jusqu'à la consolidation, qui s'est fait attendre six mois environ, et qui n'a marché franchement qu'après la sortie de quelques portions exfoliées du tibia. Les suites de l'opération ont été très simples; il n'y a eu immédiatement que quelques accidents nerveux dont on a facilemenn triomphé. En faisant l'opération, on a pu constater que le cal était osseux, que le canal médullaire était oblitéré à l'endroit de la fracture. que le tissu compacte des deux os était plus mou qu'à l'ordinaire, et que le tissu spongieux avait disparu. Aujourd'hui l'enfant marche bien ; la jambe est droite, mais il y a un raccourcissement de deux pouces au moins. Un plâtre représentant le membre avant l'opération eet mis sous les yeux de la Société.

— *M. Danyau* donne lecture d'un rapport sur nn cas de renversement chronique de l'utérus, adressé à la Société par M. le docteur Castelli, de Puy-l'Evêque (Lot), qui demandait en même temps le titre de membre correspondant. M. le rapporteur conclut à ce qu'il soit seulement adressé des remercîments à l'auteur, ne regardant pas cette observation comme suffisante pour que la Société puisse obtempérer à son désir.

M. Maisonneuve a observé deux cas de renversement de l'utérus , dans lesquels , quoique ces renversements durassent depuis plusieurs années, la vie des malades n'était nullement compromise. Chez l'une de ces malades, jeune dame italienne , la maladie datait de quatre ans, plusieurs tentatives de réduction avaient été faites sans succès. Il y avait à la vérité des hémorrhagies; mais point à ce degré où elles menacent la vie d'un malade. Une autre malade atteinte de renversement de l'utérus depuis près de huit ans, a offert quelques particularités diagnostiques qui méritent d'être mentionnéee. Cette dame ayant consulté M. le professeur Cloquet , on crut à l'existence d'un polype , et il fut décidé que l'opération serait faite par M. Bérard. Toutefois, avant d'en venir à cette extrémité , on conçut quelques doutes, par suite desquels eut lieu une nouvelle consultation, dans laquelle on reconnut positivement l'existence d'un renversement utérin. La malade se trouvant alors à l'époque menstruelle, on ajourna toute tentative de traitement. Plus tard cette dame a consulté des charlatans, qui ont donné le conseil de recourir à des sachets antihémorrhagiques. Depuis lors les hémorrhagies ont diminué , et la vie de cette malade ne paraît nullement menacée, bien que l'affection date de huit à neuf ans.

M. Maisonneuve pense que l'on pourrait se promettre de meilleurs résultats en choisissant pour renouveler les tentatives de réduction , précisément l'époque des règles. Il fonde ce conseil sur la remarque qu'il a faite que durant la période menstruelle il y a un état d'expansion du tissu utérin, qni rend les explorations beaucoup plus faciles que dans l'état ordinaire. Ainsi dans des cas de tumeurs fibreuses où il était impossible de pénétrer dans la cavité utérine en l'absence de la menstruation, on pouvait lors de cette époque y faire pénétrer deux doigts. Un fait de ce genre a été constaté par M. Marjolin père. M. Maisonneuve conclut de là que la souplesse plus grande du tissu de l'utérus pendant la menstruation pourrait favoriser beaucoup les tentatives de réduction dans les cas de renversement.

M. Malgaigne fait remarquer que le renversement de l'utérus étant une affection rare, il n'est pas surprenant que nous ne possédions sur ce sujet que très peu de données positives. Pourtant en ce qui concerne le diagnostic , il a depuis longtemps insisté sur un signe qu'il regarde comme pathognomonique. Pour obtenir ce signe , une sonde est introduite dans la vessie pendant qu'un doigt est introduit dans le rectum. Si la sonde vient porter contre le doigt à travers la seule épaisseur de la membrane vésicale et de la rectale , c'est une preuve que l'utérus n'est plus à sa place. Quant à la thérapeutique de cette affection, elle consiste dans l'emploi de moyens rigoureux. L'insuccès des tentatives de réduction doit surtout être attribué, suivant M. Malgaigne, à ce que les efforts pour réduire s'exercent sans qu'il y ait un point d'appui qui retienne le col de l'utérus pendant qu'on agit par pression sur le corps de l'organe pour le ramener dans la situation normale, en franchissant par voie rétrograde l'anneau à travers lequel le fond de l'utérus est venu faire saillie dans le vagin. M. Malgaigne pense que par l'implantation d'érignes multiples sur le col de l'utérus, on parviendrait peut-être à suppléer l'absence de point d'appui. Au sujet de l'amputation , il ajoute que ce moyen lui paraît tellement grave, qu'il préférerait tenter la cautérisation avec le fer rouge ; que , dans tous les cas , on pourrait par ce moyen détruire la surface qui fournit les hémorrhagies, et parer de cette manière au principal danger du renversement de l'utérus.

M. Huguier considère comme obstacles principaux à la réduction de l'utérns renversé :

1° L'épaisseur et la consistance des parois utérines, ce qui leur enlève la flexibilité nécessaire pour permettre le refoulement du fond et du corps de l'utérus au travers du col;

2° La constriction exercée par le col utérin sur l'espèce de pédicule que présente l'utérns renversé au niveau de ce col ;

3° Enfin, la possibilité d'adhérences péritonéales dans l'espèce de sac digitiforme qui constitue le péritoine à l'intérieur de la poche formée par l'otérus renversé sur lui-même. M. Huguier dit avoir observé des adhérences de cette nature chez une malade qui avait succombé à l'Hôtel-Dieu dans le service de Dupuytren.

Pour combattre l'obstacle résultant de la constriction exercée par le col utérin, M. Huguier propose de pratiquer à cet anneau musculeux des incisions multiples susceptibles par la dilatation qu'elles permettraient de rendre la réduction plus facile.

M. Chassaignac a pris connaissance des faits mentionnés par M. Maisonneuve avec d'autant plus d'intérêt que la maladie dont il s'agit offre presque toujours des conséquences beaucoup plus dangereuses. Dans les cas observés par M. Chassaignac , des hémorrhagies abondantes et presque continues menaçaient la vie des malades. Le danger véritablement à redouter dans l'amputation de l'utérus est moins encore dans l'hémorrhagie qui peut survenir que dans la péritonite suite presque inévitable de l'amputation , puisqu'on divise le prolongement péritonéal qui descend dans l'utérus renversé. C'est à cette péritonite que succomba une femme opérée par M. Velpeau.

M. Danyau pense que le cautère actuel pourrait aggraver les altérations de tissu dont l'utérus à l'état de renversement est souvent le siége. Quant à la section comparée à la ligature, M. Danyau, s'il s'en référait à ce qui a lieu pour les polypes, préférerait la section à la ligature ; mais, dans le cas particulier, la ligature lui paraît préférable. Au sujet des incisions multiples sur le col, il ne peut formuler une opinion sur leur utilité dans le cas présent, attendu qu'il ne sait pas si dans ce cas la constriction du col existe d'une manière prononcée. Il croit que cc moyen a été conseillé par Meismer et qu'il serait surtout applicable dans le cas d'étranglement par l'orifice supérieur du col. Le danger de la péritonite comme suite de l'opération lui paraît incontestable; mais, dans plusieurs des cas , les accidents sont survenus d'une manière trop brusque et la mort a eu lieu trop promptement pour qu'on puisse l'attribuer à une péritonite. La perte des sujets pourrait être attribuée au même mode d'action que dans certaines ruptures de l'utérus. Du reste, il ne propose l'opération que comme un moyen qu'on emploie en désespoir de cause.

M. Malgaigne repousse la crainte des altérations que pourrait subir l'utérus par l'action du cautère, en s'appuyant sur les résultats de la pratique de M. Jobert, qui a observé, au contraire, que, suus l'influence de ce moyen, dcs modifications heureuses survenaient dans l'état du tissu de l'utérns.

M. Robert insiste sur la nécessité de bien distinguer l'action d'un même moyen thérapeutique sur des parties anatomiquement différentes d'un même organe. En effet , d'après les recherches mêmes de M. Jobert, le corps de l'utérus reçoit des filets nerveux abondants, tandis que le col en est complétement dépourvu. Ce sont là des conditions dont il importe de tenir compte dans l'appréciation des moyens thérapeutiques suivant le lieu où ils sont appliqués. M. Robert pense qu'une cautérisation transcurrente pourrait avoir des avantages dans le cas de renversement de l'utérus ; mais il pense qu'employée à fin de destruction de la partie renversée, le fer rouge pourrait entraîner des accidents et notamment la péritonite.

Les conclusions du rapport de M. Danyau sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Sur la demande de *M. Marjolin* fils et vu l'intérêt qui s'attache au rapport de M. Danyau, le renvoi de ce rapport au comité de publication est également voté à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NÉCROLOGIE.

Discours de M. Gimelle, prononcé sur la tombe de Bérard au nom de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Cet appareil funèbre nous rappelle que nos pertes se multiplient et prennent un caractère de plus en plus affligeant. En présence du cercueil d'un ami enlevé si jeune et en si peu de temps à la science, dont il était le disciple fervent et l'un des plus éloquents interprètes, je n'exprimerais mon chagrin que par le silence de la douleur, si, dans ce moment suprême, je n'étais appelé à faire entendre les regrets de l'Académie royale de médecine, qui a daigné me charger d'être son interprète; regrets d'autant plus profonds, que cette perte est sans contredit l'une des plus sensibles et la plus inattendue de tnutes celles que la Compagnie a faites jusqu'à ce jour.

Bérard (Auguste), naquit à Vazins, près Saumur, en 1802, dans cet Anjou qui a donné tant de médecins justement célèbres ; il fit ses humanités au collége d'Angers, où il donna des preuves de cette mémoire prodigieuse et de cette aptitude au travail qui devaient le conduire au rang le plus élevé de la profession qu'il embrasserait.

Ce fut à Paris qu'il commença ses études médicales. Guidé par un frère que nous honorons tous, il prit bientôt le rang que lui assignait une intelligence supérieure secondée par un travail consciencieux et approfondi.

Dans le concours pour l'internat des hôpitaux, il fut nommé le premier. Pendant trois ans consécutifs il obtint les prix de l'Ecole pratique, et par suite cette réception gratuite, digne récompense du succès obtenu dans ces luttes.

Ce fut encore par le concours qu'il fut nommé aide d'anatomie, prosecteur, agrégé, et enfin professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris.

Bérard est auteur d'un grand nombre de monographies et de thèses qu'il a soutenues dans les divers concours dont il a fait partie pour arriver au professorat. Ces ouvrages, qu'il est impossible d'analyser en si peu de temps, sont tous d'excellentes monographies représentant exactement l'état actuel de la science, que l'on consultera toujours avec fruit ; elles ont pour titre :

1° De la luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas, et de l'atlas sur l'axis.

2° De corporibus extraneis in tractu aeris admissis.

3° Des causes qui s'opposent à la consolidation des fractures.

4° Des divers engorgements du testicule.

5° Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs.

6° De la texture et du développement des poumons.

7° Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne.

8° Diagnostic différentiel des tumeurs du sein.

Bérard a publié dans les Archives de médecine, dans la Gazette médicale dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales et dans le Nouveau Dictionnaire de médecine, un grand nombre d'articles d'anatomie, de physiologie et de chirurgie, que les praticiens et les élèves consultent toujours avec fruit.

De concert avec un jeune professeur son ami, son émule, comme lui plein de zèle pour la science, il avait entrepris la publication d'un ouvrage de longue haleine, le Compendium de chirurgie, qui aurait été le répertoire fidèle de la science chirurgicale, mais que sa mort prématurée laisse inachevé.

Chez A. Bérard, l'opérateur ne le cédait en rien à l'homme érudit, à l'écrivain correct et élégant. Sa main sûre et hardie appliquait les ressources de la chirurgie dans les cas les plus difficiles et dans les maladies regardées jusqu'à lui comme au-dessus des ressources de l'art

Chirurgien habile, professeur érudit et éloquent, il était constamment entouré d'un immense concours d'élèves, auxquels une exposition lucide des faits et sa parole facile faisaient aimer une science entourée de difficultés et souvent de dégoûts.

Bon, obligeant, spirituel, aimable pour tous, Bérard portait à ses amis un dévouement à toute épreuve et un attachement inaltérable. Dans sa jeune famille, il était le modèle des époux et le plus tendre des pères.

Bérard était jeune encore, fortement constitué; et c'est après deux mois à peine d'une de ces maladies affreuses qui prennent leur siége dans les organes essentiels à la vie, et contre lesquelles les ressources de l'art et le dévouement de l'amitié sont toujours impuissants, que nous venons porter nos regrets sur cette tombe, qui renferme désormais tant de travaux, tant de science, et l'espoir d'un avenir acheté par tant d'études.

O Bérard ! si les regrets que tu laisses sur cette terre peuvent contribuer au bonheur de l'autre vie, tu jouiras de cette félicité que tu as achetée par tes travaux et par tes vertus.

Bérard était professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine et d'un grand nombre de sociétés savantes, chirurgien consultant du roi, chevalier de la Légion-d'Honneur. Dans toutes ces positions, il laisse des regrets éternels.

Que la terre lui soit légère !

Discours prononcé sur la tombe de M. Auguste Bérard, au nom de la Société de médecine de Paris, par M. Sandras.

Quelques mois à peine se sont écoulés depuis que la Société de médecine a fait entendre l'expression de ses regrets autour d'une tombe recevant les restes d'un collègne quc nous avons tous aimé; et voilà qu'aujourd'hui nous suivons avec le même deuil, nous entourons des mêmes regrets les restes d'un collègue que nous aimions tous. Mais du moins quand la science et l'amitié déploraient la mort de Delens , l'amertume de nos regrets était tempérée par la pensée consolante que sa vie avait été pour l'une et pour l'autre aussi pleine que le comporte l'humaine nature; nous nous plaisions dans notre douleur à rappeler ses travaux accomplis, ses actes, ses pensées, ses sentiments qui ne s'étaient jamais démentis dans une longue et difficile carrière. Et ici... de tant de travaux préparés, d'une jeunesse si pleine d'avenir, de cette précoce maturité dont nous allions recueillir les fruits , il ne nous reste plus que des souvenirs intimes , et quelques essais épars capables seulement de nous faire sentir tout ce que nous avons perdu. Bérard nous a été enlevé au moment où il commençait à découvrir tous les trésors de bonne observation , d'éruditinn solide, de pratique intelligente qu'il avait accumulés. Il avait employé l'âge de la mémoire à s'assimiler tout ce que la science renferme de meilleur. Puis il avait fait passer toutes ces richesses au creuset de l'expérience. Ses collègues, ses amis savent seuls tont ce que ce travail méthodique lui avait donné à la fois et de ressources même pour les cas imprévus et extrêmes, et de précision pour tout ce qui regarde la connaissance des maladies chirurgicales, le manuel des opérations , et , ce qui vaut mieux à coup sûr, les indications rigoureuses de l'art qu'il exerçait. Jeune, il avait pressenti la place qu'il devait occuper dans la science , et il s'était peu empressé de donner à ses idées une publicité qu'il aurait crue prématurée. Arrivé à l'âge mûr, après avoir consciencieusement confronté les livres et les faits, il avait compris enfin qu'il était de son devoir de communiquer à ses contemporains les jugements qu'il en avait portés , les progrès qu'il avait préparés pour la chirurgie, les faits nouveaux dont la science s'était accrue entre ses mains.

A la Faculté, à l'Académie royale de médecine, à la Société de médecine de Paris, à la Société de chirurgie, nous savions tous ce qu'il pouvait, ce qu'il voulait ; nous attendions tous avec impatience la publication coordonnée des matériaux si riches qu'il avait acquis; et voilà qu'une mort inattendue l'arrête au milieu de cette belle carrière. Après avoir admiré la sagesse avec laquelle il se recueillait et se jugeait avant de parler ou d'écrire, nous sommes condamnés à gémir de ce qu'il ne se suit pas plutôt hâté de se produire au grand jour; nous aurons tous conservé la mémoire de ce jugement sage et hardi, de cet esprit logique et étendu, de cette patience tenace, de cette ardeur de bien faire dont il nous a montré tant de preuves ; mais nous regretterons éternellement qu'il ne nous ait pas été donné d'en jouir plus longtemps ; nous déplorerons toujours qu'il n'ait pas eu le temps de dire son dernier mot sur toutes les parties de la science qu'il avait explorées, de satisfaire à tnutes les promesses qui étaient en lui. Ce qu'il a déjà fait suffirait à la gloire de beaucoup ; ce qu'il y aurait ajouté certainement, car il ne pouvait manquer à sa nature , restera pour nous à jamais regrettable.

Mais si la Société de médecine déplore pour la science une fin si triste et si précoce, quelles plaintes ne fera-t-elle pas entendre quand elle parlera de Bérard comme homme et comme ami ! Depuis qu'il a pris place parmi nous, ne l'avons-nous pas toujours trouvé aussi bon dans ses actes qu'agréable dans ses discours ? A la fois sincère et fin, sage et gai, complaisant et réservé, modeste pour lui-même et disposé à louer les autres, dévoué pour ses amis et bienveillant au moins pour ceux qui ne l'étaient pas, heureux de bien faire et heureux de ce qu'on faisait de bien, il répandait et vivifiait autour de lui tous les bons sentiments dont il était animé. Sa mort laissera longtemps parmi nous un vide de cœnr autant que de science et d'esprit.

Nous ne pouvons nous rappeler aujourd'hui sans une vive émotion la part honorable qu'il a occupée récemment dans le cinquantième anniversaire de la fondation de la Société de médecine. Il avait voulu que la chirurgie ne manquât pas à cette fête de la science. Hélas ! et son Mémoire sur l'extirpation de l'œil a été la dernière communication qu'il nous ait faite ! et il aura manqué le premier au vœu qu'il avait exprimé de nous retrouver tous à une pareille réunion ! Qui aurait pu croire alors que nous fussions si près de le perdre, qu'il fût menacé sitôt d'une fin si déplorable ?

Bérard ! un grand nombre d'entre nous n'assisteront pas à l'anniversaire dont tu parlais, mais bien peu certainement auront excité des regrets plus touchants et plus justes. Adieu !

Discours de M. le docteur Cullérier, secrétaire de la Société de chirurgie, au nom de la Société.

Au milieu du deuil profond dans lequel la mort de M. Bérard plonge ses confrères et ses amis , il n'est pas possible que la Société de chirurgie reste muette et qu'elle ne vienne pas dire officiellement aussi la douleur qu'elle a ressentie à la nouvelle de la perte qu'elle vient de faire ; perte immense en effet pour elle , car M. Bérard n'était pas seulement un de ses membres les plus assidus , mais c'était avec un sentiment de juste appréciation de son caractère et de son talent qu'elle s'enorgueillissait de le voir à la tête de ses fondateurs et de l'avoir eu le premier pour président.

Le vide que cette mort va opérer parmi nous se fera longtemps et cruellement sentir , car nous ne pourrous pas oublier que c'est déjà parvenu à une des plus belles positions scientifiques qu'il soit permis d'ambitionner , que c'est déjà professeur à la Faculté et membre depuis longtemps de l'Académie ruyale de médecine que M. Bérard se donnait tout entier aux soins d'organisation de cette Société nouvelle à laquelle il prédisait d'utiles et de brillantes destinées ; et certes, depuis trois ans qu'existe la Société de chirurgie , il n'a pas dépendu de lui que ses espérances ne se réalissassent.

C'est lui qui, non content d'avoir contribué d'une manière si active à notre constitution , voulut encore donner la première impulsion à l'impression de nos travaux , et son intéressant Mémoire sur une forme particulière et non décrite d'anévrisme faux a été un heureux dé-

but et un gage d'avenir pour nos publications.

C'est lui peut-être qui nous a fait les communications les plns intéressantes et les plus curieuses. Enfin j'ajouterais, si toutes les personnes qui m'entourent n'avaient connu sa diction brillante, son jugement sain, sa dialectique serrée, j'ajouterais que, plus que qui que ce soit, il jetail sur nos discussions autant d'éclat que de profondeur.

C'est donc, vous le voyez, Messieurs, plus qu'une amitié sincère qui unissait quelques-uns d'entre nous à notre malheureux collègue; c'est plus qu'une bonne confraternité qui nous rapprochait tous de lui, c'est un sentiment de gratitude qui nous fait mêler notre douleur particulière à la douleur générale.

Permettez-moi, Messieurs, de ne pas vous parler science, car, outre que pour l'examen et l'appréciation des travaux de M. Bérard il eût fallu à la Société de chirurgie un plus habile interprète, il est, je vous l'avone, au-dessus de mes forces de conserver devant ce cercueil le calme nécessaire.

Auguste Bérard était le condisciple de beaucoup des membres de la Société de chirurgie; il avait été le maître de plusieurs. Dans ses nombreux concours il avait eu à lutter avec les uns, et plus tard il avait eu à être le juge des autres. Eh bien! ces conditions diverses qui amènent et laissenl malheureusement quelquefois après elles des impressions fâcheuses, M. Bérard les avait traversées avec le rare bonheur de ne s'être fait que des amis. Aussi j'exprime, j'en suis convaincu, les sentiments de tous, et je voudrais pouvoir vous dire l'angoisse douloureuse qui avait saisi nos cœurs lorsque nous crûmes entrevoir que la maladie de notre collègue aurait une issue funeste. Je voudrais vous transmettre dignement les réflexions déchirantes que nous inspira l'annonce de cette mort qui vient briser une position acquise par une vie toute de labeur, d'incertitude et trop souvent, hélas! de déceptions.

Qu'Auguste Bérard, après avoir parcouru cette période d'épreuves pénibles par laquelle doivent nécessairement passer aujourd'hui ceux qui aspirent à un rang honorable dans la science et dans la pratique, ait recueilli ensuite pendant longues années le fruit de son travail et de sa persévérance, et ne soit arrivé au terme fatal qu'après une existence utile à lui et aux siens, utile à la science et à l'humanité, nos regrets l'accompagneraient encore, sans doute; mais notre raison s'inclinerait devant la nécessité de cette destinée commune.

Mais que ce soil à l'instant de jouir des avantages qu'il avait acquis par tant de peines, au moment où les honneurs, la considération et la reconnaissance publique venaient, sinon lui faire oublier, du moins compenser largement les difficultés du chemin; quand, enfin, la pensée que ce travail de tous les instanls est pour beaucoup peut-être dans cette mort prématurée, oh! alors, Messieurs, il faudrait une résignation surhumaine pour subir sans se plaindre cette rigueur du destin!

Avant que cette tombe ne se referme sur vous, recevez, Bérard, cher et malheureux collègue, le dernier adieu de la Société de chirurgie; mais de même que vous devez toujours vivre dans le cœur de votre famille désolée, de même votre nom ne doit pas périr parmi nous: il vivra dans vos œuvres; il sera pour nous, comme pour tous les travailleurs, l'emblème d'une grande tâche à remplir, d'une courageuse persévérance à imiter, d'un noble exemple à suivre.

Les médecins militaires de tous grades sont Informés qu'un chirurgien principal, parent par alliance de l'une de nos sommités du ministère de la guerre, dans la prévision d'arriver plus sûrement et plus vite à l'inspection médicale, s'appuyant d'antécédents fâcheux pour le corps des médecins militaires, sollicite avec instance l'échange de son brevet pour celui de médecin principal. Ils protestent de toute leur force contre une pareille prétenlion, qui, avant l'ordonnance organique du 12 août 1836, a pu avoir lieu. Mais aujourd'hui que ladite ordonnance a établi l'ordre d'admission dans les différentes branches du service de santé militaire et spécialement dans l'ordre des médecins; qu'elle dit.... que les aides-majors, chirurgiens et pharmaciens pourront concourir pour le grade de médecin-adjoint, premier grade d'introduction dans le corps, la chose n'est plus possible. Or est-il convenable, est-il juste que sans concours et dans un grade aussi élevé, qu'un chirurgien principal, enfin, vienne, par la force d'une puissante protection, enlever aux médecins principaux les deux seuls grades supérieurs d'inspecteurs auxquels ils ont droit de prétendre? Nous ne le pensons pas. Mais bien que nous ayons droit de compter sur l'équité et sur la sagesse du haut fonctionnaire qui a notre corps dans ses attributions, nous ne nous en inscrivons pas moins contre cette inconcevable tentative, dans la crainte que de notables influences ne fassent passer outre, ce qui serait un grand déni de justice qui blesserait tous les médecins militaires, porterait parmi eux un découragement fâcheux et déplorable, et serait enfin contraire à l'ordonnance qui les régit.

Nous espérons que M. le ministre de la guerre, dans sa sollicitude si éclairée pour le maintien de l'ordre hiérarchique dans tous les grades de l'armée et des droits de chacun aux places supérieurs dans son arme respective, ne cédera à aucune influence, quelles que soient les raisons plus ou moins spécieuses qu'on apportera pour tromper sa religion. (*Communiqué.*)

NOUVELLES.

M. le docteur Cabasse, un des prisonniers de la deïra, vient d'être nommé par le roi chevalier de la Légion-d'Honneur, récompense bien due au dévouement admirable dont M. Cabasse a donné tant de preuves en faveur de ses compagnons de captivité.

— M. le docteur Poirson, chirurgien militaire en retraite, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, membre de l'Académie royale de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, vient de mourir.

— Il y a en France 1,329 hôpitaux et hospices, secourant annuellement 152,830 malades et indigents; 6,275 bureaux de charité, secourant 695,932 individus; congrégations religieuses de femmes secourant annuellement 1,200,000 malades.

— La mortalité moyenne, dans Paris, est de 1 individu sur 51. Dans le 1er arrondissement, elle est de 1 sur 62; dans le 12e, de 1 sur 43; dans les prisons, de 1 sur 15, et dans les hôpitaux, de 1 sur 6.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Dixième liste.

MM. le docteur Vosseur, à Paris, 5 fr.
le docteur Costes, prof. à l'Ecole de méd. de Bordeaux, 5
le docteur Barnetche, id., 5
le docteur Barbet, id., 5
le docteur Chaumet, id., 5
le docteur Lartigues, réd. de l'Encyclogr. méd., à Paris, 5
le docteur Maubec, à Paris, membre de la Société du 8e arrond., 5
le docteur Raynaud, id., 5
le docteur Deslandes, id., 5
le docteur Gery, id., 2
le docteur Gogot, id., 5
Gallois, pharmacien à Paris, Id., 5
Liance, id., 5
Lemoine fils, à Nanci, 5
de Roche, id., 2

MM. le docteur Leverdier, à Montreuil, 3
Acard, pharm. à Rugles, 5
Soc. méd. de l'Orne, par son trésorier, M. Rotureau, 30
Bixio, à Paris, 5
le docteur Fantin, à Melun, 5
le docteur Chrelien, à Thann (Haut-Rhin), 5
le docteur Couraux, id., 5
le docteur Dugart, méd. en chef de l'asile des aliénés, à Dijon, 5
le docteur Payan, à Aix, 5
le docteur Pelassy, pharmacien au Donjon, 3
le docteur Renard, à Authun (Creuse), 2
le docteur Lelièvre (Eug.), à Mehun-sur-Yeuvre (Cher), 5
le docteur Deville, à Villeneuve-l'Archevêque, 2
le docteur Metivier, id., 2
le docteur Retif, à Sens, 2
le docteur Bardel-Dubois, à Fervacques (Calvados), 10
Société de médecine pratique de Paris, 100
Fettu, méd. à Belesme (Orne), 3
le docteur Boulard, à Richelieu (Indre-et-Loire), 3
le docteur Baudon, à Mouy (Oise), 3
le docteur Clausade, à Rabastens, arrond. de Gaillac, 5
le docteur Maignial, au Verdier, id., 5
le docteur Coste, à Labastide, id., 5
le docteur Beringuier (Adrien), à Rabastens, id., 5
le docteur Rigal, à Gaillac, id, 5
le docteur Thomas, à Gaillac, id., 5
le docteur Dupin-Dutemps, aux Cabanes, id., 5
le docteur Compayré-Laguivandelle, à Lisle, id., 5
le docteur Turles, id., 5
le docteur Crouzet (Edouard), id., 5
le docteur Mural, à Salvagnac, id., 5
le docteur Cassan, à Montmirail, id., 2
le docteur Boyer, ancien int. des hôp. de Paris, à Laval, 5
Farjanel, pharm. aux Cabanes, id., 5
Causse, id. à Gaillac, id., 5
Estruc, id., id., 5
Rimes, id. à Lisle, id., 3
Lauzeral, méd.-vétér., à Gaillac, id., 5
Fournier, id. à St Urcisse, id., 4
Muratet, id. à Rabastens, id., 3
le docteur Barrion, à Mouilleron-en-Pareds (Vendée), 3
le docteur Dubrac, à Tours, 5
le docteur Pleindoux père, à Nîmes, 5
le docteur Duplessy, à l'hôp. mil. de Montmédy (Meuse), 2

(*La suite à un prochain numéro.*)





PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 124. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

Observation sur un cas de mort survenu du troisième au quatrième mois d'une grossesse utérine, par suite de vomissements opiniâtres; par M. le docteur VIGLA, médecin du Bureau central.

Madame G..., qui fait le sujet de cette observation, était âgée de vingt-huit ans environ, d'une constitution moyenne, et présentait habituellement l'apparence d'une assez belle santé. Ses cheveux étaient châtains, sa peau était blanche, son visage coloré; le corps offrait peu d'embonpoint; le tempérament était sanguin et nerveux. Elle avait cependant perdu une sœur phthisique. Elle accoucha naturellement pour la première fois, le 24 mars 1844, d'un enfant du sexe masculin, bien constitué, et qui est devenu très fort. Elle a essayé de le nourrir; mais une conformation vicieuse du mamelon l'a forcée d'y renoncer. Un phlegmon de la mamelle droite suivi de deux abcès a été la conséquence de l'irritation causée par la succion de l'enfant; succion très douloureuse, et supportée avec trop de courage pendant cinq à six jours. Néanmoins, pendant une période assez longue de fièvre entretenue par cet abcès, et accompagnée d'amaigrissement, la poitrine n'a été le siége d'aucun accident.

A la fin de mai, madame G. avait recouvré la santé, l'appétit, l'embonpoint qui lui étaient naturels; et dans le cours de l'année, sa constitution, comparée à ce qu'elle était avant la maladie, s'était plutôt améliorée.

Le 20 février 1846, cette dame me fit demander pour des malaises qu'elle supposait avec raison devoir être attribués à un commencement de grossesse. Elle avait un retard d'une vingtaine de jours environ. Ses règles, jusque-là venant toujours très exactement, aucune cause morbide ne motivant cette suppression, je partageai ses soupçons. Un dégoût prononcé pour les aliments, des nausées qui suivaient presque immédiatement leur introduction, quelque soin qu'elle mît à choisir ceux qui lui répugnaient le moins; et de plus des coliques et un peu de diarrhée survenues depuis quelques jours seulement, l'avaient réduite à une demi-abstinence dont la nutrition avait déjà souffert. L'amaigrissement était sensible; les traits étaient altérés. Du reste, il n'y avait ni fréquence dans le pouls, ni chaleur à la peau; la langue était à peu près naturelle. Je conseillai de boire tantôt une infusion de tilleul, tantôt une légère décoction d'eau de riz; de prendre chaque jour, par tiers, de six en six heures, un lavement à l'eau de guimauve avec 15 gouttes de laudanum de Sydenham; et, malgré le dégoût, de prendre des bouillons, des crèmes, ou des potages au gras.

La diarrhée et les coliques cédèrent sous l'influence de cette médication; mais le dégoût et les nausées persistèrent; la malade vomit même les légers aliments qu'elle prenait; la fatigue et la faiblesse augmentèrent; la bouche était mauvaise et la malade obligée de cracher à tout moment. La soif était assez prononcée, mais avec répugnance pour les boissons mucilagineuses et aromatiques. La langue était un peu blanche à la base et un peu rouge à la circonférence; la salive était neutre. La peau était sans chaleur et le pouls à 66 ou 68 par minute. Persistant toujours dans la pensée que ces accidents dépendaient d'un commencement de grossesse, je fis prendre de la glace par petits morceaux, de l'eau de Seltz coupée et édulcorée avec le sirop de groseille ou de limon, et la boisson suivante par cuillerée, d'heure en heure :

Eau distillée de tilleul,	50 gram.
— de mélisse,	50
— de fleurs d'oranger,	5
Sirop d'éther,	20
Laudanum de Sydenham,	12 gontt.

Ces moyens furent continués trois jours sans obtenir plus de succès que les précédents. La malade vomissait toujours.

La constipation ayant fait place à la diarrhée, j'eus recours à des lavements laxatifs et purgatifs. Aux symptômes déjà indiqués se joignit une douleur assez vive répondant à tout le trajet de l'œsophage. A chaque instant la malade rejetait une petite quantité de salive aérée. Les vomissements, très peu abondants, et formés le plus souvent par de la bile étendue d'un peu d'eau, ne survenaient que plusieurs heures après l'ingestion des fécules ou des bouillons, ordinairement conservés eux mêmes; mais les nausées et les efforts commençaient une demi-heure après celle-ci.

La seconde époque menstruelle, répondant au 25 février, se passa sans qu'il parût rien; ce qui me confirma encore dans la pensée d'une grossesse.

Le 1er mars, je pratiquai une saignée de 300 grammes. Le sang ne fut pas couenneux. La malade ne s'en trouva ni mieux, ni plus mal.

Le lendemain, après avoir de nouveau pesé les symptômes qui ont déjà été décrits, j'éloignai encore une fois l'idée d'une gastro-entérite, qui s'était présentée à moi plusieurs fois, et la seule affection, d'ailleurs, qui pût être admise si on rejetait l'existence d'une névrose liée à la grossesse.

La médication antiphlogistique et antispasmodique n'empêchant pas le mal de faire des progrès, je me demandai si je ne réussirais pas comme d'autres l'avaient fait avant moi, suivant en cela le précepte d'Hippocrate, à guérir le vomissement par le vomissement. Je prescrivis dans ce but :

Tartre stibié,	5 centigrammes;
Poudre de racines d'ipécuanha,	1 gramme.

M. F. trois paquets à prendre dans autant de demi-verres d'eau tiède à quinze minutes d'intervalle.

Il y eut deux ou trois vomissements bilieux; le premier, seul, assez abondant; mais après ceux-ci, aucun changement favorable ni défavorable. « C'est toujours la même chose, » me disait la malade, très intelligente et très résignée. J'avais essayé bien des aliments nouveaux, consultant toujours son goût dans le choix de ceux-ci : les bouillies de froment, de maïs, les bouillons de poulet, de veau; les huîtres. Les premières cuillerées étaient assez bien accueillies; mais bientôt la satiété succédait; les nausées, et enfin les vomissements arrivaient. Le bouillon de veau avait été pris plus volontiers pendant deux ou trois jours, puis il était devenu l'objet de la même répugnance que tous les autres aliments.

Cependant l'amaigrissement et l'altération des traits augmentaient. Un symptôme, dont j'ai déjà parlé, était devenu plus pénible pour la malade, c'était la douleur œsophagienne. Il lui semblait que l'intérieur de ce conduit fût au vif, et que de là vînt l'obstacle qu'elle éprouvait à prendre des aliments; mais sur ce dernier point elle se trompait; il n'y avait pas dysphagie proprement dite; les boissons pénétraient avec facilité, aussi bien que les aliments, jusqu'à l'estomac; le véritable obstacle à l'alimentation était le dégoût. J'appliquai, le 4 mars, un vésicatoire de 9 centimètres à l'épigastre, et les jours suivants je fis absorber par la plaie de celui-ci des petites doses de chlor-hydrate de morphine. Il y eut du sommeil, mais peu d'amélioration dans les symptômes gastriques.

M. Rostan fut appelé en consultation le 5 mars. Bien que la nutrition eût souffert considérablement depuis le commencement de la maladie, il attribua tous ces accidents à la grossesse, et conseilla d'insister davantage sur les narcotiques et les antispasmodiques. Le pronostic ne lui parut point encore grave pour la malade. En conséquence, elle fut mise à l'eau de laurier-cerise (4 grammes dans une pincée de tilleul). Elle prit un bain à l'eau de tilleul, mais n'y put rester que peu de temps; et après avoir essayé d'en prendre un second pareil, et un troisième gélatineux, elle fut obligée d'y renoncer, à cause de la faiblesse et d'autres malaises qu'elle y éprouvait. Quand le vésicatoire cessa d'absorber de l'hydro-chlorate de morphine, elle prit l'extrait gommeux d'opium et l'extrait de belladone successivement. D'après l'avis de M. Rostan, on essaya aussi une nourriture plus substantielle, des gelées de volaille, de viande, un peu de poisson, un peu de poulet, quelques légumes, des biscottes, etc. Le malaise augmentait en raison de la quantité et de la qualité plus substantielle des aliments. La quantité introduite ne fut d'ailleurs jamais très considérable, car le dégoût, comme dans le commencement

---

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

DIXIÈME CHAPITRE. — *Des scrophules.*

Par une singulière exception, le remède dont nous allons parler ne rentre plus dans la classe des sources minérales naturelles; c'est une eau artificielle que l'industrie fournit à la médecine, et qui n'emprunte aucune de ses propriétés thérapeutiques à ces éléments inconnus auxquels on a trop souvent attribué l'efficacité des eaux minérales.

Kreutznach jouit en Allemagne d'une réputation méritée pour le traitement des affections scrophuleuses; les malades y affluent, et l'expérience s'appuie sur un assez grand nombre de sujets pour être inattaquable. Ce n'est ni à la composition de ses sources, ni à sa situation exceptionnelle que Kreutznach doit d'avoir été choisi parmi tant d'autres établissements Les eaux des quatre sources offrent à l'analyse la plus grande analogie avec celles de Kissingen, de Hombourg et des bains secondaires; moins riches en acide carbonique, elles sont moins favorables dans la plupart des cas où le chlorure de sodium est indiqué.

Mais Kreutznach a de plus que Hombourg et que Kissingen, le voisinage de vastes salines où s'effectue sur une grande échelle l'extraction du sel marin que les sources contiennent en suffisante abondance. C'est aux résidus de ces opérations qu'on désigne dans le pays, sous le nom de mutter-laüge (eaux-mères), qu'il faut rapporter les cures heureuses ou les notables améliorations dont se félicitent la plupart des scrophuleux qu'on y envoie.

Nous possédons en France des salines exploitées par les mêmes procédés, et qui rendraient évidemment les mêmes services. Aucune tentative, que nous sachions, n'a encore été faite dans le but d'utiliser les produits dont l'industrie locale ne tire aucun avantage. Il importe donc d'étudier avec quelques détails un remède, qui, s'il est réellement profitable, se trouvera si facilement à notre disposition.

Les eaux-mères de Kreutznach sont d'un brun foncé, de consistance sirupeuse. Leur odeur rappelle celle des plantes marines; leur saveur est d'une amertume toute spéciale, à laquelle il serait difficile de s'habituer. Nous avons déjà rapporté leur composition, en même temps que nous citions les analyses récentes de M. Figuier, qui lèveront tous les doutes. Les travaux contestés d'Osanne portent à plus de 20 grammes par once la proportion des bromures de calcium et de potassium; sans atteindre ce chiffre exagéré, on a vu que le brome s'y retrouve à des doses considérables, et constitue avec le chlorure de calcium leur principal élément.

Ce serait se faire une fausse idée de la mutter-laüge, que de la représenter comme formée des mêmes principes minéralisateurs que l'eau des sources naturelles, moins toutefois le sel marin. Le mode d'exploitation des salines se compose de deux procédés essentiellement distincts, l'évaporation à l'air libre, et l'évaporation dans des cuves de métal à l'aide de la chaleur. L'eau élevée au-dessus des fascines accumulées dans les bâtiments de graduation, laisse déposer les substances que le contact de l'air a isolées en les rendant insolubles. Ainsi les carbonates de chaux et de magnésie, l'alumine, les sels de fer et de silice se précipitent presque entièrement sur les ramilles. Il reste donc dans l'eau soumise à l'évaporation, des chlorures, des bromures, et de l'iode libre ou combiné.

En France les méthodes sont les mêmes, et par suite les résidus doivent être constitués par des éléments analogues, si l'eau saline provenant du puits n'a pas une composition différente. M. le docteur Figuier a entrepris sur ce sujet intéressant des expériences encore incomplètes, mais qui permettent déjà de pressentir cette conclusion, que les salines françaises et celles de Kreutznach donneront à l'analyse des produits analogues.

Nauheim est également placé dans les conditions qui ont valu aux bains de Kreutznach leur juste renommée. Ses sources étaient primitivement destinées à des usages industriels, et quelques habitants de Francfort, séduits par la proximité, y venaient seuls suivre le traitement qu'on prescrit contre les affections scrophuleuses. Depuis, un forage artésien a versé ces eaux si riches en acide carbonique libre dont nous avons eu plus d'une fois occasion de parler. La vaste saline située dans le village même, fournit ses résidus en abondance, soit pour être employés sur place mêlés à l'eau naturelle, soit pour être expédiés à Hombourg. Or on observe à Nauheim des effets thérapeutiques aussi prononcés, et c'est plutôt les malades qui manquent au remède que le remède qui manque aux malades.

Nous insistons sur ces faits, parce qu'ils nous semblent doublement importants. Peut-être contribuerons-nous à ouvrir à notre industrie une voie nouvelle en rendant service à la médecine. N'en fût-il pas ainsi, nous voulons au moins constater que partout en Allemagne, car il serait facile de citer d'autres exemples à l'appui, on regarde les résidus de salines comme un médicament digne d'appeler l'attention des médecins et capable de rivaliser avec les eaux de l'Autriche les plus recommandées contre les maladies strumeuses.

Du moment où il est admis et démontré que les bains de Kreutznach sont réellement des eaux artificielles, qu'elles n'empruntent aucune de leurs vertus curatives à autre chose qu'à elles-mêmes, elles seront également efficaces en quelque lieu qu'on les emploie. A Hombourg, où les eaux-mères sont importées de Nauheim, nous avons pu constater leur identité d'action avec celles qu'on administre à Nauheim et même avec celles de Kreutznach. Seulement, et cette observation mérite d'être notée, le transport augmente tellement les frais que les médecins, par ménagement économique, sinon par défiance thérapeutique, s'arrêtent à des doses beaucoup plus modérées. Tandis qu'on a pu prescrire à Kreutznach jusqu'à cent litres de mutter-laüge dans un bain, cinquante litres à Hombourg sembleraient une quantité exorbitante qu'on n'a jamais certainement atteinte et que peu d'individus consentiraient à continuer tant la dépense serait considérable.

On envoie à Kreutznach tous les scrophuleux sans distinction, soit que des lésions apparentes aient déjà manifesté la maladie, soit qu'on ait reconnu les signes généraux d'une prédisposition; soit, enfin, que, dans une affection complexe, l'élément scrophuleux paraisse intervenir à quelque degré. Nous allons passer rapidement en revue les résultats de la médication dans ces trois ordres de circonstances.

La simple prédisposition aux scrophules, avant qu'aucun symptôme défini ait révélé leur existence, est difficile à constater, et les effets que produisent les remèdes prophylactiques sont là comme partout contestables. Si on se représente les caractères assignés ordinairement à cette diathèse encore virtuelle, leur diversité est déjà un motif pour douter de leur exactitude. L'aspect général est tantôt celui d'une santé florissante, tantôt celui d'une cachexie rebelle; les maladies incidentes ne semblent pas un *criterium* plus infaillible. On cite en général, chez les jeunes enfants, les gourmes, les éruptions tenaces et humides comme des prodromes plus ou moins éloignés. Ce serait une faute de s'en rapporter à de pareils indices pour juger des eaux minérales comme moyens préservatifs; on arriverait, en effet, ou à un scepticisme ou à une confiance excessive.

Beaucoup d'enfants du premier âge sont sujets à des affections cutanées qui ne se lient en aucune façon à la venue des scrophules, mais correspondent à une constitution que les gens du peuple nomment venimeuse, qu'on pourrait plus scientifiquement peut-être désigner sous le nom de suppurative. L'imminence des accidents aigus est alors ce qu'on a de plus à craindre : les pneumonies, par exemple, ou les diarrhées chroniques avec fièvre rémittente; les lésions des muqueuses succèdent souvent aux altérations des fonctions de la peau. Il serait au moins dangereux, sous le coup de ces accidents possibles,

---

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98, 113, 115, 116, 118.

forçait bientôt de suspendre. C'est alors que je commençai à faire prendre à la malade des lavements de bouillon, qu'elle continua avec avantage jusqu'à la fin de la maladie. On en ingérait un le matin et un l'après-midi; ils étaient conservés sans douleur, digérés; et quand on donnait de temps à autre des lavements ordinaires pour combattre la constipation, ils ramenaient souvent des matières rondes et dures.

M. Rayer vit la malade le 13 mars. Les symptômes étaient toujours les mêmes; de plus, la langue était peut-être plus rouge à la pointe et plus blanche à la base, mais toujours humide; le ptyalisme, les nausées et les vomissements persistaient au même degré; la salive était neutre; la constipation opiniâtre ne cédait le plus souvent qu'à des lavements à la mercuriale et au séné. La poitrine, que j'avais examinée plusieurs fois et avec des résultats négatifs, fut percutée et auscultée par M. Rayer, qui ne trouva pas non plus la moindre lésion. D'ailleurs, la respiration libre et facile, l'absence de toux et de fièvre, concordaient bien avec l'état physiologique des bruits respiratoires. Nous insistâmes sur cet examen, parce que la sœur de la malade était morte tuberculeuse. La sécrétion urinaire ne présentait rien de morbide. M. Rayer douta de la grossesse et pensa que, dans le cas où celle-ci existerait, le produit devrait en être fort imparfait. Il admit une lésion inflammatoire de l'estomac, et conseilla de donner de temps à autre 4 grammes de magnésie anglaise dans un verre d'eau, avec quelques gouttes de citron; de mettre la malade au lait d'ânesse, et de lui faire à l'épigastre quelques boutons de feu.

Le premier jour, la magnésie fut vomie, et le lait d'ânesse passa assez bien. Pour que la magnésie passât plus facilement et donnât plus sûrement une garde-robe, j'essayai le lendemain de l'administrer en poudre mêlée à la rhubarbe à la dose : la première d'un gramme, la seconde de soixante centigrammes. Ces poudres furent également vomies, et je fus obligé de recourir le 10, pour avoir une garde-robe, au lavement purgatif avec le séné et le sulfate de soude.

J'essayai sans plus de succès, le jour suivant, le sous-carbonate de fer associé à la rhubarbe, l'un et l'autre à la dose de soixante centigrammes en deux paquets. Le malaise produit par le premier fut tel que la malade ne prit pas le second, et le lait d'ânesse avait subi le sort des boissons précédentes.

Au lieu des boutons de feu, que redoutait la malade, j'établis un nouveau vésicatoire à l'épigastre avec l'intention de le faire suppurer, mais sans y réussir; et, le 27 mars, j'appliquai sur la même région le caustique de Vienne.

Je donnai aussi pendant deux ou trois jours le sous-nitrate de bismuth à la dose de soixante centigrammes dans les vingt-quatre heures; il parut d'abord mieux supporté que les poudres précédentes, mais cette tolérance ne dura pas, et il fallut également y renoncer. Il en fut de même de la poudre de colombo.

Vers cette époque, M. le docteur Lucas Championnière, compatriote et ami de la malade, vint la voir et crut comme moi à l'existence d'une grossesse sans lésion organique des viscères digestifs. Nous revîmes ensemble la malade quelques jours plus tard; nous étions arrivés à la troisième époque, qui manqua comme les précédentes. La grossesse nous parut alors avoir atteint un terme assez avancé pour retirer du toucher des renseignements précis. Je perçus en effet manifestement par le toucher vaginal le signe du ballottement; pour plus de certitude, je touchai par le rectum, et je sentis évidemment l'utérus augmenté dans son volume et rempli de liquide. M. Lucas Championnière pratiqua les mêmes opérations et ne conserva pas plus de doute que moi sur l'existence de la grossesse.

Cette certitude de la grossesse, qui, au début des accidents eût été d'un pronostic rassurant, ne l'était plus guère à la fin de mars. Le mal avait été trop rebelle et trop opiniâtre pour qu'on pût espérer qu'il cédât de lui-même, et les ressources de la thérapeutique étaient épuisées. Un symptôme grave dans les circonstances où se trouvait la malade se manifesta le 1er avril. Après un jour de dysphagie, je reconnus dans le pharynx une exsudation pultacée, qui bientôt gagna toute la bouche et persista à peu près jusqu'à la fin de la maladie. Néanmoins, à cette époque encore (1er avril), les organes thoraciques et encéphaliques étaient, en apparence au moins, dans un état parfait d'intégrité. Comme la malade était chaque jour plus épuisée du fait de l'abstinence et non de la fièvre, une idée me vint, mais vague encore, je l'avoue, sans que j'osasse m'y arrêter : celle de provoquer l'avortement. La malade était à peu près vouée à une mort certaine; si les accidents n'étaient dus qu'à la présence d'un fœtus dans l'utérus, il y avait possibilité que, celui-ci étant expulsé, les accidents cessassent aussitôt, et que la malade se rétablît. J'étais dans cette hésitation, lorsque je fis part de ce cas et des inquiétudes qu'il me donnait à M. Chomel, qui voyait en consultation une autre de mes malades. Ce professeur me dit alors avoir été témoin d'un cas analogue suivi de mort; il ajouta que M. Paul Dubois, après avoir inutilement essayé les remèdes dans des cas semblables malheureusement plus nombreux qu'on ne le croirait d'abord, s'était décidé à provoquer l'avortement. Dès lors, je fus plus affermi dans mon idée et j'en fis part au mari. M. Dubois, absent de Paris à ce moment, devait être appelé l'un des premiers jours de son retour. Mais dans cet intervalle la malade commença à tousser et rejeta par l'expectoration quelques cuillerées de sang. Un léger mouvement fébrile se déclara. L'examen de la poitrine ne me fit reconnaître aucune lésion, mais on ne pouvait compter sur cet examen à une époque où l'affaiblissement de la malade le rendait trop difficile. Dès lors, il y avait, d'après les symptômes nouveaux des craintes sur l'état de la poitrine; la visite de M. Dubois fut contremandée. La malade avait commencé à tousser le 6 ou 7 avril. Elle continua les jours suivants sans que ce symptôme eût rien de pénible pour elle. Un moment je crus que les accidents gastriques allaient diminuer sous l'influence de l'affection thoracique. Il n'en fut rien; et, sous l'influence de ces deux causes réunies, l'épuisement augmenta dans une progression plus effrayante, et la malade succomba dix jours environ après. Une somnolence comateuse précéda la mort de douze ou quinze heures.

L'*autopsie* fut faite le 19 avril 1846 à dix heures du matin, trente-six heures après la mort. J'étais assisté de M. Adrien Labric, élève externe à l'Hôtel-Dieu.

Etat extérieur. Amaigrissement général porté au plus haut degré sans infiltration séreuse. La décomposition cadavérique est peu avancée.

Tête. Le crâne n'a pas été ouvert : il n'y avait eu de symptômes cérébraux à aucune époque de la maladie.

Poitrine. Il y avait un demi-verre de sérosité citrine épanché dans la plèvre gauche non injectée et exempte d'adhérences. Le lobe supérieur du poumon de ce côté était induré à son sommet; cette induration était formée par une agglomération de tubercules à différents degrés de développement, et, au centre de cette masse, existait une petite excavation à demi pleine de matière purulente, et dont la capacité équivalait au volume d'une noisette. Ces lésions se répétaient, presque identiques, dans le lobe supérieur du poumon droit; mais la plèvre de ce côté, également libre d'adhérences, ne contenait pas de sérosité. Les lobes moyen et inférieur de ce dernier poumon, le lobe inférieur du poumon gauche ne présentèrent pas de tubercules : ils étaient crépitants, plutôt pâles et exsangues que congestionnés.

Le *cœur* était petit, mou, sain dans toutes ses parties : il n'y avait qu'une petite quantité de sang liquide dans ses cavités.

L'*œsophage*, examiné depuis son entrée dans le thorax jusqu'à l'orifice cardia de l'estomac, a été trouvé dans son état normal.

Abdomen. Ce qui a frappé au premier abord, c'est que malgré la diète sévère, je dirais presque l'abstinence à laquelle la malade avait été réduite pendant les derniers mois de sa vie, l'estomac et les intestins présentaient leur calibre ordinaire. Leurs parois ont été trouvées considérablement amaigries et exsangues. Les deux orifices de l'estomac étaient libres, et ne souffraient de la part des organes voisins aucune compression anormale. La membrane muqueuse, médiocrement rosée, ne présentait quelques arborisations que vers le grand cul-de-sac; séparée des autres membranes par lambeaux de quelques millimètres, avec les précautions convenables, il a été reconnu que son épaisseur et sa consistance ne différaient pas de ce qu'elles sont chez les personnes mortes d'une maladie étrangère à cet organe. Les mêmes conditions ont été trouvées dans la membrane muqueuse de l'intestin grêle, qui contenait des matières jaunes liquides médiocrement abondantes, et dans celle du gros intestin, où l'on trouvait quelques matières fécales de consistance naturelle.

Le mésentère et les épiploons étaient dépourvus de graisse, et les ganglions mésentériques à peine apparents. Le péritoine était parfaitement sain. Le foie, d'un jaune-chamois pâle. La rate, de volume ordinaire, friable. Les reins étaient, de tous les organes, les plus colorés et les plus sanguins, exempts d'ailleurs, ainsi que la vessie, de lésions.

Matrice et *annexes*. A l'ouverture de l'abdomen, cet organe dépassait sensiblement les limites du petit bassin, ce que j'avais d'ailleurs constaté dans les derniers jours de la vie. Elle proéminait donc du côté du ventre, et présentait un volume égal à celui de la tête d'un fœtus à terme. Ses parois, assez minces, très molles, permettaient de reconnaître par la fluctuation qu'il existait un liquide dans sa cavité. Elle était d'ailleurs libre, flottante, exempte de toute adhérence avec les parties voisines. Les ligaments ronds, les trompes utérines, les ovaires affectaient également leurs rapports normaux. Le péritoine fut détaché de la circonférence de tout le bassin pour enlever à la fois, et en conservant leurs rapports, la matrice et ses annexes, le rectum, la vessie. Puis on s'assura de l'état normal de la vessie et du rectum, et on incisa la matrice par sa paroi antérieure. Après l'écoulement du liquide amniotique, on trouva un fœtus, du sexe féminin, dans un état de conservation analogue à celui du corps de la mère, et présentant le développement ordinaire à la treizième ou à la quatorzième semaine de la grossesse. Les annexes du fœtus, les membranes de l'œuf étaient exemptes d'altérations. Le liquide amniotique était transparent, d'une couleur légèrement citrine.

CONCLUSIONS. — 1° Deux organes seuls, les poumons, ont présenté des altérations graves et qui vouaient la malade à une mort certaine; mais l'étendue de ces altérations ne suffit pas pour rendre compte de l'amaigrissement au degré auquel il existait quand la mort est survenue, et la mort par le fait de la phthisie pulmonaire ne serait arrivée qu'à une époque bien plus éloignée.

2° L'absence de fièvre jusqu'aux huit ou dix derniers jours de la maladie confirme l'assertion précédente.

---

de recourir à une médication aussi perturbatrice que les eaux-mères et de risquer d'allumer la fièvre, lorsque bientôt peut-être on réunira tous ses efforts pour l'éviter.

D'autres enfants, au contraire, avec les apparences de la plus fraîche santé, sont pris de temps en temps d'engorgements des glandes, qui disparaissent peu à peu, en ne laissant pour traces de leur passage qu'une induration peu étendue. Les mêmes phénomènes se reproduisent à des intervalles irréguliers, et chaque fois que l'induration consécutive tend à prendre plus de volume; la peau d'ailleurs est saine. La constitution, sauf ces atteintes, paraîtrait irréprochable. Les bains de Kreutznach produisent les meilleurs effets; ils contribuent à faire disparaître les lésions locales et en préviennent la récidive.

Ces cas heureux, évidemment les plus heureux de tous, peuvent nous servir non-seulement à formuler une indication particulière du traitement par la mutter-laüge, mais même à saisir les règles générales qui dirigeront le médecin dans son emploi.

Toutes les fois que les altérations de la peau des muqueuses, des glandes ou des ganglions lymphatiques affectent une marche chronique; quand elles persistent, mais sans continuité, disparaissant à demi ou même entièrement, reparaissant à des distances indéterminées, sans acuïté fébrile, on fera bien de recourir aux eaux-mères de Kreutznach, de Nauheim ou des autres salines. Que ce soit ou non les avant-coureurs des scrophules, toujours est-il que les malades guérissent sous l'influence des remèdes et du régime qu'on prescrit avec succès aux scrophuleux.

La guérison, ou tout au moins l'amélioration, s'effectue par les mêmes procédés, quels que soient les malades mis en traitement : après quelques bains avec addition successivement croissante de mutter-laüge; après quelques semaines seulement, lorsque la maladie est ancienne. Les éruptions critiques de la peau, précédées de démangeaisons et accompagnées des phénomènes que nous avons déjà décrits se manifestent, les enfants deviennent plus excitables, leurs fonctions digestives prennent plus d'activité, et souvent des symptômes subaigus annoncent la fin de la cure. On aurait tort, si les antécédents font préjuger la persistance probable du mal, de s'en tenir à cette première médication; il faut, après un temps de repos suffisant, y revenir encore, et aider le médicament par un régime de plus en plus tonique.

Quant aux sujets simplement prédisposés, que leur visage bouffi, l'enflure comme œdémateuse de leur lèvre supérieure, du nez et des paupières, rendent suspects aux médecins, les bains de Kreutznach améliorent, en général, leur état. Mais ici, nous retrouvons encore pour nous guider le signe sur lequel nous venons d'appeler l'attention. Il est rare que chez les enfants, et surtout chez les jeunes filles réellement menacées de scrophules, la bouffissure partielle du visage ne soit pas intermittente, ou du moins ne se prononce pas davantage par intervalles sans que nous puissions expliquer ni sa venue, ni sa disparition. Les scrophuleux à peau sèche et terne, dont le système cellulaire est médiocrement développé, semblent recourir aux mêmes moyens avec moins de chances favorables, et doivent être, pour l'ordinaire, soumis à des doses plus élevées.

Dès que la scrophule est confirmée, on a beaucoup plus à attendre, comparativement aux autres remèdes dont nous disposons, des bains avec addition d'eaux-mères. Jusqu'alors ils pouvaient être suppléés par les sources chargées de sel marin, comme Hombourg, Soden et Kreutznach lui-même, en y joignant l'usage des eaux à l'intérieur à doses non purgatives. Une fois le mal localisé, ces dernières ressources deviennent impuissantes.

Nous n'avons pas à examiner les altérations scrophuleuses depuis les écrouelles jusqu'aux maladies articulaires; on trouve à Kreutznach tous ces désordres représentés, et les malades sont soumis au même traitement, quels que soient le lieu, la nature ou la forme de l'affection pour laquelle ils viennent solliciter du soulagement. Il s'en faut cependant que la curabilité soit la même. La mesure des chances favorables n'offre là rien de particulier; ce qui résiste à l'action des autres remèdes et s'améliore seulement à la suite de médications prolongées, oppose la même résistance aux bains minéraux. C'est après deux et trois saisons que certains individus trouvent enfin l'amélioration qu'ils cherchaient; d'autres reviennent guéris au bout de quelques semaines.

Sans entrer dans les considérations pathologiques auxquelles se prête l'étude des scrophules confirmées, nous nous contenterons d'exposer quelques-unes des indications thérapeutiques et de présenter en peu de mots les principales questions qui s'y rattachent.

De toutes les lésions qu'entraîne la scrophule, celles qui affectent les membranes muqueuses sont surtout modifiées par les eaux-mères. Ainsi, l'ophthalmie, le coryza et l'ozène cèdent le plus ordinairement à une cure suffisamment prolongée, pourvu qu'ils n'aient pas atteint leur période extrême. Les éruptions cutanées tiendraient le second rang parmi les formes les plus curables; viennent ensuite les écrouelles, les abcès, les tumeurs blanches et les caries osseuses.

Est-ce par leur action locale ou par les changements qu'elles introduisent dans l'économie, que les eaux font éprouver aux malades leur utile influence? En d'autres termes, tendent-elles à détruire la diathèse, ou leurs effets se réduisent-ils à supprimer les accidents qu'elle produit sans cependant en tarir la source? Il est facile, à Kreutznach, de se convaincre que les bains avec addition d'eaux-mères peuvent amener la guérison, quoique l'eau du bain n'ait jamais été mise en contact avec les parties malades. Ainsi, des enfants affectés de ces ophthalmies si redoutables malgré leur forme chronique, et si douloureuses en même temps, éprouvent un notable soulagement, bien qu'ils se refusent à se laver les yeux ou même à les tremper dans une eau qui les irrite. Les baignoires sont très petites, et celles même des adultes contiennent à peine trois cents litres; on ne saurait donc expliquer par les mouvements du jeune malade l'amélioration locale, en supposant qu'il a fait jaillir l'eau sur les organes affectés. Les mêmes observations se reproduisent à l'occasion des scrophules ulcérées des fosses nasales, surtout lorsqu'elles siégent profondément. Ce n'est pas que des traitements topiques ne soient essayés en même temps; mais ils ne sont pas de nature à éclairer la question. On prescrit, en effet, des fumigations avec la vapeur de l'eau-mère mêlée à l'eau naturelle, comme si les principes qu'elles contiennent devaient se volatiliser et atteindre les surfaces altérées.

D'un autre côté, lorsque la médication générale poursuivie pendant plusieurs semaines tarde à donner de bons résultats, on aide ses effets soit par des pommades où les éléments de l'eau-mère évaporée à siccité entrent à des doses diverses, soit par des lotions fréquemment renouvelées. Nous ne saurions donc, des faits observés à Kreutznach, tirer qu'une seule conclusion : c'est que, dans l'ignorance où nous sommes du véritable mode d'action, il vaut mieux essayer trop que trop peu.

Un fait d'expérience plus aisé à constater et, par suite, moins sujet à contestation, est le suivant : Les tumeurs glanduleuses en voie de suppuration s'améliorent plus sensiblement et plus vite sous l'influence du remède que les tumeurs de même nature non encore suppurantes lorsqu'elles ont atteint un volume assez considérable, et ne se réduisent pas à de simples nodosités; le pus change de caractère, les lèvres de la plaie deviennent plus fraîches, l'aréole qui les entoure perd cet aspect livide si souvent caractéristique : on dirait un abcès ordinaire, et non plus une dégénérescence scrophuleuse.

Les accessoires du traitement sont exactement à Kreutznach, ce qu'ils sont dans toute l'Allemagne; il semble qu'on veuille démontrer que l'hygiène n'a rien à revendiquer dans la guérison. Ni les promenades à cheval et en voiture, ni les exercices gymnastiques, ni même l'alimentation ne sont organisés de manière à seconder les effets du bain. On boit le plus ordinairement à la source en même temps qu'on se baigne, et, par une regrettable précaution, on a établi un pensionnat où les parents peuvent contraindre les enfants scrophuleux au travail et à l'assiduité.

Nous avons examiné successivement les prédispositions à la scrophule et les scrophules confirmées; reste encore, pour compléter ce rapide aperçu, à considérer l'affection scrophuleuse combinée avec d'autres maladies, masquée insidieusement par leurs symptômes ou imprimant à leur développement son cachet à demi effacé.

C'est surtout à l'occasion de la phthisie pulmonaire que les auteurs se sont demandé s'il n'y aurait pas une complication de diathèse scro-

3° Les vomissements répétés, qu'aucune médication n'a pu arrêter, sont la cause de l'amaigrissement progressif et, en dernière analyse, de l'épuisement qui a déterminé la mort. La lésion des poumons a pu hâter le terme fatal en produisant pendant les derniers jours un mouvement de fièvre hectique.

4° L'état de l'estomac et des intestins ne permet pas de regarder les vomissements comme la conséquence d'une lésion matérielle appréciable de ces organes ; il faut donc les rapporter à ce qu'on appelle, dans l'état actuel de la science, une névrose de l'estomac.

5° Les conditions dans lesquelles cette névrose s'est manifestée, et qu'il serait trop long de rappeler ici, ont dû être attribuées dès l'origine de la maladie à une grossesse commençante, dont elle était symptomatique ou sympathique : on est encore mieux autorisé à le dire après l'examen cadavérique de tous les organes.

6° Il est impossible de rapporter à une condition morbide du fœtus ou de ses annexes le développement de cette névrose de l'estomac, ou, si l'on veut, de ces vomissements nerveux, au moins d'après les moyens actuels d'investigation.

7° La mort du fœtus n'a pas précédé ou n'a dû précéder que de très peu de temps celle de la mère ; autrement, on l'eût trouvé dans un état de décomposition plus avancé.

8° Il n'est pas impossible que, la prédisposition à l'affection tuberculeuse existant, les vomissements répétés et l'affaiblissement qui en est résulté aient occasionné le développement de cette maladie (la phthisie).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 octobre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le président annonce la mort de M. Auguste Bérard et de M. Poirson.

— *MM. Gimelle* et *Bégin* communiquent les discours prononcés sur les tombes de ces deux membres de l'Académie.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la peste.

M. Prus étant absent, il est convenu qu'on ne donnera la parole qu'aux orateurs qui soutiennent la conclusion proposée par la Commission.

M. Mélier. Il rappelle les deux discours prononcés à la fin de la dernière séance par M. Gaultier de Claubry et M. Dubois (d'Amiens). Ces deux honorables membres ont demandé la suppression de la septième conclusion, c'est-à-dire de toute la partie du rapport qui reste à voter et où sont résumées les mesures sanitaires que la Commission propose. Ils pensent que l'Académie doit se borner à poser des principes, laissant à l'administration le soin de les interpréter et d'en faire l'application. M. Mélier combat cette proposition ; il soutient que l'Académie ne saurait laisser ainsi son œuvre inachevée, et qu'elle doit la compléter en indiquant elle-même les conséquences qui en découlent.

D'accord sur le but, c'est-à-dire la suppression de la septième conclusion, MM. Gaultier de Claubry et Dubois (d'Amiens) ont fait valoir pour cette suppression des motifs différents. M. Dubois (d'Amiens), revenant sur une décision déjà prise par l'Académie et formulée dans la troisième conclusion, s'est fondé sur ce que, pour lui, la transmissibilité de la peste en dehors des foyers qui l'engendrent n'est nullement prouvée. Les faits de Marseille sur lesquels s'appuie la Commission ne lui semblent pas concluants. M. Mélier, dans son argumentation, s'attache à faire ressortir la valeur de ces faits attaqués par M. Dubois (d'Amiens) pour la seconde fois. Quand on les a lus avec attention, il est impossible de ne pas se rendre à l'évidence : on y voit la peste introduite dans le lazaret, lieu salubre par excellence, s'y propager aux gens du lazaret, et cela au milieu des précautions de toute sorte dont on s'y entoure. Sur dix fois que la peste a régné dans le lazaret de Marseille, elle s'y est communiquée quatre fois au moins ; il y a eu huit malades dont quatre sont morts.

M. Dubois (d'Amiens) avait mis en doute que ce fût la peste : pour un malade, il s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'un simple bubon vénérien ; pour d'autres, de la fièvre typhoïde ou des fièvres malignes. M. Mélier analyse les certificats des médecins, et établit qu'il s'agissait bien réellement de la peste : il y avait chez tous, outre un ou plusieurs bubons et même des charbons, tous les symptômes de la maladie. Pour M. Mélier, ces faits de Marseille ont toute la valeur d'expériences qui auraient été instituées à dessein pour prouver la transmissibilité de la peste. Loin de s'étonner d'ailleurs que les faits soient peu nombreux, il dit qu'il faut plutôt s'étonner qu'il y en ait ; car, avec tant de précautions, il serait naturel qu'il n'y en eût pas du tout. Il en conclut que la transmissibilité de la peste en dehors des foyers épidémiques n'est que trop réelle et ne saurait être mise en doute. Ainsi se trouve écarté pour lui le motif invoqué par M. Dubois pour la suppression de la septième conclusion.

Répondant ensuite à M. Gaultier de Claubry, M. Mélier s'attache à faire voir que l'Académie ne saurait se contenter d'avoir posé des principes et qu'il est essentiellement dans ses attributions de donner aussi des conseils, et de dire les mesures qui lui semblent devoir être proposées. Il regarde comme exagéré le scrupule qui retient quelques membres à cet égard. La septième conclusion lui paraît nécessaire, il en demande le maintien.

M. Poiseuille lit un discours en réponse à quelques parties de celui de M. Dubois (d'Amiens). Il ne s'agit, dans ce discours, que de quelques faits personnels sans application à la question générale.

Après une courte réplique de M. Dubois (d'Amiens), qui suscite une brève réponse de M. Mélier, la séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Présidence de M. Gaide.

M. Félix Legros rapporte le fait suivant de phthiriasis critique :

Un client, qui depuis plusieurs années reçoit mes soins pour une affection rhumatismale, éprouva dans les premiers jours de janvier de vives douleurs dans les épaules, pour lesquelles il se contenta de se mettre au lit et d'y conserver son gilet de flanelle.

Une douce moiteur, suivie d'un sommeil réparateur, se fait sentir. Le lendemain à son réveil une forte démangeaison a succédé aux douleurs de la veille, et donne au malade l'idée que le dos est devenu le sujet d'une éruption de boutons.

Sa femme, chargée de vérifier le fait, est tout effrayée de trouver cette partie criblée d'une immense quantité de poux, gros, blancs, et dissemblables à ceux qui se trouvent ordinairement sur la tête des enfants.

Cet homme, âgé de quarante ans, employé supérieur à l'Imprimerie royale, a des habitudes de propreté. Ses cheveux n'ont pas été envahis par cette dégoûtante éruption, dont, par parenthèses, il conserve une grande honte. Depuis lors, il n'a pas éprouvé la moindre atteinte de son rhumatisme habituel.

M. Homolle croit que la génération spontanée du *pediculus humanus corporis* est un fait acquis à la science, tout aussi bien que celui des ascarides. Partout, dit-il, où il existe de la matière organisée, il peut se former des animalcules microscopiques, comme cela se voit dans l'eau contenant des débris de végétaux.

M. Bonnassies a vu entre autres faits le suivant. Une dame âgée, femme d'un médecin, mourut il y a quelques années couverte de plaies et de poux. Le traitement consista en des lotions faites avec une décoction de quinquina. M. Bonnassies préfère celles qu'on prépare avec l'absinthe. Les poux de cette malade étaient très blancs, et semblaient traverser la peau pour se répandre à sa surface. Dans les cas qu'il a observés, l'affection pédiculaire semblait dépendre d'une mauvaise alimentation.

M. Labarraque pense, comme M. Bonnassies, que le mauvais régime est la cause la plus ordinaire de cette maladie. Il a donné des soins à un vieillard qui se nourrissait mal, mangeait peu de viande, et était affecté de douleurs rhumatismales. Pendant trois années consécutives notre confrère est parvenu à diverses reprises à débarrasser le malade de cette dégoûtante infirmité par l'administration de préparations de quinquina à l'intérieur, et par l'usage des bains sulfureux, secondés par une alimentation tonique et plus animalisée.

M. Belhomme partage cette opinion que les gens âgés, cachectiques, mal vêtus, peu nourris, vivant dans la malpropreté et la misère, les enfants débiles et à constitution altérée, sont ceux qui présentent les éruptions du *pediculus corporis*. Le fait rapporté par M. Félix Legros est d'autant plus curieux et intéressant, que le sujet sur lequel il a été observé se trouvait dans des conditions tout à fait différentes. Il était à la force de l'âge, bien nourri, vigoureux. Cette éruption a été pour ce malade une crise, par laquelle l'affection rhumatismale s'est jugée.

M. Forget demande si dans les divers cas du *pediculus corporis*, on s'est livré à des recherches assez attentives sur l'état de la peau des individus qui en étaient affectés ; si on a pu y reconnaître quelque anomalie, quelque altération pathologique. Cette observation serait d'une grande importance ; car elle aurait probablement des conséquences pratiques.

M. Dreyfus désirerait qu'on précisât bien ce qu'on entend par génération spontanée. Si le corps préexiste, il ne subit qu'une transformation, comme cela a lieu pour certains insectes, tels que les chenilles.

M. Mialhe rappelle que Müller affirme qu'il n'existe aucune preuve sérieuse de génération spontanée.

M. Amédée Latour pense que M. Mialhe n'interprète pas exactement l'opinion de Müller. Cet auteur ne nie pas la génération spontanée, ou plutôt de transformation, témoin ce qu'il dit à propos des entozoaires.

M. Desrivières établit des distinctions entre les divers types dont se compose l'économie animale : le type chimique, inorganique ; le type végétal et le type organique animal. Ces types divers se développent diversement, suivant les différents milieux où ils se rencontrent, suivant aussi les états pathologiques auxquels nous pouvons être soumis.

— *M. Homolle* est prié par M. Amédée Latour de donner quelques renseignements sur les doses auxquelles on doit employer la digitaline, et sur son action thérapeutique.

La digitaline, comme M. Homolle pense l'avoir démontré par les expériences relatées dans son mémoire, représente toutes les propriétés de la digitale pourprée. Son énergie d'action est à celle de la plante sèche et pulvérisée, comme 100 est à 1. Un milligramme de digitale équivaut ainsi à dix centigr. de digitale en poudre ; par conséquent, la dose normale de cette substance nouvelle doit être de deux à six milligrammes dans les vingt-quatre heures, avec la possibilité toutefois de la dépasser, comme lorsque l'on veut suivre la méthode rasorienne, en l'employant comme contre-stimulant. Cette dose est loin d'être une quantité impondérable, et l'on s'en assurera facilement par l'amertume considérable qu'un milligramme de digitaline peut communiquer à un verre d'eau. Mais une question plus importante que celle de la dose se présente naturellement à l'esprit : Quel est le mode d'action de la digitaline et de son principe actif ? Doit-on la classer parmi les sédatifs ? Pour arriver à la solution de ce problème, M. Homole a voulu d'abord chercher si la vitesse du pouls répondait à la rapidité, à l'énergie de la circulation, et réciproquement, si le petit nombre de pulsations coïncidait avec un ralentissement réel de celle-ci. Cette question est complexe et ne peut pas être exactement et mathématiquement résolue. Mais M. Homolle a pensé se rapprocher assez de la solution pratique par les expériences suivantes : Ayant pris le soin de compter le nombre de pulsations chez plusieurs personnes avant la saignée, il a constaté que, toutes choses égales d'ailleurs, quant à la largeur et à l'ouverture de la veine, et aux autres conditions de l'opération, un jet vigoureux, indice d'une circulation rapide, s'observait habituellement avec un pouls battant de 55 à 70 fois par minute, et que, par contre, un écoulement de sang en forme de nappe et sans jet, que l'on était obligé même de faciliter par des frictions de bas en haut sur la partie interne de l'avant-bras, pouvait accompagner un pouls de 90 à 100 pulsations par minute.

Sans s'exagérer la valeur d'observations qui ne peuvent présenter un caractère vraiment scientifique, M. Homolle croit pouvoir au moins en tirer cette conclusion, que la rapidité de la circulation n'est pas en rapport avec la vitesse du pouls. Ayant d'ailleurs constamment observé que la digitaline, en diminuant le nombre des battements du cœur, en augmentait l'énergie et l'étendue, il a été conduit à considérer cet agent médicamenteux comme un régulateur plutôt que comme un sédatif de la circulation, dont il peut même augmenter l'énergie lorsque certaines modifications organiques du cœur tendent à la rendre plus difficile et plus lente. C'est, en effet, ce résultat que M. Homolle a obtenu dans les maladies du cœur occupant les orifices et s'accompagnant d'une gêne considérable de la circulation, signalée par l'infiltration générale, l'œdème du poumon, etc.

En résumé, la digitaline est un modificateur de l'organe central de la circulation, qu'il active et régularise dans les cas où elle est fonctionnellement ou organiquement altérée ; possédant de plus une action puissante sur toutes les fonctions de la vie organique, elle accélère le mouvement de composition et de décomposition interstitielles, et peut être rangée dans la classe des altérants.

— *M. Bonnafont* lit un Mémoire ayant pour titre : *Considérations sur l'étiologie des fièvres intermittentes des marais, et en particulier de celles de la plaine de la Mitidjah*, en réponse au Mémoire du docteur Lavielle.

Dans ce travail, l'auteur démontre par des faits nombreux que l'influence miasmatique est la cause des fièvres pernicieuses qui règnent si fréquemment en Afrique. Les brouillards qui couvrent les localités marécageuses portent dans leurs flancs des effluves délétères que le soleil dilate, développe, et que les vents chauds du désert emportent souvent au loin. Si l'on creuse le sol d'un marais pendant les temps secs, les émanations sont abondantes ; l'intoxication diminue ou disparaît quand la plaine se couvre d'eau, parce qu'alors l'émanation des effluves ne peut plus être aussi active. Ce n'est donc pas l'humidité atmosphérique, pas plus que l'humidité du sol, comme M. Lavielle le pense, qui détermine en Algérie et dans les localités marécageuses les fièvres intermittentes. M. Bonnafont, qui a longtemps séjourné à la Mitidjah et suivi nos troupes dans plusieurs campements où les fièvres pernicieuses les ont décimées, appuie sa conviction sur une grande masse de faits observés avec le plus grand soin.

M. Bénet de Perraud ne peut partager l'opinion de M. Bonnafont sur la cause exclusive de la fièvre intermittente. En 1838, il a accompagné le roi de Lahore dans une de ses excursions. Les troupes étaient établies sur les plateaux, au-dessus d'une plaine où il tombe régulièrement une pluie abondante pendant plusieurs heures chaque jour. Le lieu de campement était très propre : on était au mois de juillet. L'influence de l'humidité seule détermina plus de six cents fièvres intermittentes. Elles cédèrent à un ou deux vomitifs et à l'administration de 5 centigrammes d'acide arsénieux. La plaine ne présentait, même au loin, aucun point insalubre, et n'était coupée par aucun marécage.

M. Bonnafont ne nie pas que l'humidité ne puisse suffire pour déterminer des accès de fièvre intermittente ; mais alors l'affection est légère, et ne présente point les caractères de la fièvre pernicieuse grave.

M. Labarraque s'élève contre les conclusions trop absolues du Mémoire de M. Bonnafont. Indépendamment de l'humidité et des effluves marécageuses, il faut aussi reconnaître, comme cause de la fièvre intermittente, les variations brusques de température. Dans son voyage en Italie, il a parcouru les environs de la campagne de Rome, localités très saines où règnent des fièvres intermittentes d'une gravité très grande toutes les fois qu'un brusque changement de température se fait sentir. Les montagnards descendus dans la plaine pour la récolte, après avoir travaillé tout le jour exposés à l'ardeur du soleil, campent la nuit sous la tente. Ils éprouvent le froid pénétrant de la nuit ; la fièvre les saisit, et les emporte après deux ou trois accès pernicieux.

M. Bonnafont répond que de tout temps la campagne aux alentours de Rome a été très malsaine ; elle n'est point marécageuse, mais au loin elle se trouve entourée de marais qu'on n'a jamais pu assainir : les effluves marécageuses proviennent de ce fatal voisinage. A Philippeville, le sol paraît aussi très sain au premier aspect ; mais

---

phuleuse, qui modifie notablement la marche et le pronostic des tubercules. On a donc cherché parmi les formes si nombreuses sous lesquelles la phthisie accomplit son évolution des symptômes analogues à ceux de la scrophule, et la plupart des anciens médecins ont cru pouvoir en composer un type particulier.

S'il en est ainsi, et que la délimitation soit reconnue valable, les remèdes conseillés contre l'affection strumeuse ont des chances de succès dans certains cas de tuberculisation. Kreutznach avec ses bains, l'iode et le brome conviendront au moins à quelques phthisiques ou réussiront même chez un grand nombre. A juger par les caractères qu'on assigne aux scrophules du poumon, les occasions ne manqueront pas et la moitié des malades affectés de phthisie pulmonaire rentreront dans la classe des phthisiques scrophuleux.

Quels signes, en effet, a-t-on donnés comme distinctifs ? La lenteur et la chronicité de la maladie, les intermittences de santé apparente et d'accès fébriles, la constitution des individus qui se rapproche du *laxum* plutôt que du *strictum*, la présence de tubercules agglomérés en masse plutôt que disséminés, et, surtout de préférence à tout le reste, la coexistence d'écrouelles, de tumeurs blanches ou au moins de cicatrices scrophuleuses. On a encore invoqué à l'appui de cette opinion l'exemple des enfants chez lesquels la phthisie débute par les ganglions bronchiques et parfois même ne s'étend pas au delà.

Au point de vue des classifications pathologiques, nous ne reconnaissons dans les faits observés rien qui motive une telle division ; au point de vue thérapeutique, l'expérience ne lui est pas favorable. Nous ne conseillerons jamais à un phthisique, dût-il nous présenter cet ensemble de symptômes, de se soumettre au traitement que nous recommandons aux scrophuleux. Les eaux salines muriatiques, dont les scrophuleux retirent de bons résultats, employées contre les tubercules pulmonaires sont dangereuses, et il n'est pas un médecin qui ne les interdise.

Il est vrai que parmi les remèdes antiscrophuleux quelques-uns sont utiles aux deux maladies ; mais ce sont uniquement les substances toniques à l'aide desquelles on espère prévenir ou modérer la fièvre hectique terminale. Au contraire, les médicaments doués, à ce qu'il est permis de croire, de propriétés spécifiques ont été essayés au moins inutilement et toujours à des doses si minimes qu'elles montraient déjà le peu de confiance de ceux qui les prescrivaient. Voulût-on cependant admettre la forme scrophuleuse de la phthisie, nous devons encore insister sur ce fait expérimental que l'usage de la multerlauge y serait hors de propos.

La plupart des médecins allemands, suivant en cela les traditions du siècle passé, ont étendu démesurément la sphère des scrophules larvées et de leurs influences insidieuses. On a admis des chloroses, une goutte, des rhumatismes, scrophuleux par cette seule raison que les individus affectés de l'une ou de l'autre de ces maladies devaient, quoique guéris, rester sous le coup de leur première diathèse. Nous aussi, nous croyons que les constitutions congéniales ou acquises prennent après un certain temps possession de l'économie et qu'il est difficile de les déplacer entièrement, qu'un scrophuleux ne sera pas sujet aux affections que doit craindre surtout un goutteux ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour établir des types et dénommer des classes de maladies.

Si nous avons insisté sur l'abus de ces distinctions, c'est qu'on rencontre à Kreutznach des malades envoyés aux bains en vertu de semblables théories. Celui qui observerait ces cas particuliers et voudrait juger d'après eux de l'efficacité des eaux serait conduit forcément à des conclusions fausses. Les médecins reconnaissent d'ailleurs tacitement l'impuissance des moyens dont ils disposent. Le rhumatisme scrophuleux est traité par des douches ou des bains de vapeurs qui ne retiennent pas une des substances minérales et agissent à la façon des bains de vapeur ordinaires. La phthisie scrophuleuse est également soumise à des médications illusoires. On fait promener les jeunes malades le long des bâtiments de graduation, afin qu'ils y respirent, dit-on, l'air chargé de molécules salines. Le vrai remède, le remède énergique est réservé pour les scrophuleux proprement dits. C'est contre eux qu'on déploie toutes les ressources, et, comme elles sont puissantes, nous nous y sommes arrêté de préférence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOUVELLES.

Le concours pour l'Internat s'ouvrira lundi 26 octobre.

Les juges désignés sont : MM. Cloquet, Cruveilhier, Blache, Cullérier, Monneret.

Suppléants : MM. Honoré, Marjolin fils.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

— A Saint-Amand, le bourgmestre et quatre personnes qui demeuraient avec lui sont mortes de la dysenterie à quelques jours d'intervalle. A Londerzeel, cette affection fait également de grands ravages. Saint-Amand n'a que deux médecins ; ces praticiens ne peuvent suffire aux nombreux malades. Saint-Amand n'est qu'à quatre lieues de Bruxelles, et pas un membre des commissions à 39,500 fr. par an n'y a encore mis les pieds ! (*Gaz. méd. belge.*)

dès qu'on l'ouvre, dès qu'on le creuse, il s'en échappe des miasmes nuisibles. Les cultivateurs qui reposent la nuit sur cette terre, qui sont exposés à ces émanations, y contractent des fièvres pernicieuses. Pour assainir ces terrains, il faut plusieurs cultures générales et successives. Et pour éviter les accidents que le maniement du sol peut déterminer, il faut ne le creuser, ne le remuer que lorsqu'il est très humide; les émanations alors sont beaucoup moins abondantes.

M. Tessereau n'a visité ni Alger, ni Rome, ni Lahore. Néanmoins, il se croit assez éclairé sur la cause des fièvres intermittentes pour appuyer les conclusions du mémoire de M. Bonnafont. Evidemment les effluves marécageuses, jointes à l'élévation de la température qui les développe, sont les agents les plus certains des fièvres pernicieuses. L'humidité seule ne donne pas d'affection fébrile intermittente. Il cite l'exemple des débardeurs, des blanchisseuses et des individus que leur profession expose sans cesse à l'humidité. Il fait remarquer aussi qu'à mesure que Rochefort s'assainit, les fièvres paludéennes, si fréquentes et si graves, diminuent de fréquence et d'intensité.

M. Labarraque rapporte des exemples à l'appui de cette opinion, que l'inobservance des lois de l'hygiène donne, dans certaines localités, lieu à des fièvres pernicieuses graves. Les peintres français, par exemple, qui habitent la *villa Medici*, à Rome, ont à gravir un monticule fort élevé pour y parvenir. Deux chemins y conduisent. L'un est découvert, exposé aux rayons ardents du soleil; l'autre serpente à travers des escaliers froids et humides. Ceux qui suivent la première voie restent à l'abri des fièvres intermittentes, tandis que ceux qui cherchent l'ombre des escaliers en sont fréquemment atteints. Il en est de même pour nos jeunes peintres qui se livrent à leurs études dans les marais Pontins. Ceux qui observent rigoureusement les lois de l'hygiène ne sont point affectés de fièvres paludéennes.

M. Bonnafont ajoute à cette observation celle qui lui est personnelle. Il a pu habiter impunément la Midlidjha, dont l'insalubrité est trop connue, en ne s'écartant pas des principes hygiéniques dont il avait reconnu la nécessité.

M. Collomb croit avoir remarqué, depuis deux ou trois ans, un plus grand nombre de cas de fièvres intermittentes qu'il n'en observait auparavant. Il se demande si le creusement des fossés d'enceinte pour les fortifications n'en serait pas la cause, et s'il ne serait pas utile de demander que ces fossés fussent mis à sec dans l'intérêt de la salubrité de la ville.

M. Bonnafont a vu la fièvre intermittente attaquer presque tous les soldats qui ont été employés comme travailleurs au fort de Steins près Saint-Denis. Il partage pleinement l'opinion émise par M. Collomb.

Le secrétaire annuel, Henry BLATIN, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Altération du cerveau à la suite de la ligature de la carotide. — Les auteurs ne sont point d'accord sur la manière d'expliquer l'hémiplégie qui survient souvent à la suite de la ligature de la carotide primitive. Les uns l'attribuent au défaut d'abord du sang artériel dans l'hémisphère correspondant. Cette opinion est celle de la plupart des médecins anglais. D'autres, au contraire, prétendent qu'elle est due à une hémorrhagie cérébrale, résultat des efforts que ferait la circulation pour se rétablir dans les petits vaisseaux. M. H. Bérard, dans un article inséré dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine*, a essayé de faire prévaloir le mode d'interprétation des phénomènes. Les deux observations rapportées par M. Joseph Vincent, dans le journal anglais *The Lancet*, sont peu favorables à cette dernière hypothèse.

Première observation. — Le 18 juillet 1845, M. Vincent pratique la ligature de l'artère carotide primitive droite chez un homme de quarante-huit ans, affecté d'un anévrisme situé au-dessous de l'oreille correspondante. Une heure et demie après l'opération il survient des convulsions légères du côté droit. Le malade tombe ensuite dans un état de stupeur. Une première saignée amène un peu d'amélioration. Nouvelle évacuation sanguine le soir du même jour et le lendemain. Le côté gauche se paralyse. Le malade rend les fèces et les urines involontairement, et avale avec difficulté. Il meurt le 24 juillet.

A l'autopsie on trouve, du côté droit, la substance cérébrale ramollie et semblable à de la crème. Point d'extravasion sanguine, mais un peu de sérosité dans les ventricules.

Seconde observation. — Le 16 avril 1845, M. Vincent fait la ligature de la carotide primitive droite, chez un jeune homme de 28 ans, pour une plaie suivie d'une hémorrhagie abondante. Pendant l'opération, le malade fait de violents efforts avec les membres du côté droit, et ne remue point ceux du côté gauche.

Le 17, tiraillements dans le côté droit, paralysie du côté gauche.

Mort le 21, à la suite d'une hémorrhagie survenue par le nez et par la bouche pendant un accès de toux.

A l'autopsie, on trouve les circonvolutions cérébrales du côté droit aplaties et ramollies. Du même côté existent, dans la substance cérébrale, des cavités irrégulières remplies d'un liquide cendré avec de petites particules verdâtres.

Ainsi dans ces deux cas, à la suite de l'opération, on a observé pendant la vie de légères convulsions du côté de la ligature, et de la paralysie du côté opposé; et, à l'autopsie, on a trouvé l'aplatissement des circonvolutions et le ramollissement de la substance cérébrale du côté correspondant à l'opération. La conséquence si facile à tirer de ces deux faits peut avoir une grande importance pour la conduite à tenir dans des cas de ce genre. Si la paralysie était due à une hémorrhagie cérébrale, les saignées seraient parfaitement indiquées; elles doivent, au contraire, être rejetées si on admet, comme les faits tendent à le démontrer, que l'hémiplégie soit le résultat du défaut d'abord du sang artériel dans l'hémisphère cérébral.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Dixième liste. (Suite.)

MM.	le docteur Berthez, à Cercoux (Charente-Infér.),	5 fr.
	Ferry, à Alais (Gard),	5
	Salgues, prof. à l'Ecole de méd. de Dijon,	10
	Tégard, à Tours,	5
	le docteur Arnaud, insp. des eaux d'Aix,	10
	le docteur Courgeon, à Sompuis (Marne),	5
	le docteur Deville, à Villeneuve-l'Archevêque,	2
	le docteur Metivier, id.,	2
	le docteur Rétif, à Sens,	2
	le docteur Gravis, à Valenciennes,	10
	le docteur Lefebvre, id.,	5
	le docteur Branche, id.,	5
	le docteur Manouvrier, id.,	2
	Pesier, pharm., id.,	3
	Morin, pharm., id.,	3
	Descamps, pharm., id.	2
	L'Association médicale de Château-Gontier, par M. de Montozon,	47
	le docteur Geneuil, à Jonzac, membre de l'association médicale,	5
	le docteur Ranson, id., id.,	5
	le docteur Brard, id., id.,	5
	le docteur Lazowski, id., id.,	5
	le docteur Jousseaume, à Archiac, id.,	5
	le docteur Merle, à Soubran, id.,	2
	le docteur Arsonneau, à Mivambra, id.,	2
	le docteur Basile, à Merigna, id.,	2
	le docteur Dassier, à Toulouse,	5
	le docteur Viguerie, id.,	10
	le docteur Gaussail, id.,	3
	le docteur Desbarreaux-Bernard, id.,	5
	le docteur Bessières, id.,	3
	le docteur A. Larrey, id.,	5
	le docteur Marty, id.,	3
	le docteur Popis, id.,	3
	Couseran, pharm., id.,	5
	le docteur Bretiguot, id,	3
	le docteur L. Faurès, id.,	3
	le docteur L. Rolland, id.,	3
	le docteur Ressayre, id.,	3
	le docteur Mondouis, id.,	1
	Lamothe, pharm., id.,	3
	le docteur Ducasse, id.,	5
	le docteur Ch. Magnes, id.,	3
	le docteur Roque d'Orbcastel, id.,	5
	le docteur Ferd. Martin, id.,	5
	le docteur Cayrel père, id.,	3
	le docteur Duffourc, id.,	3
	le docteur Paul Dieulafoy, id.,	5
	le docteur Perpère, id,	3
	le docteur Ch. Viguerie, id.,	5
	le docteur Estevenet, id.,	5
	le docteur Geraud, id.,	3
	le docteur Bertron, à Dreux,	5
	Dubois de Boissy, méd. à Clairac (Lot-et-Garonne),	5
	Souscription de l'hôpital militaire de Strasbourg :	
	Sédillot, chir. en chef,	20
	Vaillant, méd. en chef,	5
	Fée, pharm. en chef,	5
	Goffres, professeur,	4
	Bertherand, id.,	3
	Godelier, id.,	3
	Roucher, id.	3
	Bertheraud, aide-major,	2
	Moretti, sous-aide,	2
	Poincelet, id.,	1
	Chambert, id.,	1
	Blondeau, id.,	1
	Bassère, id.,	1
	Campardon, id.,	1
	Peret, id.,	50
	Pauly, id.,	50
	Isidore, id.,	50
	Bedel, id.,	50
	Reeb, id.,	50
	MM. les élèves,	26
	Total général jusqu'à ce jour,	5795 65

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 125. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 23 OCTOBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons promis d'examiner la question suivante : Une femme affectée de syphilis constitutionnelle devenant enceinte, convient-il de la traiter mercuriellement pendant sa grossesse, ou doit-on attendre que l'accouchement ait eu lieu pour lui faire suivre un traitement spécifique ? Il semble, au premier abord, que la réponse à cette question soit des plus faciles; et si l'on ne consultait que les analogies, on se trouverait tout naturellement conduit à résoudre la difficulté en conseillant l'emploi des préparations mercurielles, qui, utiles dans le traitement des accidents secondaires chez des individus qui se trouvent dans des conditions physiologiques, du reste, ne peuvent manquer d'être également efficaces chez les femmes enceintes, et présentent le double avantage de guérir la femme, de préserver l'enfant de la maladie constitutionnelle ou de le guérir s'il est malade pendant la vie intra-utérine; enfin, de prévenir, par la guérison de la mère, les fausses couches que détermine souvent la syphilis.

D'après l'accord presque unanime des auteurs qui se sont occupés de syphiliographie, principalement dans ces derniers temps, nous eussions cru pouvoir nous dispenser d'examiner ce point de thérapeutique si un chirurgien placé depuis quelques années à la tête d'un service d'hôpital consacré au traitement des femmes enceintes vérolées, n'était arrivé, après des recherches nombreuses, à un résultat diamétralement opposé, et n'avait proscrit hautement les préparations mercurielles pendant toute la durée de la gestation.

Sans vouloir remonter bien haut dans l'historique de la question, qu'on nous permette de citer en quelques lignes les opinions des principaux syphiliographes de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci.

Astruc n'ignorait pas que le traitement mercuriel pouvait provoquer l'avortement; mais il admettait que l'accouchement prématuré pouvait au moins aussi fréquemment être le résultat de l'infection syphilitique : *Frequens abortus, si conceptus embryo virulenta acrimonia lactis uterini, quo enutritu, cito contabescat.*

Après lui, De Horne, Fabre, Bertin, Swediaur, Petit arrivèrent à cette conclusion, qu'il ne faut pas négliger de faire suivre un traitement général aux femmes enceintes, et qu'il n'en résulte jamais d'accidents.

« Il y a des personnes, disait Fabre, qui pensent que les bains et l'action du mercure, lorsqu'elle va jusqu'à exciter la salivation, peuvent causer l'avortement. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'un pareil accident n'arrive jamais par ces causes lorsqu'on administre le remède avec prudence. J'ai vu traiter par Petit, et j'ai traité moi-même, sans éviter le flux de bouche, des femmes enceintes dans tous les mois de la grossesse, sans qu'il leur soit arrivé d'accidents fâcheux. »

Et, en effet, dans les nombreuses observations rapportées par De Horne, et dont plusieurs ont trait à des femmes enceintes, nous n'avons pas trouvé un seul fait d'avortement à la suite de l'emploi du mercure. Nous reviendrons plus bas sur l'opinion de Swediaur, qui est formulée de telle sorte qu'elle mérite une mention particulière; et nous ajouterons seulement que Rosen, Cullerier, M. Lagneau se réunissent à cette manière de voir.

Si nous n'insistons pas plus longuement sur les passages de ces auteurs, c'est que, jusqu'à ces dernières années, une assez profonde obscurité régnait encore sur les symptômes caractéristiques de la vérole constitutionnelle, dont la distinction et la connaissance exacte ne datent que des recherches tout à fait modernes. Ils sont donc fort peu explicites sur ce que l'on doit entendre par ces mots qu'ils emploient : syphilis des femmes enceintes. Disons, en résumé, que tous ces médecins conseillaient le traitement mercuriel, dont le résultat était, suivant eux, la guérison de la mère et de l'enfant; et cela, à toutes les époques de la gestation, en prenant seulement quelques précautions particulières nécessitées par l'état de grossesse.

M. Huguier, s'appuyant sur des faits recueillis à l'hôpital de Lourcine, arrive à des conclusions différentes; et voici en quelques mots les préceptes qu'il a consignés à ce sujet dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en juillet 1840.

Il s'en faut de beaucoup qu'un traitement mercuriel bien fait avant ou pendant la grossesse, mette toujours l'enfant à l'abri de l'infection et préserve la mère de la récidive de la maladie. Le traitement mercuriel prédispose la femme enceinte à des suites de couche plus graves que celles que l'on observe après un traitement simple. Les méthodes mercurielles, surtout celles dans lesquelles on administre les préparations hydrargyriques à l'intérieur, déterminent de nombreux accidents que ne produit jamais la méthode non mercurielle. Cette dernière, lorsqu'elle est bien appliquée, prévient le plus souvent les fausses couches auxquelles expose la maladie vénérienne, sans présenter aucun des inconvénients des autres méthodes. Enfin, c'est une erreur que de croire prévenir l'infection de l'enfant par un traitement mercuriel administré à la mère.

M. Huguier n'est pas le seul à penser de la sorte, et M. Hardy, également chargé d'un service à l'hôpital de Lourcine, nous disait, il y a peu de jours, que dans un grand nombre de cas il n'était pas éloigné de cette méthode, qui consiste à suspendre tout traitement général pendant le cours de la gestation; à l'appui de cette opinion, il nous a fait voir plusieurs malades soumis au traitement spécifique, dont l'une est accouchée à huit mois, et dont deux autres sont accouchées à terme, il est vrai, mais d'enfants chétifs et présentant des affections cutanées.

Faisant abstraction des auteurs anciens, MM. Lagneau, Gibert, Baumès (de Lyon), Ricord et Cazenave, bien que professant des idées souvent fort différentes en syphiliographie, sont cependant, chose remarquable, tous d'accord sur la nécessité du traitement mercuriel chez la femme enceinte présentant des symptômes secondaires. Tout dernièrement aussi nous avons reçu de notre honorable confrère, M. Ratier, qui a pendant longtemps fait de la syphilis l'objet d'une étude spéciale, une lettre dans laquelle il nous expose une manière de voir absolument semblable. Pour notre part nous n'avons pas encore un très grand nombre de faits de ce genre, et d'après notre seule expérience il ne nous serait pas possible de nous prononcer définitivement; mais cependant nous pouvons dire que déjà chez cinq ou six femmes enceintes, dont nous avons fait, entre autres, voir une il y a quelques mois à notre bon confrère M. Cazenave, nous avons mis en usage le traitement mercuriel sans accident.

Il est certain, nous en conviendrons avec M. Hardy, que par cela qu'une femme enceinte aura une syphilis constitutionnelle, il ne s'ensuivra pas forcément que l'enfant qu'elle mettra au monde sera vérolé; mais l'infection de l'enfant n'en reste pas moins la règle, et la non-infection l'exception. Nous admettrons de même, avec M. Huguier, qu'un traitement mercuriel bien fait pendant la grossesse, ne prévient pas toujours l'infection de l'enfant; et ceci est d'autant plus rigoureux, que ce traitement mercuriel n'est pas non plus toujours suivi de succès complet, et ne prévient pas toujours les récidives chez les adultes auxquels on l'administre directement. A plus forte raison ne peut-on pas affirmer qu'il agira constamment d'une manière efficace chez un être sur lequel on ne peut l'appliquer directement.

Mais nous dirons d'autre part : si l'on n'emploie pas de traitement mercuriel, on reste donc spectateur inactif des progrès de la maladie; car il n'existe pas d'autre traitement sérieux de la vérole secondaire, que les préparations hydrargyriques; et l'on sait maintenant en pratique ce que valent les prétendus sudorifiques, et combien leur action est impuissante. Or cette inaction expose les femmes aux plus grands dangers, en ce sens que la maladie marche sans cesse, et que pour la syphilis plus peut-être que pour toute autre affection, plus la maladie a duré, plus elle est rebelle et plus elle tend à durer encore. Mais, dit-on enfin, le traitement mercuriel provoque l'avortement. Nous répondrons que rien ne prouve jusqu'à présent que le mercure fasse avorter les femmes plus fréquemment que la vérole elle-même, et il y a déjà longtemps que Bertin a dit, qu'en pareille circonstance, l'avortement est plus souvent encore l'effet du mal que celui du remède.

Mais admettons encore ceci, qui, nous le répétons, est loin d'être prouvé suffisamment, que le traitement mercuriel expose la femme à faire une fausse couche. « N'est-il pas plus convenable, a dit Swediaur, de risquer la perte d'un être dont l'existence est précaire et exposé à mille hasards, que de laisser gagner du temps à une maladie qui fait des ravages dangereux, et expose même la vie de la femme enceinte ? » Sous ce rapport, le doute n'est pas permis un seul instant; la vie d'un être qui *n'existe point encore réellement* ne saurait être mise en balance avec la vie de la mère. Mais nous croyons voir dans cette phrase de Swédiaur une signification plus étendue, qu'une timidité, louable sans doute, l'aura seule empêché d'exprimer en entier, mais que nous avons entendu exprimer avec hardiesse par un syphiliographe distingué de notre époque. « Quand on songe à la santé chétive et précaire, aux misères physiques auxquelles sont exposés pendant toute leur vie les enfants venus au monde avec une syphilis constitutionnelle, n'est-on pas tenté de se demander s'il ne vaut pas mieux avoir un enfant mort qu'en enfant vérolé ? »

On voit dès lors quelle est la réponse que nous pensons devoir faire à la question que nous avons posée, et combien peu nous croyons que l'on doit redouter les préparations mercurielles en pareille circonstance.

— M. Jobert a dans ses salles actuellement deux malades en traitement, qui sont affectés de fistules périnéales; chez l'un d'eux existait un rétrécissement qui fut d'abord et avant tout autre chose, détruit par l'emploi des bougies aluminées. Le scrotum était en quelque sorte induré. Une sonde fut introduite par l'ouverture la plus inférieure, et laissée pendant assez longtemps en place pour faciliter le dégorgement des parties voisines.

Pendant son séjour, en effet, plusieurs des fistules voisines se fermèrent. Lorsque la destruction du rétrécissement urétral permit de faire pénétrer une sonde dans la vessie par l'urètre et d'enlever celle qui avait été placée dans l'ouverture fistuleuse, M. Jobert voulut, au moyen de l'autoplastie, combler la perte de substance du périnée. Pour cela, il se servit d'un procédé à peu près analogue à ceux de Cooper et de Chopart, auquel on a donné, nous ne savons trop pourquoi, le nom d'autoplastie en tiroir, expression à laquelle il conviendrait de substituer, suivant le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, celle d'autoplastie en rideau.

Une incision fut faite à la partie antérieure et inférieure de la fesse. Une seconde à la racine du périnée; le lambeau fut disséqué vers la cuisse; mais, comme il ne cédait que difficilement, une incision profonde fut pratiquée, qui favorisa le rapprochement des deux lèvres de la plaie. La fistule supérieure a rapidement guéri; mais l'inférieure, dans laquelle avait séjourné la sonde, dont la présence avait donné lieu à un travail d'organisation et à la production d'un véritable canal muqueux de nouvelle formation, l'inférieure a résisté pendant fort longtemps à toutes les tentatives essayées pour en obtenir l'oblitération.

Cet insuccès, que, loin de chercher à le cacher, M. Jobert a voulu faire constater par ceux qui assistent à sa visite, l'a conduit à modifier ses opinions relativement à l'utilité du séjour de la sonde dans les fistules périnéales. Non-seulement M. Jobert est persuadé qu'elle est toujours inutile, mais il la regarde comme pouvant être dans beaucoup de cas la cause d'accidents graves; et, n'eût-elle que l'inconvénient de favoriser l'organisation en membrane presque de nature muqueuse les tissus qu'elle traverse, il lui semble que cette circonstance n'est pas suffisamment compensée par les avantages qu'elle peut produire comme moyen de dilatation ou de dégorgement.

— Les procédés opératoires par glissement sont assez volontiers employés par M. Jobert, qui en a généralisé l'usage avec bonheur.

Une femme de quarante-huit ans est entrée, il y a peu de temps, à l'hôpital pour un cancer encéphaloïde du sein droit occupant une très grande étendue de surface. Il s'agissait de le détruire entièrement sans ménagement de tissus, l'observation prouvant chaque jour cette vérité que ménager des tissus voisins d'un cancer, dans l'espoir de faire une plaie moins grande, c'est s'exposer à des récidives fréquentes et rapides. C'est d'après ce principe que M. Jobert a fait largement l'opération, préférant sacrifier quelques portions de tissus sains plutôt que de s'exposer à conserver des points atteints déjà par la dégénérescence cancéreuse.

L'opération a été, en effet, rapide et complète; mais quand il s'est agi de réunir, et M. Jobert dans les plaies du sein s'arrange pour réunir toujours suivant une ligne verticale parallèle à l'axe du corps, les lèvres de la plaie, trop éloignées l'une de l'autre, ne pouvaient être facilement rapprochées. Le bistouri a été promené sous les lambeaux à une assez grande profondeur et les a décollés dans l'espace de quelques centimètres. Dès lors, il a été possible d'opérer la réunion par première intention; mais le tiraillement de la peau était si considérable qu'inévitablement elle eût été déchirée promptement dès qu'un peu de gonflement inflammatoire serait survenu. M. Jobert a fait, à six ou sept centimètres environ de chaque côté de la plaie linéaire résultant de l'affrontement des surfaces et parallèlement à cette plaie, une incision profonde longue de dix centimètres environ; ces deux incisions, en facilitant le glissement des deux lambeaux l'un vers l'autre, ont prévenu toute espèce d'accidents inflammatoires résultant, comme il pouvait arriver, de l'étranglement des tissus ou de la déchirure des points de suture. Les deux plaies secondaires, faites pour faciliter la réunion immédiate, devront guérir par formation de tissu de cicatrice et après suppuration; aussi, aujourd'hui, commencent-elles à se couvrir de bourgeons charnus, tandis que la plaie médiane est linéairement réunie et consolidée.

Que si l'on demande pourquoi M. Jobert a préféré obtenir ainsi cette réunion immédiate de la plaie principale et faire suppurer deux incisions supplémentaires qu'il eût pu se dispenser de faire, au lieu de laisser tout simplement suppurer la plaie produite par l'instrument tranchant pour l'ablation du cancer,

la réponse est facile. Il est d'observation que les cancers repullulent d'autant moins que les plaies ont été plus promptement cicatrisées, *et vice versa*. C'est ce qui explique comment les récidives sont si fréquentes après l'emploi des caustiques ; et l'on sait qu'elles sont tellement rapides alors, que souvent il arrive de voir un cancer déjà reproduit avant que la plaie se soit fermée. Par ce procédé de glissement ingénieusement appliqué à la réunion des lèvres d'une solution de continuité résultant de l'ablation d'un cancer, M. Jobert crée, il est vrai, deux plaies nouvelles qui devront suppurer; mais, au prix d'un bien faible inconvénient, il achète un immense avantage : la réunion immédiate et les chances inappréciables de la non-repullulation de la terrible affection qu'il veut combattre.

— Il arrive souvent dans la pratique que des circonstances imprévues et particulières des cas pathologiques empêchent le chirurgien de se conformer aux règles communes, dont l'ensemble constitue la partie de l'art connue sous le nom de médecine opératoire. Dans ces circonstances, c'est la nature même de l'altération, la disposition relative des parties saines et des parties morbides qui doivent servir de guide au chirurgien et lui tracer sa conduite. Ainsi, en bonne et saine chirurgie, lorsque l'opérateur a le choix des lieux sur lesquels il doit faire ses lambeaux, il les dispose de telle sorte que le pus trouve un écoulement facile, le membre étant placé dans une position convenable ; un autre précepte non moins important, c'est de faire adhérer les lambeaux à toute l'étendue du plus grand diamètre de la surface osseuse qu'ils sont destinés à recouvrir, disposition qui permet de les maintenir plus facilement. Mais lorsque, par suite de conditions spéciales, on ne peut se conformer à ces règles de pratique, s'ensuit-il qu'il faille renoncer à l'opération ? Nullement, et nous avons entendu un chirurgien distingué professer qu'il est des cas où l'on doit opérer, même lorsqu'il est impossible de tailler aucun lambeau.

Ces réflexions nous sont venues à l'esprit en voyant dans les salles de M. le professeur Blandin à l'Hôtel-Dieu un enfant d'une dizaine d'années, qui, jouant dernièrement sur les bords du canal Saint-Martin, au moment où l'on changeait la direction de l'un des ponts tournants qui traversent ce canal, eut le pied droit pris entre le parapet et le pont lui-même. Il en résulta une plaie par écrasement, avec déchirure très irrégulière et mâchure des parties molles, et fracture comminutives des phalanges et des métatarsiens. L'opération, bien entendu, dut être faite dès l'arrivée du malade ; mais dans cette amputation partielle du pied, possible en raison de l'intégrité des os du tarse, indiquée par conséquent puisqu'elle permettait de conserver au malade une partie fort importante de son membre inférieur, le talon et une partie de la plante du pied, il était impossible de tailler, suivant les règles de l'art, un lambeau régulier assez étendu pour recouvrir les surfaces osseuses. C'est donc à l'aide, tant des parties restées saines de la face plantaire, que des régions latérale et dorsale du pied, que dut être constitué le matelas vivant destiné à recouvrir les surfaces osseuses. Cette opération, faite ainsi en dehors de toutes les règles ordinaires et, pour ainsi dire, sous l'inspiration du moment, M. Blandin a eu le bonheur de la voir réussir. Il n'y a eu, comme on avait lieu de le craindre en raison de la contusion de quelques-uns des points des téguments conservés, ni inflammation très vive, ni gangrène. L'enfant est aujourd'hui en voie de guérison.

— Quoi qu'en aient pu dire les anciens, et l'Académie de chirurgie elle-même, et Boyer, qui se prononce de la manière la plus explicite, les fractures transversales de la rotule peuvent se réunir par un cal osseux et sans intermédiaire du tissu fibreux. Lallemant, chirurgien de la Salpêtrière, avait vu ce mode de consolidation dans un cas de fracture transversale. Astley Cooper avait fait la même observation sur un malade traité par Chopart (Œuvres chirurgic., page 164). Enfin Fielding, de Hull, observa un cas analogue.

Il est facile de concevoir que si, en pratique, ce cal osseux est chose peu commune, en raison de la difficulté que l'on éprouve à mettre en contact exact et immédiat les deux fragments de la rotule, sur lesquels agissent de puissantes masses musculaires, cependant il ne peut pas être impossible. Les anciens, qui ne voulaient point l'admettre, attribuaient ce défaut de consolidation à la structure de la rotule, différente, disaient-ils, de celle des autres os, à l'absence de périoste sur sa face postérieure, à l'épanchement du suc osseux dans l'articulation, et enfin à sa dilution dans la synovie. Desault et Dupuytren ont démontré le peu de valeur de ces hypothèses et prouvé que la structure de la rotule ne faisait pas exception, et que cette réunion osseuse avait lieu chaque fois que les fragments pouvaient être maintenus en contact. Sans être, nous le répétons, très communs, les faits de cette espèce ne sont cependant point d'une rareté exceptionnelle. Nous avons vu dans les salles de M. Blandin un homme, entré il y a deux mois pour une fracture de la rotule, et chez lequel fut employé l'appareil inamovible dextriné, présenter à la fin du traitement une consolidation bien régulière, au moyen d'un cal osseux *linéaire*, on peut le dire, et sans aucune trace de tissu fibreux intermédiaire.

— Un homme de trente-cinq ans entra il y a peu de jours à l'Hôtel-Dieu (service de M. Vigla) dans un état comateux alternant avec des mouvements convulsifs épileptiformes très intenses, se succédant à des intervalles rapprochés, et dans lesquels le côté gauche du corps paraissait plus violemment affecté que le droit. On ne put avoir sur son compte d'autres renseignements sinon qu'il était sujet depuis plusieurs années à de semblables attaques, que depuis quelque temps il paraissait souffrir de la tête, et qu'il était d'une intelligence un peu paresseuse.

L'examen des principaux symptômes pendant les deux jours et demi que cet homme passa à l'hôpital, ne fit découvrir aucune lésion thoracique ou abdominale qui pût expliquer symptomatiquement les phénomènes observés. Il restait donc à déterminer si cet homme succombait à une affection cérébrale récente matérielle, ou si l'on assistait à la dernière période d'une névrose ; si enfin, comme on l'observe dans un assez grand nombre de cas, les accès d'une épilepsie idiopathique, se rapprochant considérablement, déterminaient la mort.

L'état comateux si prononcé dans l'intervalle des convulsions, la prédominance des mouvements convulsifs d'un côté du corps, la perte complète de connaissance pendant tout le temps que cet homme séjourna à l'hôpital, ne permirent guère de s'arrêter à l'idée d'une simple névrose épileptique, ou du moins devait-on supposer qu'il était survenu une complication d'encéphalite avec prédominance de la maladie dans l'hémisphère droit. On s'était assuré que cet homme n'avait reçu aucune contusion, n'avait fait aucune chute, certitude qu'étaient venus confirmer les renseignements recueillis. On remarqua, tout en se demandant s'il ne pouvait pas y avoir un rapport éloigné entre cette circonstance anatomique et les accidents éprouvés par le malade, une exostose de la partie antérieure du front, occupant environ le tiers inférieur de cette partie du visage, et située exactement sur la ligne médiane.

Le malade succomba rapidement. A l'autopsie, on scia circulairement, et avec le plus grand soin, le crâne de manière à diviser en deux, dans le sens horizontal, l'exostose du coronal. On reconnut alors que cette tumeur ne proéminait pas moins à l'intérieur du crâne qu'à l'extérieur ; cette saillie pouvait être de deux centimètres environ au-dessus de chacune des tables du crâne, plus considérable sur la table interne de quelques millimètres. Dans les portions avoisinantes du cerveau existait un ramollissement bien évident, plus prononcé et plus étendu à droite qu'à gauche, circonstance qui rendait parfaitement compte de l'intensité plus grande des phénomènes symptomatiques dans les membres gauches que dans les membres droits.

Cette exostose présentait à l'extérieur, à la partie antérieure du front, une surface végétante d'une consistance éburnée, la partie située à l'intérieur du crâne offrait une tumeur plus régulièrement arrondie ; ce qui a paru remarquable, c'est qu'elle s'était développée dans l'intérieur des sinus frontaux, qu'elle remplissait, et avait perforé la paroi orbitaire du côté gauche. Toutefois, l'œil était encore protégé dans ce point par la membrane fibreuse de l'orbite.

Voilà donc un fait de plus à ajouter à ceux qui prouvent qu'une exostoxe peut déterminer la production d'un ramollissement du cerveau, et des mouvements convulsifs des membres. L'absence de toute espèce de renseignements sur les affections antécédentes du malade ne permit point de se prononcer sur la nature et l'origine de l'altération osseuse. Etait-ce une exostos de nature syphylitique ? Etait-ce une de ces productions désignées dans ces derniers temps sous le nom d'*ostéophytes*. On sait que les ostéophytes sont des corps organisés qui prennent naissance et se développent au milieu du système osseux, de même que les corps fibreux naissent et se développent au milieu du tissu de l'utérus par exemple. Ce sont de véritables parasites qui croissent aux dépens des sucs nécessaires à la nutrition de l'os dans lequel ils s'implantent ; aussi, à mesure qu'ils se développent, l'os perd de sa force et s'atrophie.

Jusqu'à un certain point, il était permis de croire qu'elle était de cette dernière espèce, vu son état d'éburnation ; mais un examen plus approfondi ne nous semble pas permettre de conserver cette pensée. Rappelons en deux mots les caractères des ostéophytes, qui, suivant M. Pigné, constituent l'espèce des ostéophytes pédiculés.

Dans le principe, ils sont constamment compactes, éburnés ; ordinairement, ils n'offrent qu'un seul pédicule qui se dirige vers le centre de l'os, et un sommet arrondi, lisse, qui regarde le périoste. A une époque plus avancée de leur développement, leur partie centrale devient peu à peu spongieuse, puis leur racine pénètre dans la cavité médullaire de l'os, et alors ils commencent à se creuser une cavité qui est en communication directe avec la cavité de l'os, et qui, comme cette dernière, est tapissée par la membrane médullaire. A cette époque, la substance corticale commence à se confondre avec la substance compacte de l'os, et il n'est plus reconnaissable que par la saillie qu'il forme et la cavité qu'il renferme, tandis qu'à une époque moins avancée il restait complétement isolé de l'os au milieu duquel il se développait en écartant les fibres. Dès que l'ostéophyte sort de l'os, les fibres de ce dernier embrassent circulairement le collet du parasite, qui, s'il se développe encore, prend un accroissement proportionnellement plus grand à son corps qu'à son pédicule. Les fibres de cette espèce d'ostéophyte sont perpendiculaires à la direction des fibres de l'os sur lequel il est implanté ; c'est cette disposition qui sert à différencier l'ostéophyte de l'exostose, qui n'est, elle, qu'une hypertrophie partielle du tissu d'un os. Dans le cas actuel, la tumeur osseuse ne nous paraît pas avoir présenté le caractère d'un ostéophyte. D'une part, elle était éburnée comme les ostéophytes à leur début ; mais, d'autre part, elle était végétante, et les ostéophytes commençants n'offrent qu'un sommet arrondi, lisse : de plus, en le supposant de date plus ancienne, la cavité moyenne aurait manqué, et il n'était pas possible de distinguer la direction des fibres de la tumeur osseuse, qui n'eussent pas manqué d'être perpendiculaires à celles de l'os, s'il se fût agi d'un ostéophyte.

Z...

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De l'importance des moyens pour soutenir le moral des malades.

Ce n'est pas une médiocre affaire que de soutenir le moral des malades, et cela autant dans l'intérêt du médecin que dans celui du malade lui-même, et dans le but de l'empêcher de se jeter entre les mains des charlatans qui attaqueraient sa fortune et compromettraient sa santé. Avant tout, et pour arriver à ce résultat, il est nécessaire que le médecin tâche de conserver la confiance de celui qui s'est remis entre ses mains. Lorsqu'un malade fait choix d'un médecin, il le prend parmi ceux dont il a entendu parler par des amis, des parents ; il ne le connaît point encore : nous devons donc vous donner quelques instructions sur la manière dont, en entrant dans la clientèle civile, vous devez vous conduire pour capter la bienveillance des personnes avec lesquelles vous vous trouverez en rapport.

Lorsque le médecin est jeune, qu'il n'a encore donné que peu de gages de son instruction ; que sa réputation n'est pas encore établie, et ce sera votre position à presque tous, dans ce cas, obtenir la confiance de son malade dans le but de soutenir son moral soit dans le cours d'une maladie aiguë, soit dans une affection chronique, ce n'est pas chose facile ; ce sont donc des conseils à cet égard que nous allons vous donner aujourd'hui, et vous en trouverez bien vite l'application.

Nous vous avons dit qu'il fallait d'abord que le médecin eût la confiance de son malade. Il faut qu'il paye de sa personne ; ainsi, il devra tout d'abord porter un intérêt tout particulier au récit des souffrances que lui fait le malade. Il faut écouter avec attention, sans distraction, toutes les relations de ses affections antérieures. Si le patient s'aperçoit que le médecin n'a pas tout écouté avec sollicitude, sa confiance ne peut manquer d'être ébranlée. Après avoir écouté attentivement tous les récits qu'on lui fait, le médecin procédera à l'interrogatoire du malade, et la manière dont il s'en acquittera peut contribuer beaucoup à affermir encore la confiance dont il a besoin. Les questions doivent être dirigées de telle sorte, que le malade s'aperçoive tout de suite que le médecin devine la plupart des symptômes qu'il a éprouvés. Pour cela, l'habitude extérieure apprend beaucoup au praticien ; il reconnaît bien vite si l'affection est récente ou chronique ; il est un grand nombre de maladies pour la détermination desquelles l'état d'embonpoint ou de maigreur du sujet, la coloration ou la pâleur du visage, la flaccidité ou la fermeté des chairs peuvent fournir des données précieuses.

Les questions qu'adresse le médecin au malade lui montrent déjà que son état est compris et presque deviné ; aussi est-il nécessaire, autant que possible, de les poser de telle sorte que que la réponse doive être affirmative. Une fois entendu le récit qu'on lui fait, et résolues les questions qu'il a posées, le médecin procède à l'exploration du sujet, et l'examen auquel il se livre est encore pour lui un moyen d'augmenter la confiance qu'il veut acquérir. Cette exploration est nécessaire ; il ne faut jamais la négliger, lors même qu'on serait convaincu qu'elle n'apprendrait rien de plus que ce que l'on sait déjà. Lorsque le malade a cette conviction que le médecin connaît son mal, on a dit avec raison qu'il est presque à moitié guéri.

Il y a beaucoup de personnes, dans le monde, qui s'imaginent que si on ne guérit pas les maladies, c'est qu'on ne les connaît pas ; que si on les connaissait toujours, on s'en rendrait aussi toujours maître. De là la nécessité de prouver au patient que l'on sait le siége et la nature de ses souffrances. Aux yeux du public, un mal connu est presque un mal guéri ; et vous savez combien il est loin d'en être ainsi, et combien est grand le nombre des affections que nous reconnaissons et que nous ne pouvons pas guérir. Une fois arrivé à ce point, vous avez la confiance de votre malade, et vous exercez sur lui une influence morale très puissante. Soit dans les maladies chroniques, soit dans les maladies aiguës, il souffrira mieux et plus longtemps sans se décourager.

Le pronostic que porte le médecin sur l'apparition de tel ou tel phénomène est très important encore. Lorsque le médecin prédit quelque chose et que l'événement vient justifier sa prédiction, la satisfaction du malade est très grande ; il ne s'apercevrait point d'une erreur de diagnostic, il s'aperçoit très facilement d'une erreur de pronostic. L'annonce d'une exacerbation, de la disparition de la céphalalgie, de la diarrhée, de la faiblesse, etc., si elle se réalise, fera près du malade un effet admirable.

Il est un point très délicat du pronostic, c'est la durée de la maladie. Lorsqu'elle doit être courte, le médecin ne se compromet pas en annonçant qu'elle ne durera pas longtemps ; mais lorsque la durée doit en être longue, comment faut-il faire ? Doit-on dire la vérité au malade, ou la déguiser ? Dans le dernier cas, on vous accusera de vous être trompé ; dans le premier, vous découragez le patient.

Dans ces circonstances, nous croyons que le médecin ne doit pas se prononcer ; il fera entrevoir au malade que la durée d'une affection comme celle qu'il présente est souvent très variable, ne peut être absolument déterminée ; il se tiendra dans les généralités, se gardera de fixer une époque précise. Il ne négligera point de se servir, pour consolider son influence, du témoignage des personnes qui entourent le malade. Il engagera les personnes qui auraient eu des affections à peu près pareilles, à en parler de manière à dissiper toutes crainte de danger ; il est important que tous ceux qui vivent avec un malade parlent dans le même sens que le médecin, une manière d'agir opposée pourrait ébranler la confiance que l'on doit avoir en lui. Il n'est pas inutile quelquefois d'appeler de temps en temps à son aide le témoignage de quelques praticiens plus âgés, ou dans une position plus brillante.

Il est trop souvent des malades qui professent, et de bonne foi, un scepticisme désolant et décourageant pour le médecin ; ils ne croient pas à la médecine. Près de ceux là vous prendrez des comparaisons tirées autant que possible des sciences ou des professions qui leur sont familières. Vous

savez votre état, direz-vous à un artisan; si je voulais vous donner des conseils pour équarrir un morceau de charpente, etc., vous me ririez au nez, et vous vous moqueriez de ma présomption et de mon ignorance; eh bien! ce que vous avez fait pour votre état, je l'ai fait, moi, pour la médecine, etc. Parmi les gens du monde il est des hommes qui ne croient pas à la médecine, et qui nient sa puissance. A ceux-là vous chercherez à donner, par le raisonnement, la conviction que la médecine agit, et vous tirerez vos exemples des maladies les plus faciles à vaincre. Vous parlerez des fièvres intermittentes, qui sont véritablement le triomphe de la thérapeutique, et que vous guérissez à jour et à heure fixes: Là, direz-vous, il faut bien reconnaître que la puissance de l'art est grande. Vous leur citerez des faits russi nombreux, aussi positifs que vous pourrez, pour confondre leur scepticisme. Une fois que vous avez obtenu de ces hommes incrédules l'aveu que leur système est mauvais sur un point, il vous sera facile de leur persuader bientôt que l'art possède souvent des ressources inconnues au vulgaire, et comme inattendues.

Ce que vous avez fait jusqu'à présent c'était pour oblenir la confiance de votre malade. Y êtes-vous arrivé, il s'agit de soutenir son moral; car, s'il est atteint d'une maladie dont il croie ne pas guérir, cette pensée qui le domine exerce une influence fâcheuse et contraire aux efforts du médecin. Vous soutiendrez donc l'espérance du malade, et pour cela d'abord vous commencerez par poser votre diagnostic. Je suppose que la maladie à laquelle vous avez affaire soit du nombre de celles qui passent parmi les gens du monde pour ne point avoir de guérison; il est évident que, si vous établissiez le diagnostic comme vous êtes convaincu que vous devriez le faire, vous détruiriez tout à fait l'espérance du sujet et vous feriez un mal irréparable. Dans ce cas, vous donnez le nom d'une affection occupant le même organe, mais d'une gravité beaucoup moindre. Pour vous en donner quelques exemples, un phthisique aura une bronchite chronique, un malade affecté d'un cancer de l'estomac aura une gastrite chronique, etc. Vous aurez soin seulement de bien placer la maladie dans le même organe que celui qui est réellement malade. Cependant, il est des cas exceptionnels où vous devrez fixer un siége différent à la maladie : un individu est né de parents phthisiques et qui ont succombé à l'affection tuberculeuse que l'on a désignée sous le nom de bronchite, de catarrhe. Si vous donnez à ceux que vous soignez la même maladie que celle dont ils savent que sont morts leurs parents, il en résultera pour eux un état de démoralisation très grave. Dans des circonstances pareilles, vous chercherez à diriger l'attention de vos malades sur un autre organe, sur les phénomènes qui se passent dans d'autres appareils, les douleurs d'estomac, par exemple, et vous leur démontrerez que c'est l'estomac qui est malade. Ce qui se passe du côté du poumon n'est qu'une légère complication de rhume sans conséquence. Une femme a-t-elle une de ces affections chroniques, une de ces dégénérescences de l'utérus au-dessus des ressources de l'art, vous placerez pour elle le siége de la maladie dans le vagin, dans le rectum. Mais faites-y bien attention : si vous êtes obligé ainsi de tromper un malade sur la nature et le siége de l'affection dont il est atteint, restez toujours conséquent avec vous même; ne dites pas un jour d'une façon et le lendemain d'une autre. Il faut tromper le malade sur un point et sur un point seulement. Au milieu de ces modifications que vous apporterez à la vérité, si elles étaient trop nombreuses il deviendrait difficile de vous reconnaître; une seule contradiction vous ferait un tort immense, et nuirait beaucoup à votre malade.

REVUE GENÉRALE.

Polype de l'urètre chez la femme, traité par excision. — Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* publie l'observation suivante rapportée par M. de Maisonneuve.

Observation. — Une jeune dame, âgée de vingt-huit ans, jouissant habituellement d'une très bonne santé, ressentit après un travail forcé de la cuisson du côté des organes génito-urinaires, accompagnée de douleurs vives qui se propageaient assez profondément. A ces premiers symptômes se joignirent de la pesanteur dans le fondement, des envies fréquentes d'uriner, et de la difficulté à le faire. Surmontant cette difficulté par de violents efforts, elle urina du sang à plusieurs reprises.

Dans cet état, elle fut consulter M. Maisonneuve, qui, au moyen d'un stylet fin introduit dans le canal de l'urètre, reconnut la présence d'une petite tumeur terminée par un pédicule qui s'insérait non loin de la partie antérieure de ce canal. Il est bon d'ajouter qu'elle était pour ainsi dire cachée par ce renflement qui limite chez les femmes le méat urinaire, et qui sert de guide dans le cathétérisme.

L'opération fut proposée à la malade, qui l'accepta, tellement les douleurs et les cuissons qu'elle ressentait étaient grandes.

Elle fut pratiquée le 20 mars 1846. Voici de quelle manière :

Le polype étant tenu avec des pinces à anneaux, on dégagea son pédicule avec un petit stylet; alors on put assez facilement l'exciser avec des ciseaux courbes. Cependant, comme la tumeur était excessivement vasculaire, puisqu'elle saignait à la moindre pression qu'on exerçait sur elle, elle se déchira en partie; de sorte que l'on fut obligé de faire l'arrachement des fragments qui avaient résisté à l'excision. On termina cette petite opération par la cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent.

Les suites ne présentèrent aucune circonstance insolite. On donna à la malade quelques bains entiers; malgré cela, les douleurs et les cuissons subsistaient, mais néanmoins moins vives qu'auparavant, et de temps à autre la malade perdit encore un peu de sang en urinant. Cette circonstance engagea M. Maisonneuve à renouveler plusieurs fois la cautérisation avec le nitrate d'argent, et à faire des injections, soit avec l'acétate de plomb seul ou mélangé avec un peu de laudanum, soit avec du vin aromatique.

Bientôt, sous l'influence de ce traitement, le sang ne coula plus, les douleurs et les cuissons disparurent presque en entier; de sorte que la malade put se promener. Tout allait bien, la maladie paraissait guérie, quand, après un nouvel examen, M. Maisonneuve reconnut un nouveau polype implanté à la même place que celui qu'il avait déjà enlevé. On en fit l'extirpation, qui fut beaucoup plus facile que la première fois; car ce polype était moins vasculaire, et, par conséquent, plus résistant que le premier. L'excision suffit pour l'enlever complétement.

On continua les injections et les lotions avec le vin aromatique, la malade s'en trouvait très bien.

Depuis que cette dernière opération a été faite, il ne s'est pas montré de nouveau polype. Les douleurs et les cuissons, quoique subsistant encore, ont perdu néanmoins assez d'intensité pour permettre à la malade de reprendre ses occupations.

On peut confondre les polypes de l'urètre avec le prolapsus de la muqueuse de ce canal. Dans les deux cas, il y a tumeur plus ou moins volumineuse, ayant un aspect également fongueux. Mais les polypes ont une forme irrégulière, tandis que celle du prolapsus de l'urètre est toujours circulaire. Les polypes ont le plus souvent un pédicule; la hernie de la muqueuse urétrale n'a pas de pédicule proprement dit, sa forme circulaire a un peu l'aspect du col utérin; si l'on introduit une sonde par sa dépression centrale; on pénètre dans la vessie, et il est facile dès lors de s'orienter.

Le traitement est du reste le même dans les deux cas : c'est à l'excision qu'il faut avoir recours. Seulement, dans le cas de hernie de la muqueuse urétrale, il faut, après l'excision, faire porter des sondes d'un volume assez considérable pour éviter la réunion de la plaie par une cicatrice vicieuse et partant un rétrécissement de l'urètre.

Monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur phlegmoneuse. — Le docteur Barth (de Sirentz) a rapporté dans le *Bulletin thérapeutique* un fait de révulsion qui n'est peut-être qu'un cas de coïncidence, mais qui dans tous les cas n'en offre pas moins un grand intérêt:

Mademoiselle Zœpringen, couturière, âgée de 45 ans, n'étant plus réglée, maigre, et d'une constitution nerveuse, fut atteinte d'une monomanie religieuse. Les antiphlogistiques et les dérivatifs sur le canal intestinal n'ayant produit aucnn changement dans son état, on se contenta pendant quelque temps de ne lui faire prendre que des bains simples. Vers le commencement du troisième mois de la maladie apparut uoe tumeur inflammatoire à la nuque, qni prit bientôt la forme et le volume d'un anthrax considérable. Dès ce moment l'état de folie s'améliora, et lorsque la tumeur fut ouverte par la lancette, les accès devinrent de plus en plus rares. Les forces, considérablement affaiblies par une longue et abondante suppuration, furent rétablies par l'usage d'une infusion faible de quinquina et l'acétate d'ammoniaque, et à la fin du troisième mois la malade jouissait d'une bonne santé et d'une saine raison, qui se sont parfaitement conservées jusqu'ici.

Nous n'oserions affirmer, avec M. Barth, que la guérison de cette malade fût due uniquement à l'apparition de la tumeur phlegmoneuse de la nuque; mais des faits analogues ne sont pas rares dans la science, et cette hypothèse est au moins très admissible.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'abus des alcalins dans la thérapeutique; par M. le docteur Trousseau.

La gent médicale de notre époque est tellement disposée à abuser des médicaments, même les plus énergiques, que nous ne croyons pouvoir mieux faire, dans l'intérêt des praticiens, que de présenter ces quelques lignes empruntées à un travail publié récemment.

Parmi les médicaments altérants, dit M. Trousseau, les alcalins occupent certainement une place aussi importante que le mercure, l'iode et l'arsenic; les alcalins exercent sur l'économie une influence immense, au même titre d'ailleurs que les acides, et il n'en pouvait être autrement. Le sang est naturellement alcalin, mais il l'est dans une certaine mesure; moyennant quoi, il départit aux sécrétions diverses des qualités chimiques spéciales.

De ces sécrétions, les unes sont légèrement alcalines : la salive, le suc pancréatique; les autres le sont à un très haut degré : la bile; d'autres, au contraire, sont très acides : les urines, les sueurs, le suc gastrique. Si vous supposez que, par l'usage des alcalins, vous augmentiez l'alcalinité du sang, il arrive à la fin un état spécial du sang, un état nouveau des sécrétions. Les sécrétions qui, naturellement, sont alcalines ou neutres, deviendront nécessairement plus ou moins alcalines; celles qui sont acides le seront moins, deviendront neutres ou même alcalines. Ce sont là des effets chimiques nécessaires. Or, si la présence des acides est une condition de la digestion stomacale des aliments, il ne pourra pas être indifférent de neutraliser ces acides, dont l'économie a besoin, par exemple, pour la transformation de la fécule en glucose. La digestion féculente sera donc incomplète ou extranaturelle, s'il nous est permis de nous servir de cette expression. De plus, la juste proportion des alcalis dans le sang donne à ce liquide le moyen de brûler, dans une juste mesure, les éléments carbonés absorbés dans l'acte de la digestion. Une combustion imparfaite amène sans doute des accidents; mais une combustion excessive ou trop rapide n'a pas moins d'inconvénients, puisqu'elle amène des mutations importantes dans la composition du sang, par suite de la texture des organes.

Il ne peut donc jamais être indifférent de donner des alcalins. Pris sans indication, peu de jours, ils ne causent, en somme, qu'un trouble momentané; pris en grande quaotité, ils causent une cachexie, un amaigrissement déplorable. Déjà les anciens avaient admirablement indiqué l'influence des alcalis sur la composition du sang : ils avaient vu que ce fluide nourricier devenait plus fluide, puisqu'il se décolorait, et que, à la fin, il s'établissait une cachexie caractérisée par la pâleur, la bouffissure générale, des hémorrhagies passives. En outre, il survenait un amaigrissement irréparable. Depuis quelques années, l'abus que l'on a fait des eaux de Vichy et de Carlsbad, dans le traitement de la goutte, a permis de juger cette grave question, et l'abns des alcalins a, certes, causé plus de mal que l'abus de l'iode.

Certainement, on tempère les accès de goutte en prenant, avec quelque persévérance, les eaux d'Ems, de Carlsbad ou de Vichy; plus souvent encore, avec les mêmes remèdes, on empêche les graviers d'acide urique de se former dans les reins; mais éteindre les manifestations goutteuses, ce n'est pas guérir la goutte, pas plus que l'on ne guérit la vérole en faisant disparaître, par des topiques, les éruptions cutanées syphilitiques. La diathèse persiste, à tel point que, sans s'exposer à d'autres influences hygiéniques que le reste des hommes, le goutteux reprendra des accès de goutte. C'est avoir beaucoup fait que de rendre les accès plus rares et moins aigus; mais si l'on veut détrnire même la diathèse, comme le veulent certains médecins peu intelligents, il devient nécessaire de fouiller le fond de la constitution, et l'abus des alcalins amène alors la cachexie, maladie bien plus grave, et surtout bien plus irrémédiable que la goutte ou la gravelle.

Tel malade éprouve un peu de mieux à son retonr de Vichy, d'Ems ou de Carlsbad; sa santé se rétablit pendant l'hiver. Il croit, pour prévenir le retour du mal, devoir, l'été suivant, prendre de nouveau les eaux, et ainsi faire plusieurs années de suite; mais, au lieu du bien-être qu'il avait d'abord trouvé, il ne rapporte désormais que du malaise et quelquefois de graves accidents, et, au lieu d'accuser l'opiniâtreté du mal, il ne doit accuser que son aveugle entêtement dans l'emploi du remède, alors qu'il n'en avait plus besoin.

Comment les médecins ne voient-ils pas qu'un remède puissant pour guérir est nécessairement puissant pour faire du mal?

On donne des alcalins avec une légèreté singulière. Un médecin prescrira à un malade un ou deux mois d'eau de Vichy, de Carlsbad ou d'Ems, comme il conseillerait une tisane d'orge ou de bourrache; mais est-il donc si indifférent de changer, d'un seul coup, toutes les sécrétions du corps?

Emploi de la quinine brute sous forme de soluté alcoolique; par M. le docteur Piorry.

Pour rendre la quinine soluble et la faire entrer dans les potions ou mixtures dont elle doit faire partie, on a ordinairement recours à l'acide sulfurique employé à la dose strictement nécessaire pour salifier l'alcaloïde.

M. Piorry, craignant que cet acide ne soit ajouté en trop forte proportion, et n'agisse alors d'une manière fâcheuse sur la membrane muqueuse de l'estomac, a pensé qu'il serait, dans tous les cas, avantageux de se servir de l'alcool comme agent de solution de la quinine. Voici la formule dont il se sert pour cet objet :

Quinine brute,	30 grammes.
Alcool,	350
Eau distillée,	350

M. et F. dissoudre S. A., puis filtrer.

L'eau ne doit pas être employée dans d'autres proportions que celles qui sont indiquées dans la formule précédente, sans quoi il y aurait précipitation de la qulnine.

Deux cuillerées du soluté ainsi préparé représeotent assez exactement un gramme de sulfate de quinine.

Depuis deux à trois mois, ce médicament a été administré dans un grand nombre de cas d'hyperlrophie splénique, et toujours sous son influence on a vu le volume de la rate diminuer beaucoup plus rapidement qu'il ne le fait par l'usage du sulfate de quinine lui-même.

Peut-être dans certains cas urgents serait-il encore préférable de dissoudre la quinine brute au moyen de l'éther en raison de l'excessive diffusibilité de ce véhicule. C'est du reste à l'expérience des praticiens qu'il appartient exclusivement de décider cette question, que nous ne plaçons ici que comme une simple proposition.

Bibliographie.

Recherches sur les abcès multiples; par MM. de Castelnau el Ducrest. — Paris, 1845.

Il n'est point de médecin qui, dans le cours de sa pratique, et surtout s'il a suivi la visite des hôpitaux, n'ait été frappé de la multiplicité des abcès qui se manifestent quelquefois chec le même individu. Dans le cours de cette année nous avons observé dans le service de M. Rayer, un homme chez lequel, à la suite d'une variole, nous avons successivement compté plus de deux cent vingt abcès; chaque jour en voyait éclore plusieurs à la fois. Lorsque nous rédigions les leçons orales de l'illustre Dupuytren, nous avons souvent constaté une multitude de foyers purulents dans les poumons, le foie, les articulatious, à la suite des grandes opérations chirurgicales. Comment ces collections s'étaient-elles faites? Devaient-elles être considérées dans quelques cas comme un produit morbifique expulsé par les efforts de la nalure médicatrice? Fallail-il les regarder comme le résultat de l'absorption ou de la résorption? Le pus était-il dû à un travail inflammatoire des veines, ou simplement charrié par elles? Ces questions et beaucoup d'autres qui ont appelé les méditations de Dance, de Legallois, de MM. Bérard, Velpeau, Blandin, Teissier, etc., suffisent pour faire comprendre l'utilité et l'importance du sujet.

MM. de Castelnau et Ducrest, qui entrent à leur tour dans la lice, commencent par établir que si leurs devanciers avaleot oublié pour un momeot la dénominalion d'abcès métastatiques, pour se bien pénétrer de celle d'abcès multiples, ils seraient arrivés à une solution plus exacte et plus large du problème. D'après ces auteurs, toutes les fois que deux ou plusieurs abcès se développent simultanément ou successivement (mais dans ce dernier cas à des époques très rapprochées), sans qu'ils trouvent leur raison d'existence soit dans des violences traumatiques exercées sur les points où ils se développent, soit dans le voisinage ou l'extension d'un foyer inflammatoire (tel que l'érysipèle phlegmoneux), soit dans des fusées purulentes provenant d'un foyer unique ou d'une infiltration de liquide dans les tissus (abcès par congestion, abcès urioeux, etc.), ces collections purulentes constituent des abcès multiples.

Cette définition établie, les auteurs examinent les abcès multiples dans les différentes maladies où on les a constatés. Nous ne les suivrons pas dans leurs érudites recherches; mais on peut être certain qu'on trouvera sur ce sujet tous les renseignements désirables. Nous arrivons à la partie capitale de leur mémoire, celle qui montre les effets du pus après son introduction dans le sang. Dans un résumé critique très bien fait des expériences sur l'introduction du pus dans le sang, MM. de Castelnau et Ducrest montrent que si les expérimentateurs qui les ont précédés ont beaucoup fait pour démontrer la possibilité de cette introduction, ils sont loin d'avoir réussi à en démontrer les effets. Pour atteindre ce résultat, nos auteurs ont pratiqué douze nouvelles expériences sur des chiens, en choisissant la veine saphène. La description qu'ils donneot de leurs sept premières expériences où ils ont injecté du pus, démontrent que les abcès où les ecchymoses qui les précèdent offrent la plus complète analogie avec ceux qu on observe chez l'homme. Quant à leur siége, on les a observés tantôt entièrement hors des viscères, tantôt uniquement dans les viscères; le plus souvent en même temps dans les viscères et en dehors d'eux. Le viscère dans lequel ils se sont montrés le plus souvent, est le poumon; viennent ensuite la rate et les reins. A côté de ces abcès multiples se présentent les collections purulentes qui se sont formées dans les séreuses articulaires. La similitude n'est pas moins grande dans les symptômes. Comme chez l'homme, on a noté le frisson, le vomissement, les selles, la soif, l'anorexie, l'abattement, les convulsions, le trouble des phénomènes respiratoires.

Mais pour que la question de l'introduction du pus fût complétement élucidée, il fallait réfuter la proposition de M. Cruveilhier, qui pose en principe que tout corps étranger introduit en nature dans le système veineux détermine, lorsque son élimination par les émonctoires naturels est impossible, des abcès viscéraux entièrement semblables à ceux qui succèdent aux plaies et aux opérations chirurgicales. MM. de Castelnau et Ducrest nous paraissent être arrivés à ce résultat dans la série d'expériences qu'ils ont tentées. Les injections de lait, d'urioe, de sérum de pus et de sulfure de mercure n'ayant point amené la mort, on ne peut rien dire des modifications anatomiques produites daos les tissus. Quant aux abcès déterminés par le mercure, les poudres d'or et la dissolution de sublimé corrosif, leur siége a été constamment trouvé dans les poumons et uniquement dans ces organes, sauf dans quelques cas très rares et qui tous appartiennent aux injections de mercure métallique.

Relativement à l'ensemble des symptômes, nos auteurs entrent dans des détails minutieux pour établir leurs différences avec ceux produits par l'introduction du pus. Cette partie de leur travail ne nous a point paru avoir la précision dont ils avaient fait preuve jusqu'alors, et nous croyons qu'on pourra sur ce point leur faire plus d'une objection.

MM. de Castelnau et Ducrest ne proclament pas seulement le mélange du sang et du pus, mais ils ajoutent qu'il n'en peut être autrement, se fondant sur les quatre faits suivants : Le pus est un produit de sécrétion; l'absorption d'une collection purulente est un fait extrêmement rare; il est presque aussi rare de voir l'abcès dans une veine profonde s'ouvrir à l'extérieur que d'observer la résorption d'un abcès; le pus a été constaté à l'état libre dans le système vasculaire sanguin. Ces quatre faits étant vrai, le passage du pus dans le sang est forcé; car, si l'on a trouvé du pus dans le système circulatoire et si ce pus ne peut être le résultat de la transformation directe du sang,

il faut bien qu'il soit venu d'ailleurs. Si le pus de la phlébite ne peut pas disparaître par absorption, il faut bien qu'il passe quelque part; et où passerait-il, si ce n'est dans le système circulatoire? Mais si le passage du pus dans le sang par suite de phlébite est hors de doute, on peut se demander si ce passage se fait toujours de la même manière et si tous les abcès multiples sont produits par le passage du pus dans le sang? MM. de Castelnau et Ducrest reconnaissent que l'inflammation des artères produit le mélange du pus et du sang, mais ils constatent dans ce cas la rareté des abcès multiples. Quant à la possibilité de l'infection par suite de l'inflammation des lymphatiques, elle leur paraît extrêmement probable; ils n'osent cependant la regarder comme certaine. La question de l'absorption et de la résorption leur paraît devoir être résolue négativement.

Après avoir établi que l'intoxication purulente était la cause des abcès multiples chirurgicaux, ils rattachent à la même cause les abcès puerpéraux, mais ils font une classe à part des autres abcès à cause de la différence du siége, de la marche et des phénomènes concomitants. Quant aux abcès multiples spontanés, leur existence leur paraît infiniment douteuse, et ils soutiennent que si l'on avait toujours examiné le système veineux, on aurait trouvé, comme dans une remarquable observation de M. Boudet, qu'ils provenaient d'une maladie des veines.

Telle est l'analyse du travail de MM. de Castelnau et Ducrest, qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Les abcès multiples sont tous dus à une altération du sang, laquelle est le plus souvent, et peut-être toujours, produite par la présence d'un principe étranger dans ce liquide ;

2° Dans les abcès multiples qui se développent à la suite des couches, des lésions traumatiques, des opérations chirurgicales, et à la suite de la phlébite, ce principe est le pus;

3° Dans les abcès multiples qui se développent dans les autres maladies, ce principe est celui qui produit la maladie elle-même;

4° La marche, le pronostic et le traitement des abcès multiples sont entièrement subordonnés à la cause générale qui les produit.

La lecture de ce Mémoire a été pour nous pleine d'intérêt, et, je ne crains pas de le dire, une source d'instruction. La partie consacrée aux expériences nous a paru un modèle à suivre. L'argumentation est vigoureuse et presque toujours concluante. Quelques parties prêtent à la critique, nous les avons indiquées; mais, cette réserve faite, nous nous empressons d'associer nos éloges à ceux de l'illustre Académie de médecine, et de reconnaître que ce travail est du petit nombre de ceux qui concourent à éclairer les questions. Nous n'en louons pas moins le ton mesuré et digne; le seul qui convienne aux hommes de science, dont les tristes rivalités aveuglent trop souvent le bon sens.

A. Brierre de Boismont.

Hospices de Paris.— *Rapport du Conseil général des hospices civils de Paris sur le compte administratif des recettes et dépenses de l'exercice* 1845.

Les dépenses générales des hôpitaux et hospices de Paris s'élèvent, d'après le budget et les autorisations supplémentaires, à 12,615,431 fr. 05 c. couverts par une recette brute de 11,934,309 fr. 72 c. Les recettes des hospices, liste civile des pauvres de la capitale, s'élèvent à plus d'un million par mois. Par suite de diverses causes, ces dépenses n'ont été réellement, en 1845, que de 11,544,667 fr. 66 c., qui se répartissent de la manière suivante entre les différentes classes d'établissements :

Hôpitaux réunis,	3,700,661 fr.	09 c.
Hospices,	4,063,375	94
Fondations (hospices),	214,043	19
Charges foncières,	256,931	94
Etablissements divers,	39,911	01
Enfants placés à la campagne,	1,482,309	45
Secours à domicile,	1,544,147	29
Fondation Montyon,	251,687	79

Les dépenses pendant l'exercice 1845 sont restées au-dessous des dépenses de 1844 de la somme de 105,555 fr. 59 c. Le rapport de M. Berton entre dans des détails intéressants sur la justification des différences constatées entre les dépenses des deux exercices.

Les recettes, d'un autre côté, ont dépassé les prévisions du budget, où elles devaient, d'après ces prévisions, s'élever à 12,632,030 fr., et elles sont montées en réalité, ainsi que nous l'avons déjà dit, à 12,934,309 fr. 72 c.

Voici quelques-uns des principaux objets de cette augmentation de recettes pour l'administration des hospices. L'impôt sur les spectacles au profit des indigents, évalué à 923,000 fr., s'est élevé en 1845 à 1,046,525 fr. 72 c. Les bénéfices d'exploitation du Mont-de-Piété, réunis aux *bonis* prescrits, ont excédé leur évaluation de 172,412 fr. 93 c. L'établissement des lits payants à l'hôpital Saint-Louis a fait augmenter le produit des journées de malades de 11,710 fr. sur l'évaluation donnée à ce chapitre. L'excédant sur les journées d'aliénés à la charge des familles est de 11,710 fr. 77 c. Les produits bruts des exploitations de la ferme Sainte-Anne, de l'atelier de couture et des cantines offrent un excédant de 44,202 fr. 41 c. Le surplus des améliorations obtenues sur les prévisions du budget des recettes se répartit sur d'autres chapitres en faibles sommes.

Le rapport donne un aperçu de la fortune mobilière des établissements dépendant de l'administration des hospices civils.

La valeur du mobilier, coucher, linge, habillements, meubles meublants et objets mobiliers, appareils et machines, ustensiles, argenterie, métaux plaqués, dorés, argentés, cuivre et bronze, étain, plomb, zinc, fonte de fer, fer noir, fer-blanc, bois, osier, carton, cuir et corderie, faïence, poterie, verrerie, était au 31 décembre 1845 : pour les hôpitaux, de 3,968,251 fr. 79 c.; et pour les hospices et établissements divers, de 4,184,168 fr. 84 c. Cette évaluation présente une augmentation totale de 91,923 fr. 23 c. sur 1844. Cependant, malgré cette augmentation, les quatre principaux objets de lingerie, sont encore en déficit sur l'état normal des fixations et les besoins complets du service.

Les propriétés immobilières des hospices de Paris se divisent ainsi qu'il suit : hôpitaux-hospices, établissements généraux; 37 articles. — Maisons de secours et écoles; 38 articles. — Propriétés urbaines productives de revenus, 176 articles. — Propriétés rurales productives de revenus, 179 articles. — En tout 430 articles, produisant en totalité 1,851,414 fr. 64 c.

Le montant de 34 dons et legs en faveur des pauvres et des hospices civils de Paris, acceptés pendant l'année 1843, a été, tant en capitaux qu'en objets divers, de 190,816 fr. Le legs le plus fort en capitaux a été de 10,000 fr.; le plus fort en objets divers a été de 124,292 fr.

On se rappelle que dans une des séances du Congrès médical, M. Malgaigne, dans une brillante improvisation, signala les faits les plus inouïs d'exercice illégal de la médecine, entre autres des accouchements pratiqués par des curés. Il paraît, d'après ce que nous lisons dans les journaux anglais, que les prêtres ne font pas des accouchements seulement en France, mais que l'autorité ne ferme pas partout les yeux sur ces abus aussi complaisamment que dans notre pays. Voici le fait :

L'abbé Eggermans, dit le *Daily-News*, a été chassé de l'Ile-de-France par ordre du gouverneur, et voici à quelle occasion :

Le 4 mai dernier, le curé, appelé près d'une femme malade, trouva cette femme dans les douleurs de l'enfantement; et sur les prières du mari et des personnes de la famille il accoucha cette femme et donna sur-le-champ le baptême à l'enfant, qui n'était pas né viable et qui mourut très peu de temps après.

Le gouverneur, informé de ce qui s'était passé, s'empresse d'écrire à l'évêque de Milève, appelant son attention sur un fait qui a excité autant de dégoût que d'étonnement (le fait de l'accouchement par le curé), et il demande l'expulsion du prêtre accoucheur. L'évêque refuse d'accéder à ce vœu. Le gouverneur déclare alors que le traitement cessera à la fin du mois, et que le commissaire de police a l'ordre de faire partir le curé Eggermans au mois de juin. L'évêque proteste contre ce qu'il appelle un abus d'autorité, et il se pourvoit auprès du secrétaire d'état des colonies.

On attend maintenant avec anxiété la décision du gouvernement anglais sur l'appel interjeté par l'évêque de Milève.

Souscription en faveur de la veuve et des enfants de M. le docteur Dechaux.

(Deuxième liste.)

MM.	Cazenave,	10 fr.
	Pinel,	5
	Goupil,	5
	Ley,	5
	Legendre,	5
	Jacob,	5
	Bixio,	5
	Hureau,	5
	Thibert,	3
	Sichel,	5
	Barrière,	5
	Richelot,	5
	Terrier, d'Angers,	2
	Boucher,	2
	Un docteur anonyme,	40
	Total,	107







PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 126. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; Id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 26 OCTOBRE 1846.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE.

La pétition adressée à la Chambre des pairs et à la Chambre des députés est en voie de signature dans les Sociétés et Associations de Paris et des départements. Déjà un grand nombre d'exemplaires en est arrivé à la Commission, et tout fait croire que cette pétition parviendra aux Chambres revêtue des signatures de la grande majorité des membres du corps médical.

Les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui ne font pas encore partie de ces Sociétés et Associations, sont prévenus qu'un exemplaire de la pétition est déposé dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*, où ils peuvent, dès à présent, venir la signer.

La Commission engage avec la plus vive instance les membres du corps médical à participer à cette mesure, pour le succès de laquelle le concours d'un grand nombre de membres des deux Chambres est assuré.

La Commission invite aussi MM. les adhérents aux Congrès à retirer dans le plus bref délai possible le volume de ses *actes* auquel ils ont droit. Ceux qui n'auraient pas reçu, ou qui auraient égaré le *bon* que la Commission a fait distribuer, peuvent retirer le volume moyennant un reçu portant leur signature.

Les actes de la *section de médecine* se distribuent rue Sainte-Anne, 25;

Ceux de la *section de pharmacie*, rue du Four-Saint-Germain, 88;

Ceux de la *section de médecine vétérinaire*, rue du Faubourg Poissonnière, 63.

Quelques adhérents ont écrit à la Commission pour demander que leur exemplaire leur fût expédié par la poste. Le Congrès a reconnu l'impossibilité de recourir à ce mode d'envoi qui aurait nécessité des frais énormes. Le mode de distribution tel qu'il est indiqué a été reconnu le seul praticable par l'Assemblée, consultée à ce sujet. La Commission ne peut que se conformer à cette décision.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Amputation du testicule.

Au n° 2 de la salle Saint-Antoine est couché un homme qui présentait, au moment de son entrée, une tumeur assez volumineuse, molle, du testicule, semblant présenter une sorte de fluctuation. Une ponction faite avec le trocart explorateur, donna la certitude que la tumeur était solide; d'après sa nature présumée, les douleurs que le malade y ressentait, l'opiniâtreté avec laquelle elle avait résisté à tous les traitements, M. Lisfranc se décida à pratiquer l'amputation de l'organe, et il profita de cette occasion pour donner à ses auditeurs quelques préceptes importants ayant trait à l'opération et à la manière dont elle doit être pratiquée.

Toutes les fois, dit-il, que la tumeur est un peu volumineuse, il faut nécessairement sacrifier une partie des enveloppes du testicule. Si vous négligez cette précaution, la peau se ratatine, se roule sur elle-même, et gêne beaucoup plus qu'elle ne sert. Conformément à ce principe, nous avons donc fait deux incisions demi-circulaires.

Où doivent commencer ces incisions, où doivent-elles finir? Les indications viennent suivant les cas. Avez-vous affaire à un testicule dont le cordon n'est pas malade, ou n'est pas malade très haut: ne commencez pas votre incision contre les parois de l'abdomen, ce serait inutile; mais mesurez la hauteur à laquelle le cordon est malade, et commencez à inciser la peau à un centimètre au-dessus. S'il n'est pas malade du tout, ne mettez à découvert que deux centimètres du cordon. Quant à l'étendue qu'elle doit avoir en bas, si le testicule est très volumineux, que les enveloppes soient fortement distendues, que se passe-t-il sur la peau? Lorsque vous faites une incision de cinq centimètres, l'ouverture est plus petite que vous ne l'avez faite, parce que la peau revient sur elle-même. Elle y revient surtout de bas en haut; la partie inférieure de l'incision remonte, et l'angle inférieur de la plaie est situé à un centimètre et demi de la partie inférieure des bourses, ce qui forme un cul-de-sac où se rassemble le pus, et qu'on doit fendre. Aussi avons-nous toujours professé qu'il fallait faire remonter l'incision en arrière dans l'étendue de quatre à cinq centimètres. De cette manière, l'angle inférieur de la solution de continuité sera situé sur la partie la plus déclive des bourses.

Quelques chirurgiens ont conseillé de disséquer le testicule; il est certes nécessaire de le disséquer en partie; mais il faut aussi et surtout l'énucler; c'est ce que nous avons fait dans le cas actuel, et nous avons agi avec la plus grande facilité et très promptement. Par cela même que le chirurgien exerce des tractions sur le testicule, il reste des portions de tissu formant des ailes de chauve souris, qui font adhérer le testicule aux enveloppes. Incisez ces adhérences avec de grands ciseaux. Dans toutes ces manœuvres vous évitez de pénétrer dans le dartos du côté opposé, et surtout vous faites attention à respecter l'urètre, avec lequel l'urètre a quelquefois contracté des adhérences assez intimes. Ici, la dissection doit plutôt être faite avec des ciseaux qu'avec le bistouri, pour éviter de faire à l'urètre la plus petite blessure.

Vous arrivez au cordon. L'inflammation a souvent induré cette partie; il y a là des colonnes nombreuses; on les saisit, on les comprime pour s'assurer de la position du canal déférent; on soulève ici un grand nombre de filets nerveux, que nous avons toujours trouvés en plus grande quantité sur le vivant que sur le cadavre; circonstance qui nous porte à croire que l'anatomie chirurgicale et même l'anatomie descriptive du cordon testiculaire n'ont pas encore été convenablement faites, non plus que l'énumération des nerfs qui s'y rendent. C'est là cependant un point de la plus haute importance; car lorsque vous faites des ligatures en masse, elles seront d'autant plus dangereuses que vous embrassez plus de filets nerveux.

Comment doit-on s'y prendre pour arrêter l'hémorrhagie? Les femelles des animaux, a-t-on dit, froissent et déchirent le cordon ombilical de leurs petits, et cette mâchure arrête l'écoulement du sang; pourquoi ne froisserait-on pas d'une manière analogue le cordon testiculaire? Sans aucun doute, nous l'accordons; on arrêterait l'hémorrhagie par cette pratique. Mais ce que nous assurons aussi, c'est qu'on ne procurerait pas au malade de sensation agréable par ce procédé, qu'on lui causerait au contraire des douleurs atroces. Bichat avait conseillé de couper toute l'épaisseur du cordon, abstraction faite du canal déférent, et de se servir de ce canal pour retenir le cordon. Mais en pratique ceci n'est point faisable; vous savez tous qu'il suffit d'exercer sur le canal déférent le plus petit effort pour en retirer une demi-aune, et causer dans le ventre des désordres énormes. C'est donc là un mauvais moyen.

Un point beaucoup plus capital dans l'opération qui nous occupe, point sur lequel sont encore divisés nombre de chirurgiens célèbres, c'est celui-ci: Faut-il, dans l'amputation du testicule, lier le cordon en masse, ou lier l'artère seulement.

Si vous liez l'artère seulement après avoir coupé le cordon, on vous a dit partout qu'il fallait confier cette extrémité du cordon à un aide qui, après l'avoir enveloppé d'un linge, le maintiendrait en appliquant d'un côté le pouce, et de l'autre le doigt indicateur et le médius; mais on tient très mal de cette manière; le crémaster est un muscle puissant, et lorsqu'il se contracte, votre aide pourrait très bien lâcher la portion qu'il est chargé de retenir.

Dans une autre méthode, on a dit: Liez le cordon d'abord, puis vous irez ensuite à la recherche de l'artère, que vous lierez à votre aise; mais si cela est facile en paroles et en théorie, ce n'est point faisable en pratique. Ce qu'il faut faire pour être sûr que le cordon testiculaire n'échappera pas aux doigts de l'aide, vous lui ferez saisir ce cordon de telle sorte que le pouce forme une poulie de renvoi sur laquelle vient s'arcbouter le tissu qu'il s'agit de maintenir et s'enfonce entre le médius et l'indicateur. Lorsque l'on emploie cette méthode, il faut une assez grande étendue du cordon pour que l'on puisse le maintenir; or, souvent les conditions pathologiques et l'étendue des tissus malades ne le permettent point: on a dit que la ligature en masse avait l'inconvénient de déterminer le tétanos, et on en a cité un exemple. Cela pouvait avoir lieu, nous ne le nions pas, lorsque l'on ne serrait pas assez la ligature; mais, depuis que nous pratiquons la chirurgie, nous n'avons pas entendu citer un seul cas dans lequel pareil accident soit arrivé. Pour notre part, nous avons toujours vu lier en masse, et nous-même nous avons toujours agi de cette manière, et jamais il n'est arrivé d'accidents.

Nous le dirons donc hautement: nous sommes pour la ligature en masse. Cette ligature doit être faite avec du fil en quatre doubles et serrée très fortement. Du reste, qu'on soit ou non partisan de cette méthode, elle est la seule praticable lorsque l'on est obligé de lier très près de l'abdomen.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

De la planète de M. Leverrier, et de son influence sur le feuilleton.

Le grand événement astronomique qui vient d'immortaliser le nom de M. Leverrier, absorbe depuis quelques semaines les séances de l'Académie des sciences. L'historique de cette découverte fait par M. Arago avec cette admirable lucidité que nous lui connaissons, a été suivi d'une discussion pleine d'animation et d'intérêt, à laquelle M. Leverrier lui-même a été obligé de prendre part pour réfuter d'étranges et d'injustes objections, pour mettre à néant de plus étranges prétentions de priorité élevées contre sa sublime découverte. Ce n'est pas seulement dans le domaine politique et à propos du *matrimonium* d'Espagne que l'entente cordiale avec nos bons amis les Anglais craque et s'écroule; voici que les savants des deux empires en viennent aux mains; ceux d'Outre-Manche pour revendiquer une part dans cette auréole de gloire qui brille au front de M. Leverrier, les nôtres pour maintenir intact et à l'abri de toute atteinte la propriété du jeune et illustre astronome français. Le premier sur la brèche pour défendre nos gloires nationales, M. Arago a montré dans cette action tout ce que sa parole convaincue a de force et de puissance, tout ce que son patriotisme a de chaleur et de générosité, tout ce que son amour ardent de la vérité historique a de noble et d'élevé. En présence des plus grands noms scientifiques de l'Angleterre, obligé de combattre et de ruiner les assertions des hommes les plus éminents de ce pays, notre illustre secrétaire perpétuel a su rester ferme, résolu, mais d'une modération pleine de dignité et de convenances; exemple qu'il eût été bien désirable de voir imité par tous ceux qui ont parlé de cette affaire. L'exagération et l'emportement gâtent les meilleures et les plus légitimes causes. D'ailleurs, l'exposé si clair de M. Arago ne laisse absolument aucun refuge aux prétentions britanniques; nul ne sait mieux que lui par quels efforts d'analyse M. Leverrier est arrivé à sa brillante découverte, et si tout le monde est juste, un jour on saura sous quelles pressantes influences cette admirable travail a été entrepris.

Il consistait, vous le savez, ce travail, à mettre d'accord la théorie des mouvements de la planète *Uranus* avec le système de l'attraction universelle. Quelques géomètres ne pouvant, ni par l'observation, ni par l'analyse, se rendre compte des perturbations de cet astre, avaient été jusqu'à élever des doutes sur le grand système newtonien qu'ils croyaient trouver là en flagrant délit d'impuissance. Doutes impies dont la découverte de M. Leverrier devait prouver la complète inanité. Ce jeune savant adoptant une hypothèse déjà trop timidement et trop modestement émise par l'astronome Bouvart sur l'existence d'une planète troublante, planète inconnue, et dont il fallait par conséquent déterminer les éléments avec les seuls ressources de l'analyse, M. Leverrier se mit à en calculer la masse, l'orbite, etc., et arriva à cet étonnant et admirable résultat de pouvoir dire aux astronomes: Dressez vos télécospes, dirigez-les là, vers ce point précis du ciel, et vous trouverez infailliblement ma planète, si l'attraction universelle n'est pas une chimère. Newton, l'analyse et M. Leverrier sont sortis triomphants de cette redoutable épreuve. L'indication était à peine connue, que la planète apparaissait radieuse au point précis du ciel assigné par le calcul. Nouvel et imposant exemple de la puissance de la méthode d'induction, que dans notre science quelques esprits étroits et véritablement aveugles dédaignent, proscrivent et calomnient; esprits chagrins et sceptiques qui ont inscrit sur leur bannière cette désolante pensée de Pascal: « Nous sommes également incapables de tout savoir » et de tout ignorer absolument. Nous sommes sur un milieu vaste, » également incertains entre l'ignorance et la connaissance; c'est là » notre condition naturelle et la plus contraire à nos inclinations. » Pensée fausse, éclose dans un cerveau maladif, et que je combats immédiatement par une autorité tout aussi imposante, par ces magnifiques paroles de Bossuet, qui me semblent résumer toutes les espérances et toute la philosophie des sciences: « La nature humaine connaît des vérités éternelles; son génie est de rappeler tous les » changements à des règles immuables. »

Pourquoi ne tirerions-nous pas quelques enseignements pour nous-même de ces grands événements scientifiques qui, tout en faisant briller d'un nouvel éclat l'intelligence humaine, semblent humilier notre science en nous forçant à des comparaisons si désobligeantes? On a tout dit chez nous quand on a solennellement prononcé le grand mot d'observation; nous vivons de ce mot depuis trois mille ans, et l'aphorisme baglivien, *Ars tota in observationibus*, n'est que la formule plus concise des opinions transmises par les siècles. Il n'est certainement pas un seul savant qui, pour les sciences physiques ou mathématiques, adopte cet étroit et malencontreux aphorisme. A ce compte, les bergers chaldéens auraient été supérieurs à Newton ou à Laplace, et Cuvier n'irait pas à la cheville du premier gratteur d'os d'amphithéâtre. L'observation n'est qu'un des nombreux procédés de la méthode scientifique; mais elle n'est pas, elle n'a jamais été la méthode tout entière. Et encore, savons-nous nous entendre sur l'observation elle-même et avons-nous des idées bien nettes sur les qualités indispensables à l'observateur? Hélas! écoutons ce beau passage de Bordeu: « L'observateur, ou celui qui pourrait fournir des observations bien faites, ne se contenterait pas de dire: *J'ai vu, j'ai fait, j'ai observé*, formules avilies aujourd'hui par le grand nombre » d'aveugles de naissance qui les emploient. Il faudrait que l'observateur pût prouver ce qu'il avance par des pièces justificatives, et » qu'il démontrât ce qu'il a vu et su voir en tel temps; ce serait le » seul moyen de combattre les pyrrhoniens, qui n'ont que trop le » droit de vous dire: *Où avez-vous vu? comment avez-vous vu?* et, » qui plus est encore, *de quel droit avez-vous vu? de quel droit* » *croyez-vous avoir vu? qui vous a dit que vous avez vu?* »

Sans être aussi sévère que Bordeu, et en restreignant les conditions qu'il demande, ne pensez-vous pas qu'avec ce qui en resterait le nombre de nos prétendus observateurs s'éclaircirait beaucoup?

Je ne crois pas cependant, quoi qu'on en ait dit, qu'il existe ou qu'il ait jamais existé une école qui, faisant abstraction d'une des plus belles facultés de l'intelligence humaine, ait professé que devant les problèmes de notre science l'esprit pût et dût rester dans un état de passivité complète. Dans aucun enseignement, dans aucun livre une telle proposition n'a été émise, proposition impossible et par con-

Pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade s'est trouvé très bien ; puis, il est survenu un peu de météorisme sans douleur. Nous avons fait appliquer douze sangsues; le lendemain, tout était revenu dans l'état normal. Si pareille tuméfaction se renouvelait, sans plus de phénomènes inflammatoires qu'il n'y en a eu jusqu'à présent, quelques lavements laudanisés et quelques verres d'eau de Sedlitz feraient promptement justice de cette légère complication.

Traitement des ulcères par l'iodure de potassium.

Aux numéros 2, 4 et 33 de la salle Saint-Louis sont couchés des malades qui présentent des ulcères très étendus des membres inférieurs; chez le premier, entre autres, les muscles étaient disséqués comme s'ils avaient été soumis à l'action du scalpel. La constitution de ces trois sujets n'est pas scrophuleuse ; ils étaient seulement, au moment de leur entrée, fort affaiblis, maigres, pâles, décharnés. Ils avaient la face hippocratique. Cette faiblesse, d'une part; d'autre part, l'immense étendue de leurs ulcères constituaient des conditions dans lesquelles ordinairement on fait l'amputation du membre, par cette raison que, presque toujours, on ne peut parvenir à faire cicatriser l'ulcère ; et, en second lieu, parce qu'une fois qu'il est cicatrisé les cicatrices se rompent facilement et les ulcères reparaissent plus larges et plus difficiles encore à guérir.

Depuis quelques années, nous nous sommes imaginé de traiter ces mauvaises constitutions des malades et leurs ulcères par l'iodure de potassium à l'intérieur. Vous avez vu récemment sortir de cet hôpital des malades chez lesquels nous avons obtenu de fort belles cicatrices, et, chose remarquable, à mesure qu'elles se formaient elles blanchissaient comme si elles avaient daté de sept à huit mois.

Au moyen de cette médication, nous avons obtenu des succès que nous n'eussions pu avoir par d'autres moyens; de plus, les cicatrices blanchissent beaucoup plus rapidement que si elles étaient survenues sous l'influence des moyens ordinaires. Chez les malades qui sont sortis, nous avons vu l'iodure rétablir la constitution d'une manière très notable, à tel point qu'elle était devenue bonne.

Le malade du numéro 2 était un vieillard cacochyme, détérioré, présentant des symptômes de fièvre hectique ; vous l'avez vu, après quelques semaines de traitement général, dans de très bonnes conditions tant locales que constitutionnelles. Dans les cas où les ulcères simples dits atoniques ont moins d'étendue, où la constitution est moins altérée, l'iodure produit encore des effets plus prompts et plus salutaires. La preuve qu'il existe avec ces ulcères dans la constitution quelque chose de morbide que l'on n'a pas apprécié, c'est que, toutes choses égales d'ailleurs, si la solution de continuité est traumatique, que la constitution ne soit pas attaquée comme dans l'ulcère atonique, la cicatrice, fût-elle étendue au tiers de la jambe, ne se rompt guère et demeure solide. Est-elle, au contraire, le résultat d'un ulcère atonique : si vous ne la laissez pas longtemps vieillir avant de permettre au malade de marcher, elle se rompt toujours ou presque toujours, et la guérison nouvelle en est très difficile à obtenir. Il est bien constant qu'à largeur et profondeur égales les ulcères atoniques de la jambe donnent lieu à des cicatrices qui se rompent bien plus souvent et avec beaucoup plus de facilité que celles qui succèdent à des blessures accidentelles.

Vous savez que si la règle générale veut, fondée sur l'expérience, que l'iode fasse maigrir les sujets qui sont soumis aux médications iodées, tandis que ce n'est qu'exceptionnellement qu'il donne de l'embonpoint ; c'est le contraire pour l'iodure de potassium : en règle générale, il engraisse; par exception, il fait maigrir. Ce sont là tous points de thérapeutique qu'il est absolument nécessaire de connaître. Nous avons vu quelquefois arriver dans nos salles des sujets dont les organes digestifs étaient en très mauvais état ; entre autres, nous rappellerons un malade qui venait de l'Hôtel-Dieu et portait une tumeur blanche inguérissable par les moyens ordinaires. On voulait, et il semblait en effet qu'il n'y eût que ce parti à prendre, faire l'amputation de la cuisse. Le malade ne digérait plus; mais il n'avait pas de symptômes très tranchés d'irritation du canal intestinal ; il y avait seulement des signes de ce que l'on appelle embarras gastrique. Nous possédions déjà des faits de la nature de celui-ci, que nous avions indiqués. Nous donnâmes l'iodure de potassium à la dose de cinq centigrammes matin et soir ; trois jours après, les fonctions digestives se réveillaient. La dose de l'iodure fut doublée ; au bout de six jours, l'amélioration était encore plus grande. Enfin, la constitution finit par se rétablir complétement ; le malade guérit sans amputation.

Dans un grand nombre de circonstances, lorsqu'il existe des symptômes d'embarras gastrique ou intestinal et que les purgatifs n'ont rien fait, l'iodure de potassium administré à très petite dose est un des plus puissants stimulants et régulateurs du système digestif. Mais, avant de terminer ce que nous avions à dire des cicatrices et puisque nous sommes sur ce sujet, disons que l'on a la mauvaise habitude, en général, de faire marcher les malades trop vite, et alors que les cicatrices sont encore tendres; elles se déchirent alors. Si les malades, au contraire, restent assez longtemps au lit, on ne voit point les cicatrices se déchirer, elles sont assez solides pour résister à la marche.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

De l'importance des moyens pour soutenir le moral des malades.

(Suite du numéro du 24 octobre.)

Lorsque vous arrivez au traitement de la maladie, il importe de faire en sorte de donner quelque chose au côté moral, à la nécessité de soutenir l'espérance. Si un sujet est phthisique, et pense l'être en effet, vous devez éviter de lui prescrire des médicaments qu'il aura vu employer chez des phtisiques. Il faut faire grande attention qu'il ne puisse pas établir de comparaison entre le traitement que vous lui faites suivre et celui qu'il a vu suivre à d'autres. Autre chose : si un individu a une maladie chronique, vous ne vous bornerez pas aux moyens que l'on connaît généralement comme palliatifs; ce qui le découragerait s'il venait à s'en apercevoir. Vous choisirez quelques médicaments parmi ceux qui constituent des remèdes énergiques ; mais, comme leur action pourrait être nuisible, vous les emploierez de telle sorte qu'ils soient à peu près innocents. Vous les prescrirez à l'extérieur, au lieu de les faire prendre à l'intérieur. D'autres fois, il vous sera nécessaire de faire usage de remèdes dont l'application sera douloureuse. Généralement, dans les maladies incurables, lorsqu'elles seront arrivées à une période tellement avancée qu'il ne vous est plus permis de conserver le moindre espoir, vous bannirez ces remèdes douloureux. Cependant, s'il est nécessaire, pour remonter le moral du patient, d'en essayer l'emploi, il vaudra mieux encore le faire souffrir un peu que de l'abandonner aux angoisses du désespoir.

Plus la maladie avance, plus il devient difficile de soutenir le courage de celui que vous soignez. Rarement tous les symptômes s'aggravent à la fois. Si vous trouvez alors le malade découragé par l'augmentation d'intensité d'un symptôme, vous l'interrogerez avec soin ; presque toujours vous finirez par rencontrer, soit dans un appareil, soit dans l'autre, un phénomène qui aura disparu, ou dont la violence aura diminué. Vous ferez ressortir cet amendement, et vous vous servirez de cette amélioration insignifiante pour détourner l'attention du symptôme important dont l'aggravation inquiète avec raison votre client.

Chez un tuberculeux, par exemple, si la toux a augmenté, il n'est pas impossible que l'expectoration ait diminué, ou la diarrhée, etc. Enfin, si presque tous les symptômes se sont aggravés à la fois, le médecin se livrera avec une minutieuse attention à une exploration nouvelle de toutes les cavités ; il auscultera, percutera la poitrine, palpera l'abdomen, et affirmera que la respiration est plus pure, qu'une tumeur est moins volumineuse, moins dure ; il n'est pas possible de ne pas trouver un moyen quelconque de faire espérer au malade que les jours qui suivront seront moins mauvais; et comme, après tout, il est rare qu'il ne survienne pas quelque changement, soit dans un point, soit dans un autre, vous parviendrez ainsi à soutenir le moral du sujet.

Lorsqu'en s'aggravant l'affection détermine des symptômes qui ne se seront point encore manifestés, qu'elle devra forcer le malade de garder le lit, que l'on prévoit une infiltration prochaine des jambes, qui sont sèches encore, faut-il le prémunir contre les craintes que pourra lui inspirer l'apparition de tel ou tel symptôme, ou devra-t-on le lui laisser ignorer? Nous ne poserons pas de règle fixe à cet égard. Il est des cas où il sera utile de lui faire savoir que dans le cours d'une maladie comme la sienne il peut survenir de l'œdème des membres inférieurs, phénomène auquel vous n'attachez, du reste, direz-vous, aucune importance. Il ne faut pas qu'il se préoccupe de ceci qu'il ne pourra plus quitter le lit, parce que, lui direz-vous, il est telle époque de la maladie où, bien qu'elle prenne une tournure favorable, cependant la faiblesse *semble* augmenter. Mais, quelle que chose qui arrive, vous ne sauriez procéder avec trop de prudence. Il est des malades qui sont très pénétrants, il importe de ne pas trop les féliciter de l'absence de quelque symptôme qui pourra survenir plus tard. Gardez-vous de dire à un malade, par exemple, quelque chose d'analogue à ceci : vous n'avez pas de diarrhée, donc vous n'êtes pas phthisique. Car la diarrhée peut survenir plus tard, dans quelques jours peut-être, et vous n'avez plus moyen de revenir sur cela. Il ne faut pas prendre acte ainsi de l'absence de tel ou tel phénomène, ce serait des arguments que l'on ferait plus tard tourner contre vous-même.

Dans certaines affections, il existe quelquefois des phénomènes qui se manifestent pendant le cours de la maladie, qui tourmenteraient les sujets s'ils s'en apercevaient, et dont ils ne s'aperçoivent pas. Vous éviterez par vos questions de fixer sur ces points délicats l'attention des malades. Vous ne demanderez pas à une femme que vous soignez pour une affection de matrice, si l'écoulement qu'elle a par le vagin est fétide. Si vous lui faites cette question, son attention sera éveillée sur ce point, et elle s'apercevra bientôt de ce caractère tiré de l'odeur lorsqu'en effet l'écoulement produit par un cancer exhalera une odeur spéciale, à laquelle elle aura vu que vous attachez de l'importance. A un malade que vous traiterez pour une hémorrhagie intestinale, vous ne laisserez pas voir le sang contenu dans les selles. De même aussi, vous ne porterez pas sous votre nez devant la malade, pour apprécier l'odeur de l'écoulement, le doigt avec lequel vous aurez pratiqué le toucher. Vous ne ferez cet examen qu'en dehors de leur présence, en passant dans une pièce voisine pour vous laver les mains. Vous ne ferez pas valoir non plus près d'elle comme chose favorable, ce fait de l'absence de toute fétidité de l'écoulement ; car tôt ou tard, s'il y a squirrhe ou cancer de l'utérus, cette odeur fétide surviendra. Si un individu ne s'aperçoit pas de l'œdème de ses cuisses ou de ses jambes, vous vous garderez aussi de le lui faire remarquer.

Si un malade est en proie à de vives douleurs, et que toutes les ressources de la matière médicale ne parviennent pas à les calmer, ni les narcotiques, ni les révulsifs, il faut que le médecin ait une conduite pleine de convenance vis à vis de l'infortuné qui souffre. Le malade a besoin de sympathie ; il veut que le médecin souffre avec lui, et compatisse à sa position. Si vous manquez à ce devoir, vous perdez sa confiance; il vous repousse. Nous nous rappelons avoir vu un malade se fâcher contre son médecin, homme d'un grand talent, mais d'un caractère très froid : « Vous ne me guérissez pas, lui disait-il, vous ne me soulagez pas, vous ne me consolez pas; nous ne pouvons pas nous convenir ; je ne veux plus vous voir. »

Enfin, il arrive des jours plus mauvais encore, et la position du médecin devient de plus en plus pénible. Son devoir est alors de montrer le courage comme une nécessité, d'exhorter à la résignation pour ce que l'on ne peut pas empêcher. Parmi les femmes, vous en trouverez beaucoup qui ont une grande résignation. Aux hommes, vous opposerez l'exemple des femmes qu'ils ont pu voir souffrir ; dans les moments les

---

séquent absurde. Mais il est certain que les écarts et les abus du raisonnement dans notre science ont rendu quelques esprits fort sévères à cet égard et les ont poussés vers un excès contraire.

Pourquoi cela? Parce qu'une confusion déplorable règne parmi nous sur la manière dont il convient d'étudier les différentes branches de notre science, et sur les résultats divers que ces études procurent. Ce que nous appelons science médicale est de toutes les sciences la plus complexe, la plus composée d'éléments distincts et souvent hétérogènes. A première vue, rien ne semble plus harmonique et plus logique que cette chaîne d'études successives commencées sur la nature morte, continuées sur la nature vivante et normale pour se terminer à la nature vivante et anormale, c'est-à-dire malade. Ainsi, anatomie, physiologie, clinique, tel est le trépied sur lequel il semble que dût solidement reposer la science du médecin ; tel est le cercle dans lequel il dût trouver tous les éléments de ce grand problème, l'homme malade. En est-il ainsi? Non, non, assurément! Cette fibre que le scalpel isole, que grossit le microscope, que dissout le réactif ne peut plus être pour le physiologiste un fragment de matière dont il suffise de connaître les qualités physiques et chimiques. Ce fragment inerte et mort, isolé et sans rapports avec l'ensemble, a été doué de ce quelque chose de complétement indéfinissable que nous appelons la vie; tout à l'heure, il jouissait de propriétés merveilleuses de tonicité, de sensibilité, de plasticité, et ses liaisons avec l'ensemble étaient tellement délicates et fines que de cette fibre la plus petite fibrille excitée éveillait dans l'organisme entier des sympathies rapides, des réactions inattendues. Admirable clavier dont une seule touche fait vibrer et résonner tout l'instrument! Magnifique ensemble où les sens ni l'esprit ne peuvent percevoir la moindre solution de continuité!

On le voit déjà, sur ces deux parties de notre science si intimes en apparence, si isolées en réalité, les mêmes moyens d'investigation n'ont plus la même puissance, ne conduisent plus aux mêmes résultats. L'observation sur la nature morte fera découvrir la forme, la structure, les rapports de position, etc., de l'estomac ; mais cette observation, fût-elle éternelle, ne donnera jamais la clef des fonctions de cet organe; elle ne dira jamais, par exemple, comment deux organes dont la composition anatomique et chimique est presque identique, la vessie et l'estomac, sont cependant chargés de fonctions si complétement différentes. Il n'en faut pas cependant conclure que ce moyen soit infructueux et stérile dans les études physiologiques ; il faut seulement lui donner une importance relative; il faut être bien convaincu surtout que la science de la vie ne se trouve pas tout entière dans l'observation de la nature morte.

Celle-ci a-t-elle une grande valeur dans l'étude de l'homme malade, dans les recherches cliniques? On sait avec quelle ferveur et quel enthousiasme fut accueillie et cultivée l'anatomie pathologique ; on se rappelle ses magnifiques promesses ; nous avons sous les yeux ses innombrables déceptions. A l'heure qu'il est, sur un sujet de discussions inouïes, sur une de ces questions où il semble qu'il ne faille qu'un scalpel et des yeux pour la résoudre, l'inflammation en un mot, où en est l'anatomie pathologique? Ce n'est plus au sein des tissus que le clinicien en cherche les traces ; en vain, comme dans la fièvre typhoïde, trouvera-t-il tuméfaction, rougeur, ulcération même ; ces caractères ne suffisent plus, ils sont détrônés. — Où se trouvent-ils donc? — Dans quelques gouttelettes de sang, au fond d'un verre à réactifs !..... La fibrine est, pour le quart d'heure, le pivôt de la pathologie, et sur les globules du sang je vois poindre de loin toute une théorie nosologique. La réaction contre l'anatomie pathologique, comme toutes les réactions, a été cependant injuste et immodérée. Nul doute qu'elle n'apporte son contingent de vérités aux recherches cliniques, et la bannir de leur domaine serait faire une faute plus grossière que de la prendre pour unique base de la thérapeutique.

Entre la physiologie normale et la physiologie pathologique, trouvons-nous des points de contact plus immédiats et plus nombreux? En apparence, oui ; en réalité, non. — Voici un homme qui vient de faire une course rapide ; touchez son cœur, il bat avec violence. En voici un autre qui présente cet appareil de symptômes désigné sous le nom de *fièvre;* touchez son cœur, les battements en sont violents aussi. Chez tous les deux, mêmes phénomènes physiques en apparence ; mais pour le pathologiste, quel abîme les sépare! — Et la physiologie qu'on pourrait appeler thérapeutique, pensez-vous qu'elle tire toujours ses enseignements de la physiologie normale? Donnez éternellement du quinquina à des sujets bien portants, apprendrez-vous par là les vertus si constantes et si mystérieuses de l'écorce péruvienne? Donnerez-vous impunément à un homme bien portant, comme vous le faites à un pneumonique, 30 et 40 centigrammes d'émétique? Et connaissez-vous beaucoup d'hommes valides qui supportent, comme la plupart des fiévreux, vingt et trente jours d'abstinence?

De ceci je veux conclure, comme je l'ai fait pressentir en commençant, que les diverses parties dont l'ensemble constitue ce que nous désignons par le nom de sciences médicales, sont extrêmement variées, différentes les unes des autres ; que leur étude ne peut pas être faite au moyen d'une méthode générale applicable à toutes, et que les résultats scientifiques et d'application sont variables, dans leur degré de certitude, précisément en raison de la méthode suivie dans cette étude. Une énorme distance sépare, à cet égard, la science anatomique, la science physiologique et la science clinique. Il y a, en effet, entre ces trois sciences, la même différence qui existe entre l'astronomie, la physique et la météorologie. En astronomie, l'observation suffit, parce que les phénomènes sont simples, constants et toujours identiques à eux-mêmes ; l'induction arrive et peut hardiment poser un principe général qui relie tous les phénomènes. En physique, l'observation ne suffit plus, il faut y joindre l'expérimentation, parce que les phénomènes se compliquent et perdent de leur constance. En météorologie, enfin, phénomènes complexes variables, d'une mobilité extrême; aussi l'observation n'acquiert de valeur qu'après une durée excessive, et l'expérimentation y est à peu près impossible. Ne demandez donc pas à ces sciences une méthode générale pour découvrir leurs faits et leurs principes, car il n'en existe pas ; n'en demandez donc pas non plus aux sciences médicales, qui n'en peuvent avoir, et, selon leurs diverses parties, employez la méthode convenable.

Je viens de parler de *phénomènes*, de *faits :* il paraît impossible, au premier abord, que des dissidences puissent s'élever sur ce qu'on doit entendre par un *fait* en médecine. Tout singulier que cela paraisse, rien n'est cependant plus réel. Et chose plus singulière encore,

plus pénibles, vous leur citerez telle personne de leurs connaissances, de leurs parents, qui a été, leur direz-vous, aussi gravement malade qu'eux, et qui cependant a fini par se remettre complétement. Ces comparaisons particulières, lorsque vous pouvez les faire, ont plus de force que les généralités, et impressionnent plus vivement les malades. Vous faites envisager à l'homme adulte, parvenu au milieu de sa carrière, les difficultés qu'il a eu à surmonter en commençant pour arriver à se faire la position qu'il occupe. Vous cherchez à établir un rapport entre les luttes qu'il a eu à soutenir et celle qu'il soutient maintenant contre la maladie.

Il y a dans la position du médecin vis à vis de son malade une circonstance grave, et qui se présente souvent ; la voici : Faut-il que le médecin dise la vérité à un malade qui lui demande s'il y a du danger dans son état, et s'il doit prendre des dispositions testamentaires ; il n'est pas de ruses que les patients n'emploient pour savoir de vous ce que vous voulez leur cacher. Cela les fatiguerait un peu, vous disent-ils; et si vous ne voyiez pas de danger dans leur position, ils ne le feraient pas. Les réponses à ces questions sont difficiles vis à vis de personnes pusillanimes. De ceux-là, il faut éloigner avec la plus grande attention toute pensée qu'il y a du danger dans leur état. S'agit-il d'hommes d'un caractère plus fort et d'un esprit en même temps plus perspicace, leur dire qu'il n'y a rien de dangereux dans leur état serait inutile ; ils ne vous croiraient pas. Près de ceux-là, vous traiterez la question d'une manière générale. Un homme sage, leur direz-vous, ne sort jamais de chez lui sans avoir pris toutes ses dispositions ; on ne sait jamais le matin si l'on vivra le soir ; cependant, ajouterez-vous, rien ne vous fait redouter un accident de cette nature, car les morts subites sont beaucoup plus fréquentes chez les individus bien portants que chez ceux qui sont déjà malades, et vous citant pour exemple à l'appui de votre assertion : Moi qui vous parle, direz-vous, je ne remets jamais au lendemain à prendre une disposition nécessaire. Si vous avez des arrangements à terminer, il faudra songer à le faire dès que votre maladie sera guérie. Averti de cette manière, le malade se familiarisera avec cette idée, et finira par ne plus s'en effrayer du tout.

A d'autres, vous direz autre chose : Il n'y a pas encore de danger, mais cependant il faut tout prévoir ; toute autre maladie que celle dont il est actuellement atteint peut survenir, etc. Il n'est pas toujours au pouvoir du médecin de rassurer complétement le malade. Il vous arrivera quelquefois de vous trouver en présence d'une affection incurable, et d'entendre le malade vous demander nettement : Ai-je espoir de guérir, oui ou non ? Le cœur humain est ainsi fait, qu'il est toujours placé entre la crainte et l'expérience ; jamais il n'a de sécurité absolue, comme aussi il ne perd jammais complétement espoir. Dites à un malade qu'il est impossible qu'il guérisse, il ne vous croira pas. Dites-lui que sa maladie n'est rien absolument, il ne vous croira pas encore. S'il n'est pas au pouvoir du médecin d'enlever toute espérance au malade, il ne lui est pas permis non plus, par une franchise irréfléchie et indirecte, d'ébranler le peu d'espérance qui lui resterait encore.

De même, il faut conserver une certaine réserve vis à vis des personnes qui entourent le malade. A un mari, comme à une femme, il resterait toujours un peu d'espérance ; le médecin ne serait pas cru, et il aurait déchiré l'âme de ceux auxquels il aurait parlé. Dans les premiers temps que nous exercions la médecine, nous nous souvenons avoir été appelé près d'une femme atteinte d'un cancer de l'utérus ; nous fûmes obligé, à ce que nous pensions du moins, de dire au mari que sa femme était perdue, et que sa maladie était au-dessus des ressources de l'art. Ce pauvre homme se rattachait à toutes les circonstances les plus minimes, cherchait à se faire illusion et, par tous les moyens possibles, à nous faire révoquer l'arrêt que nous avions porté. Lorsque sa femme fut morte, cet homme nous dit : « Ne laissez jamais connaître la vérité aux malades, ni à leurs parents, monsieur, car elle fait trop de mal, et vous ne pouvez savoir combien j'ai souffert lorsqu'il m'a fallu perdre toute espérance. »

Enfin, pour vous persuader encore plus de la gravité que peuvent avoir vos paroles, permettez-moi, en terminant cette conférence où j'ai cru devoir vous soumettre des préceptes, fruits de ma longue expérience, de vous citer un fait qui s'est passé sous mes yeux il y a peu de temps. Je fus appelé près d'une dame atteinte d'une maladie cancéreuse, prochainement mortelle ; voici ce qui venait de se passer. Un médecin appelé en premier lieu avait dit au mari de la malade, homme d'un caractère faible, que l'affection était grave, mais non sans espoir. Au bout de quelque temps, un second médecin fut appelé, qui exposa clairement à cet homme la position de la malade, et lui dit qu'à coup sûr elle n'en relèverait jamais ; le mari prit un pistolet, répéta à sa femme ce que le médecin lui avait dit, et lui proposa de la tuer, disant qu'il se tuerait ensuite. Sur le refus de sa femme, cet homme, la tête perdue, se brûla la cervelle sous les yeux de sa femme et de sa fille.

REVUE GÉNÉRALE.

Opération de vagin artificiel permettant l'accomplissement des fonctions sexuelles. — Les Annales de la Société de médecine de Gand ont publié, d'après le professeur Kluyskens, le fait suivant, dont les analogues sont très rares dans la science.

Mademoiselle A. B..., de Termonde, fut traitée, à l'âge de sept ans, pour une inflammation du rein droit, laquelle donna lieu, au bout de quelque temps, à une évacuation abondante de matières purulentes par l'urètre. A dix huit ans cette jeune personne n'était point encore menstruée, et depuis quinze mois elle éprouvait des douleurs vives à l'abdomen. Ces douleurs, semblables à des coliques, se renouvelèrent d'abord à des époques éloignées, puis tous les mois, tous les quinze jours. Le ventre était gonflé, le pouls petit, fréquent ; il y avait des borborygmes, suspension de l'excrétion urinaire et autres symptômes hystériques. Les opiacés, les antispasmodiques, les emménagogues et les sangsues à la partie interne des cuisses furent employés successivement sans effet avantageux.

Affaiblie, épuisée par les souffrances, la malade se décida alors à consulter le professeur Verbeeck, qui soupçonna un vice de conformation dans les parties sexuelles. Le ventre était volumineux comme dans une grossesse avancée; on y distinguait une tumeur dure, rénitente, étendue jusqu'à l'ombilic. Les parties externes de la génération étaient régulièrement conformées, mais on ne découvrait aucune trace d'ouverture vaginale. Au moyen d'une sonde introduite dans l'urètre et du doigt indicateur porté dans le rectum, on ne sentait entre ces deux organes qu'un mince cordon de tissu inodulaire pour toute trace de conduit. Il ne restait donc aucun doute sur la nature de l'affection, c'était une occlusion congénitale du vagin.

La mort paraissant inévitable si l'art ne venait au secours de la malade, M. Verbeeck en référa à l'avis du professeur Kluyskens, qui conseilla de pratiquer un vagin artificiel. Cet avis fut adopté, et l'opération faite de la manière suivante :

Une sonde ayant été introduite dans la vessie et fortement relevée vers le pubis pendant qu'un doigt était porté dans le rectum pour le refouler en arrière, le chirurgien pratiqua entre ces deux points une incision transversale de huit à dix lignes ; ensuite il pénétra peu à peu, et avec les plus grandes précautions, pour éviter les lésions de l'urètre, de la vessie et du rectum, jusqu'à trois pouces de profondeur. Arrivé là, l'introduction du doigt ne fit sentir aucune trace de tumeur ; et dans ce moment d'hésitation pénible, l'un des assistants, ayant probablement devant les yeux l'exemple malheureux cité par de Haen, proposa de plonger un trois-quarts courbé par le rectum dans la matrice pour vider ce viscère et pallier les accidents ; cet avis fut rejeté, et l'on convint de continuer l'opération. L'incision fut prolongée à un pouce de profondeur environ, et l'on reconnut une tumeur formée par la matrice distendue ; il n'existait aucune trace de col. C'était le moment critique de l'opération. Le professeur Kluyskens, après s'être bien assuré de la position de cette tumeur, y plongea la pointe d'un bistouri à lame allongée et recouverte dans ses deux tiers de linge, et y fit une large ouverture. Aussitôt on vit paraître un flot de sang visqueux, d'une odeur fade, dont la quantité put être évaluée à plus de cinq livres. Le ventre s'affaissa ; quelques injections d'eau tiède furent pratiquées dans la matrice, et la malade placée immédiatement au bain.

Au bout de dix jours, des symptômes inflammatoires se manifestèrent et firent craindre une métrite ; mais ils cédèrent heureusement aux antiphlogistiques et surtout aux bains tièdes fréquemment répétés. Bientôt une canule de gomme élastique fut introduite de temps à autre dans ce canal artificiel, et la guérison fut complète au bout de cinq semaines. Depuis lors, plusieurs années se sont écoulées, et le canal artificiel s'est conservé ; la malade jouissait d'une bonne santé, ses règles coulaient régulièrement, subitement et sans douleurs ; il existait seulement dans les intervalles une leucorrhée assez abondante.

Mademoiselle A. B... s'est mariée depuis cette époque ; mais elle n'avait pas encore eu d'enfant au moment où l'auteur écrivait son observation.

Pneumonie latente chez une aliénée en démence ; mort subite. — Nous empruntons le fait suivant aux *Annales médico psychologiques.* Madame S..., âgée de soixante-trois ans, est entrée à la Salpêtrière dans le service des aliénées, il y a plus de dix-sept ans. C'est une femme de petite taille, chargée d'embonpoint et offrant tous les signes d'une démence assez avancée. Elle est calme, mais ne travaille pas, et ne prend aucun soin de sa personne. Elle répond par monosyllabes ; ses phrases sont décousues, incohérentes. Parfois on voit la malade faire un geste bizarre ; elle passe les deux mains sur sa tête comme pour en rejeter quelque chose. Elle croit avoir des oreilles d'âne, et c'est pour s'en débarrasser qu'elle fait le geste dont je viens de parler. La santé physique paraît excellente.

Le 18 janvier, à la visite, je la vis comme d'habitude debout près de son lit. Je lui demandai comment elle se portait, et, comme d'habitude aussi en entendant prononcer son nom, elle répéta madame née S..., sans ajouter un mot de plus. Je ne remarquai aucune altération des traits. Les surveillantes et les filles de service ne s'étaient aperçues d'aucun changement.

J'appris le même jour, à huit heures du soir, que cette femme venait de mourir.

Voici ce qui s'était passé. Après la visite la malade n'avait que peu déjeuné. A quatre heures, elle demanda à se coucher ; on y consentit, et elle se rendit à l'infirmerie. Elle ne paraissait point assez malade pour qu'on allât prévenir l'interne de garde. On se borna, jusqu'à sept heures, à lui donner de la tisane. Tout à coup elle accuse un grand mal de tête et devient très oppressée. On courut chercher l'élève de garde ; mais quand il arriva, la malade était morte.

Cette femme, très forte, très pléthorique, avait le cou large et court, et tous les signes extérieurs qu'on regarde comme une prédisposition cérébrale. Je crus donc à une apoplexie, et c'est avec cette idée que j'assistai à l'autopsie.

Ouverture du corps. — *Tête.* — Point de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; les vaisseaux de la pie-mère sont injectés et un peu plus volumineux que dans l'état normal ; léger épaississement des membranes ; point d'adhérences. Le cerveau n'est point atrophié ; les circonvolutions se touchent comme dans l'état normal ; le plan interne de la couche corticale a une teinte rose. Substance blanche légèrement injectée. Les ventricules ne contiennent pas de sérosité. Le cerveau et le cervelet n'offrent aucune trace d'hémorrhagie.

Thorax. — Les deux tiers supérieurs du poumon gauche sont durs et ne s'affaissent point à l'ouverture de la poitrine. L'incision fait reconnaître une hépatisation des mieux caractérisées. Les tranches sont solides ; la déchirure est granuleuse. Dans quelques points, cette hépatisation paraît arrivée au troisième degré, et on fait suinter du pus mêlé à du sang. Le tiers inférieur du poumon est sain.

Le poumon droit est simplement engoué dans son tiers supérieur ; beaucoup de sérosité spumeuse ; cœur hypertrophié.

Abdomen. — Tout à l'état normal, excepté la vésicule biliaire, qui est atrophiée et pleine de calculs.

Rien de plus commun, assurément, que de voir des maladies incidentes, et surtout des pneumonies, à l'état latent chez les aliénés ; mais il est rare que les choses aillent aussi loin que chez notre malade, qui ne s'est alitée que quelques heures avant sa mort, et chez laquelle les accidents ont été si brusques, si rapides, qu'on a cru et qu'on a dû croire à une hémorrhagie cérébrale.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi topique du bioxyde de mercure dans plusieurs formes des maladies de la peau ; par M. le docteur Ibrelisle.

Suivant M. Ibrelisle, les applications de bioxyde de mercure sont nuisibles dans les cas d'affections cancéreuses ; elles sont, au contraire, extrêmement utiles lorsqu'il s'agit de maladies strumeuses et syphilitiques. Des applications quotidiennes de cette substance incorporée dans un excipient graisseux ont souvent amélioré ou même cicatrisé des ulcères indolents des extrémités inférieures ; ainsi, l'auteur a fréquemment prescrit cette médication contre les ulcères phagédéniques, en employant une partie en poids de bioxyde de mercure triturée avec quatre ou cinq parties d'axonge ou de beurre récent : il augmentait ou diminuait, suivant les cas, la proportion de l'oxyde mercuriel. Souvent, quand il s'agissait d'ulcères rebelles, il lui est arrivé de prescrire un mélange d'une partie en poids de précipité rouge et de deux parties de corps gras seulement, et de faire prolonger l'application de ce mélange pendant plusieurs heures de suite, et en la réitérant même aussi souvent qu'il le jugeait utile. Ces proportions, comme il est facile de le reconnaître, sont de beaucoup supérieures à toutes celles que l'on indique généralement dans les formulaires.

C'est en dirigeant ainsi l'emploi topique de cette substance que M. Ibrelisle est parvenu à obtenir la guérison d'ulcères des jambes datant de quatre, de huit et même de vingt années. Des ulcères syphilitiques anciens, et même primitifs, ont cédé à la médication ; mais, dans les cas d'ulcères primitifs, il est indispensable d'approprier la dose du bioxyde de mercure au degré d'irritation du chancre. L'auteur regarde cet oxyde comme un excellent moyen pour faire céder l'induration qui accompagne souvent ces sortes d'ulcères.

Enfin, ce médecin a encore employé avec succès la pommade de bioxyde de mercure dans les syphilides pustuleuses, les ulcères chroniques de nature scrophuleuse, et les pustules, les ulcères du cuir chevelu, de la face, des fosses nasales, du col, qui avaient l'apparence syphilitique ou strumeuse. Il a seulement observé que dans les cas où les ulcères siégeaient soit aux mains, soit aux pieds la guérison était plus difficile à obtenir.

L'auteur, qui, comme on le voit, a expérimenté ce médicament sur une très grande échelle, l'a employé plus de quatre cents fois, à des doses souvent très élevées, sur tous les points de la peau, et sur des surfaces ulcérées plus ou moins étendues, plus ou moins profondes : or, dans des circonstances si multipliées et si diverses, il affirme n'avoir jamais observé de symptômes d'intoxication, ce qui lui permet de conclure que, si l'oxyde rouge de mercure peut être absorbé dans certains cas, son usage est bien rarement du moins accompagné de dangers sérieux réels.

Les seuls accidents que M. Ibrelisle ait eu l'occasion de voir résulter de l'application de cet agent ont été des douleurs de dents après des frictions faites sur la face ou sur la région cervicale, et un léger mouvement de fièvre, de la soif, de la douleur, après l'application de la pommade de précipité rouge sur de larges surfaces ulcérées ; encore, dans ces différents cas, pouvait-on rapporter les accidents à la douleur produite tout aussi bien qu'à l'absorption du médicament.

Cas de guérison de rage confirmée, observation recueillie par M. le docteur Hooper.

M. Hooper fut appelé un vendredi, à onze heures du soir, pour donner des soins à un garçon âgé de seize ans, nommé Piper, qui, trois semaines auparavant, avait été mordu au bras par un chien enragé. Ce chien avait d'abord mordu une vache, un cochon et un chien, qui tous trois furent atteints de la rage. Piper, après son accident, ayant consulté un vétérinaire, ce dernier lui administra un prétendu spécifique ; après quoi la morsure, abandonnée à elle-même, ne tarda pas à se cicatriser.

Dans la troisième semaine qui suivit l'accident, Piper commença à éprouver de l'agitation, et, la veille même du jour où les soins de M. Hooper furent réclamés, il ressentit de la démangeaison dans la cicatrice de la plaie, et on le vit la frotter à plusieurs reprises ; puis était survenue l'horreur des liquides, et dès lors il avait refusé absolument de boire et de manger.

---

il n'existe pas, dans les livres de méthodologie médicale, je ne dis pas une bonne définition, mais même un exposé des conditions que doit présenter un fait pour obtenir son admission dans la science. De cette absence de *criterium*, de la faculté laissée à chacun d'admettre ou de rejeter les faits, selon la sévérité plus ou moins grande de l'esprit, est résulté une dissidence grave sur la valeur de ces faits eux-mêmes. Les uns, n'ayant égard qu'au nombre, croient et professent que la science possède suffisamment de faits, qu'elle en est même encombrée ; et l'on sait avec quelle vivacité ils se sont élevés contre ceux qui, tenant compte seulement de la qualité, ont proclamé que la plus grande partie de nos richesses étaient des richesses stériles ; qu'une immense portion du domaine médical était encore sans culture, qu'un petit coin à peine présentait une végétation puissante et féconde. Etrange dissidence qui met en question l'expérience de plus de deux mille ans, qui met en question la science elle-même !

Il est difficile, en pareille matière, d'adopter un terme moyen, et l'éclectisme tant vanté trébuche et tombe à chaque pas dans la recherche des faits historiques. C'est qu'en effet l'observation médicale a jusqu'ici inévitablement porté l'empreinte de l'époque où elle fut faite. Chaque dogme, chaque doctrine a déteint sur les faits, en possède qui lui sont propres. Est-ce le vitalisme qui gouverne les esprits, tous les faits pathologiques seront comme imprégnés de vitalisme ; l'humorisme règne-t-il dans les écoles, avec une étonnante unanimité tous les faits convergeront vers l'humorisme, et ainsi de suite, à tel point qu'avec un peu d'exercice et d'habitude, en lisant quelque fait isolé que ce soit, on pourrait dire son âge, peut-être son auteur, et à coup sûr la doctrine qu'il voulait étayer.

Ceci rappelle l'aventure des astronomes chinois en dissidence complète sur la couleur de la lumière émanée d'une planète ; les uns la croyaient rouge, les autres bleue, les autres verte. Un jésuite français, frappé de cette discordance, voulut examiner de près les lunettes, et vit que les astronomes chinois avaient tous raison, quoiqu'ils fussent tous dans l'erreur. Les verres, en effet, étaient mal fabriqués et donnaient leur teinte, diversement colorée, aux rayons lumineux parfaitement blancs de la planète.

Cette sorte d'exhibition négative ne sera peut-être pas inutile au moment où tant d'intelligences s'égarent à la recherche d'un positivisme et d'une exactitude impossibles ; on court après les méthodes des sciences dites exactes sans avoir réfléchi si ces méthodes sont applicables, en quelle mesure elles sont applicables, et à quelles parties des sciences médicales elles peuvent convenir. Je le dis avec une sincère et fort ancienne conviction, si autant d'efforts, autant d'études et de temps étaient consacrés à l'expérimentation thérapeutique, à l'expérimentation empirique, s'il faut l'appeler par son nom, les limites si rapprochées de notre art pourraient être reculées bien plus sûrement que par tout cet appareil scientifique dont les résultats sont désespérants de stérilité pratique. Oui — et il faut quelque courage pour oser le dire — la médecine actuelle a dévié de ses voies naturelles ; elle a déraillé ; elle va se heurtant contre cornues et éprouvettes ; elle a perdu de vue son but, son noble but, qui est de soulager ou de guérir ; la thérapeutique est rejeté sur le dernier plan ; et sur le plan le mieux éclairé se placent les recherches purement spéculatives propres tout au plus à satisfaire une vaine et stérile curiositéSans thérapeutique, cependant, le médecin n'est plus qu'un inutile naturaliste passant sa vie à reconnaître, décrire, classer et dessiner les maladies de l'homme. sans souci de leur terminaison ou fatale ou heureuse. C'est la thérapeutique qui élève et ennoblit notre art ; par elle, par elle seule il a un but, et j'ajoute que par elle seule cet art peut devenir une science. Vos molécules de fibrine se précipitant au fond d'un verre à réactifs, vos globules sanguins faisant leur évolution sur le porte-objet d'un microscope, vos savantes analyses d'une gouttelette de mucus, tout cela est fort curieux, sans doute ; mais de grâce, savants illustres, ayez pitié de ce malheureux que creuse la phthisie, que le cancer dévore, que le typhus accable !

Mais..... grâce pour moi-même, bien-aimé lecteur, qui viens follement vous communiquer des idées incomplétement et trop maigrement développées pour mériter votre attention et votre bienveillance. Ce n'était peut-être ni le lieu, ni le moment ; peut-être aussi qu'en regardant la planète Leverrier, comme l'astrologue de la fable, je me serai laissé tomber dans quelque puits profond. Un peu d'aide s'il vous plaît.

Jean Raimond.

A l'arrivée de M. Hooper, il était dans un paroxysme d'une excessive violence; quatre personnes s'efforçaient de le retenir et pouvaient à peine y parvenir; il était en proie à des spasmes et à des mouvements convulsifs qui faisaient horreur; sa bouche, pleine d'écume, laissait écouler une abondante salive de nature visqueuse; il poussait de véritables hurlements et cherchait à mordre ceux qui le contenaient en place. Après une durée de six minutes environ, l'accès se termina, et le malade se trouva dans un état de calme tant au physique qu'au moral. Il engagea les personnes présentes à se tenir sur leurs gardes, parce qu'il n'avait pas la certitude, disait-il, de pouvoir se retenir de les mordre pendant ses crises. De temps en temps, il accusait de la soif, de la douleur à l'épigastre, et un sentiment de resserrement alentour du thorax. Le bruit produit par de l'eau qu'on versait derrière lui dans un vase devint la cause déterminante d'un spasme. Du reste, la sensibilité du système nerveux était telle pendant les instants qui séparaient les accès que le bruit le plus léger, le mouvement de ses propres articulations, un faible courant d'air, une augmentation ou une diminution de la lumière, la vue d'une ombre projetée sur les murs étaient pour lui la source d'angoisses inexprimables. La seule vue d'un verre occasionna le retour d'une attaque. La douleur de l'épigastre alternait avec une autre douleur dont la partie mordue était le siége; la cicatrice était colorée en rouge, mais sans présenter la moindre solution de continuité.

On écarta les mâchoires l'une de l'autre à l'aide d'un morceau de bois placé entre les dents molaires, puis on fit avaler six grammes de laudanum avec une égale quantité d'esprit de camphre; on donna ensuite cinquante centigrammes de calomelas dans un peu de miel. Des frictions furent pratiquées dans les cavités axillaires avec neuf grammes d'onguent napolitain pour chaque aisselle. Enfin, au bout d'une heure, on réitéra la même dose de laudanum et d'esprit de camphre qui avait été ingérée une première fois.

A une heure du matin, les accès avaient déjà perdu de leur violence. On administra trois grammes de laudanum associé à dose égale d'esprit de camphre, et on pratiqua une application de douze sangsues à l'épigastre.

Sur les deux heures, le malade était plus calme et ne souffrait plus; néanmoins, il ne voulait pas encore boire, et il accusait toujours une constriction dans la poitrine. La cicatrice du bras s'était rouverte et laissait écouler un liquide.

A quatre heures, le malade, bien qu'ayant déjà pris quinze grammes de laudanum, ne dormait pas, mais du moins il ne souffrait plus : toutefois, il avait des pressentiments funestes. Il n'y avait pas eu d'accès depuis au moins une heure.

A cinq heures, le malade s'est endormi, et le sommeil s'est prolongé jusqu'à neuf heures; à son réveil, on lui a présenté de l'eau qu'il a bu sans difficulté : on lui a fait prendre des pilules et des mixtures purgatives.

A six heures du soir, la salivation mercurielle commence à se manifester : le malade a sommeillé presque toute la journée et a eu de la sueur; il a bu un peu de tisane de gruau.

Le lendemain matin, la salivation étant bien établie, on cessa la médication hydrargyrique. Il y eut plusieurs évacuations alvines de couleur brunâtre.

A sept heures du soir, la soif avait diminué : le malade n'accusait plus que de la faiblesse; il mangea du pudding et but sans aucune répugnance.

Le lundi suivant, le malade était en pleine convalescence, bien que la salivation continuât.

Un an plus tard, la santé ne s'était pas démentie.

Bibliographie.

Instruction pratique sur l'hydrothérapie étudiée au point de vue de l'analyse clinique, de la thérapeutique générale et comparée, des indications et contre-indications; par le docteur BALDOU.

Après les livres sérieux, les livres industriels; après la science, la réclame. Aussi bien, nous semblait-il étonnant que depuis ces quelques années que l'on parle d'hydrothérapie, d'hydrosudopathie, d'hydriatrie, etc., personne n'eût encore songé à faire un volume pour prouver que l'eau claire guérit toutes les maladies. Ce volume, dont l'absence nous surprenait, mais *dont le besoin ne se faisait pas généralement sentir*, vient enfin de paraître pour nous apprendre ce que nous soupçonnions bien déjà quelque peu, sans en être parfaitement convaincu, qu'il n'est pas d'affection morbide qui résiste à la médication silésienne, entre les mains d'un hydrothérapiste exercé. Je me trompe, il en est deux contre lesquelles on veut bien nous accorder, et nous savons gré de cette concession, que l'eau, jusqu'à présent, semble impuissante, c'est la phthisie et le cancer. Mais pour toutes les autres, soit aiguës, soit chroniques, rhumatismes, goutte, maladies nerveuses, maladies de la peau, laryngite, bronchite cystite, pleuropneumonies, paralysies de toute espèce, partielles ou générales, etc., etc., l'eau froide à l'intérieur, l'eau froide à l'extérieur, l'eau froide en douches, en lotions, en frictions, l'eau froide est souveraine et partout et toujours. Bien plus, et, chose des plus remarquables, quoique nous ne voudrions pas affirmer qu'elle soit toujours extrêmement agréable aux malades, le pouvoir de l'hydrothérapie est si grand qu'elle a pu faire reparaître, *à elle toute seule*, des chancres guéris depuis vingt-cinq ans, des *symptômes primitifs* de vérole disparus depuis trois ans et demi chez un individu, depuis quinze ans chez un autre; ces deux malades affirmant n'avoir pas eu de rapports avec des femmes !

Au développement de ces assertions, tout au moins singulières, l'auteur n'a pas consacré moins de 700 pages, dans lesquelles ont été soigneusement alignées et collectionnées quatre-vingt-trois observations dont le plus grand nombre, malheureusement, sont de la force de celles que nous venons de citer. Et à cette vue, nous ne savions, en vérité, si nous étions dupe d'une mystification, si nous devions poursuivre et continuer notre examen, lorsque la préface est venue nous donner le mot de l'énigme. Son livre, l'auteur le destine au public médical et au *public non médical*. Partisan de la *diffusion* des lumières, « il forme le vœu que les ouvrages sur l'hydrothérapie se répandent le plus possible dans le public ; persuadé qu'une fois éclairés sur les ressources que leur offre cette méthode si simple, les malades n'hésiteront pas à chercher en elle la guérison ou le soulagement de leurs souffrances. »

D'après cela, suivant l'intention de M. Baldou, et presque honteux d'avoir un moment pris son livre au sérieux, nous renverrons son *Instruction pratique* aux gens du monde, auxquels elle est destinée, et près desquels nous désirons de toute notre âme qu'elle obtienne la vogue que lui refuseront certainement les médecins.

D[r] A. FOUCART.

Miei studi Ippocratici, ou *Etudes sur Hippocrate;* par le docteur F. SAVI, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Jean-de-Latran à Rome. — Florence, 1846.

« Lorsqu'une science ou un art, logiques à leur origine et pleinement développés sous l'influence d'un puissant génie, finissent par perdre leur empreinte primitive et dévier des limites dans lesquelles ils étaient enfermés ; lorsque, par suite du cours des âges et de transformations successives, ils ont revêtu des manières d'être et des caractères qui leur sont propres, il ne reste à ceux qui veulent connaître les origines véritables de cet art ou de cette science, qu'à remonter graduellement à travers toutes les périodes de ces altérations successives, de même que le voyageur fatigué d'avoir sous les yeux les flots limoneux d'une rivière, remonte le courant pour se désaltérer jusqu'à l'endroit où il trouve des eaux fraîches et limpides. » Telle est la marche qu'a suivie M. Savi. Il a remonté de Brown et des anatomistes aux mécaniciens, de ceux-ci aux dynamo-chimistes et aux commentateurs proprement dits, pour s'arrêter aux ouvrages d'Hippocrate comme au terme du voyage. Encouragé par le retour général qui a lieu aujourd'hui vers les idées hippocratiques, l'auteur a livré au public les impressions que lui a fait éprouver la lecture des écrits du médecin de Cos. Qu'on se rassure, toutefois, le livre de M. Savi n'est pas un ouvrage de détails; c'est de la critique pure, surtout de la critique philosophique.

Deux grandes questions divisent encore les savants au sujet des livres hippocratiques : Hippocrate est-il un des fondateurs de l'empirisme ou le créateur du dogmatisme ? Les écrits dits hippocratiques appartiennent-ils à un seul homme ou à plusieurs ? Ce sont les deux questions sur lesquelles M. Savi a concentré principalement son attention. A ses yeux, Hippocrate appartient à l'école empirique rationnelle, à la méthode dite baconnienne, et qui n'est, en réalité, que la méthode expérimentale. Personne ne pourra conserver de doutes à cet égard, après avoir pris connaissance de l'argumentation puissante de M. Savi. En est-il de même pour l'unité hippocratique ? Faut-il admettre avec M. Savi que la diversité de style et d'opinion, les contradictions même qu'on trouve dans les divers écrits hippocratiques s'expliquent facilement par l'âge auquel ces divers écrits ont été composés et par les divers pays dans lesquels leur auteur a séjourné? Cette opinion, qui se trouve déjà en germe dans Salius Diversus, a été développée avec talent par notre auteur. D'après lui, on devrait rapporter à la jeunesse d'Hippocrate les écrits qui renferment de la philosophie spéculative et cosmogonique dans le goût dominant des écoles grecques et d'après des traditions de famille, le traité *De carnibus*, par exemple; les trois livres *De diæta* et les autres ouvrages, dans lesquels l'hypothèse juvénile se trouve encore mêlée aux résultats fournis par l'expérience et l'observation, auraient été composés à un âge plus avancé; enfin, ce serait dans sa vieillesse qu'Hippocrate aurait écrit les traités reconnus comme véritables par tout le monde, ceux dans lesquels l'hypothèse ne se retrouve que rarement, où l'on trouve développés les vrais principes de la logique baconnienne et de l'art d'observer; ceux, enfin, que l'auteur a consacrés à l'étude de l'homme sain et malade et de la société, le traité *De l'ancienne médecine*, les *Aphorismes*, le troisième livre des *Epidémies*, le traité *Des eaux et des lieux*.

Nous nous abstiendrons de prendre aucun parti dans cette discussion; mais tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'exposition de cet opuscule est claire et heureuse, le style pur et fleuri, l'argumentation forte et saillante : nous en recommandons la lecture à tous ceux que les questions de philologie et de critique historique médicales peuvent intéresser.

F. A.





PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 127. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des maladies vénériennes. Coup d'œil sur l'historique (1).

Quelles sont les maladies que l'on désigne sous le nom de maladies vénériennes? Nous nous servirons de cette expression empruntée à Bétaucourt, l'un des premiers qui aient écrit sur ce sujet, pour désigner toutes celles qui sont la conséquence plus ou moins immédiate des rapports sexuels, sans préjuger rien ni des causes spécifiques, ni de la différence des divers groupes que nous établirons plus tard.

Rigoureusement parlant, dans ce cadre très large, se trouvent comprises des questions qui ne tiennent nullement à des affections spéciales qui devraient rentrer dans le cadre commun de la pathologie. Cependant, pour suivre l'usage, nous avons le droit de nous emparer de quelques-unes d'entre elles que nous faisons ainsi sortir de la loi commune. Cette définition est des plus larges; mais il serait difficile, en la faisant plus précise, d'y englober des choses aussi disparates que le chancre, par exemple, et la blennorrhagie. Cette difficulté, Astruc l'a évitée en entrant en matière sans définition.

Lorsque l'on comprend ainsi les maladies vénériennes, qu'on les envisage comme un composé d'éléments hétérogènes, est-il possible de s'attacher à faire l'histoire d'un seul point en négligeant les autres? Evidemment non. C'est cependant le cas dans lequel on s'est trouvé jusqu'à présent; aussi n'y a-t-il rien de plus confus que l'histoire générale des maladies vénériennes.

Les premières recherches historiques furent faites dans des vues religieuses. On commença tout d'abord par faire des maladies vénériennes le résultat d'une punition divine. Plus tard, ce furent les conditions politiques qui furent mises en jeu. Les peuples, au commencement de la période moderne de l'histoire, se renvoyaient les uns aux autres la vérole comme une injure de nation à nation. Les Français appelaient la vérole le mal napolitain; les Italiens la nommaient le mal français (*morbus gallicus*). On doit encore considérer au même point de vue politique l'origine que lui assigne Oviedo, qui la fait venir d'Amérique, comme pour excuser les actes cruels des Espagnols vis à vis des naturels de ces contrées.

Ce qu'il y a de plus sérieux dans la question historique, ce qui a permis aux hommes sérieux de s'y arrêter, c'est le besoin de connaître le véritable point de départ, les conditions d'incipience de ces maladies, et cela, moins pour arriver à la connaissance de la spécificité, que pour arriver à la détermination d'une thérapeutique rationnelle et victorieuse.

Lorsque l'on examine les effrayants et interminables travaux qui ont trait à ce point de l'histoire des maladies vénériennes, on se demande si, malgré ce qu'a de spécieux ce dernier prétexte, la détermination d'une bonne thérapeutique, si l'on doit recommencer encore des recherches de cette nature, et si elles conduiront à quelque chose d'utile. Quelle que soit l'utilité réelle ou apparente de cette histoire, nous devons, nous aussi, vous exposer ici notre opinion sur les conditions dans lesquelles elles se sont présentées, les phases qu'elles ont suivies; et pour cela, nous diviserons en trois périodes, en trois phases, l'histoire qui va nous occuper. La première est celle qui a précédé le quinzième siècle, la grande épidémie de 1494; la seconde s'étend depuis cette époque jusqu'à Fernel; la troisième, depuis Fernel jusqu'à nos jours.

Les maladies vénériennes, dans leur ensemble, ont-elles existé de tout temps, ou constituent-elles un groupe d'affections d'origine moderne? Nous croyons que les maladies vénériennes sont aussi anciennes que le monde; il y a même un des ordres qui constituent cette classe d'affections non virulentes comprises dans l'étude qui nous occupe, qui est en quelque sorte antérieur à l'homme, s'il est vrai, comme l'histoire naturelle philosophique nous l'enseigne, que l'homme est le dernier être organisé qui ait paru sur la surface de la terre, et l'on sait que les écoulements blennorrhagiques sont très fréquents chez certaines espèces de chiens.

C'est dans le *Lévitique* que nous trouvons la première indication de la blennorrhagie. Quant à la syphilis proprement dite, il ne serait pas, à la rigueur, impossible que le berceau de la syphilis fût, comme celui de la morve, du farcin, ailleurs que dans l'espèce humaine. Ces deux affections, la morve et le farcin, ne sont pas spontanées chez l'homme; pourquoi n'en serait-il pas de même de la vérole, et qui pourrait affirmer qu'elle n'a pas pris un point de départ dans l'animalité?

Les anciens ont-ils parlé, avant la grande épidémie de 1494, des affections vénériennes, telles que nous les connaissons aujourd'hui dans leur ensemble? Non, certainement; mais ils ont parlé d'accidents, de maladies auxquels nous pouvons rapporter toutes les affections que nous connaissons aujourd'hui comme accidents vénériens. Il est certain que dans le Lévitique il est question de blennorrhagie contagieuse. Le fait est incontestable; mais le nom qu'on lui donnait, *gonorrhée*, donne une fausse idée de la nature de la maladie que les anciens regardaient comme un flux de semence; opinion sur laquelle on n'est revenu qu'assez tard.

Hippocrate parle d'ulcération des organes génitaux, de pustules de la verge, et d'un assez grand nombre d'autres accidents résultant manifestement de la marche de la syphilis; la description est loin d'être aussi bonne que celle que l'on trouve dans les ouvrages modernes; mais elle n'en est pas moins assez péremptoire pour que, si l'on est de bonne foi, on y retrouve des accidents absolument identiques à ceux de la syphilis moderne.

Celse décrit dans ses ouvrages toutes les variétés du chancre avec ou sans phimosis, le chancre induré, le chancre phagédénique, etc. Mais, a-t-on dit, si Celse avait voulu parler d'ulcères vénériens analogues aux ulcères primitifs actuels, il aurait donné l'histoire de leurs causes, de leur contagion, de leurs conséquences; il aurait mentionné leur spécificité. Nous répondrons qu'on aurait tort d'être plus exigeant à propos des ulcérations syphilitiques qu'on ne l'est pour la description qu'il donne des autres maladies du corps humain. Celse ne fait pas l'histoire des causes; il indique comme accidents inflammatoires simples et décrits comme tels, des accidents que les recherches modernes ont démontrés être de nature spécifique. Mais de nos jours, en 1811, n'a-t-on pas essayé sous l'influence de théories célèbres, de faire revivre les mêmes opinions et de nier l'existence du virus syphilitique?

On aurait donc tort de refuser aux accidents décrits par Celse la spécificité qu'ils pouvaient avoir, qu'ils avaient certainement, par cela seul que Celse ne la connaissait pas. De ce qu'il ne pouvait différencier ces affections si diverses du testicule, qui oserait soutenir que les affections n'existaient pas, et qu'elles sont d'invention moderne? S'il est loin d'être complet sur ce point, on sera forcé d'avouer avec nous qu'il est bien d'autres points de la pathologie sur lesquels il est moins complet encore.

Vous trouverez dans Galien, et parfaitement décrite, l'histoire de la blennorrhagie contractée dans le coït. A cela l'on objecte que cette histoire est un fait isolé, que c'est un cas de blennorrhagie simple, et que, si elle avait été contagieuse de son temps, il en aurait parlé plus longuement. Cette objection ne mérite pas une réponse sérieuse. Avicenne a fait mieux encore; il a décrit l'apostème qui peut en être la suite, les ulcères de la verge; je ne sais en vérité s'il n'a pas prévu le chancre urétral; mais comme ses contemporains et ses prédécesseurs, tous ces symptômes il les a regardés comme des accidents inflammatoires. Aspasie, la célèbre sage-femme de l'antiquité, connaissait, nous dit-on, les ulcérations de la vulve produites par des matières âcres. Tous les ulcères, toutes les rhagades, toutes ces végétations dont parlent les anciens sans les différencier, croit-on qu'il n'ait pas été possible de les confondre, à un moment où la science était si peu avancée, lorsque nous voyons tous les jours des auteurs modernes confondre les uns avec les autres des accidents spécifiques et non spécifiques, des symptômes primitifs et secondaires, etc.?

A une époque plus avancée, nous voyons Michel Scott raconter des histoires de maladies contractées par des femmes et des hommes, *fétides*, *sordides*, et aboutissant évidemment aux conditions d'accidents généraux. Si nous quittons les Grecs, les Romains et les Arabes, pour passer à des auteurs plus modernes, est-il possible de trouver des descriptions plus complètes que celles données dans le dix-septième siècle par Guillaume Salicet, Lanfranc, et leurs disciples? Ecoulements sanieux, virulents, c'est-à-dire âcres, donnant lieu à des accidents du côté des organes génitaux et aboutissant à la production de véritables bubons; la corrélation des accidents primitifs avec le développement des tumeurs dans les aines, de bubons; en un mot, peut-elle être exposée d'une manière plus complète et plus satisfaisante? Vous trouverez des renseignements aussi précis dans les Œuvres de Guillaume Beckett, qui donne en détail les règlements des maisons de prostituées dans la ville de Winchester, et nous rapporte que toute femme malade surprise à exercer son métier, devait payer 100 schillings d'amende.

De tout cela, nous concluons que les anciens, très certai-

(1) Les leçons de M. Ricord sur les maladies syphilitiques qui ont été publiées jusqu'ici, n'ayant commencé qu'au traitement des symptômes secondaires, nous pensons qu'on nous saura gré de compléter cette histoire en reprenant les leçons du cours de cette année depuis le commencement jusqu'à la description de cette période secondaire exclusivement.

FEUILLETON.

DISTRIBUTION DES PRIX A L'HOPITAL MILITAIRE DE PERFECTIONNEMENT (VAL-DE-GRACE).

Ce matin a eu lieu la distribution des prix à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens militaires de la garnison de Paris, plusieurs membres du Conseil de santé, parmi lesquels nous avons remarqué MM. Gasc, Bégin, Pasquier, etc., assistaient à cette solennité.

A midi, M. Evrard de Saint-Jean, directeur de l'administration de la guerre, assisté de M. Villemain, sous-intendant militaire, a ouvert la séance.

M. le professeur Lacauchie, dans un discours remarquable, aussi profondément pensé que spirituellement et élégamment écrit, a jeté un coup d'œil rapide sur l'histoire de quelques-uns des points les plus importants de la médecine et de la chirurgie, et plus spécialement sur l'étude des maladies syphilitiques, envisagée au point de vue de la thérapeutique.

L'espace dont nous pouvons disposer nous force à ne donner de ce discours que les premières pages, et, laissant de côté la question scientifique dans les développements de laquelle nous ne pourrions le suivre, la péroraison où le professeur a exprimé au nom du corps des officiers de santé militaires les regrets causés par la perte prématurée de plusieurs confrères et collègues distingués.

Messieurs,

Le temps, qui semble toujours plus rapide, rapproche à ce point nos solennités annuelles, que nous sommes encore tout pénétrés des vives émotions de la veille lorsque déjà nous arrivent les émotions du jour. Et cependant, c'est chaque fois la même affluence et le même empressement; c'est qu'aussi cette grande fête joint à l'intérêt puissant de montrer les heureux vainqueurs d'une longue lutte, de proclamer des noms dont l'illustration commence, et que l'on est sûr de retrouver plus tard dignes de ces premiers, de ces plus chers succès, joint, dis-je, l'intérêt non moins élevé de saluer l'avénement de la jeune génération qui désormais a sa place dans notre corps.

Cette foule qui se presse autour de vous, Messieurs, vient consacrer le jugement qui a donné des palmes aux plus vaillants, et à tous un titre qui leur assure une belle considération, et leur livre les chances infinies de l'avenir. Vos aînés de tout âge et de tout rang sont revenus au seuil de la carrière pour vous offrir, pour vous donner les témoignages de cette affectueuse confraternité qui fait l'honneur et la force des corporations; les uns arrivés aux dernières limites, aux plus hauts honneurs de notre hiérarchie, seront heureux de vous aider des lumières d'une expérience acquise par de beaux travaux, par d'éminents services, tandis que les autres, bien loin encore de ces maîtres qui sont nos modèles, comme ils vont devenir les vôtres, vous apprendront à vaincre les premières difficultés, à supporter les premières fatigues d'une vie que vous avez vouée à l'étude.

C'est qu'en effet, Messieurs, jamais la science ne fut plus active; le travail est partout et sur tout. Par une de ces réactions qui sont si communes dans l'histoire du monde intellectuel, à l'unité de vues et d'efforts qui était une nécessité des événements il y a trente ans, à la discipline et à l'obéissance qui doublèrent alors la puissance des partis, ont fait place un autre but, un esprit et des moyens différents. Ce que vous n'avez pu qu'entrevoir encore sous ce rapport, Messieurs, pourrait vous laisser penser que notre époque est une ère nouvelle, originale, sans précédents; qu'il suffit pour s'associer à ses œuvres et à sa gloire, d'apporter votre ardeur, et que lancés dans des voies jusqu'alors inconnues, vous avez peu à attendre des écrits des anciens, et moins encore des procédés, des instruments qui ont contribué à l'accomplissement des découvertes qui constituent le glorieux héritage du passé. Quoi qu'il en puisse coûter à notre vanité, il est utile de vous dire qu'il n'en est point ainsi; que la marche et la force des choses, en nous imposant la tâche que nous accomplissons, a fait de nous les simples continuateurs de la grande et magnifique période qui atteignit son apogée au milieu du dix-septième siècle. Nous avons été faits par des circonstances analogues à celles qui lui donnèrent naissance; mais tandis que les hommes de ce temps attaquèrent sur plus d'un point une terre vierge, et ne reculèrent pas devant les fatigues d'un pénible défrichement, nous, au contraire, nous n'avons pas fait un pas sans retrouver la trace de ces courageux devanciers; partout le sillon était commencé, partout leurs galeries encore ouvertes, malgré un demi-siècle d'abandon, nous ont promptement conduits aux trésors qui firent leur fortune, et que n'épuiseront pas deux siècles après nous.

La renaissance des lettres fut marquée en médecine par la rencontre violente des galénistes et des arabistes; les deux partis employèrent moins la plume que la discussion, et celle-ci, toujours vive et passionnée, réunissait souvent le savoir à l'éclat. Il était difficile de résister à l'attrait de ces provocations incessantes; aussi voyons-nous l'arène toujours encombrée des esprits les plus vigoureux et les plus élégants, et, pendant trop longtemps, il n'y eut d'autre ambition que celle d'être cité dans les écoles, entre tant de lutteurs, comme un athlète redoutable par la subtilité de ses arguments, par l'habileté de ses syllogismes. Cependant, dès le commencement du seizième siècle, quelques hommes crurent remarquer que l'art restait immobile au milieu de ce grand bruit, et, renonçant plus ou moins complétement aux stériles honneurs de la dispute, ils revinrent à la médecine d'Hippocrate, à l'observation, cette source toujours vive de progrès et de vérité, et en même temps que Fernel et Baillou ramènent la médecine dans une voie trop longtemps abandonnée, Bérenger, Eustache, Arantius, Fallope commencent pour l'anatomie et la physiologie cette époque féconde à laquelle, dans le siècle suivant, se rattachent les plus belles découvertes et cent noms illustres que dominent encore ceux d'Harvey, de Malpighi, de Ruysch, de Leuwenhoeck. La chimie s'associe à ce grand mouvement, et Sylvius lui prépare dès lors la place importante qu'elle occupera plus tard.

Les travaux ne cessèrent pas pendant le dix-huitième siècle; mais

nement, connaissaient aussi bien les accidents primitifs des maladies vénériennes que la plupart des autres maladies dont ils nous ont laissé l'histoire; seulement, ils ignoraient qu'elles reconnussent pour cause un virus spécifique. Ils ignoraient les conditions dans lesquelles elles se transmettaient le plus souvent, et surtout, chose très importante, les conséquences des accidents primitifs au point de vue de l'affection constitutionnelle; ils ne se doutaient point de ce qui pouvait advenir à la suite de ces accidents primitifs.

La filiation entre les accidents primitifs et les accidents constitutionnels, les rapports de cause à effet n'avaient pas été saisis. Aussi ignoraient-ils absolument ce que nous considérons comme la conséquence de la vérole constitutionnelle. Que voyaient-ils dans ce chaos, dans cet amas de maladies confondues entre elles sous le nom de lèpre? Qu'est-ce que c'était que la lèpre des anciens, qui a disparu maintenant parce que les conditions hygiéniques l'ont éteinte et parce que l'on a fait mieux la part de chaque chose? La lèpre, le feu persan, les épidémies de lichen d'Hippocrate, la mentagre, l'éléphantiasis étaient un magma composé des choses les plus disparates. De nos jours même, on ne fait pas encore le diagnostic de ces affections-là avec une grande facilité. Nous avons vu prendre des acnés vulgaires, des pempbigus pour des accidents constitutionnels parce qu'ils étaient arrivés après une simple chaudepisse. Nous pourrions vous citer tel passage d'un livre, assurément fait avec conscience et avec talent, où l'auteur vous donne des éruptions de copahu pour des accidents constitutionnels.

Rappelez-vous, nous vous le disons par avance, que les accidents constitutionnels ne suivent pas immédiatement les accidents primitifs. Ils peuvent se développer dans des limites plus ou moins éloignées. Ne pouvait-il pas se faire qu'une des raisons qui avaient empêché de suivre cette filiation fût tout simplement celle-ci: Que, sous des influences qu'il nous est difficile sinon tout à fait impossible d'apprécier, les accidents constitutionnels se manifestaient plus tard que maintenant, à une époque plus éloignée du développement des accidents primitifs? Si une roséole, qui se montre actuellement dans les six mois qui suivent le chancre induré, ne paraissait autrefois que deux ou trois ans après l'accident primitif, il était, ce nous semble, très bien permis de ne point savoir à quelle cause elle se rapportait. N'avons-nous pas vu de nos jours des choses à peu près semblables? On a dit que quelques-uns des accidents secondaires n'avaient pas été signalés, en admettant même que l'on n'eût pas reconnu le rapport de cause à effet, de filiation qui les rapprochait du chancre; les ulcérations de la gorge, par exemple, étaient dans ce cas. Mais est-ce donc là un accident obligé? Chez ceux qui les présentent, ces accidents surviennent en vertu de certaines causes accessoires individuelles que nous ne pouvons pas toujours apprécier; qui nous assure que ces causes individuelles n'ont pas manqué alors? D'ailleurs, Arétée vous en parle; il les désigne, ces phénomènes du côté de la gorge, sous le nom de mal de gorge égyptien, qu'il regarde comme affectant plus spécialement les jeunes gens. Dans la description qu'il donne des maladies de la gorge, Celse vous parle d'affections particulières que nous vous défions de rapporter à des maladies purement inflammatoires.

Jusque-là, l'histoire des maladies vénériennes telle que nous l'avons aujourd'hui n'était pas faite. L'épidémie de 1494 sévit avec violence dans plusieurs points du globe à la fois; vingt peuples en sont atteints à la fois avec cette rapidité qui n'appartient qu'aux épidémies. Qu'arriva-t-il alors? C'est que tout ce que nous venons de vous faire voir dans les anciens livres, au sujet des accidents primitifs, disparut un instant, ou devint tellement peu apparent qu'on n'y fit plus attention. Ce qui frappa le plus, ce furent les symptômes généraux, particulièrement ceux qui avaient la peau pour siége principal, et, en premier lieu, la forme pustuleuse se montra. Les symptômes primitifs passèrent souvent inaperçus. Tandis que les anciens avaient laissé échapper les phénomènes constitutionnels, les médecins et les malades de cette époque laissèrent passer sans les voir les phénomènes primitifs et ne s'occupèrent que des symptômes généraux. Mais cette épidémie si forte, si terrible, si instantanée, et qui sortait de tout ce que l'on avait vu jusqu'alors, fut-elle considérée par tous ses témoins, par tous les auteurs de cette époque comme une maladie nouvelle? Bien loin de là. Ceux qui veulent encore maintenant soutenir l'origine moderne de la vérole disent: Oui. La lecture des auteurs qui l'ont écrite fait voir que cette affirmation est une erreur des plus grandes.

Capréole considérait l'épidémie comme une dégénérescence, comme une exagération de l'éléphantiasis déjà connu depuis longtemps.

Un autre lui trouvait de la ressemblance avec la mentagre.

Gilius pensa qu'il s'agissait seulement d'une modification du feu persan décrit déjà par Avicenne.

Manthus considérait cette épidémie comme présentant les plus grandes analogies avec le lichen. Sans doute, dans la forme de cette épidémie, il y avait des choses qui ressortaient des maladies antérieurement connues et décrites par les auteurs, et qui donnaient à l'épidémie une physionomie particulière. Mais il ne faut pas croire qu'il ne s'agit, dans cette épidémie, que de la syphilis ou des maladies vénériennes telles que nous les connaissons aujourd'hui. Il y a autant de différence entre l'épidémie du quinzième siècle et les affections que nous observons maintenant, qu'il y en avait entre les caractères que présentait alors la maladie et ceux qu'elle avait aux siècles précédents.

Quelle que soit la manière de voir des contemporains, qu'ils la considérassent comme une maladie de toutes pièces, ou comme une complication de maux anciens et d'affections nouvelles, ils n'ont guère été plus avancés que ceux qui les avaient précédés, sous le rapport des causes, du mode de transmission des symptômes entre eux. Dans le moment de la terreur, à l'époque où l'affection sévissait avec le plus de violence, vous trouvez un des premiers auteurs, Leonicenus, qui rapporte l'épidémie à des influences atmosphériques. Voght y voit une conséquence des mauvaises moissons. Nous vous avons dit plus haut qu'on avait été jusqu'à la regarder comme l'effet de la colère céleste. Fulgosé la faisait venir d'Ethiopie. D'autres auteurs, avec peut-être plus de raison, l'ont fait venir de la peste dite maranique, etc. Sans vouloir insister plus longuement là-dessus, nous dirons que l'histoire d'Astruc est certainement le conte le plus étonnant, en même temps que le moins candide qui puisse être fait, comme question d'histoire.

Nous arrivons, toujours en étudiant cette épidémie du quinzième siècle, à reconnaître que les auteurs n'étaient pas plus avancés sous le rapport de la transmission de cette maladie que les anciens. Ils admettaient que la vérole pouvait se transmettre par l'air que l'on respirait à travers la grille d'un confessionnal ou d'un cloître. Fallope l'explique par l'intermédiaire de l'eau bénite dans laquelle un individu infecté aurait plongé ses doigts. La symptomatologie n'était pas plus avancée. On ne savait pas où commençait la maladie. Si la nécessité du coït comme condition de transmission avait été regardée comme la cause de la production de l'épidémie, comment comprenez-vous que les hommes de l'équipage de Christophe Colomb eussent infecté tous les peuples dans un si court espace de temps? Nous le répétons, en abrégeant de beaucoup les détails dans lesquels nous serions obligé d'entrer pour être complet, les accidents constitutionnels primaient les accidents primitifs. Les accidents locaux n'étaient nullement regardés comme obligatoires pour que les affections cutanées ou autres se développassent. Enfin le traitement n'était pas connu, et les conséquences de la maladie étaient presque toujours d'une excessive gravité.

Dans tout cela, que voyons-nous? Une épidémie ayant pris une teinture vénérienne, si nous pouvons nous exprimer ainsi. L'épidémie avait donné un coup de fouet à la vérole qui existait alors. Des accidents graves se développèrent; les conditions épidémiques du quinzième siècle mirent la maladie vénérienne en saillie. Elles sont venues encadrer la syphilis, mieux dessinée qu'elle n'avait été jusque-là, et mettre en évidence tout ce qu'elle peut produire. Au fur et à mesure que l'épidémie a disparu, les accidents ont gardé leur physionomie. Vous trouverez là autre chose que la syphilis pure et simple. Il y avait, dans cette épidémie, du typhus, du scorbut, de la lèpre, toutes les affections cutanées si graves alors qu'on ne les savait pas traiter; c'est de ce mélange que sont très probablement venus jusqu'à nous le scorbut, les scrophules. En un mot, et pour nous résumer, l'épidémie n'avait pas d'accidents vénériens purs; c'était un composé de plusieurs maladies à la fois; mais, par-dessus tous les symptômes, dominait un génie spécial qui lui imprimait un cachet particulier, le cachet syphilitique.

Le grand argument dont on s'est servi pour combattre la manière de voir que nous venons de vous exposer, c'est que les affections anciennes cédaient sans mercure, tandis que les affections constitutionnelles actuelles ne guérissent pas sans le secours des préparations mercurielles; mais cet argument n'a, suivant nous, aucune espèce de valeur. Si vous lisez les anciens auteurs, vous comprendrez qu'il n'est pas exact de dire que tous les maux vénériens locaux de cette époque arrivassent à guérison parfaite et facile. Nous ne croyons pas que la guérison fût facile de ces ulcères dont parle Celse, et qui partaient du gland pour arriver jusqu'à la vessie. Nous n'avons, nous pouvons le dire, rien de mieux que cela de nos jours. Toutes les affections locales de ce temps-là ne guérissaient pas facilement; beaucoup d'entre elles se seraient fort bien trouvées du traitement mercuriel. Mais nous vous ferons observer encore, qu'aujourd'hui la plupart des accidents primitifs guérissent sans mercure; or, s'ils guérissent actuellement sans mercure, pourquoi ne pouvait-il pas en être de même autrefois? L'argument, du reste, dans la fable américaine, pourrait être opposé à nos adversaires. De leur aveu, la vérole a existé de tout temps chez les Américains. Comment cependant se guérissaient-ils, car ils n'avaient pas de mercure? Ils avaient bien le gaïac; mais le gaïac avait alors des propriétés qu'il n'a plus.

Pour les accidents constitutionnels, à quelle époque a été employé le mercure? Nous vous avons dit que les affections syphilitiques n'avaient pas toujours été traitées, et qu'elles avaient en partie produit la grande épidémie de 1494.

Cette épidémie est née de maux anciens auxquels on n'avait pas opposé le mercure. Ce médicament n'était guère employé que dans le traitement de quelques maladies autres que la vérole. Son emploi dans les affections syphilitiques a été le résultat de l'analogie. On a vu qu'il réussissait dans les maladies cutanées graves; on a fini par l'appliquer à la vérole, dont certaines manifestations constitutionnelles sont des éruptions cutanées. Or, quelles sont les affections cutanées que le mercure guérit le mieux? C'est la vérole. Guérit-on la lèpre avec le mercure? Guérit-on les dartres? Ce sont les syphilides que l'on guérit par ces médicaments avec le plus de facilité. Il est arrivé pour le mercure ce qui vient d'arriver pour les préparations iodurées. L'iodure de potassium, quelles affections guérit-il? Les accidents tertiaires. Or, ces accidents tertiaires ressemblent beaucoup aux scrophules. Depuis que l'on connaît mieux la vérole, et que l'on fait mieux la part de chaque élément dans certaines affections qu'autrefois l'on rapportait toujours à la diathèse scrophuleuse, on s'aperçoit que l'iodure de potassium ne guérit plus les scrophules, il ne guérit plus que la vérole, et son succès est d'autant plus grand que la maladie que l'on traite est plus syphilitique.

Abandonnons cette discussion pour résumer en quelques mots la seconde période, l'épidémie du quinzième siècle. Elle se composait de plusieurs éléments; les uns arrivant comme cause prédisposante, les autres comme complication. Cette épidémie avait un masque, une physionomie syphilitique. Les conditions qui président à la propagation de la vérole ont semblé aussi être les plus favorables à la propagation de l'épidémie. Ce qui est resté de l'épidémie, à mesure que le génie fatal de propagation a été en s'éteignant, ce sont certaines formes des maladies syphilitiques. Le mode le plus usuel et le plus ordinaire de transmission, le contact par le coït, est le lien qui relie l'époque actuelle au temps passé, au temps de l'épidémie. A cette époque, et comme autre élément morbide que les auteurs n'ont pas appelé en cause parce qu'ils ne le connaissaient pas, il y en a peut-être encore un

---

celui-ci, en présence du riche patrimoine qu'il venait de recueillir, s'occupa davantage de classer et de commenter que d'ajouter par de nouvelles investigations aux richesses acquises; il fit plus: il crut qu'il était temps d'établir, d'arrêter un système dans lequel les faits rapportés par l'avenir trouveraient facilement leur place sans rien changer à ses bases, à ses principes.

Si cette erreur, car c'était une erreur, a ralenti pendant un instant la marche de la science, elle nous a laissé les magnifiques ébauches dont la fascination, tout en reposant la foule qui se crut arrivée au but tant poursuivi, fit naître en elle ce chaleureux enthousiasme qui lui-même enfante le dévouement.

C'est ce que l'on comprit dès que l'on ne fut plus entraîné par les deux grands génies qui ont jeté tant de lumière sur le commencement de ce siècle, lorsque surtout se fut éteinte la puissante voix qui seule pouvait dominer la tempête qu'elle avait soulevée; car alors, il ne s'est pas trouvé un seul homme qui osât continuer cette grande prédication, qui osât ramasser cette bannière que vingt années de lutte avaient mise en lambeaux, et que la mort seule fit tomber de la main de l'éloquent réformateur. C'est qu'alors seulement on mesura les proportions gigantesques de cette prodigieuse intelligence, et chaque fois qu'un pieux respect nous ramène près de cette tombe, desormais la plus précieuse richesse de notre école, la réflexion nous conduit à dire, presqu'avec autant d'effroi que le fils de Catherine de Médicis contemplant les restes ensanglantés du rival qu'il ne craint plus: « Mon Dieu, qu'il était grand! »

A côté des analogies qui rapprochent notre époque du génie scientifique du dix-septième siècle, se trouvent aussi des dissemblances: comme nos ancêtres, nous avons soif de la vérité; mais la patience nous manque pour l'atteindre; nous avons hâte d'arriver, et nous cherchons par l'ordre et par la méthode à suppléer au temps et peut-être au courage. La critique nous montre le champ où doivent s'exercer nos efforts, et nous nous attachons par des recherches partielles à faire concourir tous les travaux à une moisson suffisante qui nous permette de passer d'une étude à une autre. C'est ainsi que notre époque médicale a concentré tour à tour son ardeur sur l'anatomie pathologique, la vérification numérique des faits, et enfin sur l'observation statistique des lois sociales et humaines sur lesquelles repose désormais une hygiène sage et dégagée de toute hypothèse. Le vent du jour nous pousse vers des études nouvelles: l'homme exploré physiquement commence à répondre aux questions de la chimie, en même temps que les beaux résultats fournis à la pathologie par l'analyse et la statistique servent de base aux investigations nouvelles de thérapeutique; c'est vous dire combien sont nombreux et variés les problèmes qui vont exciter votre curiosité.......

. . . .

Pourquoi ma tâche n'est-elle point achevée! Pourquoi faut-il, Messieurs, qu'aux joies de cette fête, qu'à l'espoir que vous faites naître et que vous réaliserez, vienne se mêler le douloureux souvenir des pertes récentes que notre corps a éprouvées! La mort ne s'est fait qu'une trop large part pendant l'année qui vient de finir! Nous avons tour à tour rendu les derniers devoirs à MM. Barbier et Poirson, qui furent pendant longtemps chefs de la chirurgie, l'un au Val-de-Grâce, l'autre au Gros-Caillou; ils ont achevé l'un et l'autre de longues et d'honorables carrières. Nous avons rendu les mêmes devoirs à Soubebielle, ce lithotomiste nonagénaire que l'art ne regarda jamais comme un vieillard. C'est qu'aussi les ans respectèrent toujours et sa tête et sa main, et, jusqu'au dernier moment, il fut, par son habileté comme par son cœur, le digne héritier de frère Côme. Dépossédé en partie par la lithotritie, n'ignorant pas ce qu'avaient coûté de revers les premières tentatives de cette grande découverte, chaque jour au courant des malheurs qui lui rappellent trop souvent qu'elle n'est qu'une œuvre des hommes; ayant vingt fois dissipé en quelques secondes les dangers nés de la pince et que la pince ne pouvait surmonter, il fut toujours pour ses rivaux un adversaire plein de convenance. Plus d'un demi-siècle de succès n'avait pu lui donner ni morgue ni vanité, parce qu'il avait une de ces âmes qui ne se dissimulent pas que le deuil occupe encore trop de place dans ce que l'on nomme une pratique heureuse. M. Souberbielle n'oublia jamais qu'il avait appartenu à la chirurgie militaire, et son heureuse mémoire se complaisait à raconter les scènes émouvantes des grands événements et des grandes guerres dans lesquels il fut acteur; et nous l'avons vu, aux funérailles de l'un de nos plus illustres maîtres, mêler l'uniforme du chirurgien de 92 à tous les uniformes qui nous montrèrent, un surtout, ce qu'avaient été les hommes qui accomplirent les fabuleuses conquêtes de la République et de l'Empire.

Mais ce tribut ne pouvait suffire aux terribles exigences du sort, et la mort, pénétrant au milieu de nous, a pris dans tous les rangs des victimes que n'ont pu défendre ni la jeunesse, ni le mérite: Damblard, Horeau, Rambault, Rédoin, tous signalés par de beaux services; Loir, jeune et courageux talent qui se refusa le secours qu'il accordait à chacun, et ne vint à Tlemcen que pour grossir la longue liste du Lalla-Maghrnia; Guillerot, qui s'éloigna d'ici avec une couronne, il y a deux ans, impatient de revenir disputer un nouveau triomphe; il est revenu, mais pour demander à la science qu'elle l'aidât à conserver une vie que le travail lui avait rendue chère. La science, malheureusement, a été impuissante, et cet excellent jeune homme n'a commencé qu'un beau rêve.

Elle a pris Kœnig, dont la fin doit vous être montrée; ainsi que les débris du vaisseau qui s'est ouvert sur des roches peu connues, une main prévoyante construit le signal qui détournera les navigateurs attentifs. Kœnig était heureusement doué; son intelligence, facile pour toute chose, brillante sur plus d'un point; son cœur aimant et naïf semblaient lui assurer une vie que l'on aurait enviée; malheureusement il fut toujours incapable de diriger, d'appliquer ses belles facultés. Un peu poète, il avait toute la mobilité, toute l'insouciance des hommes qui parlent le beau langage des dieux! En vain la bienveillante et généreuse sollicitude de l'un de nos inspecteurs lui tendit vingt fois une main secourable, Kœnig est mort sur le bord de l'abîme qui devait tôt ou tard l'engloutir. Kœnig était une de ces plantes que l'on admire et que l'on croit fortes parce qu'elles s'élancent rapides au sommet des rameaux qu'elles enlacent; mais ôtez leur ce tuteur, et vous ne voyez qu'une tige délicate dont le beau feuillage se flétrit et meurt au contact de la terre.

Elle a encore pris Viton, esprit élégant et fin, qui aura passé silencieux et presque inconnu. Viton pratiquait sans bruit cet art dont

autre, terrible, qui semble être une affection de notre époque. La morve, le farcin semblent constituer une maladie nouvelle; c'est d'hier que l'on sait qu'elle peut exister chez l'homme, mais croyez-vous que ce soit d'hier qu'elle existe? Rien n'empêche de supposer que la morve et le farcin aient été pour quelque chose dans l'épidémie de 1494; et, ce qui semblerait ne pas rendre cette opinion si étrange, c'est que Van Helmont a regardé le farcin et la morve comme un des éléments de la vérole. Au temps où il vivait, et plus tard encore, on a essayé de le tourner en ridicule. L'événement a prouvé qu'il avait vu juste en admettant la possibilité de la transmission de ces affections à l'homme; et à nos yeux ses idées ne sont peut être pas aussi erronées qu'on l'a bien voulu dire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 octobre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le docteur Legrand adresse une lettre sur le traitement local de la leucorrhée.

— *M. Londe*, à l'occasion du procès-verbal, demande si la partie du discours de M. Mélier, dans laquelle il lui a reproché d'avoir lu avec peu d'attention les pièces relatives aux faits de transmission de la peste au lazaret de Marseille, doit être insérée dans le *Bulletin*. Dans le cas de l'affirmative, il devra présenter quelques observations qui le laveront du reproche que lui a adressé M. Mélier.

M. Mélier répond qu'il s'est servi du terme le plus académique qu'il ait pu employer; car il aurait pu dire, d'après le propre aveu plusieurs fois réitéré de M. Londe, qu'il n'avait pas lu du tout les pièces en question.

M. Londe. Vous avez dit vous-même que le rapport les reproduisait d'une manière fidèle et complète; or, j'ai lu avec la plus grande attention le rapport et les documents imprimés qui lui servent de base, et j'y ai puisé une conviction contraire à la vôtre.

Messieurs, il y avait un moyen de me combattre sans me taxer d'inattention: ce moyen, c'était d'infirmer les faits généraux et les chiffres dont je me suis servi.

Lorsque j'ai dit, par exemple: La peste ne se transmet pas des pays où elle règne dans un pays sain, puisque lorsqu'elle ravage la Basse-Egypte elle n'atteint point, malgré la fréquence des communications, la Nubie, l'Abyssinie, ne remonte pas au delà de la première cataracte; lorsque, dis je, j'ai avancé ces faits, il fallait prouver que j'avais été trompé.

Lorsque j'ai dit que les hardes ne communiquent pas la peste, puisque 70 à 80 mille pèlerins partant annuellement de tous les points de l'empire musulman pour se rendre à La Mecque, n'y ont jamais porté la peste, il fallait me citer une année où, à la suite de ces invasions de pèlerins, la ville de la Mecque avait été ravagée par le fléau.

Lorsque j'ai dit que les lazarets ne servent absolument à rien, puisque dans les trois siècles qui précèdent l'établissement des lazarets en Europe, on compte 105 épidémies de peste, et que dans les trois siècles qui suivent cet établissement, on en compte 143; lors, dis-je, que je me suis appuyé sur ces chiffres, il fallait établir qu'ils étaient fautifs.

Voilà comme il convenait de me réfuter, et non pas en m'accusant d'inattention.

Cet incident n'a pas de suite, et l'Académie passe à l'ordre du jour.

— *M. Chevallier* lit une série de rapports sur des remèdes secrets, dont les conclusions, toutes défavorables, sont successivement adoptées.

— *M. Renauldin* lit un rapport sur un travail de M. Hass de Bonn, relatif à la combustion de l'acide carbonique dans la respiration.

Les conclusions favorables sont adoptées.

— *M. Velpeau* présente un instrument inventé par M. Roux (de Marseille), et destiné à faciliter l'emploi de la scie à chaîne dans les amputations.

— *M. Legroux* lit un Mémoire intitulé: Recherches sur la pathologie et la thérapeutique de l'intoxication saturnine.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la Commission sur le prix d'Argenteuil.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Guépin (de Nantes) adresse une Note sur une modification qu'il a fait subir au procédé de M. Cunier pour l'opération de la cataracte par abaissement. Sur 12 opérés, M. Guépin compte 11 succès, et tout annonce que les accidents développés dans le douzième cas se termineront heureusement.

— *MM. Bouchardat* et ..... adressent un Mémoire sur l'action toxique du chlorure de potassium.

— *M. Papenheim* adresse un Mémoire d'anatomie sur les corpuscules de Paccini.

— *M. Plouvier* (de Lille) envoie une Note sur l'action nutritive du sel marin. Des expériences de l'auteur, il résulte que le sel marin jouit d'une puissance nutritive très remarquable. En mêlant une certaine quantité de sel à des aliments peu nourrissants ou pris en petite quantité, on obtient des résultats analogues à ceux produits par une nourriture abondante et riche en principes assimilateurs. Ces expériences, faites sur l'auteur lui-même et sur quelques ouvriers pauvres de Lille, ont eu des résultats tout extraordinaires.

Nous reviendrons sur cette communication intéressante, dont nous n'avons pu avoir le manuscrit sous les yeux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'acide acétique dans le traitement de certaines verrues; par le docteur Neucourt (de Verdun).

Les verrues contre lesquelles l'acide acétique peut être employé avec succès, sont celles d'apparence cornée, qui font ordinairement saillie au-dessus de la peau, et qui se développent aux mains et à la plante des pieds; ce sont encore les productions accidentelles auxquelles on a donné la dénomination d'*œils de perdrix*, et qui siégent entre les orteils. Toutes les autres verrues et durillons résistent au contraire à l'action de cet agent.

Voici de quelle manière M. Neucourt procède à l'application de cet agent:

Il commence par couper les verrues aussi profondément que possible, sans aller toutefois jusqu'à déterminer de suintement sanguin. Il applique ensuite des compresses vinaigrées, qu'il renouvelle toutes les fois qu'elles sèchent; si le malade ne veut pas s'y astreindre, on n'y a recours que la nuit, et alors le traitement dure plus longtemps. Le lendemain les verrues sont ramollies, et présentent une couche grise avec un piqueté noir très prononcé. Ce piqueté noir n'est que l'orifice externe des vaisseaux droits de la verrue, vaisseaux dans lesquels le sang s'est coagulé par l'action de l'acide, qui ramollit en même temps la matière inorganique de la verrue, de sorte que l'on peut couper profondément et avec facilité, sans effusion de sang. Lorsqu'on arrive près des parties vivantes, on cautérise avec l'acide acétique pur, ce qui ne donne lieu à aucune douleur, ou tout au plus à une douleur très supportable; mais il n'en serait plus de même si on avait coupé très profondément, de manière à déterminer un écoulement de sang, car alors les douleurs seraient très vives; aussi, dans les cas de ce genre, vaudrait-il mieux s'abstenir de pratiquer cette cautérisation. Lorsque l'on a cautérisé, on réapplique les compresses vinaigrées, et on les maintient toute la journée. Il y a, le lendemain, une nouvelle portion de la verrue qui est mortifiée; on l'excise, et on continue de la même manière. Dans l'espace de huit jours, plus ou moins, la verrue a considérablement diminué de volume, quelquefois même elle a complétement disparu. Voici les diverses phases par lesquelles passe la production morbide avant la guérison.

Quand tout marche bien, on voit diminuer peu à peu le nombre des points noirs; à la place de l'excroissance il reste une cavité; on continue le traitement, en excisant toutes les parties mortifiées, jusqu'à ce qu'il ne reste plus ni points noirs, ni la moindre partie verruqueuse; car si l'on en négligeait la plus mince parcelle, cette dernière suffirait pour faire repulluler la verrue comme avant le commencement du traitement.

Après l'entière guérison, on ne distingue pas la moindre apparence de cicatrice; l'épiderme se reproduit, et, si la verrue avait pour siége la paume de la main ou la plante du pied, on voit reparaître les ondes régulières formées par les papilles du derme sur la place même qu'occupait la production verruqueuse, ce qui, pour le dire en passant, prouve que cette dernière siége entre l'épiderme et le derme.

Quand le traitement a été poussé trop rapidement, ou encore chez les sujets dont la peau est irritable, il survient, au bout de quelques jours, une douleur assez vive, et on voit se manifester autour de la verrue une auréole inflammatoire. Alors, au lieu de points noirs, on observe une plaque brune à la place précédemment occupée par la verrue, et, si l'on persiste, il survient une légère suppuration (quelques gouttes de pus); après quoi, la plaque tombe, et il se forme une petite cicatrice. Dans ce cas, il est utile de discontinuer les cautérisations avec l'acide acétique, d'exciser autant que possible sans aller jusqu'à l'effusion du sang, et d'appliquer les compresses vinaigrées que pendant quelques heures seulement. En agissant ainsi, on parvient à guérir comme dans le cas précédent.

M. Neucourt, qui a souvent eu recours à cette médication, affirme qu'employée d'une manière convenable, et dans les circonstances qui viennent d'être spécifiées, elle produit constamment le résultat désiré.

Bibliographie.

Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées contenant les soins à donner aux nouveau-nés, par J. Jacquemier. — 2 vol.

A part quelques exceptions honorables, les manuels sont en médecine de détestables petits livres, résumés incomplets des œuvres des maîtres, imaginés autrefois pour la plupart dans un but de spéculation par les libraires. Mais aujourd'hui que la génération présente est généralement studieuse et ardente au travail, ce sont ces compilations tronquées dont le temps est fait; aussi de tous côtés surgissent des traités sérieux.

Ces réflexions, nous nous étonnions de les faire à propos d'un livre de M. Jacquemier. Nous connaissions de lui des recherches dénotant le travailleur sérieux, et nous avions peine à comprendre comment en présence de l'ouvrage dont s'occupe M. P. Dubois, après celui de notre maître M. Velpeau, celui de M. Moreau, après ceux de nos amis MM. Cazeaux et Chailly, M. Jacquemier se décidait à publier un *Manuel d'accouchements*.

Hâtons-nous de le dire, nous avons été vite et complétement détrompé. Le Manuel de M. Jacquemier n'est un manuel que sur la couverture; c'est un traité complet, plus complet même que certain de ceux que nous venons de nommer, et ce titre malencontreux, mis après coup, ne se trouve là probablement que par suite d'une lumineuse combinaison de librairie dont nous ne voulons pas pénétrer la profondeur.

Un traité d'obstétrique en 1846 se compose inévitablement de deux parties tout à fait distinctes. Dans la première s'accumulent toutes les connaissances usuelles, élémentaires, presque banales sur lesquelles tout le monde s'accorde. Se groupent, dans la seconde, les idées nouvelles, les sujets discutables, les opinions personnelles. Telle doit être, à un point de vue élevé et pour éviter le moule éternel et immuable où se fondent généralement les analyses scientifiques, telle doit être, selon nous, la manière d'envisager un nouveau traité d'accouchements.

Après un court historique de l'état de l'art des accouchements en France à notre époque et sans oublier de stigmatiser, comme déjà l'avait si vigoureusement fait M. Velpeau, ces mesures incroyables qui restreignent en des limites insuffisantes les foyers d'instruction obstétricale, M. Jacquemier signale cette contradiction singulière et malheureuse, comme il l'appelle, entre la libéralité si louable à favoriser l'extension des cliniques médicales et chirurgicales (1), et ce mépris ou cette indifférence pour la science et l'humanité dont les résultats scandaleux sont non-seulement de ne pas encourager la formation nouvelle de cliniques d'accouchements, mais d'interdire, même aux médecins et aux élèves, l'entrée du grand établissement obstétrical de Paris. Il résulte de cet état de choses qu'on abandonne l'observation de tant de faits intéressants et difficultueux à des élèves sages-femmes, auxquelles la loi défend de présider plus tard à d'autres accouchements qu'à ceux dont la marche est naturelle. C'est une mesure tellement illogique, tellement inhumaine, disons-le mot, tellement absurde qu'on se demande comment une administration, où siégent tant d'hommes éminents par leur raison, leurs capacités ou leur philanthropie, laisse dans notre siècle subsister un seul jour un semblable abus.

M. Jacquemier voit combien nous nous associons à ses vœux; nous le remercions d'avoir renouvelé ces plaintes, il est du devoir de la presse médicale de soutenir de toute sa publicité des réclamations aussi justes et aussi importantes. Elle n'y faillira pas.

Comme toujours, le bassin suit l'introduction. Il est étudié avec beaucoup de soin. Il nous a toujours seulement paru plus commode de rapprocher la description des vices de conformation des indications pratiques qu'ils réclament. L'ordre suivi par M. Jacquemier est plus méthodique, celui que nous signalons est incomparablement plus commode pour faciliter l'étude de cette grave question.

Dans les fonctions de l'appareil générateur, nous avons trouvé un long extrait du travail de notre savant confrère M. Brierre de Boismont. Tout le monde connaît son livre et personne ne peut mettre en doute sa valeur et son intérêt; reste à savoir si ces considérations font partie essentielle d'un traité d'accouchements; nous croyons ceci au moins douteux, et dans tous les cas pourquoi ne pas renvoyer à l'original? Si la science des accouchements renfermait d'ailleurs toutes les connaissances qui se rapportent aux organes génitaux, il faudrait faire entrer dans son étude des questions qu'on a toujours eu l'habitude d'en séparer. Nous en dirons tout autant des troubles de ces mêmes fonctions.

La gestation, l'œuf sont convenablement traités. On remarquera l'article diagnostic différentiel de la grossesse et tout ce qui a rapport à la circulation utéro-placentaire, reproduction du travail publié par l'auteur en 1838. Tout ce qui se rapporte à l'embryologie est d'une exposition claire; ce qui est assez rare dans les traités récents d'accouchements. Des figures, moins parcimonieusement distribuées qu'elles ne le sont pour d'autres chapitres, aident encore l'intelligence du texte.

Dans le livre troisième se trouvent renfermées les maladies pendant

(1) M. Jacquemier ignorait sans doute que cette libéralité voulait, il y a quelques mois, fermer les cliniques particulières!

---

chacun croit avoir la théorie et que personne n'applique, l'art d'être heureux. L'expédition de 1830 le conduisit en Afrique; et alors qu'après la conquête, chacun était impatient de quitter une terre barbare, il fut du petit nombre de ceux qui demandèrent à y rester. D'autres avaient pressenti le brillant avenir de ce pays, Viton y avait trouvé le bonheur. Il se passionna pour ce beau ciel; il aima la gravité réservée des habitants; il leur plut par sa simplicité, par sa réserve; et sans effort il pénétra dans leur langage et s'identifia avec leurs mœurs On prit cela pour de la bizarrerie. Seize années de constance ont démontré que Viton avait cédé à un entraînement instinctif. Les esprits comme celui de Viton ont des jouissances délicieuses et faciles qui les rendent presque étrangers aux passions communes. Avec beaucoup de savoir et de dévouement, notre collègue ne connut jamais l'ambition; les distinctions lui sont arrivées lentement. Il n'a rien fait pour hâter leur marche. Enthousiaste des actions et des choses vraiment belles et dignes, il jetait aux vulgarités prétentieuses et bruyantes un regard et un sourire qu'il avait trouvés, je suppose, dans Montaigne ou dans Rabelais, ses amis de tous les moments. Viton a dû mourir avec une entière sérénité; sa vie était restée simple et exempte de toute complication; et si son vieux père avait déjà quitté ce monde, il n'aura regretté que l'éblouissant soleil qu'il aimait tant.

Mais une perte, Messieurs, domine tant de pertes affligeantes, ce fut celle du médecin en chef de l'armée d'Afrique. Il y a un an; à pareil jour, que M. Gasté recueillait la plus importante des faveurs que M. le directeur de la guerre se fit un plaisir de jeter à notre surprise et à nos applaudissements, et déjà M. Gasté n'est plus! Il y a presque longtemps que M. Gasté est mort! Mort dans toute la force de l'âge! Mort avec une constitution qui semblait éprouvée par tous les excès de zèle! Mort, lui troisième, sous le poids d'une inspection qu'il faut regarder désormais comme un fardeau surhumain. Notre corps a pleuré des hommes plus éminents; jamais il n'aura donné ses regrets à un dévouement plus courageux, plus infatigable, il faut presque dire plus opiniâtre.

M. Gasté sortit d'ici en 1817, comme vous, la tête ceinte de laurier; et à partir de cet instant, les nécessités de la guerre et celles du service le déplacent sans cesse, le conduisent partout; eh bien! partout c'est la même activité, la même ardeur! Partout il est au-dessus des éloges! Partout il entraîne par son exemple! Partout il écrit! Partout où il trouve une société savante, il sollicite de prendre part à son labeur, et tout aussitôt il devient un de ses membres les plus actifs. Cette existence semble accroître une énergie qu'elle devait épuiser, et nous voyons M. Gasté aborder l'arène des concours à un âge où l'enseignement fatigue les forces ordinaires.

Il fallait, en effet, à ce savant confrère la scène plus large de nos écoles pour rassasier son ardeur. A Metz, rien ne lui manqua: ses malades et sa chaire se partageaient sa vie; quatre ou cinq heures de sommeil suffisaient à des journées qui avaient eu seize et dix-huit heures de travail. Nous nous effrayions en voyant M. Gasté faire un tel abus de ses forces; nous nous trompions, il pouvait davantage: l'épidémie de 41 le prouva.

Comment le beau zèle, les efforts qui ne se lassèrent jamais, ne mirent-ils pas M. Gasté à l'abri des chagrins, dont les auteurs doivent avoir un cruel repentir! C'est qu'aussi cette nature forte, puissante, courageuse, dévouée était dépourvue de la résolution, du sang-froid qui surmontent les difficultés nées des hommes, qui, plus souvent encore, les préviennent en imposant à ceux qui pourraient les faire naître.

Mais si M. Gasté, homme public, mérita si justement la haute position à laquelle l'avait appelé en dernier lieu Son Excellence le ministre de la guerre, M. Gasté, père de famille, est plus encore peut-être digne d'admiration! Ceux qui n'ont pas pénétré dans son intérieur, qui n'ont pas vu tout ce qu'il contenait d'ordre, de sagesse, de paix, de bonheur, ceux-là n'ont pas connu M. Gasté. Au milieu des siens, il perdait son indécision, il se dépouillait de ses inquiétudes; ses enfants étaient un rempart que ne franchissaient ni les soucis, ni les clameurs du dehors.

Malheureusement M. Gasté ne devait que passer en Afrique, comme il a passé partout, et il était dans sa destinée de ne jamais atteindre le moment où il pourrait songer aux intérêts de famille. Et cependant les angoisses d'une affreuse séparation, l'écrasante pensée du malheur qu'il laissait derrière lui, auront été moins fortes qu'une vive, qu'une légitime espérance qui a dû luire à son dernier moment. Car où serait l'espérance, Messieurs, si on ne devait la trouver au chevet mortuaire de l'homme de bien! M. Gasté se sera éteint en pensant que son fils devenait celui de ses amis et de ses élèves, et que ses autres enfants auraient leur part dans la puissante protection du pouvoir, de cette généreuse sollicitude qui fait à la fois la gloire et la force du gouvernement de notre pays; car chacun sait qu'un nom est une fortune qu'il faut s'efforcer de laisser après soi.

Après ce discours, M. Evrard de Saint-Jean, dont l'attention éclairée est connue pour tout ce qui intéresse le service de santé, a fait une courte allocution dans laquelle il a exposé quelques améliorations introduites récemment dans ce service, et a promis, au nom du ministre, la continuation de son active sollicitude.

Les prix ont été proclamés dans l'ordre suivant:

Prix des chirurgiens sous aides.

M. Dujardin (Albert).

Prix des chirurgiens aide-majors.

M. Vallette (Dominique).

Prix des pharmaciens aide-majors.

M. Dupuis.

La réunion de MM. Les professeurs particuliers pour la désignation des amphithéâtres de l'Ecole pratique, aura lieu à la Faculté de médecine le mardi 10 novembre, à midi précis.

Par erreur il a été indiqué, dans le dernier numéro, que le volume des *actes* du Congrès pour la section de MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, se distribuait rue du Faubourg Poissonnière, n° 63; c'est N° 13 de cette rue qu'il faut lire.

la grossesse, la grossesse extra-utérine, les maladies de l'œuf, partie intéressante et généralement peu connue, enfin l'avortement.

Arrivant à l'entocie, M. Jacquemier, dans la dernière section de son premier volume, s'occupe de l'accouchement naturel, il admet comme une proposition absolue, dans la présentation de la face que les variétés sont toujours d'un diagnostic plus difficiles que la présentation franche. Le raisonnement comme la pratique contredisent cette assertion. En effet, quand la face se présente en plein, à l'exception du vertex, elle peut être confondue avec toutes les autres présentations. Mais au contraire dans la variété frontale que l'auteur cite précisément, une seule chance d'erreur existe, celle de prendre la partie pour le sommet. Il nous semble que la certitude de la présentation de la tête jointe à la présence de quelques inégalités qu'on ne rencontre pas sur le crâne, seront des caractères plus propres à mettre sur la voie de la présentation, que l'absence de tout signe positif de la présence de l'extrémité céphalique.

Au reste, c'est une question de facilité ou de difficulté, et que par conséquent chacun résout à sa manière. Pour nous, l'observation directe de cette variété frontale précisément, nous porte à la regarder comme plus facile que la présentation franche.

Les praticiens et les élèves liront avec grand intérêt un bon chapitre qui termine ce premier volume, celui des indications relatives à l'accouchement naturel. Dans l'énumération raisonnée de ces mille soins exigés par la femme en travail, plus que dans une vaine érudition toujours facile avec une bonne bibliothèque, se reconnait l'accoucheur véritablement instruit. Nous blâmerons cependant M. Jacquemier du peu d'importance qu'il semble attacher au diagnostic des positions; ce qu'il dit peut être juste pour lui, mais à coup sûr cela est dangereux pour les élèves trop portés déjà à négliger tout ce qui présente quelques difficultés. Du reste, M. Jacquemier a exposé d'une manière claire, parfaite, et avec des considérations qu'on ne trouve pas ailleurs, la conduite à tenir dans les présentations des deux extrémités de l'ovoïde fœtal.

L'on sent combien nous négligeons de questions intéressantes dans ce premier volume à peine effleuré; mais nous voulons parler du second avec quelques détails. Celui-ci renferme la dystocie, l'obstétrique opératoire, la délivrance, les maladies des femmes en couches, et l'allaitement, c'est-à-dire la partie vraiment active, la partie difficile, la partie intéressante pour nous de l'art des accouchements.

Disons sur-le-champ qu'à part quelques assertions un peu légèrement avancées peut-être, il règne dans ce volume un bon sens, une sagesse de vues, une droiture de jugement qui nous ont rappelé ce professeur dont M. Jacquemier ne craint pas de dire que « ses opinions portent toujours un caractère de haute raison et de prudente réserve qui leur concilie de nombreuses adhésions. » C'est le plus bel éloge que nous puissions adresser à M. Jacquemier. Ainsi les accoucheurs retrouveront partout dans ce volume ce précepte si éminemment vrai, et qui renferme pour nous, à lui seul, une multitude de conséquences pratiques des plus utiles et du plus grand intérêt. « La durée du travail doit être prise en considération, sans doute; mais elle doit être subordonnée à l'appréciation des phénomènes physiologiques et mécaniques, à la nature et à l'étendue de l'obstacle, à l'état de la femme et du fœtus. » On n'exagérerait pas en disant qu'une grande somme des fautes commises par les accoucheurs tient à l'oubli ou à l'ignorance de ce précepte. On devine que M. Jacquemier combat le principe de M. Burns, « achever la dilatation si elle ne s'est pas accomplie dans un temps donné. »

Nous avons trouvé au chapitre *Variétés de présentations*, une étendue considérable que l'importance pratique ne justifiait pas. L'exposition des difficultés de l'acconchement dans les position mento-postérieures et celle des trois procédés conseillés, réuniront tous les suffrages. Nous avons pesé très sérieusement les raisons opposées par l'auteur à l'innocuité de la torsion du col dans la présentation de la face, et nous avouons qu'elles nous ont frappé. On voit dans les Observations de Smellie, que ce mouvement peut être porté très loin dans le sommet, sans danger pour le fœtus; dans la face, la tension du col est une condition sur laquelle M. Jacquemier dit qu'on n'a pas assez insisté, et il serait fort possible qu'il eût raison. Cependant, si M. Jacquemier a voulu dire seulement, « la vie du fœtus est plus compromise qu'on ne le croit par la rotation artificielle du mentou en avant dans les positions mento-postérieures, » nous acceptons volontiers son assertion; mais si de cette proposition l'auteur conclut, comme il paraît disposé à le faire, contre l'emploi de cette manœuvre, nous ne sommes plus de son avis. Que pourrait-on tenter de mieux?

Aucun chapitre ne nous a paru l'emporter sur celui de la présentation du tronc; nous l'avons relu deux fois avec un plaisir que partageront tous ceux qui ont quelque goût pour les questions claires, pratiques, complètes, et bien exposées.

Les rétrécissements du bassin ont mis à nu toute la pensée de M. Jacquemier sur la question de la cranéotomie pratiquée sur l'enfant vivant. Il a sagement blâmé la facilité déplorable avec laquelle les Anglais ont recours à cette opération; mais il a bravement conclu, avec les médecins vraiment dignes de ce nom, au sacrifice de l'enfant pour assurer le repos de la mère.

L'éclampsie, l'hémorrhagie présentent les développements que ces graves accidents comportent. Quelques idées nouvelles sur le mécanisme de ce dernier accident dans l'implantation du placenta sur le col, complètent, avec le tableau si connu de M. P. Dubois, l'article Hémorrhagie.

Nous en demandons bien pardon à M. Jacquemier; mais Mauriceau et Levret ne pensaient pas comme lui, pas plus que quelques accoucheurs modernes, quand il dit au chapitre *Version*, « les motifs sur lesquels se fondent quelques accoucheurs pour donner le précepte de ne pas dégager les deux bras n'ont rien de sérieux, *et ne méritent pas d'être discutés.* » Mauriceau rejetait la pratique des accoucheurs dont parle M. Jacquemier, mais il en donnait les motifs; bien plus : ces accoucheurs qui conseillent de laisser un bras avec la tête, paraissent avoir pour but de faire disparaître une difficulté que M. Jacquemier signale à tout moment. Page 346 : « La tête peut encore être retenue par le col resserré sur le cou du fœtus. » Page 352 : « Les causes qui peuvent rendre l'extraction de la tête difficile ou impraticable, sont..... et le resserrement du col utérin sur le cou du fœtus. » Page 354 : » La rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant est un obstacle à la sortie de la tête, qui peut avoir les conséquences les plus fâcheuses *même pour la mère.* » En voilà assez pour prouver qu'un moyen qu'on a signalé comme pouvant s'opposer à un accident aussi sérieux méritait d'être traité moins légèrement. Nous ne disons pas qu'il remplisse toujours le but, mais à coup sûr il valait la peine d'être discuté.

Après les applications de forceps, l'embryotomie, arrive la symphiséotomie, pour laquelle M. Jacquemier paraît avoir une prédilection qui n'est pas partagée par la plupart des accoucheurs. Il s'est livré à une discussion très longue qui fait tout ce qu'elle peut pour être impartiale, mais dont les conclusions ne sauraient être douteuses. Il est impossible de faire d'une analyse une réponse; mais nous aimons mieux l'article Symphyséotomie du livre de M. Cazeaux.

Nous laissons à M. Jacquemier toute la responsabilité de son opinion sur la compression de l'aorte exposée à l'article Délivrance. Pour nous, malgré ce qu'on dit des faits et de leur brutalité, nous les préférerons toujours aux théories.

Une histoire bonne et étendue de l'état puerpéral et des états morbides qui se développent chez la femme et l'enfant nouveau-né, des considérations intéressantes sur l'allaitement terminent ce second volume, qui n'a pas moins de 850 pages.

Tel est d'une manière résumée et fort incomplète le Manuel de M. Jacquemier. Nous regrettons d'être obligé de négliger tant de points sur lesquels nous aurions beaucoup de choses à dire, pour faire, quoi qu'en ait dit un de nos spirituels collègues, de la critique sage, impartiale et consciencieuse autant qu'il est en nous. Malheureusement les matériaux sont trop abondants dans ce journal pour que nous puissions nous étendre davantage.

M. Jacquemier pourra facilement avoir un lecteur plus instruit, il n'en aura pas de plus attentif que nous.

De cette lecture sérieuse, il résulte qu'en définitive il a fait un bon livre, sage, complet, érudit, pratique, un peu aride peut-être, mais à coup sûr digne en tout d'un meilleur sort; c'est-à-dire d'un titre moins marchand, d'un format plus commode et d'une impression moins compacte et moins fatigante.

PAJOT.

L'Académie s'est réunie hier en comité secret. La Commission pour le prix d'Argenteuil a fait son rapport, dont les conclusions ont été celles que nous avons indiquées dans notre numéro du 1er octobre.

A la suite de cette lecture, plusieurs membres de l'Académie se sont élevés contre ces conclusions, prétendant que, pour se conformer aux intentions du testateur, il n'était pas permis à la Société de diviser entre plusieurs auteurs la somme de 10,000 fr. léguée par M. D'Argenteuil à *celui* qui aurait fait la découverte la plus importante relative au traitement des maladies des voies urinaires.

Après une discussion extrêmement vive, à laquelle ont pris part un grand nombre des membres de l'Académie, il a été décidé que toute décision à ce sujet resterait suspendue momentanément; que des jurisconsultes éclairés seraient consultés sur la question de savoir si l'on avait le droit de morceler entre plusieurs un prix qui, suivant le donataire, devrait être la récompense d'un seul; qu'enfin, la difficulté serait portée, si besoin était, jusque devant le Conseil d'état.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 31 OCTOBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 128. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 30 OCTOBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le traitement que M. Jobert emploie dans les cas de brûlures est tellement simple, et suivi le plus souvent de si heureux résultats, que nous nous étonnons qu'il ne soit pas plus généralement adopté; et cependant nous ne l'avons pas encore vu mettre en usage dans d'autres services que dans celui de ce chirurgien. Il consiste à couvrir les parties du corps intéressées par la brûlure, de linges fenêtrés enduits d'une légère couche de cérat, et de placer par dessus des vessies remplies d'eau froide, que l'on maintient jour et nuit, en ayant soin de renverser l'eau dès qu'elle commence à augmenter de température.

Un homme actuellement dans ses salles, est entré ces jours derniers pour une brûlure fort étendue des deux mains, des deux avant-bras et de la partie inférieure des bras, produite par l'eau bouillante d'une chaudière de machine à vapeur.

Cette brûlure est très profonde ; elle a envahi toute l'épaisseur de la peau, comme on peut s'en convaincre par l'examen des eschares, qui commencent à se détacher dans plusieurs points. Les brûlures de cette intensité, et heureusement, devons-nous le dire, elles sont peu communes, lorsque c'est l'eau chaude qui les produit, donnent presque toujours lieu à des accidents sérieux, à une réaction générale violente, à un retentissement sur toute l'économie, et en particulier sur les voies digestives. L'application continue de l'eau froide dans des vessies, suivant le procédé de M. Jobert, cause au malade quelques douleurs pendant les premiers moments; mais bientôt la sensation pénible disparaît, la réaction s'arrête et le sujet se trouve dans un état de bien-être tel qu'on se figurerait difficilement, à première vue, qu'il présentât une lésion aussi grave.

Chez le malade dont nous parlons ici, la réaction fébrile a été presque nulle, arrêtée qu'elle fut dès le début par l'usage des applications froides. Au bout de quelques jours, il pouvait déjà prendre un peu de bouillon; ainsi, un triple but est atteint par cette thérapeutique; on empêche les congestions, le travail inflammatoire, la douleur.

L'application de l'eau froide, de la glace même, dans les cas très graves, n'est pas le seul moyen que M. Jobert emploie dans le traitement des brûlures. Dès que les malades peuvent les supporter, il leur fait prendre quelques bains froids; et ici, il est une remarque de pratique bien essentielle. Lorsque l'on fait prendre un bain froid pendant quelques minutes seulement, et que l'on replace le malade dans son lit, ce bain donne bientôt lieu à une réaction très violente, dont l'intensité est presque en raison directe du peu d'élévation de la température. Mais si, après le bain, on continue sur le membre brûlé les applications froides, et qu'au lieu de quelques minutes on ait laissé le sujet pendant un quart d'heure ou une demi-heure dans l'eau, les souffrances sont beaucoup moins vives, et le malade présente à peine quelques légers accidents.

A ce propos, M. Jobert a rappelé l'histoire d'un individu épileptique qui, pendant un de ses accès, était tombé dans le feu et avait eu la face charbonnée. Dès les premières applications froides, les douleurs ont cessé, et le malade se trouvait tellement bien, qu'il tourmentait le chirurgien pour qu'on lui donnât à manger.

Ce nest pas au moment seulement où l'accident vient d'avoir lieu que l'emploi de la glace est indiqué et peut avoir d'heureux résultats. A une époque plus avancée encore de la maladie, lorsque la suppuration est déjà établie, cette méthode a pour avantage de diminuer le travail inflammatoire et la suppuration; partant, de prévenir la formation des brides, des cicatrices, le plus souvent irrégulières, qui sont si fréquemment les conséquences des brûlures. Ces sédatifs locaux extérieurs seront secondés par l'administration à l'intérieur des opiacés à dose assez élevée.

— Dans une de nos Revues cliniques (29 août), nous avons décrit en détail une opération très curieuse et d'une rare hardiesse, pratiquée par M. Jobert, pour remédier à une fistule vésico-vaginale, chez une femme qui présentait une perte de substance transversale énorme, intéressant tout le bas-fond de la vessie, depuis le col de la vessie jusqu'au cul-de-sac formé par la muqueuse vaginale au-devant du col utérin.

Les difficultés à vaincre avaient été des plus grandes. En raison de l'étendue de la destruction de la cloison, il était difficile de faire glisser les surfaces et des les rapprocher ; de plus, le col utérin était très peu consistant, et se déchirait sous la traction opérée par les aides au moyen de pinces de Museux ; il n'était pas possible de l'amener aussi près de la vulve qu'il eût été nécessaire pour agir commodément. Cependant, une incision transversale sur le col utérin avait été faite pour favoriser le rapprochement des surfaces saignantes, aussi exactement affrontées que possible. Depuis cette époque, nous n'avions pas revu la malade, et en raison des conditions des plus défavorables dans lesquelles elle s'était trouvée, nous n'espérions pas, nous devons le dire, malgré la confiance que nous avions en l'habileté du chirurgien, nous n'espérions pas un succès complet. C'est donc avec la surprise la plus agréable et le plus vif bonheur que nous avons retrouvé il y a quelques jours, se disposant à sortir, et parfaitement guérie, la malade à l'opération de laquelle nous avons assisté.

Attentivement examinée au spéculum, la paroi supérieure du vagin offre une cicatrice régulière, blanche, solide ; la malade retient parfaitement ses urines, et les rend volontairement. Ce n'est que lorsqu'elle est restée pendant longtemps assise, et qu'elle fait un effort en se levant de dessus sa chaise, que trois ou quatre gouttes d'urine viennent mouiller la chemise vis à vis de la vulve. M. Jobert a cru d'abord qu'il était resté une ouverture fistuleuse très étroite, par laquelle s'échappaient ces quelques gouttes d'urine. Mais une exploration minutieuse, et l'appréciation des conditions dans lesquelles se produit cette humidité du linge, ont fait penser à M. Jobert, et nous partageons cette opinion, que c'est par l'urètre même que s'échappent ces trois ou quatre gouttes d'urine, qui, suivant la paroi supérieure du vagin, semblent s'écouler par la vulve.

— L'enfant qui pendant deux mois était resté dans les salles de M. Guersant fils, offrant une difformité du membre inférieur droit, suite de fracture vicieusement consolidée, et chez lequel les deux fragments du tibia s'étaient réunis de manière à former un angle droit à sommet antérieur, a été opéré il y a quelques jours par M. Malgaigne. Bon nombre d'objections avaient été faites à M. Malgaigne, dans le but de le détourner de cette opération. Mais après avoir attentivement considéré le membre, et avoir constaté la possibilité de remettre, après une résection angulaire rigoureusement calculée, les deux extrémités osseuses en contact parfait et régulier, se rappelant d'ailleurs les succès obtenus dans des circonstances pareilles par d'autres chirurgiens, et tout récemment encore la communication faite à l'Académie de médecine par M. Josse (d'Amiens), M. Malgaigne a persisté dans sa résolution d'opérer. Et véritablement il nous semble, contrairement à l'opinion de quelques-uns des chirurgiens dont nous avons parlé, que s'il y avait hardiesse, à coup sûr il n'y avait pas témérité à tenter cette résection. Quand les tissus environnants ne sont point malades, que la constitution générale est bonne, une simple résection dans la continuité d'un os long n'est certainement pas chose grave ; elle est assurément beaucoup moins dangereuse qu'une fracture avec plaie des téguments, déchirure, mâchure des parties molles, contusion, etc. ; et cependant combien ne voit-on pas de ces fractures compliquées de plaie guérir dans un assez court espace de temps. Nous faisons ces réflexions, parce que l'enfant ayant succombé par le fait d'une déplorable complication en dehors de toute prévision, la pourriture d'hôpital, il nous semble nécessaire de bien établir ce point, que l'opération était indiquée; que toutes les chances étaient en faveur de la guérison; qu'il a fallu des circonstances étrangères des plus malheureuses pour amener la terminaison fatale.

Voici les détails de l'opération :

Les deux fragments du tibia, disons-nous, étaient réunis à angle droit, de telle sorte que l'opérateur se décida à enlever une portion carrée de l'angle formé par ces deux fragments, en faisant avec la scie une section perpendiculaire à l'axe de la partie supérieure, et pareille sur la partie inférieure. Une incision longitudinale ayant été pratiquée sur la peau qui recouvrait la crête du tibia, et un premier trait de scie dirigé sur le fragment supérieur, on s'aperçut avec étonnement que le fragment inférieur était singulièrement conformé, et n'offrait pas plus de l'épaisseur d'un péroné ordinaire. Au contraire, le fragment supérieur était très étendu en largeur, éburné, et lorsque l'on voulut ramener les deux bouts de l'os à leur direction normale pour les affronter, la chose parut impossible. On fit donc une nouvelle résection du fragment supérieur, à un demi-centimètre au-dessus de la précédente. Cette nouvelle section fit voir le fragment supérieur également étendu en largeur, mais offrant un diamètre beaucoup plus considérable d'avant en arrière; là encore l'os était complétement éburné. Cette hypertrophie mettant encore obstacle à la réduction et à la coaptation des deux extrémités osseuses, un troisième trait de scie fut fait au-dessus du second, et tomba enfin sur une portion non éburnée du tibia, et sur l'extrémité visible du canal médullaire. Du reste, toute cette partie de l'opération avait été très simple, très rapide ; une simple incision verticale, avec dissection de la peau de chaque côté, avait suffi pour mettre à nu l'angle formé par les deux fragments, et, en garantissant les chairs de chaque côté avec une spatule, on avait pu très facilement opérer la résection avec une scie à main ordinaire.

Pour le péroné, on fit, de même, à quelque distance en dehors de la première, une seconde incision longitudinale, qui mit à nu l'os réuni, non pas à angle droit, mais en arc de cercle, et du reste ayant une largeur presque double de celle que l'on s'attendait à rencontrer. M. Malgaigne réséqua une portion triangulaire du péroné avec une pince de Liston; une seconde petite résection fut aussi nécessaire sur cet os, et l'on parvint alors à remettre les fragments dans une direction rectiligne.

Le but de la résection du tibia, telle qu'elle avait été faite, était de ne pas entamer le périoste postérieur, et même de laisser autant que possible une petite portion d'os non intéressée par la scie, et qui présenterait alors les mêmes conditions qu'une fracture ordinaire. Le même but avait été recherché d'une manière différente, il est vrai, pour le péroné, et du reste le résultat obtenu avait été si complétement satisfaisant que, malgré la gangrène et le gonflement énorme des parties autour des fragments, il ne se fit dans les parties molles environnantes aucune fusée purulente.

Le lendemain et le surlendemain, la plaie était superbe; le petit malade se trouvait très bien. Le troisième jour, on s'aperçut d'un léger boursouflement des bords de la plaie, et de la présence de quelques petites taches blanches disséminées çà et là.

Le quatrième jour, persistance et aggravation des accidents; il n'était plus permis de méconnaître la pourriture d'hôpital; pansement avec le jus de citron.

Le cinquième jour, cautérisation avec le proto-nitrate acide de mercure. Sous l'influence de cette énergique médication locale, l'aspect de la plaie redevint meilleur ; mais, dans la journée du sixième jour, l'enfant fut pris de légers frissons et d'une syncope dont la durée fut tellement longue qu'un moment on le crut mort. Des frictions sur les membres avec des morceaux de laine chauds parvinrent à le ranimer. Le lendemain, à peu près à la même heure, nouvelle syncope aussi effrayante que la première ; le retour des accidents détermina M. Malgaigne à faire prendre à l'enfant une petite quantité de sulfate de quinine. Mais dès ce moment, le chirurgien perdit à peu près tout espoir de sauver le malade, et annonça la formation très probable de caillots dans le cœur. La mort arriva dans la journée.

A l'autopsie, on trouva les deux fragments de chaque os chevauchant l'un sur l'autre, mais cependant maintenus par le périoste de la face postérieure, de telle sorte que, bien qu'ils fussent un peu noircis à leur extrémité et qu'ils eussent baignés dans le sanie gangréneuse, il n'y avait dans les parties molles sous-jacentes aucune fusée purulente, les foyers ayant été circonscrits exactement par le périoste. On ne trouva aucune altération pathologique, ni dans la cuisse ni dans l'abdomen.

Le poumon droit était parfaitement sain. Le poumon gauche également sain, mais légèrement refoulé en arrière et comprimé par un épanchement d'un liquide séro-purulent dans la cavité de la plèvre. Les cavités droites du cœur contenaient une grande quantité de sang noir, assez analogue à de la gelée de groseilles; un caillot blanc, fibrineux, organisé était intriqué dans les valvules du ventricule droit. Le ventricule gauche vide ; l'oreillette gauche contenait un peu de sang noir en gelée.

Une légère tuméfaction du membre avait fait croire, pendant les derniers jours de la vie du sujet, à l'existence d'un foyer comme il s'en forme quelquefois au-dessus des plaies dans lesquelles se développe la pourriture d'hopital; il n'en était rien. On ne trouva aucune trace de résorption purulente.

Nous le répétons, nous sommes entré dans tous ces détails pour bien établir que la terminaison fatale et déplorable a tenu dans cette circonstance, non point à l'opération elle-même, qui n'offrait pas autant de gravité que beaucoup d'autres lésions traumatiques dont on obtient tous les jours la guérison dans les salles de chirurgie, mais à une complication qu'il n'était pas permis de prévoir, ce cas de pourriture d'hôpital étant le premier qui se soit manifesté dans le service de M. Malgaigne depuis dix-huit mois que ce chirurgien est attaché à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis la mort de cet enfant, d'autres cas de la même complication se sont montrés dans la même salle. Deux jours après cet accident, un homme, admis à l'hôpital pour une fracture de jambe compliquée de plaie et qui se trouvait dans d'assez bonnes conditions, a été pris de la pourriture, et est dans un état désespéré au moment où nous écrivons ces lignes.

Le 25 de ce mois, il y a trois jours, un troisième malade,

qui n'offrait qu'une plaie simple de six à huit centimètres de longueur, des téguments de la jambe, a dû être déjà cautérisé deux fois ; et hier 27, un quatrième, amputé de la cuisse par M. Monod, il y a quelques semaines déjà, et qui se trouvait dans les meilleures conditions, en voie de guérison, a présenté sur son moignon des plaques grisâtres qui inspirent à M. Malgaigne les plus sérieuses inquiétudes.

Sans pouvoir se prononcer d'une manière formelle sur les causes qui ont déterminé ces graves complications, M. Malgaigne nous faisait observer que la pourriture d'hôpital ne s'est manifestée dans ses salles que depuis l'époque où, malgré ses réclamations, l'administration des hôpitaux, sacrifiant peut-être trop au désir d'établir dans l'hôpital une symétrie et une régularité parfaites, a fait abattre une cloison qui séparait jusqu'à ce jour les deux salles destinées au traitement des affections chirurgicales.

La réunion, dans la même galerie, d'un grand nombre de malades affectés de plaies de nature et de causes si diverses, ne serait-elle pas pour quelque chose dans la production de la grave complication qui menace de décimer les salles de l'hôpital Saint-Louis ?

Espérons que l'administration, avertie par ces funestes résultats, prendra les mesures les plus promptes pour faire cesser un pareil état de choses. Dût y perdre quelque chose la symétrie et la régularité dans la distribution intérieure des salles, s'il est permis de supposer que l'isolement des deux services de chirurgie peut être utile en mettant les malades dans de meilleures conditions de salubrité, il nous semble qu'on ne devrait pas hésiter un instant à rétablir cette séparation, du moment où, pour nous servir d'une expression célèbre aussi énergique que pittoresque, *agitur de pelle humanâ*.

— On se rappelle les discussions auxquelles, il y a quelque douzaine d'années, donna lieu l'existence jusqu'alors problématique de l'insecte de la gale, discussions qui menaçaient de devenir interminables, lorsque M. Renucci, alors élève en médecine, démontra publiquement sa présence chez tous les galeux indistinctement, et indiqua le point précis du sillon où l'on devait le chercher pour être sûr de le rencontrer. Jusqu'alors problématique, disons-nous, car, avant cette démonstration publique, il ne s'agissait guère que d'assertions théoriques, les uns niant l'*acarus* qu'on ne pouvait leur faire voir, les autres, sur le dire des anciens, soutenant son existence sans l'avoir vu davantage, et représentant, à défaut d'autre modèle, la *mite du fromage*. Aujourd'hui, l'acarus existe pour tout le monde ; il n'est personne qui ne l'ait vu, personne qui ne l'ait extrait avec la plus grande facilité, en se conformant aux préceptes indiqués par M. Renucci.

Cette découverte a donné naissance à une autre question : L'acarus est-il le produit ou la cause déterminante de la gale ? Pour la plupart des dermatologistes, il est certain, et l'expérience directe l'a démontré, que l'acarus est la cause déterminante de l'affection. Pour M. Cazenave, la chose n'est point douteuse ; et la gale, par conséquent, n'est jamais spontanée.

Mais le diagnostic de la maladie n'est pas toujours facile. Suivant M. Cazenave, la raison en est celle-ci : que l'insecte donne lieu à un prurit, à une démangeaison plus ou moins vive, et que les frottements exercés par les malades peuvent donner lieu et donnent souvent lieu, en effet, à des éruptions d'une tout autre nature que la gale pure et simple. Lorsque ces éruptions provoquées artificiellement ont paru, et elles occupent souvent une grande partie, quelquefois la presque totalité du corps, il suffit, pour les guérir, de traiter la maladie qui a été le point de départ de l'éruption ; et, pour cela, de faire quelques frictions sur les parties seulement où existent les acarus. Evidemment, dans ce cas, la guérison ne vient pas de l'absorption du médicament, mais de la destruction de l'insecte. Une fois obtenu ce résultat, le prurit ne tourmente plus les malades, qui cessent de gratter, et l'éruption secondaire disparaît.

Cette complication des éruptions est la raison pour laquelle le diagnostic est fréquemment si malaisé chez des individus dont le corps entier est couvert de prurigo, et qui ne présentent à l'observateur qu'un très petit nombre de vésicules scabiéiques, cinq ou six seulement, par exemple, pour plusieurs milliers de vésicules prurigineuses simples.

Toute la difficulté du traitement de la gale consiste, conséquemment, à trouver un remède qui ne donne pas lieu à une éruption plus abondante que la gale elle-même. Il arrive très souvent, en ville, de rencontrer des malades qui se sont enduits le corps entier de pommades irritantes dans le but de guérir la gale, et qui s'étonnent de voir augmenter l'éruption qui, suivant eux, devrait diminuer. Chez ceux-là, les frictions irritantes ont, en effet, guéri la gale dans les points où elle existait réellement. Mais ce qui persiste, et souvent pendant plusieurs mois, c'est l'eczéma développé sous l'influence des topiques dont ils ont fait un usage abusif.

Une préparation dont M. Cazenave a fait usage pendant fort longtemps, dont il retirait les meilleurs effets, mais à laquelle il a dû renoncer dans sa pratique de l'hôpital en raison du prix élevé des préparations iodurées, c'était une solution composée comme suit :

Eau distillée, 100 grammes.
Iodure de potassium, } de chaque, 4 grammes.
Iodure de soufre, }

Bien que M. Soubeiran ait affirmé que l'iodure de soufre ne se dissolvait pas, et que ce composé équivalait à une solution d'iodure de potassium avec excès d'iode, une liqueur préparée suivant cette dernière formule est loin de donner en pratique les résultats que l'on obtient avec la première. Aussi M. Cazenave persiste-t-il à croire qu'il se forme là un composé binaire particulier, échappant probablement à l'analyse, mais doué de propriétés spécifiques incontestables. Cette solution, bonne à employer chez les malades riches de la clientèle de la ville, a ce grand avantage de guérir vite et bien, et de ne jamais faire naître d'éruption eczémateuse. La moyenne du traitement par cette solution est, en général, de cinq à six jours au plus ; cependant la méthode à laquelle M. Cazenave donne encore la préférence, et qu'il considère comme plus active que celle-ci, partant parfaitement suffisante, c'est un mélange formé de 500 grammes d'une décoction aromatique quelconque dans laquelle on ajoute 4 grammes d'une essence, soit de menthe, de thym, de romarin, etc., et 12 ou 15 grammes d'alcool. Cette préparation a l'avantage sur les précédentes de ne pas tacher le linge des malades, de ne pas être d'un emploi désagréable, et de tuer l'insecte sans déterminer d'éruptions secondaires d'une autre nature.

Lorsqu'au lieu d'une pommade, on emploie les simples lotions avec une de ces liqueurs aromatiques, il est bon de laisser de temps en temps tremper les membres dans la liqueur, et de prendre un bain local. La théorie du traitement de la gale pour obtenir une guérison certaine et rapide, c'est de guérir le sillon. Des lotions seules ne détruiraient pas facilement ce sillon ; un bain prolongé pendant quelque temps a une action beaucoup plus énergique. C'est pour obtenir cette destruction du sillon qu'Ebrard faisait incorporer à sa pommade de la craie pulvérisée ou de la pierre ponce, afin de déchirer la paroi supérieure de ce sillon.

Nous venons de dire que souvent la gale pouvait être l'occasion d'une éruption tout autre par sa nature et ses caractères. Des dermatologistes célèbres ont pu s'y tromper. Ce qu'Alibert appelait gale pustuleuse n'était autre chose qu'une complication de gale et de prurigo. La gale n'existe réellement que là où l'on trouve des acarus. Ces divers aspects que présente quelquefois la maladie sont les causes pour lesquelles les médecins, peu habitués à observer les affections cutanées, la méconnaissent lorsqu'elle se manifeste dans des régions exceptionnelles.

Enfin un dernier remède que nous signalait encore M. Cazenave, c'est une solution à l'aide de laquelle, il y a quelques années, un charlatan guérissait, disait-il, la gale en vingt-quatre heures, et dont il cachait la formule. L'analyse fit reconnaître pour base du médicament l'acide arsénieux en dissolution, et dans une proportion telle, que M. Cazenave n'a jamais osé l'employer. Cette thérapeutique paraît avoir été une réminiscence de la thérapeutique vétérinaire, dans laquelle on guérit, chez les chiens, par exemple, la gale, en plongeant l'animal dans un bain arsénical.

— Un homme affecté d'un psoriasis, fut pris de variole. Le psoriasis disparut, et pendant quatre ou cinq semaines encore après la guérison de la variole, ne se manifesta point de nouveau. Au bout de ce temps, la maladie intercurrente étant complétement guérie, le psoriasis vient de reparaître. Cette révulsion est facile à comprendre, et ne doit pas plus étonner pour les maladies de la peau que pour toutes les autres affections. C'est toujours là le *duobus laboribus.....* Mais ce qui paraît tout simple pour le psoriasis arrive aussi quelquefois pour la gale. Il est arrivé au professeur dans le service duquel nous avons observé ce fait, de voir, sous l'influence d'une maladie grave se développant chez un galeux, de voir, disons-nous, la gale disparaître tout à coup, pour reparaître alors que l'affection aiguë est guérie. Ici la révulsion est difficile à comprendre, et semblerait impossible, s'il est vrai, comme tout le monde l'admet maintenant, que l'acarus soit la cause de l'exanthème qui nous occupe. Comment, en effet, concevoir la disparition d'un insecte parasite pendant le cours d'une maladie étrangère à la peau, et sa reproduction spontanée après la cessation de cette maladie ?

M. Dumas, auquel a été soumise la difficulté, pense qu'il n'y a point là de révulsion ni de disparition de l'acarus ; mais il admet que l'insecte peut rester à l'état latent dans les tissus, et vivre des mois entiers sans manifester son existence d'aucune manière.

— On a lieu de s'étonner qu'après les nombreux travaux qui sont venus dans ces derniers temps élucider l'histoire des affections cérébrales, leur diagnostic reste encore lettre-close pour un grand nombre de praticiens de la ville, qui cependant sous d'autres rapports et dans d'autres circonstances, ne manquent pas de quelque mérite. M. Rostan fut appelé en consultation près d'une jeune fille de quatorze à quinze ans, qui se trouvait, au moment où il la vit, dans un état comateux complet, les yeux convulsés en haut, etc. Quelques questions faites aux parents apprennent que cet état dure depuis cinq à six jours, devenant de plus en plus grave ; qu'il avait été précédé d'une violente céphalalgie, d'un appareil fébrile intense, 112 à 120 pulsations par minute, etc. Cependant le médecin ordinaire traitait cette jeune fille pour une névrose, et croyait à l'existence d'un état hystérique. Aussi, faisait-on prendre à la malade pour antispasmodiques, camphre, musc et castoréum ; aussi lui donnait-on des bains, des affusions froides, qui ne l'empêchèrent pas de succomber au bout de quelques jours à une encéphalite ataxique.

Dans des cas de cette nature, ce n'est pas seulement de l'état du moment qu'il faut tirer les éléments du diagnostic, quoiqu'il serait facile de comprendre la différence qui existe entre le coma dépendant d'une inflammation cérébrale, et qui peut durer six, huit jours et même plus, et la perte de connaissance hystérique dont la durée excède rarement douze, vingt-quatre ou trente-six heures. On néglige trop fréquemment les données précieuses que l'on peut puiser dans la connaissance des antécédents. Il est évident que si, dans cette circonstance, on eût tenu compte de l'état fébrile, de la céphalalgie et des autres symptômes qu'avait offerts la malade au début de l'affection, une thérapeutique antiphlogistique énergique eût été mise en usage, qui aurait pu triompher de la phlegmasie.

— Nous avons vu dans le service de M. Malgaigne un fait intéressant de contraction musculaire que nous publierons prochainement, et que nous mettrons en regard d'un cas à peu près analogue qui s'est présenté il y a quelques mois dans les salles de M. Jobert. Z...

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Des accidents qui peuvent survenir soit pendant, soit après l'opération de la cataracte.

(Suite du numéro du 3 octobre.)

Cataractes reproduites. — Nous voulons parler de ces cataractes qui, une fois maintenues abaissées pendant quelque temps, reviennent à leur place primitive d'une manière complète ou incomplète pendant les premiers jours qui suivent l'opération. On devine aisément pourquoi nous ne comprenons pas sous cette dénomination les fragments opaques qui restent quelquefois dans la pupille après l'extraction et ceux nécessairement plus nombreux qui sont le résultat du broiement ; ce sont là des accidents intercurrents et nullement des accidents consécutifs comme ceux qui nous occupent ici.

La cataracte reproduite s'observe à une époque très variable de l'opération qui a été pratiquée : vingt-quatre heures après, deux jours, quinze jours, etc. Sous ce rapport, il n'y a rien de fixe.

La cause de la reproduction de la cataracte est le plus souvent un ébranlement imprimé à la tête, une contraction brusque et énergique des muscles de l'œil. L'une et l'autre de ces deux influences mécaniques ont également pour résultat de dégager une portion ou la totalité de l'appareil cristallinien du corps vitré dans lequel il était plongé et de le relever au niveau de la pupille.

Ce dégagement du corps opaque est d'autant plus aisé que son abaissement est plus récent ; car, avec le temps, la cataracte finit par contracter avec les cellules hyaloïdiennes des adhérences qui suffisent pour la fixer solidement dans cette nouvelle position.

La cataracte reproduite ne ressemble pas à la cataracte, telle qu'elle était primitivement, pour plusieurs raisons.

Sa continuité a été détruite le plus souvent dans quelques points par l'aiguille ; la cataracte n'est donc plus complète.

Son volume est diminué ordinairement un peu par suite d'un commencement d'absorption, ce qui change son aspect extérieur.

Elle n'occupe plus exactement et symétriquement sa place primitive ; les rapports sont donc changés.

Enfin, elle diffère encore complétement de ce qu'elle était par son absence de connexion avec les tissus voisins ; elle leur est contiguë, et non plus continuë ; par conséquent, la cataracte reproduite ne vit plus, à proprement parler ; elle est devenue pour l'organisme une sorte de corps étranger dont il tend désormais à se débarrasser.

Il faut renoncer à décrire les formes diverses et les aspects variés sous lesquels peuvent s'offrir les cataractes reproduites. Ils dépendent, comme on le conçoit aisément, d'une foule de circonstances particulières. D'ailleurs, il est assez facile de reconnaître, dans ces cas ordinaires, la nature de l'accident que l'on a à traiter, et de les distinguer des épanchements pupillaires et des cataractes secondaires.

Cependant, si la cataracte reproduite n'est pas simple, comme nous le supposons jusqu'ici, s'il existe quelque complication phlegmasique de l'œil, une cataracte secondaire, un épanchement pupillaire, etc., il n'y a plus alors de diagnostic précis à établir avant d'avoir triomphé des complications.

Pour bien s'expliquer les différences nombreuses que présentent entre elles, relativement à leur marche, les cataractes reproduites, il faut avoir présentes à l'esprit les réflexions suivantes :

L'abaissement a été pratiqué sur un enfant ou sur un vieillard ; l'absorption, toutes choses égales, est très rapide dans le premier cas, et très lente dans le deuxième, parce que l'activité fonctionnelle de nos organes est loin de s'égaler à ces deux extrêmes de la vie.

La cataracte était molle ou dure, deux conditions fort différentes pour l'absorption, puisque la cataracte dure ne peut disparaître par ce mécanisme qu'à la condition de devenir molle.

Le corps opaque reste intact, ou bien il a été divisé en deux, trois, ou même un plus grand nombre de fragments. Or, plus les fragments sont nombreux, plus leur disparition est prompte, parce qu'ils offrent alors une plus grande étendue de surface aux vaisseaux absorbants.

Enfin, le cristallin remonté est ou n'est pas enveloppé de sa capsule. La présence ou l'absence de la capsule joue encore ici un rôle important ; car l'enveloppe du cristallin lui sert de moyen protecteur qui le dérobe pendant longtemps à l'absorption.

Telles sont les conditions principales au milieu desquelles on observe les cataractes reproduites, et dont l'appréciation, toutes les fois qu'elle est possible, sert à éclairer le praticien sur le pronostic à porter, sur le traitement à mettre en usage.

Quelques circonstances méritent cependant encore d'être signalées.

La cataracte reproduite peut être encore adhérente par quelques-unes de ses parties, soit à l'iris, soit à des fragments de capsule incomplétement déchirée ; non adhérente, quoique soutenue et fixée par l'humeur vitrée qui l'entoure, mais dépourvue de moyens d'union avec les parties environnantes ; elle peut être également branlante ou susceptible d'osciller dans l'œil de bas en haut, sous l'influence de la contraction des muscles de l'œil ; elle enfin, devient quelquefois pérégrinante, c'est-à-dire qu'elle est susceptible de se déplacer, non plus seulement de bas en haut, mais encore d'arrière en avant, de manière à franchir la pupille pour passer dans la

chambre antérieure, qu'elle abandonne quelquefois pour regagner la chambre postérieure.

Ces formes différentes de cataractes reproduites indiquent déjà d'une manière assez précise les variations qui peuvent survenir dans leur marche, les complications qu'elles sont capables d'entraîner avec elles. De tous ces accidents concomitants, le plus fréquent, et celui qui constitue le principal obstacle à la guérison de la maladie, est sans contredit l'inflammation des différents tissus de l œil.

En effet, une iritis, une conjonctivite et un état congestionnel de la partie antérieure de la sclérotique, etc., sont on ne peut plus défavorables au travail de résorption ; et il n'est pas rare de voir une cataracte reproduite persister dans le même état pendant deux, trois, quatre mois et même plus, tant que l'œil reste atteint de phlegmasie. Le meilleur moyen d'activer la résorption consiste, dans ce cas, à combattre l'inflammation, souvent mal localisée, dont le globe oculaire est le siége.

Le traitement des cataractes reproduites doit être d'ailleurs excessivement variable. On peut dire, d'une manière générale, qu'il faut savoir attendre beaucoup du temps, et un peu des secours de l'art.

Ainsi, telle cataracte remontée en totalité aura été abandonnée à elle-même parce que le malade n'aura pas voulu, je suppose, se laisser opérer une seconde fois ; on examine l'œil après six mois, et il n'existe plus de traces de l'opacité, la résorption en a fait justice. Mais l'âge avancé du sujet, la dureté de la cataracte, l'inflammation concomitante, etc., sont autant de circonstances qui peuvent la faire persister beaucoup plus longtemps.

Quoiqu'il soit difficile de préciser, lorsqu'on n'est pas en face d'un cas particulier, l'époque à laquelle il convient de pratiquer une seconde opération sur l'œil opéré déjà une première fois, on peut dire néanmoins qu'après six ou huit mois au plus, s'il n'est survenu dans l'œil aucun changement favorable, il convient d'abaisser de nouveau la cataracte, de la broyer ou de l'extraire selon les différentes indications particulières.

On a dit, pour diminuer en quelque sorte l'importance de ces opérations secondaires, que l'œil était moins sensible au contact des instruments qu'il l'avait été la première fois, et qu'en général les accidents consécutifs étaient moins fréquents. L'observation ne permet peut-être pas de trancher aussi nettement la question, et on rencontre encore assez fréquemment des inflammations de l'œil à la suite de ces secondes ou troisième opérations. D'ailleurs, il ne faut pas oublier une proposition qui nous paraît d'une incontestable justesse : c'est qu'un trouble longtemps prolongé de l'innervation agit très défavorablement sur les fonctions de l'œil qu'il affaiblit et rend quelquefois même inapte à la vision malgré la transparence parfaite de ses membranes et de ses humeurs. Or, les opérations multipliées agissent certainement dans ce sens par la réaction phlegmasique presque inévitable qu'elles déterminent. Nous devons dire néanmoins qu'il existe dans la science quelques observations qui prouvent que l'on a pu retoucher cinq, six ou sept fois au même œil pour des cataractes reproduites et obtenir à la fin un succès définitif. Mais, en général, nous avons adopté pour règle de conduite d'être autant que possible *temporisateur*. Le temps que l'on perd de la sorte est dans beaucoup de cas du temps gagné pour la guérison du malade.

Cataractes secondaires. — Nous désignons sous ce nom les altérations de l'appareil cristallinien développées après l'opération de la cataracte et sous l'influence de cette opération. Puisque la cataracte secondaire reconnaît pour cause l'opération de la cataracte qui existait primitivement, il faut étudier son mode de production dans le mécanisme du manuel opératoire lui-même. Or, cet examen gagnera beaucoup en précision en établissant les divisions suivantes :

1° Cataractes secondaires antéro-capsulaires ;
2° Cataractes secondaires postéro-capsulaires ;
3° Cataractes secondaires lenticulaires.

A. Les cataractes secondaires antéro-capsulaires sont formées par l'opacité d'une partie ou de la totalité de la capsule antérieure du cristallin développée après une opération de cataracte cristalline.

Cette opacité peut survenir dans deux circonstances différentes que voici :

La capsule antérieure n'a pas été sensiblement lésée pendant l'opération ;

La capsule antérieure a été déchirée dans une étendue plus ou moins grande pendant l'opération.

Dans le premier cas, la capsule antérieure devient opaque, parce que la réaction phlegmasique qui suit l'opération s'étend jusqu'à elle, ou bien par suite du développement d'une iritis qui a eu les mêmes conséquences. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que cette portion de la capsule cristalline s'enflamme très facilement de sa nature.

Dans le second cas, la capsule antérieure devient opaque par suite de l'inflammation partielle des lambeaux qui résultent de la déchirure qu'elle a subie ; ces lambeaux sont susceptibles, dans quelques cas, de se rapprocher, de s'agglutiner entre eux ; de reconstituer dans sa continuité, par leur réunion définitive, la membrane capsulaire telle qu'elle existait primitivement, moins la transparence.

Il faut, à notre avis, rechercher la fréquence des cataractes secondaires antéro-capsulaires dans cette facilité singulière qu'offre la capsule antérieure du cristallin à réparer promptement les solutions de continuité qu'elle a subies, d'une part, et, d'une autre part, dans l'impossibilité presque générale où l'on est d'enlever soit une portion, soit la totalité de cette membrane restée transparente. La capsule antérieure du cristallin présente en effet, *à l'état normal*, une résistance trop faible dans son tissu et des adhérences trop résistantes à la zone ciliaire pour qu'il soit possible de la détacher en totalité dans les opérations ordinaires de cataracte. Tandis qu'il en est tout autrement lorsque la membrane capsulaire dont nous parlons est devenue opaque ; alors, d'un côté, son tissu est plus dense, plus résistant ; de l'autre, ses moyens d'union sont moins intimes, circonstances qui se prêtent doublement à l'action des instruments que l'on emploient pour opérer son ablation.

Aujourd'hui, il n'est plus permis d'agiter la question de savoir s'il convient de laisser intacte ou de déchirer le plus possible la capsule antérieure du cristallin pendant une opération de cataracte ; cette dernière manière de faire réunissant plus de chances favorables que la première, c'est elle qu'il faut toujours mettre en usage.

Le début d'une cataracte secondaire antéro-capsulaire n'est pas toujours le même dans tous les cas. Tantôt, en effet, il ne survient dans l'œil, après l'opération de la cataracte, qu'une simple opacité antérieure ; tantôt, au contraire, il se développe plusieurs phénomènes morbides dont l'inflammation capsulaire (périphakite) n'est pas le plus grave.

Dans les deux cas, on voit se développer dans le champ de la pupille une opacité d'un blanc jaunâtre qui, après avoir débuté par un point de l'étendue de la capsule, n'a pas tardé à envahir sa totalité. A l'aspect régulier de sa surface, à son apparence membraniforme, à sa position par rapport à l'iris, etc., on reconnaît facilement qu'il s'agit bien d'une opacité de la capsule antérieure du cristallin, et non d'un épanchement intra ou post-pupillaire. Si la membrane opaque n'a pas éprouvé de solution de continuité, ou si elle a été réparée par le bénéfice de l'inflammation adhésive, sa direction reste à peu près la même que dans l'état normal. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il existe des lambeaux plus ou moins flottants ; ceux-ci, en se développant, ont pu être projetés en avant et s'accoler en quelque sorte au bord pupillaire de l'iris, ou bien avoir été dirigés en arrière et s'être en quelque sorte enroulés sur eux-mêmes, de manière à agrandir encore davantage l'espèce de *trouée centrale* que présente la capsule antéro-cristalline. Enfin, ces lambeaux peuvent n'être dirigés définitivement ni en avant ni en arrière, mais bien être restés mobiles et flottants dans l'humeur aqueuse sous l'influence des contractions musculaires de l'œil.

Lorsque la cataracte secondaire antéro-capsulaire se développe *isolément*, elle ne donne lieu qu'à une réaction oculo-palpébrale presque insignifiante : l'œil n'est pas sensiblement congestionné, il n'est presque pas douloureux ; l'épiphora, la photophobie sont à peine appréciables. En un mot, il faut voir la cataracte nouvelle qui vient de se former pour connaître son existence ; autrement, on n'aurait pas pu la soupçonner d'après les symptômes accusés par l'opéré.

Lorsque la cataracte secondaire antéro-capsulaire se développe *conjointement* à une iritis, une cyctite, etc., les symptômes concomitants sont alors bien plus sérieux ; mais il n'est pas exact de les rapporter exclusivement à l'inflammation de la capsule antérieure du cristallin.

Ainsi, voilà deux états pathologiques qui ont tous deux le même résultat, la formation d'une cataracte secondaire ; il va sans dire qu'il faut savoir tenir compte de toutes ces différences dans l'emploi des moyens thérapeutiques... L'état complexe qui se rencontre le plus souvent est l'inflammation simultanée de l'iris et de la capsule antérieure du cristallin (irido-périphakite).

Complète, la cataracte secondaire antéro-capsulaire rend impossible l'accès des rayons lumineux sur la rétine ; la vision est donc abolie. Incomplète, au contraire, comme cela arrive quelquefois, l'œil peut encore être au malade d'un plus ou moins grand secours. Mais on peut dire, sans exagération, qu'un malade atteint de cataracte secondaire est placé souvent dans des conditions plus mauvaises que celles où il se trouvait avant l'opération ; cela tient moins à une opacité plus prononcée de la cataracte, qu'à une diminution fréquente dans l'étendue de l'ouverture pupillaire qui existe même en l'absence d'inflammation de l'iris.

La cataracte secondaire présente deux variétés :

Elle n'a pas contracté d'adhérence avec l'iris, qui reste libre dans tous ses mouvements.

Elle a contracté des adhérences avec l'iris, qui est retenu dans une étendue plus ou moins grande, et privé par conséquent d'une partie de ses mouvements.

Il importe beaucoup dans la pratique, de savoir s'il existe ou s'il n'existe pas de moyens d'union entre l'iris et la capsule antéro-cristalline. Heureusement cette connaissance est facile à acquérir ; il suffit pour cela d'examiner l'œil malade, soit sans préparation, soit après instillation entre la paupière de quelques gouttes de belladone ou de jusquiame.

REVUE GÉNÉRALE.

Perforation de la veine jugulaire externe au fond d'un abcès du cou. — On lit dans les Archives le fait suivant, tiré des journaux anglais :

Un enfant de neuf ans fut pris de frisson le 5 août dernier ; le lendemain, la scarlatine fit son apparition sur tout le corps. Il entra le 7 à l'hôpital d'Hardwicke. La gorge et les amygdales étaient enflammées et d'un rouge vif, avec quelques points d'ulcération sur chaque amygdale, sur la luette et à la partie postérieure du pharynx. L'ulcération de l'amygdale gauche était superficielle ; les autres étaient tapissées par une couenne grisâtre, au-dessous de laquelle la surface ulcérée était d'une couleur cendrée ; la déglutition était difficile ; le pouls était petit et fréquent. Le 10, l'éruption scarlatineuse disparut. L'enfant ne se plaignait pas ; mais il avait de l'agitation et grognait continuellement. La pupille était dilatée ; le pouls à 130. Le 12, les deux régions parotidiennes devinrent le siége d'un gonflement qui s'étendait jusqu'au cou ; la peau était enflammée à leur niveau. Le 15, les deux tumeurs parotidiennes avaient changé d'aspect ; celle du côté gauche avait presque entièrement disparu ; du côté droit, au contraire, elle était molle, pâle et fluctuante. Elle fut ouverte, et il en sortit une matière de mauvaise nature. Le petit malade commençait à s'affaiblir. Le 18, toux courte et fréquente ; expectoration rare ; respiration courte ; face pâle ; anxiété extrême ; pouls misérable. Le 20, tout d'un coup, il s'écoula, par les ouvertures de la région parotidienne droite, un flot de sang peu coloré. Le 22, on découvrit sur la jambe droite une tumeur fluctuante, sans changement de couleur à la peau ; le pied était œdémateux. Le 23, le genou correspondant était gonflé et fluctuant. Le 24, il survint une nouvelle hémorrhagie, et la mort eut lieu peu après.

Autopsie. — Les téguments qui tapissent le côté droit et supérieur du cou étaient d'une couleur violacée et percés d'ouvertures nombreuses. Le tissu cellulaire et le muscle sterno-mastoïdien, dans son tiers supérieur, étaient ramollis et infiltrés de pus sanieux et fétide. Le ramollissement s'était étendu jusqu'à la veine jugulaire interne, et près de l'angle de la mâchoire ce vaisseau était percé d'une petite ouverture circulaire. La membrane interne de la veine était considérablement injectée et tapissée de lymphe plastique dans le voisinage de l'ouverture. L'amygdale droite était presque entièrement détruite, la gauche augmentée de volume ; l'épiglotte épaissie et ulcérée à son bord libre ; la membrane interne du larynx enflammée ; bronchopneumonie générale ; infiltration purulente dans les muscles de la jambe ; il y avait du pus dans l'articulation du cou-de-pied droit et du genou du même côté ; les cartilages étaient ramollis, mais non ulcérés.

Nous ne croyons pas déplacé de faire suivre cette observation de l'article suivant, extrait du Journal des Connaissances médico-chirurgicales, et dans lequel se trouve rapporté un exemple à peu près analogue, sous le titre : *Ulcération de la veine jugulaire interne communiquant avec un abcès* ; par le docteur Williams Bloxam.

Voici un cas cité comme extraordinaire, et qui nous paraît cependant mériter de fixer l'attention des praticiens, ne fût-ce que pour les désabuser sur le compte de la prétendue immunité attribuée par les chirurgiens aux tuniques des vaisseaux contre les atteintes des phlegmons. Des faits de ce genre ne sont d'ailleurs pas aussi rares que se l'imaginent les médecins appelés à les observer une fois dans leur vie. Dans notre numéro d'octobre 1845, se trouve une note sur un cas de scarlatine avec abcès du côté gauche du cou et suppuration suivie d'hémorrhagie mortelle. Dans l'observation du docteur Bloxam, il s'agit encore d'une scarlatine avec abcès ; l'hémorrhagie fut également suivie de mort ; seulement elle eut lieu par la jugulaire interne : voilà toute la différence.

Observation. — L'auteur fut appelé à visiter une petite fille de cinq ans arrivée à la troisième semaine d'une fièvre scarlatineuse. Au déclin de l'éruption, une glande s'était enflammée et abcédée au côté droit du cou sous l'angle de la mâchoire. Au bout de cinq jours, l'abcès s'était ouvert et avait donné lieu à un écoulement de sang léger d'abord, mais ensuite de plus en plus abondant et présentant tous les caractères du sang veineux.

Le docteur Bloxam vit cette enfant trois jours après le début de l'hémorrhagie, qui avait alors un caractère des plus alarmants. La malade était pâle, exsangue, avait le pouls rapide, les extrémités froides, l'irritabilité était extrême.

On exerça une forte compression, qui arrêta le sang pendant onze heures. Mais les mouvements désordonnés auxquels l'enfant se livrait sans cesse finirent par déranger l'appareil et ramener l'hémorrhagie. Il ne devint plus possible, enfin, de maintenir la compression, et la mort survint deux jours après.

A l'autopsie, on trouva sur le côté interne de la veine jugulaire interne une ulcération oblongue de cinq lignes dans son plus grand diamètre, communiquant avec le foyer de l'abcès.

Ce fait, joint à celui que nous avons mentionné plus haut, tendrait à faire voir qu'il y a dans le pus des abcès scarlatineux une action corrosive toute spéciale, d'où il résulterait qu'on ne saurait les ouvrir trop tôt Il ne faut pas toutefois attribuer une trop grande innocuité aux autres abcès ; car quelques pages plus loin, dans le même recueil, on trouve une observation d'ulcération de l'artère pulmonaire ouverte dans la cavité d'un abcès chronique des poumons. La mort eut lieu par hémorrhagie. Il n'y avait pas d'autre ulcération que celle de l'artère pulmonaire. Elle était située à deux pouces de bifurcation et avait le calibre d'une plume de corbeau.

Les ulcérations des artères ne sont d'ailleurs pas chose rare. Le Mémoire du docteur Bloxam appellera l'attention sur la possibilité de semblables lésions dans les veines, les mêmes circonstances échéant.

Des remèdes dits expectorants et de leurs indications. — Dans un article de la *Gazette médicale de Strasbourg*, M. le professeur Schützemberger insiste sur la nécessité de tenir grandement compte, dans les affections thoraciques, de la sécrétion catarrhale des bronches. Deux circonstances, dit-il, réclament dans ce cas une médication spéciale :

1° L'accumulation de mucosités plus ou moins visqueuses dans les bronches par défaut d'expectoration ;

2° Une sécrétion d'une abondance extraordinaire, véritable bronchorrhée, qui, malgré une expectoration facile, verse incessamment des fluides dans les voies aériennes, les obstrue, et menace de faire périr les malades par asphyxie.

On a longtemps considéré l'expectoration et beaucoup de personnes semblent la considérer encore comme le résultat d'un acte de compression purement mécanique qu'éprouvent les poumons par le resserrement du thorax, et suivi de l'entraînement des crachats par le courant de l'air lors des efforts de toux. Il est incontestable, dit M. Schützemberger, que ces actes concourent à l'expulsion de liquides arrivés dans la trachée-artère, dans le larynx ou dans les grosses bronches. Mais comment la toux pourrait-elle débarrasser les ramifications bronchiques plus déliées, celles qui avoisinent les vésicules pulmonaires, et qui cependant contiennent des liquides visqueux ? L'expectoration ne se comprend complétement qu'en admettant ce que l'expérience directe a prouvé, que les canaux aériens sont autre chose encore que des tubes inertes, doués de plus ou moins d'élasticité et jouissant d'une certaine contractilité. Or, quand, malgré les signes qui indiquent la présence de fluides dans les ramifications bronchiques, et malgré la toux qui fatigue les malades, l'expectoration est difficile ou impossible, il surgit une médication rationnelle, celle de provoquer, d'exciter la contraction des canaux dont le concours est nécessaire à l'expulsion des liquides. Cette indication est remplie par des agents expectorants, au premier rang desquels sont les préparations antimoniales. Mais à quel titre les antimoniaux jouissent-ils de cette propriété ? Probablement, suivant l'opinion de M. Schützemberger, en exerçant sur la contractilité des bronches une influence analogue au mouvement antipéristaltique qu'ils provoquent dans l'estomac, et au mouvement péristaltique des intestins. Leur action sur la huitième paire nerveuse est incontestable ; les nausées et la sensation de malaise en sont un effet irrécusable. Les préparations antimoniales sont donc utiles dans les affections catarrhales du poumon :

1° Comme expectorants, indiqués quand les crachats mobiles ne peuvent être rejetés malgré les efforts de la toux ;

2° Comme moyen susceptible d'exercer une influence salutaire sur l'état de congestion des vaisseaux pulmonaires.

M. Schützemberger prescrit, dans ces circonstances, le tartre stibié à la dose de dix à vingt centigrammes en potion, ou le kermès à la même dose. Dans les cas où la viscosité même des fluides bronchiques est la cause principale de la difficulté de l'expectoration et de l'obstruction plus ou moins complète des canaux aériens, il se borne à prescrire des boissons gommeuses et émollientes prises en quantité. Les préparations de scille, et notamment l'oxymel scillitique, lui ont offert aussi des avantages. Quant à une foule d'autres médicaments auxquels on attribue une propriété fluidifiante, leur action lui paraît plus que problématique.

La sécrétion bronchique peut être excessivement abondante, et, malgré l'expectoration, une véritable bronchorrhée peut menacer de faire périr le malade d'asphyxie. Dans ces cas, l'indication rationnelle consiste à arrêter la sécrétion, à la faire cesser aussi promptement que

possible. Les moyens propres à favoriser l'expectoration sont nécessaires sans doute; mais, tout en les continuant, il faut tarir la source de la sécrétion. Les révulsifs, et notamment les vésicatoires largement appliqués sur le thorax, sont dans ces cas l'agent qui doit inspirer le plus de confiance. Quant à l'abstinence des boissons qui a été conseillée dans les mêmes circonstances, M. Schützemberger la considère comme utile à titre d'adjuvant.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Absence d'arsenic dans le fœtus provenant d'une femme morte empoisonnée par cette substance, par M. Benoist.

M. Benoist, pharmacien à Amiens, a lu dernièrement devant la Société de pharmacie de cette ville une note fort intéressante relative à la recherche chimico-légale de l'arsenic dans un cas d'empoisonnement par ce toxique.

Chargé par la justice d'examiner les organes d'une fille enceinte de six mois, qui s'était donné la mort en avalant une dose assez considérable d'arsenic, M. Benoist retrouva ce poison non-seulement par la méthode si précise de Marsh, mais il put même le recueillir à l'état de petits grains blancs disséminés sur la surface interne de l'estomac. Ces grains, traités convenablement, fournirent de nombreux anneaux métalliques.

Le fœtus, âgé de six mois (33 centimètres de longueur, longs cheveux et ongles formés), fut examiné dans le but de reconnaître s'il avait été tué par l'absorption du toxique qui avait fait périr la mère.

Il fut donc soumis à l'appareil de Marsh; mais toutes les expériences ne donnèrent que des résultats négatifs. On continua pendant plus d'une heure la combustion du gaz sortant de l'appareil de Marsh, sans obtenir l'apparence même d'une tache, de quelque nature qu'elle fût.

L'observation publiée par M. Benoist est d'autant plus digne d'attirer l'attention des chimistes et des médecins légistes, qu'elle se trouve diamétralement en opposition avec une note insérée dans ces derniers temps au *Bulletin de la Société de médecine de Gand*; en effet, il est dit dans cette dernière, que « des experts ont constaté que, dans » l'empoisonnement d'une femme enceinte, l'arsenic pénètre jusqu'au » produit de la conception, et qu'un fœtus analysé par eux leur avait » donné des traces de ce poison. »

Formule d'un liniment antipériodique; par M. le Dr Bellencontre, de Pont-Audemer.

M. Bellencontre se loue beaucoup de l'emploi du liniment suivant dans le traitement des pyrexies périodiques.

Huile essentielle de térébenthine,	125 gram.
Laudanum de Rousseau,	4

M. et F. S. A. un liniment aussi homogène que possible.

Ce liniment est employé matin et soir en frictions sur la colonne vertébrale, pendant la durée de l'apyrexie, en ayant soin toutefois que l'une des deux frictions au moins soit pratiquée une ou deux heures avant le commencement du paroxysme.

La dose du liniment, pour chaque friction, est d'environ deux cuillerées à bouche pour un adulte. En effet, cette dose doit nécessairement être toujours subordonnée à l'âge et à la constitution des individus.

Il n'est pas inutile non plus d'ajouter que les frictions ne doivent pas déterminer de rubéfaction, et que, par conséquent, elles doivent toujours être faite avec plus ou moins de légèreté, suivant le degré plus ou moins grand de finesse et de susceptibilité de l'appareil tégumentaire externe chez les différents sujets.

D'ailleurs, les doses du liniment doivent être nécessairement augmentées par degrés, pour en retirer tous les avantages attendus. En général, suivant l'auteur, une ou deux frictions suffisent dans les fièvres intermittentes marécageuses bien franches, lorsque leur début ne remonte qu'à quelques jours; mais, dans tous les cas, pour obtenir une guérison radicale, qui se soutienne, il est indispensable de prescrire une ou deux frictions encore après la cessation complète de tous les accidents pyrétiques. Cette recommandation trouve surtout son application dans les cas où il s'agit de fièvres, qui, antérieurement à l'emploi de cette nouvelle médication, ont été traitées sans aucun succès par les médicaments fébrifuges ordinairement mis en usage dans la pratique.

Cette médication est encore d'un puissant effet, et peut rendre des services signalés dans certaines maladies de l'estomac, et surtout dans les cas où le sulfate de quinine ou tout autre médicament fébrifuge soit supporté, quelle que soit d'ailleurs la cause de cet éréthisme.

Ses avantages ne sont pas moins tranchés, il est facile de le concevoir, chez les jeunes sujets auxquels on ne peut faire prendre aucun remède interne, et qui vont même souvent jusqu'à se refuser à l'administration des lavements.

Enfin, l'auteur affirme que ce liniment lui a fourni des résultats non moins avantageux dans les cas de pneumonies et de pleuropneumonies intermittentes, non-seulement à titre d'antipériodique, mais encore comme précieux révulsif cutané.

Emploi des insufflations de poudre de gomme alunée dans le cas d'épistaxis; par M. le docteur Leclaysse, d'Anvers.

L'épistaxis est, dans de certaines limites, une hémorrhagie qui ne peut inspirer de craintes, ni par conséquent réclamer les secours de l'art; mais lorsqu'elle est essentielle et qu'elle se prolonge avec une grande violence, elle doit être promptement l'objet d'une médication appropriée.

La médication à laquelle on a ordinairement recours dans les cas de ce genre consiste dans le tamponnement des narines, moyen à la fois douloureux et très incommode, et qui a de plus le très grave inconvénient de n'agir avec succès qu'autant que le tampon reste solidement fixé.

M. Leclaysse s'est servi avec le plus grand avantage, dans quelques épistaxis très opiniâtres, d'un moyen beaucoup plus simple et en même temps d'un effet bien plus certain. C'est l'insufflation dans les fosses nasales, à l'aide d'un tuyau de plume, d'un mélange à parties égales de poudre de gomme et de poudre d'alun.

Une pincée de ce mélange fut insufflée au moyen d'un cornet de papier dans les narines d'une femme prise d'épistaxis depuis trois heures, et chez laquelle tous les moyens ordinaires avaient été mis en usage sans le moindre succès. Cette insufflation, répétée à trois reprises différentes, suffit pour maîtriser l'hémorrhagie et l'arrêter définitivement.

Le même résultat fut obtenu chez un jeune garçon âgé de dix ans, qui avait été déjà soumis au tamponnement sans que l'écoulement du sang eût été suspendu.

Branner avait conseillé antérieurement l'insufflation de la poudre de gomme; mais il est facile de concevoir que l'association de l'alun à cette substance ne peut qu'en augmenter l'efficacité, puisque ce sel, par la stypticité dont il est doué détermine rapidement la coagulation du sang, et que le mélange de ce liquide avec la poudre gommeuse donne ainsi naissance à un caillot, véritable tampon imperméable et bien adhérent, qui s'oppose puissamment à la continuation ultérieure des accidents hémorrhagiques.

NOUVELLES.

Par suite du refus de plusieurs des médecins et chirurgiens des hôpitaux désignés pour être juges du concours de l'internat, on a dû procéder à un nouveau choix, et voici comment le jury se trouve définitivement constitué :

MM. Auvity, Marjolin père, Cullérier, Monneret, Nonat, Barthez, Roger.

Le sujet de la composition écrite, qui a eu lieu lundi dernier, était celui-ci :

« Décrire les rapports de l'artère axillaire; indiquer ses branches; faire le diagnostic différentiel des tumeurs de l'aisselle. »

— On lit dans les journaux :

M. le docteur Josat, dont les études de plusieurs années sur la question des morts apparentes avaient sérieusement fixé l'attention de l'administration, a reçu la mission d'aller visiter en Allemagne les institutions préventives des enterrements prématurés.

Les recherches de M. Josat doivent faire l'objet d'un rapport à M. le ministre de l'intérieur, et amèneront, il faut l'espérer, le gouvernement à s'occuper d'une révision de notre législation mortuaire qui nous garantisse enfin la sécurité dont jouissent nos voisins d'outre-Rhin.

— Plusieurs cas de choléra sporadique, c'est-à-dire isolé et non épidémique, se sont manifestés dans l'arrondissement de Ploërmel. Ils présentent tous les symptômes du choléra asiatique, sauf la couleur bleue de la face. L'un de ces cas a été mortel, et le malade a succombé au bout de quarante-huit heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 129. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 2 NOVEMBRE 1846.

SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT A ÉLEVER A BICHAT.

Hier, 1er novembre, la Commission pour la souscription du monument à élever à la mémoire de Bichat, s'est réunie dans la salle des séances de l'Académie de médecine.

On sait que cette Commission est composée des membres de la Commission permanente du Congrès ; de M. le professeur Roux, qui en est le président ; de M. Moizin, vice-président; des membres du bureau du Congrès médical, du bureau de la Société médicale d'émulation, et de MM. Thierry et Robinet, membres du Conseil général du département de la Seine.

La séance, présidée par M. Roux ayant à ses côtés M. Serres, président de la Commission permanente, a été ouverte à une heure.

Communication des décisions prises dans les précédentes séances a été faite par M. Amédée Forget, secrétaire de la Commission.

M. Richelot, trésorier, a exposé l'état actuel de la souscription, dont le chiffre dépasse 6,000 francs.

Après la discussion de plusieurs propositions, la Commission a décidé qu'un nouvel appel serait fait au corps médical en lui annonçant que la souscription serait prochainement close.

Elle a décidé, en outre, que M. David (d'Angers), qui a spontanément et généreusement offert son concours, serait prié de s'adjoindre à la Commission et de vouloir bien lui présenter un projet de monument.

Tout fait donc croire que ce monument sera digne du médecin illustre dont il doit rappeler la mémoire, de la grande assemblée qui en a voté l'érection et dont il doit aussi perpétuer le souvenir.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

De la myélite.

Nous avons eu depuis quelque temps cinq cas de myélite dans notre service de clinique. Un s'est terminé par la mort, et nous vous avons montré en détail les altérations pathologiques dans la description desquelles nous sommes entré. Quant à la symptomatologie, à la marche, au diagnostic, nous avons dans ces cinq cas presque un tableau complet de l'affection. Nous allons aujourd'hui vous indiquer la symptomatologie en quelques mots; mais comme les considérations générales auxquelles nous allons nous livrer ne sont, après tout, déduites que de l'histoire des faits particuliers qui vous sont passés sous les yeux, nous allons brièvement vous les rappeler, et vous indiquer les particularités que chacun des cas a présentées.

— Nous avons eu au numéro 10 de la salle des femmes une jeune femme de vingt ans, qui est entrée dans nos salles, il y a déjà assez longtemps, pour une tout autre affection que pour une myélite. Au moment de son admission, elle venait d'accoucher très récemment, et était sous l'influence des suites d'une métrorrhagie ; elle nous est arrivée dans un état de chloro-anémie des plus complets, décolorée, si faible que non seulement elle ne pouvait marcher, mais qu'elle pouvait à peine se mouvoir. Nous vous avons exposé tous les symptômes qu'elle offrait pour vous faire bien comprendre combien il fallait apporter d'attention dans l'examen des malades pour ne pas se laisser surprendre par l'invasion d'une maladie quelle qu'elle soit. Cette femme présentait donc tous les phénomènes de l'état chloro-anémique le plus caractérisé. Notre attention se porta tout d'abord sur cette circonstance doublement importante, d'un accouchement récent et d'une abondante hémorrhagie utérine. Nous prescrivîmes, en conséquence, un régime tonique et réconfortant, une alimentation substantielle, les ferrugineux, etc.

Peu de temps après le commencement de cette médication, l'état général de cette jeune femme était amélioré sensiblement. Le visage était plus coloré; la peau du corps entier, d'une pâleur remarquable au moment de son admission, avait perdu cet aspect exsangue pathognomonique; les accidents nerveux qui accompagnent la chlorose, les battements de cœur, les syncopes avaient cessé presque complétement, lorsque nous nous aperçûmes que, malgré cette amélioration sous un rapport, la malade ne se trouvait pas cependant dans un état de santé normal. Nous dûmes donc procéder à un nouvel interrogatoire, à une nouvelle exploration, et voici ce que nous pûmes constater :

Cette femme nous dit qu'elle éprouvait dans les membres inférieurs une sensation de froid qui ne lui était pas habituelle. En même temps, elle se plaignait d'un sentiment de faiblesse très marqué dans ces mêmes membres ; il lui était impossible, même avec le secours d'une personne sur le bras de laquelle elle s'appuyait, non pas seulement de marcher, mais de se tenir debout pendant quelques instants. Le résultat de nos recherches fut la conviction qu'il existait quelque part une altération locale, et bientôt que le siége de cette altération était la partie inférieure de la moelle épinière. Les jambes étant découvertes, nous lui ordonnâmes de soulever la jambe gauche, et, malgré tous ses efforts, le talon ne put s'élever au dessus du niveau du lit où elle était couchée que d'un centimètre et demi, et encore ne fût-ce qu'avec une peine extrême que l'on put obtenir ce faible résultat. Pour la jambe droite, elle essaya vainement de la soulever et de faire quitter au talon ce même plan horizontal ; les deux membres inférieurs étaient donc très faibles, mais l'un des deux cependant un peu moins inerte que l'autre. Ce n'est pas sans dessein que nous vous signalons cette particularité, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Nous avons dit que l'altération matérielle siégeait évidemment dans la partie inférieure de la moelle. En effet, les mouvements des parties auxquelles président les nerfs qui prennent naissance à la partie supérieure étaient assez bien conservés, ceux des membres thoraciques, par exemple, dont la malade se servait sans trop de difficulté. Les muscles thoraciques et abdominaux exécutaient aussi facilement leurs contractions habituelles ; la respiration n'était pas notablement gênée: mais l'excrétion des urines et celle des matières fécales furent altérées dès les premiers jours. Dès le début, l'on dut pratiquer le cathétérisme, les urines se trouvant retenues dans la vessie. C'est encore là un caractère très important et distinctif de la maladie dont nous voulons vous entretenir.

Les troubles des fonctions sensoriales ne devaient pas être étudiés avec une moins scrupuleuse attention, et voici ce que nous découvrîmes. Dans toute l'étendue du membre inférieur gauche et dans la cuisse droite la sensibilité était intacte; il n'en était pas de même de celle des téguments de la jambe droite, qui était frappée d'anesthésie, et que l'on pouvait piquer ou pincer sans qu'il y eût la moindre perception.

Du reste, et comme phénomènes généraux, il n'y avait pas eu jusqu'alors, et jusqu'au moment où nous vous parlons, il n'y a pas eu de symptômes de réaction fébrile. Pendant tout le cours de la grossesse il n'y a pas eu de signes que l'on pût rapporter à une phlegmasie de la moëlle, non plus que dans les moments qui ont précédé l'accouchement. La colonne vertébrale ne présente aucune lésion apparente, ni déviation, ni courbure, ni saillie des apophyses épineuses. La pression exercée avec une certaine force dans toute sa hauteur, ne détermine en aucun point de sensation douloureuse.

D'après l'ensemble de tous les caractères, nous avons dû conclure qu'il y avait une myélite bornée à la région lombaire et à la partie inférieure de la région dorsale.

— Le second cas que nous vous rappellerons est celui d'une femme couchée au n° 31 de la même salle, et qui se trouvait à très peu de chose près dans des circonstances analogues à la précédente.

Cette malade est celle chez laquelle la maladie s'est terminée d'une manière funeste. Chez elle aussi, la phlegmasie s'est manifestée à la suite d'un accouchement dont une métrite semble avoir été la conséquence. On a pu suivre toutes les phases de la maladie, dont la marche a été rapide.

Dès les premiers jours, se sont montrés les symptômes les plus graves : immobilité des membres pelviens, insensibilité des téguments. Mais ici l'inflammation ne s'est point bornée à la partie inférieure de la moelle ; la paralysie des membres thoraciques survint bientôt, incomplète d'abord, puis complète, comme celle des membres inférieurs. Dans l'espace de quelques jours, la maladie gagna le centre nerveux encéphalique ; il y eût délire, état comateux ; la mort survint dans un bref délai.

Chez cette femme, la maladie a marché de bas en haut; les altérations que fit reconnaître l'autopsie furent une injection vive du tissu médullaire, fortement coloré dans certains points, et une adhérence très intime des méninges, qui, dans toute l'étendue du canal rachidien, se laissait déchirer plutôt que séparer de la pulpe nerveuse.

— Au n° 33 de la même salle, nous avons eu à traiter une femme affectée de myélite chronique. Au moment de son entrée, elle était déjà au sixième mois de sa maladie. Pas n'est besoin de dire que la marche était impossible. Lorsqu'elle fut admise, il y avait diminution très grande et très considérable

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'anniversaire du Congrès. — Les permutations de chaires.

Je voulais, et cela vous paraîtra naturel, dans ce moment, dans ces jours anniversaires du Congrès médical, vous rappeler, bien-aimé lecteur, le souvenir de ces grandes et émouvantes journées où chacun de nous, dans la limite de ses forces et de son intelligence, vint payer à la famille médicale son tribut de dévouement, de lumières et de loyales intentions. Mon désir était surtout de prendre texte de cet anniversaire pour vous dire tous nos motifs d'esperance, toutes nos raisons de courage et de patience, tout ce qui doit raffermir nos résolutions et notre persévérance ; la persévérance, condition essentielle du succès, la plus utile de toutes les facultés humaines, celle dont le défaut rend stériles et vains les plus généreux efforts, sur l'absence de laquelle comptent les méchants et les jaloux ; la persévérance, qualité des fortes âmes, qualité de Dieu dont l'Ecriture a dit : *Patiens quia fortis, patiens quia æternus.*

Mais j'ai pensé qu'une occasion prochaine allait se présenter où tout ce que je pourrais dire en ce moment sera plus longuement développé, et surtout avec plus d'importance et d'autorité.

Cependant, pour célébrer à ma manière le souvenir de cette grande circonstance qui nous réunissait, l'an dernier, émus et empressés, dans la salle Saint-Jean, je n'ai pas cru devoir mieux faire que de rappeler, de soutenir et défendre un des vœux importants du Congrès mis en péril, dit on, dans les circonstances actuelles par des démarches pressantes chaudement appuyées, qui néanmoins, je l'espère pour l'honneur des principes, n'aboutiront pas au succès.

Je veux parler de la question des *permutations de chaires*, question mise à l'ordre du jour par la mort récente et si regrettable de M. Auguste Bérard. On dit, on assure que de vives sollicitations ayant pour but de permuter une autre chaire pour celle de clinique chirurgicale sont faites en ce moment par plusieurs professeurs. Pareille chose advint pour cette même chaire à la mort de Sanson, en 1841. Dans ce même journal, j'eus l'honneur de lutter contre des prétentions semblables qui n'aboutirent pas. Loin de s'être modifiées, mes convictions se sont affermies par celles du Congrès, et avec lui j'adopte entièrement cette proposition formulée et développée avec talent par M. Malgaigne :

« Toute permutation de chaire est interdite. Cette interdiction ne » s'étend pas toutefois aux divers professeurs attachés aux chaires de » clinique de même ordre dans la même faculté, qui conservent le » droit de changer d'hôpital »

Je n'ai pas besoin de prévenir que c'est seulement une question de principes que je veux défendre, question grave qui met en discussion et en péril la seule institution qui puisse sauvegarder le mérite et le travail, l'institution du concours ; qu'ici les discussions personnelles, faciles à aborder, n'ajouteraient aucune valeur aux motifs sur lesquels j'ai l'intention de me fonder, et qu'enfin, cette question se présente à moi dans les conditions favorables d'un désintéressement complet et d'une parfaite indépendance.

La permutation des chaires est injuste et nuisible.

En principe, nul ne peut remplir que la place à laquelle il a été reconnu apte. Pour le professorat, les garanties d'aptitude s'obtiennent par un concours public. Le succès d'un compétiteur dans un concours a voulu dire, a voulu signifier que ce compétiteur était apte à telle chaire, qu'il avait fait ses preuves pour tel enseignement.

En effet, les preuves demandées pour tel enseignement ne sont pas celles qu'on demande pour tel autre ; un concours de pathologie, par exemple, ou de médecine opératoire, est tout différent d'un concours de clinique, et il pourrait parfaitement arriver qu'un candidat vainqueur dans celui ci, reçût un grave échec dans celui-là.

Du succès par le concours pour une chaire déterminée, pour un enseignement prévu, on ne peut donc rigoureusement conclure que ceci, le candidat réunit les conditions voulues pour cette chaire, pour cet enseignement. Conclure différemment conduirait à l'absurde; la signification véritable du concours serait dénaturée; on lui en donnerait une autre qu'il n'a pas, qu'il ne peut avoir.

Le concours n'est pas seulement une appréciation générale de la valeur d'un candidat ; c'est par dessus tout un jugement spécial sur sa capacité pour tel enseignement. S'il en était autrement, pourquoi des épreuves si variées et si différentes pour chaque concours différent ? On concourt pour être professeur de telle chose, et non pour être professeur *ad libitum*. On a reçu la sanction des juges et du public pour telle aptitude et non pas pour telle autre qui n'a pas été en cause. La loi, les règlements sont positifs : on ne pourrait les interpréter différemment qu'en violant leur esprit et leur texte. De plus, les garanties que la société demande à ceux qu'elle investit d'une mission d'enseignement seraient détruites; il n'y aurait plus jugement et appréciation, mais bien caprice et arbitraire.

Qu'est-ce, cependant, que la permutation des chaires?

C'est la violation flagrante de la loi; c'est la destruction de toute garantie. c'est la sécurité du concours remplacée par l'arbitraire; c'est la vérité obscurcie par le mensonge.

Que veut la loi?

Elle exige impérieusement que le candidat pour une chaire quelconque dans l'enseignement des sciences médicales, ait fait ses preuves dans la chaire vacante devant des juges institués *ad hoc*, et devant le public. Dans une permutation, quelles preuves donne le candidat? Où sont les juges? Où est le public?

Que veut la société?

Elle demande au candidat des garanties de son aptitude spéciale ; elle veut savoir si, alors même que ce candidat eût été un professeur dogmatique éclatant, on pourrait, par exemple, lui confier la redoutable mission du clinicien. Dans la permutation, où sont ces garanties?

Qu'est-ce que la sincérité dans un concours?

C'est la prévision d'un résultat actuel et immédiat; c'est concourir pour obtenir une chaire actuellement vacante. La permutation, au contraire, est une prévision éloignée d'un résultat illégitime. Par elle, on foule aux pieds, pour un intérêt égoïste et par des motifs de convenance personnelle, des intérêts généraux et des convenances géné-

de la motilité des membres pelviens; de plus, il y avait altération de la sensibilité et anesthésie complète dans une grande partie de leur étendue : phénomènes qui se rencontrent assez fréquemment, mais qui n'en sont pas moins difficiles, sinon impossibles, à bien expliquer. Un phénomène plus extraordinaire encore, peut-être, c'est que dans l'un des deux membres thoraciques les mouvements étaient presque entièrement abolis, mais de plus il y avait un sentiment d'engourdissement; dans la main du même côté, la malade se plaignait d'un engourdissement pareil borné aux doigts médius, annulaire et auriculaire. Les deux autres, c'est-à-dire l'index et le pouce, étaient tout à fait libres. Vous devez être étonnés que cette modification soit bornée à trois doigts, tandis que les deux autres sont restés dans un état tout à fait normal. Deux circonstances peuvent rendre raison de cette singularité; il faut supposer ou une variété anatomique dans la distribution des filets nerveux, ou une altération parfaitement circonscrite et limitée du nerf médian.

Il y a six mois, avons-nous dit, que l'état de cette femme n'a pas changé. Vous remarquerez que chez les malades dont nous vous avons raconté l'histoire, il y a toujours eu intégrité des sens, intégrité de l'intelligence; sauf celle qui a succombé à la propagation du travail inflammatoire au cerveau, aucune n'a présenté ni délire, ni étourdissements, ni vertiges; rien n'a jamais indiqué que le centre encéphalique fût affecté; l'intelligence, dans la myélite, est parfaitement nette. Chez cette malade, en particulier, il n'y avait pas de réaction fébrile. Nous avons conclu à l'existence d'une myélite générale partant du gonflement de la moelle épinière, et s'étendant jusqu'à la partie inférieure. Cette inflammation, ici, est passée à l'état chronique; et peut-être le tissu de la moelle n'est-il pas très profondément altéré.

Nous avons mis en usage un traitement antiphlogistique assez énergique dès les premières émissions sanguines locales, cette femme accusait une amélioration sensible; les mouvements des doigts étaient en partie revenus, et elle pouvait saisir et ramener sur elles ses couvertures. La sensation d'engourdissement que nous avons signalée est également diminuée; elle peut exécuter quelques mouvements très bornés avec ses jambes. Les émissions sanguines, auxquelles nous avons eu recours, sont des applications de ventouses sur la région lombaire. Le sujet était dans de trop mauvaises conditions de constitution pour que nous pussions nous permettre des saignées générale. Mais l'amélioration évidente et assez rapide que vous avez pu constater dans le cas actuel, ne doit pas vous faire trop présumer de la puissance de la thérapeutique dans des maladies de cette espèce. Il ne faut pas espérer que vous aurez beaucoup de cas semblables, surtout lorsque la maladie sera aussi ancienne qu'elle l'était ici.

Au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne, est couché un jeune homme de vingt-huit ou vingt-neuf ans, entré il y a environ trois semaines; il était malade depuis fort peu de temps. Au premier aspect, il était difficile de croire que l'on eût affaire à un homme sérieusement malade. Il était d'une haute et forte stature; le visage était fortement coloré, le pouls développé. Interrogé, il nous a dit qu'il était très faible et qu'il ne pouvait qu'à peine remuer les jambes. Il éprouvait une certaine difficulté pour rendre ses urines et pour aller à la selle. Il se plaignait d'une douleur peu intense, mais continuelle, dans la colonne vertébrale. Une exploration minutieuse et attentive nous a fait reconnaître une assez grande difficulté à exécuter les mouvements des membres inférieurs. A peine pouvait-il les soulever du lit, et encore était-ce avec beaucoup de lenteur et de difficulté. Du reste, il n'avait pas d'anesthésie. Il y avait immobilité. Les symptômes portaient principalement sur la mobilité, qui, comme nous le disons, était presque abolie complétement. Les phénomènes réactionnels étaient très prononcés. Nous avons soupçonné quelque altération du côté du sommet des poumons, mais sans qu'il y eût de signes bien manifestement tranchés.

Le traitement a dû être assez énergique, et d'autant plus actif que l'on ne guérit guère que la myélite commençante; aussi, lorsque l'on peut être appelé près des malades à une époque où l'affection est encore peu avancée, ne doit-on rien négliger, et ne pas perdre un seul instant. On a pratiqué une saignée du bras, on a mis des ventouses sur la région des lombes, et nous avons vu les phénomènes de paralysie disparaître de jour en jour. Le malade a commencé par recouvrer l'usage de ses membres inférieurs, et il y a quelques jours il a pu faire un tour dans la salle. Ceci n'a été qu'un essai; nous ne nous presserons pas de lui permettre de marcher. Il faut se garder de faire agir, dès qu'il y a du mieux, les parties qui ont été aussi gravement compromises que chez le malade dont nous parlons. Le repos est nécessaire pendant quelque temps encore.

Après vous avoir fait passer sous les yeux ces faits dans lesquels vous trouverez résumés les principaux symptômes de la maladie dont voulons vous entretenir, entrons de suite dans l'histoire générale de l'affection elle-même, pour laquelle ces observations nous ont fourni des matériaux.

Symptomatologie.

Sous ce titre, nous décrirons les désordres ou du moins les modifications qui surviennent, sous l'influence d'une inflammation de la moelle, dans l'exercice des fonctions de cette partie du système nerveux. La moelle étant malade, des troubles se manifestent dans les fonctions auxquelles elle préside; ces fonctions sont de deux espèces : fonctions motrices, fonctions sensoriales. Vous verrez plus tard de quelle importance est la succession de ces symptômes, et combien l'on doit faire attention à l'ordre dans lequel se produisent les phénomènes morbides.

Dans les mouvements d'abord. Le malade commence par ressentir une simple faiblesse; la marche devient difficile, ou plutôt les sujets s'aperçoivent qu'ils ne peuvent plus marcher longtemps : ce qu'ils prennent dans le commencement pour le résultat de la fatigue, déterminée, pensent-ils, par un exercice un peu trop violent, un peu trop prolongé, par quelques excès, etc. Les malades ne se rendent pas facilement compte de leur état, cette forme est très insidieuse; il arrive souvent même que, renseignés incomplétement par les malades, et sous l'empire d'une autre série d'idées, les médecins méconnaissent le début de l'affection. Il est rare qu'à cette période de la myélite, les sujets se croient malades réellement. Quelquefois il y a déjà de la roideur dans les membres, roideur qui n'arrive le plus souvent qu'à une époque beaucoup plus avancée. Lorsqu'ils sont restés assis pendant un certain temps, ils éprouvent une certaine difficulté à étendre les jambes; mais ils ne font point encore attention à cette gêne. L'attention du médecin, au contraire, doit être éveillée sur ces choses qui, au premier abord, paraissent indifférentes.

Bientôt survient de la contraction, légère d'abord, puis plus intense, et à ce moment il est souvent trop tard pour agir, ou du moins pour que la médication quelle qu'elle soit, dont on fait usage, soit suivie de succès. Des crampes dans les jambes, des tremblements, sont encore les signes de la maladie à cette première période. Nous donnons maintenant en ville des soins à un malade chez lequel le premier phénomède appréciable a été un tremblement des membres inférieurs. Ce qu'il y a de singulier chez cet individu, c'est que le tremblement dont il était affecté ne se faisait ressentir que lorsqu'il marchait dans les rues. S'il se promenait dans son appartement, il n'éprouvait aucun symptôme pareil. Nous donnons également nos soins à une autre malade, une jeune femme, qui deux fois a été guérie, et deux fois a eu des récidives de la même affection; cette jeune femme marche assez bien chez elle, dans sa chambre; mais il lui est impossible aussi de sortir et de marcher dans les rues ou dans les promenades.

Dans quelques circonstances, les malades sont pris de convulsions; mais nous devons dire que ce cas est si rare, qu'il constitue presque une exception extraordinaire. Un homme éminent qui a succombé il y a quelque temps à une myélite, avait présenté ce caractère de mouvements convulsifs dans les membres pelviens pendant les premiers temps de sa maladie; les symptômes devinrent beaucoup plus tranchés et plus évidents; ils se manifestèrent aussi d'une manière plus continue; toute espèce de doute disparut enfin; mais il était trop tard, et la médecine dut rester impuissante. Peu à peu, à mesure que l'affection fait des progrès, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles, et finissent par devenir impossibles. Il y a paralysie, résolution des membres; c'est le dernier terme de la myélite. Dans quelles régions du corps, de préférence, se manifestent les symptômes que nous venons de mentionner? C'est dans les membres pelviens le plus ordinairement, et cette fréquence plus grande des troubles fonctionnels des membres inférieurs suffit pour vous prouver aussi que c'est la partie inférieure de la moëlle qui se prend le plus souvent. On nous a fait cette objection singulière que si la moëlle épinière était prise dans un point plus élevé, les membres pelviens seraient également paralysés. On n'a point réfléchi, ceux du moins qui nous ont fait cette réponse, que dans ce cas les membres thoraciques seraient également pris aussi; or ceci est nécessairement rare au commencement de la maladie. Quelquefois il arrive qu'ils le soient, et alors c'est à une époque beaucoup plus avancée de l'affection, ou même tout à fait vers la fin.

En faisant des relevés statistiques ayant pour but de constater la fréquence plus ou moins grande de la maladie dans tel ou tel siége, on a trouvé dit-on, que la région dorsale était celle qui était le plus souvent attaquée; dans le plus grand nombre des cas, les phénomènes dont nous venons de vous parler se montrent à peu près également des deux côtés. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi; vous voyez dans les exemples que vous avez sous les yeux, chez les malades entre autres couchées aux numéros 10 et 34 de la salle des femmes et dont nous vous avons sommairement raconté l'histoire, vous voyez, disons-nous, qu'il existe une assez grande différence entre la manière dont sont pris les membres d'un côté, comparativement à ceux de l'autre quant à l'intensité. L'explication de cette particularité est assez facile à donner : nous avons eu occasion de vous dire que des faisceaux de la moelle peuvent être pris isolément. Si l'on réfléchit au diamètre du cordon médullaire, qui n'a guère plus d'un centimètre et demi de largeur, il sera difficile de concevoir une altération qui ne frappe que la moitié de cet organe; si dans le principe, cependant, on ne peut admettre qu'il n'y a que la moitié de l'épaisseur du cordon qui soit malade, les choses ne restent pas longtemps dans cet état, et le plus ordinairement, dans un très bref délai, le membre du côté opposé à celui par lequel a commencé la paralysie se prend également. Dans le principe, et lorsque l'affection est ainsi bornée à un seul côté, on serait tenté de regarder le cerveau comme l'organe affecté; mais bientôt, le membre opposé devenant aussi le siége de désordres fonctionnels presque toujours aussi intenses à peu de chose près que le premier, il devient évident que c'est la moelle qui est malade. S'il n'y avait qu'un seul côté de paralysé, on serait forcément conduit à placer l'altération pathologique dans le centre cérébral et non pas dans la moelle épinière.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Des paralysies locales non saturnines. Plusieurs cas de paralysie partielle du membre supérieur.

S'il est vrai que de toutes les maladies celles du système nerveux sont restées le plus longtemps cachées à l'esprit investigateur de l'homme, on doit reconnaître aussi combien l'étude de ces maladies présentait de difficultés, surtout à une époque à laquelle on ne possédait encore aucune connaissance exacte sur l'anatomie des centres nerveux et des nerfs qui en émanent, à une époque à laquelle enfin on ignorait complétement les fonctions que remplissaient ces organes.

Aujourd'hui même, s'il reste encore quelques développements à désirer sur certains points de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, on ne peut cependant s'empêcher d'admirer les travaux de tant d'habiles et laborieux expérimentateurs! Ceux-ci en effet, encouragés sans doute par l'importance d'une telle étude et les obstacles qu'elle présentait, ne se sont point contentés d'examiner sous tous

---

rales. Le concours avec la permulation n'est plus qu'une institution fallacieuse; ce n'est plus qu'une déception légale.

Par la permutation, la vérité du concours n'existe plus. Le but qu'on atteint n'est pas celui qu'on veut atteindre. A la place d'un principe, on pose un privilége, et tout privilége est un mensonge.

En principe donc, la permutation des chaires est une exception dangereuse; elle manque de garanties, n'offre aucune sécurité; elle est contraire à la loi; elle est une violation du concours; c'est un privilége, et tout cela me paraît être une vérité de sens commun si évidente, que je n'entrerai pas dans de plus grands développements.

Comme tous les priviléges, la permutation est une injustice.

Dans la prévision de telle ou telle vacance, des compétiteurs nombreux auront dirigé leurs études spéciales vers un but déterminé. Pendant plusieurs années quelquefois, ils auront eu en vue telle chaire, et au moment de la lutte c'en sera une autre qu'ils auront à disputer. De sorte que si la permutation devenait une coutume que les professeurs pussent invoquer selon leurs convenances ou selon leurs intérêts, les compétiteurs se trouveraient dans cette position singulière et défavorable, de ne savoir que quelques mois à l'avance sur quels points principaux ils doivent diriger leurs études. Il y a des aptitudes diverses aux diverses et nombreuses branches des sciences médicales; des existences entières vouées aux investigations et aux recherches d'une branche particulière, seront compromises et deviendront sans emploi possible lorsqu'elles n'auront plus en perspective le but qu'elles s'étaient proposé d'atteindre. Il est injuste, et par conséquent immoral, d'offrir aux jeunes intelligences qui affrontent les périls d'un concours, un appât qu'elles ne pourront jamais saisir. Par des travaux persévérants, par des découvertes éclatantes, on acquiert des droits à une chaire, et lorsqu'on n'attend plus que la sanction solennelle et publique du concours pour satisfaire de légitimes espérances, c'est la plus cruelle des injustices de méconnaître ces droits, de flétrir ces espérances par quelque manœuvre adroite ou par un compérage bien joué.

Et remarquez qu'il pourrait arriver, si le droit de permutation était consacré par l'usage, que ce fût toujours à peu près la même chaire qui fût mise au concours, que cette chaire ne fût considérée que comme un lieu de passage, comme un lien de transition entre un enseignement plus élevé, plus profitable; qu'il s'établit ainsi, en dehors de toute convenance, des distinctions dans le professorat, et que toutes les légitimes ambitions vers l'enseignement ne trouvant plus qu'une issue, qu'un débouché continuellement encombrés, toutes les études et tous les travaux des compétiteurs ne fussent dirigés, au grand détriment de la science générale, que vers un seul point, unique objet laissé à leurs espérances.

On m'objectera : La Faculté de Paris a sanctionné plusieurs fois de son approbation le principe des permutations. Pour ne parler que de ce qui s'est passé depuis 1830, à la mort de Boyer, elle a permis au professeur de pathologie externe de prendre la chaire de clinique chirurgicale vacante; à la mort de Dupuytren, elle a autorisé le professeur d'anatomie à abandonner sa chaire pour celle que le grand chirurgien venait de fonder à l'Ecole. A la mort de Broussais, enfin, un professeur a pu s'emparer de l'enseignement que le grand réformateur venait d'abandonner. Ce qu'elle a permis dans tant de circonstances, pourquoi le refuserait-elle dans d'autres?

Je prendrai la liberté de répondre que, si la Faculté a mal agi dans ces circonstances, ce n'est pas un motif, au contraire, pour qu'elle agisse mal encore. Or, elle a mal agi et ce serait maladresse de rappeler ses fautes. Je dirais, en effet, que la permutation faite à la mort de Boyer n'a pas été favorable, bien s'en faut, à l'enseignement par la malheureuse circonstance qui éloigne presque constamment le professeur de sa chaire. Ce professeur empêché dans sa chaire de pathologie laisserait un vide beaucoup moins sensible que dans sa chaire de clinique. Quant à la chaire d'anatomie pathologique, elle a été léguée par la volonté formelle de Dupuytren qui en avait désigné le titulaire; cet exemple ne peut donc pas être invoqué. Il y aurait à voir d'ailleurs si cette permutation a été utile à l'enseignement et si le professeur d'anatomie pathologique actuel ne rendait pas plus de services ailleurs que là où la volonté de Dupuytren l'a placé. Pour la chaire de pathologie générale, cette permutation a été plus fâcheuse encore à l'enseignement, et l'on me dispensera de rappeler dans quel état se trouve aujourd'hui, dans la Faculté de Paris, l'enseignement abandonné par le successeur de Broussais.

En dernier résultat, les exemples donnés jusqu'à ce jour par la Faculté sont on ne peut plus mal choisis; ils confirment souverainement la légitimité, la moralité de ce principe :

La permutation des chaires est injuste et nuisible.

Mais, au moins, y a-t-il utilité actuelle à permuter l'une des chaires contre celle de clinique chirurgicale laissée vacante par la mort d'Auguste Bérard?

Les principes que je viens de poser rendent ma réponse bien facile et bien prévue. Non, assurément, les besoins de l'enseignement ne réclament aucune mutation de cette nature. J'ai eu beau m'enquérir, chercher dans ma propre intelligence quels motifs tant soit peu sérieux on pouvait faire valoir pour légitimer cette demande, il m'a été impossible d'en trouver d'autres que ceux qu'on peut fonder sur des antécédents ou sur des intérêts particuliers. Les antécédents, j'ai dit leur valeur, ils sont déplorables; l'enseignement, au lieu de gagner à ces permutations, n'a fait qu'y perdre; ce serait folie de se laisser guider par eux. Quant aux motifs particuliers, je les ignore, je ne veux pas les rechercher, ni m'en occuper, ayant le plus vif désir de rester dans la question générale et de principe dont j'espère qu'on ne me forcera pas de sortir.

Que les esprits sages de la Faculté et voulant le bien, considèrent que, par suite de l'âge, de maladies et par d'autres motifs, l'enseignement clinique tend à décroître dans cette Faculté de Paris qui en a proclamé l'excellence et la prééminence. Il faut de toute nécessité qu'elle appelle vers elle des esprits jeunes et pleins de zèle, qui ne craignent pas de consacrer toute l'année scolaire à un enseignement aussi important. Toutes les permutations du monde, au lieu de porter remède à un tel état des choses, ne feraient qu'aggraver le mal, et il est même telles de ces permutations qui seraient un coup funeste.

Je crois que la Faculté est animée d'assez bonnes intentions pour ne se laisser guider, dans cette circonstance, que par la justice et par les intérêts sérieux de son enseignement. Non, je n'ajoute pas foi aux

ses rapports la pulpe cérébrale, de suivre la fièvre nerveuse depuis son origine jusqu'à sa terminaison dans l'épaisseur de nos tissus, ils ont voulu encore en découvrir les usages; quelques-uns même dans leur ardeur infatigable sont allés plus loin et ont fait preuve tout à la fois d'anatomistes adroits, d'expérimentateurs habiles et d'observateurs distingués en traçant le tableau des maladies du système nerveux. Toutefois, malgré les efforts de tant d'hommes instruits, les faits manquent encore pour pouvoir tracer l'histoire complète de certaines affections locales des nerfs. Ainsi, pour ne parler ici que des paralysies, il en est qui, tout à fait indépendantes d'une altération matérielle du centre cérébro-spinal, paraissent se rattacher à une lésion purement fonctionnelle d'un seul nerf dont la nature intime nous échappe entièrement. Ces paralysies essentielles sont très circonscrites et atteignent tantôt un seul muscle, comme le muscle grand dentelé, le muscle deltoïde, le muscle crural antérieur, etc.; tantôt un groupe de muscles destinés à un seul ordre de mouvements, tels que les muscles extenseurs des doigts et du poignet.

On comprendra toutes les variétés que ces paralysies peuvent présenter en songeant au grand nombre de filets nerveux qui peuvent être affectés; en effet, selon que tel nerf sera lésé, tel organe auquel ce nerf va se distribuer sera paralysé. Que ce nerf soit composé de filets exclusivement moteurs, on observera une paralysie du mouvement; si, au contraire, il est formé par des filets sensitifs, on constatera une paralysie de sensibilité; si, enfin, ce nerf est mixte, c'est-à-dire composé de filets moteurs et sensitifs, les deux espèces de paralysie pourront se rencontrer.

Telle est la règle générale établie par les physiologistes modernes, démontrée par les expériences et les faits pathologiques.

Nous ne nous occuperons point ici de ces paralysies locales qui résultent de l'intoxication saturnine; elles se rencontrent assez fréquemment dans la pratique et ont été très bien décrites pour la première fois par M. Tanquerel Desplanches.

Bien que ces paralysies saturnines aient une grande analogie avec les autres paralysies locales dont nous parlons, elles en diffèrent cependant sous plusieurs rapports. En effet, les premières sont rarement primitives; elles succèdent presque toujours à une autre forme d'empoisonnement saturnin, surtout à la colique de plomb. Les secondes, au contraire, se déclarent tout à coup à la suite d'une contusion, d'une déchirure ou d'un simple tiraillement d'un nerf; nous l'avons déjà observé plusieurs fois pour les nerfs circonflexe, thoracique postérieur, radial et cubital dont la lésion déterminait une paralysie des muscles deltoïde, grand dentelé ou extenseurs de la main et des doigts.

Souvent aussi ces paralysies locales surviennent plus lentement, et paraissent être déterminées par des courants d'air frais, l'infiltration du pus dans la gaîne du nerf, la pression par les parties environnantes, le rhumatisme, l'épuisement nerveux après des excès, telles sont, même pour M. Jobert, les causes les plus ordinaires des paralysies locales. (Etudes sur le syst. nerv., p. 671.)

Quant au diagnostic des paralysies locales, grâce aux progrès qu'ont fait depuis quelques années l'anatomie et la physiologie du système nerveux, il est assez facile aujourd'hui de reconnaître quels sont les muscles paralysés, et de déterminer quel est le nerf affecté. Citons un exemple:

Un homme se présente avec une main fortement fléchie sur l'avant-bras et ne peut, quels que soient ses efforts, lui faire exécuter les plus légers mouvements de supination et d'extension. De plus, les doigts ne peuvent plus être portés dans l'extension, à l'exception toutefois de l'annulaire, et surtout de l'auriculaire, qui exécutent encore ce mouvement.

La réunion de ces seuls symptômes suffit déjà pour reconnaître une paralysie du mouvement, une paralysie des muscles supinateurs, des muscles radiaux externes, des muscles extenseurs du pouce et commun, et de là une affection du nerf radial, dont la branche postérieure se distribue à tous ces muscles.

De plus, si chez ce malade il n'existe sur la peau aucune trace de paralysie de la sensibilité, soit à l'avant-bras, soit à la main, ce serait une preuve que la paralysie du nerf radial serait incomplète, c'est-à-dire que la branche postérieure seule serait affectée, tandis que la branche antérieure serait intacte.

Le petit doigt et l'annulaire sont-ils paralysés, il existe alors une lésion du nerf cubital.

Enfin, si la main et les cinq doigts sont privés en même temps du mouvement d'extension, sans aucune trace d'anesthésie, ou paralysie de la sensibilité, ainsi que nous l'avons observé chez deux malades de M. Jobert, on doit diagnostiquer une paralysie incomplète des nerfs radial et cubital.

Ces propositions une fois énoncées, nous allons rapporter quelques observations de paralysie partielle des membres supérieurs, qui ont été recueillies sous la direction de M. Jobert, et qui, jointes à d'autres faits analogues déjà publiés dans ce Journal (*voir* les numéros 102, 106, 135 de l'année dernière), offriront un tableau varié de ces paralysies locales non saturnines.

Première observation. — *Paralysie des muscles extenseurs et supinateurs de la main et des cinq doigts avec conservation de la sensibilité, ou paralysie incomplète du nerf radial et du nerf cubital. Guérison.*

Le 11 juin, le nommé Estheminster (Michel), débardeur, âgé de quarante-cinq ans, se présente à la consultation de M. Jobert. Cet homme, il y a neuf jours, c'est-à-dire dans la nuit du 2 au 3 juin, après un excès de table et de boisson rentra chez lui et s'endormit aussitôt. La chambre qu'il habite est, au dire de ce malade, saine, bien sèche, très aérée, située au deuxième étage, et fait partie d'une maison qui n'est pas nouvellement bâtie.

Deux carreaux de fenêtre, bien que cassés, sont bouchés à l'aide de linges, et ne peuvent livrer passage à aucun courant d'air.

Quoi qu'il en soit, le nommé Estheminster se réveilla le 3 juin au matin dans l'état suivant:

La main gauche est tombante et fortement fléchie sur l'avant-bras, sa portion métacarpienne forme un angle presque droit avec la partie inférieure de l'avant-bras. Les cinq doigts sont également fléchis sur le métacarpe, et forment avec ce dernier un angle obtus.

Si l'on invite le malade à imprimer quelques mouvements, soit à la main tout entière, soit aux doigts seulement, il peut encore les fléchir un peu, mais il lui est complétement impossible d'imprimer à ces parties les plus légers mouvements d'extension. De plus, la main et l'avant-bras sont dans une pronation très prononcée; cet homme, malgré les plus grands efforts, ne peut faire exécuter à ces parties le plus léger mouvement de supination.

Les doigts annulaire et auriculaire, qui, dans d'autres cas analogues restent étrangers à ce trouble de la motilité, sont atteints chez ce malade au même degré que les autres doigts.

Il ne peut enfin se servir de ce membre; tout ce qu'il peut faire, c'est de saisir, bien qu'avec peine et beaucoup de faiblesse, un corps étranger avec le pouce et l'extrémité des autres doigts. Cette préhension est exécutée, comme on le sait, par les muscles fléchisseurs et opposants dont la faculté motrice est intacte.

La sensibilité de la peau de l'avant-bras, de la main et des doigts, est parfaitement conservée; ce dont on s'assure en piquant ou en pinçant la peau, car il éprouve alors une sensation douloureuse. Dans l'état de repos il n'y a, du reste, aucune exagération de la sensibilité, ni douleurs spontanées, ni fourmillements. Le bras et l'avant-bras du même côté ont conservé leur sensibilité et tous leurs mouvements.

Quant aux phénomènes généraux, on ne constate aucun trouble général fonctionnel des appareils de la digestion, de la circulation, de la respiration, ni même de l'innervation.

Cet homme affirme n'avoir jamais été atteint de maladies syphilitiques ou saturnines, ou rhumatismales. Il dit aussi n'avoir reçu aucun coup, ni fait aucune chute.

Ainsi donc, chez ce malade, on voit survenir dans l'espace d'une nuit, pendant le sommeil et sous l'influence d'une cause non appréciable, une flexion et une pronation intenses de la main et des cinq doigts avec impossibilité complète de porter dans la supination et l'extension ces mêmes parties, dont la sensibilité est néanmoins restée intacte.

Cette affection dure déjà depuis neuf jours, et cet homme, bien que forcé de cesser son travail, n'a encore employé aucun remède pour la combattre.

Ce malade se présenta pour la première fois à la consultation de M. Jobert le 11 juin. On constata alors tous les troubles fonctionnels dont nous avons parlé; la main gauche n'était aucunement atrophiée. En aucun point du trajet des nerfs radial et cubital il ne fut possible à M. Jobert de découvrir quelque tumeur qui pût, en comprimant ces nerfs, expliquer cette paralysie.

Comme le malade ne voulait point entrer à l'hôpital, M. Jobert lui prescrivit d'abord des douches de vapeur sur les parties privées de mouvement.

Le 13 juin, la main était à peu près dans le même état.

Le 15, on remarquait que les muscles qui président à l'extension et à la supination avaient recouvré un peu de contractilité, et que ces mouvements, sans être encore complets, s'exécutaient déjà avec assez de facilité. On remplaça les douches de vapeur par des frictions ammoniacales et des vésicatoires. Ces derniers topiques achevèrent sans doute de compléter la guérison, car le malade, qui devait entrer dans les salles de M. Jobert, s'il n'eût pu se guérir chez lui, cessa de revenir aux consultations gratuites de l'hôpital Saint-Louis.

Seconde observation. — *Paralysie partielle de la main gauche, limitée à la sensibilité et aux mouvements des doigts annulaire et auriculaire; ou paralysie complète du nerf cubital. Difficulté des mouvements de la tête. Guérison.*

Hancy, âgé de quarante ans, peintre en bâtiments, dans les premiers jours du mois de septembre fit une chute d'une élévation de douze pieds environ. La tête et le coude du côté gauche vinrent frapper le sol. Au moment de l'accident, il se sentit étourdi, sans perdre complétement connaissance. Ce malade fut saigné immédiatement après sa chute.

Les jours suivants, une pesanteur extrême se fit sentir dans la tête, dont les mouvements de rotation étaient devenus très douloureux et difficiles. En outre, des troubles de la motilité et de la sensibilité se manifestèrent en même temps à la main gauche.

Ce ne fut qu'un mois après ces accidents que ce malade fut transporté à l'hôpital Saint-Louis: c'était le 7 octobre. Il ne pouvait alors imprimer à la tête aucun mouvement, soit d'extension, soit de rotation, ou même d'inclinaison latérale; bien plus, la tentative seule de lui faire exécuter ces mouvements était suivie de douleurs intenses. La tête semblait extrêmement pesante, et le cou trop faible pour la soutenir.

Enfin les doigts auriculaire et annulaire gauches étaient paralysés dans tous leurs mouvements, et la peau qui les recouvrait était complètement dépourvue de sensibilité.

M. Jobert prescrivit une saignée de trois palettes, six ventouses scarifiées à la nuque et des douches de vapeur sur les parties paralysées.

Le 9 octobre, le malade va un peu mieux; il peut exécuter sans douleur quelques légers mouvements de la tête. — Cinq nouvelles ventouses sont encore appliquées à la nuque.

Le 10, les mouvements de la tête et ceux même de rotation, qui étaient les plus douloureux et les plus difficiles, s'exécutent avec facilité.

Quant à la paralysie du mouvement et de la sensibilité des deux derniers doigts, elle persiste toujours et au même degré. — M. Jobert fait appliquer deux moxas sur le trajet du nerf cubital.

Le 14, les doigts annulaire et auriculaire commencent à se mouvoir, mais restent encore privés de sensibilité. — Nouvelle application de moxas.

Le 18, les deux doigts paralysés jouissent de leurs mouvements, mais ne peuvent encore saisir avec force un objet placé entre eux et le pouce; leur sensibilité est revenue, car le malade sent fort bien lorsqu'on les pique ou lorsqu'on les pince, ce qu'il n'avait pu faire depuis l'accident jusqu'à ce jour.

Le 25, les doigts ont complétement recouvré les mouvements et leur sensibilité. Quant aux mouvements de la tête, le malade les exécute avec autant de facilité qu'avant la chute.

Le malade sort enfin de l'hôpital le 30 octobre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 14 octobre 1846. — Présidence de M. LENOIR.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce à la Société la mort de M. Auguste Bérard, et il propose qu'en signe de deuil la séance soit levée immédiatement.

Cette proposition est adoptée, et l'assemblée se sépare.

Séance du 21 octobre 1846.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

— *M. Cullérier* donne lecture des paroles qu'il a prononcées sur la tombe de M. A. Berard.

— *M. Denonvilliers* demande un congé d'un mois, qui lui est accordé.

— La Société reçoit les Actes du Congrès médical.

Elle reçoit aussi un Mémoire sur les corps étrangers trouvés dans la région sublinguale et considérés comme calculs salivaires, par M. le docteur Stanski, ancien interne des hôpitaux.

— *M. Robert* fait un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Goyrand (d'Aix) sur la luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

M. Chassaignac pense que l'indication de la tête de l'humérus dans la fossette sous-glénoïdienne n'est pas exacte, parce que ce point est occupé par l'implantation de la longue portion du triceps. Il dit

---

préventions qui s'élèvent; je ne puis admettre qu'il existe dans son sein une tendance égoïste et paresseuse qui favorise de tout son pouvoir ce qui pourrait la convertir en une sorte de chapitre de chanoines disposant à son gré des chaires selon les convenances d'âge, de repos ou d'intérêts particuliers. La Faculté voudra le concours auquel elle doit ses renommées, ses gloires, ses plus éminentes personnifications; elle le voudra libre, loyal et sincère; elle se souviendra de ces magnifiques paroles prononcées à l'ouverture d'un concours public par un de ses plus illustres professeurs:

« C'est donc un devoir rigoureux d'y faire asseoir l'équité, bien au-dessus de tous, et d'en bannir sévèrement l'intrigue et la passion. Pour cela, le camp, les armes, les juges, tout doit être égal, et on ne doit y observer d'autres différences que celles qui résultent du partage inégal des facultés et des connaissances entre les compétiteurs.

» La moindre inégalité qui aurait sa source dans la nature des épreuves, dans la conscience des juges ou dans des influences étrangères, deviendrait une partialité, la partialité une injustice, et cette injustice deviendrait à son tour un **ASSASSINAT MORAL**, crime d'autant plus odieux qu'il porterait sur ce qu'il y a de plus noble dans l'homme, son intelligence; et d'autant plus punissable, qu'il s'exécuterait sous une fausse apparence de justice »

C'est Dupuytren qui a tenu ce noble langage, qui a professé ces sentiments élevés. Ne trouveraient-ils plus d'écho dans la Faculté actuelle? Il m'est impossible de le penser. Jean RAIMOND.

NOUVELLES

Par une ordonnance royale du 11 octobre 1846, rendue sur le rapport du ministre de la marine, M. Gomès (Bernardino), médecin en chef de l'hôpital militaire de Lisbonne, a été nommé chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur en récompense de ses soins pour le traitement des marins français placés dans cet hôpital

— M. le docteur Chauffard fils vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital civil militaire d'Avignon, en remplacement de M. Chauffard père, démissionnaire.

— M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ouvrira son cours au muséum d'histoire naturelle le jeudi 5 novembre, à trois heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi. Il traitera cette année des oiseaux. Le cours sera ouvert par plusieurs leçons sur la zoologie générale et l'anatomie philosophique.

— La Société médicale du 1er arrondissement vient d'adresser à M. Le Roy-d'Etiolles la lettre suivante:

« Monsieur et cher collègue,

» La Société du 1er arrondissement a vu avec un profond chagrin la polémique engagée entre vous, son président, et M. le docteur Heurteloup. Elle regrette vivement qu'une question scientifique, détournée de son véritable terrain, ait été débattue dans la presse politique et soit devenue ensuite une source de provocations entre deux hommes qui ont rendu l'un et l'autre des services signalés à la science. Elle a le ferme espoir que, déplorant le premier le fâcheux résultat de cette discussion, vous y mettrez un terme en ne répondant pas au dernier mémoire de M. Heurteloup.

» Nous serions doublement heureux si notre invitation était également entendue de M. Heurteloup et s'il n'existait désormais entre vous d'autre rivalité que celle de perfectionner de plus en plus une découverte qui a fait rejaillir tant d'honneur sur la chirurgie française.

» Recevez, monsieur et cher président, l'assurance des sentiments dévoués de vos affectionnés collègues.

» Signé: FAUCONNEAU-DUFRÊNE, vice-président;
LETALENET, secrétaire général;
FOISSAC, secrétaire particulier. »

— *Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants.* — M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater du mois de novembre:

1° Les visites tous les jours à huit heures;
2° Les jeudis, leçons et opérations de huit heures à dix heures;
3° Les consultations tous les jours excepté le jeudi et le dimanche.

aussi qu'on trouve dans Astley Cooper un cas semblable à celui de M. Goyrand, comme déplacement seulement ; car dans celui dont on vient de parler, il y avait une grande mobilité caractérisée par un mouvement de va-et-vient, tandis que celui du chirurgien anglais est noté avec une immobilité complète.

M. Robert répond que le fait d'Astley Cooper est mentionné dans le travail de M. Goyrand, ainsi que dans le rapport ; mais il fait observer que la part qu'Astley Cooper a prise à la détermination de cette luxation est réellement minime, par l'absence des détails et de l'indication des symptômes. Quant à la dénomination de sous-glénoïdienne, il la croit plus exacte que celle de luxation en bas, la tête étant positivement placée au-dessous de l'apophyse glénoïde sur une surface de cinq à six millimètres de largeur, entre la longue portion du triceps et l'attache de quelques fibres du sous-capulaire.

MM. Malgaigne, Maisonneuve et *Huguier*, élevant des doutes sur la position exacte de la tête humérale dans cette luxation, il est convenu que M. Robert apportera dans la prochaine séance une omoplate avec les parties molles pour déterminer au juste cette position.

Sur les conclusions du rapporteur, M. Goyrand est nommé à l'unanimité membre correspondant, et son Mémoire est renvoyé au comité de publication.

— *M. Nélaton* fait voir un polype constitué par une hypertrophie partielle du tissu utérin. Sa surface extérieure présente des lacunes semblables à celles des amygdales ; quelques-unes se terminent en cul-de-sac, d'autres se continuent en conduits rameux qui sillonnent la masse dans tous les sens. Le pédicule de ce polype était extrêmement long, et il s'insérait à la partie postérieure du col, au niveau de sa jonction avec le corps de l'utérus.

La malade affirme qu'elle avait constaté que l'écoulement menstruel se faisait par la surface de ce polype. Comme il sortait à la vulve elle pouvait, après l'avoir essuyé, voir sourdre le sang qui s'échappait comme des gouttelettes de sueur, et cet écoulement n avait lieu qu'aux époques menstruelles. Plus tard il survint des pertes abondantes, qui la déterminèrent à réclamer l'opération. Elle fut faite par la section simple.

M. Nélaton a eu déjà l'occasion d'observer un polype de la même nature, et qui avait la même implantation que celui-ci.

M. Huguier conserve dans l'alcool un polype enlevé par M. Guersant, et dont il a fait l'analyse. Dans le centre de ce polype, qui est aussi constitué par du tissu utérin, il a trouvé des follicules muqueux qui ne sont autre chose que les œufs de Naboth, et il a constaté à l'extérieur des lacunes dont les unes sont infundibulées, et dont les autres traversent toute la tumeur.

M. Malgaigne a vu deux ou trois cas de polypes à longs pédicules sans corps fibreux dans leur centre. La première fois qu'il en rencontra, la forme du polype lui avait fait annoncer qu'on trouverait dans son centre un corps fibreux. Une autre fois il observa une tumeur de même nature chez la parente d'un médecin, et il en vit un troisième avec M. Lisfranc. Dans ces trois exemples, il n'y avait pas d'ouverture à l'extérieur comme dans celui de M. Nélaton, et il présentait le même aspect que ceux qui contiennent des corps fibreux.

M. Denonvilliers a vu une fois un polype non pédiculé, aplati comme une amande, inséré dans l'intérieur même de la matrice près de la trompe gauche, et constitué en entier par du tissu utérin. Il présentait comme celui dont il est question un certain nombre d'ouvertures à l'extérieur.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule d'une pommade épispastique aux cantharides et au garou; par M. Baudot, de Langres.

Un point capital dans le pansement des vésicatoires, c'est le choix de la pommade destinée à entretenir la suppuration de ces exutoires. La plupart des pommades employées à cet effet sont préparées avec les cantharides, et ont le fâcheux inconvénient de réagir sur les voies urinaires ; les autres, préparées avec le garou, n'ont pas l'énergie suffisante et laissent sécher bientôt la plaie qu'elles sont destinées à aviver.

M. Baudot est parvenu à remédier à ce double inconvénient, à peu de chose près du moins, en faisant intervenir l'alcool faible dans la préparation des pommades avec les cantharides et avec le garou; voici la formule qu'il propose pour arriver à ce résultat :

Pommade de cantharides (par l'alcool)	32 grammes.
Pommade de garou (par l'alcool),	32
Onguent basilicum,	16
Onguent populéum,	16
Camphre dissous dans un peu d'éther,	2

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Nouveau traitement de la morve, par MM. D'Héran et Gagnage.

MM. D'Héran et Gagnage ont fait connaître les heureux résultats du traitement employé par eux sur six chevaux atteints de la morve, et condamnés par un vétérinaire à être abattus.

Ce traitement a consisté à injecter dans les fosses nasales, deux ou trois fois par jour, un soluté aqueux de pyrolignate de fer d'une densité de 5 a 8 degrés au pèse-sel.

En outre, les animaux étaient lotionnés sur toute la surface du corps avec un soluté de sulfure d'oxyde de calcium, et une toile imbibée de ce soluté était maintenue en contact avec le ventre Mais cette dernière application ayant promptement déterminé le développement de pustules, on a été obligé de remplacer le soluté de sulfure par de l'huile.

Enfin, tous les deux jours on administrait des lavements purgatifs d'aloès, et tous les matins on faisait avaler le mélange suivant :

Miel ordinaire,	500 grammes;
Huile d'olives,	60 id.;
Soufre sublimé,	50 id.

M. S. A.

De plus, la nourriture du cheval était saupoudrée de sel, et quelquefois même on y joignait l'ingestion d'une certaine quantité de vin.

Sous l'influence de ce traitement, les six chevaux ont recouvré la santé, et ont pu reprendre leurs travaux accoutumés.

Les journaux officiels publient une ordonnance royale, rendue sur le rapport de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, et qui a pour objet de régler le commerce si dangereux des substances vénéneuses. Voici les dispositions de cette ordonnance :

TITRE Ier. — *Du commerce des substances vénéneuses.*

Art. 1er. Quiconque voudra faire le commerce d'une ou de plusieurs substances comprises dans le tableau annexé à la présente ordonnance sera tenu d'en faire préalablement la déclaration devant le maire de la commune, en indiquant le lieu où est situé son établissement.

Les chimistes, fabricants ou manufacturiers, employant une ou plusieurs desdites substances, seront également tenus d'en faire la déclaration dans la même forme.

Ladite déclaration sera inscrite sur un registre à ce destiné, et dont un extrait sera remis au déclarant ; elle devra être renouvelée dans le cas de déplacement de l'établissement.

Art. 2. Les substances auxquelles s'applique la présente ordonnance ne pourront être vendues ou livrées qu'aux commerçants, chimistes, fabricants ou manufacturiers qui auront fait la déclaration prescrite par l'article précédent ou aux pharmaciens.

Lesdites substances ne devront être livrées que sur la demande écrite et signée de l'acheteur.

Art. 3. Tous achats ou vente de substances vénéneuses seront inscrits sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou par le commissaire de police.

Les inscriptions seront faites de suite et sans aucun blanc au moment même de l'achat ou de la vente; elles indiqueront l'espèce et la quantité des substances achetées ou vendues, ainsi que les noms, professions et domicile des vendeurs ou des acheteurs.

Art. 4. Les fabricants et manufacturiers employant des substances vénéneuses, en surveilleront l'emploi dans leur établissement et constateront cet emploi sur un registre établi conformément au premier paragraphe de l'article 3.

TITRE II. — *De la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens.*

Art. 5. La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin ou d'un chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.

Cette prescription doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

Art 6. Les pharmaciens transcriront lesdites prescriptions avec les indications qui précèdent sur un registre établi dans la forme déterminée par le § 1er de l'article 3.

Ces transcriptions devront être faites de suite et sans aucun blanc.

Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtues de leur cachet, et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre.

Ledit registre sera conservé pendant vingt ans au moins, et devra être représenté à toute réquisition de l'autorité.

Art. 7. Avant de délivrer la préparation médicale, le pharmacien y apposera une étiquette indiquant son nom et son domicile, et rappelant la destination interne ou externe du médicament.

Art 8. L'arsenic et ses composés ne pourront être vendus pour d'autres usages que la médecine, que combinés avec d'autres substances.

Les formules de ces préparations seront arrêtées sous l'approbation de notre ministre secrétaire d'état de l'agriculture et du commerce, savoir :

Pour le traitement des animaux domestiques, par le conseil des professeurs de l'École royale vétérinaire d'Alfort;

Pour la destruction des animaux nuisibles et pour la conservation des peaux et objets d'histoire naturelle, par l'École de pharmacie.

Art. 9. Les préparations mentionnées dans l'article précédent ne pourront être vendues ou délivrées que par les pharmaciens, et seulement à des personnes connues ou domiciliées ;

Les quantités livrées, ainsi que le nom et le domicile des acheteurs, seront inscrits sur le registre spécial, dont la tenue est prescrite par l'article 6.

Art. 10. La vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés sont interdits pour le chaulage des grains, l'embaumement des corps et la destruction des insectes.

TITRE III. — *Dispositions générales.*

Art. 11. Les substances vénéneuses doivent toujours être tenues par les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens, dans un endroit sûr et fermé à clef.

Art. 12. L'expédition, l'emballage, le transport, l'emmagasinage et l'emploi doivent être effectués par les expéditeurs, voituriers, commerçants et manufacturiers, avec les précautions nécessaires pour prévenir tout accident.

Les fûts, récipients ou enveloppes ayant servi directement à contenir les substances vénéneuses, ne pourront recevoir aucune autre destination.

Art. 13. A Paris, et dans l'étendue du ressort de la préfecture de police, les déclarations prescrites par l'article 1er seront faites devant le préfet de police.

Art. 14. Indépendamment des visites qui doivent être faites en vertu de la loi du 21 germinal an II, les maires ou commissaires de police, assistés, s'il y a lieu, d'un docteur en médecine désigné par le préfet, s'assureront de l'exécution des dispositions de la présente ordonnance

Ils visiteront, à cet effet, les officines des pharmaciens, les boutiques et magasins des commerçants et manufacturiers vendant ou employant lesdites substances. Ils se feront représenter les registres mentionnés dans les articles 1er, 3, 4 et 7, et constateront les contraventions.

Leurs procès-verbaux seront remis aux procureurs du roi, pour l'application des peines prononcées par l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845.

Nous recommandons d'une manière toute particulière les Bouts de Sein et les Biberons en Tétine de madame Breton; les personnes qui en feront usage n'auront que des remercîments à nous adresser.

Les nombreuses Médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 130. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1. Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des maladies vénériennes. Coup d'œil sur l'historique.

(Suite du numéro du 29 octobre.)

Nous arrivons à l'époque où la maladie syphilitique telle que nous la connaissons a été constituée. Jusqu'alors, on n'avait observé que des symptômes isolés, sans caractère de famille, sans liaison. L'épidémie est venue rapprocher ce qui était distant, mettre sous l'œil de l'observateur, et dans un seul instant, tout ce qu'il avait fallu jusqu'alors tant de temps pour étudier. C'est de l'épidémie du quinzième siècle que l'ensemble des affections qui constituent la maladie vénérienne a une naissance scientifique. Le premier jalon, la pierre fondamentale de l'édifice a été posée par Alexandre Benedetti, qui établit le premier la nécessité d'une cause spécifique. Jusqu'à lui, l'on avait bien admis quelque chose; c'était le *virus génital* de Pline l'ancien, dans lequel on trouvait bien un caractère spécial, mais ce n'était pas encore la teinture vénérienne de Benedetti. On regardait les organes génitaux comme les interprètes des humeurs de la femme, et contenant des principes qui transmettent la maladie à l'homme. On voit quelle différence existait encore entre la théorie obscure de cette époque et le virus vénérien tel que Fernel l'a établi. C'est à Fernel seul qu'il faut rapporter tout l'édifice des maladies syphilitiques tel qu'il a existé jusqu'à nos jours.

Fernel, en 1556, a, le premier, l'honneur d'avoir bien déterminé, bien reconnu que la maladie vénérienne, que la vérole, ne se développait qu'en vertu d'une cause spécifique qui devait être transmise d'un individu malade à un individu sain. Dégagé de toute idée préconçue, de toute théorie singulière, incrédule aux causes tirées de l'action des astres, de l'air, etc., Fernel rapporte le mode de communication de la maladie à la nécessité d'une contagion; il reconnaît pour la propagation de la maladie la nécessité d'une contagion; la cause spécifique reconnue, et les divers modes de transmission étant rapportés aux différents modes de contact, et surtout au contact par le coït, la théorie se trouvait presque entièrement fondée. La production des accidents a été tracée de main de maître: accidents primitifs, accidents constitutionnels, effets de l'action locale de la cause spécifique, effets de l'empoisonnement général, voilà le premier tableau largement dessiné de la vérole. Ainsi, cause spécifique, contagion par contact, accidents primitifs, accidents secondaires, voilà les bases de la doctrine qui, pendant plus de trois siècles, a résisté à toutes les attaques, à toutes les révolutions de doctrines.

Dans le tableau de Fernel, il n'y avait plus que la vérole, la vérole telle que nous la connaissons aujourd'hui. L'épidémie s'était complétement éteinte; les éléments étrangers avaient disparu; la vérole seule sortait du chaos; d'où l'on a conclu que l'épidémie tout entière étant une épidémie de nature syphilitique, elle devait successivement s'éteindre, et qu'il arriverait un jour où tout aurait cessé; que ce que nous observons aujourd'hui n'était qu'une décroissance; que nous ne voyons plus que les dernières étincelles d'un incendie: on s'est trompé. Si la vérole a diminué d'intensité, le nombre des cas de la maladie n'a pas diminué. La syphilis a perdu de son intensité; est-ce à un changement de nature de la cause qu'il faut attribuer ce changement dans les symptômes de la maladie? Evidemment, non. Plantez-en le germe dans un terrain convenable, et vous verrez si elle y poussera. Si vous la voyez moins grave et moins sévère, c'est que les conditions d'hygiène ont changé. Nous vivons mieux; la propreté est plus grande; les habitations sont plus saines. Puis, la philosophie a fait des progrès; nous sommes maintenant moins honteux de choses qui ne dépendent pas de nous. Or, ce n'est pas l'homme qui a inventé la syphilis. Les malades ne craignent donc plus, dès le début, de se plaindre, de réclamer les conseils des médecins; et l'on a, dans ces circonstances, l'inappréciable avantage d'arriver plus tôt, ayant affaire à des maladies moins avancées, et agissant avec des médications plus sages.

Mais pour arriver à soutenir cette thèse de la dégénérescence de la vérole, on a dû faire, créer, inventer des époques: l'époque pustuleuse, l'époque du bubon, toutes inventions d'Astruc, et qui ont lieu d'étonner de la part d'un homme aussi distingué; une époque de la perte des cheveux, etc. Hippocrate avait, longtemps avant tous ces auteurs, attribué la calvitie aux excès des plaisirs de l'amour.

Dans ces phases que l'on a voulu établir dans l'histoire de la vérole, il y a un accident important que l'on a eu grande peine à classer dans les cadres nosologiques, c'est la blennorrhagie; car enfin, il a fallu constituer le tableau complet et définitif; il a fallu distinguer ce qui appartenait aux maladies vénériennes, ce qui ne leur appartenait pas. La blennorrhagie a été tour à tour classée dans les affections syphilitiques et rejetée hors de cette division. Il est certain que la gonorrhée a été connue de tout temps. Nous avons dit dans une précédente conférence que l'on a trouvé dans le *Lévitique* la preuve irrécusable du berceau de la maladie vénérienne; il y avait seulement là erreur de siége et d'origine. Ce n'est qu'en 1553 que Ferrier a clairement énoncé ce fait; à savoir: que la gonorrhée était un écoulement purulent. Vous trouverez cette idée encore mieux développée et plus au long dans Turguet. Nous vous avons dit qu'il n'y avait pas de contestation à établir sur ce sujet. Dans tous les cas, les témoins de l'épidémie, ou ceux qui ont écrit peu de temps après sur le même sujet, tous ont parlé de la gonorrhée comme chose excessivement commune. Astruc a établi une période gonorrhéique qu'il rapporte à la première description qu'en donne Fallope en 1567. Il est vrai que Fallope a peut-être plus particulièrement indiqué la gonorrhée qui se rapportait au mal vénérien, et à laquelle il a donné le nom de *gonorrhée française.*

Vous verrez que ces oscillations étaient possibles avant que l'expérimentation eût prononcé. Mais, considérer Fallope comme l'inventeur de la blennorrhagie virulente, et cette maladie comme une maladie nouvelle, c'est chose peu compréhensible. Il a fallu qu'Astruc eût donné une description autre que celle des précédents auteurs, pour arriver à ce résultat. Or, tous les auteurs antérieurs à cette époque tracent le même tableau; ils indiquent les douleurs vésicales, les ardeurs d'urine; mais tous ces phénomènes existaient autrefois. Cependant, à dater de l'époque de Fallope, on a reconnu qu'il y avait des variétés d'écoulement gonorrhéique qui devaient se rapporter plus particulièrement aux divisions indiquées par Fernel. A la nécessité d'une cause spécifique, à la contagion obligée, se joignit l'apparition des accidents constitutionnels; mais déjà Ferrier avait été plus loin. Voilà donc la blennorrhagie faisant partie du premier plan des maladies vénériennes; elle est restée tranquillement en possession de cette place jusqu'en 1777, à l'époque où Duncan, Balfour, sont venus et ont démontré des différences réelles entre la gonorrhée et la vérole. Alors on l'a chassée de nouveau de cette place sous prétexte de non virulence. D'autres ont reconnu dans la blennorrhagie un virus particulier, distinct du virus syphilitique; c'est Benjamin Bell et Hernandez. Enfin, de nos jours, M. Baumès a cru pouvoir rapporter l'écoulement blennorrhagique à un demi-virus syphilitique, sur l'existence duquel nous reviendrons plus bas.

Hunter, qui vient dans le milieu du dix huitième siècle, ne cherche pas à établir des doctrines tout à fait nouvelles; celles qu'il développe sont un complément des doctrines de Fernel; ainsi il reconnaît le virus, le poison morbide; il cherche autant que possible à faire partout la part de ce qui est syphilitique, et de ce qui ne l'est pas. Il distingue les accidents primitifs pouvant rester locaux, pouvant dans d'autres cas devenir le point de départ d'une infection constitutionnelle, d'un empoisonnement général. Et tout à côté de cet empoisonnement spécifique, il montre des phénomènes symptomatiques. Pour les accidents constitutionnels, il les divise en deux périodes, que nous avons depuis définitivement établies; il décrit les accidents secondaires et les accidents tertiaires, mais sans pouvoir délimiter parfaitement et d'une manière tout à fait précise l'une et l'autre de ces deux divisions, faute d'éléments de diagnostic et d'une connaissance suffisante des antécédents. Voilà la doctrine de la vérole établie d'une manière exacte et positive, du moins dans sa base. Elle contient encore des erreurs sans doute, mais ce n'est qu'à une époque beaucoup plus moderne que ces erreurs devaient disparaître.

Devons-nous vous indiquer comme une phase particulière les tentatives d'une syphiliographie très ingénieuse, qui a eu quelque chose de séduisant; nous voulons parler de celle de Carmichaïl. Cet auteur trouve quatre causes distinctes produisant des accidents différents, et exigeant aussi des traitements différents. Il ne considère comme syphilis vraie que le chancre induré, dit *chancre hunterien*, et alors il le traite par le mercure et ses préparations.

En 1811 se produit soudainement une théorie nouvelle, reposant sur cette idée que le virus vénérien n'est pas contagieux. Un ouvrage sans nom d'auteur, attribué à Caron, continué plus tard en trois volumes par Richond des Brus, n'admet pas l'existence du virus syphilitique. Plus de virus; partant, plus d'accidents spéciaux; conséquemment aussi, plus de mercure dans la thérapeutique. Pendant quelque temps Broussais lui-même, le fondateur de la doctrine physiologique, étendant jusqu'à la syphilis ses grandes idées de réforme et de révolution, soutient qu'il n'existe pas de virus spécifique contagieux. Nous ne prétendons point ici attaquer l'illustre réformateur du Val-de-Grâce. La révolution physiologique à la tête de laquelle il s'est placé a rendu d'immenses services à la science pathologique. Broussais a renversé les murs qui emprisonnaient la science, et s'opposaient à son développement. N'eût-il fait que cela, nous devrions lui accorder les plus sincères témoignages de reconnaissance pour avoir démontré la nécessité, dans le traitement de la vérole, de s'occuper des accidents inflammatoires et de leur opposer le traitement antiphlogistique. Dans un mémoire fait pour soutenir les mêmes doctrines, M. Jourdan s'écriait: Ce principe spécial, donnez-lui le nom que vous voudrez, mais ne l'appelez pas virus. Enfin, le résumé d'un des fauteurs de cette théorie, est celui-ci: Il admet une cause spéciale, des symptômes particuliers, un modificateur thérapeutique, le mercure. Ce qu'il y a de curieux, c'est que pour ces hommes les cas particuliers exceptionnels réclamant le modificateur spécifique, l'altérant, le mercure, ces cas exceptionnels sont plus communs que pour nous.

Nous arrivons enfin à l'époque actuelle, et nous devons ici vous exposer en détail l'état de la science et les croyances généralement reçues, avant d'aborder le côté pratique et de vous tracer l'histoire complète et clinique des altérations diverses qui constituent la maladie syphilitique.

La grande majorité des médecins, les sociétés savantes, les corps enseignants admettent l'existence d'une maladie vénérienne unique, d'un virus toujours le même pour toutes les conditions différentes que peut présenter la maladie. On croit à la spécificité des symptômes sans régularité dans leur filiation, et à la nécessité absolue comme condition de traitement des préparations mercurielles. Cette doctrine est très commode; avec un fort petit nombre d'idées, on a la science syphilitique toute faite: un virus, des accidents n'importe lesquels, un traitement mercuriel; en tout trois idées, faciles à retenir, mais non soutenables par la discussion, inadmissibles conséquemment dans un siècle comme celui-ci, où l'on s'est tant occupé d'élucider les questions obscures de la science, où l'anatomie pathologique a fait tant de progrès, où le microscope a été épier partout ce qui se passe dans l'économie, où la chimie est sur le point de nous procurer, et cela dans un court espace de temps, tant de renseignements précieux. Nous le répétons, il est impossible aujourd'hui d'en rester là, et, pour avancer, il nous faut mettre en usage et l'observation et l'expérimentation.

L'observation d'abord: Faut il se servir des travaux qui ont été faits avant nous? Sans doute, et c'est une bonne chose que l'opinion des maîtres; mais nous réservons notre droit de contrôler par nous-mêmes les résultats auxquels ils sont arrivés. La valeur de telle ou telle autorité ne nous empêche pas d'y voir clair pour ce que nous vous enseignerons nous-même; nous ne vous demandons pas davantage. Prenez nos paroles comme indication; mais regardez par vous-mêmes, et voyez où vous allez. Prenez ce que nous vous disons comme affaire de mémoire, et cherchez à étudier vous-même dans le grand livre de la nature. Examinez avec soin les malades qui vous passeront sous les yeux; recueillez des observations nombreuses, vérifiez les résultats que nous vous annonçons; ne nous donnez jamais raison sans avoir vu par vos yeux. En général, lorsque l'on a besoin d'un auteur pour soutenir une opinion quelle qu'elle soit, on parvient toujours à trouver soit dans ses écrits, soit dans ses paroles, ce que l'on y cherche, ce que l'on veut y trouver. Nous n'admettons aucune autorité absolue, d'où qu'elle vienne. Si elle nous vient en aide, nous ne la repoussons pas, au contraire; mais elle ne nous suffit point, et nous avons sur tous les points de la science des faits nombreux qui nous sont propres, dont nous nous sommes servi pour asseoir nos convictions. Aussi, à partir de ce moment, nous citerons peu; tout ce que nous disons, nous l'avons vu par nous-même.

Les observations sont une chose dangereuse; c'est une terre molle et flexible dans les mains du sculpteur, il la façonne à sa guise, il lui donne les formes qu'il lui plaît, il s'en sert pour le but auquel il veut atteindre. L'observation est fille de celui qui la recueille; elle se prête à toutes ses exigences. *Un fait est un fait*, a-t-on dit souvent. Oui; mais il y a cent manières de le recueillir, cent manières de l'interpréter. Ne recueillez pas un fait pour prouver une doctrine; établissez votre doctrine d'après des faits recueillis aussi impartialement que faire se pourra. Il ne s'agit pas seulement de compter des faits; il faut encore les peser, et en apprécier la valeur.

Etablissons maintenant les règles d'après lesquelles nous avons posé nos résultats. La première chose à faire pour établir des règles générales, des lois, c'est de prendre le plus grand nombre de faits, de marcher suivant les faits les plus communs et non pas suivant les exceptions. Une fois pour toutes, et nous ne saurions trop le répéter, nos lois ne seront pas des lois d'exceptions; elles seront formulées d'après le plus grand nombre possible de faits particuliers. Nous préférerons toujours un certain nombre de faits appuyant un principe, à

un seul qui nous semblera contradictoire. Si un fait exceptionnel ne pouvait être expliqué que d'une seule façon, il est tout simple qu'il aurait une grande valeur. Il ne faut qu'un fait bien établi pour constituer une loi. C'est la qualité, et non pas le nombre, qui fait la valeur des observations. Vous avez cent faits, par exemple, qui prouvent tous la même chose, et un seul qui semble prouver le contraire, mais qui est explique de plusieurs façons; il est évident que ce fait isolé n'a aucune valeur. Nous appellerons donc notre école, l'école des faits généraux, par opposition à ces autres écoles que l'on pourrait appeler écoles des exceptions. Pour arriver à ces lois générales résultant du plus grand nombre de faits généraux, il est nécessaire d'apporter toujours la plus grande prudence, de tenir compte des causes d'erreur, et elles sont nombreuses. Il n'est pas un seul écrivain qui ne soit convenu de la facilité que l'on a de se tromper, et surtout d'être trompé. Tous, sans exception, en conviennent; mais ils n'ont pas eu tous assez de fermeté, assez de jugement, une fois établies et signalées les circonstances qui peuvent induire en erreur, pour éviter le péril qu'ils avaient indiqué ; prenez garde, cédant à la même faiblesse, de vous laisser aller à opposer à l'opinion d'un homme sérieux, et qui a passé sa vie à recueillir des faits, prenez garde de lui opposer un fait erroné ou dépourvu de preuves suffisantes pour constituer une observation authentique.

Dans le plus grand nombre des cas, lorsqu'un fait paraît s'opposer à une loi posée d'après une longue expérience, c'est un fait qui a été raconté par le malade lui-même, c'est sur le diagnostic porté par un malade que l'on base une manière de voir différente de celle qui est la véritable ; c'est l'opinion de gens ignorants en médecine que l'on ne craint pas d'opposer à celle d'hommes qui ont vu de leurs yeux, et, outre cette ignorance, combien n'y a-t-il pas de malades qui trompent sciemment le médecin, guidés soit par un intérêt facile à démêler, soit par le seul désir de tromper, et ces derniers ne sont pas les moins communs.

Nous demandons pardon de nous étendre aussi longuement sur ces généralités; mais elles nous ont semblé nécessaires pour vous faire comprendre de combien de précautions vous devez vous entourer pour arriver d'une manière à peu près certaine à la connaissance de la vérité.

MALADIES DES YEUX.

Hernie de l'iris à travers la cornée. (Nouveau procédé de réduction.) — Par M. DESMARRES.

C'est à la suite d'ulcérations perforantes de la cornée qu'on voit le plus souvent cette maladie. On l'observe encore après les plaies par instrument tranchant qui ont intéressé la membrane transparente, ou l'extrême bord de la sclérotique, près de l'insertion de la cornée, ou enfin ces deux membranes à la fois. Elle est aussi fréquemment la conséquence de l'opération de la cataracte par extraction, et l'on sait que c'est là un accident qui ne manque pas de gravité.

Mais quelle que soit la cause qui ait produit la perforation de la cornée, à l'instant même où cette perforation a lieu l'humeur aqueuse s'écoule au dehors, et l'iris la suit dans ce mouvement d'avant en arrière, de sorte qu'il vient s'appliquer contre la membrane transparente, et que si l'ouverture cornéenne est assez grande il ne tarde pas à s'y engager, dans une proportion en rapport avec la largeur de la perforation. Lorsque la hernie de l'iris est consécutive d'ulcérations marchant avec une certaine lenteur, elle est toujours précédée d'un *kératocèle*, formé aux dépens de la lamelle profonde de la cornée ou même de la membrane de l'humeur aqueuse. Nous avons fait remarquer dans ce journal tout l'intérêt pratique de ce symptôme qui met le médecin en demeure de prévoir l'accident, et d'y porter remède par la prompte dilatation de la pupille.

Aussitôt que la hernie de l'iris est accomplie, le malade éprouve dans le globe une douleur soudaine qui s'irradie vers le front et le sourcil, et très souvent est assez vive pour lui arracher un cri. C'est un très fort élancement, comparable à celui qu'éprouvent les opérés de pupille artificielle pendant le décollement. Si cette douleur est survenue sur un malade atteint d'une ulcération, on peut être certain, avant d'écarter les paupières, qu'il s'est fait une hernie iridienne. Quelquefois pourtant la perforation s'opère sans que l'iris vienne s'engager dans l'ouverture; il s'applique simplement derrière; mais cela n'a lieu qu'exceptionnellement, et, le plus souvent, dans les cas où l'ulcération ou la plaie est étroite.

Selon que la hernie de l'iris est petite, large, simple ou multiple, elle a reçu autrefois divers noms qui ne sont plus guère conservés aujourd'hui. Lorsqu'elle n'avait que le volume d'un grain de millet, on l'appelait *myocéphalon*, à cause de sa ressemblance avec la tête d'une mouche ordinaire. Lorsqu'elle était large et aplatie, on lui donnait le nom de *hylon* ou *clou*. Lorsqu'elle était multiple, comme cela s'observe après certains kératocèles consécutifs de larges ulcérations de la cornée, elle prenait alors celui de *raisinière*, parce qu'alors elle ressemble à une sorte de grappe formée de petits grains noirs.

Après les ophtbalmies purulentes qui ont détruit toute la cornée, ou après la fonte purulente de cette membrane, l'iris fait procidence dans tout son ensemble; c'est dans ce cas seulement qu'on voit survenir après la procidence le staphylome de l'iris proprement dit.

Symptômes anatomiques. — La cornée amincie par une ulcération, se perfore, avons-nous dit, donne issue à l'humeur aqueuse, et l'iris vient s'engager dans l'ouverture. Il s'y présente sous la forme d'une petite tumeur noire qui est comme lobulée à sa surface, et est entourée d'un cercle blanc jaunâtre siégeant dans la cornée. Nous venons de voir que cette tumeur peut être simple ou multiple, étroite ou large ; nous n'y reviendrons pas.

Pour assurer le diagnostic de la procidence iridienne, il est nécessaire d'examiner avec attention la chambre antérieure, l'iris, la pupille et la cornée. La *chambre antérieure* est déformée, et n'existe plus dans l'endroit correspondant à la procidence; elle est comme divisée en deux portions triangulaires, souvent inégales, dont les sommets seraient à la hernie, et les bases en sens inverse. L'*iris* n'est plus tendu verticalement entre les deux chambres; une portion de son corps ou de sa marge, s'étant engagée dans la cornée, fait saillie en avant. De là la déformation des deux chambres : l'agrandissement de la postérieure, et la diminution de l'antérieure. La *pupille*, déformée aussi en plus ou moins grande partie, est rétrécie, oblitérée ou agrandie : rétrécie, si une partie de sa marge est herniée dans la cornée; oblitérée, si toute la marge a traversé la perforation; agrandie, au contraire, si une très petite partie seulement du corps de l'iris s'est engagée près de ses attaches dans une perforation de la circonférence cornéenne. La *cornée*, indépendamment de la petite tumeur noire iridienne, simple ou multiple et entourée d'un cercle blanc-jaunâtre qu'elle présente, offre quelquefois une dépression, un aplatissement remarquable; cela a lieu surtout lorsque la procidence est récente, que l'iris n'oblitère pas complétement l'ouverture, que l'humeur aqueuse s'écoule incessamment au dehors, enfin quand il y a *fistule* de la cornée. L'œil est mou dans son ensemble; la pupille, l'iris sont appliqués immédiatement contre la cornée, et il n'est pas rare que les muscles dans leurs contractions impriment un sillon sur la sclérotique, et qu'ainsi la forme de la cornée dépende en quelque sorte des mouvements de l'œil.

Outre ces caractères anatomiques, il en est d'autres qui varient selon la gravité du mal, et aussi selon le temps depuis lequel la procidence s'est faite. La réaction peut être très vive ou nulle, selon que la procidence est récente ou ancienne. Si elles est récente, la cornée est ramollie dans une étendue plus ou moins grande; la conjonctive et la sclérotique sont enflammées, et présentent une rougeur très prononcée, en rapport ordinairement avec la largeur de la procidence iridienne. Si, au contraire, elle est ancienne, toutes les membranes de l'œil sont exemptes d'inflammation : la hernie prend alors le nom de *synéchie antérieure*.

Symptômes physiologiques. — Au moment de la procidence de l'iris, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le malade éprouve une douleur fort aiguë, qui s'irradie du globe vers le front. La photophobie, jusque-là peu prononcée, devient très vive, des larmes s'écoulent en abondance, et le malade recherche l'obscurité. D'autres fois, au contraire, les douleurs produites par l'ulcération disparaissent aussitôt que la hernie s'est faite, mais alors la chambre antérieure est ouverte.

Marche. — Terminaison. — Une fois formée, la procidence de l'iris, assez ordinairement, tend à augmenter. Scarpa pense que le gonflement vasculaire de l'iris est l'unique cause de cette augmentation de volume ; selon Chélius, elle serait toujours occasionnée par la distension que produit l'humeur aqueuse sur la portion iridienne qui a traversé l'ouverture de la cornée, et, si ce liquide est en grande quantité, l'enveloppe séreuse de l'iris formerait seule la saillie par suite de la compression de ses vaisseaux. Ces deux opinions admises d'une manière exclusive sont, à n'en pas douter, en dehors de l'observation rigoureuse des faits. Si l'on assiste, pour ainsi dire, à la formation de la hernie iridienne, on se convaincra facilement de la justesse de l'observation du célèbre chirurgien de Pavie. Pour s'assurer que c'est bien en effet au gonflement vasculaire qu'est due, dans la majorité des cas, l'augmentation de la hernie, on n'aura quand elle est très récente qu'à la toucher avec un crayon de nitrate d'argent, et l'on reconnaîtra qu'en moins d'une seconde elle aura doublé une ou deux fois de volume. Le gonflement vasculaire doit donc très certainement contribuer à l'agrandissement de la tumeur. Dans quelques cas exceptionnels, l'humeur aqueuse s'accumule sous la séreuse iridienne procidée, et, ainsi que le dit Chélius, forme une vésicule transparente qu'une simple ponction fait disparaître, mais ce fait ne détruit point l'observation de Scarpa, comme l'a cru le professeur de Heidelberg.

Après avoir pris un volume plus ou moins grand, la hernie de l'iris s'affaisse d'une manière progressive, non point, comme le pense Chelius, parce que l'humeur aqueuse ne peut plus distendre la partie prolabée de l'iris, mais parce que cette partie, sphacélée par la compression, l'étranglement de ses vaisseaux, tombe en suppuration. Par cet affaissement, le niveau de la cornée est rétabli. C'est la terminaison la plus favorable de la procidence iridienne, lorsqu'elle n'a pu être réduite complétement. Quand la hernie est très grande et ne subit qu'un étranglement incomplet, elle joue le rôle d'un corps étranger implanté dans la membrane transparente, et détermine une inflammation de la cornée avec un ramollissement qui peut s'étendre fort loin; c'est alors que peu à peu la cornée prend la forme conique et devient staphylomateuse. Mais si cette membrane a été détruite en grande partie, c'est l'iris qui, presque complétement procidé, fait saillie à travers l'ouverture, et forme cette tumeur considérable qui a reçu le nom de *staphylome de l'iris*. Quelquefois une tumeur de mauvaise nature succède à la hernie iridienne.

Pronostic. — Il est toujours grave : la vision est quelquefois perdue, altérée ou compromise dans tous les cas. On en exceptera, toutefois, ceux dans lesquels une adhérence étroite se sera produite près de la circonférence de la cornée. La synéchie antérieure est très souvent une cause de strabisme lorsqu'elle est incomplète, et placée en dedans ou en bas.

Traitement. — Lorsque les hernies sont récentes, les instillations de belladone aidées, selon la méthode indiquée au chapitre que nous rappelons, de fomentations glacées, pourront les réduire assez fréquemment. C'est un excellent moyen si on l'emploie avec persévérance pendant plusieurs jours, comme nous le faisons en pareil cas : aussi est-ce bien à regret que dans un écrit de M. Velpeau nous voyons ce passage-ci, où il désapprouve l'emploi de la belladone : « On aurait tort d'accorder une grande valeur à de pareils moyens; après les premières heures, la réduction mécanique des hernies de l'iris est à peu près impossible à cause du travail phlegmasique qui s'établit bientôt. » Ce travail, qu'il est facile d'arrêter ainsi que nous le verrons plus loin, diminue, il est vrai, l'action particulière de la belladone sur l'iris ; mais de leur côté les fomentations glacées sur l'œil et les instillations mydriatiques entre les paupières contribuent puissamment à diminuer cette phlegmasie, et souvent même l'abattent complétement si on les aide d'un traitement antiphlogistique convenable. C'est surtout dans les procidences un peu larges qu'on peut espérer une plus facile réduction. On n'oubliera pas que la cornée se ramollit autour de la hernie récente, et que l'adhérence ne peut être solide qu'après un temps assez long, double circonstance qui donne plus de prise à l'action de la belladone. Après trois ou quatre jours d'instillations persévérantes, si l'on n'a pas réussi à rendre la liberté à la pupille, on aura recours à la cautérisation faite comme nous allons l'indiquer.

Nouveau procédé pour la réduction de l'iris hernié. — Il consiste en une simple cautérisation avec le nitrate d'argent, sur un endroit autre que celui de la hernie, et est basé sur les données suivantes :

a. L'iris hernié à travers la cornée n'*est désorganisé qu'après plusieurs jours.*

b. La hernie iridienne, irritée par le contact des larmes, par l'air, par les frottement de la paupière supérieure et par les bords mêmes de l'ulcère cornéen dans lequel elle est emprisonnée, tend pendant quelques jours à augmenter de volume. Cette irritation et ce gonflement incessants de la partie engagée empêchent la mortification de l'iris et *arrêtent le travail de la cicatrisation.* L'engagement progressif de l'iris dans l'ulcère de la cornée est prouvé par ces faits d'observation pratique, que si l'on touche la hernie récente avec un corps irritant, elle triple de volume à l'instant même; et que si l'on suit les progrès de cicatrisation de l'ulcère de la cornée, la hernie n'ayant pas été réduite, la pupille diminue peu à peu et même disparaît souvent.

c. Des adhérences s'établissent entre la cornée et l'iris avant que la partie herniée soit désorganisée. Dans le principe, c'est-à-dire pendant quelques jours, elles sont très faibles et peuvent être détruites tout à fait si l'*on augmente l'activité vasculaire des parties qui les fournissent*, ou si une inflammation nouvelle se développe sur un autre point de l'œil.

d. Les matériaux nécessaires à la formation des adhérences qui s'établissent entre l'iris et la cornée, sont d'abord fournis par cette dernière membrane, déjà malade dans l'endroit où la première, saine jusque-là, est venue s'engager.

e. Ces matériaux sont apportés par l'extrémité des vaisseaux divisés par l'ulcère. La base de ces mêmes vaisseaux se trouve à la circonférence de la cornée.

f. *Irriter* les parties dans lesquelles rampe la base de ces vaisseaux, c'est *augmenter la sécrétion* des bords de l'ulcération ; c'est aussi apporter autour de la hernie, une sécrétion liquide qui détruira quelques adhérences encore mal établies; c'est enfin rendre à l'iris les moyens de glisser dans l'ulcération, agrandie par le fait même de la sécrétion.

g. Si, avant de produire mécaniquement cette *irritation*, on a soumis l'iris à l'action de la belladone, on aura en arrière de la cornée une force qui, agissant d'avant en arrière, devra réduire la hernie.

Passons maintenant à la description des moyens de produire cette irritation.

Une ulcération de la cornée ayant donné passage à une partie de l'iris, la hernie étant reconnue, et des instillations de belladone ayant été faites sans résultat pendant quelques jours, je m'assure que l'iris est encore sous l'influence mydriatique de ce médicament, c'est-à-dire que la pupille est aussi large que possible.

La figure 15 donne une idée exacte de la forme des parties:

Fig. 15.



A représente la pupille agrandie par la belladone, mais déformée et se terminant par une pointe en bas et en dedans ; B est la tumeur formée sur la cornée par l'iris, dont une petite partie a traversé une ulcération cachée sous la tumeur iridienne.

Ces précautions prises, la paupière supérieure étant maintenue par un aide, l'inférieure étant abaissée au moyen de l'index de la main gauche, je porte de la main droite un crayon de nitrate d'argent sur la conjonctive bulbaire, tout près de la cornée, et je cautérise les trois ou quatre points, C, C, C, le plus énergiquement possible, sans toutefois atteindre trop profondément la muqueuse. De cette manière, je provoque une irritation très active des vaisseaux qui se rendent dans l'ulcération cornéenne, et la sécrétion liquide nécessaire au dégagement de l'iris est produite. Quelquefois, au lieu de quelques points de cautérisation, je fais une traînée de caustique sur le pourtour de la cornée, dans le voisinage de la hernie, ou même, dans quelques cas, où une première cautérisation a échoué, j'en pratique à deux ou trois jours d'intervalle une deuxième, une troisième, une quatrième sur la cornée même, mais en ayant grand soin que le caustique ne s'étende pas sur l'iris, car autrement la hernie deviendrait plus volumineuse à l'instant même. (*Voy.* plus haut, *b.*)

A partir du moment où une cautérisation vient d'être faite, le malade doit se baigner l'œil avec de l'eau froide légèrement additionnée d'acide chlorhydrique (une cuillerée à café pour deux grands verres d'eau), et continuer avec persévé-

rance les instillations de belladone. Après deux jours, si la hernie n'est pas réduite, je cautérise de nouveau, toujours en me rapprochant de la tumeur, et quelquefois même je l'entoure, sans la toucher, d'une cautérisation annulaire portant tout entière sur la cornée.

L'aspect de la cornée et de la conjonctive pourrait avoir quelque chose d'inquiétant, pour qui n'aurait pas encore fait cette cautérisation : de larges plaques blanchâtres, élevées, se développent, mais elles disparaissent bientôt et ne laissent jamais de traces. J'ai appliqué jusqu'à sept fois le caustique pour ne réussir qu'à la huitième; ordinairement, cependant, la réduction s'est faite après la première, la deuxième ou la troisième cautérisation. Depuis deux ans, j'ai réuni un nombre tel d'observations que je ne prends plus la peine de les compter ; aussi ne saurais-je trop recommander ce moyen.

Lorsque la hernie persiste (c'est-à-dire lorsqu'on a reconnu que les adhérences qui retiennent l'iris ne peuvent être détruites), on doit s'occuper à faire disparaître aussi promptement que possible la tumeur qu'elle forme : la *cautérisation directe* atteindra aisément ce but ; elle ne serait douloureuse qu'autant qu'on toucherait les parties voisines. Pendant tout le temps que la cornée sera encore ramollie au pourtour de la procidence, on tiendra la pupille dilatée ; autrement l'iris s'engagerait de plus en plus dans l'ulcération, circonstance qui diminue d'autant la pupille. Ce sera, en outre, un moyen de plus d'empêcher la dégénérescence staphylomateuse, parce que l'iris, dont les fibres sont tendues vers le corps ciliaire, retient ainsi, au moins dans certaines limites, la cornée en arrière. Il sera bon, dans quelques cas, de joindre la compression modérée à ces moyens. On revient à la cautérisation tous les deux ou trois jours, si l'état de l'œil le permet. Rien n'est plus facile que cette petite opération ; la paupière supérieure est relevée par un aide, l'inférieure est abaissée par le chirurgien, qui fixe le globe au moyen du médius placé dans l'angle interne, comme pour opérer la cataracte par extraction. Le malade doit regarder un point fixe. Lorsque c'est un enfant, on peut au besoin maintenir le globe dans l'immobilité au moyen de pinces placées sur la conjonctive ; mais cela augmente singulièrement les difficultés. On a soin de choisir un crayon taillé en pointe pour ne toucher que les surfaces malades ; l'œil est ensuite baigné dans de l'eau froide jusqu'à ce que la douleur soit éteinte.

Lorsque tout espoir de réduction de l'iris est perdu, il peut être utile de recourir à l'excision de la hernie, si elle est volumineuse. C'est une opération, au reste, qui ne sera jamais indispensable, à moins que la procidence ne dégénère en une tumeur de nature polypeuse, ou qu'elle ne prenne un grand volume. (*Extrait d'un Traité sur les maladies des yeux.* — Sous presse. — Germer-Baillière.)

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 3 novembre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Trousseau, candidat à la place vacante, lit un Mémoire sur l'emploi des préparations de noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy. Il établit d'abord que MM. Lejeune, Niemann, Cazenave avaient cité quelques faits isolés; mais que c'est à lui et à MM. Fouilhoux et Rougier, de Lyon, que l'on doit d'avoir nettement formulé ce traitement. Les expériences publiques se faisaient en même temps à Lyon et à Paris dans le service de l'hôpital Necker.

M. Trousseau a été conduit à employer ce traitement par deux motifs : le premier, parce que dans la danse de Saint-Guy il y a presque toujours paralysie incomplète de l'un des côtés du corps ; le second, parce que les préparations de noix vomique provoquent des contractions toniques tétaniformes ; il y avait lieu d'espérer que l'on substituerait la modification nerveuse déterminée par la strychnine à celle qui accompagne la chorée.

Il a traité treize malades, dix avec un plein succès. L'amélioration s'est manifestée ordinairement après huit ou dix jours de traitement ; la guérison a été complète, le plus souvent, au bout d'un mois.

M. Trousseau rapporte deux observations : l'une a trait à un enfant de douze ans adonné à la masturbation et chez qui la danse de Saint-Guy était portée tellement loin qu'il avait fallu laisser le malade nu dans un cabinet, dont le plancher et les côtés avaient été garnis de matelas. Il fut guéri dans l'espace de cinq semaines.

L'auteur insiste avec grand soin sur la préparation du remède et sur son mode d'administration. Il a renoncé à l'extrait de noix vomique, qui est souvent mal préparé et qui d'ailleurs s'altère facilement lorsqu'il est converti en masse pilulaire. Il exclut également la strychnine, qui, n'étant soluble que dans 6.600 fois son poids d'eau froide, peut être regardée comme à peu près insoluble, et expose par conséquent à des mécomptes et à des dangers. Il adopte exclusivement le sulfate de strychnine, qu'il dissout dans du sirop simple, dans la proportion de 5 centigrammes pour 100 grammes de sirop. Il donne d'abord 10 grammes de sirop, soit 5 milligrammes ou un dixième de grain de sel de strychnine, divisés en quatre ou six doses, dans le courant des vingt-quatre heures. Tous les jours, il augmente de 5 grammes, jusqu'au moment où il se manifeste des démangeaisons à la tête et de légères roideurs musculaires. Il faut toujours aller jusqu'à cette roideur. On augmente ou l'on diminue les doses du sirop en raison de l'effet produit. Quand la chorée est à peu près guérie, on reste aux mêmes doses pendant quelques jours; on diminue ensuite, et l'on cesse enfin quand il ne reste plus que ces légères grimaces que les choréiques conservent si souvent.

M. Trousseau regarde le sirop de sulfate de strychnine comme la médication principale; toutefois, il satisfait aux indications: la saignée, s'il y a aménorrhée avec pléthore; les martiaux, si la chlorose est unie à la danse de Saint-Guy, comme cela arrive si souvent; les antispasmodiques, si l'hystérie vient compliquer la chorée.

— Après cette lecture, l'ordre du jour indique la reprise de la discussion sur la septième conclusion du rapport sur la peste.

M. Castel lit un discours qui ne parvient pas jusqu'à nous. Il demande la suppression complète de cette conclusion.

M. Gueneau de Mussy ne veut pas la suppression de cette conclusion, mais il pense qu'elle doit être modifiée, car, telle qu'elle a été présentée, elle rendrait stérile et comme non avenu tout ce qui est résulté des longues et sérieuses discussions qui ont occupé l'Académie. Il faut se garder d'adopter des conclusions trop absolues et qui excluent pour l'avenir les faits contraires. Apprécier l'état sanitaire d'un pays n'est pas toujours chose facile. Les déclarations des préposés ne sont pas toujours dignes de confiance. Et puis, il y a des localités en opposition complète à toute réforme quarantenaire. Ainsi, on a pu voir les délibérations du Conseil général des Bouches-du-Rhône et ses décisions tout à fait contraires aux vœux de la Commission académique. Tout cela doit être pris en considération pour admettre avec restriction les conclusions trop absolues de la Commission. Gardez-vous de rien laisser à l'arbitraire des intendances sanitaires ni sur la durée des quarantaines, ni sur la nature des patentes.

L'Académie, du reste, ne peut pas et ne doit pas fixer les limites de cette durée. Elle doit indiquer les données fournies par la science et laisser le pouvoir en tirer les conséquences qu'il jugera nécessaires.

Du reste, l'orateur approuve l'institution des médecins sanitaires proposée par la Commission. Ils seront mieux placés pour renseigner l'autorité que les consuls et que les capitaines de navire. Il voudrait, en outre, que la Commission proposât un système efficace de ventilation des vaisseaux.

M. Rochoux persiste à voir entre la partie scientifique du rapport et les applications pratiques, une véritable contradiction. Il ne croit pas possible que la discussion du rapport ait pu, suivant l'usage adopté par les travaux législatifs, être partagée en discussion générale et en discussion particulière des articles. La nature des questions scientifiques s'oppose à cette division, que la plupart des orateurs ont au reste éludée. D'ailleurs, l'Académie n'a pas à juger trois ni deux questions, mais une seule, savoir : Quelles sont les causes de la peste? Dès-lors la question restant toujours la même, la manière de la traiter ne saurait changer.

M. Rochoux rappelle ici sa première lecture sur l'étiologie de la peste qu'il place dans l'infection d'une part, dans la contagion de l'autre.

Si la peste reconnaît vraiment l'infection pour cause, les cordons sanitaires, les quarantaines, etc., ne peuvent, il faut bien en convenir, l'empêcher de naître. Si la contagion contribue ensuite à la répandre, l'ensemble des mesures dont se compose notre police sanitaire est plus propre à augmenter les ravages du mal qu'à en arrêter les progrès. Un seul remède est efficace, c'est la dispersion des malades, la ventilation, l'aération, l'extrême propreté des lieux où on les place. Quand cette règle de conduite, proclamée par la haute raison de Mead, a depuis longtemps pour elle la sanction de l'expérience, me faudra-t-il répéter jusqu'à satiété que le moyen capable de dompter le mal au fort de sa violence est aussi le plus propre à arrêter ses premiers progrès! Mieux vaut sans doute montrer dans ce précepte la conséquence d'une doctrine étiologique qui accueille tout fait bien avéré, n'a besoin d'en rejeter aucun, et contraste singulièrement par la fixité de ses principes devenus miens depuis plus de trente ans, avec ces changements d'opinion déjà signalés plus d'une fois à cette tribune ; qui enfin peut se résumer en disant : *Bien que la peste soit contagieuse, il n'en faut pas moins proscrire notre système sanitaire, car il a fait plus de mal que de bien.*

Vous le voyez, Messieurs, notre secrétaire annuel n'a évidemment rien objecté contre la manière générale dont j'ai combattu la septième conclusion. A-t-il mieux réfuté mes objections de détail? Les quatre remarques suivantes suffiront, malgré leur brièveté, pour vous mettre aisément à même de juger la question.

1° La seconde partie du rapport est un véritable code sanitaire, à la confection duquel on ne peut se livrer sans avoir sur l'administration des lazarets, leurs règlements, leurs usages intérieurs, etc., des connaissances de détail qu'à peu près personne parmi nous ne possède et ne doit nullement se soucier d'acquérir. Pour ma part, je connais à fond les bases du système fracastorien ; mais ses détails d'application, mais cette collection de règlements, d'arrêtés, de mesures prophylactiques, etc., appelés *opus aureum* par M. Robert, m'inspireraient à la lecture plus de dégoût que ne le ferait le rituel des prêtres d'Osiris, si quelque malencontreux déchiffreur d'hiéroglyphes venait à en appauvrir nos bibliothèques : et pourtant vous ne sauriez codifier avec connaissance de cause sans être parfaitement au courant de ces inutilités, de ces inepties.

2° La création de médecins résidents, sorte de petits pachas destinés à faire le pendant des médecins nomades ou voyageurs, décentralise la police sanitaire, et, dans notre système administratif, c'est là un inconvénient immense. Il me dispense de vous parler d'une foule de bruits auxquels l'annonce du projet de la Commission a donné naissance. Les caquetages, d'ailleurs, devraient toujours être bannis de cette enceinte ; l'essai n'ayant jamais manqué d'en être malheureux. Je m'en tiendrai donc à signaler un autre grand vice inhérent à l'institution des médecins sanitaires résidents ; leur inutilité. En effet, c'est presque uniquement en considération de la santé actuelle des sujets arrivant des lieux exposés à la peste que doivent être réglées les mesures prophylactiques dans chaque cas particulier. Quant à ces lieux eux-mêmes, si une épidémie grave y règne, elle n'est un secret pour personne. Si, au contraire, il ne s'y montre que des cas sporadiques en petit nombre, les médecins résidents pourraient bien ne pas être les premiers à le savoir. Dans l'une comme dans l'autre supposition, ils ne serviraient donc à rien.

3° Dans une question d'intérêts mercantiles, car pour le commerce, dont la Commission se préoccupe avec raison, il ne s'agit pas d'autre chose, on vous laisse ignorer si les règlements projetés entravent ou facilitent les rapports commerciaux ; si, à l'égard du budget de l'État, ils l'allégent ou le grèvent. Vous a-t-on soumis le tableau de ce que coûte l'ancien système et de ce que coûterait le nouveau? La Commission est encore à y songer.

4° M. Mêlier l'a dit avec raison : il appartient aux médecins de poser les bases des lois sanitaires. Mais il y a une immense différence entre établir des principes et faire les lois ou règlements qui doivent en être la conséquence. A aucune époque, les médecins n'ont été chargés de ce dernier soin. A la vérité, il y a eu un abus intolérable à les bannir de l'intendance sanitaire ; malgré cela, il y en aurait peut-être davantage à les appeler à légiférer, à réglementer, comme le fait la Commission. Sur ce terrain, vous n'auriez pas le pied sûr ; à chacun son métier : laissez l'autorité faire le sien.

Ainsi, Messieurs, vous n'en sauriez maintenant douter, M. Mêlier n'a combattu mes objections ni au point de vue de leur généralité, ni dans leurs détails. Je me crois donc plus que jamais fondé à vous demander le rejet de la septième conclusion, conjointement avec la portion du rapport qu'elle résume. Persuadé que vous ne pourriez, sans vous compromettre réellement, repousser ma proposition ou mon amendement, je ne me lasserai pas de reproduire les raisons irréfutées et irréfutables qui l'ont motivé, dans l'espoir qu'à force d'insister, ma voix sera enfin entendue, la répétition étant, comme l'a dit Napoléon, la plus éloquente des figures de rethorique.

M. Gérardin. L'Académie peut-elle prendre l'initiative en matière administrative? Cette question s'est présentée plusieurs fois, et notamment à propos de la fièvre jaune et du choléra-morbus. Elle a été toujours résolue par la négative. En effet, d'après l'article 2 de l'ordonnance royale qui institue l'Académie, ce corps savant est constitué pour répondre aux questions qui lui seront adressées par l'administration dans toutes les circonstances qui intéressent la santé publique. Sa mission, c'est la science; l'administration ne la regarde pas. Dans la question de la peste elle doit dire tout ce que les recherches scientifiques lui ont appris, mais s'en tenir là, sous peine d'empiéter sur des prérogatives qui ne lui appartiennent pas. L'orateur demande donc, qu'avant d'entamer la discussion sur la septième conclusion, elle décide cette question préjudicielle, savoir si elle proposera ou non des conclusions réglementaires.

M. Prus aborde directement cette question préjudicielle, et ne trouve pas que la Commission fasse commettre une énormité à l'Académie en proposant à son vote des conclusions d'application qui, en définitive, ne sont que des vœux exprimés à l'administration, vœux émis déjà dans le corps du rapport.

Il y a convenance à agir ainsi. En résumé, que demande l'Académie? Trois réformes importantes.

Une première qui est immédiatement applicable, qui résulte des données de la science relativement à la durée de l'incubation de la peste, et qui a pour but de diminuer la durée des quarantaines.

Une deuxième qui pourra se réaliser plus tard quand on saura que la peste sporadique est ou n'est pas transmissible, si les vêtements et les hardes peuvent la transmettre.

Une troisième enfin qui est relative aux moyens à prendre pour obtenir la destruction de la peste.

Eh bien! comment parviendra-t-on à obtenir ces réformes? Est-ce en se drapant dans sa dignité? Cela n'est pas probable. Ainsi pour la première réforme on ne l'obtiendra que par l'institution des médecins sanitaires, qui seuls peuvent offrir toutes garanties d'indépendance. On sait que les médecins du levant ne sont pas toujours libres dans leurs opinions. Sans la présence sur les lieux où naît la peste, sur les bâtiments qui en viennent, de médecins éclairés et indépendants des lazarets, impossible de réaliser la première réforme. Pourquoi donc l'Académie n'exprimerait-elle pas son opinion à cet égard?

Pour la seconde réforme, où est le moyen de savoir si la peste sporadique est ou non transmissible, si les médecins n'étudient pas cette question?

Quant à la destruction de la peste, qu'on se rappelle que les médecins d'Egypte, que Clot-Bey lui-même demandent l'intervention de médecins européens pour arriver à ce but si désirable.

Ces réformes seraient compromises par le silence de l'Académie. Le gouvernement, qui ne demande pas mieux que de les opérer, serait entravé dans ses bonnes dispositions si l'Académie ne les demandait pas.

Quant à la question de la transmission de la peste par les vêtements, quelques personnes se sont effrayées des expériences que la Commission propose pour la résoudre. Mais qu'on se rassure, il se trouvera toujours des médecins pour les faire, et la Commission ne croit pas qu'il y ait là de grands dangers à courir, ni par conséquent qu'il faille faire preuve d'un grand héroïsme. Mais croit-on que le gouvernement prendra l'initiative de ces expériences si l'Académie ne l'y engage pas?

Sous tous les rapports il y a donc convenance et opportunité à ce que l'Académie fasse connaître ses vœux relatifs aux mesures d'application à prendre. Voilà ce qu'il s'agit de décider en ce moment, tout en déclarant que chacun peut faire ses réserves sur la rédaction définitive des paragraphes de la septième conclusion. Que l'Académie adopte le principe de cette conclusion, elle regretterait amèrement d'avoir laissé échapper la seule occasion de faire connaître ses vœux au pouvoir.

De toutes parts : Aux voix.

Un peu de confusion règne dans la position de la question. Après un moment d'hésitation, *M. Bégin* formule et développe une proposition tendant à faire adopter le principe d'une conclusion réglementaire.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à une très grande majorité.

MM. Castel, Gérardin et Rochoux sont les seuls qui votent contre.

Vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 novembre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

Anatamoie générale et pathologique. — *MM. Charles Robin* et *Marchal* (de Calvi) présentent un Mémoire sur les éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique et sur la présence de ce tissu dans l'induration du chancre.

Le but de ce Mémoire est, premièrement, de compléter l'histoire des éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique, et, secondement, de signaler la présence de ce tissu dans une nouvelle espèce de tumeur qu'il forme presque en entier.

Les produits morbides, considérés dans leurs éléments, sont de deux sortes : *homœomorphes*, c'est-à-dire formés d'éléments normaux (existant naturellement dans l'économie), ou *hétéromorphes*, c'est-à-dire formés d'éléments anormaux (n'existant pas dans l'économie. — Lebert).

Cette classification pourrait être celle des maladies.

Dans toute maladie, en effet, il y a quelque chose de changé ou quelque chose de nouveau.

Avant l'application du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, l'aspect extérieur servait seul à distinguer les produits morbides entre eux. La science n'était pas commencée. Elle n'est pas faite; mais elle se fera, car la méthode anatomo-pathologique est trouvée, et ce sera le principal honneur de M. Lebert de l'avoir proclamée.

Les éléments morbides hétéromorphes, qui ont été décrits jusqu'à ce jour, sont :

1° Le globule du pus ;
2° Le globule pyoïde (Lebert) ;
3° Le globule granuleux de l'inflammation (Gluge, Lebert) ;
4° Le globule du colostrum (Donné) ;
5° Le globule et la fibre fibro-plastiques ;
6° Le globule cancéreux ;
7° Le globule du tubercule (Lebert).

Une différence essentielle range ces éléments dans deux catégories : les uns sont le produit d'un trouble local, les autres d'un trouble général de la nutrition.

Les éléments morbides homœomorphes sont ou peuvent être tous les éléments normaux de l'économie.

Dans aucun cas nos recherches n'ont pu nous faire apercevoir une véritable cellule autour du globule, *dans les éléments hétéromorphes*. Le nom de cellule doit disparaître du langage anatomique, en ce qui touche ces éléments. On ne voit autour des globules qu'une masse enveloppante homogène, sans cavité, analogue à la pulpe des fruits pulpeux autour de leur noyau.

L'élément fibro-plastique, objet particulier de ce mémoire, est double; il comprend le globule et la fibre fibro-plastiques.

a. Le globule est composé :

1° D'une masse pâle, sphérique ou ovoïde, de 0,015 m. de diamètre ;

2° D'un noyau ovale, rarement rond, pâle aussi, mais facile à distinguer à cause de ses contours, qui sont très marqués, très noirs sous le microscope, réguliers ou très légèrement denticulés, ayant de 0,007 à 0,010 m. de longueur, sur 0,005 à 0,006 ou 7 m. de longueur quand il est ovale, et de 0,005 à 0,007 m. en tout sens quand il est rond, et contenant de 1 à 4 nucléoles de 0,001 au plus de diamètre, et quelquefois, accessoirement, 2 ou 3 granules extrêmement fins.

b. La fibre est allongée, fusiforme, de 0,03 à 0,04 de longueur au moins, et contenant un noyau toujours placé au niveau de sa partie renflée. Quelquefois le noyau est étroit, allongé, comme si la fibre le comprimait ; il peut contenir un peu plus de 1 à 4 granules plus fins que les nucléoles.

L'élément fibro-plastique se trouve dans diverses tumeurs qu'il caractérise. (*V.* Lebert, t. II, p. 126.) On n'avait pas encore signalé sa présence dans l'induration du chancre, qu'il forme presque en entier.

Resteraient à examiner plusieurs questions qui embrassent la physiologie du tissu fibro-plastique. Ce sera l'objet d'un autre travail.

Conclusions. — 1° Il y a deux sortes d'éléments morbides : les éléments homœomorphes et les éléments hétéromorphes.

2° Les éléments hétéromorphes sont le produit, tantôt d'un trouble local, tantôt d'un trouble général de la nutrition.

3° Dans les éléments hétéromorphes, il n'y a jamais de cellule proprement dite.

4° L'induration du chancre est formée presque en entier d'éléments fibro-plastiques.

5° Le plus souvent, la substance enveloppante homogène manque autour des globules fibro-plastiques dans l'induration du chancre et dans les autres tumeurs fibro-plastiques que nous avons pu étudier.

DU TRAITEMENT LOCAL DE LA LEUCORRHÉE,

Par le Dr A. LEGRAND.

Nous donnerons ici un extrait de la lettre que M. le docteur A. Legrand a adressée à l'Académie de médecine (séance du 27 octobre dernier) sur ce sujet, en même temps qu'il s'est porté candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique.

M. Legrand rappelle d'abord tous les travaux des praticiens qui, comme lui, se sont occupés du traitement local de la leucorrhée, et il signale ensuite la « difficulté qui résulte de la disposition anatomique des parties. En effet, le vagin, destiné à recevoir le pénis, doit aussi livrer passage au produit de la conception, et ce n'est qu'à l'aide de nombreux replis qu'il peut s'adapter à la première fonction, et cependant remplir la seconde. C'est sûrement cette disposition anatomique qui met obstacle aux effets favorables qu'on serait en droit d'attendre des injections avec le nitrate d'argent, quelque élevée que soit, du reste, la dose employée. En effet, le médicament ne se trouve ainsi mis en contact qu'avec une très petite étendue de la muqueuse malade. »

M. Legrand expose ensuite dans les termes suivants la méthode qu'il a instituée : « Par ce procédé, aucun corps étranger ne séjourne dans le vagin ; les muqueuses restent en contact, *ce qui leur convient mieux quoique malades*, et cependant le médicament employé est porté sur toute l'étendue de la muqueuse. Ce médicament est une pommade au nitrate d'argent préparé dans les proportions de gr. 0,75 de cérat sans eau, 0,01 de sel d'argent préalablement dissous dans 0,25 d'eau distillée : on mêle de manière à faire une pommade parfaitement homogène. La dose du sel d'argent peut être portée à gr. 0,05 par gramme d'eau, mais je n'ai jamais dépassé cette dose.

» On met de deux à trois grammes de cette pommade dans un nouet de mousseline d'un tissu assez lâche pour qu'elle puisse s'en échapper par une pression légère ; le nouet est serré autour du doigt indicateur, à la hauteur à peu près de la première phalange, de façon que son extrémité plonge dans le milieu de la masse de pommade. Ce même doigt ainsi armé est introduit dans le vagin, comme pour l'opération du toucher, et il est promené sur toute l'étendue de la muqueuse atteignant le bas-fond qui entoure le col, revenant à son point d'origine, c'est-à-dire à l'anneau vulvaire, qu'il faut aussi bien enduire ; de telle sorte que, si l'opération a été bien conduite, toute la muqueuse vaginale et vulvaire auront été pour ainsi dire *badigeonnées* dans tous leurs replis, dans toutes leurs anfractuosités, et si la mousseline a été bien choisie on retrouvera le nouet entièrement vide de pommade. Quoi qu'il importe que cette opération *soit faite avec une espèce de rudesse*, elle n'a réellement rien de douloureux, et n'est pas plus désagréable que celle du toucher.

» J'ai fait de cette méthode (depuis l'année 1840) des applications excessivement nombreuses au traitement de la vaginite, de la vulvite, de la balanite, et toujours avec avantage, sinon toujours avec succès, car il en est de cette méthode comme de tout autre, elle échoue aussi quelquefois. Quant aux recbutes, l'affection qu'elle est appelée à combattre en offre de trop nombreux et de trop faciles exemples à cause de la disposition des parties, à cause de leurs usages pour que j'affiche la prétention d'obtenir de cette façon des cures qui se montrent toujours plus durables que celles obtenues par les autres méthodes. Mais je ne crains pas de dire qu'elle est d'un effet plus constant, d'une application plus facile, moins douloureuse et moins désagréable (les injections exceptées) que toutes celles que j'ai rappelées au début de cette lettre. »

M. le docteur A. Legrand examine ensuite quel est le mode d'action du nitrate d'argent dans la leucorrhée et dans les maladies du même genre, et il arrive à cette conclusion, qui laisse peut-être théoriquement parlant quelque chose à désirer, c'est que le sel d'argent modifie et modifie heureusement la vitalité des muqueuses malades.

Enfin, M. le docteur A. Legrand termine sa lettre à l'Académie en indiquant d'autres applications qu'il a faites de ce nouveau procédé : « Une fois trouvé ce mode d'introduction des médicaments dans le vagin, j'ai pu en faire une autre application. Ainsi, j'ai traité par le même procédé un relâchement du vagin avec procidence partielle, et j'ai obtenu un succès presque complet. La pommade introduite renfermait du tannin à dose élevée. Si je rencontrais un commencement de dégénérescence de la muqueuse vaginale, c'est le perchlorure d'or et de soude, et mieux le perchlorure d'or seul qui deviendra la base de la pommade à introduire, car c'est encore là un modificateur puissant de la vitalité des muqueuses, mais dans un sens tout à fait différent du nitrate d'argent. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement des otorrhées; par M. le Dr BONNAFONT.

Les flux muqueux chroniques des oreilles sont tous dus à des ulcérations des parois du conduit auditif externe ou de la membrane du tympan. Ces écoulements, ordinairement assez faciles à combattre pendant leur période d'acuité, deviennent au contraire souvent rebelles à tous les traitements, et finissent par entraîner des désordres tels, que presque toujours le sens de l'ouïe se trouve plus ou moins gravement compromis.

Suivant M. Bonnafont, l'azotate d'argent est sans aucun doute l'agent thérapeutique le plus avantageux qui puisse être mis en usage pour combattre ces flux en en détruisant la cause productrice ; mais, à l'état solide, il n'est rien moins que facile de l'appliquer, surtout sur la membrane du tympan, et spécialement lorsqu'on a affaire à de jeunes enfants. Du reste, cette application n'est aucunement à redouter, car elle ne donne jamais lieu à des symptômes inflammatoires, et d'un autre côté, la douleur qu'elle détermine n'est que d'une très courte durée. A l'état de soluté, l'azotate argentique présente un autre inconvénient ; c'est de s'étendre plus loin que ne le veut le praticien, et, par suite, de cautériser des points qu'on ne doit pas toucher, tout en n'agissant pas avec assez d'énergie sur les surfaces qu'il est nécessaire de modifier profondément. Indépendamment de cela, ce soluté a le désagrément de noircir la peau et de tacher le linge des malades.

Pour obvier à ces divers inconvénients, M. Bonnafont se sert avec le plus grand succès, depuis un an, d'une poudre composée, préparée d'après la formule suivante :

Azotate d'argent fondu,	1 gramme;
Talc de Venise,	1 id.;
Lycopode,	1 id.

M. et F. S. A. par porphyrisation une poudre parfaitement homogène et d'une assez grande ténuité que possible.

Cette poudre doit être conservée dans un flacon bouché à l'émeril, et qu'il convient de recouvrir d'un papier noir pour garantir le contenu du contact de la lumière.

Pour appliquer cette poudre, M. Bonnafont commence par déterger le conduit auditif et enlever toutes les matières qu'il contient, soit à l'aide d'injections, soit mieux encore en se servant d'une petite éponge; puis il s'assure de la position exacte des ulcérations, et enfin il insuffle la quantité nécessaire de poudre au moyen d'un tube en argent, muni d'une petite cuvette à l'une de ses extrémités. Il renouvelle les insufflations tous les jours ou plus rarement, suivant la nature et le degré d'intensité du mal.

Quoique bien simple en apparence, cette petite opération n'en exige pas moins des précautions assez minutieuses pour produire tous les bons résultats qu'on peut s'en promettre. Ainsi, après avoir détergé le conduit auditif, il est indispensable si les ulcérations sont bien à découvert : en effet, s'ils étaient encore masqués par un restant de matière purulente, la poudre se mélangeant avec cette dernière, et la magma formé, arrêtant les insufflations ultérieures, finirait par amener l'occlusion du conduit, et par s'opposer, d'un côté, au libre écoulement des matières sécrétées ; de l'autre, aux applications des topiques médicamenteux.

Dans les cas assez fréquents où l'otorrhée chronique se complique de la perforation de la membrane du tympan, et où le pus passe par cette ouverture, pénètre dans la caisse et s'écoule par la trompe jusque dans la gorge, le meilleur moyen de déterger l'oreille consiste, d'après M. Bonnafont, dans le cathétérisme de la trompe avec une sonde d'argent, et dans l'insufflation de l'air ou bien dans l'injection simple d'eau tiède, qui, en traversant la trompe et l'oreille moyenne, entraîne toutes les matières qu'elle y rencontre. Ces injections par la trompe, quand on s'est assuré de la perforation de la membrane du tympan, constituent incontestablement le meilleur remède pour dissiper les douleurs aiguës que fait naître le trop long séjour du pus dans la caisse, douleurs qui résistent ordinairement à tous les autres modes de traitement.

Nouveau remède contre le tœnia; par M. le docteur DUPUIS, de Mayence.

Tous les praticiens savent par expérience combien il est difficile quelquefois d'expulser le tænia, même avec les moyens sur l'efficacité desquels les médecins sont, en général, le plus d'accord. Voici une nouvelle médication que son auteur dit avoir prescrite avec un succès constant chez dix individus, sans avoir jamais eu besoin de recourir à l'emploi d'une préparation préalable.

Poudre d'étain anglais,	1 gramme.
Carmin pur,	50 centigr.
Gomme gutte,	50
Oléo-saccharum de cajeput,	25

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, qui devra être divisée en deux doses bien égales.

Ces deux doses seront administrées le matin, à jeun, à une demi-heure de distance l'une de l'autre. Pour en faciliter l'ingestion, on enveloppera chacune d'elles dans un morceau de pain azyme légèrement humecté d'eau.

Par-dessus chaque prise, on donne deux tasses de café non sucré. Deux heures après l'administration de ce remède, il survient ordinairement des coliques, suivies d'évacuations alvines, et, le plus souvent, le tænia est expulsé en entier.

Si les coliques sont très vives, on fait avaler de nouveau du café noir, toujours sans aucune addition de sucre.

A la suite de ce traitement, et dans le but de fortifier le tube intestinal, on administre pendant quinze jours la mixture suivante :

Teinture éthérée d'acétate de fer,	8 grammes.
Teinture tonique de Whytt,	16

M. S. A.

Toutes les trois heures, on fait prendre quarante gouttes de cette mixture étendues dans du vin rouge de bonne qualité et vieux.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 7 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 131. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr Fabre, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 6 NOVEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons tout récemment observé dans les salles de M. Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis, un fait très remarquable de contracture des membres, d'autant plus remarquable que l'obscurité la plus grande règne sur la nature et la cause de l'altération pathologique qui l'a déterminée. Voici le fait :

Un homme de trente-trois ans entre à l'hôpital le 22 du mois dernier. Interrogé avec soin, il raconte qu'il y a six ans, il reçut sur la tête le piston d'une pompe, qui produisit une plaie de neuf à dix centimètres à peu près d'étendue sur la partie supérieure et latérale du crâne. Il y eut fracture des os avec enfoncement ; on retira par la plaie, dit le malade, sept esquilles. La durée du traitement fut de cinq mois environ. Pendant le cours de la maladie, et à la suite de cet accident, céphalalgie, troubles dans la vision ; les mouvements de la tête étaient difficiles. On appliqua deux moxas à la partie postérieure de la région cervicale.

Nous avons constaté à la région lombaire deux cicatrices profondes résultant de l'application de cautères qui furent placés à la même époque. Le malade ne se rappelle pas à quelle occasion furent employés ces cautères ; il affirme, sans que l'on puisse cependant s'en rapporter complétement à ses assertions, n'avoir éprouvé, du côté des membres inférieurs, aucun désordre fonctionnel, ni paralysie, ni fourmillements. La guérison fut complète.

Deux ans plus tard, fracture du fémur gauche vers la partie moyenne de la cuisse. Il fut soigné pour cette fracture à l'hôpital de Versailles. La consolidation a été bien régulière, sans raccourcissement ni déviation du membre.

Il y a un mois aujourd'hui, il travaillait au fond d'un puits, lorsqu'un baquet rempli de pierres, que l'on remontait du fond du puits, se détacha de la corde à laquelle il était suspendu et tomba sur lui de la hauteur de six à sept mètres. Il ne rend pas un compte parfaitement exact de la manière dont se passèrent les choses ; mais il paraît cependant qu'au moment de l'accident, il tomba sans perdre complétement connaissance.

Lorsqu'il voulut se relever, il ne put en venir à bout ; on fut obligé de le remonter ; on lui fit immédiatement une saignée copieuse du bras. Le lendemain, mais le lendemain seulement, contracture des muscles des membres inférieurs ; pas de fourmillements, mais élancements et soubresauts des tendons. Sensibilité bien conservée ; aucun symptôme fonctionnel du côté du cerveau ni de la moelle épinière. Impossibilité de faire agir les muscles fléchisseurs des doigts de l'une et de l'autre main ; mais pas de contracture ; et, sauf cette impossibilité de fléchir les doigts, pas de paralysie des membres supérieurs, soit des bras, soit des avant-bras, qui exécutent leurs mouvements de flexion et d'extension.

Ainsi, aux membres supérieurs, les muscles fléchisseurs sont privés de mouvements, quant à ce qui touche aux doigts. Aux membres inférieurs, contracture de ces mêmes muscles fléchisseurs ; la cuisse est à demi fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Depuis son accident, il a presque toujours eu de l'insomnie ; sensation très intense de froid. Pour les combattre, on l'a mis à trois reprises, à deux jours d'intervalle chaque fois, dans un tas de fumier, et on lui a fait sur le corps des onctions avec la graisse de porc fraîche.

Les mêmes phénomènes persistant depuis trois semaines, il entre à l'hôpital à la fin d'octobre. L'état actuel, au moment de l'admission, est celui que nous venons de décrire. Nous devons ajouter cependant quelques mots sur l'état des membres inférieurs. Si l'on cherche à étendre le membre ainsi demi-fléchi, il semble, par un mouvement brusque comme celui d'un ressort, se rapprocher de la position dans laquelle il se trouvait ; la même chose arrive si l'on veut forcer la flexion, et une secousse brusque ramène l'extension primitive. Le malade a remarqué que depuis l'accident le membre inférieur droit était, ce qui subsiste encore au moment de l'entrée, plus étendu que le gauche.

Pour tout traitement, huit ventouses scarifiées à la région lombaire ; deux bains alcalins. Ces moyens ne sont suivis que d'une très faible amélioration. Les membres sont un peu plus étendus qu'ils ne l'étaient les premiers jours, celui du côté gauche surtout. Celui du côté droit résiste davantage ; quant aux doigts des mains, ils sont absolument dans le même état.

Quelle peut être la cause de cette contracture ? Il est évident qu'il serait assez difficile de la rapporter à une seule lésion, soit de la moelle, soit du cerveau. Les symptômes affectant les deux membres inférieurs, il eût été possible de les rapporter à une commotion de la moelle ; d'une autre part, les deux membres n'étant pas pris tous deux au même degré d'intensité, il faudrait admettre que l'altération pathologique intéresse plutôt un côté du cordon médullaire que l'autre, ce qui est assez difficile à croire, vu le peu d'épaisseur de ce cordon. Puis cette commotion n'aurait retenti que sur la partie inférieure du système nerveux spinal, puisque les membres supérieurs ne présentent pas de phénomènes analogues. D'autre part, l'impossibilité de faire agir les muscles fléchisseurs des doigts, et ces muscles seulement, des deux côtés, suppose une autre lésion des centres nerveux dans les points desquels naissent les nerfs qui se rendent à ces muscles fléchisseurs, altération toute particulière ne se faisant point sentir par des effets appréciables entre le lieu où existe la lésion et celui où elle se manifeste. D'après la connaissance des antécédents, il est impossible de se refuser à admettre qu'à une époque antérieure, quelle qu'en ait été la cause, des accidents analogues ou peut-être absolument semblables n'aient existé. La présence de cicatrices attestant l'application de cautères et de moxas sur le trajet de la colonne vertébrale, prouve jusqu'à la dernière évidence qu'il y a eu des phénomènes qui ont probablement échappé au malade, ou dont il n'a pas gardé le souvenir, et qui avaient attiré l'attention du médecin. Mais une circonstance importante et qui prouve encore que la moelle n'est probablement pas le point de départ de la maladie, ou du moins qu'elle n'est pas gravement intéressée, c'est l'absence de tout accident du côté des appareils d'excrétions soit urinaires, soit alvines ; ce qui n'aurait pas manqué d'arriver si c'était dans le cordon médullaire qu'existait une lésion pathologique susceptible de déterminer des accidents aussi graves que la contracture musculaire dont nous avons parlé.

Il nous a paru curieux de rapprocher ce fait du suivant, recueilli il y a peu de temps dans les salles de M. Jobert, et dont nous devons la communication à l'obligeance de l'un des internes du service.

Une femme de quarante-cinq ans, couturière, entre à l'hôpital au commencement du mois de mai ; elle est malade depuis deux ans. A cette époque, elle s'aperçut que ses jambes enflaient le soir, surtout lorsqu'elle était restée longtemps debout, ou qu'elle avait fait de longues courses. Ce gonflement a duré sept ou huit mois, et a fini par disparaître sans aucun traitement. Pendant huit mois, elle s'est assez bien portée, lorsqu'au mois d'octobre 1845, elle fut prise de douleurs dans les jambes, dans les mollets, surtout pendant la nuit. Les articulations étaient parfaitement libres, sans rougeur ni gonflement. La seule cause à laquelle elle puisse rapporter ces accidents, c'est qu'elle habitait alors une maison nouvellement construite, humide ; sa chambre était placée au rez-de-chaussée, et son lit touchait un mur toujours humide.

Les douleurs, accompagnées d'abord de crampes, devinrent bientôt lancinantes, plus intenses pendant la nuit, et causaient une insomnie presque continuelle ; pendant les premiers temps, elle n'éprouvait aucune souffrance ni dans le tronc, ni dans la région dorsale, ni dans la tête. Mais, peu après, les membres thoraciques devinrent le siége de douleurs analogues à celles des membres inférieurs, avec sensation de fraîcheur, qui forçaient la malade à envelopper ses bras de foulards. Elle pouvait néanmoins encore se servir de ses bras pendant le jour ; pendant les deux premiers mois de sa maladie, elle n'a fait aucun traitement.

Il y a six mois, elle cessa de voir paraître ses règles.

Vers le 11 février de cette année, aux douleurs des jambes se joignirent des fourmillements, des élancements, et la même sensation de fraîcheur qui existait dans les muscles des bras se manifesta dans les membres pelviens, plus forte à droite, et principalement dans les régions tibio-tarsiennes ; à ces phénomènes, succédèrent une pesanteur et une roideur inaccoutumées.

A partir de ce moment, il devient impossible à la malade de marcher, même dans sa chambre, à moins de se servir de béquilles ou de se cramponner aux meubles qui l'entourent. Il n'existe toujours aucune douleur ni dans le dos, ni dans les cuisses, ni dans la tête. Pas d'étourdissements, pas de bourdonnements ni de tintements d'oreilles, pas de perte de connaissance. Les jambes, de plus en plus faibles et tout à fait impropres à la marche, se sont de jour en jour fléchies sur les cuisses, à tel point que les pieds ne sont plus distants du bassin que de quelques centimètres. Elle entre alors à l'hôpital Beaujon, y reste trois semaines, et en sort sans avoir éprouvé d'amélioration notable.

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital Beaujon, elle entre à l'Hôtel-Dieu ; le traitement qu'on lui fait suivre et sur la nature duquel elle ne donne que des renseignements très vagues et très incertains n'amène presque aucune modification dans son état ; elle ne peut marcher, souffre toujours de ses jambes, pendant la nuit surtout ; ces membres sont contractés, douloureux ; des tractions modérées exercées avec les mains suffisent pour les allonger, mais non d'une manière permanente. Elle rentre chez elle le 17 mars, ne suit plus aucun traitement ; enfin, le 8 mai, elle se décide à entrer de nouveau dans un hôpital, et se fait recevoir à Saint-Louis dans le service de M. Jobert.

Voici l'état qu'elle présente au moment de son admission :

Rien du côté de la tête ni de la poitrine. Pas de douleurs dans les régions dorsales ni lombaires. Dans les membres supérieurs, sensation de froid, de fraîcheur, sans douleurs. Les deux mains, les doigts légèrement fléchis et contracturés, sans cependant qu'il soit tout à fait impossible de les étendre. Les mouvements volontaires de ces membres sont conservés. Du côté des membres pelviens, ni douleurs, ni faiblesse dans les cuisses ; pas de fourmillements, pas de sensation de fraîcheur. Les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses ; dans la moitié inférieure de leur longueur, la malade se plaint de fourmillements, de picotements et de faiblesse. Lorsqu'on les redresse momentanément, la femme peut se tenir debout un instant ; mais en très peu de temps elles plient sous le poids du corps, et la malade est par conséquent obligée de garder le lit.

Le traitement se composa alors de quatre bains de vapeur ; fumigations cinabrées ; ventouses scarifiées aux lombes ; grand vésicatoire dans la même région après les ventouses. Après l'emploi de ces moyens, les jambes sont plus fortement contracturées qu'au moment de l'entrée ; elles sont fléchies davantage sur les cuisses ; celles-ci se ployent spontanément sur le bassin ; douleurs vives qui pour la première fois apparaissent dans les cuisses, lesquelles sont le siége de tremblements. Nouvelle application de ventouses aux lombes ; vésicatoire : amélioration. La contracture reparaît plus forte au commencement de juin. M. Jobert se décide alors à placer sur les jambes préalablement étendues complétement, un bandage inamovible dextriné depuis les pieds jusqu'à la partie supérieure des cuisses.

A partir de ce moment, disparition graduelle des fourmillements et des douleurs. Les nuits deviennent calmes ; sommeil. Au bout de quelques jours, le bandage étant enlevé, la malade peut remuer les membres inférieurs ; les jambes et les cuisses restent étendues sans que l'on soit obligé de les maintenir. Les forces reviennent rapidement ; les douleurs ont cessé complétement ; sommeil pendant la nuit.

Vers la fin de juin, la malade marche dans les salles ; n'oublions pas de dire que, pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital Saint-Louis, les urines ont été rendues facilement, ainsi que les matières fécales, qu'il n'y a eu paralysie d'aucun sphincter, et que la sensibilité a été conservée.

Quelle a été, dans ce cas, la nature de la lésion à laquelle on a dû rattacher la production des phénomènes observés ? Evidemment, pour nous, il y a eu une affection rhumatismale, c'est-à dire inflammation spéciale, déterminée par le froid humide, soit de la moelle seule, soit de la moelle et de ses enveloppes, propagée peut-être aux nerfs et au névrilème des nerfs des membres inférieurs. L'amélioration obtenue immédiatement après les premières applications de ventouses, après les vésicatoires, nous semble prouver que telle était la nature de la maladie.

Nous trouvons, dans l'ensemble des phénomènes indiqués ici, la symptomatologie de la méningite spinale et de la myélite légère, et, de plus, celle de la névralgie de plusieurs des troncs nerveux des membres inférieurs.

Si telle a été, et nous le croyons, la nature de l'affection à laquelle on a pu rapporter les troubles fonctionnels que nous a présentés cette malade, ne trouvons-nous pas dans ce fait une nouvelle confirmation de la vérité de cette opinion que nous avons déjà plusieurs fois essayé de soutenir tant dans ce journal que dans d'autres travaux, et que nous avons formulée sous forme dubitative : Les névralgies rhumatismales sont-elles autre chose que l'inflammation du nerf ou du névrilème du nerf ? Comme nous avons eu déjà, du reste, occasion de le dire aussi plusieurs fois, cette idée n'est pas neuve, et nous la trouvons aussi clairement indiquée qu'il était possible de le faire alors, dans cette phrase textuellement extraite de l'ouvrage de Descot et Béclard (*Des affections locales des nerfs*, 1825) : « La texture très vasculaire des nerfs, la *nature des causes qui déterminent la névralgie*, les phénomènes qui accompagnent l'accès de douleur, *tout se réunit pour faire penser que la névralgie n'est*, dans la plupart des cas, *qu'une névrite* intermittente ou rémittente. »

— Les hydarthroses sont quelquefois tellement opiniâtres et rebelles, surtout lorsqu'elles durent depuis un certain temps déjà, et qu'elles sont passées à l'état subaigu ou chronique, que toutes les médications restent à peu près impuissantes : antiphlogistiques, révulsifs externes ou internes, compression, etc. Dans ces circonstances, M. Jobert se trouve

bien de l'application sur l'articulation tuméfiée de compresses maintenues par un bandage roulé médiocrement serré et imbibé de la solution ci-après :

Eau de chaux,	500 gram.
Chlorhydrate d'ammoniaque,	60

Il n'a vu que rarement les épanchements articulaires résister à ce traitement. L'action du sel ammoniacal en solution est ici la chose principale, la seule, pourrions-nous dire ; car la compression n'est nullement nécessaire pour que le résultat se produise. Cependant il semble que si à ces propriétés résolutives et puissamment altérantes du chlorhydrate d'ammoniaque, on joint la compression, la guérison est plus rapide ; les deux méthodes concourant, chacune pour sa part, à la résorption du liquide épanché dans l'articulation.

— Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré des cas nombreux de ces gastralgies idiopathiques, accompagnées ou non de vomissements, qui surviennent si fréquemment chez les femmes nerveuses, chloro-anémiques, et ne cèdent ni aux préparations opiacées, ni à la belladone, ni à tout ce cortége de remèdes qui n'ont d'antispasmodiques que le nom. M. Cazenave emploie avec le plus grand avantage, dans des cas de cette espèce, la codéine, soit en pilules, soit plus souvent en potion, à la dose de 3 à 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Il a remarqué que cet alcali, qui renferme, avec la morphine, les propriétés actives de l'opium, est plus efficace que tout autre, et semble avoir, contre ces névralgies de l'estomac, une action presque spéciale.

— Le but final de toute étude médicale, c'est la thérapeutique ; aussi sommes-nous heureux lorsque nous pouvons accueillir dans nos Revues cliniques des formules, des procédés, soit anciens, soit nouveaux, sanctionnés par l'expérience, et qui fournissent des données utiles dans le traitement des maladies, fût-ce des plus communes. Et à ce propos, nous ne saurions trop insister sur cette singularité, qui chaque jour se marque davantage, c'est que ce sont les maladies les plus rares que l'on étudie le plus : celles que l'on observe le moins fréquemment qui font l'objet des recherches les plus suivies, les plus sérieuses, les plus importantes, tandis que celles qui se rencontrent chaque jour, et que, pour cette raison, l'on croit connaître, celles-là, personne ne se donne la peine d'en faire l'objet d'un sévère examen. C'est par un mécanisme à peu près analogue que les cas exceptionnels tendent à devenir de jour en jour plus communs dans la science, et qu'il est telle affection pour laquelle, si l'on voulait faire des relevés statistiques des faits publiés, on se trouverait forcément conduit à des résultats diamétralement opposés à la vérité. La chose est facile à comprendre. Les faits communs paraissent ne rien offrir d'intéressant; on les croit bien connus; on les néglige ; et lorsque, voulant élucider un point obscur de la maladie, un écrivain veut en rassembler quelques-uns publiés par les auteurs pour en faire la base d'un travail nouveau, il est tout étonné qu'il n'en existe pas un seul.

Nous avons vu dans le service de M. Cazenave plusieurs individus affectés d'eczémas fort étendus, guéris sous la seule influence d'un traitement bien simple; il avait suffi de saupoudrer pendant quelque temps les régions sur lesquelles siégeait l'exanthème, d'amidon finement pulvérisé, ou de fécule. Pour l'eczéma, en général, comme pour la plupart des maladies cutanées qui s'accompagnent d'un suintement, les pommades sont contre indiquées; car elles entretiennent souvent l'irritation ; et semblent augmenter la sécrétion morbide qui se forme à la surface des téguments malades.

— Nous avons entendu ce même dermatologiste recommander, dans le traitement de l'herpès zona, de ne jamais recouvrir la surface malade de cataplasmes, comme le font quelquefois les jeunes praticiens qui n'ont point encore eu souvent l'occasion d'observer cette affection. La première indication, dans le zona, c'est de respecter les vésicules et les croûtes qui se forment pendant leur dessiccation. Lorsque l'on applique sur elles des cataplasmes ou des fomentations émollientes, que l'on plonge les malades dans des bains, dans l'espoir de calmer les démangeaisons insupportables que détermine cet herpès, et surtout d'apaiser la douleur ordinairement très intense qui l'accompagne, les vésicules s'ulcèrent ; souvent les ulcérations voisines se rapprochent, se convertissent en plaies fort étendues qui font éprouver aux patients les plus intolérables souffrances, et dont on n'obtient qu'à grand'peine et au bout d'un temps fort long la cicatrisation complète. Le traitement doit consister simplement dans l'emploi de poudre d'amidon ou de fécule ; on recouvre la surface ainsi garantie d'un papier brouillard enduit ou plutôt graissé d'une très légère couche de cérat : cette médication calme souvent les démangeaisons d'une merveilleuse manière. Ce n'est que lorsque les croûtes sont complétement sèches que l'on fera prendre aux malades des bains tièdes qui en faciliteront la chute.

— Une femme, actuellement dans le service de M. Marjolin fils, à l'hôpital Saint-Antoine, porte une tumeur fibreuse de l'utérus très considérable. Le volume du ventre est à peu près celui que présente l'abdomen à sept mois de grossesse. On a proposé dans ces derniers temps, et l'on doit sur ce sujet d'intéressantes recherches à M. Amussat, d'aller chercher la tumeur fibreuse bien reconnue dans sa nature, ses rapports et toutes ses conditions d'existence ; d'aller la chercher, disons-nous, à travers le col utérin préalablement dilaté, et d'en faire l'extraction soit par la ligature, soit par la section à l'aide de l'instrument tranchant. Plusieurs faits de cette espèce se sont présentés à M. Amussat, et deux, entre autres, ont été opérés avec succès. Ici, la tumeur est évidemment de beaucoup trop volumineuse pour qu'il soit possible de songer à cette extirpation. M. Amussat a bien, il est vrai, prévu le cas où cette difficulté se présenterait, et donné le conseil de diviser en deux ou quatre portions la tumeur, pour l'extraire ensuite par portions. Mais cette division d'un corps fibreux dans l'utérus nous paraît plus théorique qu'exécutable en pratique, plus ingénieuse que facile à réaliser. Opérer à une si grande profondeur, et gêné que l'on est pour la manœuvre des instruments, la section en quartiers d'un corps fibreux de l'utérus, c'est s'exposer à blesser gravement le tissu de l'organe sur lequel pourra très aisément porter la pointe ou le tranchant du bistouri agissant hors de la portée de la vue et du toucher du chirurgien. Si, pour les tumeurs d'un certain volume, le procédé de M. Amussat est, comme il l'a prouvé, rigoureusement possible, il devient inadmissible dans des circonstances semblables à celles où se trouve la malade de M. Marjolin.

Le chirurgien dans les salles duquel cette femme est placée et M. Nélaton, chargé de l'autre service chirurgical du même hôpital, se sont demandé s'il ne s'agissait pas ici de ces tumeurs utérines à parois fibreuses très résistantes, mais dans l'intérieur desquelles est contenu un liquide dont l'abondance distend les parois de la tumeur au point de la faire paraître très résistante, partant toute composée de tissu fibreux solide. S'il en était ainsi, l'opération serait faisable, en ce sens que, par une ponction préalable, on viderait la poche fibreuse, qui se trouverait par suite de cette évacuation réduite au volume d'une tumeur fibreuse ordinaire et accessible aux instruments.

Au moment où nous avons vu cette femme, les deux habiles chirurgiens qui l'avaient examinée n'avaient point encore pratiqué la ponction exploratrice qui doit décider la question. Cette ponction nous semble d'autant mieux indiquée que, bien que très rares, les cas de ce genre ne sont point sans exemple, et que M. Récamier, pour n'en citer qu'un seul, a eu occasion d'observer un cas analogue.

— Un homme, employé à des travaux de charpente, reçoit une contusion violente déterminée par la chute d'une pièce de bois qui tombe sur sa jambe. Douleur, gonflement, impossibilité de marche. Il entre à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Louis, 25) présentant à la partie antérieure du membre, vers la moitié de sa hauteur, une tumeur assez molle, non sensiblement fluctuante, presque sans changement de couleur à la peau, qui n'est pas déchirée. M. Lisfranc diagnostique une hernie musculaire du jambier antérieur à travers l'aponévrose jambière divisée par le choc de la pièce de bois.

Ces hernies musculaires, produites par une violente contusion, offrent des rapports intimes avec cette affection connue, depuis les travaux de Pouteau, sous le nom de *luxation des muscles*, et déterminée le plus souvent, suivant cet auteur, par une contraction inégale des muscles d'un membre, un seul des muscles ayant agi seul, ou s'étant contracté plus puissamment qu'aucun de ceux qui doivent concourir au même mouvement. Voici la théorie de la production de ces luxations musculaires, telle que la donnait Pouteau, et précisément pour les muscles de la jambe, les plus exposés à cet accident :

« Si l'un des muscles destinés à la flexion du pied, disait-il, se contracte seul ou avec plus de force que ses concurrents, il sera chassé par l'irrégularité de cette contraction hors de la place qu'il occupait entre les muscles voisins, et il ne pourra y rentrer sans quelque secours de l'art, parce que les muscles qui l'avoisinent remplissent aussitôt la place qu'il a été obligé de quitter. Il peut encore arriver qu'un muscle dans le relâchement, placé entre deux muscles qui se contractent avec force, soit chassé en devant à peu près comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts. Le raccourcissement des muscles et leur gonflement pendant leur contraction rend ce sentiment plausible..... Les muscles qui sont grêles et longs à proportion seront même seuls exposés au déplacement, tandis que ceux qui sont larges, courts, gros et charnus ne sauraient être exposés à ce déplacement. »

Tout en considérant ce défaut d'isochronisme, de simultanéité dans la contraction des muscles congénères d'un membre comme la cause la plus fréquente des hernies musculaires, Pouteau admettait la possibilité d'une contusion comme cause déterminante, et le fait qu'il rapporte d'après Portal, fait suivi d'autopsie, en est un exemple assez frappant pour nous dispenser d'y insister davantage. Le célèbre chirurgien de Lyon s'est longuement étendu sur le diagnostic différentiel des déplacements musculaires et des ecchymoses auxquels peuvent donner lieu les contusions, soit directes, soit par contrecoup.

Au point de vue de la pratique, ce diagnostic, fort important du reste, n'a peut-être point toute la valeur que lui attribuait Pouteau. Le traitement en effet ne diffère pas beaucoup dans les deux cas; quelques frictions méthodiquement exercées, et une compression légère au moyen d'un bandage approprié, suffiront la plupart du temps pour réduire le déplacement musculaire. C'est à cela que s'est borné M. Lisfranc, et déjà le malade, entré depuis fort peu de temps, éprouve une amélioration notable. Dans les cas d'ecchymose, d'épanchement sanguin sous-cutané ou sous-aponévrotique, c'est à cette compression légère, à l'emploi des résolutifs, que devra de même se borner le traitement.

Un exemple de cette dernière espèce de lésion que nous avons vu chez M. Jobert, nous a convaincu que le plus souvent on doit attendre du travail de la nature la résorption de l'épanchement sanguin, plutôt que d'ouvrir le foyer sanguin avec le bistouri, comme l'ont conseillé des chirurgiens distingués. L'ouverture de ces foyers donne souvent lieu à des suppurations fort longues, qui ne sont jamais innocentes pour le malade.

Z...

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE.

Procédé de M. JULES ROUX, *de Toulon, professeur d'anatomie et chirurgien en chef à l'hôpital du Bagne ;* communiquée par M. J. CHAPPLAIN (1).

La dernière question posée dans le programme du Congrès scientifique, a fourni à M. Roux, de Toulon, l'occasion de rechercher quels sont, dans les maladies de la jambe et du pied, pour lesquelles une amputation est devenue nécessaire, la méthode opératoire que l'on doit suivre et le lieu sur lequel doit être appliqué l'instrument tranchant.

Il y a quelques années à peine que l'amputation de la jambe au *lieu d'élection* était la seule ressource qu'offrait la science au malade ; depuis lors, la chirurgie a reçu une admirable direction progressive à laquelle n'ont pas seulement concouru les opérateurs : le problème a été résolu surtout par la création des appareils ingénieux de MM. Mille et Martin. L'amputation au tiers supérieur à la jambe, si commune autrefois, s'est trouvée limitée aux altérations si rares de la jambe elle-même. Les chirurgiens avaient déjà adopté la loi de ne sacrifier que les parties du membre dont la conservation était devenue impossible. Des connaissances anatomiques bien dirigées furent les fondements sur lesquels naquirent les amputations de MM. Lisfranc et Jobert, qui ont limité à quelques cas exceptionnels les indications de l'opération à laquelle Chopart a attaché son nom. Le mouvement conservateur reçut une nouvelle impulsion par l'invention des nouveaux moyens prothétiques. Je ne parlerai point de tous les procédés qui sont venus tour à tour poser des règles précises pour l'amputation de la jambe au tiers inférieur. M. Malgaigne fit un nouveau pas en conservant l'astragale dans la mortaise malléolaire, alors que le calcanéum seul était malade. Les procédés propres à l'amputation dans l'articulation tibio tarsienne ont été posés par les auteurs d'une manière spéculative, fondés qu'ils étaient sur la comparaison avec les autres articles. Un chirurgien d'Edimbourg, M. Syme pratiqua avec succès cette amputation ; mais le manuel opératoire rendait cette amputation très laborieuse. M. Roux, de Toulon, en confirmant, par un nouveau fait de guérison, l'importance de la méthode, est parvenu à enlever à cette opération ses difficultés. L'auteur a bien voulu me communiquer son procédé dans la note suivante :

Le malade est couché sur le bord de son lit, la jambe droite soutenue par un aide ; l'opérateur tenant le pied de la main gauche, porte le tranchant du fort scalpel, qu'il tient de la droite, à la partie postérieure de la face externe du calcanéum. L'instrument est aussitôt ramené en ligne droite sous la malléole externe ; de ce point, il décrit une courbe à convexité antérieure qui vient aboutir un peu en avant du bord antérieur de la malléole interne en passant dans le milieu de la courbure, à trois centimètres de l'extrémité inférieure du tibia. Du point voisin de la malléole interne, l'incision descend sous la plante du pied, revient au bord externe en formant une seconde courbe à convexité antérieure, correspondant à l'articulation que le couteau divise dans l'amputation de Chopart. Du bord externe du pied où je l'ai laissée, l'incision est continuée obliquement vers le point de départ, c'est-à-dire à l'extrémité postérieure et moyenne de la face externe du calcanéum. Par cette incision, sont divisés jusqu'aux os les téguments et toutes les parties molles sous-jacentes.

Dans un second temps, les parties molles sont disséquées et séparées des os de telle sorte, que l'articulation tibio-tarsienne reste à nu, et que les deux malléoles, l'externe surtout, et la face externe du calcanéum, soient complétement découvertes.

Dans un troisième temps, l'articulation est attaquée par le côté externe d'abord, et par l'interne ensuite.

Dans le quatrième temps, il faut disséquer les parties qui adhèrent fortement à la face postérieure du calcanéum, détacher ensuite celles qui remplissent la face interne du même os, et pour cela, il faut que le bistouri, après avoir divisé les dernières fibres du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, décrive la courbe que retrace la face interne du calcanéum. Ce dernier temps est très important, si l'on veut ne pas s'exposer à diviser l'artère tibiale postérieure avant sa bifurcation en plantaires.

Le pied ainsi détaché après la section des muscles qui s'insèrent à la grande tubérosité calcanéenne, la plaie a la forme d'un ovale un peu irrégulier, ou mieux retracé celle d'une raquette dont la partie étroite correspondrait à la face externe du calcanéum.

Cinquième temps. Les malléoles sont réséquées par un trait de scie transversal au niveau de la surface articulaire du tibia, qui reste intacte.

Sixième temps. Les artères sont liées, la plaie nettoyée, les bords affrontés par des points de suture, de manière que la peau du talon soit appliquée à l'extrémité inférieure du tibia.

Un bandage approprié était ensuite appliqué, le malade est couché, la jambe modérément fléchie sur la cuisse et reposant sur la face externe.

Le procédé de M. Roux concourt, avec celui de M. Syme, vers le même but :

1° Régulariser, par la résection des malléoles, la large surface que la partie inférieure du talon et du péroné présentent pour la sustentation ;

2° Conserver la peau du talon qui concourra pareillement à rendre plus tard la progression facile par la structure même des parties sur lesquelles portera le poids du corps ;

3° Enfin, placer la cicatrice en avant, et s'opposer ainsi à sa déchirure. Deux de ces avantages sont spéciaux à la méthode de MM. Syme et Roux. M. Baudens avait déjà réséqué les malléoles.

(1) Archives médicales du Midi.

Les deux procédés, unis par leurs résultats, diffèrent cependant sous le point de vue du manuel opératoire, et c'est celui du chirurgien français qui offre les plus grands avantages.

L'incision des téguments, dans le procédé de M. Syme, représente un ovale parfait dont les angles correspondent à la partie supérieure et antérieure des malléoles. On comprend dès lors combien deviendra difficile la dissection des parties placées en arrière du talon, et la section du tendon d'Achille. L'incision de M. Roux n'offre plus un ovale régulier ; semblable à celle du chirurgien d'Edimbourg, dans la partie externe, elle s'étend en raquette jusqu'à la partie postérieure de la face externe du calcanéum, l'incision plantaire représentant ainsi une ligne brisée dont l'angle se trouverait au bord externe du pied. L'incision ainsi étendue, agrandit la surface de la plaie et donne aussi une facilité extrême au chirurgien, qui a sous les yeux l'implantation du tendon d'Achille.

L'incision de M. Roux n'a point seulement pour résultat de rendre plus facile le manuel opératoire, elle a aussi une importance très grande sur le succès probable de l'opération. La peau du talon, dans le procédé de M. Syme, présente une coque dans laquelle le pus ne trouvera d'issue que dans la partie la plus élevée du moignon ; il y aura dès lors séjour du pus, et souvent le chirurgien se trouvera forcé de pratiquer une contre-ouverture. M. Roux recommande de placer la jambe sur le côté externe ; ce précepte combiné à la forme de l'incision qui s'étend jusqu'à la partie postérieure de la face externe du calcanéum, donnera au pus un libre écoulement et rendra inutile toute nouvelle incision.

Il est très important de ne point faire la section de l'artère tibiale postérieure avant sa division en plantaire. Dans les amputations à lambeau, surtout alors que la peau est presque le seul lien qui unisse le lambeau au reste du corps, toute la circulation collatérale est détruite, et si l'on coupe le tronc principal, la gangrène sera la conséquence de cette section. C'est pour n'avoir point prévu ce fait, que M. Roux a vu survenir la gangrène d'une partie des lambeaux chez un forçat auquel il a pratiqué l'amputation tibio tarsienne.

La section du tendon d'Achille n'est point sans importance ; il faudra que le scalpel passe aussi près que possible du calcanéum, afin de ne point détruire les expansions fibreuses que ce tendon envoie vers la plante du pied ; elles conserveront les adhérences de cette corde au moignon, et deviendront une des conditions les plus favorables pour les mouvements de la jambe.

M. Roux retranche les malléoles au moyen de la scie ; M. Syme s'était servi des tenailles incisives ; ce serait à cette dernière manière d'opérer que je donnerais la préférence dans un hôpital. Les plaies contuses des parties molles donnant une proportion infiniment moindre de résorptions purulentes, ne trouverait-on pas la même différence dans les plaies osseuses, et n'enlèverait-on point ainsi une chance de mort au malade ?

Il serait temps peut-être d'examiner de nouveau l'importance de l'amputation tibio-tarsienne. Les objections que l'on fait contre cette opération ne sont point fondées sur l'expérience, les dangers résultant d'une large surface articulaire ouverte, du voisinage d'un grand nombre de gaînes tendineuses, on les retrouve dans toutes les amputations partielles du pied et de la main, qui offrent un grand nombre de succès. A côté de ces dangers, elle a des avantages qui lui sont propres et qui sont importants, car ils tendent tous à conserver la plus grande facilité dans l'exercice des fonctions du membre pelvien. D'une part, l'os présente une large surface ; de l'autre, la peau ne fait que continuer les fonctions auxquelles elle était destinée. Les moyens prothétiques qui pourront s'adapter au nouveau moignon, pourront être limités à une simple bottine, qui laissera au moins la cuisse et le bassin libre de tout appareil.

Le chirurgien de Toulon a opéré par son procédé un forçat chez lequel il a vu survenir la gangrène de la partie interne du lambeau. Cet homme est placé au n° 98 de la salle des blessés de l'hôpital du bagne, où il doit séjourner encore deux ans. On pourra ainsi connaître la valeur de la méthode sur l'état physiologique postérieur du sujet.

Le procédé de M. Roux renferme assez d'avantages pour qu'il doive être expérimenté par les chirurgiens. Si, comme je le pense, le succès venait couronner ces essais, cette méthode, à laquelle MM. Syme et Roux auraient attaché leurs noms, serait fertile en indications, car on sait combien sont communes les maladies du calcanéum et combien il est rare que l'astragale ne participe pas à la maladie.

REVUE GÉNÉRALE.

Guérison d'un iléus par l'emploi du mercure coulant. — Voici une observation publiée par M. le docteur Colson, dans les Annales de la Société de médecine de Gand, où son emploi a été très efficace.

Il est relatif à une femme sur l'âge de retour, d'une constitution nerveuse, sujette à des entéralgies et à la constipation. Absence de selles depuis trois jours ; ventre tendu, douloureux à la pression ; hoquet ; insomnie ; pouls légèrement fréquent ; langue sèche et blanche. Un purgatif huileux associé d'abord au laudanum, puis à l'éther sulfurique et à l'extrait d'Homberg, ne produisit aucune amélioration. Bientôt le ventre commença à devenir plus douloureux et se ballonna ; les liqueurs ingérées furent rendues par l'estomac ; les rapports fétides et les vomissements de matières bilieuses d'abord, puis stercorales, un léger état fébrile, la chaleur de la peau, l'expression souffrante de la face vinrent compléter tout l'appareil des symptômes propres à la maladie. Les bains, les lavements purgatifs, puis avec l'eau froide, le vinaigre pur, le tabac, parurent améliorer les symptômes ; mais la constipation était toujours rebelle, et M. Colson en revint aux moyens primitivement employés. Ce fut sans succès ; et même des signes d'une violente inflammation intestinale apparurent et nécessitèrent un traitement antiphlogistique énergique.

Cependant la malade, d'une complexion faible, épuisée par la diète et un traitement antiphlogistique énergique, abattue par tout un septénaire de souffrance et d'insomnie, en proie à une soif continuelle qu'elle n'osait satisfaire, gardait toujours une douleur assez vive à l'abdomen, qui restait dur et ballonné ; et le cours des selles ne se rétablissant pas, la face devient bientôt terne, le regard éteint et la voix faible. La peau froide, le pouls presque insensible étaient les précurseurs d'une mort prochaine et inévitable.

C'est dans cette position grave que M. Colson, après avoir vainement employé les moyens connus, résolut d'avoir recours au mercure coulant. Ce remède, rejeté d'abord par la malade et la famille, fut enfin administré. Je parvins, non sans peine, à dissiper les craintes et à surmonter la répugnance de la malade ; et, le sixième jour du traitement, une demi-livre de mercure coulant fut prise en une seule fois avec un peu d'huile fraîche. Je restai auprès de la malade pour lui donner plus d'assurance et observer de près l'effet du médicament Sitôt après, elle accusa une sensation comme d'un poids énorme à l'estomac ; un vomissement de matières bilieuses et stercorales survint, suivi d'une syncope... Les assistants, gardant un morne silence, la crurent morte, et moi-même je fus pendant quelques secondes dans une perplexité extrême. Mais bientôt les gargouillements se firent entendre, et la malade ouvrant les yeux accusa quelques coliques, présage heureux d'une première selle, suivie, dans le courant de la journée, de plusieurs autres, qui procurèrent un soulagement complet. Le ventre avait repris, le lendemain, ses dimensions normales, et l'épigastre seul était le siége d'une vive sensibilité, qu'une application de sangsues enleva complétement. Les déjections alvines continuèrent les jours suivants, et sous leur influence la santé ne tarda pas à revenir intégralement.

Luxation latérale interne de la phalange unguéale du doigt annulaire. — Dans ses Recherches sur les luxations des phalanges M. Malgaigne a montré combien étaient rares les observations de luxation latérale en dedans, aussi bien que les luxations latérales complètes. C'est pourquoi le fait suivant, rapporté par le Journal de chirurgie, offre un exemple de luxation latérale à la fois interne et complète qui mérite d'être soigneusement recueilli.

Michel (Antoine), âgé de quarante-quatre ans, journalier, étant occupé à haler un bateau sur le canal Saint-Martin, sauta à la hauteur de cinq pieds environ sur le sol humide ; il glissa, perdit l'équilibre, et dans sa chute le poids du corps fut supporté en grande partie par la main droite, dont le doigt annulaire seul fut blessé. Une heure après l'accident, cet homme vint à l'hôpital Saint-Louis. C'était le 25 juin 1846. Le doigt annulaire présentait les lésions suivantes :

Sur le bord externe ou radial de ce doigt, au niveau de l'articulation phalangienne inférieure, existait une petite plaie transversale et longue d'un centimètre et demi au plus ; elle livrait passage à l'extrémité articulaire inférieure de la deuxième phalange, qui était ainsi non-seulement à découvert, mais encore complétement sèche ; elle paraissait fortement serrée et comme étranglée par les lèvres de la plaie. Il n'existait plus la moindre trace du ligament latéral externe, dont les fibres avaient été nettement rompues.

La phalange unguéale était fortement inclinée en dedans, vers le petit doigt ; sa surface articulaire reposait sur le bord interne de la deuxième phalange : de telle sorte que sa direction était presque perpendiculaire à celle du doigt dont elle fait partie.

Quant au ligament latéral interne, il fut impossible de constater s'il était ou non rompu ; cependant, eu égard au grand déplacement de la phalange unguéale et à l'issue de toute l'extrémité inférieure de la deuxième phalange à travers les lèvres de la plaie, nous regardons comme très probable la rupture de ce ligament. D'après le simple examen des désordres précédents, il fut facile de reconnaître une luxation latérale interne et complète de la phalange unguéale de l'annulaire, compliquée de la plaie et d'issue de la tête de la deuxième phalange.

Malgré le déplacement complet de la phalange et le peu de prise qu'offrait la partie luxée, on obtint facilement la réduction par le procédé suivant :

Le malade, couché sur le côté gauche, formait, par le poids de son corps, la contre-extension ; l'extension étant appliquée sur la phalange unguéale, on ramena celle-ci dans sa direction normale, en ayant soin de presser avec la main sur l'extrémité de la deuxième phalange. De cette manière, la réduction fut prompte ; les surfaces articulaires furent mises en contact parfait, ainsi que les lèvres de la petite plaie. — Cataplasmes émollients sur la main.

Le 27 juin, deux jours après l'accident, les bords de la plaie s'étant réunis par première intention, M. Jobert renvoya le malade.

Emploi du vésicatoire contre les douleurs lombaires dans la métrite. — Nous lisons dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales la note suivante :

Les engorgements phlegmasiques de l'utérus s'observent toujours en assez grand nombre dans le service de M. le professeur Gerdy. Nous ne parlerons ici ni des causes, ni des symptômes, ni même du traitement. Nous voulons seulement appeler l'attention sur un des épiphénomènes ordinaires de la métrite : ce sont les douleurs lombaires. Elles sont telles, quelquefois, qu'elles empêchent les malades de se tenir debout, et même de dormir. Si, partant de l'idée que ces douleurs sont un phénomène sympathique de l'engorgement utérin, on s'en remet au traitement général, on condamne les malades à des souffrances souvent très longtemps prolongées. Nous avons vu plusieurs fois M. Gerdy attaquer ces douleurs par de larges vésicatoires volants sur la région lombaire. Ce moyen dissipe ordinairement les douleurs dans l'espace de vingt-quatre heures. Il suffit quelquefois d'appliquer un seul vésicatoire. Ceci se fait indépendamment du traitement indiqué pour la maladie principale.

Variole congéniale sans affection pareille chez la mère. — On a cité quelquefois des cas de variole congéniale observés chez des enfants nés de mère affectée de variole ; mais nous croyons qu'il n'existe pas dans la science de fait pareil au suivant, qui est relatif à un exanthème varioleux, la mère jouissant d'une santé parfaite.

Une femme âgée de trente-sept ans, d'une constitution robuste, accoucha, le 3 juin, d'un enfant mâle vivant, qui offrait des signes manifestes d'un exanthème varioleux ; sa naissance était prématurée d'un mois, circonstance que le docteur Guoli, de Boulogne, qui a observé et rapporté ce fait, pense qu'il faut attribuer à la maladie exanthémateuse. Ce médecin vit l'enfant six heures après sa naissance, et lui trouva une variole confluente au premier degré de son développement. La peau était chaude, brûlante et d'une couleur violacée, notamment à la tête et à la figure, comme dans l'apoplexie ; il y avait tendance au coma.

Vers le soir, la somnolence avait disparu ; la peau était moins brûlante et moins rouge.

Le lendemain matin, les pustules étaient très manifestes et bien caractérisées.

Le cinquième jour, la suppuration commença.

Le sixième, exacerbation fébrile avec soubresauts des tendons et trismus. Les pustules montrent à leur centre un point noir ; odeur putride très prononcée. Le petit malade empira depuis lors jusqu'à sa mort, qui eut lieu le neuvième jour. Tout le corps était couvert de croûtes. La mère, vaccinée avec succès dans son enfance, s'était trouvée indisposée les derniers six à huit jours de sa grossesse ; état fébrile, surtout la nuit, accompagné de chaleur à l'estomac, se convertissant de temps en temps en une douleur brûlante, contre laquelle elle n'avait pris que d'une espèce d'oignon nommée *cipollo porraja*, qui emporta chaque fois le mal pour quelque temps. Aucun autre médicament ne fut employé, et les couches se passèrent heureusement.

Lésions graves chez le fœtus par suite de violences extérieures éprouvées par la mère. — Nous empruntons aux Annales de la Société de médecine de Bruges l'observation suivante, qui montre jusqu'à quel point une violence extérieure peut venir léser l'enfant dans le sein de la mère :

La femme d'un berger, âgée de vingt-sept ans, tomba en courant, cinq jours avant le terme de sa première grossesse, la figure en avant et le ventre sur une pierre anguleuse. Une abondante perte de sang se fit aussitôt par le vagin, et depuis lors les mouvements du fœtus cessèrent. On put se rendre maître cependant de l'hémorrhagie, mais le malaise de la femme n'en continua pas moins.

Le quatrième jour après l'accident, les douleurs de l'enfantement se déclarèrent ; une nouvelle et copieuse hémorrhagie survint, et le lendemain matin les eaux amniotiques s'écoulèrent. Arrivé à 11 heures du soir auprès de cette femme, le docteur Stanelli trouva la tête de l'enfant sortie jusqu'aux épaules hors de la vulve et présentant l'occiput tourné en haut. La tête, considérablement augmentée de volume, était totalement envahie par la gangrène et répandait dans la chambre une forte odeur de cadavre, *sui generis*. Les douleurs avaient totalement cessé alors ; le pouls était imperceptible et la mort paraissait imminente. Quelques remèdes convenables furent aussitôt administrés, et l'accouchement fut achevé. Une demi-heure après, la mère était morte. A l'examen du fœtus, on trouva le crâne pour ainsi dire écrasé, les pariétaux étaient également séparés des temporaux, selon toute apparence par la violence extérieure. Mais outre cela, une chose bien digne de remarque, c'est que la couleur noire, résultat de la gangrène, n'affectait que la tête ; une ligne foncée limitait la mortification au cou, et le reste du corps n'offrait aucune trace de putréfaction, mais était de la blancheur normale d'un enfant nouveau-né. Des obstacles insurmontables se sont opposés à ce que l'autopsie de la mère fût faite.

Cancer du corps thyroïde. — On sait que Scarpa admettait que le cancer n'envahissait le corps thyroïde que par extension, et après avoir sévi sur les organes voisins ; mais les faits de Walter, de Sacchi et de M. Ferrus, ont montré depuis longtemps que l'opinion de Scarpa était beaucoup trop exclusive. Comme cette affection est extrêmement rare, nous pensons qu'on lira avec intérêt les deux faits suivants dus aux docteurs Hawkins et Brown, et publiés par les *Archives* d'après les journaux anglais. Dans ces deux faits, le cancer paraît s'être développé primitivement dans le corps thyroïde.

Première observation. — Un homme de cinquante ans, bien portant en apparence, entra à l'hôpital Saint-Georges le 17 mai 1843. Cet homme, qui était sourd et muet, portait à la région thyroïdienne une tumeur volumineuse, peu ou point sensible à la pression, lisse à sa surface, très dure, et fortement adhérente au larynx, mais sans changement de couleur à la peau. La respiration était quelque peu bruyante ; mais la déglutition était bien plus difficile que la respiration. Malgré un traitement convenable, la tumeur fit des progrès ; la dysphagie augmenta au point que le malade ne pouvait plus prendre aucun aliment solide, et qu'il avalait les liquides avec la plus grande difficulté. Quelques jours avant sa mort, il avait rendu par le vomissement quelques caillots de sang.

Autopsie. A la face antérieure de la trachée se trouvait une tumeur volumineuse qui s'étendait du cartilage thyroïde au sternum, et refoulait latéralement les muscles sterno-mastoïdiens, dont les fibres, ainsi que celles des muscles sterno hyoïdiens, omoplat-hyoïdiens, et sterno-thyroïdiens des deux côtés, étaient amincies et envahies en partie par la tumeur. La veine jugulaire interne du côté droit, l'artère carotide primitive du même côté et le nerf pneumogastrique étaient dissociés. La veine était adhérente à la tumeur ; ses parois amincies dans un point avaient donné passage à la tumeur qui se projetait dans son intérieur, et à laquelle se trouvait attaché un caillot sanguin. L'artère était englobée dans la tumeur. Quant au nerf pneumogastrique, il était considérablement aplati, et ses filaments étaient séparés, de sorte qu'il présentait un aspect plexiforme.

Presque toute la glande thyroïde avait disparu, et était remplacée par la tumeur dont nous venons de parler. Il n'en restait d'intact qu'une très petite portion du lobe gauche. En arrière, la tumeur s'étendait vers le pharynx et l'œsophage, et dans le tissu cellulaire qui unit ces organes au larynx et à la trachée. La paroi antérieure de l'œsophage, vue par sa face interne, offrait une tumeur large, irrégulière et ulcérée, qui s'étendait depuis les ligaments aryténo-épiglottiques jusqu'au quatrième ou cinquième anneau de la trachée, et se projetait dans sa cavité. Cette ulcération était d'un vert foncé et tapissée de lambeaux membraneux qui répandaient une odeur horriblement fétide. Immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, cette ulcération communiquait avec la trachée. Le larynx et la trachée, refoulés du côté gauche, décrivaient une large courbe. La tumeur de la glande thyroïde offrait tous les caractères de cette variété du squirrhe qu'on a désignée sous le nom de solanoïde. Il y avait plusieurs masses encéphaloïdes à la base des deux poumons et dans le tissu cellulaire sous-pleural.

Seconde observation. — Homme de soixante ans, qui commença à se plaindre, à la fin de 1842, d'une sensation de gêne vers le larynx, avec un peu de toux et d'enrouement, et de gêne dans la déglutition. En outre dans le point occupé par le lobe gauche de la glande thyroïde, se voyait une espèce de saillie mal définie qui paraissait se prolonger vers l'œsophage. Peu à peu la peau se couvrit de tubercules cancéreux, la toux et la dysphagie firent des progrès ; enfin, il survint une abondante expectoration mucoso-purulente striée de sang. Ce malade succomba au mois de juin 1843, dans le marasme et après d'horribles souffrances.

Autopsie. Le lobe gauche de la glande xyphoïde était augmenté de volume et converti en une masse cancéreuse blanchâtre, dure comme du cartilage, et parsemée de quelques particules calcaires. Tous les ganglions lymphatiques du voisinage participaient à cette dégénérescence, et offraient le même aspect. Ces ganglions comprimaient et rétrécissaient l'œsophage, et fixaient le larynx dans l'immobilité. Nombreux tubercules cancéreux dans les poumons, le foie, les ganglions abdominaux, et sur divers points de la périphérie du corps.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas rare d'éthisie sous le rapport de la cause ;
par M. le Dr Kuehlbrand (d'Inowraclaw).

Une petite fille âgée de neuf ans, ayant les cheveux blonds, les yeux bleus, les joues rosées, la peau fine et délicate, d'un caractère vif ; cessa peu à peu de jouir de la bonne santé qu'elle avait possédée jusqu'alors. La face devint pâle, le brillant des yeux s'éteignit, la peau perdit sa turgescence et devint squammeuse, les forces diminuèrent par degrés ; enfin les muscles finirent par refuser leur service, et les jambes fléchirent sous le poids du corps ; le pouls devint alors accéléré et très petit, la température de la peau s'abaissa. Toutefois, malgré cette série d'accidents de mauvais augure et toujours croissants, le sommeil était resté calme, l'appétit bon, et la digestion facile et hors mal ; l'urine ne présentait aucun changement ; il n'y avait pas de fièvre.

Il était difficile de combattre un ennemi tout à fait inconnu.

La mère de la jeune malade, après avoir employé d'elle-même, sans le moindre succès, les bains fortifiants de malt, de vin, etc., eut l'idée d'administrer des vermifuges, bien qu'aucun symptôme n'indiquât la présence de vers intestinaux. Elle fit prendre des purgatifs énergiques, qui eurent pour résultat de provoquer des vomissements et la diarrhée.

Ce fut à ce moment que M. Kuehlbrand fut appelé, à une heure du matin. A son arrivée, il trouva presque une moribonde, et il fut forcé de rester près d'une heure et demie avant de pouvoir la quitter, sans craindre que son absence ne lui devînt fatale.

Pendant cette visite, M. Kuehlbrand apprit que la malade partageait depuis plus de dix-huit mois le lit d'une vieille bonne d'enfant (plus qu'octogénsire), et, dès lors, il conseilla de la placer dans un lit séparé, espérant que cette seule précaution suffirait pour amener la guérison complète. Cet espoir ne fut pas déçu; car, sans qu'il fût besoin d'employer aucune médication, on vit, à partir de cette époque, l'état de l'enfant s'améliorer de jour, jusqu'à ce qu'enfin la santé se trouva entièrement rétablie comme par le psssé.

Cas d'empoisonnement par la ciguë, remarquable au point de vue de la symptomatologie; par M. le Dr J.-H. Bennet.

Les accidents déterminés par l'ingestion de la ciguë sont si peu d'accord avec ceux dont ont parlé les anciens, surtout les Grecs, que l'on pense généralement aujourd'hui qu'il n'existe qu'une simple analogie de nom entre la ciguë actuelle du nord de l'Europe et celle que les Athéniens employaient jadis pour l'exécution des condamnations à mort. Toutefois, l'observation suivante vient faire exception à celles qui ont été recueillies dans les temps modernes, car elle a présenté tous les symptômes retracés par Platon dans le tableau qu'il nous a laissé des derniers moments de l'illustre philosophe Socrate.

Un homme âgé de quarante-trois ans ayant mangé une certaine quantité de ciguë fraîche qu'il avait cueillie pour du cerfeuil, put marcher ensuite l'espace de quelques centaines de mètres, mais en vacillant comme un homme ivre; après quoi, il tomba. Ses membres inférieurs se paralysèrent d'abord, et les membres supérieurs un peu plus tard. Au bout de trois heures les mouvements respiratoires avaient cessé, mais le pouls battait encore. La vie ne tarda pas à s'éteindre complétement. Du reste, l'intelligence était demeurée intacte, et le malade avait pu parler jusqu'à son dernier moment.

A l'ouverture du corps, le sang fut trouvé presque fluide; les organes parenchymateux étaient engorgés et de couleur noirâtre. L'estomac renfermait une masse verdâtre, dont quelques petites portions, triturées dans un mortier avec un soluté de potasse, laissèrent exhaler une odeur de ciguë des plus marquées. L'examen attentif de quelques fragments de cette même masse fit reconnaître, à n'en pouvoir douter, les feuilles de la ciguë commune. (*Conium maculatum.*) Jusque-là, en effet, il n'avait été possible de recueillir aucun renseignement sur la nature de la substance toxique qui avait occasionné la mort de l'individu.

Propriétés et applications thérapeutiques de l'huile de cade; par M. le docteur Serre, d'Alais.

Dans le midi de la France où les paysans font une très grande consommation d'huile de cade ou de genévrier (*Juniperus oxycedrus*), ils la préparent avec les grosses branches et les racines des vieux genévriers. Ils détachent d'abord l'aubier, puis ils coupent le bois en fragments de vingt à trente centimètres de longueur, et ils l'entassent dans une vieille marmite de fonte sur l'un des côtés de laquelle ils ont pratiqué une ouverture. Après avoir fermé la marmite avec un couvercle qu'ils lutent avec soin, ils la chauffent, et bientôt l'huile s'écoule et est recueillie à mesure. Cinquante kilogrammes de bois en fournissent, terme moyen, quinze kilogrammes.

Ainsi obtenue, l'huile de cade se présente sous la forme d'un liquide brunâtre, très inflammable, d'une odeur de goudron, d'une saveur âcre et caustique. Son action irritante sur la peau est tout à fait nulle. Sur les membranes muqueuses elle est très légère lorsqu'elles sont dans leur état physiologique, un peu plus manifeste quand elles sont le siége d'une phlegmasie.

Dans les environs d'Alais les bergers ne connaissent pas de meilleur remède pour guérir la gale de leurs moutons, et M. Serre n'en a pas obtenu un résultat moins satisfaisant dans l'application qu'il en a faite au traitement de la gale de l'homme.

Si la maladie est récente, trois ou quatre frictions suffisent pour la faire disparaître; mais lorsqu'elle est ancienne, un traitement plus prolongé devient indispensable.

C'est surtout contre l'ophthalmie strumeuse que cette huile pyrogénée paraît posséder une efficacité véritablement héroïque. Un individu affecté de cette maladie, et chez lequel MM. les professeurs Serre et Lallement avaient, sans aucun succès, mis pendant six mois en usage un traitement très actif, a pu être guéri radicalement dans l'espace de quelques jours par le moyen de l'huile de cade appliquée légèrement à la surface de l'œil

Une remarque générale d'une grande valeur pour la pratique, c'est que, si le mal n'a pas cédé du cinquième au sixième jour de la médication, on ne peut plus compter sur le succès, et on doit suspendre les applications d'huile de cade. Du reste, dans les cas de ce genre, ainsi que le fait observer l'auteur, l'art n'est pas encore au dépourvu, car on peut recourir aux bains de sublimé, dont on obtient les résultats les plus satisfaisants chez les neuf dixièmes des malades, en général.

Examen analytique du sang des scrophuleux, et résultat de cet examen au point de vue de la pathogénie; par M. le docteur Nicholson.

M. Nicholson a procédé un grand nombre de fois à l'analyse chimique du sang des scrophuleux, et il a constamment reconnu que ce liquide était constamment altéré chez les individus affectés de cette maladie. Voici, sous forme de tableau synoptique, les résultats que lui a fournis l'anslyse du sang de douze individus scrophuleux.

Sur 1000 parties en poids:

No d'ordre.	Globules.	Fibrine.	Substances dissoutes dans le sérum.	Eau.
1	101,0	3,0	79,5	816,5
2	98,0	2,8	79,0	820,2
3	98,0	2,4	79,1	820,5
4	97,0	3,0	79,0	821,0
5	96,5	2,5	78,0	823,0
6	80,0	2,3	78,7	839,0
7	79,0	2,0	79,0	840,0
8	79,0	2,0	80,0	839 0
9	63,5	1,2	80.0	855,3
10	64,0	1,8	79,0	855,2
11	65,5	1,7	78,5	854,3
12	64.0	2,0	79,0	855,0

Si l'on compare les résultats de ces analyses avec les chiffres suivants, que MM. Andral et Gavaret ont établis comme types de la composition normale du sang :

Globules,	127
Fibrine,	3
Substances dissoutes dans le sérum,	80
Eau,	790

il est facile de reconnaître les altérstions notables que le sang éprouve dans sa composition élémentaire sous l'influence de la diathèse strumeuse. On voit que ces altérations portent spécialement, dans ce cas, sur les globules et la fibrine, dont le poids, chez certsins sujets, diminue de moitié, tandis qu'au contraire la proportion de l'eau augmente constamment, mais d'une quantité relative moins considérable. Quant aux substances que le sérum tient à l'état de solution, elles ne présentent pas de modifications bien remarquables.

Une proposition générale qui ressort de l'ensemble du tableau synoptique ci-dessus, c'est que la diminution des proportions de globules et de fibrines, et l'accroissement de la proportion de l'eau, paraissent marcher concurremment et se trouver en rapport.

Suivant l'auteur, l'examen microscopique s'accorde avec l'analyse chimique pour signaler une altération profonde dans les globules du sang des individus scrophuleux : en effet, ces globules sont rares, pâles et irréguliers.

M. Nicholson fait remarquer avec raison que les résultats auxquels il est arrivé dans ces analyses sont en opposition directe avec l'opinion assez généralement admise que la pléthore sanguine, ou mieux la surabondance des matériaux solides du sang, est la condition organique la plus favorable au développement des inflammations En effet, une condition tout opposée, celle qui forme le trait caractéristique de la scrophule, paraît bien plutôt disposer puissamment aux phlegmasie, ainsi que le prouve la fréquence des ophthalmies, des affections cutanées, des arthrites, etc., chez les individus qui en sont atteints.

NOUVELLES.

La Société de médecine pratique, qui se réunit à l'Hôtel-de-Ville sous la présidence de M. Fouquier, a voté dans sa séance d'hier, après la reddition des comptes annuels de son trésorier, une somme de 150 francs pour les victimes des inondations de la Loire.

— On lit dans le *Journal de médecine de Bordeaux :*

« La fin de l'année a été signalée, à l'Ecole préparatoire de notre ville, par une sorte de solennité dont depuis longtemps son amphithéâtre n'avait pas offert l'exemple.

» L'émulation des élèves, vivement sollicitée par les professeurs, s'est réveillée. — Un concours pour les prix a eu lieu : des élèves de troisième année sont entrés en lice, et, dans quatre épreuves successives, deux de dissertation orale, deux de composition écrite, ils ont prouvé que les études sont sérieuses et qu'ils avaient travaillé avec ardeur.

» Un professeur agrégé de la Faculté de Paris, M. Lenoir, qui a assisté à l'épreuve anatomique, s'en est montré fort satisfait.

» Nous ne savons pas quel est le vainqueur de cette lutte; mais nous pouvons dire que MM. Bitos, Burguet et Dupuy, les trois athlètes, se sont serrés de près et se sont vivement disputé la palme.»

— M. Serres, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie royale des sciences, commencera le cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme le samedi 7 novembre 1846, à une heure et demie précise, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. A. Valenciennes, professeur, membre de l'Académie royale des sciences, ouvrira le cours de l'histoire des animaux sans vertèbres, dans les galeries du Muséum d'histoire naturelle, le lundi 9 novembre 1846, à midi et demi, et le continuera les lundi et mercredi de chaque semaine à la même heure.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 132. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 9 NOVEMBRE 1846.

DÉCEPTIONS.

La *Gazette des Hôpitaux* n'a que médiocrement partagé pour son propre compte les généreuses espérances suscitées par les belles paroles que le gouvernement a fait prononcer au Congrès médical. Nous nous attendions à ce que n'ayant pu ou n'ayant su étouffer dès son origine un mouvement qu'elle ne prévoyait pas devoir être si considérable, l'autorité ferait peu à peu tout ce qui dépendrait d'elle pour le calmer d'abord, pour le détourner ensuite, pour le paralyser enfin entièrement quand le moment lui paraîtrait opportun.

Nos prévisions se réalisent tristement. Voici une communication qui nous arrive de la *Commission permanente du Congrès* où l'on verra, malgré les prudentes et habiles précautions du langage, que l'autorité s'est jouée des vœux du Congrès, qu'elle n'a jamais eu l'intention sincère d'en tenir compte, et que le vœu, selon nous le plus important de cette grande assemblée, relativement à l'institution des *associations libres*, sera très difficilement réalisé.

Ce n'est pas un motif pour que le corps médical se décourage; en face des difficultés qui se présentent, il doit au contraire redoubler d'énergie et de persévérance. La *Commission* que le Congrès a investie de ses pouvoirs va rencontrer des devoirs importants à remplir; nous espérons, nous croyons qu'elle ne sera pas au-dessous de sa tâche. Il a pu être habile de rester jusqu'ici dans la voie qu'elle a parcourue. Aujourd'hui la position réclame un autre langage, d'autres efforts, une autre direction; nous espérons que les hommes dévoués qui ont accepté la difficile mission de soutenir et de faire prévaloir les vœux du Congrès médical, auront une intelligence nette des besoins de la situation.

COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL.

QUESTION DES ASSOCIATIONS.

La Commission ne peut ni ne doit laisser ignorer au corps médical qu'elle rencontre une difficulté grave et sérieuse dans l'accomplissement du mandat qui lui a été confié.

Avertie qu'un grand nombre d'associations médicales des départements étaient depuis longtemps en instance auprès du ministère de l'intérieur pour obtenir les autorisations nécessaires à leur institution définitive, la Commission se rendit à ce ministère le 24 octobre dernier pour obtenir quelques explications sur les retards dont se plaignaient les associations. Là elle apprit que quelques objections s'étaient élevées, surtout du ministère du commerce et de l'agriculture, qui avait conseillé de surseoir aux autorisations demandées. C'est dans ce sens, lui fut-il dit, que M. le ministre de l'intérieur allait répondre aux préfets des départements.

Cependant, un Mémoire explicatif du but et de la nature de ces associations fut demandé à la Commission, qui s'est empressée de le rédiger, de l'adresser à M. le ministre de l'intérieur, et d'en envoyer copie à M. le ministre de l'instruction publique, à M. le ministre des affaires étrangères, ainsi qu'à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Le jour même où la Commission remettait son Mémoire, elle fut instruite, par une lettre de M. le président et de M. le secrétaire de l'association médicale d'Evreux, que cette association venait d'être informée du refus d'autorisation émané du ministère de l'intérieur et transmis à M. le préfet du département de l'Eure. Ce refus est ainsi conçu :

« Monsieur le préfet,

» Des considérations d'un ordre général et qui n'ont dès » lors rien de personnel ni de particulier à la Société médi» cale projetée pour votre département ne permettent pas » d'autoriser encore cette Société, non plus que beaucoup » d'autres qui ont aussi demandé à se former sur des bases » exactement semblables dans un grand nombre de départe» ments.

» Je vous prie d'en adresser avis à qui de droit.

» Recevez, etc.

» Pour le ministre et par autorisation,
« Signé, BOUSSY. »

Dans cette conjoncture, la Commission croit de son devoir de faire connaître au corps médical les motifs par lesquels elle a appuyé les demandes d'autorisation. Les nouvelles démarches qu'elle tente en ce moment lui font espérer que l'autorité, mieux renseignée, reviendra sur une décision si fâcheuse. En tout état de cause, la Commission s'empressera de porter à la connaissance du corps médical le résultat de ses démarches.

Les membres de la Commission,

SERRES, BOUILLAUD, SOUBEIRAN, AMÉDÉE LATOUR, F. BOUDET, RICHELOT, VILLENEUVE, MIQUEL, MALGAIGNE, BLATIN, VÉE, ALP. GARNIER, HAMONT, LEBLANC, COLLIGNON.

A Monsieur le ministre de l'intérieur.

La Commission du Congrès médical de France demande les autorisations nécessaires pour les associations médicales qui se forment dans les arrondissements.

Monsieur le ministre,

Le Congrès médical de France qui, avec votre autorisation et avec l'agrément de M. le ministre de l'instruction publique, s'est réuni l'an dernier, a émis au nombre de ses vœux celui *que des associations médicales libres fussent fondées dans tous les arrondissements de la France.*

Le Congrès a confié l'organisation de ces associations à une *Commission* nommée en vertu de l'article 13 de son règlement, Commission également chargée de soutenir et de faire prévaloir les vœux du Congrès.

La *Commission* s'est mise immédiatement à l'œuvre; elle a envoyé aux adhérents au Congrès, dans chaque arrondissement, un projet de règlement et de statuts.

Un grand nombre d'associations se sont organisées; vous avez eu la bonté, Monsieur le ministre, de répondre favorablement pour quelques-unes aux demandes d'autorisation qui vous sont parvenues; mais un grand nombre d'autres sont depuis longtemps en instance auprès de vous pour obtenir la même faveur, et, ne recevant aucune réponse, elles se sont adressées à nous pour avoir des explications sur ces retards.

Nous avons appris par nos démarches que quelques objections avaient été faites par vous, Monsieur le ministre, à l'institution des associations médicales, et que vous pensiez que la loi sur l'organisation de la médecine devant être prochainement portée aux Chambres, il y avait lieu de surseoir à toute autorisation. C'est dans ce sens, nous a-t-il été dit, que vous vous proposiez d'écrire aux préfets des divers départements.

C'est pour répondre aux diverses objections qui nous ont été présentées, c'est pour vous prier de vouloir bien autoriser les associations qui sont en instance auprès de vous, que nous avons l'honneur, Monsieur le ministre, de vous adresser respectueusement cette lettre, bien convaincus qu'après avoir été édifié sur le but de ces associations, sur la manière dont elles peuvent et doivent fonctionner, vous aurez la bonté de faire droit à notre demande.

But des associations médicales. — Le but que se proposent les associations est complexe, mais également honorable et licite sur tous les points.

1° *But scientifique.* — Elles ont d'abord en vue les progrès de la science et le perfectionnement de l'art.

Ayant l'honneur de nous adresser à un ministre aussi éclairé et qui sait tout ce dont les sciences sont redevables au travail fait en commun, aux associations et sociétés savantes et littéraires, nous ne croyons pas devoir beaucoup insister sur les avantages qui peuvent résulter de ces réunions médicales au point de vue de la science.

Entretenir le zèle scientifique, provoquer une noble émulation; obliger par la plus efficace des contraintes, celle de l'amour-propre, les membres de ces associations à se tenir au courant des progrès de l'art et de la science : susciter parmi eux des discussions intéressantes sur les difficultés de la pratique; encourager les jeunes confrères à recourir aux conseils et aux lumières de l'association dans des circonstances graves et embarrassantes; obtenir que ces associations d'arrondissement, au moyen de cotisations minimes imposées à chacun de leurs membres, se trouvent toujours en relation, par les journaux et par les livres, avec les différents centres scientifiques de Paris et des départements; faire que par ces réunions la science et l'expérience de chacun soient profitables à tous : tels sont, Monsieur le ministre, quelques-uns des avantages généraux qu'au point vue scientifique et pratique on peut attendre des associations médicales.

Au point de vue des intérêts locaux des arrondissements, intérêts administratifs, intérêts des populations, ces associations offriront des avantages plus immédiats encore.

Ainsi, pour ne citer que quelques exemples malheureusement trop fréquents, qu'une épidémie, qu'une épizootie viennent à sévir dans les campagnes, qu'un sinistre quelconque où le corps médicale puisse être utile afflige les populations, l'administration locale, souvent si embarrassée pour organiser des secours prompts et efficaces, n'aura qu'à se mettre en rapport avec le président de l'association pour avoir immédiatement à sa disposition des hommes dévoués, actifs et éclairés qui porteront partout les secours et les consolations de l'art. Que dans les circonstances aujourd'hui si nombreuses, circonstances médicales, judiciaires, industrielles ou agricoles, l'administration ou le public aient besoin de recourir aux sciences chimiques ou physiques, l'administration et le public trouveront dans les associations : l'une, les moyens d'éclairer ses décisions; l'autre, les garanties nécessaires à ses divers besoins. L'étude des endémies, des enzooties, de ces maladies propres à certaines localités, produites ou entretenues par des causes locales, recevra une impulsion nouvelle et efficace des recherches de l'association nécessairement dirigées vers la topographie médicale du pays et vers toutes les influences hygiéniques générales ou particulières. On peut prévoir le temps où, par les soins et le zèle des associations, l'administration pourra posséder la *carte hygiénique et médicale* de la France, sujet d'études et de recherches presque neuf, qui serait d'une si grande utilité, et que le travail isolé, quelque persévérant qu'il fût, ne parviendrait jamais à terminer. Il en sera de même de la variole et des questions encore si litigieuses relatives à la durée préservative du vaccin, à la nécessité des revaccinations, toutes questions d'une suprême importance pour les populations et dont la

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

A Monsieur ORFILA, doyen de la Faculté de médecine de Paris, etc., *président de l'Association de prévoyance des médecins de Paris.*

Monsieur le président,

Vous le voyez, ce n'est ni au savant, ni à l'administrateur, ni à l'homme revêtu d'honneurs et de pouvoirs que j'ai voulu écrire, mais seulement au fondateur d'une des plus belles institutions de ce temps, au créateur de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, titre, à mes yeux, qui éclipse tous les autres, et dont vous êtes plus fier, j'en suis certain, que des croix, des rubans et des cordons que les faveurs princières ont pu vous accorder.

Je viens vous intéresser à une œuvre digne et sainte, à une œuvre tout à fait analogue à la vôtre, qui a pris la vôtre pour patron et pour modèle, qui a le même but, les mêmes intentions que la vôtre; qui, plus heureuse que la vôtre, peut étendre ses bienfaits sur la généralité du corps médical; qui peut, qui doit porter surtout espérance, consolation et secours à la portion la plus isolée, la plus souffrante du corps médical, à nos honorables collègues des campagnes, dont, mieux que personne, vous connaissez le pénible labeur, le dévouement, la dure existence.

Vous le savez, Monsieur le président, le Congrès médical termina sa première et mémorable session par un vœu touchant et pieux. Frappé des grands, des précieux avantages que retirait du principe de l'association le corps médical de quelques villes, et notamment celui de Paris, le Congrès voulut que cette institution s'étendît et se propageât jusque dans les campagnes. Comme il fallait qu'une certaine initiative fût prise, qu'un travail organisateur fût préparé, que certaines démarches fussent faites, le Congrès confia l'éxécution de toutes ces mesures à la Commission, qui, en vertu de l'article 13 du règlement, est chargée de soutenir et de faire prévaloir les vœux de l'assemblée.

Les efforts persévérants de cette Commission ont été couronnés du plus heureux succès. Le principe de l'association a été à peu près partout accueilli avec empressement et sympathie. Dans le plus grand nombre des arrondissements, le zèle de quelques collègues actifs et dévoués a suffi pour entraîner l'adhésion de l'immense majorité, et l'association s'est organisée sur la plus vaste échelle.

Je dois dire que partout l'autorité locale s'est montrée bienveillante et favorable à l'association. Ainsi, les premières réunions ont eu lieu partout, soit dans les salles de la mairie, soit dans celles de la sous-préfecture; et je sais que de tous les rapports adressés au ministre, il n'en est pas un seul qui n'approuve et ne favorise l'association médicale.

Mais l'autorité locale ne pouvait tout faire; et force a été, pour obtenir des autorisations régulières et durables, de s'adresser, à Paris, à M. le ministre de l'intérieur.

Ici s'est présentée une série de complications qui vous montrera une fois de plus, Monsieur le président, les inconvénients qui résultent de la dissémination, de l'éparpillement de nos affaires médicales dans divers ministères.

La police des associations appartient, il est vrai, à M. le ministre de l'intérieur; il est bien vrai qu'il était libre d'accorder ou de refuser les autorisations qui lui étaient demandées pour les associations médicales; il est bien vrai que, dans les premiers temps et jusqu'en juillet dernier, ce ministre a accordé celles qui lui sont parvenues. Mais ces demandes s'étant énormément multipliées et arrivant de tous les coins de la France, ce ministre a dû se souvenir que la police médicale proprement dite n'était pas dans ses attributions, qu'elle incombait tout entière à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et, par déférence autant que par devoir, il a dû demander l'avis et les conseils de son collègue de l'agriculture et du commerce.

Or, il est arrivé — et voyez à quoi tiennent les événements de ce monde! — que les affaires de l'association médicale sont tombées précisément au moment où ce ministère se trouvait dans les embarras, dans les inquiétudes, dans les perplexités que lui occasionnent la question du libre échange et la demande des associations qui de toutes parts surgissent pour défendre ou pour combattre cette grave et très grave théorie d'économie politique.

Vous comprenez, Monsieur le président, que, dans ce ministère et à cette heure, le vent ne souffle pas du bon côté pour l'association. Aussi, M. Cunin-Gridaine a-t-il vivement conseillé à son collègue de l'intérieur de surseoir à toute demande d'autorisation, ce qui a été fait par le chef de la police générale du royaume, qui a fondé son refus sur *des considérations d'un ordre général.*

A vrai dire, je ne comprends pas très bien en quoi et comment l'ordre général peut intervenir en cette affaire, et comment l'association médicale peut se trouver compromise par des considérations d'un ordre aussi élevé. Il faut, Monsieur le président, qu'on ait fait peur à cet excellent M. Cunin-Gridaine, qu'on ne lui ait pas présenté nos associations sous leur jour véritable, qu'on ait grossi, exagéré ou dénaturé nos prétentions, et qu'on nous croie capables de cacher sous le nom spécieux d'association, quelque noir et ténébreux projet bien anarchique et passablement subversif. La supposition est peu galante pour le corps médical, et je doute fort qu'il en soit éminemment flatté.

Toujours est-il que voilà l'association médicale, qui de toutes parts s'organisait avec un ensemble et une harmonie admirables, suspendue, accrochée pour combien de temps, Dieu le sait; voilà le corps médical qui va se décourager peut-être, et retomber dans cet isolement fatal et torpide qui a été si funeste à ses intérêts moraux et matériels.

C'est un malheur véritable, Monsieur le président, et j'estime que chacun de nous, dans sa sphère d'action, doit contribuer de tous ses efforts à conjurer le danger qui nous menace. C'est à ce sentiment que j'ai cédé quand l'idée m'est venue de prendre la liberté de vous écrire. J'ai pensé que l'association médicale devait trouver en vous son protecteur naturel, que le fondateur de l'*Association de prévoyance des médecins de Paris* apporterait nécessairement son concours, son influence et son dévouement pour éloigner et surmonter les obstacles qui s'opposent au libre développement de son idée; car, il faut le dire avec justice et sincérité, l'institution demandée par le Congrès

solution ne peut être obtenue que par un travail fait sur une grande échelle.

Voilà, Monsieur le ministre, le but scientifitique des associations médicales. N'est-il pas exact de dire que les résultats en seraient tous au bénéfice de la société?

Ces associations ont aussi en vue l'esprit de confraternité, la dignité et la moralité des professions médicales.

2° *But moral et professionnel.* — Le Congrès a été douloureusement frappé de l'isolement dans lequel a vécu le corps médical. A cet isolement, il a reconnu avec raison un grand nombre d'inconvénients moraux et matériels. Inconvénients moraux, c'est-à-dire relâchement complet du lien de confraternité, d'où l'envie, les haines et toutes les passions professionnelles qui discréditent l'art et ceux qui l'exercent. Inconvénients matériels, c'est-à-dire concurrence passionnée et hostile, qui, faisant de nos austères professions une sorte de marchandise, les avilissent par des rabais honteux et indignes de professions qui supposent éducation, lumières et élévation d'esprit. Le Congrès a voulu laisser au corps médical toute la spontanéité de ses actions charitables envers le pauvre, mais il n'a pas voulu que la rémunération de ses services pût jamais être pour ses membres un motif d'avilissement. L'association seule peut atteindre ce double but.

Cependant, Monsieur le ministre, — et ici nous répondons directement à une objection qui nous a été faite, — le Congrès n'a pas voulu et la Commission n'a jamais conseillé que les rapports actuels entre le malade et le médecin, relativement aux honoraires, fussent changés. Avec une prudence et une modération à laquelle un ministre du gouvernement du roi a bien voulu rendre hommage, le Congrès a résolument refusé de s'occuper de ce sujet; il a reconnu que quelque pénible et douloureuse que fût la position du corps médical à cet égard, cette position n'était que la conséquence de la liberté et de l'indépendance dont jouissent les professions libérales en France; que demander pour le corps médical une fixation, un tarif d'honoraires c'était mettre ce corps éclairé en opposition avec tous les principes qui régissent la société française, principes conquis par la révolution de 89; que c'était demander pour lui une exception, un privilége qui ne seraient sanctionnés ni par la loi ni par l'opinion publique.

En conséquence, Monsieur le ministre, si quelques associations — ce que nous ignorons — vous ont présenté des statuts portant détermination d'un tarif d'honoraires, ces associations ont agi contrairement aux vœux exprimés par le Congrès; elles n'ont reçu de la Commission aucune incitation à cet égard, et, si votre refus de les autoriser est basé sur ce motif, la Commission du Congrès ne trouve rien à y opposer. Peut-être, Monsieur le ministre, pourriez-vous leur accorder une autorisation conditionnelle en les invitant à supprimer de leurs statuts tout ce qui est relatif au tarif des honoraires ou des médicaments. La conviction sérieuse et réfléchie de la Commission est que par la seule puissance de l'association, par les rapports fréquents qu'elle établira entre ses membres, par l'influence toute morale de ces rapports, le corps médical verra peu à peu disparaître les résultats affligeants d'une concurrence déloyale qui nuit autant à sa dignité qu'à ses intérêts matériels.

Le Congrès a désiré que la dignité et la moralité professionnelles fussent surveillées par les associations elles-mêmes, et, dans ce but, que quelques-uns de leurs membres ayant réuni les suffrages de la majorité, fussent institués en *conseils de famille* chargés de rappeler à l'observance des statuts ceux qui les auraient enfreints, d'infliger un blâme à ceux qui se trouveraient dans le cas de le subir, de proposer enfin l'exclusion de l'association pour ceux qui lui sembleraient mériter cette pénalité sévère.

Ici, Monsieur le ministre, une objection grave et sérieuse, de prime abord, nous a été faite. Elle s'était présentée à nous-mêmes dans toute sa force lors de la rédaction des statuts. Mais la réflexion et la discussion nous ont prouvé que la gravité de cette objection était plus apparente que réelle, et qu'il était facile d'y répondre.

Cette objection, la voici : Il est dangereux d'investir les associations du droit d'infliger une pénalité quelconque. Auront-elles toute l'indépendance nécessaire? Les passions professionnelles ne pourront-elles pas se faire jour dans leurs décisions? Aux tribunaux seuls appartient le droit de pénalité. Et puis, dans quelle position fâcheuse ne placerez-vous pas le membre de ces associations qui aura subi une pénalité? Mis au ban de ses confrères, il perdra l'estime et la confiance du public, et sera privé de ses moyens d'existence.

Voilà l'objection dans toute sa force; voyons ce qu'on y peut répondre.

Une observation préliminaire et capitale doit vous être présentée, Monsieur le ministre, car elle simplifie singulièrement la discussion. Le Congrès a voulu que l'association médicale fût entièrement *libre*. Ainsi rien de coercitif, rien d'obligatoire dans cette institution; y entre qui veut, y reste qui veut, s'en retire qui veut. Cette condition de liberté a paru indispensable au Congrès, qui a trouvé que ce fût le seul moyen de s'opposer aux inconvénients et aux dangers qui pourraient résulter, dans quelques cas rares, de cette sorte de magistrature confraternelle.

Ainsi donc, Monsieur le ministre, par cela seul que tout membre du corps médical est parfaitement libre de faire ou non partie de ces associations, la plupart des inconvénients signalés dans l'objection s'effacent et disparaissent.

En effet, ceux qui pourraient craindre avec raison de tomber sous le coup de quelques articles des statuts de l'association, s'éloigneront d'elle naturellement, refuseront d'en faire partie, et l'association par cela même n'aura aucune action sur eux. Les statuts de l'association n'engageant jamais que ses membres, il n'y a que ses membres seuls qui puissent jamais être justiciables du conseil de famille.

Cette disposition est-elle dangereuse et exorbitante? Nous ne le pensons pas, Monsieur le ministre; nous ne la trouvons pas plus dangereuse pour le corps médical que pour les avocats, avoués, notaires, agents de change, et tous les officiers ministériels à l'égard desquels cette institution, non plus libre, mais obligatoire, fonctionne sous les noms de *Conseils, de chambres de discipline, de syndicats*, etc. Nous la trouvons surtout bien moins exorbitante, puisque chacun est libre de s'y soustraire, et qu'elle n'engage que ceux qui y adhèrent.

D'ailleurs, une considération plus élevée et digne de toutes vos méditations, Monsieur le ministre, domine cette question et a dirigé le Congrès. Quelles que soient les dispositions de la loi future, de quelque pénalité sévère qu'elle réprime les *délits* relatifs à l'exercice des professions médicales, il est une foule d'*abus* tout autant préjudiciables à la société qu'à ces professions elles-mêmes, que la loi sera éternellement impuissante à réprimer. Il est, il sera toujours très facile d'être et de rester un médecin *légal*, tout en manquant aux principes de délicatesse et de probité professionnelle. Est-ce dans les seules infractions à la légalité que nous devons placer la cause du malaise qui opprime le corps médical? Non, non, Monsieur le ministre; cette cause est plus loin et plus inaccessible à toute répression légale; elle est dans l'état déplorable d'isolement et d'abandon où se trouve jeté, dès son entrée dans la pratique, le jeune homme qui aspire à se faire place dans une des trois professions médicales. Privé de toute influence protectrice et morale, sans lien de confraternité qui le rattache à quoi que ce soit, placé en face des immenses difficultés nées d'une concurrence illimitée, et sans proportion avec les besoins des populations, quoi d'étonnant qu'il glisse quelquefois sur cette pente rapide où la moralité la plus austère ne suffit pas toujours pour étouffer le cri du besoin?

Le grand bienfait que les associations peuvent réaliser, c'est précisément, Monsieur le ministre, de maintenir les mœurs médicales dans cet état de pureté, de dignité et d'élévation qui a été le but et le mobile du Congrès; c'est de s'emparer de tous les éléments honnêtes de nos professions, pour venir en aide à la faiblesse chancelante, pour raffermir une irrésolution dangereuse, pour ramener dans la voie du devoir ceux que leur isolement peut-être allait égarer dans des sentiers perfides. Abandonné à soi-même, à ses désirs, à ses passions, à ses besoins, ne devant compte à personne de ses actions professionnelles, on est moins sévère sur leur degré de moralité, et l'on tient souvent d'une main partiale la balance où se pèsent les déterminations humaines. Au contraire, le contact permanent avec des confrères, l'émulation qui en résulte, l'heureuse influence de l'exemple et l'amour propre qu'elle met en jeu, le respect pour des promesses faites, la crainte enfin du reproche et du blâme, telles sont les garanties morales, tels sont les freins salutaires que l'association oppose à tous les inconvénients qui résultent de l'isolement.

Quant aux pouvoirs remis aux *conseils de famille*, nous ne voyons pas qu'ils puissent jamais devenir dangereux ou nuisibles. Ainsi, ils résultent de l'élection libre, et l'on peut s'en rapporter aux associations pour que leurs choix tombent sur les membres les plus dignes et les plus prudents. Leurs pouvoirs sont très limités, et toute décision pouvant entraîner une pénalité grave doit être nécessairement prise par l'association tout entière. Il ne peut jamais arriver qu'une dénonciation calomnieuse, que la partialité d'un juge, qu'une passion professionnelle quelconque aient des résultats défavorables pour un membre injustement attaqué. On pourrait tromper ou séduire le conseil de famille, que l'association n'en resterait pas moins avec sa souveraineté d'action.

Le membre, nous dit-on, qui aura encouru l'exclusion de l'association, perdra l'estime de ses confrères et la confiance du public. Cela est possible, Monsieur le ministre; la Commission ajoutera même qu'il est fort désirable qu'il en soit ainsi. De quel droit demanderait-il protection à la confraternité, celui qui aurait manqué à tous les devoirs de la confraternité? Comment oserait-il réclamer la confiance du public, celui qui l'aurait trompé dans ses plus chers intérêts, les intérêts de sa santé? Car, ce n'est que dans ces cas très graves, Monsieur le ministre, que ce degré le plus élevé de notre pénalité peut être appliqué. Mais qu'il nous soit permis de vous dire : Ce n'est pas vers le médecin indigne qui annonce ses moyens trompeurs, vers le pharmacien improbe qui altère et falsifie ses médicaments, vers le vétérinaire inhabile ou imprudent que se porte notre commisération, que doit se porter la vôtre, Monsieur le ministre; c'est vers le malade qui ne trouve qu'impudence et charlatanisme où il devait rencontrer consolation et secours, qui achète souvent au prix du plus grand sacrifice une poudre inerte qui devait couper sa fièvre, vers le pauvre laboureur qui voit périr par incurie, par ignorance, l'animal domestique, instrument de son travail, soutien de sa famille. C'est vers ces intérêts si chers et si considérables que s'est dirigée la préoccupation sérieuse du Congrès, et c'est pour protéger ces intérêts, bien plus encore que les droits du corps médical, qu'il a demandé l'institution des associations libres.

Nous venons de parler des *droits du corps médical;* eh bien, Monsieur le miuitre, même en soutenant ces droits, les associations sont appelées à rendre de grands services publics. Ainsi, signaler à l'autorité judiciaire, et poursuivre même au besoin les nombreuses et coupables illégalités dans l'exercice des trois professions médicales, ce n'est pas seulement servir ces professions, c'est encore être éminemment utile au public tout entier. C'est dans les campagnes, plus encore que dans les villes, qu'abondent ces guérisseurs de toutes sortes, rebouteurs, sorciers, vendeurs de drogues, etc., etc., qui trompent et exploitent la crédulité publique. La vigilance des magistrats est souvent impuissante pour réprimer ces illégalités; le médecin, le pharmacien, le vétérinaire isolés, n'osent et ne peuvent souvent lutter contre des faits dont ils souffrent et gémissent, mais qui demanderaient pour une poursuite efficace leur intervention souvent chanceuse comme partie civile. Ce qu'un individu isolé ne peut faire, l'association entière le fera, et dès lors la poursuite, au lieu de se présenter dans les conditions toujours désobligeantes d'un intérêt direct et privé, prendra le caractère qui s'attache à la défense d'un intérêt public et dès lors respectable.

Ainsi, Monsieur le ministre, le but moral que les associations veulent atteindre nous paraît digne de toute votre sollicitude, de tous vos encouragements, et nous n'hésitons pas à croire que, loin de porter obstacle à leur libre développement, mieux renseigné vous leur accorderez votre éminente protection.

Il nous reste à vous indiquer le dernier objet que se proposent les associations, objet sur lequel nous ne pouvons prévoir aucune sorte d'objection. Cet objet est relatif à la prévoyance et à la bienfaisance professionnelles.

3° *But de prévoyance et de bienfaisance professionnelles.*—Moins heureux que les plus simples employés de l'administration, les membres du corps médical ne peuvent attendre dans leur vieillesse infirme ni protections ni secours de l'Etat. Il est rare, très rare qu'après une longue et honorable carrière les sacrifices exigés pour les besoins de la famille n'aient pas absorbé les ressources péniblement acquises dans l'exercice de l'art. Arrivent l'âge et les infirmités, et avec eux l'abandon, les privations, la misère. Même, que dans le plein exercice de leur art, qu'au milieu de la vie une longue maladie, une infirmité incurable viennent paralyser leurs moyens d'action, où trouver aide et secours dans l'état actuel des choses? Enfin, que la mort prématurée du chef de la famille laisse sans ressources une veuve et des enfants, à l'instant la pauvreté pénètre dans ce foyer désolé, et à la douleur de perdre un époux et un père viennent se joindre les angoisses du présent, les tourments de l'avenir.

Ceci, Monsieur le miuistre, n'est que le tableau trop fidèle de l'état actuel de la famille médicale en France.

C'est cet état déplorable, ce délaissement immoral, cet abandon cruel que l'association est appelée à faire cesser et disparaître. Chacun de ses membres s'impose un léger sacrifice annuel afin que lorsque la maladie, l'infirmité et la viellesse auront paralysé ses forces, il n'ait point à demander à la charité publique une douloureuse aumône, afin qu'une mort imprévue ne laisse sa veuve et ses enfants sans protection et sans soutien.

De pareilles institutions s'étaient déjà formées dans plusieurs localités : Paris, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, le Mans, Angers, etc., possédaient déjà des associations de prévoyance. Le Congrès n'a voulu que les généraliser, il a voulu surtout en étendre les bienfaits au corps médical rural, à nos estimables collègues des campagnes dont la vie si laborieuse, si utile et si mal récompensée méritait bien toute la sollicitude de cette grande assemblée.

Elle est digne aussi de la vôtre, Monsieur le ministre, et c'est au nom des intérêts sacrés de la bienfaisance que nous vous prions instamment de ne pas différer plus longtemps les autorisations qui vous sont demandées par un grand nombre d'associations rurales. Permettez-nous de vous faire remarquer que, ces autorisations, vous les avez déjà accordées à un certain nombre d'autres, que celles-ci fonctionnent au grand avantage du corps médical et des populations, qu'aucun inconvénient que nous sachions ne vous a été signalé par l'autorité locale, et que par tous ces motifs les associations qui attendent encore de vous la faveur d'être autorisées ont lieu de s'étonner et de s'affliger d'une sorte de suspicion qu'elles ne peuvent comprendre.

En résumé, Monsieur le ministre, les associations médicales ont pour but :

1° Les progrès de la science et le perfectionnement de l'art;
2° La dignité et la moralité professionnelles;
3° La prévoyance et la bienfaisance;

Leurs résultats favorables ne seront pas seulement limités à la famille médicale, elles sont encore appelées à rendre de grands services à l'administration et au public;

Les objections élevées contre leur institution n'ont rien de grave et de sérieux,

Leurs avantages, au contraire, sont considérable et militent en faveur des autorisations demandées.

En terminant nous vous prions, Monsieur le ministre, de vouloir bien vous arrêter à cette réflexion dernière : Il nous a été dit qu'un de vos motifs de surseoir aux demandes d'autorisation était la présentation prochaine aux chambres de la loi sur l'organisation médicale. La conséquence légitime que nous en pouvons tirer, c'est que la loi nouvelle sanctionnera le principe de l'association médicale et que l'administration l'aura trouvé bon et utile. Mais alors, pourquoi donc en différer l'application? pourquoi ne pas réaliser immédiatement le bien qui doit en résulter? pourquoi l'administration se donnerait-elle les embarras de l'organisation d'une institution qui ne demande pas mieux que de s'organiser spontanément?

Nous avons l'honneur d'être avec un profond respect, Monsieur le ministre, vos très humbles et très obéissants serviteurs,

Pour les membres de la Commission, le président,

Signé, SERRES.
Membre de l'Institut, professeur au
Muséum d'histoire naturelle, etc.

Le secrétaire général,
AMÉDÉE LATOUR, D.-M.-P.

Paris, le 5 novembre 1846.

---

n'est qu'une émanation, qu'une extension de l'heureuse et féconde idée qu'avec tant de bonheur vous avez appliquée aux médecins de Paris.

Ainsi donc, Monsieur le président, voilà une magnifique occasion pour vous d'intervenir, et d'intervenir avec toute l'autorité de votre position, avec l'autorité plus puissante encore de l'expérience de plusieurs années pendant lesquelles l'association que vous dirigez a pu faire comprendre ses avantages, a fait sentir ses bienfaits. Oserai-je vous dire que c'est là presque une nécessité de votre position, oserai-je ajouter que le corps médical attend de vous cette intervention active et dévouée?

En effet, quelle plus belle circonstance pourra jamais s'offrir d'être utile aux professions médicales que celle de les aider dans l'institution des associations libres? Mieux que moi, vous le savez, Monsieur, et votre longue pratique de nos choses et de nos hommes a dû surabondamment vous en convaincre, ce n'est pas l'imperfection de nos lois qui est la seule cause du malaise dont le corps médical est tourmenté. Ce n'est donc pas non plus vers l'obtention de lois meilleures que doivent se tourner toutes nos espérances, que doivent se diriger tous nos efforts. C'est une croyance malheureuse et trop généralement répandue, que la loi nouvelle doit calmer toutes les souffrances et venir en aide à toutes les positions embarrassées. A cet endroit se préparent de nombreuses et d'amères déceptions. Il ne faut demander à la loi nouvelle que ce qu'elle peut raisonnablement donner, c'est-à-dire une organisation meilleure et plus complète de l'enseignement, une répression plus sévère et plus efficace de l'exercice illégal, la suppression du deuxième ordre de médecins et quelques autres mesures d'un intérêt plus ou moins secondaire, dont l'ensemble, très avantageux, très désirable sans doute, ne réagira cependant que peu à peu, et dans un temps plus ou moins éloigné, sur la position de chacun d'entre nous.

Mais le mal véritable n'est pas là; et ce mal, toutes les lois du monde n'y feront jamais rien. Il est presque tout entier dans les mœurs professionnelles, qui ont résulté de l'état d'isolement dans lequel le corps médical a vécu jusqu'ici. De l'isolement est né cet individualisme qui nous ronge, qui fait de chacun de nous un concurrent hostile et quelquefois déloyal; qui nous dirige tous, grands et petits, vers un but unique, l'intérêt personnel, sans préoccupation et sans souci des intérêts généraux de la profession. De là des actes, une conduite qui, pour ne tomber sous l'application d'aucune loi quelconque, n'en sont que plus dangereux et plus perfides. Ce n'est pas seulement par le *délit* que nous souffrons, mais bien plus, et surtout par l'*abus*. L'abus, Protée redoutable, dont les transformations infinies ne pourront jamais être prévues ou réprimées par la plus perspicace et la plus draconienne des législations. Cette distinction entre le délit et l'abus, déjà indiquée à M. le ministre de l'intérieur, me paraît capitale et décisive dans la question des associations.

A l'association seule, il faut demander le remède à ces maux, c'est-à-dire à la modification indispensable et nécessaire qui résultera, dans nos mœurs professionnelles, du seul fait du contact permanent et confraternel. Avec vous, Monsieur le président, à qui toutes ces questions sont depuis longtemps familières, je n'ai besoin d'entrer dans aucun développement sur le but et les avantages de l'association médicale; d'ailleurs, l'espace me fait aujourd'hui complétement défaut; et tout ce que je pourrais dire à cet égard, vous le trouverez dans les colonnes supérieures de ce numéro même. Ma seule intention, que l'intérêt public justifie suffisamment, est d'appeler toute votre attention, toute votre sollicitude, sur l'obstacle sérieux qui s'élève au ministère contre le libre et heureux développement de l'association médicale. Votre parole et vos conseils ne peuvent avoir qu'une grande et favorable influence; au nom des intérêts en souffrance du corps dont vous faites partie, je ne crains pas de la solliciter avec toute la chaleur de mon âme. Il vous appartient de dire si quelque intérêt personnel m'a jamais rendu aussi pressant auprès de vous.

J'ai l'honneur d'être avec respect, etc.,

JEAN RAIMONN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

REVUE DU SERVICE.

Ecrasement des phalanges, et panaris.

Aux nos 8 et 13 de la salle Saint-Louis sont couchés deux malades qui présentent, le premier un panaris, et chez lui la plus grande partie de la dernière phalange du pouce est nécrosée (on en a fait l'extraction très facilement); le second, un écrasement du doigt. Certes, ces deux affections paraissent tellement simples au premier abord, et aussi d'après le simple énoncé que nous venons de vous faire, qu'il semble futile de s'en occuper dans une clinique. Mais en chirurgie, comme en médecine, il n'est pas de petites choses, et souvent les accidents qui sont au début de la plus petite valeur, qui offrent le moins de danger, ceux-là deviennent la cause des événements les plus graves. Nous avons d'ailleurs à vous signaler ici des préceptes cliniques qui nous paraissent importants, et que vous ne trouverez dans aucun livre; ils n'existent nulle part.

Et d'abord, dans les écrasements des doigts en général, notre avis est que l'on se hâte trop d'opérer, et que l'on pratique souvent mal à propos des amputations dont on pourrait facilement se dispenser, qui sont douloureuses et non sans quelques dangers. Nous disons qu'elles ne sont pas sans quelques dangers. Toutes peu étendues qu'elles sont, il n'est pas de praticien qui n'ait vu des malades succomber à la suite d'une amputation du doigt, ou même d'une phalange. Nous vous avons montré cette année des malades entrer dans nos salles pour des écrasements de doigts ou d'orteils qui semblaient devoir exiger des amputations; ils n'ont pas été soumis à ces opérations, et cependant ils ont guéri. Vous avez été témoins de ces faits, et quelque invraisemblables qu'ils puissent paraître, vous ne les révoquerez pas en doute.

Il y a dans ce moment au n° 20 de la même salle, un homme dont le gros orteil a été écrasé; cet homme a perdu les deux tiers inférieurs de cet orteil; il a guéri cependant sans amputation. Nous pourrions vous citer un grand nombre de cas analogues: les précédents nous paraissent suffisants pour justifier le précepte que nous vous avons énoncé. Les deux premiers malades dont nous vous avons parlé ne sont pas seulement intéressants sous ce rapport; ils sont dignes d'attention encore sous le point de vue du pansement. Lorsqu'à la suite d'un panaris ou d'un écrasement du doigt, les parties molles ont été, qu'on nous passe le mot, *épatées*, si l'on fait des pansements ordinaires, le doigt guérit dans cet état d'épatement, d'élargissement, d'où résulte une difformité, une cicatrice large, étendue, qui nuit continuellement au toucher, quand c'est à la main qu'est la blessure; à la marche, lorsque c'est au pied. Aussitôt que les accidents inflammatoires aigus ou subaigus se sont dissipés, et que la plaie ne présente plus que l'état inflammatoire ordinaire, nous dirions presque normal, il faut recourir aux bandelettes agglutinatives étroites, appliquées circulairement, médiocrement serrées, et disposées de manière à comprimer légèrement le doigt malade, en laissant cependant un libre écoulement au pus. La compression empêche l'hypertrophie des parties molles et des tissus cicatriciels, ramène ces parties à l'état normal; par ce procédé on obtient des doigts à peu près aussi effilés que ceux qui n'ont point été malades; l'intervalle qu'on laisse entre chaque tour de bandelettes pour faire écouler le pus, permet le boursouflement des tissus entre chaque bandelette; aussi faut-il avoir soin de renouveler le pansement tous les jours, et de placer les bandelettes nouvelles sur les points correspondant à ce boursouflement. Si peu importante que vous paraisse cette recommandation, elle a du prix, et nous ne saurions trop vous prier de ne pas la négliger, surtout chez les femmes, qui ne pardonneraient point au chirurgien de ne leur avoir pas évité une difformité.

Bubon syphilitique.

Au n° 14 de la même salle est un homme qui a présenté au moment de son entrée un buhon syphilitique. Vous savez que, lorsque l'on est appelé assez tôt, dès le début de la maladie, on parvient souvent à faire avorter ces engorgements ganglionnaires, et à prévenir la suppuration, avantage inappréciable qui abrége la maladie et évite les cicatrices. C'est à l'aide d'une médication antiphlogistique énergique, de saignées locales, de cataplasmes émollients, de vésicatoires, que l'on parvient à obtenir ce résultat. Si l'on n'est pas consulté d'assez bonne heure, si le bubon suppure, et c'est ce qui arrive dans un grand nombre de circonstances, quelquefois même dans les cas qui paraissent les plus favorables, et en dépit de la thérapeutique la plus rationnelle, dès que vous sentez la fluctuation, si vous n'avez pas d'expérience, il vous arrive fréquemment de dire au malade : Soyez tranquille, nous ferons une petite ouverture, et vous n'aurez pas de cicatrice apparente ou du moins difforme.

Dans beaucoup de circonstances, vous aurez raison; et vous obtiendrez le résultat que je viens de vous indiquer. Mais dans certains cas, et ils ne sont pas très rares, notre malade du numéro 14 vous en offre un exemple, voici ce qui arrivera. Vous faites une petite ouverture. Mais la maladie est incontestablement syphilitique. Malgré le traitement le plus méthodique, votre incision se convertira, quoi que vous fassiez, en un ulcère rongeant, phagédénique; ou en un ulcère gangréneux. Si la gangrène s'empare de la peau qui recouvre le bubon, votre incision sera singulièrement agrandie; la plaie prendra les dimensions d'une pièce de cinq francs, souvent davantage. Il faut bien connaître toutes ces éventualités; aussi, lorsqu'un malade vous consultera pour des affections de cette espèce, prévenez-le, sans l'effrayer trop néanmoins, qu'il est possible que ces accidents se manifestent. Vous vous mettrez ainsi à l'abri de tout reproche. L'histoire des bubons spécifiques est assez connue pour que nous ne vous en disions point davantage. C'est là le seul point de vue sous lequel nous voulions vous la faire envisager aujourd'hui.

Fistule lacrymale.

Même salle, n° 10. A ce lit est couché un malade auquel nous avons placé l'année dernière, au mois de juin, pour une fistule lacrymale, la canule de Dupuytren. La guérison a été obtenue. Mais depuis trois semaines à peu près, il s'est formé au grand angle de l'œil et dans le sac lacrymal, un abcès volumineux, avec tuméfaction considérable. Que faire en pareille occurrence? On a dit, et c'est Dupuytren qui a donné ce conseil, qu'il fallait enlever alors la canule, parce qu'elle fait fonction de corps étranger. Pendant longtemps, nous avons partagé cette opinion. Une expérience plus longue nous fait la rejeter maintenant, et voici pourquoi.

Il y a dix ans, nous fûmes consulté par un malade opéré plusieurs années auparavant de la fistule lacrymale à l'aide de la canule de Dupuytren, et qui présentait au moment où nous le vîmes les mêmes accidents que celui qui est aujourd'hui couché dans nos salles, et au sujet duquel nous entrons dans ces détails. Nous voulûmes attendre et ne point recourir tout de suite à des tentatives ayant pour but l'extraction de la canule, tentatives qui, nous devons le dire, ne sont pas sans avoir quelquefois complétement échoué, même entre les mains du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Nous eûmes l'idée d'employer les antiphlogistiques pour calmer et faire disparaître le travail inflammatoire, s'il était possible, jugeant qu'il serait toujours temps d'enlever la canule plus tard. Nous fîmes appliquer des sangsues derrière l'oreille, nous employâmes les cataplasmes de pomme de reinette, dont vous retirerez souvent d'excellents effets; les pédiluves sinapisés, etc. Nous fîmes prendre des purgatifs, dans le but d'opérer une révulsion sur le tube digestif. Nous enlevâmes l'inflammation, qui disparut sans laisser la moindre trace; le cours des humeurs se fit de nouveau par la canule, et le malade fut guéri sans qu'on eût été obligé de recourir à l'extraction de ce petit instrument.

Vous comprenez qu'un fait de ce genre, bien qu'il fût unique, n'a pas été perdu pour nous. Depuis, nous avons eu l'occasion d'observer des faits du même genre; nous avons eu recours aux mêmes moyens; et toutes les fois que la canule est restée en place en déterminant les mêmes accidents, nous les avons vaincus par cette médication, sans être obligé de l'enlever.

Comment expliquer ces faits, qui au premier abord, nous en convenons, sont tout au moins surprenants? Evidemment, il se forme, sous l'influence de causes que nous ne connaissons pas, une inflammation du sac lacrymal, et, par suite, il survient, comme dans toutes les muqueuses, un gonflement de la membrane qui tapisse et le sac et le canal nasal. Ce gonflement oblitère la canule, comme il oblitère le canal, lorsqu'il n'y a pas d'instrument artificiellement placé. Que l'on enlève l'inflammation par un traitement antiphlogistique, que l'on débouche la canule en pratiquant des injections émollientes, le gonflement disparaît, le passage se rétablit; voilà l'explication fournie par la physiologie pathologique. Mais convenons que, loin même que cette explication ne suffirait pas pour rendre compte du résultat obtenu; du moment que le fait existe, il serait assez concluant pour servir de règle de conduite en pareille occurrence.

— Au n° 40 de la salle Saint-Augustin est une femme qui s'est présentée à nous avec une fistule lacrymale. Et ici deux mots avant d'aller plus loin. Quelques auteurs se sont permis de nous railler lorsque nous nous sommes vanté de guérir des fistules lacrymales sans opération. Et cependant nous en avons guéri bien incontestablement. Onze observations de fistules lacrymales, traitées sans opération, ont été publiées dans la Revue médicale par un de nos élèves, observations recueillies dans nos salles sous les yeux de ceux qui suivent nos cours de clinique. Sur ces onze cas, nous comptons huit succès. Il est plus que probable que l'on ne sera pas toujours aussi heureux que nous l'avons été; mais les faits sont là, on ne peut rien leur opposer, et ils sont un enseignement pour engager les chirurgiens à tenter toujours les moyens médicaux avant d'avoir recours à l'opération.

Comment se peut-il faire que l'on guérisse une fistule lacrymale sans opération?

La réponse sera facile à faire si l'on réfléchit au mode de production de ces fistules; la lecture des livres que l'on a écrits sur ce sujet et surtout de l'ouvrage de Scarpa vous convaincra bientôt que dans l'immense majorité des cas cette maladie est produite par une inflammation qui de l'œil, son premier siége, s'étend par les points lacrymaux jusque dans l'intérieur du sac et jusqu'au canal nasal. Par le fait de ce travail inflammatoire, il survient, comme nous l'avons dit en parlant du malade précédent, un boursouflement de la muqueuse du canal nasal, puis un épaississement permanent si l'inflammation devient chronique. C'est par l'observation et la méditation des faits que nous sommes arrivé aux méthodes thérapeutiques dont nous faisons actuellement usage, aux procédés des anciens et en particulier de J.-L. Petit, qui a guéri une fistule sans opération.

Nous avons conclu de tout cela que si à l'aide de moyens appropriés on peut guérir les inflammations de la muqueuse oculaire, on doit pouvoir guérir de même les inflammations de la muqueuse qui tapisse le sac et le canal nasal. Les tissus sont les mêmes, les localités sont les mêmes aussi, pourquoi, dans les cas d'affection pareille, n'obtiendrait-on pas un résultat analogue? Ce qui nous a engagé plus encore à essayer d'abord cette méthode antiphlogistique dans le plus grand nombre de cas, c'est qu'en Angleterre des chirurgiens se sont bornés à faire la ponction du sac lacrymal, et qu'ils ont quelquefois obtenu des guérisons complètes sans avoir besoin de recourir à des corps étrangers. Guidé par cette donnée de physiologie pathologique, nous commençons par des cataplasmes sur l'œil malade; nous administrons quelques purgatifs; il est rare que ces moyens seuls suffisent pour amener la guérison; cependant, on en possède quelques faits. On dirige dans la fosse nasale du côté malade à l'aide d'un entonnoir des vapeurs émollientes. Une fois l'inflammation apaisée, on met en usage des collyres légèrement astringents; on fait respirer par le nez des vapeurs aromatiques un peu chargées, de la décoction de fleurs de sureau, de thym, de romarin, de feuilles de noyer. On devra conduire directement les vapeurs dans le nez au moyen d'un entonnoir pour éviter le contact des vapeurs sur la face, ce qui pourrait être nuisible. Les vésicatoires derrière l'oreille ne sont pas sans quelque utilité dans certain cas. Lorsque nous avons quelque sujet de soupçonner que l'affection tient à une diathèse soit scrophuleuse, soit syphilitique, nous employons les médicaments antiscrophuleux, antisyphilitiques, parmi lesquels nous comptons en première ligne l'iodure de potassium, cet héroïque médicament dont a été dotée tout récemment la thérapeutique. Ces précautions spécifiques ont ainsi guéri un grand nombre de fistules lacrymales, et cela tout aussi solidement que lorsque l'on emploie des moyens du ressort de la médecine opératoire.

Ces derniers, d'ailleurs, ne sont pas toujours sûrs; ils sont assez fréquemment suivis de récidive; et puis vous verrez, lorsque vous ferez de la pratique, quelle répugnance manifestent souvent les malades à l'endroit des opérations; si vous possédez un moyen à l'aide duquel vous pouvez guérir ces malades sans opération, vous faites une bonne chose. Vous pouvez ne pas réussir, mais vous avez agi comme vous le deviez et vous n'êtes passible d'aucun reproche de la part de votre client. Ces médications internes, fort utiles ainsi chez l'adulte, sont encore plus efficaces chez les jeunes sujets.

S'ils ne réussissent pas, il faut se décider à agir d'une autre manière : et alors la canule est sans contredit le meilleur moyen, ce qui ne veut pas non plus dire qu'il n'échoue jamais. Mais il n'en est pas un seul de tous ceux qui ont été proposés qui n'échoue quelquefois, et même plus souvent que la canule. Chez les enfants en particulier, qui se trouvent dans des conditions propres, on ne devra jamais employer la canule; en effet, la tête suit le mouvement d'accroissement du reste du corps, les os deviennent plus solides, les canaux qu'ils forment ou dont ils sont creusés s'agrandissent et gagnent en longueur. La canule, proportionnée à l'âge de l'enfant auquel on l'a mise, ne se trouve plus en rapport avec les parties qui l'environnent, et il devient très difficile, sinon impossible, de la retirer.

Luxation de l'humérus.

Un homme couché au numéro 21 de la salle St-Antoine, est entré pour une luxation de l'humérus. Cet homme est d'une constitution robuste, athlétique même, d'un tempérament sanguin. Avant son entrée, des tentatives de réduction avaient été faites, et des tractions avaient été opérées par douze hommes sans succès. Nous avons fait répéter ces tentatives pour la troisième fois et c'est au moment où, voyant l'inutilité des efforts, nous allions les faire cesser, que nous avons senti la tête de l'os descendre peu à peu, et bientôt se replacer dans sa cavité normale.

Nous saisirons cette occasion de fixer votre attention sur un point pratique essentiel. En général, lorsque l'on fait exercer ces tractions sur un membre luxé, et qu'au bout de quelques secondes, une minute même de durée de l'extension, on ne voit pas d'amélioration survenir, ni même changer les rapports anormaux des parties, on se décourage et on les fait cesser, quand souvent une prolongation de quelques instants aurait produit le résultat désiré.

On a conseillé bien des choses pour mettre les muscles dans le relâchement. Dupuytren feignait de brutaliser ses malades, il lui est même quelquefois arrivé de simuler la colère au point de leur donner une légère tape; et des chirurgiens, prenant au sérieux cette façon d'agir, lui ont reproché sa brutalité. Ils n'ont pas réfléchi que lorsqu'il s'agit de réussir tous les moyens sont bons, surtout quand l'on a affaire à des cas difficiles. On ne fait point, que l'on nous passe cette expression, de la chirurgie avec de la *sensiblerie*. On doit bannir les formes quand il est question de la vie des malades. Or, dans des cas de luxations difficiles à réduire, la première indication c'est de fatiguer le système musculaire de quelque manière que ce soit.

Si les tractions ordinaires ne suffisent pas promptement, si, dans une circonstance comme celle que nous avions ici, le chirurgien ne sent pas la tête de l'humérus descendre sensiblement, il doit recommander aux aides de continuer leurs manœuvres sans secousses, sans augmentation de force; et pour cela, il est nécessaire que ceux qui les exercent soient des hommes robustes.

On ne soutient pas longtemps des efforts comme ceux auxquels le système musculaire est soumis en pareil cas. De votre côté, pendant ces tractions, vous parlerez au blessé; vous chercherez à distraire son attention, et vous serez bientôt tout étonnés de sentir la tête de l'os revenir à sa place primitive.

Il est une autre chose que nous devons vous signaler. Lorsque par une cause quelconque, soit la force de résistance des muscles, soit l'ancienneté de la luxation, on est obligé d'employer une grande force, ce n'est pas seulement la douleur de l'articulation qu'accuse le malade, mais vous êtes tout étonnés de le voir se plaindre de douleurs dans d'autres régions, dans le coude, par exemple, s'il s'agit d'une luxation de l'épaule, etc. En même temps le pouls faiblit, et le malade finit quelquefois par perdre connaissance complétement. Nous avons vu ces effets à un très haut degré; entre autres chez un sujet affecté de luxation de l'épaule depuis six mois, et sur lequel nous avons dû faire opérer des tractions pendant plus de deux heures.

Lorsqu'après des luxations des membres très anciennes, le membre a contracté une position demi-fléchie, fixe, simulant presque une ankylose, on commencera, avant tout, par chercher à rétablir l'extension du membre par de légères tractions, et cette précaution facilitera singulièrement la réduction.

Ophthalmie nerveuse.

Au numéro 31 de la salle Saint-Augustin, est une femme qui présentait, au moment de son entrée, une ophthalmie qui se compliqua de phénomènes nerveux. A ce propos, nous vous devons quelques explications sur ce que nous appelons l'ophthalmie nerveuse. Nous avons décrit le premier, en 1825 et 1826 (*voir* Revue médicale, janvier 1826), une ophthalmie que nous avons désignée sous ce nom. Voici en quoi elle consiste, et quels sont ses principaux phénomènes.

Le plus souvent, il y a inflammation bien nette, bien franche de la muqueuse conjonctivale, mais inflammation légère,

la muqueuse n'étant que peu rouge, ou même d'un rose tendre; aucun phénomène morbide dans l'intérieur du globe oculaire ni sur la cornée transparente; larmoiement considérable; photophobie très intense, et telle que les malades ne peuvent pas supporter la moindre impression des rayons lumineux. Le malade ferme les yeux avec grand soin. Lorsqu'il les ouvre, il lui semble qu'on lui enfonce des pointes de clous dans les globes oculaires.

Jusqu'à l'époque où nous avons publié nos travaux, les médecins, ne prenant pas en considération l'éréthisme nerveux, traitaient cette affection comme une inflammation pure et simple. Et cependant, d'après les résultats du traitement antiphlogistique que l'on mettait en usage, il était facile de voir que l'on était dans l'erreur. Les émissions sanguines générales ou locales, l'application de révulsifs extérieurs, soit à la nuque, soit aux apophyses mastoïdes, les collyres émollients, les dérivatifs sur le tube intestinal, restent complétement sans effet, exaspèrent même la maladie. Nous avons souvent rencontré des malades chez lesquels cette forme d'ophthalmie existait depuis plusieurs mois, et résistait aux traitements en apparence les plus rationnels et les mieux indiqués, soit entre les mains de nos confrères, soit entre les nôtres.

Un jour, désespéré de ces insuccès, il me vint à l'idée qu'ici il se pourrait bien qu'il y eût, comme dans certaines affections purement nerveuses de l'estomac, un élément nerveux auquel on n'avait pas fait assez d'attention. Je venais d'être appelé en consultation auprès d'une dame qui offrait l'ensemble des symptômes que je rattache à la maladie dont je vous entretiens. Je propose l'emploi de la belladone en frictions autour de l'orbite, et je suis étonné de voir la photophobie disparaître comme par enchantement, et avec elle l'inflammation. Voici le traitement auquel une expérience de plusieurs années nous a montré qu'il fallait recourir. Nous faisons pratiquer matin et soir, sur les tempes et autour de la base des orbites, une friction avec deux grammes d'extrait de belladone rendu suffisamment mou par quelques gouttes d'eau. Au besoin même, nous faisons prendre cette substance à l'intérieur, à dose beaucoup plus faible, on le comprend; et toujours nous l'avons vue jusqu'à présent déterminer en peu de jours la guérison complète de l'inflammation et de la névrose, dont les antiphlogistiques n'avaient pu faire justice.

Nous avons cité dans le premier volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié* (1841) plusieurs faits qui pourront être pris comme exemples de l'efficacité de cette médication.

Nous étions, dès cette époque, tellement fixé sur la nature de la maladie que nous nous exprimions dans les termes suivants, que nous demandons la permission de reproduire ici : « Les phénomènes nerveux que nous venons d'observer sur l'œil à l'occasion de l'ophthalmie nerveuse, ne peuvent-ils pas se manifester ailleurs? La névrose qui détermine une inflammation légère sur la membrane muqueuse oculaire, ne peut-elle pas agir de la même manière sur l'estomac, dans l'urètre? Ne peut-on pas alors prendre l'état nerveux pour une inflammation, parce qu'il existe réellement des symptômes de cette dernière? Cette erreur a été commise bien souvent, l'expérience me l'a démontré. J'ai vu un grand nombre de fois de prétendues gastrites, des urétrites résister longtemps à l'appareil des moyens antiphlogistiques et révulsifs, et céder ensuite avec beaucoup de rapidité aux médications narcotiques. Ici, qu'on y prenne bien garde, la distinction n'est pas facile à établir; il ne s'agit pas d'une névrose simple de l'estomac ou de l'urètre. Nous avons affaire, au contraire, à un état nerveux compliqué d'inflammation, qui masque son existence. Or, nous venons de le dire, le diagnostic est difficile, et quelquefois même impossible à établir. Tentez d'abord l'usage des narcotiques; il sera souvent couronné de succès. Est-il besoin d'observer que dans des cas où les antiphlogistiques sagement dirigés auraient échoué, on devrait les remplacer par les sédatifs et les antispasmodiques? C'est ainsi que l'étude approfondie des maladies externes peut singulièrement éclairer la pathologie interne; c'est ainsi que par l'alliance heureuse de la chirurgie et de la médecine, on donnera une impulsion plus sûre et plus utile aux sciences médico-chirurgicales. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode d'application de l'ammoniaque pour la vésication extemporanée; par M. le docteur TROUSSEAU.

M. Trousseau, dans les cas où il a besoin d'obtenir sur-le-champ l'enlèvement de l'épiderme, recourt au moyen suivant : il place sur le plateau d'une assiette une pièce de monnaie de la dimension convenable (depuis la pièce de cinq francs jusqu'à celle de vingt-cinq centimes), et il pose sur l'aire de cette pièce deux rondelles de linge superposées et d'un diamètre un peu moindre; après quoi, il verse de l'ammoniaque liquide à 22° sur les rondelles, de manière à les en imbiber complétement, puis il applique aussitôt ce disque, par sa *surface linge*, sur le point de la peau où il veut obtenir une vésication, et il a soin de peser légèrement sur la pièce de monnaie avec l'extrémité du doigt. Dans l'espace de dix minutes il se manifeste, à la circonférence du disque, une rougeur de la peau, qui annonce que l'action est suffisante, et que le disque doit être enlevé. L'épiderme paraît alors soulevé par des rides légères, et il est facile de le détacher en le soumettant à quelques frictions avec la pulpe de l'index recouvert d'un linge un peu rude.

L'usage de la pièce de monnaie pour cette opération est d'autant plus avantageux qu'elle se trouve toujours sous la main, que sa petite dimension permet d'en faire l'application sur quelque point que ce soit de la peau, et enfin qu'elle fait l'office d'un bouclier imperméable qui, en s'opposant à la volatilisation de l'ammoniaque, conserve à cet alcali toute la puissance de son action vésicante.

Sur la valeur réelle de l'acétone dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par M. le docteur HEMKER, d'Osnabrueck.

M. Hemker, d'après ses propres observations, émet les opinions suivantes sur l'emploi de l'acétone recommandé récemment par M. Hastings contre la phthisie pulmonaire.

L'acétone n'a point d'action spécifique sur la métamorphose des membranes muqueuses du larynx et de la trachée-artère. L'auteur n'a pas encore pu obtenir de guérison radicale de la phthisie à l'aide de ce nouveau médicament : il a reconnu que l'existence des malades n'est pas prolongée beaucoup plus longtemps par cette médication que par les autres traitements employés jusqu'ici. Toutefois, il croit devoir préconiser l'acétone comme un auxiliaire précieux contre la phthisie : en effet, cette substance facilite beaucoup l'expectoration, et par cela même diminue la toux; c'est du moins ce qu'il a observé chez tous les malades auxquels il en a prescrit. En outre, on peut recourir sans crainte à son emploi dans tous les cas de phthisie, même lorsqu'il existe des symptômes qui contre-indiquent un grand nombre d'autres médicaments; ainsi, des individus tourmentés par la fièvre, les sueurs nocturnes, la diarrhée, et même l'hémoptysie, supportent l'acétone sans jamais en éprouver le moindre inconvénient.

Enfin, M. Hemker croit avoir trouvé dans l'acétone un médicament qui amène une amélioration considérable dans l'état général des malades.

Il l'administre trois ou quatre fois par jour à la dose de quinze à vingt gouttes dans de l'eau.

NOUVELLES.

L'ouverture des cours à la Faculté de médecine de Paris a eu lieu hier lundi 9 novembre.

La séance d'ouverture de la Faculté de médecine aura lieu le samedi 14 novembre.

SOUSCRIPTION BICHAT. — Onzième liste.

MM. le docteur Sichel, à Paris,	10 fr.
le docteur Gendron, à Vendôme,	5
le docteur Brault, id.,	3
le docteur Pollet, à Selommes,	3
le docteur Boucher, à la Ville-aux-Clercs,	2
Lamant, pharm., à Vendôme,	2
Marcel, pharm., à Montoire,	2
Jouin, méd.-vétér., à Vendôme,	2
Boirean, id., id.,	2
Société de chirurgie de Paris,	100
Société de pharmacie de Paris,	100
le docteur Macary, à Toulon,	10
Académie royale de médecine,	400
Total général jusqu'à ce jour,	6436 65



PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 133. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 11 NOVEMBRE 1846.

L'ASSOCIATION MÉDICALE.

La cause de l'association médicale vient de gagner un défenseur puissant. Nous apprenons avec un vif plaisir, et nous nous empressons d'annoncer que dès hier M. Orfila a fait de pressantes démarches auprès du ministère de l'intérieur pour obtenir la levée de l'espèce d'interdiction qui a si malheureusement frappé les associations d'arrondissement. Indépendamment des conférences que M. le doyen a voulu avoir avec les principaux employés des bureaux où se traitent les questions relatives aux associations, il a adressé une lettre à M. le ministre de l'intérieur, dans laquelle les intérêts véritables du corps médical ont été présentés et soutenus avec une chaleureuse vigueur.

Nous avons reçu communication de cette lettre ; un sentiment de convenance facilement appréciable nous force à en différer de quelques jours la publicité dont elle est digne. Nous dirons seulement qu'elle honore celui qui l'a écrite, aussi bien que notre habile et généreux collaborateur qui l'a inspirée. Avec la même liberté, la même indépendance que nous avons blâmé des actes qui nous paraissaient contraires au bien général, nous louerons également les faits qui ont le bien général pour mobile et pour but. Or rien ne nous semble plus louable et plus éminemment utile que les efforts tentés vers l'association. Après avoir lu le mémoire remarquable de la *Commission permanente* du Congrès, nous ne croyons pas qu'il puisse exister deux opinions sur les avantages des associations médicales. Leur institution serait un véritable bienfait non-seulement pour la famille médicale, mais encore pour les populations abandonnées sans défense à toutes les ruses, à tous les excès du charlatanisme. En élevant des obstacles contre leur libre développement, l'autorité ne nuirait donc pas seulement aux intérêts d'un corps dont il paraît du reste avoir peu de souci, mais encore à des intérêts publics d'une grande importance; ce qui serait infiniment plus grave.

Du reste, ce n'est pas seulement aux associations des départements que l'autorité se montre hostile ; voici une communication de deux honorables confrères de Paris qui prouve que ce mauvais vouloir existe aussi pour les associations de la capitale :

Monsieur et cher Confrère,

La communication qui vous a été faite par la *Commission permanente* du Congrès médical, et que vous publiez dans votre numéro du 10 novembre, comme aussi la lettre tout au moins singulière par laquelle l'administration refuse de se prêter à la constitution d'une société médicale dans le département de l'Eure, ne sont pas les seules preuves que vous puissiez donner à vos lecteurs des mauvaises dispositions de l'autorité à l'égard du corps médical. On s'est étonné que le onzième arrondissement de Paris, celui au centre duquel est située la Faculté de médecine, et sur lequel sont domiciliés un nombre considérable de médecins, fût presque le seul qui fût encore privé de sa société médicale. On ne sait pas que depuis dix-sept mois nous luttons en vain contre de mesquines tracasseries pour y établir une association réclamée par tous nos confrères.

Voici les faits :

Au mois de juillet 1845, nous adressâmes tous deux au maire du 11e arrondissement, une demande tendant à obtenir l'autorisation, pour les médecins de la circonscription municipale, de se réunir une fois par mois, sous la surveillance et la protection de l'autorité, dans une des salles de la maison commune, dans le but de resserrer les liens de confraternité, de conférer sur les intérêts de la profession, et sur les faits importants de la science qui se présentent journellement dans la pratique.

Nous avons le regret de dire que, contrairement aux lois de la plus rigoureuse convenance, *notre lettre ne fut pas même honorée d'une réponse.*

Au mois de décembre, à la suite d'une réunion que nous provoquâmes, et qui eut lieu chez l'un de nous, une commission provisoire, nommée par un grand nombre de médecins de l'arrondissement, et composée de MM. Guérard, Cullérier, Foucart, Pajot, Régnier et Gasnault, fut chargée de poursuivre activement les démarches nécessaires. Elle se transporta donc à la mairie, où, reçue par le maire et les deux adjoints, elle renouvela officiellement la demande faite une première fois, et laissée sans réponse.

Le maire nous renvoya au préfet de la Seine.

M. le préfet de la Seine nous renvoya au ministre de l'intérieur.

M. le ministre de l'intérieur nous renvoya au préfet de police.

Etions-nous dupes d'une mystification? Nous avions lieu de le craindre ; cependant, nous nous décidâmes encore à écrire à ce dernier, qui exigea préalablement une demande signée de vingt et un noms, une copie d'un projet de règlement de la société, également signée des mêmes noms, et la liste détaillée des noms, prénoms, âges, demeures, et dates de réception des signataires.

Ces pièces furent remises aux bureaux de la Préfecture par M. Guérard, président de la commission provisoire, le 14 avril de cette année.

Etonnés, après cinq mois d'attente, de ne recevoir aucune réponse, nous dûmes nous informer de la cause de ce retard. Il fut répondu que la liste remise par nous était perdue (ce qui, pour le dire en passant, ne fait guère l'éloge de l'ordre qui règne dans les bureaux) ; mais que si nous voulions en envoyer une copie, on se hâterait de nous envoyer l'autorisation demandée. L'un de nous s'empressa de refaire cette liste, qui, au bout de trois semaines, vient de nous être renvoyée, sous prétexte que le *prénom* d'un des membres manquait, et que pour un autre nous avions omis, en donnant le mois et l'année de la réception, d'indiquer *le jour du mois* auquel il avait été reçu docteur. Ce prénom et cette date, que nous n'avons pu, pressés que nous étions par le temps, nous procurer de nouveau, étaient mentionnés sur la liste égarée par la négligence de messieurs les employés de la Préfecture.

D'après ces futilités, qui témoignent du mauvais vouloir de l'autorité envers le corps médical, nous avons dû renoncer à toute démarche nouvelle. Nous ajouterons que ce mauvais vouloir ne nous étonne nullement, nous qui n'avons jamais pris au sérieux les promesses faites par M. le ministre dans l'avant-dernière séance du Congrès médical.

Nous réclamons de votre impartialité, Monsieur et honoré Confrère, l'insertion textuelle de cette lettre, prenant toute entièr sous notre responsabilité la vérité des faits qu'elle contient.

Agréez, etc.

A. FOUCART. Ch. PAJOT.

10 novembre 1846.

Nous ne ferons qu'une réflexion à l'occasion de cette lettre, elle est relative à M. le ministre de l'instruction publique. Nous savons de bonne part et la justice nous oblige à déclarer que, relativement à la question des associations, M. de Salvandy a fait et fera encore les plus grands efforts pour que le corps médical reçoive satisfaction. Non-seulement ce n'est pas de son ministère que surgissent les obstacles, mais nous pouvons dire même qu'un conflit de pouvoirs s'est élevé entre ce ministère et celui de l'intérieur à cette occasion, et qu'il serait fort désirable que le texte et l'esprit de la loi fussent en faveur de l'instruction publique.

Terminons cet article par l'énoncé d'un fait plus éloquent que de longs discours en faveur de l'association ; le voici sans commentaires :

L'association des médecins du 10e arrondissement de Paris, qui a passé à l'ordre du jour sur la question des honoraires, a, dans sa séance mensuelle du 7 novembre, voté :

1° Cent francs en faveur des inondés de la Loire devenus pauvres ;

2° Cent francs pour les pauvres du bureau de charité du 10e arrondissement.

X...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Polypes du rectum chez l'enfant.

Au numéro 34 de la salle des filles, se trouve couchée une enfant de quatre ans, dont nous allons, en quelques mots, vous exposer l'histoire. D'après le rapport des parents, cette malade rendrait du sang par le rectum depuis deux mois environ ; elle éprouverait des épreintes, sans grandes douleurs toutefois. Lorsqu'elle va à la selle, ou du moins souvent, on observe une tumeur rouge sortant par l'anus, et rentrant après l'expulsion des matières fécales, soit spontanément, soit par le moindre effort.

Avant de l'avoir visité, lorsqu'un enfant est amené au chirurgien avec ces renseignements donnés par des personnes instruites et attentives, on doit tout d'abord penser qu'il peut exister, et c'est là le cas le plus fréquent, une chute de la membrane muqueuse du rectum. Mais on ne doit pas s'arrêter à cette idée d'une manière exclusive, ni même trop absolue. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir des enfants dans cette position atteints de polypes du rectum. Aussi, évitons-nous de nous prononcer d'une manière trop positive avant un examen complet et minutieux du sujet, les polypes ne constituant pas, après tout, une affection excessivement rare. Cependant, il est à remarquer qu'aucun des traités anciens ou modernes relatifs aux maladies des enfants, n'a signalé cette production à cet âge de la vie. Les deux seuls exemples que l'on en trouve dans les annales de la science, avant les travaux de M. Stoltz, qui datent de 1831, sont tirés des journaux allemands, et sont dus, l'un à M. Schneider de Fulvi (Journ. de Siebold, t. VIII, 1828), l'autre au docteur Lange, de Berlin (Mél. de Schomacker, 1776). Nous donnerons plus bas quelques détails sur les travaux les plus remarquables qui ont été publiés sur cette maladie depuis 1831.

En général, les symptômes du début de la maladie sont trop obscurs et trop faciles à confondre avec ceux d'autres affections, pour faire promptement reconnaître sa nature. Ce sont ceux que présente l'enfant dont nous vous parlons aujourd'hui ; ce sont des selles sanguinolentes, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe. A un degré plus avancé, lorsque le polype a acquis un volume assez considérable, la défécation devient de plus en plus gênée ; et cette gêne nécessite de grands efforts d'expulsion qui font sortir la tumeur pendant l'accomplissement de cet acte. Alors se présente à l'orifice du rectum une tumeur rougeâtre, unie, lisse, plus ou moins volumineuse. Chez les adultes, leur grosseur varie depuis celle d'un pois ou d'une aveline, jusqu'à celui d'un œuf de poule. Il est très rare que chez les enfants leur volume soit jamais aussi considérable. La tumeur, dans les premiers temps, lorsqu'elle est encore petite, et que son pédicule est court, rentre assez facilement, même sans effort ; ou bien la pression exercée par le petit malade avec le doigt suffit pour amener ce résultat.

Un symptôme que nous avons constaté plusieurs fois, c'est la cannelure que présentent les matières fécales solides, lorsque le polype offre une assez forte consistance. Il est facile de concevoir que le polype, faisant saillie sur un des points de la circonférence intérieure du rectum, imprime sur le tube cylindrique formé par les matières excrémentitielles, une cannelure creuse, un sillon, qui reproduit à peu de chose près le volume du polype, ou du moins en donne une idée approximative.

Il se reproduit un phénomène analogue, en sens inverse, de ce que l'on remarque chez les individus affectés de fissure à l'anus, et chez lesquels les matières fécales, passant à la filière par l'anus spasmodiquement contracté, offrent une cannelure saillante, une crête dans le point correspondant à la fissure. Ainsi, au début, selles sanguinolentes, envies fréquentes d'aller à la selle, défécation accompagnée de douleurs plus ou moins vives, cannelure creusée plus ou moins profondément sur les matières fécales, issue d'une tumeur par le rectum; tels sont les principaux signes qui annoncent l'affection.

C'est à cette période, et surtout à la suivante, que le chirurgien est consulté, et qu'il lui est facile de constater l'issue d'une tumeur par l'anus. C'est là, répétons-le bien, pour vous mettre en garde contre les erreurs de diagnostic que vous pourriez commettre, le seul signe certain de la nature de la maladie. A cette première période, le polype est le plus souvent arrondi, légèrement aplati latéralement ; son segment inférieur ou extérieur est ordinairement aussi plus volumineux que celui qui correspond à l'intestin ; sa face supérieure offre l'insertion du pédicule, toujours plus étroit, par la raison que nous allons en donner tout à l'heure. Les auteurs ne sont pas parfaitement d'accord entre eux sur la nature des polypes du rectum chez l'enfant. Les uns les regardent comme de nature fibro-cellulaire, disent les avoir toujours trouvés peu vasculaires, d'un blanc grisâtre à l'intérieur. D'autres les considèrent comme de nature purement et constamment muqueuse ; par exemple M. Stoltz, auquel on doit des recherches intéressantes sur ce point de la pathologie chirurgicale du jeune âge, et dans cette organisation cet auteur croit trouver, pour un certain nombre de cas du moins, la raison et l'explication du mécanisme de leur production. La chute du rectum, dans son opinion, peut être une cause de ces polypes ; dans ces chutes répétées, il peut arriver qu'une portion de muqueuse soit pincée par les sphincters, et devienne le germe d'un polype, en s'engorgeant, se gonflant, pour se pédiculer au bout d'un certain temps. Cette opinion peut être, dans quelques cas, la véritable explication du fait ; mais l'anatomie pathologique de ces tumeurs, tout incomplète qu'elle est encore, prouve déjà que le mécanisme que nous venons de décrire n'est pas la cause des polypes du rectum dans tous les cas.

D'ailleurs, les polypes muqueux se développent souvent sur tout autre point de la surface des membranes muqueuses, et dans des régions où l'on ne peut arguer de l'influence d'un étranglement pour expliquer leur formation. Pourquoi, a-t-on dit, leur cause originelle inconnue ne pourrait-elle pas s'exercer au rectum comme partout ailleurs ? Puis, l'étranglement de la muqueuse du rectum par les sphincters a très souvent des effets bien connus autres que la formation de tumeurs pédiculées. Enfin la chute du rectum est beaucoup plus fréquente que les polypes de cette partie, qui ne seraient alors produits que dans des cas exceptionnels, et souvent le polype se montre chez des sujets qui n'avaient aucune chute du rectum. Quelques-uns sont situés très haut, n'arrivent que peu à peu, et ne peuvent être même quelquefois reconnus qu'avec le doigt.

On rencontre assez souvent parmi le petit nombre d'enfants affectés de polypes du rectum, des individus chez lesquels il n'y a issue d'aucune tumeur par le fondement ; et cependant l'ensemble de tous les autres signes ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'une de ces productions. Chez ceux-là, cela dépendait de la hauteur de l'implantation des polypes qui, malgré une longueur de plusieurs centimètres de pédicule, ne pouvaient parvenir jusqu'à l'ouverture anale. Pour nous, nous les avons trouvés ordinairement formés par l'enveloppe muqueuse du rectum, et dans l'intérieur nous avons rencontré un tissu un peu spongieux, saignant. Le plus ordinairement ils sont supportés par un pédicule également muqueux ; quelquefois au moment où ils commen-

ceut seulement à se développer, il peut se faire qu'ils aient une simple base; peu à peu, par suite du mouvement continuellement répété dans le même sens; de haut en bas, de matières fécales dans l'intestin, le polype se trouve tiraillé toujours dans le même sens, et ces tractions, ces tiraillements, allongent la portion de membrane muqueuse qui les supporte, et finissent par leur former un véritable pédicule parfaitement constitué.

Souvent, au bout de quelque temps, la tumeur devient fongueuse, saignante, et peut être prise au premier coup d'œil pour un bouton hémorrhoïdal. Tant que la tumeur n'a pas entièrement franchi le sphincter inférieur, que l'enfant éprouve un simple suintement ou même présente un écoulement assez abondant de sang, les taches qui existent sur le linge de l'enfant ne sont pas un indice suffisant pour établir le diagnostic. Il faut pratiquer le toucher rectal et circonscrire exactement la tumeur avec le doigt. Lorsque la tumeur est sortie complétement, on ne pourrait guère la confondre avec les tumeurs hémorrhoïdales; outre que cette dernière affection est assez rare dans l'enfance, elle occasionne habituellement une vive douleur, et rarement il y a un pédicule aux tumeurs hémorrhoïdales. Les autres productions morbides de cette région, rhagades, condylomes, etc., sont encore plus rares chez l'enfant que les hémorrhoïdes, et la moindre attention suffirait d'ailleurs pour les différencier; enfin, l'on a fait observer que, dans le cas de flux hémorrhoïdal, il y a presque toujours sentiment de pesanteur dans le siége, état de malaise que l'on ne constate pas dans la maladie qui nous occupe ici. Si la tumeur ne sortait pas suffisamment, on pourrait exciter des selles par des lavements ou des purgatifs légers. Il est important, dans le diagnostic des polypes du rectum, de s'assurer avec le doigt que le pédicule de la tumeur s'attache au-dessus du sphincter à une hauteur variable et que l'on cherche à préciser.

Bien qu'en raison de l'âge des sujets atteints il soit permis de penser que le pronostic de cette affection ne peut presque jamais être fâcheux, il n'en est pas moins vrai que les écoulements de sang, souvent fort considérables, auxquels peut donner lieu le polype rectal, sont quelquefois assez abondants pour influer d'une manière fâcheuse sur la santé générale. Aussi, dès que l'on est fixé sur la véritable nature du mal, importe-t-il d'y remédier au plus vite.

La guérison spontanée de ces polypes, et par ces mots guérison spontanée nous entendons guérison produite par les seuls efforts de la nature, nous paraît chose très possible et a dû souvent arriver. Nous avons expliqué précédemment par quel mécanisme s'allongeait dans un grand nombre de cas, sinon dans tous, le pédicule formé par la membrane muqueuse de l'intestin. Il est facile de comprendre que, si cet allongement est poussé assez loin, le pédicule sera rompu dès qu'il sera devenu trop grêle pour résister aux efforts d'expulsion des matières fécales. Nous pensons même que souvent ces polypes auront été la cause de certaines diarrhées chroniques dont la cause échappait complétement au médecin. Par suite de la chute spontanée du polype, cette diarrhée, rebelle à tous les traitements, aura plus d'une fois cessé sans que l'on se soit aperçu de la véritable cause qui la déterminait, et sans que l'on ait pu se rendre compte des conditions dans lesquelles et suivant lesquelles s'opérait la guérison.

Notre petit malade est dans des circonstances analogues à celles que nous signalions il n'y a qu'un instant. Depuis deux mois, il perd une quantité considérable de sang, soit qu'il vienne du rectum, soit qu'il vienne du polype lui-même; il s'affaiblit bien évidemment; l'opérer, et cela dans le plus bref délai, ce sera donc lui rendre un véritable service et le mettre dans des conditions meilleures de santé générale; car bien que nous pensions, et la science en possède des exemples, que la chute du polype peut survenir spontanément, il n'est pas prudent d'attendre un résultat qui, d'ailleurs, peut manquer.

Nous avons déjà plusieurs fois fait cette opération, qui n'a jamais rien présenté de dangereux. Cependant il nous semble, si peu importante et dangereuse soit-elle, qu'elle nécessite des précautions, et qu'il n'est pas indifférent de mettre en usage telle ou telle méthode thérapeutique.

Les caustiques ont été employés, mais sans grands avantages; leur action est assez infidèle, et leur emdloi est souvent difficile dans des cavités profondes, comme il peut arriver ici, lorsque le point d'implantation du pédicule est fort élevé. Nous avons plusieurs fois pratiqué l'excision, qui a été conseillée par des auteurs recommandables. Mais il nous est arrivé de voir, à la suite de la simple section du pédicule, de petites hémorrhagies qui nous ont même inquiété. Lorsque le pédicule est très petit, les vaisseaux sont peu volumineux et l'écoulement de sang est peu abondant; aussi est-ce là seule circonstance dans laquelle nous nous permettions encore de la faire. Partout ailleurs nous la rejetons complétement.

On pourrait employer l'extirpation, comme on la pratique pour les polypes des autres cavités. Un auteur, dans un Mémoire sur ce sujet, l'indique comme la meilleure méthode générale; il l'opère à l'aide des doigts seulement; et voici comment il procède:

L'enfant étant fléchi à angle droit, le devant du tronc appuyé sur les genoux d'un aide vigoureux qui lui écarte les fesses, l'opérateur glisse l'indicateur droit, enduit d'un corps gras, entre l'excroissance et le pourtour de l'anus; puis le recourbe en tirant sur la tumeur, qu'il saisit simultanément avec le pouce; par un seul effort de traction et de torsion; il rompt le pédicule, qui se sépare, à une distance plus ou moins considérable, du corps charnu; un léger écoulement sanguin suit cette rupture, et tout revient dans l'état naturel. Mais on comprend que ce mode opératoire n'est applicable que lorsque la tumeur est sortie, ce qui a lieu ordinairement après les évacuations alvines naturelles ou provoquées. Si l'on n'y parvient pas par ce moyen, et que l'on ne puisse atteindre ainsi le polype, il faut, dit M. Bourgeois, aller à sa recherche et tâcher de l'amener à l'extérieur, ou bien porter un second doigt dans l'intestin, le saisir entre ces deux organes, et rompre le pédicule en tirant à soi. Cette manœuvre nous semble, il faut le dire, un peu plus théorique que facilement exécutable en pratique.

M. Stoltz donne la préférence, comme méthode générale, à la ligature réunie à l'excision, procédé mixte qui met à l'abri des hémorrhagies, tout en débarrassant promptement les malades; il rejette la ligature seule, comme douloureuse et longue dans ses résultats.

Nous ne saurions, quant à la ligature, partager les craintes de M. Stoltz, et c'est à la ligature seule que nous nous adressons presque constamment, car elle évite les hémorrhagies et, entre nos mains, a toujours produit de bons résultats. Quelquefois, lorsque le pédicule est très mince, il est immédiatement coupé par le fil. D'autres fois, le polype ne tombe que le lendemain ou le troisième jour; mais la douleur est tellement peu vive pour les enfants que nous lui soumettons, que nous n'hésitons jamais à la mettre en usage de préférence à toute autre.

Lorsque le point d'implantation du polype sur la muqueuse n'est pas très élevé, nous conduisons le fil tout simplement sur le doigt indicateur. Lorsqu'il est plus profondément situé, nous dilatons l'anus à l'aide d'un petit spéculum à deux valves, disposé de telle sorte que ces deux valves laissent entre elles, à la partie supérieure, une gouttière libre dans laquelle on peut engager le polype. La tumeur étant saisie, soit avec une pince à polypes ordinaire, soit avec une pince de Museux, une anse de fil est jetée sur le pédicule et conduite avec un serre-nœud.

Disons, en terminant, que nous n'avons point remarqué, quant aux conditions prédisposantes, que les polypes du rectum fussent plus fréquents chez les enfants qui sont sujets à la diarrhée ou à la constipation, que chez les autres; nous n'avons pas vu qu'ils se développassent plus communément chez les individus de constitution forte et sanguine, que chez ceux de constitution faible et délicate.

Luxation du coude.

Un enfant de huit ans, couché au numéro 2 de la salle St-Côme, présente une affection du coude qui a été méconnue, et date de deux mois environ. A cette époque il était monté sur un arbre, et, en voulant descendre, il a fait une chute de la hauteur de 4 à 5 mètres environ. Il ne donne que des renseignements très incomplets sur la manière dont il est tombé. Cependant, il paraîtrait que le poids du corps aurait porté sur le coude. Ces renseignements ne suffisent pas pour que l'on puisse se rendre un compte exact des altérations qui existent ni de la lésion qui s'est produite. Au moment de l'accident, souffrances très vives, impossibilité absolue de se servir de son membre supérieur droit, qui ne peut exécuter aucun mouvement de flexion. Un chirurgien, appelé immédiatement, fit quelques tentatives de traction, mais très légères, et affirma que le membre était replacé dans sa position normale. Nous ferons observer que les tractions durent être très faibles, le chirurgien n'ayant pas employé d'aides; il enveloppa le bras dans des compresses imbibées d'eau et d'eau-de-vie camphrée. Le malade nous est arrivé hier, offrant les symptômes suivants:

Le bras droit est dans une extension complète; le malade ne peut lui faire exécuter le mouvement de flexion; il parvient, à l'aide de grands efforts, à lui faire perdre une partie de sa position rectiligne; mais l'angle obtus qu'il détermine est à peine appréciable. L'articulation du coude, examinée avec grande attention, n'est pas tuméfiée, ne présente pas de changement de couleur à la peau; les parties molles n'ont pas augmenté de volume. Au devant de l'articulation huméro-cubitale, et au-dessus du niveau d'une ligne horizontale marquant le milieu du pli du coude, on trouve une saillie formée par l'extrémité inférieure de l'humérus, qui se trouve portée en dedans et en avant. Le doigt, porté en travers au-dessous de cette saillie, déprime profondément les tissus dans ce point. Du côté du bord interne de l'avant-bras, on voit également une saillie formée par l'épicondyle, portée en avant et en dedans, au-dessus de laquelle on voit une autre dépression semblable à la précédente.

En dehors et au bord externe du membre, existe une dépression située, elle, au-dessus de la saillie que l'on remarque, et que détermine la tête du radius. En arrière, il n'y a pas de saillie bien appréciable, bien que cependant les rapports des surfaces articulaires soient loin d'être conservés. L'olécrane a cessé d'occuper la cavité dans laquelle il vient se loger pendant les mouvements du bras et de l'avant-bras l'un sur l'autre. Le toucher fait constater ceci, que la tête du cubitus est remontée en arrière au-dessus du point qu'elle occupe dans l'état normal, et que les deux surfaces articulaires des os formant poulie ne jouent plus l'une sur l'autre. Quelques médecins qui ont examiné l'enfant ont pensé qu'il y avait eu, outre la luxation, qui est évidente, fracture du cubitus.

Plus nous examinons le petit malade, plus nous restons persuadé qu'il n'y a que luxation sans fracture. Nous constatons facilement toutes les saillies osseuses sans aucune division. La fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus ne serait pas impossible, et aurait incontestablement facilité le glissement des deux os l'un sur l'autre; mais ici, rien ne nous porte à le supposer.

Cette luxation datant de deux mois, comme nous l'avons dit, et dont l'existence est hors de doute, nous est-il permis d'exercer des tentatives pour la réduire? Avons nous quelques chances de réussite? Nous ne pensons pas, dans tous les cas, qu'il y ait de graves inconvénients à tenter cette réduction. Nous voyons, au contraire, que tout se réunit pour indiquer cet essai. Cet enfant se trouve dans l'impossibilité complète de se servir de son bras; et si nous ne nous hâtons pas de remédier à cette infirmité, il conservera toute sa vie un membre, non seulement inutile, mais fort embarrassant.

Comme résistance, ce n'est pas le tendon du triceps que nous redoutons le plus; c'est plutôt les apophyses et le commencement d'adhérences qui se sont établies probablement entre les parties dont les rapports sont changés. Nous ne mettons pas en question la section des tendons; elle est tout au moins inutile ici. Les efforts devront être suffisants, mais modérés; et chez un enfant de cet âge et dans ces conditions, nous avons tout lieu de croire que les choses se passeront bien. En général, comme nous vous le dirons dans les conférences que nous aurons occasion de faire cette année, les luxations sont assez rares chez les enfants. Par ordre de fréquence, les plus communes sont celles de l'épaule et du coude. Depuis que nous sommes attaché à cet hôpital, nous avons vu une luxation du fémur seulement. Faisons observer encore, avant de terminer, que pour réduire les luxations chez les enfants on n'a pas besoin ordinairement de point fixe comme chez les adultes, non plus que d'une force très grande; aussi ne trouvez-vous point dans nos hôpitaux des enfants ces anneaux ou ces crochets scellés dans la muraille, que vous remarquez dans les autres amphithéâtres. Cependant, au besoin, le pied d'une table fortement maintenue, un barreau, etc., suffisent le plus ordinairement pour exercer une résistance suffisante.

Y...

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 10 novembre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Martin-Solon, qu'une longue maladie a retenu depuis longtemps loin de l'Académie, assiste à la séance. L'honorable membre reçoit les vives félicitations de ses collègues.

— *M. le docteur Moij'Sisovics*, premier chirurgien de l'hôpital impérial de Vienne, adresse à l'Académie un ouvrage intitulé : Exposé d'une méthode sûre et rapide de traiter la syphilis par les préparations d'iode, 1845. M. Moij'Sisovics demande que l'Académie veuille bien charger un de ses membres de lui faire un rapport sur son travail, ou bien nommer une commission chargée d'expérimenter sa méthode et de vérifier les résultats qu'il annonce.

— L'ordre du jour amène la discussion de la septième conclusion du rapport sur la peste et les quarantaines.

Avec la meilleure volonté du monde, il nous serait impossible de rendre compte de la discussion à laquelle ont donné lieu les deux premiers paragraphes de cette conclusion, discussion longue, confuse, à laquelle ont pris part une quinzaine de membres, et qui a dégénéré vers la fin en une causerie véritable.

Qu'il nous suffise de dire que ces deux premiers paragraphes ont été adoptés sauf rédaction, et que vers quatre heures et demie l'Académie s'est formée en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Suite des séances de mars et avril 1846. — Présidence de M. H. Labarraque.

M. Bonnassies rapporte l'observation d'un homme qui fit un chute sur le trochanter droit, étant monté sur une échelle. A la suite de cet accident, qui l'ébranla assez fortement pour lui faire vomir les aliments qu'il avait dans l'estomac, la jambe ne pouvait plus être remuée par le malade; la pointe du pied fut déjetée en dehors, sans que cependant il y eût de raccourcissement ni de crépitation. Il y avait là un certain nombre de symptômes simulant une fracture du col du fémur. En outre, il présenta une douleur atroce dans la région inguinale. Un traitement rationnel, l'application d'un appareil à fracture, furent employés successivement. Enfin, après vingt et un jours les accidents avaient cessé. M. Bonnassies fait remarquer, en terminant sa communication, que souvent les symptômes assignés aux fractures appartiennent à des lésions traumatiques ou autres, qui diffèrent entièrement de nature et trompent souvent le médecin le plus habile et le plus attentif.

M. Labarraque appuie les conclusions de M. Bonnassies en rapportant une observation analogue, C'était chez une dame d'une très forte corpulence, qui fit une chute du haut d'un trottoir. La douleur qui suivit cette chute fut aiguë, le pied se déjeta en dehors; la demi-flexion était seule possible. Il pouvait y avoir la fracture du col. Cependant, le lendemain on constata qu'il n'y avait pas de fracture. Elle n'en resta pas moins six semaines au lit, et conserva d'atroces douleurs dans l'aine.

—*M. Smith* communique à la Société un phénomène singulier qu'il a eu dernièrement occasion d'observer sur des cicatrices de vaccine; la vaccination avait été régulièrement faite quatre mois avant. A la suite de quelques accidents de dentition, le vaccin avait en quelque sorte repris; des vésicules pleines de sérosité présentant une base rouge apparurent sur les cicatrices, mais s'aplatirent et disparurent complétement au bout de trois à quatre jours.

M. Battaille désirant faire remarquer un fait déjà connu dans la science, mais auquel on ne fait pas généralement assez d'attention, c'est-à-dire l'influence des localités sur les malades, rapporte l'observation suivante:

Deux enfants qui habitaient un rez-de-chaussée depuis quatre ou cinq ans, et qui n'avaient éprouvé jusqu'alors qu'une légère blépharophthalmie, furent pris d'une ophthalmie très grave, a partir du moment où l'on établit une écurie à vaches auprès de leur chambre. La thérapeutique restant impuissante contre l'affection oculaire, on les envoya à la campagne, où ils ne tardèrent pas à guérir. Mais aussitôt qu'ils revinrent chez leurs parents, trois jours après leur arrivé ils furent de nouveau repris par leur mal d'yeux, qui disparut encore immédiatement après leur départ pour la campagne.

M. Blatin a vu un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Battaille. Il s'agissait d'une toux ayant le caractère croupal, et qui reparaissait toutes les fois que les enfants, revenant de la campagne, rentraient chez leurs parents.

— *M. Dreyfus* communique l'observation suivante:

Une jeune dame âgée de vingt ans, mariée depuis deux mois, éprouva en urinant une douleur qui augmenta graduellement, au point de lui occasionner une violente ischurie, qui lui faisait jeter des cris à chaque fois qu'elle urinait; l'urine s'échappait goutte à goutte; il y avait de la fièvre. La position horizontale était impossible; le cathétérisme, très douloureusement supporté, n'amena qu'une petite quantité d'urine rouge et sédimenteuse. Notre confrère pensait avoir affaire à une inflammation du col de la vessie amenée par les premières approches sexuelles. Il prescrivit vingt sangsues au périnée, des lotions opiacés et camphrés, des bains entiers, saignée, etc., mais sans soulagement, lorsqu'après quatre jours de douleurs et d'angoisses, à la suite d'un purgatif à l'huile de ricin administré en désespoir de cause,

elle rendit avec la première évacuation un peloton d'ascarides vermiculaires. Aussitôt après leur sortie, les douleurs cessèrent comme par enchantement; la malade reprit le sommeil et la santé.

— *M. Dobigny* rappelle que Paris est en ce moment exposé généralement à une constitution catarrhale, mais que son quartier présente une constitution qui paraît particulière; c'est une épidémie de coliques nerveuses qui tantôt sont sans évacuation, tantôt s'accompagnent de diarrhée, et dans ce dernier cas ne sont accompagnées d'aucun soulagement.

M. Homolle ne pense pas que la maladie dont parle M. Dobigny soit aussi complétement en dehors de la constitution générale qu'il le pense, attendu que l'écoulement muqueux n'est pas constant dans toutes les épidémies catarrhales.

M. Homolle pense que dans la constitution actuelle les maladies présentent des caractères anormaux; ainsi il a vu des rougeoles débutant d'emblée et sans fièvre initiale, des pneumonies avec sueurs extrêmes, etc.

M. Dobigny ne partage pas l'opinion de M. Homolle. Il ne voit aucun caractère catarrhal dans ce qu'il a observé. C'est une affection présentant surtout de la douleur et de la chaleur rectales, de l'impossibilité à prendre les lavements; pour lui, ce n'est pas là un catarrhe.

M. Labarraque rappelle que pendant la guerre d'Espagne, lorsque les soldats harrassés de fatigue et de chaleur buvaient frais, ils étaient pris de coliques nerveuses sans évacuation, qu'on les traitait par l'opium à haute dose et porté jusqu'au narcotique, et qu'ordinairement ils étaient guéris après leur sommeil.

— *M. Benet de Perraud* rappelant les succès qu'il a obtenus dans le traitement des fistules à l'anus par la solution concentrée d'alun, et l'éponge préparée entretenue à la partie la plus basse de la fistule, fait remarquer que la plus grande attention doit diriger l'opérateur dans ses pansements. Il avait donc réussi en employant ce traitement dans un certain cas; mais l'éponge préparée s'était enflée dans le pansement, et un morceau était resté dans le conduit fistuleux. Nonobstant les deux ouvertures se fermèrent; mais au bout de quelque temps un abcès se forma qu'on fut obligé d'ouvrir, et au milieu duquel on trouva l'éponge.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, de Noyon, n.-m.

INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE.

Nous empruntons à la *Gazette médicale* la lettre suivante de M. Orfila, qui contient des détails sur les établissements d'instruction publique d'Espagne, que l'on sera bien aise de connaître.

Je viens de parcourir une grande partie de l'Espagne dans le but d'examiner les divers établissements d'instruction publique, et notamment ceux qui ont pour objet les sciences médicales. J'ai pensé qu'il serait utile de faire connaître à la France les modifications heureuses qui ont été introduites en Espagne, depuis quelques années, dans les lois relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine; et, d'un autre côté, qu'il était du plus haut intérêt pour ce dernier pays de profiter, s'il y avait lieu, des améliorations notables que l'on a fait subir en France aux institutions médicales, surtout en ce qui concerne l'enseignement, le service des hôpitaux, les académies, etc.

Le moment est d'autant plus opportun, que la France est sur le point de modifier une législation surannée, et contre laquelle tant de voix ne cessent de s'élever à si juste titre. Vous verrez, Monsieur, que sous le rapport des études et de l'exercice de l'art, l'Espagne jouit déjà de certains avantages que les gens sensés réclament depuis longtemps en vain pour la France. Espérons que la nouvelle loi ne se fera pas plus longtemps attendre, et que l'année 1847 ne s'écoulera pas sans qu'elle ait été votée par les pouvoirs législatifs.

Après bien des vicissitudes, le décret du 17 septembre 1845 a fixé à cinq le nombre des Facultés de médecine, qui ont été établies à Madrid, à Cadix, à Valence, à Barcelone et à Santiago; quoique ces Facultés soient à peu près instituées sur le même principe, celle de Madrid cependant offre une organisation plus large et plus complète; aussi me bornerai-je à la faire connaître en détail.

Le local où elle est située, sous le nom de *Collége royal de Saint-Charles*, est un des plus beaux édifices que l'on puisse imaginer. Les bâtiments du même genre que j'ai vus en France, en Angleterre, en Hollande, en Allemagne et en Italie sont loin de pouvoir lui être comparés. Placé dans la rue d'Atocha, à côté de l'hôpital Général, ce local a 340 pieds de longueur et autant de profondeur. Sous le péristyle, et avant d'entrer dans une vaste cour carrée dont chaque côté a 200 pieds, on trouve quatre grands escaliers, deux à droite et deux à gauche, qui conduisent aux cabinets d'anatomie, à la bibliothèque, aux bureaux d'administration, à certaines cliniques, etc. Le rez-de-chaussée est occupé par quatre beaux amphithéâtres élégamment construits, et dont l'un est très vaste; par une salle d'actes immense, qui sert aussi pour les leçons; par deux grandes salles de dissection, et enfin par quelques cliniques. Tout est donc disposé pour que l'on puisse faire à la fois plusieurs cours, ce qui est indispensable dans une Faculté où les élèves, classés par années, sont tenus de suivre les leçons correspondant aux matières indiquées par le programme pour chaque année. La construction de ce bel établissement, qui a coûté quatre millions de francs environ, est due au vénérable et savant don Pedro Castello, premier médecin de la reine, autrefois professeur de l'Ecole et médecin de Ferdinand VII. Ce vieillard, entouré d'une considération aussi grande qu'elle est méritée, n'a jamais usé de l'influence qu'il exerce et qu'il a exercée sur les souverains dont il a eu la confiance que pour servir la profession et ceux qui la cultivent. Puissent ces paroles lui donner une faible idée du respect que m'ont inspiré son noble caractère, ses vertus et son talent!

Études médicales.

La durée des études médicales est de *neuf* années lorsque l'élève veut obtenir le titre de docteur, et de *sept* s'il n'aspire qu'à la licence; ce dernier grade donne le droit d'exercer dans toute l'Espagne, et ceux qui le possèdent sont *medicos-cirujanos* (médecins-chirurgiens). Les docteurs seuls peuvent aspirer aux places de professeurs, d'agrégés et de médecins des eaux minérales. Il est probable que le doctorat sera également exigé pour devenir médecin des hôpitaux et médecin par quartier de la maison royale (*medico de familia*). Je n'oublierai pas de dire qu'à la fin de la cinquième année d'études, les élèves sont tous tenus d'acquérir le titre de bachelier en médecine, qui ne leur confère aucun droit d'exercice.

Voici comment sont distribuées les matières de l'enseignement pendant ces neuf années d'études.

Première année. — Physique et chimie médicales, trois fois par semaines. Professeur : M. Usera.

Chimie générale, trois fois par semaine. Professeur : M. Masarnau.

Conférences sur l'ostéologie; dissections depuis onze heures jusqu'à deux, tous les jours.

Anatomie descriptive et générale, tous les jours. Professeur : M. Castello neveu.

Deuxième année. — Histoire naturelle médicale, tous les jours. Professeur : M. Obrador.

Physiologie, cinq fois par semaine. Professeur : M. Ysern. Ce cours est à la fois théorique et expérimental; à l'aide d'une centaine de visections opérées sur des chiens et sur des moutons, le professeur fait connaître les travaux qui lui sont propres et ceux des savants qui se sont occupés du système nerveux, de la respiration, de la circulation, de la digestion, du vomissement, etc.

Hygiène privée, deux fois par semaine. Professeur : M. Perez.

Dissections, depuis midi jusqu'à deux heures.

Anatomie descriptive et générale.

Troisième année. — Pathologie générale, quatre fois par semaine pendant quatre mois.

Clinique générale, pendant quatre autres mois.

Anatomie pathologique générale, deux fois par semaine pendant huit mois. Professeur : M. Lopez.

Thérapeutique, matière médicale et art de formuler, cinq fois par semaine. Professeur : M. Capdevila.

Dissections comme pendant la deuxième année.

Quatrième année. — Pathologie et clinique générales. — Anatomie pathologique générale. — Bandages. — Anatomie chirurgicale. — Clinique générale chirurgicale. — Opérations, tous les jours. Professeur : M. Toca.

Pathologie chirurgicale, tous les jours. Professeur : M. Frau.

Exercices pratiques relatifs à l'application des appareils et des bandages, aux opérations et à l'anatomie topographique.

Cinquième année. — Clinique chirurgicale, tous les jours. Professeurs : MM. Argumosa et Solis.

Pathologie interne, tous les jours. Professeur : M. Drumen.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants, tous les jours. Professeur : M. Saura.

Exercices pratiques comme dans la quatrième année.

Sixième année — Clinique chirurgicale, tous les jours.

Clinique médicale, tous les jours. Professeurs : MM. Gutierrez, doyen de la Faculté, et Callejo.

Accouchements.

Médecine légale et toxicologie, tous les jours. Professeur : M. Mata.

Septième année. — Clinique d'accouchements, tous les jours. Professeur : M. Corral.

Clinique médicale, tous les jours.

Hygiène publique, deux fois par semaine. Professeur : M. Perez.

Médecine légale, tous les jours.

Huitième année. — Analyse chimique, trois fois par semaine. Professeur : M. Pou. Ce cours a particulièrement pour objet la recherche des poisons, l'analyse des aliments, des boissons, des eaux minérales et de l'air, les sophistications, la fausse monnaie, les taches de sang, de sperme, etc.

Hygiène publique, deux fois par semaine.

Neuvième année. — Analyse chimique, trois fois par semaine.

Histoire et littérature médicales, trois fois par semaine. Professeur: M. Asuern.

Conférences. — Indépendamment des études ci-dessus indiquées, les élèves de cinquième, de sixième et de septième année se réunissent pendant deux heures, le jeudi de chaque semaine, sous la présidence d'un professeur, pour discuter certains points théoriques. Un élève de septième année lit un mémoire sur un sujet qui a été désigné par le sort huit jours auparavant. Trois élèves au moins, l'un de septième année et deux de sixième, argumentent ensuite l'auteur de ce mémoire, au moins pendant vingt minutes chacun.

Excepté les cours de clinique qui se font tous les jours pendant douze mois, tous les autres commencent le 2 octobre et finissent le 31 mai. Il n'y a jamais de leçon théorique le jeudi, si ce n'est celle de chimie générale.

Je vais maintenant jeter un coup d'œil sur les hommes et sur les choses. Les professeurs parlent tous d'abondance et sans notes; la plupart d'entre eux sont doués d'une prodigieuse facilité, et le style de quelques-uns est d'une élégance remarquable; tous font des leçons riches de faits et avec un ordre qui ne laisse rien à désirer. Je vous avouerai que, sous ce rapport, j'ai été pleinement satisfait; après avoir beaucoup entendu enseigner dans divers pays de l'Europe, je ne balance pas à dire qu'en ce qui concerne le personnel des professeurs, la Faculté de Madrid n'a rien à envier à la plupart des écoles existantes. Déjà à Barcelone, et surtout à Cadix, j'avais pu me convaincre que les hommes préposés à l'enseignement médical avaient une grande valeur scientifique, et qu'ils n'ignoraient rien de ce qui avait été publié concernant la science qu'ils étaient chargés de faire connaître.

Vous remarquerez, Monsieur, qu'il existe dans les Facultés de l'Espagne une *chaire d'histoire et de littérature médicales* et une *chaire de clinique générale;* l'utilité de la première étant depuis longtemps reconnue, je me bornerai à parler de la seconde, qui est, à mon avis, une excellente institution : on met à la disposition du professeur un nombre considérable de stéthoscopes, de plessimètres, de spéculums, de cathéters, de microscopes et tous les réactifs chimiques nécessaires pour analyser les humeurs, etc.; presque tout ce que l'on apprend dans le cours de pathologie générale est journellement constaté au lit des malades par les élèves distribués en séries et sous la direction du professeur. C'est un bel exemple à montrer à celles des administrations des hospices de France, qui opposent d'incessantes difficultés aux médecins chargés de propager l'enseignement clinique, sous le prétexte mal fondé que les malades sont fatigués, et je dirai presque meurtris par les investigations auxquelles ils sont soumis.

Les cliniques médicale, chirurgicale et d'accouchements sont organisées de manière à présenter d'incontestables avantages, si l'on remédie à quelques inconvénients que je signalerai bientôt. Les élèves de chacune de ces cliniques sont distribués par les professeurs en séries de cinq ou six; chaque série est chargée de suivre un malade, de l'observer *autant de fois par jour qu'il le désire* (ce qui n'est pas permis en France), et de rédiger l'observation relative à ce malade. Après la visite, le professeur se rend dans l'amphithéâtre et appelle l'un ou l'autre des élèves de la série, lequel est tenu de rendre compte de tout ce qu'il a vu, de porter un diagnostic, de disserter sur les causes de la maladie, de proposer un mode de traitement, etc. Il est inutile de dire que souvent l'élève est interrompu par le maître, qui se livre à des développements des plus intéressants ou qui rectifie les erreurs commises par l'étudiant. L'attention religieuse avec laquelle les assistants suivent ces conférences prouve assez qu'ils les considèrent comme excessivement utiles. Ici, comme dans les autres Facultés d'Espagne, les professeurs de clinique ont le droit de choisir, dans toutes les salles de l'hôpital Général, les malades qui leur conviennent le mieux, et presque toujours cet article du règlement s'exécute sans difficulté.

L'institution qui a pour objet de réunir les élèves des trois dernières années, pour discuter des mémoires écrits par eux, offre de tels avantages qu'il n'est pas nécessaire de les faire ressortir : on conçoit en effet que ces conférences forcent les élèves à réfléchir sérieusement, à mûrir ce qu'ils ont appris et à l'exposer avec ordre et méthode. J'applaudirai également à ces *exercices pratiques* sur les opérations, sur l'application des appareils et des bandages, auxquels prennent part tour à tour tous les élèves de la Faculté, sous la direction du chef des travaux anatomiques, des prosecteurs et des aides. Quant aux dissections, il me suffira de dire que le local destiné à cet effet, attenant à la Faculté, est aussi beau et presque aussi vaste que celui de Clamart, à Paris, qu'il est parfaitement éclairé, pourvu d'une grande quantité d'eau, et que les cadavres surabondent. Les élèves ne dissèquent jamais en dehors de la présence du chef des travaux anatomiques et de plusieurs aides d'anatomie.

Après avoir fait la part de ce qui, à mon avis, est parfaitement conçu, je vais faire ressortir les vices de certaines parties de l'organisation de cet enseignement; quelle que puisse être la portée de mes observations à cet égard, j'ai cru devoir les communiquer au gouvernement de la reine, qui les appréciera, je n'en doute pas, à leur juste valeur.

J'ai d'abord été frappé du peu de temps que l'on consacre aux dissections (trois heures par jour pendant la première année et deux seulement pendant cinq mois des deux dernières années), et j'ai demandé que ce temps fût au moins de trois heures; j'ai également pensé qu'il ne suffisait pas d'une étude pratique de l'anatomie descriptive pendant trois ans, alors que les études durent sept années au moins, et qu'il fallait la prolonger jusqu'à la fin de la cinquième année; comment supposer, en effet, qu'au moment d'aspirer à la licence, à la fin de la septième année, les élèves qui n'ont pas disséqué depuis quatre ans puissent se rappeler les détails importants d'une science qu'à mon avis ils n'ont pas suffisamment étudiée? J'ai également demandé que l'hygiène privée ne fût enseignée que plus tard, à moins qu'on ne réduise cette étude à quelques considérations physiologiques générales, et dans ce cas il faudrait la confier au professeur de physiologie. Quant à l'anatomie et à la thérapeutique *générales*, si l'on se borne à des généralités qui se résument presque en des définitions, je comprends qu'on puisse en occuper les élèves avant de leur avoir fait étudier la pathologie interne et externe; mais ce ne peut être qu'à la condition de leur enseigner plus tard, et lorsqu'ils auront acquis les notions préliminaires indispensables, les particularités si importantes de ces deux sciences. L'anatomie générale chirurgicale m'a paru un hors-d'œuvre qu'il fallait rayer du cadre, dès qu'il y a un cours de clinique générale médicale.

J'ai longuement insisté sur la nécessité de diminuer le nombre des leçons, qui, suivant moi, ne doivent avoir lieu que 3 fois par semaine. Les élèves, dont la tenue, du reste, est excellente, sont obligés de suivre tous les cours de l'année à laquelle ils appartiennent, et ils sont tellement surchargés par le nombre des leçons qui leur sont données qu'il ne leur reste pas le temps de lire, de réfléchir ni de rédiger les principaux faits qui leur ont été communiqués; il résulte évidemment de là une confusion qui ne peut tourner qu'au détriment des études. L'inconvénient que je signale est surtout remarquable pour les cliniques; il arrive souvent qu'après les visites les professeurs entrent dans les amphithéâtres pour se livrer à ces exercices que j'ai tant loués, et qu'ils sont obligés de quitter la place au bout de dix à quinze minutes parce que les élèves sont appelés à suivre d'autres professeurs. Que les leçons cliniques n'aient lieu, comme les autres, que trois fois par semaine et cet inconvénient grave disparaîtra.

A propos des cliniques, je demande avec instance que le nombre de lits de chacune d'elles soit augmenté au plus tôt. Qu'est-ce, en effet, pour la clinique chirurgicale que 25 lits pour un des professeurs et 31 pour l'autre, et pour la clinique médicale que 26 lits pour l'un d'eux et 14 pour l'autre? Le gouvernement ne saurait trop se hâter de prendre à cet égard une décision favorable aux vœux de la Faculté. Il faut également que la clinique d'accouchements, dans laquelle doivent se trouver les femmes enceintes, les femmes accouchées, celles qui sont atteintes de maladies propres au sexe et les nouveau-nés, soit notablement agrandie, et qu'au lieu de 30 à 32 lits elle en compte au moins 80 ou 100. Je ferai encore remarquer que les élèves n'ont aucun moyen pratique d'étudier les maladies syphilitiques et cutanées, les affections mentales et les maladies des enfants, les malades atteints de syphilis et de lésions cutanées étant relégués à l'hôpital de *San Juan de Dios* où les étudiants ne pénètrent pas, et les aliénés, en fort petit nombre, étant concentrés à l'hôpital Général, c'est-à-dire dans un établissement où rien n'est disposé pour l'instruction. Un tel état de choses ne saurait être plus longtemps toléré; il faut de toute nécessité que les élèves puissent étudier les maladies de la peau et que l'on construise un hôpital d'aliénés et une maternité.

J'ai également signalé un autre moyen de rendre l'enseignement plus fructueux, c'est d'engager les élèves, qui se bornent actuellement à écouter les professeurs, à prendre des notes et à répondre à la leçon suivante à un certain nombre de questions qui leur seraient adressées sur le sujet de la séance de la veille. Les élèves ne sont pas assez nombreux dans chaque classe pour qu'il y ait la moindre difficulté à adopter cette mesure.

J'ai encore demandé que les réunions, si utiles, connues sous le nom d'*académies*, eussent lieu tous les jeudis, non-seulement pour les élèves des trois dernières années, comme cela se pratique actuellement, mais aussi, *et séparément*, pour les élèves de chaque année; il suffirait, pour obtenir de cette mesure tout le bien qu'on peut en attendre, d'indiquer, dans un article réglementaire, les objets des conférences qui devraient avoir lieu pendant chacune des quatre premières années d'études.

Examens.

Les *examens de fin d'année*, institués en Espagne depuis l'année 1801, ont pour objet de s'assurer que le travail des élèves a été fructueux. Voyons maintenant si le plan actuellement suivi dans les Facultés répond suffisamment à ce besoin. Je ne balance pas à me prononcer pour la négative; en effet, on tire au sort six questions pour chaque candidat, et on lui demande de traiter ces questions comme il l'entend, sans que les examinateurs puissent l'interroger ni l'aider. Qu'arrive-t-il? Les élèves instruits parlent sur chacune des questions pendant quelques minutes; d'autres, éludant la question, prouvent qu'ils savent autre chose que ce qu'on leur a demandé; il en est un grand nombre qui, n'ayant pas l'habitude d'exposer les faits scientifiques avec ordre, traitent les questions avec une confusion sans exemple; ceux qui auraient pu répondre d'une manière satisfaisante sur d'autres points, et qui ne connaissent pas les sujets sur lesquels ils sont interrogés, restent muets, et muets au point que j'en ai vu dont l'examen était terminé au bout de trois ou quatre minutes. Il est aisé de s'apercevoir qu'en suivant une pareille marche on est exposé à ajourner des candidats qui auraient pu être reçus, et à en admettre d'autres que le hasard a favorisés et qui auraient été refusés si l'examen eût été plus sérieux. J'ai demandé avec la plus vive insistance la modification du règlement à cet égard, pour revenir à ce qui se faisait en 1843, époque à laquelle le jury interrogeait les candidats, en leur adressant des questions variées et en nombre suffisant pour pouvoir s'assurer de leur capacité réelle. Un pareil examen ne saurait durer moins d'une demi-heure pour chaque candidat.

Examens de réception pour la licence. — Si les examens de *fin d'année* sont illusoires, et si les *examens de réception* sont insuffisants, il est évident que les épreuves laisseront beaucoup à désirer. Or les examens de réception sont loin d'être sérieux, comme je vais le démontrer. Après les sept années d'études, on fait subir *à huis clos* un premier examen dit *de tentative*, dans lequel on est censé parler de tout, et où l'on néglige nécessairement des parties importantes. Comment supposer, en effet, que, dans un espace de temps assez court, on puisse s'assurer de la capacité des candidats sur toutes les branches théoriques de la science? Peut-on même exiger d'un élève qu'il réponde coup sur coup et d'une manière satisfaisante à des questions relatives aux sciences accessoires, aux sciences anatomiques, physiologiques, médicales, etc.! D'ailleurs, cet examen est déjà grandement vicié pour être fait en l'absence du public. Après cette épreuve, les candidats tirent au sort trois questions, et choisissent l'une d'elles pour la résoudre par écrit; au bout de quatre jours, l'élève vient lire son travail, et immédiatement après, des objections lui sont faites pendant une heure par les quatre examinateurs qui composent le jury : tel est le deuxième examen. Dans le troisième, les élèves sont interrogés sur un cas pratique; ici l'examen a lieu au lit des malades d'abord, puis dans l'amphithéâtre, et tout le monde voit qu'il a dû mériter mon approbation.

Je dirai plus : en supposant que la durée des examens de *fin d'année* fût d'une demi-heure, et que ces examens fussent aussi sérieux

qu'ils doivent l'être, les *examens de réception*, tels qu'ils sont institués (au nombre de trois), seraient encore insuffisants ; en effet, les sciences que le médecin doit connaître sont nombreuses et difficiles, et l'expérience apprend tous les jours qu'on les oublie en partie, du moins lorsqu'on néglige de s'en occuper pendant tout le cours des études. Personne ne croira qu'un élève de septième année se rappellera, par exemple, l'anatomie descriptive qu'il n'a pas étudiée depuis la troisième année, s'il n'a pas continué à disséquer.

Un bon système d'examens, ai-je dit au gouvernement, consiste à prouver chaque année que l'on a mis le temps à profit, et, à la fin des études, que l'on n'a rien oublié. Pour acquérir cette dernière preuve, il faut *de toute nécessité* que, par des examens probants, on s'assure de la capacité actuelle des candidats, en renonçant à l'examen dit *de tentative*, et en le remplaçant par quatre examens de trois quarts d'heure chacun pour chaque candidat. Dans ce cas, les examens de réception seraient au nombre de six.

Premier examen. — Sciences anatomiques et physiologiques.

Deuxième. — Pathologie interne et externe, opérations et anatomie pathologique.

Troisième. — Sciences physiques et chimiques, hygiène privée et publique et pharmacologie.

Quatrième. — Accouchements, médecine légale et thérapeutique.

Cinquième. — Examen de clinique chirurgicale, après visite de deux malades.

Sixième. — Examen de clinique médicale après visite de deux malades.

L'examen d'anatomie serait à la fois théorique et pratique, c'est-à-dire qu'avant d'interroger le candidat dans l'amphithéâtre celui-ci aurait préparé pendant trois ou quatre heures, et sans aucune assistance, une question qui aurait été tirée au sort, et qu'au moment même de l'examen il aurait mis à nu, en présence du jury, tantôt un ou plusieurs nerfs, tantôt une ou plusieurs artères, certains muscles, etc. — Dans le deuxième examen, on exigerait, avant le commencement de la partie orale, que le candidat fît sur le cadavre une ou plusieurs opérations. — Dans le troisième, il faudrait faire reconnaître à l'aspirant des plantes et des drogues médicinales. — Enfin, dans le quatrième, il serait nécessaire que le candidat rédigeât, séance tenante, un rapport médico-légal, une ou plusieurs formules, et qu'il se livrât à des manœuvres obstétricales sur le mannequin.

On dira peut-être que c'est exiger des professeurs un temps beaucoup plus considérable que celui qu'ils consacrent en ce moment aux devoirs qui leur sont imposés. Il est aisé de prouver qu'il n'en est rien : en effet, quand d'un côté les professeurs se trouveront surchargés, d'un autre côté leur travail sera singulièrement diminué par la mesure qui réduirait à trois par semaine les leçons, et surtout par l'immixtion dans le jury d'un agrégé en remplacement d'un professeur, ainsi que je le proposerai bientôt. D'ailleurs, les hommes distingués et consciencieux qui composent actuellement le personnel de la Faculté tiennent trop à l'honneur de la profession et de l'école dont ils sont la gloire pour reculer devant un léger sacrifice de leur temps, en admettant qu'il leur fût demandé.

Examens de réception pour le doctorat. — Ils sont au nombre de deux. Dans le premier, le candidat rédige un mémoire écrit d'après les formes indiquées en parlant de la licence, et dont le sujet porte sur la matière des cours de la huitième et de la neuvième année d'études. Dans le deuxième, le licencié fait une leçon, après une heure de préparation, sur un point tiré au sort et choisi parmi cent autres relatifs aux matières enseignées pendant les deux dernières années. L'Université de Madrid *seule* reçoit des docteurs.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Sur la section du tendon d'Achille. — Le professeur Stromeyer a publié dernièrement les quelques propositions suivantes, dans lesquelles il formule les indications et les procédés à suivre pour la section du tendon d'Achille.

1° On doit pratiquer la section du tendon d'Achille avec un petit couteau à lame très mince, à pointe acérée et légèrement recourbée; on doit employer la méthode sous-cutanée, et couper de dedans en dehors en ne faisant qu'une seule piqûre à la peau.

2° Il faut couper entièrement le tendon, sans quoi l'opération n'aurait pas de succès.

3° Quand d'autres muscles ou l'aponévrose plantaire sont rétractés en même temps que le tendon, il faut toujours en pratiquer la section avant celle de ce dernier.

4° Après l'opération, on appliquera sur la plaie des compresses au moyen d'un bandage en 8 de chiffre.

5° Chez les adultes, du quatrième au cinquième jour de l'opération, et chez les enfants, du troisième au quatrième jour, on lèvera le premier appareil, et si l'on trouve (comme cela arrive le plus souvent) la petite plaie guérie, on procédera à l'extension ; on ne devra jamais y avoir recours lorsqu'on rencontrera de fortes ecchymoses ou lorsque la plaie suppurera.

6° Avant de mettre le pied dans la machine à extension, on entourera tout le membre d'un bandage roulé, circulaire, et on placera des coussinets de coton dans tous les points qui doivent être soumis à une compression un peu forte.

7° On ne procédera à l'extension que graduellement et avec lenteur, en la diminuant toutes les fois que l'opéré manifestera de la douleur.

8° On lèvera l'appareil si le malade accuse une douleur forte et continue dans les points qui sont soumis à la pression, et cela dans le but d'éviter des excoriations, les inflammations érysipélateuses et la mortification successive des tissus.

9° Ensuite on abandonnera l'appareil, et le membre sera placé dans une enveloppe de laine.

10° Il faut savoir que tous les individus chez lesquels on a divisé le tendon d'Achille éprouvent une sensation de froid ou d'engourdissement, qui tantôt se limite au talon, tantôt s'étend à tout le membre ; cette sensation diminue de jour en jour, et disparaît ordinairement du sixième au huitième.

11° Le premier jour ou le lendemain de l'opération, il se manifeste sur le pied opéré une sueur visqueuse d'une odeur désagréable, alors même que les individus ne sont pas sujets à la transpiration de ces extrémités.

12° En plaçant le pied dans la machine à extension, on doit le placer dans une direction telle qu'il fasse plus qu'un angle droit avec la jambe, et lui faire garder cette position pendant huit jours. Passé cette époque, on entourera le membre d'un bandage circulaire, et l'on ne permettra pas au malade de faire quelques tentatives pour marcher avant la quatrième semaine ; sans cela le membre se gonflerait, la cicatrice s'irriterait, peut-être même le nouveau tissu inodulaire se déchirerait.

13° Il n'est pas possible de préciser la durée de la cure ; cette durée est subordonnée à l'état du malade, au degré de la difformité, à l'extensibilité des ligaments articulaires.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Mode de préparation d'un vin prétendu fébrifuge, par M. le docteur Foldi.

M. Foldi vient de publier, dans la Gazette médicale de Milan, la composition d'un médicament fébrifuge, qui possède une réputation populaire et très ancienne dans diverses provinces d'Italie. Voici la préparation de ce remède.

On coupe un limon en morceaux que l'on introduit dans une bouteille de vin blanc, et, suivant la saison, on expose le tout au soleil ou à l'action d'une chaleur artificielle jusqu'à ce qu'il y ait eu fermentation; après quoi, on filtre le vin en exprimant avec soin le résidu.

Ce vin se donne à la dose d'un verre ordinaire, pour les adultes, le matin à jeun : on diminue cette quantité d'une manière proportionnelle pour les jeunes gens, les femmes et les enfants.

S'il existe, chez les malades, quelques symptômes d'embarras gastrique, on fait précéder l'ingestion du remède de l'administration d'un purgatif, puis l'on soumet les individus à l'usage d'un régime diététique un peu sévère.

M. Foldi, qui a guéri par l'emploi de ce moyen un grand nombre de fièvreux, chez quelques-uns desquels la maladie datait de six mois à un an et même deux ans, dit qu'il a rarement été obligé d'administrer plus d'une bouteille de ce vin médicamenteux pour couper les accès. Il a remarqué, en général, que ce médicament détermine une forte diaphorèse.

Note sur les propriétés toxiques des morilles; par M. le docteur Wicherkiewicz, d'Exin.

M. Wicherkiewicz a remarqué avec étonnement, pendant le mois d'avril de cette année, que plus de douze cas d'empoisonnement par les morilles se sont offerts à son observation.

Chez le plus grand nombre des individus, les symptômes développés furent ceux de la gastrite ; cependant il fut rare d'avoir besoin de recourir aux émissions sanguines locales. Au début des accidents, l'administration d'un vomitif se montra suffisante pour les conjurer ; à une époque plus avancée du mal, l'huile de ricin fut donnée tant à l'intérieur qu'en lavement, et à la suite on prescrivit l'emploi de potions légèrement éthérées.

L'auteur se demande si ces empoisonnements étaient dus à ce que l'on apportait trop peu de soin pour récolter les morilles, ou s'ils provenaient soit d'une quantité inférieure de ces cryptogames pendant cette saison, soit d'une altération accidentelle de leur tissu. Du reste, il ne fait point connaître sa manière de voir à cet égard.

NOUVELLES.

M. le professeur Velpeau ouvrira son cours de clinique chirurgicale mardi prochain, 17 novembre, à sept heures du matin, à l'hôpital de la Charité, et le continuera tous les jours à la même heure, les dimanches et jeudis exceptés.

— La Société médicale du 1er arrondissement a adressé la lettre suivante à M. le baron Heurteloup :

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous nous demandez si la Société médicale du 1er arrondissement, dans sa lettre à M. Le Roy-d'Etiolles, a entendu jeter un blâme sur votre écrit. Nous pouvons vous affirmer que telle n'a pas été son intention, attendu d'ailleurs qu'elle est restée étrangère au débat, et n'a pas jugé à propos de prendre officiellement connaissance des mémoires qui ont été publiés à cette occasion.

Recevez, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués,

Signés, Fauconneau-Dufresne, vice-président;
Letalenet, secrétaire général;
Foissac, secrétaire particulier.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 14 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 134. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 13 NOVEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'éclampsie survenant chez les femmes à la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement, est toujours chose excessivement grave; presque toujours elle est mortelle pour le fœtus, qui meurt avant la terminaison de l'accouchement, pour peu que les convulsions aient duré pendant quelques heures. Les dangers que court la mère, bien que moins grands, sont cependant toujours assez sérieux pour exiger un traitement énergique, rapide.

On a pu lire dans ce Journal (numéro du 3 septembre 1844) une observation d'éclampsie recueillie dans le service de M. Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis; observation des plus complètes et des plus intéressantes, qui s'est terminée par la guérison.

La femme était accouchée, pendant la durée des accidents, d'un fœtus mort, entièrement enveloppé de ses membranes; la présentation était naturelle. Un fait du même genre, mais beaucoup plus grave, puisqu'il s'est terminé par la mort de la femme, s'est passé sous nos yeux, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu. En voici les détails.

Une femme de vingt-cinq ans environ, d'une constitution forte, sanguine, paraissant à terme, est apportée à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Chomel, à neuf heures du soir. Les personnes qui l'apportent ne peuvent donner sur ses antécédents le moindre renseignement.

Au moment de l'admission, elle est dans une perte complète de connaissance, pousse des cris inarticulés, est agitée de mouvements convulsifs. Il est impossible de méconnaître un seul instant la nature de l'affection. L'interne de garde, appelé près de la malade à onze heures du soir, pratique le toucher, reconnaît un commencement de travail. L'enfant se présentait par le sommet; l'utérus ne se contractait plus; le travail n'avançait point; il se décida à tenter la version pour terminer l'accouchement au plus vite; malheureusement, au lieu du membre inférieur, ce fut le bras qu'amena au dehors l'opérateur. De là, une des présentations les plus difficiles en obstétrique. Une fois le bras engagé, nouvelles tentatives pour opérer la version; tentatives qui restent infructueuses. Au bout de trois heures d'efforts laborieux, on abandonne pendant quelque temps la malade à elle-même. Disons que pendant toute la durée des manœuvres que l'on cherchait à exécuter, les attaques d'éclampsie s'étaient succédé, se rapprochant de plus en plus, sans que la malade reprît connaissance dans l'intervalle des accès. Elles duraient encore le matin à sept heures. Au moment de la visite, la femme était plongée dans le coma le plus profond. Le chef de clinique essaie à son tour d'opérer la version, et ne peut y réussir.

N'oublions pas de dire que la femme avait été saignée deux fois depuis son entrée, sans amélioration aucune dans son état. L'enfant avait cessé de vivre. La mère courait elle-même de très grands dangers. On fit prévenir un des chirurgiens de l'hôpital, qui refusa, invoquant le règlement.

On dut alors envoyer chercher M. Danyau, ce qui occasionna un retard de trois heures.

A l'arrivée de l'accoucheur, la malade était toujours dans le même état. Le bras droit de l'enfant se présentait par la vulve, tuméfié, violet. La tête était en partie engagée; une seule tentative fut faite par M. Danyau, celle de la version; ce ne fut pas sans de grands efforts qu'il put parvenir à repousser la tête et le bras et à attirer les pieds en dehors. Une fois cette manœuvre opérée, l'accouchement fut terminé avec moins de peine, et sans que l'on eût besoin de recourir à des tractions très violentes. Pendant la durée de ces manœuvres, deux nouvelles attaques d'éclampsies eurent lieu. Une fois l'accouchement terminé, le pouls, qui était très faible auparavant, s'est relevé sensiblement; néanmoins, une demi-heure après, la femme a succombé, avant que l'on eût encore pu faire la délivrance.

L'enfant, à terme, était manifestement mort depuis quelque temps; car l'épiderme des cuisses et du tronc s'enlevait par le frottement du doigt.

Ce cas est un des exemples les plus réguliers et les plus conformes à la description donnée généralement par les auteurs de l'éclampsie grave, et s'est trouvé accompagné de circonstances les plus ordinaires. D'abord la présentation du sommet, tellement fréquente, a-t-on dit, que lorsque l'enfant présente une autre partie du corps, on ne doit presque jamais redouter l'éclampsie. Nous ne savons jusqu'à quel point cette assertion peut être regardée comme l'expression de la vérité; mais on s'en rendrait facilement compte par la fréquence énormément plus grande, heureusement, des présentations du sommet que de toutes les autres. La malade présentait cet œdème des membres signalé par les auteurs comme existant souvent en pareille circonstance. L'enfant était mort, comme il arrive aussi le plus communément; on n'a pu savoir si la mort du fœtus avait été la conséquence de l'état convulsif, ou si elle l'avait précédé; on est également resté dans l'ignorance la plus complète sur la question de savoir si la femme était ou non primipare; les renseignements ayant manqué, comme nous l'avons dit, sur les antécédents de la malade.

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif à ce fait, sans signaler une circonstance grave et fâcheuse qu'il serait désirable de ne plus voir se reproduire. Il était jusqu'à présent d'habitude, à l'Hôtel-Dieu, que le chirurgien le plus récemment attaché à l'hôpital, fût chargé de terminer les accouchements laborieux. Tant que M. Blandin se trouva dans cette condition, il s'acquitta en effet de ces corvées souvent fort pénibles. Il nous a été dit que, s'appuyant sur un article du règlement des hôpitaux, par lequel l'administration attache à chacun des établissements un accoucheur dont l'assistance doit être réclamée pour ces cas difficiles, le dernier chirurgien nommé de l'Hôtel-Dieu avait refusé dans cette circonstance pressante de faire les tentatives nécessaires pour terminer l'accouchement. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'on fut obligé d'envoyer réclamer les secours de M. Danyau, qui ne put arriver qu'au bout de trois heures. Nous ne présumons pas que l'article du règlement, dont nous n'avons pu nous procurer le texte, fasse défense aux chirurgiens de l'établissement d'agir dans une circonstance pressante, comme celle-ci. Mais, s'il le défendait, tout le monde ne pensera-t-il pas avec nous, qu'il vaudrait mieux rétablir l'ancienne coutume, que d'exposer la vie des femmes en couches, pour lesquelles, dans des cas analogues à celui-ci, un retard de quelques heures peut souvent devenir un arrêt de mort?

Une question importante dans l'éclampsie des femmes en travail, est celle-ci : Doit-on chercher à terminer l'accouchement sans attendre les efforts de la nature, et l'extraction du fœtus exerce-t elle une influence favorable sur la marche et la terminaison de l'éclampsie? Le précepte de terminer l'accouchement aussitôt qu'on peut le faire sans violence a réuni presque tous les suffrages, et l'on est assez généralement d'accord sur ce point que l'action de désemplir l'utérus est un des meilleurs moyens de faire cesser les convulsions. Ce moyen n'est cependant pas tellement fidèle qu'il soit toujours suivi de succès, et l'on a vu souvent encore la mort survenir après la délivrance. Cependant on aurait tort de conclure de là que la terminaison de l'accouchement n'exerce pas une influence souvent heureuse sur la maladie intercurrente. Bon nombre d'auteurs des plus importants en conviennent, et nous avons été heureux de voir exprimer la même opinion dans le livre tout récent d'un de nos confrères distingués, M. Jacquemier, dont le travail a été il y a quelques jours l'objet d'une sévère et consciencieuse autant que bienveillante appréciation dans ce journal.

Nous mettrons en regard du fait précédent une observation à peu près analogue recueillie quelques jours auparavant dans le service de M. Dubois, à l'hôpital des Cliniques; l'accouchement fut plus heureux, et put être terminé par le forceps.

Une jeune femme, primipare, fut admise à la Clinique d'accouchements vers trois heures du soir, éprouvant les douleurs de l'enfantement. Elle offrait comme la précédente, et comme du reste presque toutes les femmes atteintes d'éclampsie, une infiltration notable du tissu cellulaire des membres, du cou et de la face; le fœtus se présentait en position du sommet. A quatre heures, une heure après l'arrivée, première attaque d'éclampsie. De quatre à huit heures, six autres attaques, séparées par des intervalles, pendant lesquels la connaissance revenait toujours bien complètement. A cinq heures du soir l'accouchement ne se terminant pas, et la tête étant suffisamment engagée, on pensa que l'application du forceps était nécessaire; il ne put être appliqué néanmoins qu'à huit heures par le chef de Clinique.

L'enfant vint aisément, et vivant, chose assez rare. A partir de l'accouchement et dans l'espace de trente heures environ, la femme eut plus de quarante attaques d'éclampsie. Elle est aujourd'hui en voie de guérison. Probablement, si l'on eût abandonné le travail aux seules forces de la nature, il se fût terminé seul, mais peut-être eût-il duré assez longtemps pour compromettre le salut de la mère et de l'enfant; peut-être aussi les attaques, que ne fit pas cesser de suite la délivrance, eussent-elles été beaucoup plus violentes et eussent-elles persisté plus longtemps.

(Au moment où nous écrivons ces lignes, nous apprenons qu'après quinze jours de calme, les attaques d'éclampsie ont reparu. Cette récidive devait faire craindre une terminaison funeste; la malade est morte en effet le lendemain de cette rechute, ayant eu environ trente accès d'éclampsie.)

— La phthisie pulmonaire présente dans sa marche des différences telles suivant les cas qu'il semblerait difficile, si l'on tenait un compte trop rigoureux des exceptions, de tracer une histoire exacte de l'affection envisagée sous ce point de vue. Les travaux des observateurs modernes ont fait connaître aussi complètement que possible cette forme rapide, nous oserions presque dire *foudroyante*, désignée sous le nom de phthisie aiguë: Dans d'autres cas, et sans qu'il soit possible d'apprécier les conditions étiologiques à l'influence desquelles sont soumis ces résultats, la phthisie marche avec une lenteur difficile à comprendre, et qui ferait presque douter de son existence si la percussion et l'auscultation du thorax ne venaient point lever tous les doutes.

Voici un fait de cette espèce que nous avons recueilli dans les salles de M. Louis :

Une femme de vingt-sept ans, d'assez délicate constitution, eut, à l'âge de treize ans, une hémoptysie abondante, qui se renouvela pendant six mois; au bout de ce temps, elle cessa, et la malade ne toussa plus que rarement. Il y a trois mois, la toux a reparu, et avec elle les crachements de sang; quelquefois un peu de pus est mêlé aux matières expectorées. Altération bien évidente des bruits respiratoires et de la résonnance à la percussion sous la clavicule gauche; aucun doute possible sur l'existence de la phthisie pulmonaire, remontant à quatorze ans, circonstance qui lui donne une grande valeur. Mais ce n'est pas le seul point par lequel il s'éloigne de la loi commune : cette femme a fait deux fausses couches, et a eu de plus un accouchement à terme. La dernière fausse couche date de deux ans. Or, il est d'observation que, lorsqu'une femme atteinte de phthisie pulmonaire devient enceinte, très souvent, le plus souvent, la maladie de l'appareil respiratoire semble s'arrêter pour reprendre une nouvelle intensité, une fois la malade accouchée. La grossesse semble être ici un coup de fouet pour la phthisie pulmonaire, qui, suspendue dans sa marche pendant tout le temps que la nature est occupée à la formation et au développement d'un nouvel être, redouble d'activité dès que cette production est complète. Dans le cas actuel, rien de semblable n'a été constaté, et les trois grossesses de la malade de M. Louis n'ont pas sensiblement influé sur l'évolution de la dégénérescence pulmonaire.

A cette occasion, M. Louis nous a rappelé l'histoire fort intéressante et présentant quelque analogie avec le fait précédent d'une femme chez laquelle il croit avoir eu à constater la guérison complète d'une affection tuberculeuse fort avancée du poumon. Cette jeune femme avait été traitée dans les salles de M. Louis pendant plusieurs mois; elle toussait presque continuellement; au sommet de l'un des poumons, la respiration était très faible, à peine appréciable; diminution de la résonnance sous-claviculaire, sans cependant qu'il y eût de signes irrécusables de phthisie. Elle sortit de l'hôpital dans le même état. Quelques mois après, pendant l'époque du carnaval, elle entra de nouveau dans les salles, affectée d'une pneumonie aiguë qu'elle avait contractée au sortir d'un bal public, saisie par le froid. Quand elle fut admise à l'Hôtel-Dieu, elle offrait, d'un côté, tous les phénomènes d'une pneumonie au deuxième degré; de l'autre, tous ceux d'une excavation tuberculeuse fort étendue. La pneumonie fut très grave; la malade eut des eschares au sacrum, etc. Néanmoins, elle se rétablit de son affection aiguë, et, au moment de sa sortie, les signes de la maladie tuberculeuse avaient en partie disparu. Depuis lors, elle entra encore une fois dans le même service pour faire ses couches, et l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune trace de l'excavation dont l'existence avait été constatée de la façon la plus évidente l'année précédente.

Ces deux faits sont curieux à rapprocher sous ce point de vue, qu'ils prouvent une fois de plus combien il reste encore à faire pour déterminer les conditions sous l'influence desquelles s'aggrave ou diminue d'intensité l'affection tuberculeuse, sous l'influence desquelles peut s'en opérer la guérison. L'une de ces femmes, menant joyeuse vie, ne prenant aucune précautions, guérit, au moins nous avons tout lieu de le présumer, de la grave maladie dont elle est atteinte; l'autre, plus sage, d'une conduite régulière, voit, en dépit de tous les traitements, s'aggraver lentement l'affection à laquelle il est probable que, dans un temps plus ou moins éloigné, elle finira par succomber.

Nous venons de dire qu'il est *à peu près certain* que dans le second de ces faits, la phthisie a guéri d'une manière complète; à peu près certain, disons-nous, car tant que l'autopsie n'est point venue prononcer définitivement sur la nature de la lésion qui existait et sur le mécanisme suivant lequel s'est opérée la cicatrisation, on ne peut établir que des considérations d'approximation. Il faudrait, pour que l'on eût des données positives sur la question, pouvoir retrouver après un long espace de temps les sujets examinés pendant le cours de leur maladie, et, lorsqu'ils succombent, soit aux progrès

de l'âge, soit à une affection étrangère, s'assurer par l'examen direct de l'état du parenchyme pulmonaire, de la situation et de l'étendue des cicatrices: ce qui n'arrive que rarement, en raison de la difficulté que l'on aurait à suivre les malades hors des hôpitaux.

Cependant, il paraîtrait, d'après les recherches de MM. Roger et Boudet, que le sommet des poumons serait, dans une grande quantité de cas, le siége de tubercules dont la guérison spontanée s'effectuerait, ou du moins qui s'arrêteraient dans leur marche. Ceci résulte de nombreuses autopsies dans lesquelles ces auteurs ont trouvé chez de vieilles femmes, à la Salpêtrière, des traces bien manifestes de tubercules.

— L'ichthyose, cette affection cutanée si opiniâtre et si rebelle, n'a point encore de traitement fixe et bien arrêté par lequel on soit à peu près assuré d'obtenir sinon la guérison, du moins une amélioration sensible. Lorsqu'elle est générale, elle est presque toujours incurable; partielle, elle offre quelques chances de plus d'amendement.

Si l'hydrothérapie pouvait produire des résultats avantageux, il nous semble que ce serait surtout dans des cas d'ichthyose que l'on devrait l'essayer, et voici comment alors nous comprendrions l'action de cette médication. Ce serait un effet purement mécanique, un assouplissement artificiel de la peau déterminé par le passage forcé dans un temps donné d'une grande quantité de liquide à travers les pores du tégument cutané, à l'aide des sueurs qui sont le principal, nous dirions presque le seul résultat de cette thérapeutique. Hâtons-nous de dire que les hydrothérapistes se gardent bien de soumettre leur méthode à ces rudes mais décisives épreuves. C'est, du reste, par les applications émollientes, faites dans le but de rendre à la peau sa souplesse et sa porosité normales, qu'ont été obtenus le petit nombre de succès que l'on compte jusqu'à ce jour dans la science.

M. Voillemier a eu l'idée de détruire mécaniquement et chimiquement, sur les membres affectés d'ichthyose partielle, la production pathologique squameuse qui caractérise l'affection. Pour cela, il fait faire chaque matin sur le membre des frictions avec une brosse très dure et à soies courtes, imbibée de la solution suivante:

Alcool rectifié,	500.
Potasse caustique,	5.

Les tentatives de M. Voillemier ne datent pas encore d'assez longtemps pour que l'on puisse en tirer aucune conclusion; mais nous avons pu constater plusieurs fois par nous-même que la peau, après chaque friction, complétement débarrassée de ses squames, semblait reprendre, bien que lentement, son aspect, sa souplesse et sa porosité normales.

— Un homme d'une assez bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique cependant, est pris il y a trois mois d'une fièvre intermittente. Il entre dans un hôpital, en province, où on lui fait prendre du sulfate de quinine, et l'on coupe sa fièvre. Dans l'espace des deux mois qui suivent sa guérison, deux nouvelles rechutes, qui sont chaque fois guéries par le même moyen. Les données assez incertaines fournies par le malade sur la quantité de ce sel qu'il a prise chaque fois, portent à penser qu'il a pu en avaler à chaque rechute deux à quatre grammes.

Repris il y a huit jours, il entre il y a quatre jours à l'hôpital Cochin, salle Saint-Augustin. Au moment de l'entrée, M. Nonat reconnaît par la percussion un engorgement considérable de la rate qui déborde sous les côtes gauches en avant, où l'on peut la sentir par la dépression des parois abdominales, et s'élève très haut dans l'hypochondre du même côté. Son diamètre vertical est environ de 0,14 à 0,16 m. Avant d'administrer le fébrifuge, et, suivant l'usage, M. Nonat voulut laisser passer deux ou trois accès pendant lesquels le malade pût être examiné par l'interne. Sans que l'on fît donc suivre aucun traitement au malade, la fièvre ne reparut point. Ceci n'a, du reste, rien d'étonnant, et souvent il a suffi de la circonstance la moins importante en apparence pour faire cesser ainsi momentanément la fièvre intermittente. C'est l'inobservation de cette coutume de laisser passer quelques accès avant de donner le fébrifuge qui a pu faire croire à certains médecins aux vertus fébrifuges de la digitale, pour des fièvres qui eussent très bien guéri spontanément.

Une question grave se présente ici. La fièvre est momentanément guérie; mais le malade conserve un engorgement énorme de la rate, et vu les trois rechutes qu'il a présentées depuis deux mois, il y a tout lieu de croire que d'ici à fort peu temps il sera repris encore d'accès pareils. Que l'engorgement de la rate soit l'effet ou la cause de la fièvre, il est évident que tant qu'il persiste, on doit le considérer comme indiquant ceci: que les conditions dans lesquelles se trouvait le malade n'ont pas changé, et que la *prédisposition fébrile spécifique*, qu'on nous passe cette expression, agit encore sur l'individu. Est-il donc nécessaire de lui faire suivre un traitement fébrifuge qui, en diminuant le volume de la rate, prévienne la récidive de l'affection? M. Nonat pense que la réponse n'est point douteuse, et que le traitement est nécessaire. Si l'engorgement de la rate n'est pas à ses yeux la cause de la fièvre, il est l'indice qu'elle reparaîtra sûrement.

Nous avons noté dans la pratique de M. Nonat une circonstance importante au point de vue de la thérapeutique, et sur laquelle il est bon d'appeler l'attention des médecins. Il a remarqué qu'une fois le traitement fébrifuge commencé, il est avantageux de faire sur la région correspondante de l'espace occupé par la rate une application de ventouses scarifiées, ou de vésicatoire. Dans quelques cas seulement, ces ventouses ou ce vésicatoire sont indispensables. Dans le plus grand nombre, ils ne constituent qu'un moyen adjuvant. Mais toujours ils permettent d'obtenir avec une dose beaucoup moins élevée de sulfate de quinine un résultat plus rapide et plus complet.

M. Nonat nous a communiqué un fait remarquable de fièvre intermittente, dans lequel le sujet fébricitant fut pris d'une hématémèse abondante. Le sang rendu dans les vomissements était violacé, semblable à de la lie de vin, et paraissait contenir des débris organiques analogues aux cellules de la rate. Le malade guérit parfaitement; mais plus tard il succomba à une autre affection, et à l'autopsie on trouva une perforation ancienne de l'estomac complétement cicatrisée; dans le point correspondant à la cicatrice, la rate adhérait aux parois stomacales: cet organe était flétri, ratatiné, aplati, formé par le tissu périphérique seulement; tout le parenchyme avait disparu, et c'est à peine si l'on retrouva quelques traces des vaisseaux spléniques. C'était bien le tissu propre de l'organe qui avait été rendu par les vomissements, et la destruction de ce tissu avait été rapidement suivie de la guérison de la fièvre. Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui conduit M. Nonat à agir sur l'organe splénique, même après la guérison de l'accès, et à ne regarder la guérison comme entière que lorsqu'il est rentré ou à peu près dans ses limites normales. Z...

Une ligature de l'artère crurale doit être pratiquée mercredi prochain par M. Roux à l'Hôtel-Dieu, sur un homme atteint de tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité supérieure du tibia droit.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

DEUX CAS D'AMPUTATION DE CUISSE A LAMBEAUX.

Première observation. — *Tumeur blanche du genou droit. Amputation de cuisse à lambeaux. Réunion par la suture entortillée. Guérison.*

Au n° 44 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Ravagé (Auguste), âgé de vingt-deux ans, lithographe.

Cet homme, à la suite d'excès de travail, ressentit pour la première fois, en 1843, quelques douleurs vagues dans l'articulation fémoro-tibiale du côté droit; en même temps, le genou de ce côté était un peu plus volumineux que l'autre. Ces douleurs survenaient et disparaissaient sans cause appréciable; le malade les compare à une sensation de pression sur la partie malade.

Ces symptômes persistèrent pendant les deux premières années, mais à un degré assez peu intense pour permettre à Ravagé de se livrer à l'exercice de sa profession; mais, après plusieurs excès qu'il fit pendant le carnaval de 1845, la tuméfaction du genou et les douleurs augmentèrent tellement en intensité, qu'il fut obligé de cesser son travail et d'entrer à l'hôpital Necker. On appliqua autour de l'articulation malade des vésicatoires, puis un bandage roulé. Après un séjour de quinze jours seulement, il sortit de cet hôpital pour aller à Enghien.

L'affection ayant pris une nouvelle intensité, il revint à Paris et entra à l'hôpital Saint-Antoine. On fit alors la compression sur le genou malade avec des bandelettes agglutinatives. Il resta à cet hôpital plusieurs semaines, pendant lesquelles il survint une tumeur assez volumineuse au côté interne de l'articulation du genou.

Il quitta alors l'hôpital Saint-Antoine pour entrer à l'Hôtel-Dieu. Là on reconnut, au dire du malade, que la tumeur qui était située au côté interne de l'articulation était un abcès froid, et on l'ouvrit avec un bistouri; il en sortit du pus et un peu de sang. Après cette incision, cet homme resta trois mois dans cet hôpital, et en sortit pour retourner dans sa famille, puis à Enghien.

Pendant son séjour en ce pays, il se développa à la partie externe de la même articulation un second abcès qui s'ouvrit spontanément. Ce foyer laissa écouler du pus et du sang corrompu, pour nous servir des expressions du malade.

Jusqu'au mois de février 1846, cet homme pouvait encore quitter le lit de temps en temps; mais, à cette époque, la maladie prenant plus d'intensité, il quitta Enghien, revint dans sa famille, y resta pendant un mois, et se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis le 9 mars 1846, pour y subir l'amputation de la cuisse.

Ce malade présentait alors l'état suivant:

A aucune époque de sa vie, il n'avait offert de symptômes d'affections *syphilitiques, rhumatismales* ou *scrophuleuses*.

Son père a soixante ans, sa mère cinquante-cinq ans, et ils jouissent tous deux d'une bonne santé. Ils ont eu quatre enfants dont un garçon (c'est le sujet de cette observation) et trois filles. Deux de celles-ci vivent encore et se portent bien; l'autre est morte à l'âge de vingt-cinq ans. Le malade ne peut préciser l'affection qui a conduit cette sœur au tombeau.

Quant à lui, il n'a jamais eu d'hémoptysie, ne tousse point, a bon appétit et dort bien. Notons, cependant, que pendant la nuit il est quelquefois réveillé en sursaut par des douleurs très aiguës qui se développent dans l'articulation du genou droit. Ces douleurs ne sont point continues; se manifestent pendant le jour et le repos, mais augmentent d'acuité pendant la nuit et par les mouvements du genou malade.

Celui-ci présente un volume bien plus considérable que le genou gauche; sous ses parties latérales, on trouve la peau amincie et soulevée, ainsi que la rotule, par une quantité assez grande d'un liquide qui occupe la cavité articulaire.

M. Jobert, avant de pratiquer l'amputation de la cuisse, essaya d'abord les frictions avec la pommade au nitrate d'argent, et ne pratiqua l'opération que le 23 juin 1846.

Ce chirurgien tailla deux lambeaux, dont l'un externe et l'autre interne, et fit la section du fémur vers la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Les vaisseaux étaient fort nombreux; les ligatures furent placées sur tous, quel que fût leur calibre. M. Jobert opéra ensuite, selon son habitude, la réunion des lèvres de la plaie à l'aide de cinq épingles et de la suture entortillée, et recouvrit ensuite le moignon avec des rondelles d'agaric qu'il fixa avec des compresses longuettes.

Le 24 juin, aucune hémorrhagie n'a eu lieu par la plaie; un simple suintement sanguinolent s'est opéré vers la partie déclive du moignon et a souillé une des compresses.

Ce malade a conservé de l'appétit, a bien dormi, n'a point de céphalalgie et ne se plaint d'aucune douleur. A peine découvre-t-on une légère réaction et un léger mouvement fébrile.

Le 25 juin, M. Jobert renouvelle le pansement et retire deux épingles.

Malgré le soin que l'opérateur avait mis à lier les moindres vaisseaux, car plus de vingt ligatures avaient été appliquées, un peu de pus sanguinolent s'écoule entre les lèvres de la plaie, à la partie inférieure du moignon, à l'endroit d'où l'on a retiré les épingles.

Le 27 juin, M. Jobert enlève les trois dernières épingles. La plaie fournit encore vers son angle inférieur un peu de pus sanguinolent, mais les deux lambeaux adhèrent entre eux et recouvrent parfaitement l'extrémité du fémur. La plaie, qui existe surtout à la partie inférieure du moignon, revêt un aspect blafard. On panse avec de la charpie trempée dans un mélange de décoction aromatique et d'eau-de-vie camphrée, et on renouvelle les pansements trois fois par jour.

Le 30 juin, les fils à ligatures ne sont pas encore tombés; la plaie dont nous avons parlé se déterge et prend un bon aspect. L'état général est toujours très satisfaisant.

Le 6 juillet, M. Jobert enlève, sans opérer une forte traction, les derniers fils à ligatures.

Le 14, le moignon est cicatrisé dans toute sa partie supérieure; il ne reste plus qu'une petite plaie vers la partie inférieure, qui présente un bon aspect; on cautérise légèrement avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus qui la recouvrent.

Le 22, le moignon est complétement cicatrisé et le malade n'attend plus qu'un cuissard pour sortir de l'hôpital.

Le cuissard ne put être obtenu que le 6 août 1846, et le malade sortit le 7 du même mois et de la même année des salles de M. Jobert.

Examen du genou malade. — Les lésions anatomiques que présentait ce genou ayant été présentées à la Société anatomique, nous emprunterons aux Bulletins de cette Société les détails suivants:

« La cavité articulaire est remplie de pus sanieux, épais, couleur de chocolat. Derrière l'articulation, et communiquant par un orifice avec la cavité articulaire, se voit un foyer purulent appliqué contre le fémur, limité par une membrane pyogénique épaisse et molle, et renfermant un pus épais, bien lié. La synoviale, fortement épaissie, est recouverte vers l'articulation de fongosités nombreuses, grisâtres et vasculaires; le tissu cellulaire et les ligaments qui la doublent sont eux aussi, épaissis, plus denses et plus jaunes qu'à l'état normal. Les cartilages de la rotule et l'os lui-même sont intacts. Le tissu osseux du fémur est rouge, mais intact d'ailleurs. Sur la partie antérieure du condyle externe, le cartilage est détruit de la partie superficielle vers la partie profonde, en sorte qu'à la circonférence et vers le centre, il en reste une couche mince encore adhérente à l'os, quoique s'enlevant plus aisément qu'à l'état normal. Sur la face postérieure de ce condyle, il y a aussi un reste de cartilage sous forme de lame très mince, lisse superficiellement, mais complétement séparé de l'os par une couche de bourgeons fongueux et mous; et sorte qu'ici le cartilage a été détruit de la profondeur vers la superficie. A la partie portérieure du condyle interne, il ne reste plus de cartilage du tout; il n'y a sur le tissu osseux rouge qu'une lame pseudo-membraneuse molle et vasculaire. Une altération toute semblable s'observe du côté du tibia, sauf qu'en un point, le cartilage soulevé de dessus l'os par une lame pseudo-membraneuse, n'a pas encore été attaqué, et présente sur sa face profonde les aspérités et les enfoncements normaux qui s'engrènent, comme on sait, avec la surface de l'os. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 28 octobre 1846. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Ricord*, juge d'un concours pour les prix des internes, demande un congé de deux mois, qui lui est accordé.

— *M. Robert* fait voir une luxation directement en bas, qu'il a produite artificiellement sur un cadavre, et il cherche à démontrer, les pièces sous les yeux, que la tête de l'humérus repose sur la partie sous-glénoïdienne de la côte de l'omoplate dans une espèce de gouttière que compléteraient en avant le sous-scapulaire, et en arrière la longue portion du triceps. Il fait remarquer qu'il a eu beaucoup de peine à la produire, et que dans les tentatives que l'on fait l'on obtient presque toujours la luxation sous-coracoïdienne.

M. Robert entre ensuite dans des considérations sur l'historique de ces luxations; il rappelle que J.-L. Petit pensait que la tête de l'humérus reposait primitivement sur la côte de l'omoplate, mais que, n'y pouvant rester, elle passait bientôt dans le creux de l'aisselle, admettant la luxation en dedans comme consécutive à celle directement en bas; que Desault admettait à peu près la luxation de Galien, la tête humérale s'échappant par une déchirure de la capsule entre le sous-scapulaire et la longue portion du triceps, mais ne disant pas où la tête se trouve ensuite; que pour Boyer, il est plus explicite en parlant des luxations sous-scapulaires; qu'enfin A. Cooper, Monteggia, Chélius admettent le déplacement dans lequel la tête repose sur la côte de l'omoplate. Il signale la contradiction dans laquelle tombent J.-L. Petit et Boyer au sujet de la transformation de la luxation en bas; transformation qu'ils ont dû imaginer, et qui n'est fondée sur rien. M. Robert rappelle ensuite les expériences que M. Malgaigne a faites sur le cadavre, et qui, dit-il, avaient déjà été faites avec le même résultat

par Sue et Chopart, et il lui reproche d'avoir nié d'abord, avec M. Sédillot, la possibilité de cette luxation en bas, et d'avoir été embarrassé par le cas d'A. Cooper, et de ne l'avoir admis que tardivement et en changeant d'opinion.

M. Robert insiste ensuite sur la symptomatologie que M. Goyrand a le mérite d'avoir bien indiquée, et qui n'est pas la même dans la luxation en bas d'A. Cooper, dans celle qu'a rapportée M. Malle, et dans celle dont il a donné lui-même une observation.

M. Michon croit que M. Robert est dans l'erreur en assimilant l'opinion de Boyer à celle de J.-L. Petit, relativement au déplacement successif. Boyer, au contraire, combat la théorie de J.-L. Petit, et dit que c'est pour n'avoir pas connu la véritable situation de l'os déplacé par rapport aux muscles environnants qu'il a été porté à l'admettre. Boyer reconnait les luxations directement en bas comme primitives; il les anatomise, en donne une symptomatologie qui ressemble beaucoup à celle de M. Goyrand, qui peut n'être pas très exacte, mais qui du moins est faite avec soin.

M. Malgaigne soutient que la luxation que montre M. Robert n'est pas une luxation en bas; car l'épaule étant oblique, la tête de l'humérus déplacée se trouve en bas et en dedans d'une ligne qui traverserait perpendiculairement la cavité glénoïde; si d'ailleurs la tête se rapproche de l'apophyse coracoïde, évidemment elle se trouve en avant. La meilleure preuve enfin qu'elle est en bas et en avant, c'est qu'on la transforme facilement en luxation sous-coracoïdienne.

M. Malgaigne ajoute qu'à Bicêtre il a vu plus souvent la luxation intra-coracoïdienne avec fracture du rebord de la cavité glénoïde et engrenure, que la sous-coracoïdienne.

M. Chassaignac s'étonne que dans une question de cette nature, où les difficultés peuvent être résolues directement et *de visu* par l'anatomie pathologique, ce soit précisément l'élément que l'on semble négliger le plus. Il s'agit d'une question tout à fait anatomique, à savoir, le lieu précis occupé par la tête de l'humérus luxé; quel moyen meilleur que de recourir à l'examen des pièces anatomiques recueillies dans des cas de luxation récente? Il y a dix ans, à l'occasion du travail de M. Malgaigne, s'élevèrent des discussions qui laissaient planer de grandes incertitudes sur la détermination rigoureuse des luxations humérales. M. Chassaignac et M. Richelot pensèrent que le plus sûr moyen d'arriver à un résultat satisfaisant, était de recueillir les faits épars d'autopsie faites dans des cas de luxation humérale récente. C'est à grand'peine qu'ils parvinrent à réunir douze observations de ce genre, et ils furent conduits, par l'analyse de ces observations, à confirmer les opinions de M. Malgaigne, qui, de son côté, n'avait invoqué à l'appui de son travail aucun cas d'autopsie scapulo-humérale, mais seulement des expérimentations faites sur le cadavre, expérimentations qui, vu l'absence de contraction musculaire, laissent beaucoup à désirer.

M. Chassaignac demande à la Société la permission de lire un passage d'une note à l'ouvrage de sir A. Cooper, passage qui met à même d'apprécier ce qu'il peut y avoir de neuf dans la discussion actuelle. Voici ce passage :

« La tête de l'humérus est le plus habituellement placée à la face antérieure du scapulum, en dedans de la cavité glénoïde et à une distance variable de l'apophyse coracoïde. Quelquefois, en effet, elle remonte jusqu'à la base de cette apophyse, jusqu'au niveau de la petite échancrure coracoïdienne; d'autres fois, elle est située vers la partie inférieure de la cavité glénoïde; il arrive même, dans certains cas, *qu'elle repose sur le bord axillaire de l'omoplate, en dedans de l'insertion du triceps.* Ces différences dans la hauteur de la tête de l'os sont importantes à signaler, car elles donnent lieu à des différences notables dans les symptômes, puisque dans les cas où la tête remonte vers la petite échancrure coracoïdienne, son axe central peut s'élever au-dessus de l'axe central de la cavité glénoïde, seul mode de luxation en haut qui ait été observé sur le cadavre (observation de Mac Namara, p. 82 de la traduction d'A. Cooper; et une observation très remarquable de M. Laugier dans les *Archives de médecine*, observation dans laquelle les symptômes ont été analysés avec le plus grand soin); tandis que dans les cas où la tête repose contre le bord axillaire de l'omoplate, elle descend au-dessous de la cavité glénoïde, ainsi qu'on le voit dans une observation de sir A. Cooper, dans laquelle on voit que le centre de la tête de l'humérus était à un pouce et demi au-dessous du centre de la cavité. La luxation complète en avant peut donc être tour à tour une luxation en haut, une luxation en bas, ou une luxation directe en dedans, suivant le degré d'élévation de la tête de l'os. » (Traduction d'A. Cooper, p. 86.)

M. Chassaignac est bien éloigné de vouloir en rien diminuer le mérite de son collègue M. Robert, pas plus que celui de M. Goyrand pour avoir observé avec une attention particulière les symptômes de la luxation en bas. Mais l'existence de celle-ci était anatomiquement enregistrée depuis longtemps dans le cadre des luxations humérales, et il croit pouvoir demander que la Société accueille dans son procès-verbal la mention du travail qu'il a cité.

M. Robert ne conteste pas le mérite du travail de M. Chassaignac, quoi qu'il ne le trouve pas assez précis et assez tranché. Au surplus, s'il s'est livré aux investigations qu'il vient de faire connaître, c'est qu'on avait dit que la luxation directement en bas était très rare, et il a voulu que cette luxation sous-glénoïdienne fût bien distincte et bien différenciée de la sous-coracoïdienne.

— *M. Huguier* donne lecture de l'observation détaillée du polype dont il a parlé dans la dernière séance, ainsi que des considérations sur les tumeurs de la même nature.

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

M. Robert fait remarquer, à l'occasion de cette lecture, qu'il y a une grande différence entre les follicules du col et ceux du corps de l'utérus. Lorsqu'il était à l'hôpital de Lourcine, il a observé quelques cas de dilatation de ces organes, et il a vu que le liquide contenu dans ceux du corps même de la matrice ressemblait à du petit-lait.

M. Huguier a fait aussi la même remarque; et depuis quelque temps qu'il étudie l'anatomie du col et du corps de l'utérus, il a trouvé, dans trois cas d'oblitération du col, le liquide de la cavité utérine peu épais, et ne présentant, au microscope, ni lamelles épidermiques, ni trace de mucus, tandis que dans les mêmes cas on reconnaissait le mucus abondant dans les follicules du col.

— *M. Michon* fait voir l'utérus d'une femme qui vient de succomber dans son service. Lorsque cette malade se présenta à lui, le col était dilatable, et le toucher faisait reconnaitre, non loin de son ouverture, une tumeur paraissant solide, qui fit diagnostiquer un corps fibreux du col donnant lieu à des hémorrhagies. M. Michon se proposait de l'enlever, ainsi qu'il l'avait vu faire à Dupuytren il y a dix-huit ans; mais comme les pertes de sang étaient peu abondantes, il laissait reposer la malade, lorsqu'elle fut prise d'accidents aigus de la poitrine, auxquels elle succomba bientôt. A l'autopsie, on trouva le corps de la matrice volumineux, et dans sa partie supérieure un corps fibreux assez gros. La tumeur du col était remplie d'un liquide qui s'écoula à l'incision.

M. Michon fait remarquer combien il était facile de se tromper dans ce cas, puisqu'il y avait tous les symptômes d'un corps fibreux, lequel existait réellement, et qu'on pouvait très bien rapporter ces symptômes à la tumeur du col.

— *M. Gosselin* présente un enfant qui a eu une fracture de la partie inférieure de l'humérus en même temps qu'une luxation du radius. La fracture est consolidée mais la luxation persiste. Il aurait voulu savoir si, dans ces conditions, il fallait chercher à faire la réduction.

— *M. Malgaigne* rend compte de l'opération qu'il a faite pour remédier à un cal vicieux de la jambe chez l'enfant qui avait été présenté à la Société par M. Guersant. Voici comment il opéra :

Après avoir fait la section du péroné au moyen de la pince de Liston, et en avoir réséqué une petite portion, il fit sur la saillie anguleuse du tibia une incision elliptique s'étendant à égale distance sur le fragment supérieur et sur l'inférieur. Les parties molles divisées, il voulait enlever un coin de l'angle osseux, laisser deux lignes du tibia en arrière pour le casser ensuite, en ramenant le membre à la rectitude normale; mais il trouva une hypertrophie considérable de l'os, dont le diamètre antéro-postérieur était singulièrement augmenté. Aussi cette résection en coin fut-elle insuffisante. Une nouvelle portion d'os fut enlevée, et l'on put voir qu'à l'hypertrophie se joignait une éburnation prononcée. Il fut encore impossible de redresser le membre, et l'on n'y parvint qu'après avoir détaché une nouvelle rondelle osseuse. Cette fois on arrivait à la partie intérieure du canal médullaire, que l'on avait trouvé oblitéré à l'endroit de la fracture.

Dans l'intention de conserver une certaine épaisseur de l'os, ou au moins le périoste postérieur, M. Malgaigne s'était servi d'une scie à lame droite pour faire ces sections successives.

L'enfant, qui avait bien supporté l'opération, fut reporté à son lit, et l'on procéda au pansement.

Les deux fragments du péroné chevauchaient l'un sur l'autre; le tibia était bout à bout; mais comme le fragment supérieur tendait à basculer par en haut, M. Malgaigne y appliqua la vis de pression pour le maintenir en place. Le lendemain, on substitua à cette vis un petit appareil confectionné par M. Charrière, qui appuyait en même temps par des pointes sur le fragment supérieur et sur l'inférieur.

Les deux premiers jours se passèrent bien. Le troisième, on vit sur la plaie quelques taches blanchâtres que l'on saupoudra de quinquina; mais bientôt il se fit un bourgeonnement considérable dans toute l'étendue de la plaie; la pourriture d'hôpital était positive. On mit en usage le jus de citron, le nitrate acide de mercure; mais ce fut inutilement; la maladie marcha. Un jour, pendant le pansement, il y eut une syncope qui se renouvela le lendemain, et qui avait même fait croire à une fièvre intermittente pernicieuse, que l'on traita par le sulfate de quinine. L'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva pour toute altération une pleurésie simple, tous les autres organes étant sains. Le ventricule droit du cœur contenait une grande quantité de sang noir. Il n'y avait dans le membre aucune trace de fusée purulente. M. Malgaigne attribue l'accident qui a fait périr son malade, à ce que l'on a établi une communication entre son service et celui de M. Jobert, dans lequel la pourriture d'hôpital règne habituellement, tandis que jusque là sa salle, à lui, en avait été préservée. Et depuis la mort de cet enfant des accidents de même nature se sont montrés chez quelques autres malades : sur une plaie contuse simple, sur une fracture compliquée de la jambe, sur une plaie d'amputation de cuisse.

— Séance levée à cinq heures et demie.

INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE.

(Suite du numéro précédent.)

Agrégés.

Il existe près la Faculté de Madrid huit agrégés : l'un d'eux a la direction de la bibliothèque; un autre est secrétaire de la Faculté; les autres sont chargés de faire les visites et les cliniques médicale, chirurgicale et d'accouchements pendant les vacances. Tous sont appelés à remplacer les professeurs malades ou absents; mais ils ne font partie des jurys d'examen qu'autant qu'il manque un professeur, et alors ils ne peuvent y entrer que pour un tiers. Ils ont 2,000 fr. d'appointements fixes, et ne touchent aucun traitement éventuel. On paraît les considérer comme étant à *vie*.

J'ai fait à cet égard deux observations auxquelles j'ai cru devoir attacher beaucoup d'importance : j'ai demandé que les agrégés fissent nécessairement partie des jurys de tous les examens, et qu'ils fussent renouvelés tous les neuf ans. En les appelant à faire partie des jurys, on a l'avantage d'avoir des examinateurs jeunes, pleins de zèle et au courant des découvertes les plus récentes; ils représentent d'ailleurs le corps des médecins étrangers à la Faculté, et contribuent à donner au public les garanties qu'il est en droit d'exiger.

J'ai vivement combattu le système d'une agrégation à vie : ce serait, ai-je dit, éteindre l'émulation et priver d'avantages réels une foule de jeunes gens capables, dont les efforts ne peuvent que tourner au profit de la science et de l'humanité. Comment supposer que les générations à venir, si elles ne voient pas en perspective la possibilité d'arriver à des positions honorables, cultivent avec ardeur les diverses branches de l'art de guérir? Que si l'on objecte que les agrégés actuels ont été nommés à vie, et que dès lors on ne pourrait pas leur appliquer une mesure rétroactive, je répondrai que, sans chercher à discuter si tel est le caractère de leur nomination, je reconnais qu'il pourrait être injuste de les remplacer; mais alors je demanderai que dès à présent on entre dans une autre voie, que l'on pose en principe qu'à dater de ce jour les agrégés, nommés à mesure que les places deviendront vacantes, seront temporaires, et que l'on procède immédiatement, par la voie du concours, à la nomination de quatre agrégés dont les fonctions expireront dans neuf années.

Nominations aux places de professeur et d'agrégé.

Toutes les places sont données au concours; il y a plus : les médecins par quartier de la famille royale (*medicos de familia*), ceux des hôpitaux et les professeurs du Jardin-des Plantes sont nommés par la même voie. Je ne puis qu'approuver une pareille disposition; mais ce que je ne saurais assez blâmer, c'est l'institution du concours pour faire passer les professeurs des Facultés d'une classe à une autre plus élevée. Il faut savoir qu'ici les professeurs sont divisés en trois catégories : professeurs d'*entrée* (*de entrada*), professeurs du deuxième degré (*de ascenso*) et professeurs du troisième degré (*de termino*). Ces derniers touchent 2,000 fr. de plus que les premiers, et ceux du deuxième degré 1,000 fr. de plus.

Voici maintenant la malheureuse disposition du règlement concernant cette matière :

« Les professeurs qui voudront appartenir à une catégorie plus élevée devront se présenter au concours.

» On ne pourra passer d'une catégorie à une autre qu'après trois années d'exercice dans la catégorie qui est immédiatement au-dessous.

» En changeant ainsi de catégorie, on reste pourtant chargé du même enseignement.

» Le concours ne roulera pas sur le sujet de la chaire vacante, mais bien sur tout autre point de la science médicale. »

Ainsi, supposez que le professeur d'anatomie soit de troisième classe (*de termino*) et qu'il vienne à mourir, on ouvrira deux concours, l'un pour la chaire et l'autre pour faire arriver à la troisième classe l'un des professeurs de deuxième classe; un troisième concours aura également lieu pour faire passer à la deuxième classe un professeur de première.

Peut-on imaginer un système plus bizarre que celui-ci? Un homme de mérite, qui a concouru une première fois pour obtenir une chaire, occupera cette chaire pendant douze ou quinze ans avec honneur; déjà il aura conquis la confiance du public; sa position sociale sera élevée et telle qu'il était en droit de l'attendre de ses travaux, de ses talents, du zèle qu'il aura déployé dans l'enseignement, et il faudra, pour que cet homme monte d'un degré dans le professorat, qu'il descende de nouveau dans l'arène avec des compétiteurs de la localité ou avec d'autres de la même catégorie appartenant aux diverses Facultés du royaume; et, si le hasard fait qu'il ne soit pas nommé, il reparaîtra le lendemain devant un auditoire qui aura été témoin de sa défaite, et qui à coup sûr n'aura plus pour lui ni pour ses talents la déférence et le respect qu'il est si avantageux d'inspirer aux élèves. Ces considérations ont tellement frappé les professeurs de première et de deuxième catégories, que j'ose affirmer qu'aucun d'eux ne voudra entrer en lice, et qu'ils préféreront tous mourir au poste le plus inférieur plutôt que de s'exposer à un échec. — S'il en est ainsi, quel avantage espère-t-on tirer d'une pareille institution? Il y a en ce moment à la Faculté de Madrid sept professeurs d'entrée (première classe), neuf de deuxième classe et deux de troisième (*de termino*).

Nominations aux places de chef des travaux anatomiques et de prosecteur.

Ces places sont également données au concours, ce qu'il est impossible de ne pas approuver; mais il y a lieu de faire tourner ce concours au profit des collections anatomiques. Pourquoi, par exemple, n'établit-on pas que la première épreuve consistera en une série de préparations fraîches ou sèches sur un certain nombre de points d'anatomie humaine et comparée? La Faculté ou le jury du concours indiquerait, quatre mois avant l'ouverture des épreuves orales, le nombre et la nature des pièces que chaque candidat aurait à préparer pendant ces quatre mois; ce serait là un moyen peu dispendieux et certain d'enrichir les cabinets et d'exciter l'émulation des travailleurs, dont les noms seraient inscrits sous chacune des pièces qu'ils auraient fournies.

Conditions d'admission aux études médicales, et frais de ces études et des réceptions.

Pour être admis à étudier la médecine, il faut : 1° être bachelier en philosophie; 2° avoir étudié pendant un an au moins la chimie générale, la minéralogie, la zoologie et la botanique; 3° avant de se présenter à la licence, l'élève devra prouver, en outre, qu'il a suivi un cours de langue grecque, soit avant d'être inscrit à la Faculté, soit pendant qu'il fait ses études médicales, ce qui est motivé sur ce que les études exigées pour être reçu bachelier en philosophie ne comprennent pas le grec.

Il suffira, pour faire sentir l'insuffisance du grade de bachelier en philosophie, de donner le tableau des matières qui sont enseignées, et de dire que la plupart des élèves obtiennent ce grade à l'âge de quinze ans.

Première année, à l'âge de dix ans. — Grammaire espagnole; rudiments de la langue latine; exercices du calcul arithmétique; notions de géométrie; éléments de géographie; mythologie et principes d'histoire générale.

Deuxième année. — Langue espagnole, langue latine : syntaxe et principes de version; principes de morale et de religion; continuation de l'histoire et en particulier de celle d'Espagne.

Troisième année. — Continuation des langues espagnole et latine, version; composition dans les deux langues; principes de psychologie, d'idéologie et de logique; langue française.

Quatrième année. — Continuation de la langue espagnole; traduction des classiques latins; composition. Complément de l'arithmétique; algèbre jusqu'aux équations du deuxième degré inclusivement; géométrie, trigonométrie rectiligne, géométrie pratique; continuation de la langue française.

Cinquième année. — Traduction des classiques latins; éléments de rhétorique et de poétique; composition; éléments de physique avec quelques notions de chimie; notions d'histoire naturelle.

Il ne s'agit pas ici de faire ressortir les vices nombreux de ce programme; je me bornerai à dire qu'il est incomplet et que l'on force des enfants très jeunes à étudier des matières qu'ils ne sauraient comprendre; aussi arrive-t-il que les bacheliers reçus après de pareilles études ne sont aucunement préparés à aborder l'enseignement des facultes de médecine et de droit. Non-seulement il est urgent de refaire ce programe, mais encore faut-il prolonger au moins de deux années les études qu'il doit comprendre.

Les frais d'études et de réception se composent d'une rétribution

annuelle de	50 francs
Pour droits d'examen de fin d'année,	5
Total,	55
Lesquels multipliés par sept années donnent,	385 francs
Le titre de bachelier en médecine coûte,	100
Celui de licencié,	750
Total des frais de licence,	1,235
Le diplôme de docteur coûte,	750 francs
Il faut ajouter deux ans d'études,	60
Total des frais du doctorat,	2,045

Nombre des élèves inscrits et des licenciés reçus.

Le nombre des élèves aspirant à la licence et au doctorat, inscrits pour l'année 1845 à 1846, a été de 1,030, et celui des élèves dits *praticos* (1) de 815; total, 1,845; tandis qu'en 1841-1842 il avait été de 2,305. En 1843-1844 il n'avait été que de 1,539, et en 1844-1845 de 1,765.

On reçoit à peu près 100 licenciés par an. Quant au nombre des docteurs reçus, on ne saurait encore le fixer, même d'une manière approximative, le décret de septembre 1845 qui institue le nouveau doctorat étant trop récent pour que l'on puisse juger de ses effets; mais d'après le petit nombre d'élèves inscrits pour acquérir le titre de docteur, on peut prévoir que ce nombre sera fort restreint. Ne pourrait-on pas, ne devrait-on pas pour parer à cet inconvénient, si l'on veut conserver le doctorat, réduire les études à huit années au lieu de neuf, et quel inconvénient verrait-on, par exemple, à supprimer le cours d'analyse chimique, qui serait exclusivement réservé aux aspirants au doctorat en pharmacie? Quels avantages peuvent tirer d'un pareil cours des licenciés en médecine, déjà praticiens et livrés à des travaux d'un tout autre genre, lorsqu'ils doivent avoir oublié presque tout ce qui leur avait été enseigné sur la chimie *théorique* seulement, sept années auparavant?

Je désirerais aussi, et cette réforme me paraît indispensable, que les frais de réception fussent notablement diminués, tandis que la somme payée tous les ans par les élèves serait augmentée; en recevant un droit de présence, à peu près insignifiant, les examinateurs n'ont aucun scrupule d'ajourner les élèves qui n'ont pas satisfait aux examens, tandis qu'il peut ne pas en être ainsi si les frais d'examen sont par trop considérables; mais en adoptant cette mesure, l'équité veut que les professeurs ne soient pas lésés dans leurs intérêts, et il importe de leur attribuer un traitement fixe, digne de la haute position qu'ils occupent, quel que soit le nombre des examens qu'ils seront appelés à faire subir.

Durée des études; licence; doctorat. — Les gens de l'art qui exercent actuellement la médecine et la chirurgie en Espagne sont tellement nombreux que l'on peut affirmer sans crainte que les secours médicaux ne manqueraient pas aux populations, alors même que les écoles seraient fermées pendant quinze ans. Cette surabon-

---

(1) On appelle *praticos* un certain nombre d'élèves existant en vertu de dispositions antérieures au décret du 17 septembre 1845, lequel ne reconnaît plus que des licenciés et des docteurs. Ces élèves terminent actuellement leur scolarité en recevant des leçons des agrégés. On n'a plus dû en inscrire un seul cette année.

dance de médecins a dû engager le gouvernement, dans l'intérêt de tous, à rendre plus difficile l'obtention des grades. Je pense que l'on a bien fait d'exiger sept années d'études pour la licence, la durée de chaque année scolaire ne pouvant être que de huit mois à cause des chaleurs excessives qui règnent en été dans ce pays; mais je crois aussi que l'on a poussé trop loin cette exigence, comme je l'ai déjà dit, en demandant deux années de plus pour le doctorat. Suivant moi, il serait préférable de porter à sept années au lieu de cinq la durée des études classiques (instructinn secondaire), et de supprimer l'année d'études ayant pour objet les sciences physiques et naturelles, qui est actuellement exigée entre le baccalauréat en philosophie et l'étude de la médecine proprement dite; cette suppression serait d'autant plus rationnelle, qu'avant d'être reçus bacheliers les élèves doivent avoir étudié ces sciences, et qu'on les leur apprend de nouveau et avec plus de détail dans la première année des études médicales. Par ce moyen, les élèves en médecine commenceraient leurs études à dix-sept ans et pourraient obtenir à vingt-quatre ans le titre de licencié en médecine. Si l'on tient à conserver la licence et le doctorat, ce que je n'approuve pas par des motifs que je ferai connaître en parlant des docteurs en pharmacie, on pourrait n'exiger, comme je l'ai déjà dit, qu'une année d'études de plus, pendant laquelle les élèves seraient tenus de suivre l'hygiène et l'histoire de la médecine. Je dirai, à l'occasion du doctorat, que c'est à peine s'il y a actuellement quelques élèves inscrits pour obtenir ce titre.

Bibliothèques et cabinets.

La bibliothèque de la Faculté, toute médicale, m'a paru suffisante; elle est fréquentée par un assez grand nombre d'élèves.

Les cabinets, au contraire, sont loin de répondre aux besoins de l'époque. Il n'existe rien en anatomie comparée. on ne voit aucune de ces pièces sèches qui font l'urnement des musées de France. Les pièces fraiches sont disposées de telle façon et au milieu de liquides tellement colorés qu'elles ne peuvent pas servir à l'étude. L'anatomie pathologique est à peine représentée. Il n'y a presque rien sur le *rachitisme*, et l'on n'a pas encore la magnifique collection de Thibert. Les pièces en cire, fort nombreuses, sont pour la plupart belles et très instructives; mais plusieurs d'entre elles, qui ont dû coûter des sommes considérables, sont inexactes et ne peuvent qu'induire les élèves en erreur. J'ai indiqué au gouvernement des moyens efficaces pour remédier promptement à cet état de choses, et je ne crains pas d'affirmer que sous peu le musée anatomique de la Faculté de Madrid présentera un tout autre aspect.

En terminant l'exposé de tout ce qui se rapporte à l'enseignement de la médecine en Espagne, il serait injuste de ne pas reconnaître, malgré les imperfections et les lacunes que je viens de signaler, les services notables qui ont été rendus dans ces derniers temps par les hommes éclairés qui s'occupent spécialement de cette branche de l'enseignement. Don Antonio Gil de Zarate, directeur de l'instruction publique, et nos honorables confrères les docteurs Séoane et Rubio, membres du conseil royal de l'Université, n'ont pas cessé, depuis quelques années, de proposer au gouvernement des mesures d'autant plus utiles, qu'il était indispensable de réformer un plus grand nombre d'institutions vicieuses. Animés des meilleures intentions, ces hommes distingués ne voudront pas laisser leur œuvre inachevée, et je ne doute pas qu'ils ne saisissent avec empressement l'occasion d'introduire dans les règlements des améliorations que je crois indispensables.

Dans une prochaine lettre, j'examinerai l'enseignement de la pharmacie, l'école vétérinaire, l'institntion des sages-femmes, l'état des hôpitaux et tout ce qui a rapport à l'exercice de l'art de guérir, aux Académies, etc.

REVUE GÉNÉRALE.

Rupture de l'estomac. — Le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy nous est parvenu il y a quelques jours; il contient un résumé fort intéressant des travaux de la Société pendant les deuxième et troisième années de son existence. On conçoit qu'un pareil compte-rendu échappe à l'analyse; cependant, nous ne saurions passer sous silence les quatre faits suivants rapportés à la page 11 et 12 de cette brochure.

Les deux premiers, dus à M. le docteur Néret, sont relatifs à des ruptures de l'estomac. Le sujet de la première observation était un jeune homme de vingt et un ans, qui, sous l'influence d'une congestion cérébrale, fut pris de nombreux vomissements, qui cessèrent pour se reproduire huit jours après avec plus de violence : le malade succomba.

A l'autopsie, on découvrit une déchirure longue de quinze centimètres et s'étendant depuis le cardia jusqu'à l'extrémité gauche de la grande courbure de l'estomac. Il n'y avait aucun épanchement dans le péritoine. Sur les bords de la solution de continuité, la membrane séreuse était dénudée et les autres tuniques de l'estomac étaient rétractées en forme de bourrelet; la membrane muqueuse était pâle et ramollie.

L'objet de la deuxième observation fut recueilli sur une femme âgée de trente-cinq ans, qui, atteinte d'une gastro-entérite chronique, fit une chute d'un lieu élevé, présenta pendant plusieurs jours de la fièvre, de fréquents vomissements, et expira après quelques heures de souffrances les plus vives.

A l'autopsie, on trouva une déchirure qui du grand cul-de-sac s'étendait jusques au-dessus du cardia. Du mucus stomacal était épanché dans l'hypochondre gauche, et une perforation du diaphragme permettait à un liquide bilieux de pénétrer dans la cavité thoracique. La membrane muqueuse était ramollie et pâle.

M. Néret pense que ces déchirures ont été produites par les violents efforts de vomissement observés chez ces deux individus, atteints l'un et l'autre d'un état inflammatoire des voies digestives.

A ce propos, M. Demange a cité un cas de rupture du cul-de-sac de l'estomac avec perforation du diaphragme, destruction et suppuration de la partie inférieure du poumon gauche. Les matières gastriques étaient épanchées dans une poche formée par la rate et les organes circonvoisins adhérents entre eux. Le sujet avait succombé à une méningite traumatique, tous les organes abdominaux présentaient des traces d'inflammation. On ne put savoir s'il y avait eu des vomissements. Ce fait fut examiné en présence des docteurs Colny et Béchet.

M. Néret a encore décrit les symptômes suivants observés sur un homme âgé de soixante treize ans, faisant, depuis longues années, abus de liqueurs alcooliques :

Phlyctènes livides, succédant à des taches de même couleur, et se développant sur les membres inférieurs; gangrène sur plusieurs points suivie de cicatrisation; fréquence du pouls, prostration des forces, perte du sommeil, secousses convulsives, mort après peu de jours.

On rencontra à l'autopsie une injection générale des veines du cerveau et des poumons. Le cœur et les vaisseaux qui en partent étaient sains, et leur cavité contenait jusque dans la tête et les membres des caillots de fibrine décolorée, qui a dû se séparer du sang à une époque antérieure à la mort. M. Néret pense qu'il y avait, dans ce cas, altération du sang.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du lait comme prophylactique de l'empoisonnement par les composés saturnins; par M. le docteur Ewich, de Barmen.

Il existe depuis trois ans à Barmen une fabrique de blanc de céruse dans laquelle cinq ouvriers sont continuellement employés. La fabrication du carbonate de plomb s'y fait à la manière ordinaire, c'est-à-dire par le vinaigre et le fumier de cheval. On prépare au moins deux mille cinq cents kilogrammes de céruse par semaine. On a interdit à ces ouvriers l'usage de l'eau-de-vie, qu'on remplace par un litre de lait gras non bouilli, et administré en deux doses égales, l'une le matin, l'autre dans le courant de l'après-midi. Avec cette précaution diététique, on a soin d'exiger la propreté la plus minutieuse de la part des ouvriers.

Pendant les trois années qui viennent de s'écouler, un seul ouvrier a été pris de coliques de plomb; mais il faut observer à cet égard, que cet homme, malgré toutes les exhortations qui lui ont été adressées, n'a suivi aucune des prescriptions faites dans l'intérêt de la santé de tous les ouvriers; ainsi, il plaça souvent les tartines de pain beurré dont il faisait usage, dans des endroits couverts de poussière de céruse, et il les prit avec ses mains également salies par cette substance lorsqu'il s'agit de faire ses repas. En vain ses camarades lui firent ils envisager les suites possibles de son imprudence; il se moqua des craintes exprimées par eux.

Grâce aux précautions dont il vient d'être parlé, les ouvriers de cette fabrique ne redoutent plus du tout cette terrible maladie, et ils présentent toutes les apparences extérieures de la santé la plus parfaite.

M. Ewich pense donc que l'usage du lait gras non bouilli devrait être recommandé à tous les fabricants de céruse comme un prophylactique excellent contre la production des accidents saturnins.

Cas de colique par une cause insolite. Observation recueillie par M. le Dr Kuehlbrand, d'Inowraclaw.

Un jeune garçon âgé de huit ans, fils unique d'une famille riche, se plaignait depuis quatre mois de coliques qui ne se faisaient presque jamais sentir lorsqu'il était couché, mais le plus ordinairement le matin, et souvent aussi dans le courant de la journée.

La douleur était très variable, quelquefois très forte, d'autres fois moins intense; son siége était tantôt dans un point, tantôt dans un autre, tantôt dans la région du foie, tantôt dans le côté, tantôt à l'ombilic, etc. Le ventre était un peu tendu, sensible à une forte pression seulement, ni froid, ni chaud au toucher; les aliments n'avaient aucune influence sur la douleur. Du reste, le pouls était normal, le sommeil bon, ainsi que l'appétit et l'urine; les selles convenables.

On croyait avoir affaire à un rhumatisme, parce que l'enfant avait eu les pieds fortement mouillés avant l'invasion des accidents, et c'était d'après cette indication que le traitement était dirigé, mais sans en obtenir le moindre succès. Les moyens antiphlogistiques, les médicaments narcotiques, et enfin la médication vermifuge furent employés sans plus d'avantage.

Quelle était donc la cause de cette maladie si rebelle aux ressources ordinaires de la thérapeutique? M. Kuehlbrand ayant par hasard examiné le scrotum, le trouva tout à fait vide. C'était donc les testicules qui donnaient lieu aux douleurs, et qui se jouaient de toutes les médications employées! Si ces douleurs avaient eu les aines pour siége, leur point de départ eût été sûrement reconnu; mais comme elles étaient vagues, erratiques, on en avait complétement méconnu la cause.

Quelques bains tièdes, des onctions avec l'huile d'olives furent prescrits, et sous l'influence de ces moyens si simples, les testicules descendirent dans le scrotum. Dès lors les coliques disparurent pour ne plus revenir.

Avis donc aux praticiens qui seront appelés à donner des soins à de jeunes garçons affectés de douleurs abdominales sourdes.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 135. TOME VIII. — 2 SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. RICORD.

Des maladies vénériennes. Considérations préliminaires.

(Suite du numéro du 5 novembre.)

Pour bien établir les classifications nécessaires, pour comprendre les époques de chaque phénomène, la filiation des symptômes, il faut savoir avant tout où et comment les affections peuvent prendre naissance. Il faut savoir quel est le point de départ de l'affection pour pouvoir apprécier les sources des accidents. Presque tous les auteurs ont pris pour point de départ la femme, admettant la *femme gâtée* (*mulier fœda*) de Pitronius, sans nécessité de relations antérieures. Mais quels sont les signes auxquels vous reconnaîtrez cet état; y a-t-il des signes diagnostiques certains auxquels vous pourrez vous rattacher toujours, et qui révèlent chez la femme la maladie plutôt que chez l'homme? Nullement. Partout où la vérole existe, pour nous il y a eu rapports antérieurs, sans que nous nous croyions obligé du point auquel nous ferait remonter cette chaîne non interrompue.

Toute femme nous paraîtra donc suspecte quand il s'agira de vérole, sans que pour cela l'on puisse nous taxer d'immoralité. La spécialité des maladies syphilitiques est sans contredit celle qui exige le plus de moralité, de sérieux, de vertu, nous osons le dire. Toute indiscrétion, même légère, serait terrible, et vous avez pu en voir de grands exemples, qui vous ont prouvé les dangers auxquels est exposé de toutes parts le médecin qui s'en occupe. Il n'est pas de branche de l'art médical qui exige plus de circonspection, de retenue, d'observation de soi-même.

Si vous vous occupez de maladies syphilitiques, respectez plus que personne les usages établis, les préjugés religieux, la pudeur et la modestie sociales, mais seulement dans le monde. Dans la science, il n'est plus rien de tout cela. C'est la vérité seule qui doit vous préoccuper, et tous les moyens sont bons pour arriver à la connaître.

Il s'agit donc de décider la question du point de départ. Et pour cela, rappelez vous qu'il n'y a point de condition sociale dans laquelle vous ne puissiez la rencontrer. Il n'est pas un de vous qui ne connaisse cette histoire que nous avons entendu raconter par Dupuytren, qu'elle vous serve de leçon. Ce grand chirurgien est appelé un jour près d'une jeune femme qui venait d'être prise des douleurs de l'enfantement; elle accouche: le périnée se déchire; Dupuytren pratique la suture, qui réussit très bien; trop bien, comme vous allez le voir.

Un an plus tard, un homme occupant dans la société une position brillante, récemment marié, vient prier Dupuytren d'examiner sa jeune femme, qu'il croit mal conformée, et dont le vagin est d'une telle étroitesse, que les rapports sexuels sont complétement impossibles. Amené près de la malade, Dupuytren reconnaît une ancienne opérée, chez laquelle la suture avait un peu trop rétréci les parties génitales, et à laquelle il fallut pratiquer un débridement à la vulve. Nous vous citons ce fait, pour vous prouver qu'il serait insensé de compter sur la moralité absolue des individus parce qu'ils occupent une position élevée; cette jeune fille, au lieu de devenir enceinte, ou tout en devenant enceinte, ne pouvait-elle pas contracter la vérole? Et si plus tard vous aviez été appelé à lui donner des soins, que vous eussiez reconnu une affection syphilitique, n'eût-on pas avec la plus vive indignation rejeté bien loin des soupçons outrageants pour sa vertu?

Il n'y a point de conditions d'âge ni de sexe qui puissent en garantir. Nous avons vu souvent, lorsque nous avions un service de femmes enceintes, des enfants contracter des chancres au passage.

Nous avons eu récemment à traiter un enfant de dix-huit mois affecté de chancres aux parties génitales, ayant déterminé un bubon. Ces chancres avaient été forcément communiqués par contact direct; pour s'expliquer ce fait, au premier abord surprenant autant qu'affligeant, il faut savoir qu'il existe dans le peuple une croyance immorale, que pour se débarrasser de la vérole il faut la communiquer à une fille vierge.

Un autre préjugé non moins fâcheux et ridicule est celui-ci, qu'une femme mariée est toujours très honnête, et ne peut jamais donner la vérole à son amant. Nous possédons sur ce sujet une foule d'histoires et d'anecdotes extrêmement curieuses, dont nous avons coutume de raconter chaque année quelques-unes à ceux qui suivent nos leçons, pour les prémunir contre les erreurs dans lesquelles voudraient les induire les malades, volontairement ou non, mais qui ne doivent pas trouver place dans une histoire sérieuse comme est celle qui fait le sujet de ces leçons et que pour cette raison l'on ne sera point étonné de ne pas retrouver ici. Nous vous recommanderons seulement la plus grande persistance lorsqu'il s'agira de remonter à la connaissance des antécédents; il est le plus souvent extrêmement difficile de remonter à la vérité dans des cas pareils, surtout lorsque vous avez affaire à des malades occupant des positions sociales élevées. Nous avons coutume, pour faire comprendre aux malades le peu de confiance qu'ils doivent accorder à la prétendue immunité des femmes mariées, de leur poser ce dilemme duquel il leur est assez difficile de se tirer: — Si vous étiez marié et que votre femme eût un amant la regarderiez-vous comme une femme vertueuse? — Non. — Eh bien! pourquoi prétendre qu'il en soit autrement des femmes des autres que vous avez pour maîtresses?

Une question non moins importante est celle des filles publiques.

Il y en a de deux espèces: les filles en maison, les filles en carte; les premières sont visitées tous les huit jours, les autres tous les quinze jours. Vous rencontrez souvent des gens assez simples pour vous dire: Quelle inquiétude est-il possible d'avoir avec des femmes qui sont sous la surveillance continuelle et immédiate de l'autorité? Ne doit-on pas avoir en elles la confiance la plus absolue? A vous, qui voyez tous les jours se contracter et se développer la syphilis, il est presque inutile de dire combien est grave cette erreur. Vingt-quatre heures se sont à peine écoulées depuis un coït infectant, et déjà vous avez un chancre fournissant du pus inoculable. C'est assez dire que 24 heures ne se seront pas écoulées depuis la visite officielle du médecin, et déjà ces femmes pourront transmettre des chancres à ceux qui auront des rapports avec elles, et pendant huit ou quinze jours, à bien plus forte raison, la contagion sera-t-elle encore plus facile? Ces visites médicales n'offrent donc évidemment aucune garantie. Puis ces visites se font très rapidement, très légèrement, et souvent la maladie échappe à des investigations superficielles. Il nous est arrivé plus d'une fois de recevoir à notre consultation des femmes sortant du dispensaire, renvoyées comme saines, *avec patente nette*, et chez lesquelles nous trouvions des chancres parfaitement développés, soit du vagin, soit de l'anus. De plus, la substitution des femmes les unes aux autres est une fraude qui se renouvelle chaque jour. Il nous est arrivé maintes fois de recevoir, pour l'examiner, une femme envoyée à sa place par une de ses amies. Celle qui se fait examiner est saine, l'amie soupçonnée était malade. Un certificat ne pourrait-être valable que s'il portait le signalement de la femme, et la chose n'est guère faisable.

Certaines professions peuvent être le prétexte derrière lequels on cherchera souvent à s'abriter. Une sage-femme présentant des symptômes secondaires prétendra s'être infectée en accouchant une femme vérolée, etc. Rappelez-vous

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'amaurose intellectuelle. — L'Académie et le prix d'Argenteuil. — Les jetons de présence. — Une consultation d'avocat. — Qui payera les pots cassés? — Découvertes de 1846. — Le coton-poudre. — Le papier-poudre. — Le papier-aliment. — Séance de rentrée de la Faculté de médecine.

Je me garderai bien de répondre à tout ce qui se dit et s'imprime depuis quelque temps contre le Congrès en général, et contre mon humble personne en particulier. Par le même motif que je demande pour moi-même liberté complète d'opinion et de discussion, je trouve très naturel que d'autres la réclament et en usent, serait-ce même en outrageant le plus complétement possible la justice et la vérité. J'irai plus loin, et je dirai que plus mes bons amis mes ennemis se tiendront en dehors du vrai, du juste et de l'honnête, plus ils me procureront plaisir et satisfaction. Je dois reconnaître qu'à cet égard j'ai peu de chose à désirer; aussi est ce un devoir pour moi de leur en témoigner toute ma gratitude. N'a pas qui veut des ennemis de cet acabit-là. Comment donc? Ne rencontrer pour adversaires que des gens d'une mauvaise foi si peu gazée qu'elle en est révoltante, qui font des mensonges gros comme des montagnes et plus absurdes que ceux de M. de Crac de gasconne mémoire, qui se livrent à des insinuations d'une impossibilité fantastique, mais c'est une bonne fortune tout à fait inespérée. Courage, courage, mes très chers ennemis! Desault ne manquait jamais, en parlant de l'amaurose, de raconter l'histoire de cet homme qui, dans un violent accès de haine et de colère, devint amaurotique; ce qui justifiait ce vieux proverbe, ajoutait l'illustre chirurgien, que la haine rend aveugle. Il y a certainement une amaurose intellectuelle produite par la même cause, et, comme l'autre, celle-ci paraît à peu près incurable. Ne perdons donc pas notre temps à tenter une guérison impossible. Le plus vésicant des discours, la réponse la plus sinapisée, la discussion la mieux saupoudrée de poudre de Gondret seraient des révulsifs tout à fait inutiles; à quoi bon, dès lors, tourmenter et faire souffrir de pauvres infirmes dont le mal est au-dessus de toutes nos ressources?

— Aussi bien ai-je autre chose et mieux à faire et à dire. Je me permettrai, par exemple, d'appeler l'attention du lecteur sur notre Académie de médecine, qui se trouve, à cette heure, fort empêtrée dans les difficultés qui surgissent à foison à propos du prix d'Argenteuil. L'Académie me rendra cette justice que, dès le début de cette affaire, je lui ai prédit les embarras et les soucis qu'elle allait gratuitement se procurer. Il s'agit, comme on sait, de donner tous les six ans un prix qui s'élève à la somme de dix mille francs, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté au traitement des rétrécissements de l'urètre, ou bien, dans le cas où l'Académie jugerait que la thérapeutique de ces affections n'aurait subi aucune modification digne du prix, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté au traitement des autres maladies des voies urinaires.

L'Académie tout naturellement nomma une commission *ad hoc*, commission qui aurait dû depuis longtemps avoir terminé sa besogne, car la première période de six ans, si j'ai bonne mémoire, expirait en 1844. Il y a donc deux ans que sa décision eût dû être connue.

J'ai dit dans le temps ce que je pensais de la composition de cette commission. Sans vouloir insinuer quoi que ce soit de désobligeant contre ses honorables membres, je persiste à croire que l'Académie a fait une faute énorme en la composant presque exclusivement de spécialistes et de chirurgiens. Demander aux spécialistes de mettre en évidence, d'élever sur le pavois un concurrent quelconque, c'est exiger de la nature humaine plus qu'elle ne peut donner. Vouloir que les chirurgiens qui abominent les spécialistes, en façonnent, en modèlent un de toutes pièces et l'exposent, dans une manière de châsse académique, à l'admiration du public, c'est avoir, à l'endroit du dévouement chirurgical, des idées un peu plus que naïves.

Quoi qu'il en soit de cette observation, que je recommande néanmoins aux moralistes de l'endroit, la Commission, après deux ans de travaux et d'examen, après des incidents nombreux et souvent d'une nature un peu vive, tels que protestations, demandes de récusations contre des juges, retraite d'un candidat et autres choses encore, la Commission, dis-je, enfanta péniblement son rapport, par lequel elle déclarait qu'il n'y avait pas lieu à donner le prix, mais qu'elle accordait des encouragements à quatre compétiteurs qui se partageraient inégalement la somme de dix mille francs.

Cette conclusion de la Commission était tout simplement impossible. La volonté du testateur était évidemment transgressée, et, si l'Académie eût accueillie une pareille décision, elle se serait inévitablement attiré un bon procès, soit de la famille du testateur, soit, et plus sûrement, de quelque compétiteur évincé.

Cependant, l'Académie n'a pas voulu prendre sur elle-même de trancher seule la difficulté; une consultation a été demandée à un avocat célèbre. Cette consultation, qui a été communiquée dans le comité secret de mardi dernier, est claire et nette. Les termes du testament sont impératifs et obligatoires, l'Académie ne peut s'y soustraire, il faut donner le prix d'une façon ou d'autre, le donner à un seul ou tout au plus le partager; mais en distraire les fonds à titre d'encouragements, c'est une violation manifeste des volontés du testateur.

En face de ces difficultés, l'Académie a fait un sacrifice héroïque: elle a brisé, cassé la décision de sa Commission, qui s'est immédiatement dissoute, et les choses en sont là maintenant de savoir si elle en nommera immédiatement une autre pour rejuger les travaux faits dans la première période de six ans, ou bien, si, n'acceptant de la première Commission que ceci, savoir: qu'il n'y a pas lieu à donner le prix, elle le transportera à la seconde période, qui expire dans quatre ans. Le prix serait alors d'une valeur de plus de vingt mille francs. C'est demain mardi que doit être prise, dit-on, une résolution définitive.

Au milieu de ces préoccupations graves, deux incidents d'une nature beaucoup moins sérieuse ont apporté une légère diversion aux soucis académiques. Quelques membres de l'ancienne Commission ont exposé que les réunions fréquentes de cette Commission, que les nombreux travaux auxquels elle avait été obligé de se livrer avaient absorbé un temps considérable pris au détriment des occupations lucratives de leur profession. Or ils ont déclaré, assure-t-on, qu'ils n'accepteraient une mission nouvelle que tout autant qu'un jeton de présence d'une valeur raisonnable leur serait alloué. Oui, mais où prendre ces fonds? a répondu l'inexorable trésorier. L'Académie est pauvre et peut à peine suffire à ses dépenses les plus nécessaires avec le maigre budget qui lui est accordé. L'Etat, il est vrai, dépense des sommes énormes à faire courir des chevaux au grand ébahissement des oisifs du *jockey's club*. Mais doter suffisamment une institution qui a pour but l'amélioration de l'espèce humaine, cela ne peut entrer dans l'intellect de la bureaucratie actuelle. Impossible donc de songer à la caisse académique. Prendra-t-on ces fonds sur la dotation même du prix d'Argenteuil? Mais il y aurait là une grave inconvenance. D'ailleurs, comptez bien: vous ne pouvez pas donner un jeton de moins de cinq francs à chaque membre; or, il y en a quinze; si chaque Commission met deux ans à fonctionner, à une séance par semaine, cela produit 104 séances, qui, à cinq francs, donneront 520 francs à chaque membre, soit, pour les quinze, la somme rondelette de 7,800 francs. La Commission s'adjugerait ainsi la presque totalité de la fondation d'Argenteuil, ce qui pourrait assurément tirer l'Académie de peine, mais ce qui pourrait peut-être aussi faire jaser le public et indisposer quelque candidat mauvais coucheur.

Cette simple et éloquente allocution de Monsieur le trésorier a obtenu une immense faveur, et tout fait présumer que la demande de jetons de présence est très aventurée.

Mais nouvel, quoique moins grand embarras! Je disais tout à l'heure qu'une consultation avait été demandée à un avocat célèbre; la consultation a été immédiatement rédigée; mais qui en payera les honoraires? Cette simple question lancée avec cet air bonhomme que vous connaissez à M. Mérat, a rempli l'assemblée de trouble et d'émotion.

bien, et nous reviendrons souvent là-dessus, que l'examen direct et minutieux doit être votre seul *criterium*, que lui seul peut vous permettre de vous prononcer d'une manière positive; que, si quelques individus vous trompent involontairement, il en est un bien plus grand nombre encore qui cherchent à vous tromper, qui ont un grand intérêt à cela et que vous devez être perpétuellement sur vos gardes.

Puis arrive la question des individus. Vous en trouverez qui repousseront la possibilité de l'infection, s'appuyant sur les précautions qu'ils auront prises; ils se seront, vous diront-ils, lavés avec le plus grand soin et à plusieurs reprises. Mais que prouvent ces lotions? Rien absolument. Peut-on laver l'urètre? Les lotions sur le gland, sur la verge ont-elles été faites assez complètes et d'une manière convenable? Et lors même qu'elles ont été bien faites, elles ne suffisent presque jamais pour empêcher la contagion. Nous avons fait souvent des inoculations; puis nous avons lavé plusieurs fois la partie inoculée avec de l'eau chlorurée, de l'eau savonneuse, et toutes ces lotions n'ont abouti à aucun résultat. De tous les moyens préservatifs, le condom est certainement un des plus efficaces, et cependant combien de fois n'a-t-on pas vu survenir des maladies après son usage? Le condom peut avoir déjà servi. Il peut présenter une déchirure, être poreux; il peut s'être déplacé, etc. Mais, encore, il est évident que si le condom garantit la partie supérieure de la verge, il ne garantit pas les téguments du scrotum; la moindre écorchure en cet endroit, suivie du contact du pus inoculable, donne naissance à un chancre.

Il est des gens qui ont la simplicité de croire qu'après des rapports incomplets, il est impossible de contracter une maladie vénérienne; ceux-là ne vous parlent pas, lorsqu'ils vous consultent, des rapports qu'ils ont eus avec des femmes, parce que ces rapports n'ont pas été suivis de la consommation complète de l'acte vénérien. Mais souvent, sachez-le bien, ces actes incomplets sont plus dangereux que les autres. L'éjaculation n'ayant pas eu lieu, le pus blennorrhagique ou syphilitique qui s'est introduit dans l'urètre n'en a pas été chassé par l'éjaculation spermatique; il y a donc ici plus de chances que partout ailleurs pour contracter une affection vénérienne. Les chancres urétraux sont, d'après cela, plus communs chez ceux qui ont prolongé l'acte vénérien que chez ceux qui l'ont poussé jusqu'à l'éjaculation.

Vous tiendrez compte aussi des conditions dans lesquelles les malades se sont trouvés. Un grand nombre de malades, les femmes surtout, ignorent les conditions dans lesquelles ils sont; soit qu'il y ait insouciance, inattention, malpropreté; soit absence de douleur, car beaucoup d'accidents vénériens ne déterminent pas de douleur appréciable. Bien des femmes ignorent qu'elles sont malades, sont de bonne foi, et vous trompent sans avoir ni intérêt à vous tromper, ni l'intention de le faire.

La conformation des parties génitales peut être cause d'erreur dans certains cas. La longueur et l'étroitesse du prépuce, le phimosis peuvent empêcher l'individu d'apercevoir une ulcération de la muqueuse préputiale ou balanique, et de faire attention aux accidents qui surviennent dans les régions que l'œil ne peut explorer. D'autres fois, c'est le siége même de l'ulcération qui est la cause de l'ignorance de la malade, si, par exemple, le chancre est placé sur le col de la matrice ou dans les parties profondes du vagin. Il peut en être de même des accidents survenus après des rapports contre nature, rapports que la honte empêche d'avouer, et qu'il nous est permis de soupçonner sans que nous ayons en quelque sorte le droit de faire des questions propres à éclaircir nos doutes, chez certains individus envers lesquels leur position dans le monde nous oblige aux plus grands ménagements.

Une dame vient nous consulter affectée d'une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées, et portant des éruptions sur la nature desquelles il n'était pas possible de se méprendre. Nous examinons le vagin, la vulve, le col utérin; pas de traces d'ulcération primitive. Nous désespérions de découvrir le point de départ de cette infection générale, sans admettre nullement pour cela la vérole constitutionnelle d'emblée, lorsque la malade nous dit que chaque fois qu'elle va à la selle elle éprouve des douleurs très violentes et profondes, et nous demande un conseil pour soulager cette douleur. Rien à l'anus non plus; mais en pratiquant le toucher par le rectum, nous constatons, au niveau du sphincter supérieur, une petite tumeur dure, calleuse, sensible au toucher. Ce pouvait être une simple fissure. Cependant, notre attention étant éveillée par l'existence des symptômes généraux, nous adressons à la dame quelques questions d'abord assez discrètes; la malade se trouble. Sûr alors de notre affaire, nous la poussons de questions, en respectant toutefois les formes autant qu'il nous est possible, et nous parvenons à lui faire avouer qu'elle a eu des rapports avec son amant par cette voie illicite, rapports dont la date coïncide avec celle de l'apparition des douleurs qu'elle éprouve actuellement. Cette petite tumeur n'était autre qu'un chancre induré du sphincter supérieur de l'anus.

Si beaucoup de malades se trompent, sont de bonne foi, il en est plus encore peut-être qui trompent le médecin sciemment. Vous vous défierez principalement lorsqu'il s'agira de nourrices qui se prétendront infectées par leurs nourrissons; très fréquemment alors, il s'agira d'une pure spéculation, d'un impôt que l'on voudra lever sur des parents trop crédules. Vous comprendrez jusqu'où peut aller l'imprudence de ces femmes, lorsque je vous aurai dit qu'une nourrice me fut présentée qui prétendait avoir eu une blennorrhagie pour avoir donné le sein à un enfant malade; nous parvînmes à déterminer d'une façon beaucoup plus croyable le point de départ de la blennorrhagie, lorsqu'il nous fut dit que cette femme habitait une ville dans laquelle se trouvait alors en garnison un régiment de cavalerie. Et mille autres faits de la même espèce qui se rencontrent journellement, et dont vous rencontrerez plus d'une fois les analogues.

On peut s'être infecté sans le savoir, ou, sans vouloir l'avouer, par d'autres voies encore; par la bouche, par exemple. La bouche est une des parties du corps qui s'infectent le plus souvent d'une manière illicite; sous ce rapport, il est inouï combien l'homme se rapproche des instincts de la brute. Ces contacts s'avouent, je crois, encore moins que les précédents. Il est vrai de dire, cependant, que, dans quelques cas, l'infection peut s'être faite d'une manière parfaitement innocente; on peut avoir bu au même verre qu'un individu dont les lèvres ou la langue étaient le siége d'un chancre. Quelquefois on peut s'être infecté soi-même sans le savoir, pour s'être servi d'instruments à l'usage des malades, d'une seringue, par exemple, dont la canule, mal nettoyée, aura conservé quelque peu de pus inoculable.

On peut voir souvent des accidents de vérole naître dans des points isolés, par suite du simple contact des parties malades.

Un jeune docteur de nos amis nous montra un jour une affection constitutionnelle qu'il rapportait sérieusement, et de bonne foi, à une blennorrhagie qu'il avait contractée six mois auparavant, dont il avait été guéri dans l'espace de huit jours. Quelques questions que nous lui adressâmes fixèrent son attention sur une petite écorchure qu'il s'était faite au doigt indicateur à peu près à la même époque, qui s'était convertie en une petite plaie circulaire, et ne s'était guérie qu'au bout de sept semaines. Il n'avait jamais, avant nos questions, fait attention à cette plaie, qui n'avait été autre chose qu'un chancre induré gagné par inoculation; et ce médecin se rappela qu'alors, en effet, il soignait un malade atteint de chancres, auquel il avait dû ouvrir un bubon avec le bistouri. Nul doute qu'il n'y ait eu là inoculation.

Donc il faut, lorsque vous aurez recueilli des observations, il faut tenir compte du point de départ, de l'époque de l'origine, du début. Il faut savoir quelles sont les modifications qui ont été introduites dans l'économie; quelle a été la filiation des symptômes. En dernier lieu, et pour terminer, il faut tenir compte des moyens d'exploration employés par le médecin. Il est de toute évidence que si vous vous contentez du récit de votre malade, si vous ne le voyez pas de très près, si vous ne le soumettez à l'examen le plus rigoureux, vous n'arriverez jamais à la connaissance de la vérité. Nos remarques portent sur tout ce qui a été fait jusqu'à présent.

Mais en même temps que vous serez en garde contre toutes ces causes d'erreur, prenez vos précautions pour ne point détruire, en révélant imprudemment la vérité, le repos et la tranquillité d'une famille. Pas une parole ne doit être dite sans avoir été attentivement pesée et méditée.

Un homme d'un extérieur froid et sévère entre un jour chez moi, et, sans préambule, me met sous les yeux la partie malade en faisant cette question: Qu'est ce que cela? — C'est un chancre. — Alors, c'est ma femme qui me l'a donné. — A ces mots, je vois la faute que j'ai commise, je feins d'examiner de nouveau; puis une idée me vient: Si c'est votre femme qui vous l'a donné, ce n'est point un chancre. — Comment sortirez-vous de là? me dit le malade. — Bien facilement, lui répondis-je. Venant d'une femme suspecte, cette ulcération me semblait être un chancre. Du moment que vous n'avez eu de rapports qu'avec votre femme, ce ne peut en être un. La source du mal est le signe diagnostique le plus certain de sa nature. Mais tous mes raisonnements n'eurent point l'air de convaincre cet homme, que j'ai su depuis être un homme d'une haute intelligence, et jouissant d'une belle réputation. Il emporta, sans me rien dire du reste, le soupçon que j'avais jeté dans son esprit.

Il est une loi que nous ne saurions trop recommander d'observer. Dans le monde, laissez vous tromper, mais seulement en apparence, et cela avec grâce, avec convenance, sans exprimer le moindre signe de doute; mais ne soyez pas dupe. Ce que vous dites au malade et devant lui, ne doit pas être l'expression de votre pensée. Ne faites pas d'une erreur la base d'une opinion scientifique. Complaisant vis à vis du monde, soyez sévère envers vous-même, et n'acceptez jamais un fait s'il n'est complet sous tous ses rapports, inattaquable au doute le plus léger, s'il laisse la moindre prise à une objection sérieuse. Lorsque l'on vous avouera des choses que l'on aurait intérêt à vous cacher, croyez-les; il est sûr qu'il n'y a point là de tromperie. Mais s'il y a dans un fait quelque chose de mystérieux que vous puissiez expliquer par les lois communes, gardez vos doutes; ils seront souvent bien fondés.

Par l'observation ordinaire, par l'étude des antécédents, par les voies vulgaires et communes de la contagion, peut-on arriver toujours à élucider toutes les questions qui ont trait aux maladies vénériennes? Non; il y a un certain nombre de questions qui restent enveloppées d'une obscurité plus ou moins profonde; alors il faut demander des éclaircissements à un autre mode d'observation, l'expérimentation. La nécessité d'y recourir a été tellement sentie, que les hommes les

---

Ce ne peut être l'Académie, a repris l'impitoyable trésorier; à peine si elle peut accorder une bougie de l'*Etoile* au banc des journalistes. Alors M. Nacquart s'est levé et a prononcé ces paroles: La Commission a fait une faute en proposant ce qu'elle ne pouvait pas accorder; qu'elle en subisse donc la peine, et qu'elle paye la consultation. Ici, me dit l'honorable personne qui a la bonté de me renseigner, je renonce à vous peindre l'agitation, le tumulte suscités par les quinze membres de la Commission. M. Civiale s'exclame, M. Bégin tire son grand sabre, M. Lagneau s'enfuit à toutes jambes; mais rien ne se décide au milieu de cette agitation, que ne peut dominer la sonnette de monsieur le président. Pendant une éclaircie de silence, M. Rochoux de sa voix claire et stridente: Je propose un moyen terme qui va mettre tout le monde d'accord. Que celui qui a demandé la consultation, la paye. Or, qui l'a demandée?

Silence général.

M. Rochoux. J'insiste, car ma proposition est parfaitement juste.

De toutes parts. Oui! Appuyé!

M. Rochoux. Eh bien, donc, qui a demandé cette consultation?

Tous les regards se tournent vers......... l'angle oriental de la salle, d'où une voix timide et embarrassée fait entendre ces mots:

C'est moi!

L'Académie prenant en considération la position délicate et l'attitude tremblante de cet honorable collègue, renvoie la décision à la prochaine séance, et l'assemblée se sépare au milieu de la plus vive émotion.

Je vous dis qu'il faudrait tout au moins un Homère pour chanter cette nouvelle Iliade. Et remarquez bien que les difficultés ne font que grossir en reculant. Que de fois encore, je le crains, n'aurai-je pas à revenir sur ce prix d'Argenteuil!

— L'année 1846 sera célèbre dans les annales des découvertes. Après le sublime travail de M. Leverrier, qui a fait trouver à point fixe dans l'immensité des cieux un astre déjà découvert par la théorie, voici des choses plus terrestres, mais bien plus immédiatement intéressantes, voici le coton-poudre, voici surtout le papier-poudre de M. Pelouze, dont les destinées, quand on y réfléchit un peu, peuvent jeter l'effroi ou l'espérance dans l'âme, selon le point de vue où l'on se place. Le papier-poudre, en effet, c'est la destruction, les ravages, la mort mis avec une incroyable facilité entre les mains du méchant. Avec deux feuilles de papier il fera sauter la maison qui l'offusque; avec un tout petit morceau de cette substance pesant 2 décigrames, il tuera à cinquante pas de distance l'homme qui le gêne. A toute heure et pour la plus minime somme, cet agent dangereux et perfide peut se trouver sous la main du malintentionné; il peut le préparer sans bruit, sans appareil, en tous lieux; dans son portefeuille il peut en renfermer de quoi tirer deux mille coups, et cela n'est-il pas tant soit peu effrayant? Mais tournons la médaille. Vauban, je crois, disait que si l'on parvenait à fabriquer la poudre au prix de un sou la livre, la guerre deviendrait impossible. Peut-on espérer que le papier-poudre va réaliser l'opinion de Vauban? Il est certain que si, comme l'assure M. Pelouze, l'inventeur de cette préparation singulière, si, dans vingt-quatre heures, avec quelques rames de papier et quelques tonneaux d'acide azotique, ce chimiste se charge de fournir de poudre une armée de cent mille hommes, la facilité avec laquelle les peuples pourront se livrer à la destruction et au carnage rendra peut-être les *casus belli* plus difficiles et moins prompts. D'un autre côté, le despotisme et la tyrannie y regarderont à deux fois avant d'opprimer une nation dont chaque foyer peut devenir un atelier redoutable de résistance et de vengeance. Voici certainement des destinées toutes nouvelles que le papier-poudre prépare à l'avenir du monde. Lève ton front radieux, liberté sainte! Confraternité des peuples, tu ne seras plus peut-être une généreuse hypothèse; de plus savants que moi te voient sortir tout armée du fond d'un verre à réactif.

— Mais voici qui est plus curieux encore, et surtout bien plus humanitaire. Tout à l'heure la chimie donnait de nouvelles et redoutables armes à l'art de détruire les hommes; et cette même science, opérant sur les mêmes matières et se fondant sur les mêmes lois, fait entrevoir un avenir, prochain peut-être, où l'homme n'aura plus à demander au pain, aux animaux, à la pomme de terre, les aliments qui le nourrissent, mais aux matières aujourd'hui les plus réfractaires à l'assimilation, au papier, à la sciure de bois, aux vieux chiffons, à toute substance, en un mot, contenant la cellulose, ce précieux et singulier principe découvert par M. Payen.

C'est fort sérieusement, très scientifiquement, que cette admirable espérance a été émise à l'Institut. Déjà un expérimentateur s'est mis à l'œuvre. Des chiens — pauvres bêtes! — ont été soumis à l'alimentation par le papier préparé, et d'après les dernières nouvelles, ces animaux soumis depuis quatre jours à ce singulier régime étaient encore gaillards et dispos. Convenez que voilà d'étourdissantes nouvelles. Qu'en dites-vous, monsieur Rochoux, spirituel et paradoxal adversaire de la perfectibilité?

Tout ceci doit vous dire que j'ai vécu pendant quelques heures dans un milieu chimique et que je me trouve comme imprégné des émanations qui s'en exhalent. En effet, je sors de la séance de rentrée de la Faculté de médecine, dans laquelle M. le professeur Dumas, chargé du discours, a fait une longue et brillante exposition des merveilles et des prodiges de la science chimique. J'aurai probablement quelque chose à dire, au point de vue médical, de quelques doctrines du célèbre professeur; aujourd'hui, et en attendant l'impression de ce discours, bonne fortune réservée à nos lecteurs, je me bornerai à constater le succès obtenu par l'orateur parmi son jeune et chaleureux auditoire. Ce discours, qui a été vivement applaudi, a commencé par l'éloge d'Auguste Bérard, éloge bien fait, parfaitement senti et dont le début surtout a produit une vive impression.

Nos lecteurs pourront apprécier eux-mêmes la valeur et la partie de cette œuvre que le défaut de temps et d'espace nous empêche de publier aujourd'hui, mais que nous insérerons dans le prochain numéro.

Quelques instants avant l'ouverture de la séance, M. le professeur Royer-Collard, soutenu par deux bras amis, est entré dans l'amphithéâtre. A sa vue, l'assistance s'est levée et a témoigné par une salve d'applaudissements le sympathique intérêt qu'inspire ce jeune et malheureux professeur.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

M. le docteur Aulagnier vient d'être nommé médecin en chef de l'école polytechnique, en remplacement de M. le docteur Duponchel, décédé.

— M. le professeur Piorry reprendra ses conférences au lit des malades le jeudi 19 novembre, à neuf heures du matin, tous les jours (salles Saint-Raphaël et Sainte-Geneviève).

M. Piorry fera tous les jeudis, à partir du 19 novembre, dans l'amphithéâtre de clinique chirurgicale, une leçon où il résumera les faits remarquables vus dans le courant de la semaine au lit du malade.

MM. les élèves qui le désireront seront exercés à l'interrogation des malades.

— La Faculté faisait imprimer tous les ans le programme des prix à décerner et des prix accordés. Cette année cette petite dépense a été supprimée; ce qui nous empêche de donner aujourd'hui les noms des lauréats, soit de l'Ecole pratique, soit des différents prix institués par des fondations particulières. Nous les donnerons prochainement. Remarquons seulement que la Faculté n'a pas cru devoir accorder, cette année, le premier prix de l'Ecole pratique.

— M. Dumas a annoncé aujourd'hui, dans le discours de rentrée, qu'un laboratoire exclusivement réservé aux recherches de chimie organique serait incessamment ouvert aux élèves. Deux chefs y seraient attachés, l'un pour diriger les manipulations chimiques, l'autre pour diriger les recherches microscopiques.

plus haut placés, les intelligences les plus supérieures, les caractères les plus moraux, n'ont pas craint de s'en servir. C'est ainsi que Hunter a dû faire ses recherches, par l'inoculation artificielle en grande partie. Les recherches expérimentales sont un moyen des plus précieux, et d'une valeur telle, que nos adversaires les ont prises depuis longtemps pour point de mire de leurs attaques, et les ont complétement proscrites sans savoir à quoi l'on pouvait les employer, à quels inappréciables résultats elles pourraient aboutir. On a dit que ces inoculations étaient immorales. Vous savez ce que l'on a dit de la vaccine dans les premiers temps de sa découverte, et alors qu'on ne savait point encore à quels admirables succès elle pourrait conduire. Nous le disons hautement, fort de notre conscience, fort de la sainteté du but que nous voulons atteindre : il n'est rien de plus moral, de plus scientifique, de plus utile pour le malade, que cette inoculation artificielle, que l'on ne pourra nous jamais reprocher d'avoir faite dans une simple vue de curiosité, mais toujours et uniquement pour élucider un point obscur de la science, et dans l'intérêt bien entendu du malade.

Du diagnostic absolu comme celui que nous poserons alors que nous aurons rassemblé tous les éléments à l'aide desquels on peut y arriver, va découler le pronostic, puis le traitement. Croyez-vous qu'il soit plus immoral de chercher par tous les moyens possibles à déterminer la nature exacte d'une maladie, nature sans la connaissance de laquelle il est impossible d'agir, que de tenir pendant cinq ou six mois un malade au lit ou à la chambre, et soumis à des médications toutes plus irrationnelles, plus nuisibles les unes que les autres ?

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, SÉANTE A LA FACULTÉ.

Séance du 7 octobre 1846. — Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend un travail manuscrit de M. Dezautières, de Decize (Nièvre), sur l'emploi des saignées. (Renvoyé à M. Barth, rapporteur de la commission précédemment saisie de sa candidature, et à MM. Colas et Laurès.)

— *M. Barth* prend la parole au sujet de la communication faite dans la précédente séance par M. Cazeaux. (*Voir* le procès-verbal de cette séance.)

Les opinions semblent se partager, dit-il, sur la question de savoir s'il s'agissait d'un épanchement dans le cerveau ou d'une apoplexie nerveuse. La tendance à rejeter la première de ces suppositions a sans doute été déterminée par l'idée, très juste au reste, que ces accidents sont beaucoup plus rares chez les enfants que chez les vieillards. Mais cette vérité aussi a besoin de n'être pas exagérée ; il n'est pas de personne ayant fait beaucoup d'autopsies à l'hôpital des Enfants, qui n'ait été à même d'en constater quelques cas. Les apoplexies nerveuses sont encore moins fréquentes ; elles ne s'observent guère que chez les hystériques ; et dans ces cas même elles manquent de la précision des apoplexies véritables. Il semble donc beaucoup plus logique d'admettre qu'il s'est formé dans le cerveau un petit épanchement qui a été promptement résorbé.

M. Cazenave se déclare loin de considérer comme prouvée la supposition contre laquelle s'élève M. Barth ; il est même naturellement porté par ses études antérieures à croire à l'épanchement ; mais il pense qu'il n'est pas difficile d'admettre, dans l'espèce, la paralysie nerveuse. La rapidité de l'amélioration et de la guérison légitime cette hypothèse. Dès le lendemain, en effet, il y avait du mieux ; un retour sensible au mouvement se manifestait. Les phases qu'a suivies la maladie de cet enfant sont précisément celles des paralysies hystériques.

En 1844, M. Cazeaux observa un enfant qui présenta des phénomènes assez analogues à ceux dont il a parlé. Cet enfant avait deux ans et demi ; sa dentition n'était pas terminée. Tandis qu'il jouait, il tomba tout à coup ; relevé, il retomba aussitôt : il était paralysé. La sensibilité était partout abolie. Cet état dura dix à douze jours. Depuis, il n'éprouva aucun accident semblable. Il est très probable que cet enfant eut aussi une paralysie nerveuse. Ce diagnostic est d'autant plus rationnel qu'on peut se demander si la dentition ne rapproche pas, jusqu'à un certain point, les enfants des femmes hystériques.

Dans une autre circonstance, M. Cazeaux eut l'occasion de constater anatomiquement la possibilité de l'apoplexie nerveuse. Pendant son internat, un jeune homme fut apporté à l'Hôtel-Dieu, présentant tous les phénomènes de l'épanchement cérébral. Accusé de vol, cet individu avait été très fortement impressionné ; il était aussitôt tombé sans connaissance, et dès lors il ne recouvra plus ni le sentiment, ni le mouvement. Il mourut au bout d'une vingtaine de jours. L'autopsie en fut faite avec le soin le plus minutieux, et elle ne révéla dans les centres nerveux aucune lésion anatomique. M. Rostan, ajoute l'auteur, auquel le fait fut communiqué, le nia ; mais j'ai su depuis qu'il avait rencontré des cas semblables. M. Cruveilhier émit aussi quelques doutes devant la Société anatomique dans une des séances de laquelle je rapportai l'observation. Quelque temps après, M. Cruveilhier eut à la Salpêtrière un exemple pareil sur une vieille femme.

Somme toute, l'apoplexie nerveuse n'est pas excessivement rare. Il ne faut donc pas en rejeter trop loin la possibilité chez le malade à l'occasion duquel a été soulevée cette discussion. Quant au nom en lui-même, il n'a aucune importance. Il est bien entendu qu'il doit seulement exprimer l'idée d'absence de lésion matérielle du cerveau.

M. Barth répond qu'il ne repousse pas d'une manière absolue la possibilité du fait, mais qu'il faut au moins rester dans le doute. Il est d'avis aussi qu'il faut tenir compte de l'époque de la dentition. Il cite même un fait dans lequel cette influence lui parut évidente. Un enfant fut, sans aucune autre cause appréciable, momentanément paralysé. Mais les accidents ne durèrent que quelques minutes, de façon qu'il y a bien loin de là à une véritable paralysie.

M. Depaul rappelle à l'appui de la manière de voir de M. Cazeaux, les paralysies qu'on observe quelquefois pendant la grossesse ou à la suite de l'accouchement, et qui lui paraissent analogues à celles dont il a parlé. Il en cite l'exemple suivant :

Je fus appelé, dit-il, il y a environ deux ans, rue de la Verrerie, pour voir une femme accouchée la veille, et chez laquelle la délivrance n'avait pu être faite. La délivrance achevée, cette femme parut se bien porter les jours suivants ; puis quelques accidents se produisirent du côté du ventre pendant deux à trois jours. Le sixième, elle fut frappée d'hémiplégie ; la sensibilité était diminuée, l'intelligence complète. J'avais entendu dire à M. Dubois qu'il avait vu des accidents semblables, et que l'hémiplégie dans ces conditions n'avait pas sa gravité ordinaire. Je fis appeler ce professeur. Il espéra que cette femme confirmerait la remarque qu'il avait faite. Un traitement énergique antiphlogistique et antispasmodique fut employé. La guérison était en effet obtenue au bout de cinq à six jours, et la santée de cette femme est depuis restée parfaite.

M. Giraldès s'élève contre la légèreté avec laquelle on examine en général les centres nerveux. Ces examens d'ailleurs ne peuvent jamais se faire que vingt-quatre heures après la mort, et c'est plus qu'il ne faut pour que dans une substance si allérable toute trace de lésion ait disparu dans une infinité de cas. Là, même, on devrait trouver des raisons de faire plus minutieusement les recherches. Loin de là, on se contente presque toujours de couper le cerveau par tranches, et on ne se sert pas même du microscope. Il n'est donc pas plus possible dans le cas rapporté par M. Cazeaux que dans tant d'autres, de conclure qu'il n'y avait pas de lésions des centres nerveux ; on peut dire seulement qu'on n'en a pas trouvé par les moyens ordinaires.

M. Cazeaux répond qu'il n'a pas entendu dire autre chose.

M. Colas, partant de l'hypothèse que des deux substances nerveuses l'une est conductrice d'un fluide inconnu, et l'autre est isolante, présume que la perversion de leur équilibre fonctionnel peut expliquer les désordres dont il vient d'être question.

— *M. Larrey* rend compte du recueil des Mémoires de la Société de médecine de Brest. — Parmi les observations qu'il contient, il note les suivantes :

1° Eclampsie survenue au sixième mois de la grossesse ; guérison ; continuation de la gestation. — L'auteur de cette observation, M. Beuscher, soutient que les auteurs, et particulièrement M. Paul Dubois, ont exagéré le pronostic de l'éclampsie.

2° Broiement de la masse cérébrale pendant l'accouchement ; persistance de la vie après la naissance pendant quelques instants.

3° Anomalies : *a* Naissance de la carotide gauche avec la carotide et la sous-clavière droites du tronc brachio-céphalique. *b* Absence de deux doigts et des métacarpiens correspondants.

4° Transformation remarquable des nerfs de la vie organique et de la vie animale observée sur le cadavre d'un forçat mort de fièvre typhoïde, par MM. Maher et Payen. — Ce cas extraordinaire est l'analogue des deux faits cités par M. Serres en 1843. Les dispositions anatomiques sont identiquement semblables. Comme les autres sujets, cet homme n'avait jamais présenté un seul symptôme de troubles dans le système nerveux.

La discussion s'engage sur ces différents faits :

M. Depaul combat les remarques dont le premier est accompagné. M. Paul Dubois n'ayant pas dit que l'éclampsie fût nécessairement mortelle, il trouve qu'on aurait tort de l'accuser d'en avoir exagéré le pronostic.

A propos du deuxième, *M. Forget* rappelle que M. Laborie a publié, dans les Annales de chirurgie, une observation de persistance de la vie après la céphalotripsie.

Quant à la transformation des nerfs, *M. Giraldès* donne quelques explications sur le sujet disséqué à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il était mort, comme on le sait, de fièvre typhoïde dans le service de M. Piedagnel, n'ayant absolument rien présenté de particulier dans tout le cours de sa vie qu'un peu d'insensibilité au froid. Au premier coup de scalpel, une disposition anatomique étrange ayant frappé, M. Petit fit transporter le cadavre dans le laboratoire. La dissection en fut faite, et tout le système nerveux fut trouvé très volumineux. M. Serres conçut l'idée que c'était une disposition ganglionnaire ; il pensa que c'était une exagération de ce que Heremberg avait appelé des tubes moniliformes. Mais à un examen attentif sous l'eau, M. Giraldès vit que tantôt le filet contournait, que tantôt il enveloppait de tous côtés de petites tumeurs véritables formations plastiques au centre des cordons. On eût dit des névromes, à cela près qu'au lieu d'être formées d'un tissu transparent ces tumeurs étaient d'un tissu mat.

Ces cas, au reste, ne sont pas aussi rares qu'on l'avait cru dans le principe. M. Cruveilhier en a observé. Ceux-ci n'étaient pas, il est vrai, aussi complets.

— *M. Cherest* rend compte d'un volume intitulé : Exposé des travaux de la Société des sciences médicales de la Moselle (1843). Ce volume contient les travaux originaux dont les titres suivent : Réflexions sur les causes, le siége et le traitement des fièvres dites typhoïdes, par le docteur Gasté ; Histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Fristo ; Mémoire sur les tumeurs érectiles, par M. Carron du Villards ; Observations sur les professions exercées dans les prisons civiles de Metz, et sur plusieurs cas de furoncles et d'anthrax traités dans ces prisons, par le docteur Ibrelisle.

Conformément aux conclusions du rapporteur, des remercîments de leurs intéressantes communications seront adressés à la Société de médecine de Brest et à la Société des sciences médicales de la Moselle.

— *M. le docteur L. Cappon-Veillon*, membre titulaire de la Société, allant habiter le Chili, est officiellement chargé d'informer la Société de tout ce qui se passera dans cette partie de l'Amérique qui puisse l'intéresser.

Son titre est changé contre celui de membre correspondant.

— La séance est levée à dix heures.

Dr J. CHEREST, *secrétaire annuel.*

REVUE GÉNÉRALE.

Névralgie sus-orbitaire périodique. — Le docteur Martin, de Nimes, a lu à la Société de médecine de cette ville un fait curieux qui soulève d'intéressantes questions de physiologie pathologique, et que nous rapportons ici dans son entier.

Jeanin, maçon, vingt-huit ans, lymphatique, d'une constitution robuste, entre à l'Hôtel-Dieu de Nimes le 19 janvier, pour une forte douleur au-dessus de l'œil gauche.

Cet homme, interrogé sur les précédents de sa maladie, nous a donné les renseignements suivants :

Il est né de parents sains et exempts de maladies héréditaires ; néanmoins il a eu une sœur qui est morte poitrinaire ; après six mois de maladie. Quant à lui, il n'a jamais été gravement malade, si ce n'est, à l'âge de vingt-cinq ans, un point pleurétique et la névralgie dont il est atteint encore.

Cette névralgie s'est manifestée sans cause appréciable, lorsque Jeanin n'était âgé que de dix ans. Depuis, elle a continué à reparaître avec la même intensité. Le retour de cette douleur présente les variations les plus curieuses, et est presque toujours influencé par les phases de la lune et le retour des saisons.

Lorsqu'elle se montre, elle commence tous les jours à cinq heures du matin et finit à midi précis. Ces attaques viennent huit jours de suite, et ne dépassent jamais ce nombre. Le siége de la douleur est le point d'immergence du nerf sus-orbitaire. Le malade dit qu'elle se fait sentir sur l'étendue d'une pièce de 1 franc, et qu'elle est pulsatile ; elle n'est ni augmentée, ni diminuée par la pression, la chaleur, ni par aucun autre topique. Pendant sa durée, le malade ne peut supporter la lumière ; les muscles de la paupière correspondants, ainsi que ceux du front, sont fortement contractés ; le pouls est agité, sans être petit ni fréquent.

La douleur varie d'intensité et de siége suivant qu'elle survient au premier ou au dernier quartier de lune ; jamais elle n'a paru au deuxième ni au troisième quartier. Lorsqu'elle vient au premier quartier, elle se fixe ordinairement sur le sourcil gauche ; elle est légère dans les premiers jours, et va croissante jusqu'au huitième. Elle commence faiblement à cinq heures du matin et augmente jusqu'à midi, et enfin se termine tout à coup. Le huitième jour, vers midi, le malade est pris d'un état tétanique général qui dure pendant une heure ; la douleur, durant ces spasmes, quitte son siége primitif pour se porter dans les muscles du tronc et des membres. Ceux du cou, de la langue et du reste de la tête sont les seuls qui ne participent pas à l'état tétanique.

Lorsque la névralgie survient au dernier quartier de la lune, elle a lieu ordinairement du côté droit ; mais alors sa marche est en sens inverse. Ainsi, dans les premiers jours, la douleur est forte et va en diminuant jusqu'au huitième ; alors, comme précédemment, la douleur commence à 5 heures du matin ; elle est peu intense, va croissante et se termine à midi d'une manière instantanée. La névralgie, qui était allée en diminuant de jour en jour, se termine complétement le huitième sans aucun symptôme apparent. Pour me servir de l'expression du malade qui résume assez bien la marche de la maladie, la douleur augmente lorsque la lune croît, et elle diminue lorsque la lune décroît.

Cette névralgie se montre quatre ou cinq fois dans l'année, et ne paraît pas être modifiée par les passions, les excès ni aucune autre circonstance de la vie. Depuis l'âge de dix ans, le malade assure l'avoir toujours eue dans le mois de mai et dans celui d'août ; il n'a rien remarqué de constant pour les autres mois. A ces époques fixes, la douleur est plus intense que dans les autres.

Immédiatement après la cessation de la douleur, le malade reprend complétement son état normal et peut retourner au travail. Cette névralgie n'influe pas sur sa santé générale, et surtout sur ses facultés intellectuelles. Cet homme, ainsi que le démontrent les détails que nous venons de donner, est doué de beaucoup d'intelligence.

Jeanin est arrivé à Nimes depuis peu de jours : le 16 du mois de janvier, il a été atteint de sa névralgie. La douleur s'est répétée les jours suivants ; mais ce n'est que le 19 au soir qu'il est entré à l'hôpital.

Le 20 au matin, nous avons pu être témoin de la durée de la douleur et des symptômes qui l'accompagnent : tout était conforme à ce que nous avait rapporté le malade en arrivant ; ce qui seulement semblait être en désaccord, c'était le siége de la névralgie. Comme nous étions dans le dernier quartier de la lune, la névralgie aurait dû avoir son siége au côté droit, tandis qu'elle était du côté gauche. Cette fois, comme cela serait arrivé d'autres fois, la maladie aurait dérogé à la règle pour le siége ; quant à l'intensité, le malade dit qu'elle avait été plus forte les jours précédents, et qu'elle allait en diminuant comme cela arrive dans les derniers quartiers.

A la visite du 20, le médecin de service a ordonné au malade une potion contenant :

Sulfate de quinine,	0,40	cent.
Eau de laitue,	100	gram.
Acide sulfurique étendu,	2	gouttes.
Sirop de gomme,	15	gram.

A prendre en deux fois, moitié à quatre heures après midi et moitié à dix heures du soir.

Le 21, la névralgie n'a pas reparu. — Bouillon le matin, quart de potion et eau rougie pour le soir ; on répète la même potion avec le sulfate de quinine.

Le 22, la douleur ne reparaît pas non plus ; et le malade, se croyant guéri, veut absolument quitter l'hôpital.

Avant de sortir, nous demandons à Jeanin de nous faire une autre fois l'histoire de sa maladie : nous tournons les questions de toutes les manières, et il nous répète exactement ce qu'il nous avait dit à son arrivée. Il ajoute, de plus, qu'étant autrefois entré dans divers hôpitaux pour la même maladie, on lui avait fait des saignées générales et locales, donné des pilules, etc., et que, malgré ces remèdes, la névralgie avait parcouru sa période de huit jours.

Ligature des deux carotides dans un cas de plaie par arme à feu. — Le docteur Ellis, du Michison, a rapporté dans le *British and American journal* un fait très rare, que nous empruntons aux *Archives.*

Un homme de vingt et un ans reçut à la chasse une balle qui ne lui était pas destinée ; cette balle l'atteignit presqu'au centre et immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate du côté gauche, se porta vers le cou en intéressant le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, gagna la partie centrale de la langue, brisa les incisives et les bicuspidées du côté droit, et une portion du bord alvéolaire, pour venir sortir à travers la lèvre supérieure. Il n'y eut d'abord que peu ou point d'hémorrhagie.

Le septième jour, dans la nuit, la plaie de la langue fournit une hémorrhagie secondaire, dont on se rendit maître en comprimant la carotide du côté gauche et les bords de la plaie ; la nuit suivante, nouvelle hémorrhagie ; ligature de la carotide gauche ; le malade alla bien jusqu'au onzième jour. Une hémorrhagie nouvelle eut lieu, que l'on arrêta par une compression de la carotide droite.

Comme cette perte de sang se répétait, l'auteur assembla une consultation, et l'on décida qu'on lierait l'artère linguale ou l'artère carotide : c'est ce dernier vaisseau que l'on choisit, dans l'incertitude où l'on était si l'hémorrhagie était fournie par la linguale du côté droit ou par l'extrémité non liée de la carotide gauche. D'ailleurs, il y avait une grande tuméfaction au-dessous de l'angle de la mâchoire, et par conséquent beaucoup de difficulté à reconnaître le bord de l'os hyoïde. La ligature de l'artère carotide ne détermina aucun accident, si ce n'est un peu de pâleur, une augmentation de fréquence du pouls et un peu de difficulté à respirer. Les artères temporales cessèrent de battre, et l'hémorrhagie se suspendit. La ligature de la carotide gauche tomba le dix-septième jour, et celle de la carotide droite le quatorzième. La plaie du côté gauche fournit encore de la suppuration pendant plusieurs semaines. Au moment où l'auteur écrivait ce qui précède, le malade était dans un état satisfaisant, et sur le point de reprendre ses travaux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire, par M. le docteur BOUDET.

Un médecin de Bourg, M. le docteur Ebrard, a tout récemment été mis par le hasard sur la voie d'une nouvelle application fort intéressante de l'iodure de potassium à la thérapeutique : il a reconnu que des frictions pratiquées sur les reins, dans le cas de lumbago, avec la pommade à l'iodure de potassium du Codex, enlèvent le mal avec une grande rapidité.

M. Boudet a voulu vérifier ce résultat, et les observations recueillies par lui dans sa pratique ont confirmé de tout point l'expérience de M. Ebrard. Il a vu, en effet, un lumbago des plus intenses s'amender sur l'heure sous l'influence des frictions avec l'iodure de potassium, et disparaître complétement avant le troisième jour. Cependant, dans le cas dont il s'agit, il est à noter que le rhumatisme était douloureux à ce point que le malade, homme robuste, s'était évanoui le jour même où la médication iodurée fut commencée, et que, depuis soixante-douze heures déjà, les souffrances marchaient dans une progression toujours croissante.

Un autre médecin, auquel M. Boudet avait parlé de la nouvelle médication, a obtenu des résultats aussi satisfaisants chez une jeune dame souvent rhumatisante, et qui se trouvait en proie à tous les tourments d'un lumbago des plus violents. Plusieurs frictions, pratiquées sur le siége des douleurs, en firent justice en moins de vingt-quatre heures, tellement que la malade qui, la veille au soir, restait

immobile sur son lit et incapable de faire le moindre mouvement, se promenait le lendemain sans gêne et sans malaise.

M. Bondet, qui n'a pas employé avec moins de succès cette médication dans un cas d'inflammation rhumatismale des muscles de la cuisse, se propose de l'essayer maintenant dans les cas d'inflammation rhumatismale des différents muscles de l'organisme, et dans ceux de phlegmasie rhumatismale des articulations.

Emploi du camphre dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. le docteur Barasch, de Kalarath (Valachie).

M. Barasch emploie avec succès le camphre contre les fièvres paludéennes ; ce qui lui paraît devoir mériter la préférence à ce médicament sur le quinquina et ses préparations, c'est :

1° Que les récidives sont beaucoup plus rares après son emploi qu'après celui du quinquina;

2° Que le camphre n'entraîne point, à la suite de son administration, des accidents consécutifs comme ceux que détermine le quinquina, qui sont si fâcheux et si difficiles à combattre (rhumatisme opiniâtre, troubles variés de la digestion, cardialgie, ascite, etc.);

3° Que le bas prix de cette substance, comparé avec le prix élevé de la quinine, doit être pris en grande considération, particulièrement dans la pratique des pauvres.

Ce médecin administre le camphre sous forme de poudre, d'émulsion et de pilules, mais il donne la préférence à la dernière de ces formes.

La dose à laquelle il le prescrit varie de deux à dix centigrammes par jour, qu'il divise généralement en trois prises à administrer six, quatre et deux heures avant l'invasion présumée du paroxysme.

Pour en obtenir tout l'effet désiré, il conseille de répéter l'ingestion tous les jours sans avoir égard au type de la fièvre.

Une particularité qu'il a remarquée dans l'action de ce médicament, c'est de changer le type de la fièvre en retardant l'accès de vingt-quatre heures.

La diffusibilité du camphre le recommande surtout dans le traitement de ces affections, parce qu'après avoir guéri la fièvre il ne laisse aucune trace de son passage dans l'organisme. On peut d'ailleurs être persuadé que c'est spécialement dans les cas où la fièvre a été combattue par un médicament volatil que l'on peut être certain de sa guérison solide et durable.

Application de l'arsenic au traitement des furoncles; par M. le docteur Schweich, de Neuwied.

D'après M. Schweich, les purgatifs, et surtout les purgatifs salins, loin de se montrer avantageux dans le traitement des furoncles, augmentent l'intensité du mal, les antimoniaux restent à peu près sans action ; mais le moyen qui guérit radicalement, et d'une manière véritablement héroïque, est l'arsenic.

Ce médecin prescrit l'administration de quatre gouttes de solution minérale de Fowler, le matin et le soir, jusqu'à ce que le malade ait pris trois grammes de ce médicament ; il fait prendre ensuite une seconde quantité de trois grammes à la dose de cinq gouttes par prise, et enfin une troisième à la dose de six gouttes, après quoi la guérison est toujours complète.

Pendant la durée de cette médication, il n'est pas même nécessaire de changer le régime diététique ordinaire des malades.

Dans la première semaine du traitement, il n'est pas rare de voir se manifester encore de nouveaux furoncles, mais qui ne se développent pas, restent pour ainsi dire à l'état rudimentaire, et finissent par disparaître d'eux-mêmes.

Les récidives, après l'emploi de cette médication, paraissent être excessivement rares.

Cas de mort apparente par congélation, suivi de guérison rapide sous l'influence de la flagellation; par M. le docteur Deubel, de Wiehl.

Le 22 février, entre six et sept heures du soir, par une température de six degrés au-dessous de zéro de l'échelle réaumurienne, une femme âgée de quarante-deux ans, habituée à faire des excès quotidiens d'eau-de-vie, fut trouvée dans la neige, présentant toutes les apparences de la mort. Elle pouvait avoir séjourné quelques heures dans la neige. On l'avait transportée sur une brouette, et déposée dans une écurie en raison de la vermine dont elle était couverte, et qui avait empêché de la placer ailleurs. Le même motif empêchait les assistants de chercher à la déshabiller.

Dans cette circonstance, M. Deubel, ne pouvant pas recourir aux moyens conseillés par l'art dans les cas de ce genre, fit relever les jupons, et frappa très fortement le dos, le derrière et les membres inférieurs, avec une verge de bouleau.

Après dix à quinze minutes de cette manœuvre, une légère rougeur commença à se montrer, et finit bientôt par devenir plus vive sous l'influence de la flagellation continuée.

Dans l'espace d'une demi-heure, ce mode de traitement amena l'abaissement du bras, qui jusque-là s'était maintenu dans un état d'élévation. La respiration, qui était restée suspendue jusque-là, commença à s'opérer et à devenir sensible tant à la vue qu'à l'ouïe. Enfin, dix minutes ne s'étaient pas écoulées à partir de ce moment, que la morte apparente recouvra l'usage de la parole. Dès le lendemain, elle put reprendre ses occupations ordinaires.

— Dans la séance du 9 novembre, la Société médicale du 10e arrondissement a décidé qu'une somme de 100 francs serait offerte aux inondés de la Loire, et qu'une pareille somme serait donnée au bureau de bienfaisance de l'arrondissement.

— Dans sa séance du 13 novembre, la Société médicale du Temple a voté une somme de 100 francs pour les inondés de la Loire.

— Le célèbre professeur de pathologie à l'université d'Edimbourg, docteur John Thomson, est mort il y a quelques jours à l'âge de 82 ans.

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, ouvrira, le 18 novembre, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès ciences et au premier examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à deux heures, celui de physique à trois heures un quart, et celui d'histoire naturelle à six heures et demie.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PRÉPARATIONS SULFUREUSES DU Dr QUESNEVILLE.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les préparations si efficaces et si actives que le docteur Quesneville a popularisées depuis quelques années.

Les Bains de Barèges inodores et le Sirop d'hyposulfite de soude sont en effet le spécifique par excellence des maladies de la peau.

Le Sirop d'hyposulfite de soude remplace à l'intérieur les eaux sulfureuses naturelles et artificielles ; c'est le meilleur adjuvant des Bains de Barèges ; il se prend, pendant qu'on fait usage de ces derniers, à la dose de trois à quatre cuillerées par jour ; seul et sans le secours des bains, il produit également de bons effets, mais moins promptement.

Ces deux médicaments se trouvent à la pharmacie Quesneville, *rue Jacob*, n° 30, pharmacie que les médecins adoptent aujourd'hui avec raison, et qui se recommande du reste par la bonne préparation et le bon marché de ses produits.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 NOVEMBRE 18'6. (19e ANNÉE.) N°. 136. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SÉANCE D'OUVERTURE.

Discours prononcé par M. le professeur Dumas.

Messieurs,

Il y a quelques mois à peine, lorsque la Faculté me faisait l'honneur de me désigner pour porter la parole dans cette solennité que nous aimons tous, j'acceptai avec joie cette mission. La prospérité de l'Ecole, celle de la science, dans le présent comme dans l'avenir, formaient à mes yeux un tableau plein d'intérêt. Je me sentais heureux pour la Faculté et pour le pays d'avoir à le déployer devant vous.

Vos collections agrandies d'un nouveau musée, monument élevé à la science anatomique; vos études raffermies par un système d'examen longuement élaboré, et dont vous saurez comprendre et accepter les sages exigences; une loi sur l'exercice de l'Académie, provoquée par le corps médical tout entier, préparé dans cette enceinte même par une commission savante et dévouée, sous l'inspiration d'un ministre dont la raison élevée recherche et saisit tout ce qui est utile, noble et grand; et pour rentrer dans la spécialité de mon enseignement, la chimie organique florissante, prêtant à l'art de guérir un appui de jour en jour plus direct et plus sûr, telles étaient les images que je me félicitais d'avoir à vous rappeler ou à vous peindre.

Pourquoi faut-il qu'une perte cruelle et soudaine soit venue envelopper d'un crêpe funèbre cette cérémonie qui semblait réservée à de plus douces émotions !

Mais, hélas! qu'elle est incomplète et troublée cette fête de famille, lorsqu'il y manque ces deux frères si tendrement unis, si universellement aimés, si savants et si bons, l'ornement et l'espoir de la Faculté; quand le plus jeune arraché à tout ce qu'il aimait, à votre affection, à la science, vient de quitter la vie au moment où la fortune trop longtemps sévère adoucissait ses rigueurs; quand son frère aîné, disons mieux, quand son véritable père, brisé par la maladie et par la douleur va redemander des forces à des climats plus doux, impuissant à remplir aujourd'hui dans cette chaire des soins qui, partagés, faisaient son orgueil et sa joie, et où désormais il ne pourra chercher que des consolations !

Vous ne vous étonnerez pas, si en présence d'un tel malheur, je n'ai pas songé un seul instant à ma propre faiblesse, et si je n'ai pas hésité, sûr de vos sympathies, à me faire l'écho des regrets de la Faculté, inclinant mes scrupules devant les douleurs et les vœux d'une famille désolée.

A en juger par la date de sa nomination, qui remonte à peine à trois années; à en juger par son âge, qui le classait parmi les plus jeunes d'entre nous, notre infortuné collègue Auguste Bérard devrait laisser ici peu de ces amitiés anciennes, de ces souvenirs profonds et durables qui ne s'acquièrent qu'au prix d'une longue habitude. Mais, vieil émule de vos nombreux concours, il avait gagné depuis si longtemps, à cette place même, l'estime de ses juges et le respect de la jeunesse, que l'Ecole perd une de ses anciennes renommées dans ce professeur qu'elle venait à peine d'acquérir.

Près de moi j'aperçois ses maîtres; autour de moi ses anciens rivaux; partout ici des amis qui l'ont pleuré.

Que de souvenirs se concentrent autour de cette place, occupée il y a si peu de jours par un professeur qu'on avait vu interne des hôpitaux; trois fois lauréat de l'Ecole pratique, aide d'anatomie, prosecteur de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, et enfin successeur de Sanson dans cette chaire de clinique chirurgicale où la fortune jalouse vient de briser avant le temps deux existences si dignes d'une plus longue durée!

Auguste Bérard atteignait à peine sa quarante-cinquième année. Il était né en 1802, le 2 août, dans le département de Maine-et-Loire, en un petit endroit nommé Varrins. Sa jeunesse fut pénible. Livré à lui-même, il n'eut d'autre soutien que sa mère, d'autre guide que son frère aîné. Toutes les séductions de l'oisiveté, celles du vagabondage d'une enfance inoccupée et ignorante, demeurèrent impuissantes devant ce goût inné du travail, cette ambition honnête, cette aptitude particulière au bien qui caractériseraient celui que nous avons perdu, si on ne les retrouvait au même degré dans le frère qui nous reste.

Ici, on se souvient de les avoir vus, ces deux jeunes gens livrés à eux-mêmes, l'un déjà interne des hôpitaux, grâce à un travail opiniâtre secondé par la plus heureuse nature, par la facilité la plus charmante; l'autre arrivant à Paris avec sa famille, dont le patrimoine était alors dissipé.

Ce dernier voulait prendre le mousquet, et tenter la carrière des armes; le frère aîné le suppliait de partager sa chambre, d'étudier la médecine; il se montrait prodigue de promesses, que la fortune avait enfin réalisées, pour le décider à demeurer sous la sauvegarde de son expérience et de son amitié.

Leur misère était telle alors, que pendant quelques mois, Auguste, à peine vêtu, n'osait pas quitter la chambre de son frère. Rude école du malheur, que tant d'entre nous ont connue!

Dans cette chambre il passait son temps à disséquer sous la direction de son frère. Ces études sévères lui préparaient de prochains succès; car bientôt lui-même il fut nommé interne à son tour, et il figurait au premier rang sur la liste.

Et pour montrer tout ce qu'il avait appris dans ces longues heures de travail solitaire dirigé par une affection toute paternelle, pour montrer comment il avait su reconnaître et récompenser les soins dont il avait été l'objet, disons seulement qu'Auguste Bérard sut conquérir sa réception gratuite par les trois prix successifs qu'il remportait dans les concours de l'Ecole pratique.

Heureux temps pour les deux frères, où, confiant dans leurs forces et dans la fortune, ils s'élançaient dans la lice soutenus par une amitié que la mort seule pouvait rompre et sûrs d'obtenir la première place un jour au nom des droits que garantit un travail opiniâtre, au nom de ceux que donne une intelligence sereine et cultivée.

Et pourtant que d'obstacles à vaincre, combien de ces luttes épuisantes et meurtrières à subir ! Triste destinée, mes jeunes amis, que celle où la pensée toujours excitée par le contact des faits, par le mouvement de la science, s'élance sans cesse vers des voies nouvelles, et où, toujours réprimée par les exigences du concours, elle retombe sans cesse dans l'étude du passé ! Quiconque livre sa vie à de telles chances se condamne peut-être au supplice de Tantale. Les découvertes dont il aperçoit le germe jettent des lueurs passagères dans les profondeurs de son âme; mais dès que son imagination, saisie par leur éclat, veut s'élancer à leur poursuite, il se sent rudement ramené vers la terre par les froides réalités des batailles du lendemain.

Aussi, quand nous perdons des hommes qui ont subi de telles épreuves, au moment où ils viennent d'en sortir, nous les perdons tout entiers. Leur pensée, encore cachée dans ces limbes de l'intelligence où elle couve longtemps avant d'éclore, se serait enfin produite sous la douce influence de cette liberté si nécessaire à l'invention, de cette confiance qu'une position élevée communique, de ce repos de l'âme qui en raffermit tous les ressorts.

Aussi entendez-vous tous les amis, tous les élèves de Bérard, s'écrier : « Ne le jugez pas seulement sur ses œuvres, elles ne vous donneraient de sa valeur qu'une idée imparfaite. Jugez-le sur l'impression qu'il produisait au lit du malade comme opérateur, à sa clinique, dans ses leçons improvisées si riches et si méthodiques. » Là, en effet, on avait la révélation de l'homme tout entier, tel que nous l'avions choisi, du professeur que nous admirions dans les actes de la faculté, et dont l'esprit droit, la pensée lucide et le jugement sûr pour enfanter de grandes choses n'avaient plus qu'à s'appliquer à des objets nouveaux.

Je viens de toucher à l'une des plaies secrètes de cette âme modeste et calme. Aborder les concours, s'élever jusqu'à cette chaire, y prendre la parole au nom de la science, tel avait été le rêve de la jeunesse d'Auguste Bérard. Pour le réaliser, sa conscience ne connaissait pas deux routes : il voulait s'en rendre digne par une étude approfondie des trésors que nos devanciers nous ont laissés; il voulait avant tout que son enseignement, miroir exact et fidèle de la science, en fit refléter à vos yeux toutes les vérités.

Scrupules d'un cœur honnête qui ne veut pas laisser dans l'ombre les droits d'un inventeur, qui aime à les rappeler à la reconnaissance publique; scrupules aussi d'une intelligence impartiale, toujours disposée à tenir compte au passé de ce qu'elle en a reçu.

Ces scrupules sont plus rares qu'on ne pense; les plus grands esprits peuvent les ignorer.

N'avons-nous pas vu les mathématiciens les plus illustres employer la géométrie pour faire leurs découvertes, exposer ensuite celles-ci par l'analyse, et détruire avec le plus grand soin toute trace et tout souvenir de la voie qu'ils avaient parcourue?

C'est qu'il en coûte aux plus rares esprits de sentir que, dans la marche lente mais sûre du génie de l'humanité, ils ne sont qu'un accident, de reconnaître que dans ce mouvement de la marée intellectuelle qui élève le niveau de l'âme humaine, ils ne sont qu'une vague un peu plus vigoureuse qui précède les autres, mais qui ne dépasse guère la ligne qu'elles allaient bientôt franchir poussées par la main de Dieu.

Les raisonnements que l'homme peut se permettre avec sécurité sont si courts qu'ils répugnent à nous en faire la confidence et qu'ils préfèrent jeter le voile sur le point d'où ils sont partis, jaloux d'offrir à l'admiration des vérités qu'on dirait écloses dans leur sein par une génération spontanée, et qui, pareilles au Nil, brillent tout d'un coup sur la scène du monde, tandis que l'œil cherche en vain la source qui les a produites.

Ne craignons pas de dire, cependant, que l'homme est impuissant même à se poser le moindre problème par le seul effort de sa pure intelligence, qu'il est contraint de les demander à l'observation même de la nature, comme si son attention trop faible avait besoin d'être soutenue par la réalité des faits, comme si cette base solide était indispensable à l'édifice toujours chancelant de ses raisonnements.

S'il en est ainsi des inventeurs sérieux, qu'attendre de ceux qui n'ont à ce titre que des prétentions mal fondées? Ecoutez-les : Ils auraient fort bien pu se passer des travaux de leurs devanciers; ils ne leur ont rien emprunté; ils ne leur doivent rien. Les plus modestes avouent que c'est en eux que la science commence; sont-ils orgueilleux, ils ajoutent que c'est en eux qu'elle finit.

Ne soyons donc pas trop surpris si celui qui croit que la science repose sur les faits, qu'elle est l'œuvre de l'observation et des siècles, qu'elle doit, pour être comprise, s'étudier à ses sources; que son exposition serait incomplète et fausse si le tableau du présent était mis sous vos yeux sans tenir compte des droits et des travaux du passé; ne soyons donc pas surpris si celui-là blesse mille prétentions dans autrui et se fait dans son honnête candeur une part si modeste à lui-même que nul ne soit tenté de lui céder la place.

Telle était la situation d'Auguste Bérard; et rien ne le caractérise mieux que cette phrase d'un de ses meilleurs livres :

« Quel que variée qu'elle ait été, l'expérience d'un seul homme ne peut être comparée à l'expérience de tout le monde; et le véritable moyen de mettre cette dernière à profit, de se l'assimiler, c'est l'étude. Hors de là, pas de condition de progrès; car, chacun commençant en quelque sorte à construire l'édifice de la science, le réduit aux dimensions de son propre génie. »

Et lorsqu'il ajoute, allant au-devant de ce qu'il appelle d'indignes attaques : « Je m'attends bien à voir dénaturer ma pensée; on dira que je déprécie la pratique parce que je recommande l'étude »; il ne peut rester aucun doute alors sur le jugement que ses rivaux essayaient de faire accepter du public sur son compte. A les entendre, Auguste Bérard était un érudit, rien de plus; sa prétendue science était de la mémoire, pas davantage; ses inventions bien peu de chose; il suffisait de lire le jugement tempéré qu'il en portait lui-même pour en être convaincu.

Rien de tout cela n'était vrai. Nous allons le prouver.

Bérard a laissé deux mémoires excellents; l'un sur l'usage de l'irrigation par un courant d'eau froide dans le traitement des plaies, usage alors récemment renouvelé par Josse; l'autre sur l'emploi du bandage inamovible dans le traitement des fractures.

Ces deux mémoires sont réunis par une pensée commune qu'il ne m'appartient certes pas de caractériser; mais que, mieux autorisé, j'hésiterais à peine à proclamer ici l'une des découvertes de la chirurgie moderne.

Un homme robuste, jeune, bien portant, se trouve tout à coup frappé par un de ces accidents dont la fréquence augmente avec les progrès de la civilisation et ceux de l'industrie; sa main est labourée par l'explosion soudaine d'une arme à feu; son bras est déchiré, écrasé par les cardes ou les laminoirs d'une usine; sa jambe est broyée sous les roues d'une voiture, sous le poids de quelque lourd fardeau.

Que faire alors? Substituer à cette plaie irrégulière, source d'une interminable série de phénomènes consécutifs, une plaie habilement calculée, d'une guérison plus sûre, produite par l'amputation du membre intéressé; sacrifice cruel, mais nécessaire à la conservation du malade.

Non, grâces à l'irrigation continue, mille exemples prouvent aujourd'hui que ce sacrifice n'est pas indispensable. Un courant d'eau amené sur le membre en péril au moyen d'un seau armé d'un tube étroit, se distribue sur sa surface à l'aide des linges qui la recouvrent. Dès lors, les douleurs s'apaisent; l'inflammation tombe; la fièvre cesse; le calme, la confiance, la gaieté même, renaissent au cœur du malade, et le plus souvent la guérison marche rapidement.

Les parties déchirées se soudent; de nouveaux tissus se forment; et, sauf quelques lambeaux détachés au moment de l'accident, tout reprend sa place. Le chirurgien qui assiste à ce spectacle laisse à la nature tout l'honneur de la guérison, bornant son rôle à guider l'inexpérience du malade et à surveiller la marche de la cicatrisation.

L'irrigation continue a fait taire la douleur; avec elle a disparu la source d'une maladie générale qui menaçait de s'emparer de l'organisation tout entière. Le mal est demeuré local, borné. Les tissus nerveux apaisés, il ne reste plus que les tissus fibreux vasculaires ou cellulaires à restaurer ou à régénérer, et ils ont en eux-mêmes la force en vertu de laquelle ce travail réparateur s'effectue à chaque instant, lentement, sourdement et sans que nous en ayons la conscience.

D'un blessé que l'accident dont il a été victime menaçait de transformer en un malade, l'irrigation refait un sujet bien portant, à sa blessure près; d'une plaie qui allait devenir le foyer des désordres pathologiques les plus graves, elle fait le siége des phénomènes physiologiques les plus réguliers et les plus habituels de la vie.

Auguste Bérard avait été profondément frappé de ces circonstances. Elles exerçaient sur sa pensée une influence qui se manifestait souvent, et on peut croire qu'il en avait été plus impressionné qu'un autre, préparé qu'il était à leur attribuer toute leur valeur, par une longue étude des heureux effets du bandage inamovible.

Sans doute, toutes les fractures ne comportent pas l'espèce de traitement dont Larrey a donné la première application raisonnée et méthodique, et dont MM. Seutin et Velpeau ont consacré la pratique, mais beaucoup d'entre elles peuvent l'admettre avec succès.

Auguste Bérard a eu le mérite de s'en servir un des premiers d'une manière assez générale pour la rendre concluante. Il a eu le premier la hardiesse, dans les cas de fracture de la jambe les plus communs de beaucoup, de faire lever les malades dès le troisième jour, de les faire marcher avec des béquilles et de les rendre presque à la vie commune, les dérobant de la sorte à tous les inconvénients, à tous les dangers qu'entraînent quarante journées de lit.

Ici encore, le chirurgien s'efface pour faire place à un opérateur plus habile que lui; c'est à la nature qu'il laisse le soin de réparer des désordres qu'elle saura maîtriser. Seulement, le chirurgien lui en donne le temps en préservant de toute atteinte la santé générale du malade. Il favorise son action en maintenant intactes les fonctions de nutrition, dont le concours est si nécessaire; il la favorise encore en procurant ces alternatives d'exercice et de repos, indispensables au maintien de l'intégrité des fonctions du système nerveux.

Que dans cette voie, il faille éviter tout excès, qui en doute? Qu'on ait exagéré le degré de liberté qu'il convient de laisser aux fracturés; que ceux-ci, soumis à une consigne moins absolue, aient parfois dépassé les limites qu'on leur avait prescrites, comment en serait-il autrement? Tout progrès dans l'art, comme dans la science, n'est-il pas le fruit d'un tâtonnement, d'une oscillation?

Mais si, rectifiant l'exagération qui a pu se glisser d'abord dans l'application de cette pensée, on en conserve le sens général, il n'en demeure pas moins constant qu'il y a, dans l'emploi du bandage inamovible, le principe d'une méthode plus ou moins propre à limiter le traitement d'une fracture à ce qu'elle a de local, et à le dégager de toutes les complications qu'entraîne un changement soudain et prolongé de régime, d'hygiène, d'habitude.

Là, où Larrey avait vu surtout un système de pansement particulier plus commode pour le malade, plus solide, moins embarrassant, plus exact, Auguste Bérard découvrait un système de médication.

J'aime à fixer votre attention sur cette pensée, parce qu'elle caractérise la vie chirurgicale d'Auguste Bérard. Vous y trouverez l'empreinte profonde de ces études de physiologie générale auxquelles il s'était livré dès sa jeunesse, avec le concours de son frère. Elles lui avaient inspiré une confiance absolue dans les forces même de la vie; il y avait vu l'auxiliaire le plus sûr du chirurgien, qui opère si souvent dans des circonstances où rien encore n'en a troublé le jeu régulier.

Médecin habile, opérateur exercé; physiologiste savant, Auguste Bérard commençait une carrière nouvelle; il avait saisi le fil conducteur des recherches qui devaient peut-être l'illustrer :

Réduire de plus en plus la part faite à l'acier; accroître sans cesse, au contraire, l'intervention des forces naturelles de la vie; placer en elles toute la confiance que la physiologie bien comprise nous apprend à leur accorder, et s'en faire un auxiliaire lent mais sûr de la guérison par une disposition savamment calculée des parties malades.

La vie, c'est le mouvement; le repos, c'est la mort. Vraie pour l'ensemble des êtres, cette maxime l'est encore pour les parcelles les plus ténues de leur organisation. Ce mouvement moléculaire incessant, par lequel tous nos tissus tendent à se modifier, tous nos liquides à se déplacer, à changer de composition intime; ce mouvement moléculaire, caractère fondamental de la vie, ne s'arrête qu'avec elle.

Or, quand il s'agit de réunir des os brisés, des chairs divisées, des tissus en lambeaux, la main du chirurgien aura rempli sa tâche si elle est parvenue à s'emparer de ce mouvement moléculaire créateur, à le maintenir dans une voie réparatrice, à l'empêcher de produire des végétations gourmandes qui gênent la marche de la guérison, qui souvent la rendent impossible à jamais.

Dans la guérison rapide d'une plaie par première intention, cette force régénératrice, ce mouvement moléculaire incessant de nos tissus montrent toute leur puissance; dans l'ankylose d'une articulation fracturée, elles font voir tout leur danger; dans les vastes foyers de suppuration qui affaiblissent et emportent si souvent le malade, une de leurs déviations les plus communes.

Auguste Bérard cherchait à prévenir ces déviations, à écarter ce danger, à s'emparer de cette force.

Aussi trouverez-vous, en lisant son Mémoire sur l'irrigation continue, qu'il se console assez aisément d'avoir été devancé par M. Josse père dans la résurrection de ce procédé, d'avoir été devancé même par son fils dans la publication des observations propres à en constater l'efficacité.

Il suffisait à sa conscience d'honnête homme d'être sûr que lorsqu'il en parlait depuis longtemps à son hôpital, quand il en préconisait l'usage, il ignorait les recherches du chirurgien d'Amiens ; il suffisait à sa juste confiance dans l'avenir, de sentir que derrière l'expression des faits se cachait un principe de conduite pour le traitement des maladies chirurgicales ; principe qu'il saurait bien illustrer par de nouvelles applications.

Que d'autres suivent aujourd'hui cette voie ; qu'ils demandent à la physique, à la mécanique, à la chimie même de nouvelles ressources, à la physiologie, à l'étude microscopique des tissus de nouvelles règles de conduite, et le principe dont Bérard avait saisi la généralité, dont il avait tenté l'application régulière ne demeurera pas stérile entre leurs mains.

Lui-même n'avait-il pas déjà tenté dans ces derniers temps de réduire l'étendue des sacrifices auxquels le chirurgien se croit condamné dans les cas de gangrène, et de trouver dans les forces de la nature quelques ressources nouvelles contre ces dangereuses conséquences ?

N'avait-il pas étudié avec un soin particulier quelques questions d'ostéogénésie, fidèle à la marche qu'il essayait d'imprimer à ses pensées, à ses études ?

En effet, c'est elle qui donne la loi de la consolidation des fractures, du décollement des épiphyses, de l'établissement des fausses articulations. Toutes ces questions de pure pratique ne trouvent de réponse sérieuse que dans les recherches de l'ostéogénésie elle même.

Mettre à profit en faveur du travail dont un os malade doit devenir le théâtre pour guérir, les forces naturelles en vertu desquelles cet os s'est produit, tel est le problème qu'Auguste Bérard s'était proposé, et qui l'avait conduit à étudier avec soin les lois de la formation des os longs, les plus exposés aux fractures, et à y reconnaître des traits nouveaux.

M. Gueretin a fait voir que ces lois reçoivent une application immédiate à la pratique, et que les faits constatés par celle-ci viennent pleinement à l'appui des opinions de l'ostéogénésie.

Sans rappeler ici l'expression anatomique de ces lois et en les ramenant à l'expression physiologique, dans laquelle Bérard les résume lui-même, on peut dire que la promptitude de l'ossification dans les diverses parties d'un os est en raison directe de la facilité et de l'abondance avec laquelle le sang artériel y pénètre.

Il suffit donc de savoir si le cours de l'artère vers telle partie de l'os est direct ou réfléchi, pour être en mesure de préciser le degré de puissance avec lequel l'ossification tendra à s'y effectuer.

Qu'ajouterais-je maintenant à vos regrets, en vous rappelant les six thèses remarquables soutenues devant la Faculté par Auguste Bérard dans les divers concours auxquels il avait pris part ; elles ont toutes une place réservée dans la bibliothèque du praticien.

Mais il en est une cependant qui mérite une attention particulière ; c'est celle qui fut soutenue dans le concours de 1836 pour la chaire de clinique chirurgicale, devenue vacante par la mort de Dupuytren. A cette époque, Sanson devait être préféré ; mais tout le monde comprit néanmoins la valeur singulière d'une intelligence capable de coordonner en douze jours tous les matériaux d'un Traité du diagnostic dans les maladies chirurgicales : tout le monde désira l'attacher de plus près à la Faculté.

L'ouvrage n'existait pas ; nul modèle n'en indiquait à l'auteur la marche, n'en fournissait les matériaux, et il ne s'agissait pas moins que de cette science du diagnostic qui tient le premier rang parmi les diverses parties de l'art de guérir, qui en est à la fois la plus utile et la plus difficile.

Quelle sera la base des raisonnements du chirurgien ; quel sera le but de son traitement faux ou indécis, lorsqu'un diagnostic infidèle sera venu jeter le trouble dans son esprit ? Hélas ! il ouvrira quelque anévrisme pris pour un abcès, il essaiera de réduire quelque tumeur graisseuse confondue avec une hernie.

Mais si le diagnostic est une partie si essentielle de l'art, et s'il laisse quelque chose à désirer encore aujourd'hui, du moins pouvons-nous espérer qu'avec le temps il atteindra une perfection absolue ?

Bérard prouve que le diagnostic des maladies chirurgicales est plus facile que celui des maladies du domaine de la médecine proprement dite ; il fait voir ses progrès immenses sous l'inspiration de Sabatier, de Dubois, de Boyer, de Dupuytren, de M. Roux, dont le nom historique déjà veut que vos applaudissements l'associent à cette pléiade illustre ; il ne craint pas d'avancer, enfin, que ce diagnostic pourra bientôt atteindre l'espèce de perfection qu'il est donné à l'homme d'espérer dans ses œuvres.

Mais il ajoute avec un grand bonheur d'expressions et une grande finesse de pensée, qu'en le supposant fondé même sur une base inébranlable au point de vue de la doctrine, il faudrait tenir compte encore dans l'application, parmi les causes d'erreur inévitables à la faiblesse humaine, des illusions produites par deux tendances de notre esprit opposées et pourtant également fréquentes.

L'observateur, en présence d'un fait qu'il cherche à caractériser par son assimilation à d'autres faits, rencontre presque toujours deux routes : l'une mène à l'erreur ; l'autre conduit à la vérité. Laquelle suivre ? A certains égards, le fait qu'il étudie ressemble à des faits qui lui sont bien connus ; il est même près de se prononcer pour leur identité. Mais, pourtant, quelques différences le frappent, le chagrinent ; il hésite, et bientôt, alarmé de leur importance, il va porter un jugement tout opposé.

Jeune et hardi, il se laissera toucher par les rapports de ressemblance ; plus âgé, plus circonspect, les différences le frapperont davantage. Dans le premier cas, il pourra se montrer irréfléchi ; dans le second, timide à l'excès. Les esprits inventifs, les imaginations vives tomberont facilement dans le premier piége ; les caractères plus calmes, habitués à tout soumettre à l'analyse, à la discussion, n'échapperont pas sans peine au second.

Ainsi, dans le domaine de la chirurgie, comme dans toutes les applications de l'intelligence humaine, on verra renaître cette lutte, ce combat entre les deux tendances les mieux casactérisées qu'elle nous offre.

N'avons-nous pas vu Geoffroy Saint-Hilaire, Cuvier, si dignes de répandre les lumières de leur génie sur l'étude de la nature, évoquant le même fait devant le tribunal de leur raison suprême, porter souvent deux jugements différents et contraires sur son compte ?

Comme si par ces preuves de faiblesse, ces grands esprits avaient voulu consoler les médiocrités contemporaines.

Mais à côté du danger qu'entraînent ces directions opposées de la pensée humaine, apprécions aussi les avantages qu'une puissante intelligence sait en faire sortir.

N'est-ce pas pour avoir accordé une juste importance à des analogies qui frappaient les yeux de son esprit sans s'arrêter aux différences reconnues par les yeux de son corps, que Geoffroy Saint-Hilaire a fondé la philosophie anatomique, qu'il a su classer d'une manière naturelle ces monstruosités elles-mêmes, débauches de la nature, qu'on pouvait croire dérobées à jamais à toute règle, à tout contrôle ?

N'est-ce pas, au contraire, pour avoir poussé dans ses dernières limites l'étude des différences caractéristiques des êtres qu'un jour Cuvier s'est trouvé prêt à tracer sans hésitation d'une main ferme et prophétique l'admirable plan de recherches où il annonçait qu'au moyen de quelques débris fossiles il allait non-seulement reconstituer l'ancienne population du globe, mais encore retrouver la chronologie exacte de ses révolutions passées !

Respectons donc ces deux formes de l'esprit humain. Couvrons d'un manteau bienveillant les erreurs inévitables, hélas ! auxquelles elles nous exposent, mais ne méconnaissons pas les avantages qui sont propres à chacune d'elles.

Et, pour tirer de la remarque si juste de Bérard un conseil utile, permettez-moi d'ajouter que jamais Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire ne se montrèrent plus grands et mieux inspirés qu'au temps où leur jeunesse, unie par une amitié franche et loyale, mettait en commun pour la recherche de la vérité les qualités si opposées de leur esprit.

Quel temps heureux, me disait un jour Geoffroy Saint-Hilaire les yeux animés d'un feu divin, quel temps heureux que celui où nous ne passions jamais la matinée ensemble Cuvier et moi sans avoir fait une découverte ! Oui, sans doute, c'était là l'heureuse époque de leur vie, et ils l'auront bien regrettée l'un et l'autre lorsque, séparés à la fin de leur carrière, ils manquaient tous les deux d'un utile complément que les honneurs ne remplaçaient pas.

Imitez l'association si profitable qu'ils avaient formée dans l'intérêt de leurs recherches philosophiques lorsque vous aurez vous-mêmes à constater quelque vérité de l'ordre pratique.

Que ceux d'entre vous qui se sentent disposés à porter un jugement trop prompt, en se fondant sur les analogies, ne craignent pas d'appeler en consultation des confrères plus portés à scruter les différences et à s'y rattacher dans la combinaison de leur jugement.

Complétés l'un par l'autre, deux esprits aussi divers saisiront tous les aspects d'un même fait et, s'ils portent dans la discussion cette sincérité qui est l'apanage du vrai savoir, il est presque impossible que leur jugement ne soit pas l'expression même de la vérité.

Si vous vouliez apprécier à d'autres titres le maître excellent que vous avez perdu, je recommanderais à vos méditations le travail remarquable qu'il avait publié naguère sur les effets et les causes de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines. Tristes épisodes qui viennent parfois compliquer les opérations chirurgicales déjà si graves par elle-mêmes.

Dans ces dernières années, Bérard avait entrepris, avec le secours du plus jeune de nos collègues, une tâche de longue haleine, la publication du *Compendium*. Les fruits d'une expérience déjà vieille trouvaient là une occasion naturelle de se produire ; une sérénité de jugement qui se faisait remarquer en toute circonstance, trouvait d'ailleurs mille occasions de s'y exercer à son tour.

J'aurais désiré que son jeune collaborateur, que son ami le plus intime et le plus dévoué, que le nouveau collègue qui vient de recueillir au sein de la Faculté l'héritage de Breschet, et qui a su déjà s'y concilier tant d'affections, prenant la place que le sort m'avait faite, vînt ici vous entretenir, avec une autorité qui me manque, de travaux qu'il avait souvent partagés.

Mieux que moi, il aurait su vous peindre ses regrets, ceux de la Faculté, ceux de la science. Mais il n'aurait pas mieux compris que moi les douleurs d'une famille frappée par un coup si cruel, si soudain, qu'elle doute encore de son malheur.

J'en ai si bien mesuré toute l'étendue, que lorsqu'elle m'attribuait le pouvoir de l'adoucir, je n'ai pas hésité un seul instant à mettre de côté les pages où j'avais essayé de faire briller à vos yeux les récentes conquêtes de la chimie organique.

Elles peuvent attendre une occasion, sinon meilleure, du moins plus libre.

Ne mettons aucun retard, au contraire, à verser sur des plaies encore saignantes le baume de nos sympathies !

Que la compagne infortunée de notre confrère, que les deux jeunes filles auxquelles il laisse son nom, trouvent dans notre empressement à consacrer le souvenir d'un époux si cher, d'un si tendre père, une consolation digne de leur souffrance.

Il existait entre eux une réciprocité d'affection si complète ! Bérard portait à sa femme, à ses enfants, une tendresse si véritable ! La mort d'une de ses filles, qu'il avait perdue depuis peu, lui avait brisé le cœur. Et ses amis, depuis lors, n'avaient plus revu chez lui cette humeur égale et facile qui avait tout bravé jusque-là.

Frappé lui-même bientôt d'une incurable affection de la moelle épinière, il a succombé rapidement. Triste privilége de la science, le mal s'était montré à ses yeux dans sa terrible vérité. Et loin d'accepter les illusions dont ses amis cherchaient à bercer ses derniers jours, c'était lui qui, les ramenant à l'observation sincère de la nature, résumait toutes les circonstances de la maladie qui le dévorait, et calme, comme à sa clinique, en signalait toutes les phases, en prédisait le terme rapproché.

Longue agonie que celle du médecin qui mesure tous les pas à l'aide desquels la mort s'approche de sa couche ! long supplice, ou tandis que le cœur se brise sous la douleur d'une séparation inévitable, la raison en marque froidement le moment fatal.

Bérard n'était pas né sous une étoile favorable. Son enfance fut presqu'abandonnée, sa vie fut trop courte ; sa mort connut toutes les douleurs.

Il dut tout au travail, à un travail persévérant et ferme, rien aux circonstances.

Aussi, en terminant ces lignes que sa vie m'inspire, dois-je répéter que pour en apprécier toute la valeur, il faut porter bien plus les regards vers l'avenir qu'il s'était ouvert, que sur le passé difficile qu'il venait de franchir.

La chaire qu'il occupait est une de celles où se fondent les grandes réputations, parce qu'elles donnent l'occasion de joindre l'exemple au précepte et de montrer à la jeunesse la réunion des talents les plus divers. La connaissance du diagnostic, la dextérité, la sagesse de l'opérateur, la science et la parole facile et pénétrante du professeur, tout cela trouve à briller dans l'enseignement de la clinique chirurgicale.

Pour que rien ne manque à l'éclat d'une telle chaire, combien sont graves les questions qui s'y débattent à chaque instant ! Les opérations les plus cruelles, les plus chanceuses, drames sans cesse renaissants, y créent des émotions que la marche lente des maladies confiées aux soins du médecin ne saurait atteindre.

Et si le professeur s'élève au niveau de son rôle, si son regard plane avec autorité sur ces malades qui lui confient leur vie, si sa main exécute avec précision et calme les opérations qu'il a décidées ; si sa parole grave, digne et ferme pénètre les âmes et entraîne les convictions, alors le professorat devient un sacerdoce, et nul ne peut à meilleur titre que lui se considérer comme l'un des ministres de la Divinité sur la terre.

Mais accordez-moi quelques instants encore, que je puisse du moins rappeler à votre reconnaissance les noms des créateurs de la chimie organique, les noms de Lavoisier, de Fourcroy, de Vauquelin, qui lui donnèrent le premier essor ; ceux de Thénard, de Gay-Lussac, de Chevreul, qui en fixèrent la marche ; ceux de Boussingault, de Payen, qui en ont tiré la science de l'agriculture ; ceux de Liebig, de Vohler, qui en ont fait l'une des gloires de l'Allemagne ; ceux de Laurent, de Malaguti, de Gehrardt, si dignes, par leurs succès, des encouragements de l'Université ; ceux de Pelouze, de Regnault, qu'elle a élevés au fauteuil académique ; ceux de Péligot, de Fremy, qu'elle en a rendus dignes ; ceux de Millon, de Cahours, qui les suivent de si près et dans une direction plus spéciale ; ceux de nos confrères MM. Bouchardat. Mialhe et Bernard de Villefranche.

Dans cette énumération rapide, n'êtes-vous pas fiers de voir tant de noms français briller d'un éclat si vif et si pur ? Comme on aime la patrie, quand on dénombre ainsi les gloires qui l'élèvent au-dessus de tous les pays du monde ; comme on aime ses institutions, quand on mesure leur fécondité à ce mètre de la grandeur morale !

Ces hommes dont les travaux ont éclairé votre jeunesse, dont la pensée a nourri la vôtre, dont le souvenir est mêlé à toutes vos études, ils ont commencé comme vous, la plupart, sur ces bancs, et si leur nom brille au firmament scientifique, c'est pour vous rappeler sans cesse qu'ils vous y appellent auprès d'eux.

Aussi m'étais-je appliqué à retracer l'histoire de leurs travaux, à peindre la marche de leurs idées avec un vrai bonheur.

Aussi m'étais-je efforcé de vous initier aux luttes de la chimie actuelle, aux secrets des dissentiments qu'elle laissait éclater naguère, sûr de vous intéresser.

Aussi, tout entier à la pensée de vous servir, n'avais-je point hésité, portant plus haut un regard téméraire, à exposer ici sans détour tous les détails de cette lutte persistante et passionnée que M. Berzélius soutient avec l'autorité d'un grand nom et d'une noble vie contre l'invasion des idées nouvelles.

Vous auriez vu, d'une part, la Suède, fidèle aux grandes traditions de Lavoisier, pousser jusqu'aux plus extrêmes limites les conséquences des principes que notre illustre et malheureux compatriote léguait en mourant à la science qu'il a fondée.

Vous auriez vu, de l'autre côté, l'école française, fidèle aux leçons de l'expérience, enregistrer ses données, les rattacher entre elles par des généralités, dès qu'elles en paraissent susceptibles, acceptant les changements que l'état de la science justifie, avec une liberté d'esprit complète.

Vous auriez été surpris, peut-être, de constater que dans le conflit de deux opinions, dont l'une se fonde sur la théorie pure, l'autre uniquement sur les faits, c'est cette dernière qu'on accuse de donner une part trop large aux vues de l'esprit.

Mais ces illusions ne sont pas rares dans l'histoire des sciences. Le rôle que chaque homme, que chaque école a joué dans les grands événements qu'elle nous transmet, n'est bien compris que de leurs successeurs.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité supérieure du tibia.

Un homme est entré il y a quelques jours à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 47, présentant une tumeur fongueuse sanguine ou anévrismale de l'extrémité supérieure du tibia du côté droit.

Cet homme, âgé de trente-huit ans, d'une constitution forte, nous pourrions presque dire athlétique, d'un tempérament sanguin, au visage fortement coloré. La profession qu'il exerce est peu fatigante, et ne l'oblige qu'à se tenir pendant quelques heures debout chaque jour. Il n'a jamais eu aucune atteinte, dans aucune partie du corps, de maladie semblable à celle-ci. Il n'a jamais eu d'affection constitutionnelle de quelque espèce que ce soit. La maladie dont il est atteint actuellement date de deux mois et demi ou trois mois seulement tout au plus. Il n'a reçu sur l'articulation fémoro-tibiale ni coup, ni contusion. Mais à l'époque à laquelle il fait remonter l'origine et le début de son affection, il a fait un effort violent avec son genou pour relever une voiture assez pesante. Quinze jours environ après, il a fait, à peu près dans des circonstances analogues, un effort semblable avec le même membre. Les deux fois, mais surtout la première, il a éprouvé dans le genou un tiraillement, une sensation de distension très considérables.

Aujourd'hui, cet homme présente à la partie inférieure de l'articulation du genou, et correspondant aux tubérosités du tibia, deux tumeurs assez volumineuses, situées, l'une sur le côté interne, l'autre sur le côté externe de la ligne médiane du membre. Ces tumeurs sont médiocrement résistantes à la pression ; on en déprime en partie la saillie, qui est environ d'un centimètre et demi au-dessus du niveau des parties environnantes ; leur base se confond avec la saillie formée par les tubérosités tibiales ; la main, appuyée sur ces tumeurs, perçoit bien évidemment un battement isochrone aux battements du pouls. Il n'y a jamais, du reste, ni douleur vive, ni changement de couleur à la peau, qui n'est point amincie ; le malade se plaint uniquement d'une grande faiblesse du membre et d'un sentiment de pesanteur dans la jambe droite.

Ce cas intéressant, et dont les exemples sont assez rares dans la science, a fourni à M. Roux l'occasion de présenter aux élèves qui suivent ses visites, et dès les premières conférences cliniques de l'année scolaire, des considérations importantes dont nous allons essayer de reproduire sommairement les principaux détails.

— Le malade dont nous avons à vous entretenir, dit le professeur, offre à votre examen une tumeur de nature assez douteuse au premier coup d'œil ; nous croyons cependant être près de la vérité en la regardant comme une tumeur fongueuse sanguine ou anévrismale ayant pour siége l'extrémité supérieure du tibia, c'est-à-dire le tissu spongieux qui constitue les tubérosités de cet os. Le fait est des plus intéressants, et j'y attache une grande importance ; car il se rapporte à une affection très rare jusqu'à présent, ou du moins très rarement signalée par les auteurs, probablement parce que plusieurs faits de cette espèce seront passés inaperçus. Nous en connaissons pour notre part tout au plus quinze ou dix-huit dont les observations aient été recueillies et publiées. Or, par cela même que ces cas sont rares, nous devons les saisir avidement lorsqu'ils se présentent à nous. Dans ma longue pratique, avec une expérience de plus de trente années dans les hôpitaux, je n'ai pu en observer que trois ou quatre. Le dernier que j'ai eu occasion de voir est assez récent. Plusieurs d'entre vous s'en souviennent peut-être encore ; il ne remonte qu'à deux ans, et était absolument semblable à celui d'aujourd'hui. Et, dans ce cas-là, nous avons réussi par des méthodes qui n'offrent pas ordinairement beaucoup de chances de succès et par lesquelles nous avions précédemment échoué nous-même. Il y a deux ans donc, nous fîmes la ligature de l'artère crurale pour une tumeur tout à fait pareille développée comme celle-ci dans les tubérosités du tibia. Ce fait nous offrit un exemple rare, s'il n'est pas inouï, de la guérison complète, obtenue par la ligature d'une artère, d'une affection fongueuse sanguine des os. Notre fait d'aujourd'hui fait le pendant du précédent, et c'est

pour cela que nous cherchons à fixer sur lui votre attention d'une manière plus frappante.

Quant à l'origine de la maladie, elle confirme pleinement plusieurs circonstances que l'on a données comme générales et qui ont été depuis partout indiquées, signalées.

Et d'abord, les affections du genre de celle qui existe ici, quoiqu'elles puissent se développer à peu près dans tous les os du squelette pourvu qu'il y ait du tissu spongieux, ces affections, disons-nous, sont de beaucoup plus communes dans les os des membres, et dans les membres inférieurs plutôt que dans les membres supérieurs. Elles se rencontrent presque spécialement aux extrémités articulaires des os, dans les points les plus abondamment pourvus de tissu spongieux. Nous ne sachions pas que l'on ait rencontré des faits de tumeurs fongueuses sanguines des os occupant un point de la longueur des os. Enfin c'est le tibia qui semble y être le plus exposé par sa structure, son organisation intime, la nature et la disposition des tissus qui le composent, etc.

Autre chose. Presque toujours la maladie succède plus ou moins immédiatement à l'action d'une violence extérieure, un coup, une contusion; cependant, il n'en est pas toujours ainsi; un effort dirigé plutôt sur l'articulation voisine que sur les os eux-mêmes, une entorse peuvent la produire, sans que d'ailleurs l'esprit puisse concevoir la liaison, les rapports qui peuvent exister entre ces diverses circonstances, un effort, une entorse, et le développement que prennent les vaisseaux qui entrent dans la composition des os. On l'a observée chez de jeunes sujets, plus fréquemment chez des adultes. Lorsque des coups ou des chutes ont provoqué son développement, un temps plus ou moins long s'écoule entre l'injure extérieure, et l'apparition du mal. Dans les cas où elle succède à une autre série de causes, par exemple aux efforts directs, soit pendant la marche, soit lorsqu'il s'agit de soulever un fardeau, le malade ressent ordinairement dans l'articulation un craquement, une distension, qui, comme on l'a vu ici, peut marcher extrêmement vite. Chez un malade dont M. Lallemand a raconté l'histoire, la tumeur parut avoir succédé à un gonflement rhumatismal et goutteux du genou. Scarpa, dans un beau fait dont il a imprimé les détails et les particularités, a noté la constitution de l'individu comme rhumatismale et goutteuse. Nous avons assez longuement insisté sur l'accident auquel notre malade actuel croit devoir rapporter l'origine et la production de sa tumeur sanguine, pour ne point avoir besoin d'y revenir ici davantage.

C'est après un effort qu'il aurait fait pour relever une voiture, qu'il éprouva dans le genou un sentiment de distension, d'entorse; c'était après un effort pareil fait pour soulever une pierre fort pesante dans une carrière où il travaillait, que le malade que nous vîmes il y a deux ans sentit se développer la tumeur sanguine pour laquelle il réclama nos soins, et nous dûmes l'opérer.

Nous avons dit, dès le début de ces considérations, que la tumeur actuelle offre tous les caractères d'une tumeur fongueuse sanguine. Par une sorte de prévision instinctive, lorsque notre précédent malade vint nous trouver il y a deux ans, avant même d'avoir touché le membre, sur le seul aspect extérieur, d'après le siége qu'affectait la tumeur, je me demandai si ce ne serait pas à une tumeur de cette nature que nous aurions affaire, et nous pouvons dire, sans craindre d'être taxé d'un amour-propre exagéré, que nous éprouvâmes quelque plaisir à reconnaître que nous ne nous étions pas trompé dans notre diagnostic. Dans le cas actuel, il n'en a pas été de même. La nature de l'affection n'avait été méconnue par personne, et elle se trouve mentionnée fort au long dans la lettre du médecin de province qui nous adressa le malade.

L'extrémité supérieure du tibia est plus volumineuse que celle du même os du côté opposé. La jambe a perdu un peu de sa forme naturelle; elle est bosselée sur deux points au moins de sa périphérie. Les couches extérieures de l'os ont été détruites déjà, usées de l'intérieur à l'extérieur; et à travers cette ouverture pathologique, une partie du tissu fongueux aréolaire qui résulte de la transformation fongueuse de l'os, fait hernie, soulève la peau et forme des bosselures dont nous signalions l'existence il n'y a qu'un instant. En appuyant la main à leur surface, on perçoit bien évidemment des pulsations isochrones aux battements du pouls, comparables à celles que l'on éprouve en plaçant la main sur une tumeur anévrismale, mais n'ayant ni la force, ni l'étendue des battements des tumeurs anévrismales franches. On ne peut les sentir que dans une très petite partie du tissu fongueux, et ce tissu ne reçoit pas une impulsion très forte.

Quelle est la cause de ces pulsations? Elles sont déterminées par les artères capillaires, plus ou moins développées, mais toujours au-dessus de leur type normal. Sans prétendre faire ici, à propos d'un fait isolé, une histoire complète des tumeurs fongueuses sanguines des os, nous croyons cependant utile de rappeler en peu de mots les circonstances les plus importantes de cette histoire, et ses particularités les plus essentielles.

Les maladies du genre de celles-ci appartiennent à la grande classe des *angiectasies*, tumeurs formées par du sang, et résultant de la dilatation des vaisseaux. Le nombre des tumeurs formées par le sang était autrefois bien plus considérable que maintenant. Nous en avons singulièrement réduit le nombre; nous sommes revenus sur les bases qui avaient servi à constituer cette classe. Maintenant, sous le nom d'angiectasies, nous comprenons les maladies affectant spécialement telle ou telle partie du système vasculaire, avec ampliation, développement direct de tel ou tel de ces organes composant l'appareil circulatoire. Presque toujours, en même temps qu'il y a augmentation de volume, il y a aussi altération de la texture, amincissement des parois.

Les angiectasies, les tumeurs proprement et véritablement sanguines, forment deux catégories bien distinctes. Les unes appartiennent aux gros vaisseaux, et celles-là affectent le plus souvent un seul vaisseau en particulier; les autres, au contraire, ont leur siége dans les parties les plus excentriques du système circulatoire; elles affectent les derniers ou les plus petits vaisseaux de l'économie, ceux qui se rendent aux parties musculaires ou tégumentaires. Aux premières, appartiennent les tumeurs connues dans la chirurgie sous le nom d'anévrismes, varices anévrismales, anévrismes variqueux, soit qu'elles affectent les artères seules, les veines seules, ou une veine et une artère à la fois. Dans la deuxième catégorie, ce sont les vaisseaux capillaires qui sont le siége de la maladie. Ces dernières tumeurs résultent de l'ampliation des vaisseaux capillaires, du changement de nature, de consistance des parties qui les environnent. Il y a une sorte de disposition aréolaire celluleuse qui paraît comparable à la disposition celluleuse d'une éponge. L'habitude est venue de leur donner le nom de tumeurs fongueuses sanguines. Nous ne parlerons pas plus longuement des diverses dénominations qu'on leur a imposées, ce que nous ne pourrions faire que si nous voulions, et ce n'est pas ici notre dessein, parler en détail de cette affection et traiter à fond le sujet.

Après cette première division, en vient une autre. Les tumeurs fongueuses sanguines se distinguent en deux classes, en ce sens qu'elles appartiennent, les unes aux parties molles, les autres aux parties dures, au squelette. Il peut paraître assez étonnant, au premier abord, que dans la substance des os, il se fasse une ampliation des petits vaisseaux qui entrent dans leur composition, qu'une partie de la substance de l'os prenne l'apparence des chairs et soit constituée pathologiquement comme les tumeurs sanguines des parties molles. Certainement, c'est là une chose que l'on n'aurait pas pu prévoir *à priori*. Il a fallu des faits d'abord incomplétement observés, mais suffisants pour donner une idée de la nature et du mécanisme de production de cette altération, pour fixer l'attention sur ces lésions. Ces premiers faits, sommairement décrits par des hommes d'un grand nom et d'une haute valeur scientifique, ont attiré l'attention sur la possibilité de la formation des tumeurs sanguines dans les os. Il ne fallait pas moins que cette imposante autorité pour les faire comprendre et admettre; tandis que dans les parties molles, on les comprend beaucoup plus facilement.

La différence est grande entre ces tumeurs sanguines des parties molles et des os. Ce n'est pas leur seule rareté qui rend ces dernières remarquables; elles ont dans leur manière d'être quelque chose de spécial qui les distingue des premières. Essayons de vous signaler en quelques mots ces principaux points, dans lesquels consiste aussi la différence des deux espèces de maladies.

Peut-être savez-vous déjà que beaucoup de tumeurs fongueuses des parties molles sont précédées d'un état congénial non douteux. Au moment de la naissance, on voit dans les points qui doivent devenir plus tard le siége des tumeurs, de petites taches de la peau, d'un violet plus ou moins foncé, lie-de-vin. Elles sont tellement caractéristiques, que l'on peut affirmer, à première vue, lorsque l'on a quelque expérience, que cette tache que l'on observe à la peau d'un nouveau-né deviendra infailliblement une tumeur fongueuse sanguine. Cette tache est comme le linéament, l'embryon d'une tumeur de cette espèce. Il y en a bien aussi quelques-unes qui viennent sans qu'aucune anomalie ait précédé leur formation, sans qu'aucun signe apparent soit venu révéler la place qu'elles occuperont à une époque ultérieure de la vie. Il est, au contraire, permis de croire qu'aucun état congénial ne précède leur développement dans les os. L'affirmer d'une manière complète et absolue, nous ne le pouvons évidemment pas; mais nous dirons que c'est probable, que c'est possible; il est permis tout au moins d'avoir des doutes fondés à cet égard. S'il en était de certaines tumeurs sanguines des os comme des tumeurs de même nature des parties molles, n'est-il pas rationnel de conclure que tous les os devraient pouvoir en présenter, et toutes les parties des os indistinctement, de même qu'on observe sur toutes les parties du corps le développement des tumeurs érectiles de la peau, et de ces signes auxquels on donne le nom de *nævi!* Au contraire, à l'exception de quelques cas de tumeurs fongueuses des os qui ont été vues dans plusieurs os différents, c'est beaucoup plutôt dans les os des membres, et encore dans les extrémités articulaires de ces os, dans les endroits où se trouve le moins de tissu compacte, le plus de tissu spongieux, qu'on les constate.

Dans ces cas, tout nous paraît accidentel et rien ne nous semble congénial. La preuve en est ce que nous disions tout à l'heure des causes qui les produisent le plus ordinairement, et qui sont toujours des causes accidentelles, une violence extérieure, une contusion, une distension violente, une sorte d'entorse de l'articulation, etc. Si la lésion était congéniale, il n'y aurait pas besoin qu'il y eût pour favoriser son développement une cause occasionnelle qu'il fût toujours possible de considérer comme point de départ.

Ces tumeurs érectiles des parties molles peuvent avoir leur siége exclusivement dans le système veineux ou dans le système artériel. On croit, sans pouvoir encore l'affirmer d'une manière positive, irrécusable, qu'il en est dans lesquelles les deux systèmes capillaires artériel et veineux, dans leurs dernières ramifications, dans leur point de jonction, de réunion, là où ils ne tiennent plus franchement et simplement ni de l'un ni de l'autre quant à la texture, on croit, disons-nous, qu'il en est dans lesquelles les deux systèmes sont pris à la fois. Rien de pareil pour les tumeurs fongueuses sanguines des os. Dans tous les cas, elles sont essentiellement artérielles, du moins toutes celles qui ont été complétement et attentivement examinées jusqu'à présent. A la vérité, il y a cela de commun entre les tumeurs des parties molles et celles des os qu'elles n'ont pas toujours un caractère simple; elles n'ont pas un seul et unique élément pathologique; dans quelques cas, il y a un autre élément pathologique dont nous allons parler, et il ne suffit pas d'intercepter le cours du sang pour arrêter les progrès de la maladie.

On observe, heureusement assez rarement, des cas où la maladie, au lieu d'être d'une nature simple ou bénigne, offre un caractère très grave et très fâcheux. Ces tumeurs ne consistent pas toujours dans la seule ampliation des vaisseaux capillaires ou ne constituent pas toujours une simple angiectasie. Il en est, et dans les faits dont je vous présenterai une analyse rapide et sommaire vous en trouverez des exemples dont j'ai fait le sujet d'études sérieuses et approfondies, qui ont un certain caractère de malignité. On dirait qu'un élément cancéreux leur est ajouté, et avant même qu'elles aient pris un développement extraordinaire, avant qu'elles soient devenues la source d'hémorrhagies abondantes, elles font naître le cortége habituel des affections organiques les plus graves.

Il m'est arrivé chez un homme de trente-six ans, d'une bonne constitution, d'observer à l'hôpital de la Charité, dans le service que nous dirigions en commun M. Boyer et moi, une tumeur située à l'extrémité inférieure du radius, du côté droit, non loin de l'articulation du poignet; cette tumeur s'étendait environ jusqu'à la réunion du quart inférieur avec les trois-quarts supérieurs de l'os: elle n'offrait pas de battements bien manifestes; on pouvait produire dans l'os, par des pressions en sens contraire, une fluctuation sourde, et l'on sentait fléchir sous le doigt la couche extérieure de substance compacte, convertie en une sorte de membrane sèche. Une ponction exploratrice donna issue à du sang vermeil, semblable à celui qu'aurait fourni une artère; bientôt la maladie marchant toujours, et faisant des progrès assez rapides, la tumeur se bossela, devint plus molle; des battements isochrones aux battements du pouls se firent sentir, mais profonds, et faciles à suspendre par la compression de l'artère brachiale. Gêne dans les mouvements du poignet. Pesanteur de la main et de l'avant-bras. Je fis la ligature de l'artère humérale, immédiatement après l'interception du sang dans l'artère brachiale; la tumeur du radius s'affaissa sensiblement; les battements cessèrent; le sentiment de pesanteur diminua, et les mouvements du poignet et des doigts devinrent plus libres.

Cinq à six semaines après l'opération, tout semblait marcher à souhait. La tumeur du radius redevient douloureuse, acquiert bientôt un volume de plus en plus considérable; les battements reparaissent; en moins d'un mois et demi les symptômes s'aggravèrent à tel point, que force nous fut de faire l'amputation de l'avant-bras. C'était le seul moyen qui nous restât de conserver les jours du malade. Nous devons dire que nous eûmes le regret de perdre le malade neuf jours après l'amputation, trois mois après la première opération. La mort nous fut expliquée par de nombreux foyers purulents, ou plutôt par des abcès métastatiques à différents degrés de formation et de développement dans chacun des deux poumons.

A l'autopsie de la tumeur du radius, nous vîmes qu'elle était parfaitement limitée du côté du corps de l'os; tous les tendons du poignet, écartés les uns des autres et fortement soulevés, étaient presque tous comme enfermés dans des gouttières creusées à la surface. Il n'y avait plus que quelques lamelles éparses de la couche compacte de l'os, et tout le tissu de la tumeur avait une couleur brune très foncée. Ce tissu présentait au centre des aréoles de grandeur diverse qui contenaient du sang en partie liquide, en partie coagulé. Vers la circonférence il avait l'apparence *du squirrhe très ramolli*. C'était peut-être la même substance à l'intérieur et à l'extérieur, mais d'autant moins aréolaire, d'autant moins colorée et moins pénétrée de sang, ou pour parler autrement, d'autant plus homogène et plus ferme, tout en étant très friable, qu'on la considérait plus près de la périphérie de la tumeur. Le radius était donc complétement détruit dans le quart ou presque le tiers inférieur de son étendue; le périoste avait complétement disparu; on n'en voyait pas le moindre débris; mais en bas, du côté de la main, toute la masse dégénérée était séparée de l'articulation par le cartilage d'encroûtement qui avait conservé toute son intégrité et formait là comme une sorte de cloison mobile.

Les tumeurs fongueuses sanguines des os peuvent ainsi être, d'après ce que nous venons de dire, tantôt simples, tantôt compliquées d'un élément pathologique différent; à l'ampliation des vaisseaux, dans ce dernier cas, se joint une dégénérescence organique. Voilà les différences essentielles qui peuvent exister entre les tumeurs fongueuses sanguines des os et celles des parties molles. Vous voyez que les tumeurs des parties molles se montrent avec des caractères plus variés, des différences plus grandes entre elles que celles des os. Pour les premières, nous avons à apporter des cas beaucoup plus variés sous tous les rapports; et nous aurons occasion dans le cours de ces conférences cliniques, de vous en faire passer plus d'un exemple sous les yeux.

Ajoutons à ce parallèle rapide et succinct un dernier trait important, sous le rapport de la thérapeutique. Vous verrez, si vous ne le savez déjà, que pour les tumeurs érectiles des parties molles, les méthodes de traitement sont très nombreuses. Chaque jour apporte sa modification, son procédé; la thérapeutique s'enrichit de nouvelles ressources pour combattre les tumeurs fongueuses sanguines des parties molles. Nous nous rappelons le temps éloigné déjà, il y a de cela plus de vingt-cinq ans, où l'on a commencé à faire les premières recherches importantes et sérieuses sur ces tumeurs; pour des affections de la gravité la moins considérable, on en venait souvent à l'amputation; et maintenant mille moyens sont employés selon les circonstances, suivant les opérateurs; c'est la ligature des vaisseaux, la compression, la cautérisation, destinées à provoquer un travail inflammatoire de la périphérie au centre de la tumeur, et à produire l'oblitération des vaisseaux; c'est la ponction, soit avec des aiguilles sim-

plement, soit avec ces mêmes aiguilles rougies au feu, soit accompagnée de l'application de l'électricité, etc., etc.

Pour les tumeurs fongueuses des os, il n'y a guère que trois moyens : 1° la ligature de l'artère principale du membre ; 2° l'amputation du membre lui-même ; 3° enfin dans quelques cas rares, la résection de la portion de l'os qui est le siége de la maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 17 novembre 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Dubois (d'Amiens) présente à l'Académie, au nom de M. Descloseaux, voyageur français, des pièces d'anatomie assez curieuses rapportées d'Irlande.

Tout le monde a pu lire dans les journaux qu'une maladie fort singulière avait attaqué les moutons aux environs du mont Hécla, lors de la dernière éruption de ce volcan. Cette maladie avait été attribuée à cette circonslance que les moutons avaient broulé des herbes couvertes de cendre provenant de l'Hécla.

Quoi qu'il en soit, l'éruption ayant eu lieu au commencement de septembre dernier, la maladie s'est déclarée un mois après.

Elle paraît consister en exostoses ou gonllements osseux d'une forme particulière.

M. Dubois met sous les yeux de l'Académie plusieurs os longs et plats ainsi déformés.

Il ajoute qu'un savant danois, M. Petersen, professeur à l'Ecole vétérinaire de Copenhague, a rapporté d'Irlande des squelettes complets et qu'il doit rédiger un travail étendu à ce sujet.

— L'Académie reprend la discussion de la septième conclusion du rapport sur la peste.

Après une longue discussion, les quatrième et cinquième paragraphes de cette conclusion sont rejetés et remplacés par un amendement de M. Gueneau de Mussy ayant pour but de laisser à l'administration le soin de réglementer la durée des quarantaines et les mesures à prendre pour s'assurer des conditions de salubrité dans lesquelles se trouvent les provenances des pays pestiférés.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 novembre 1846.—Présidence de M. MATHIEU.

M. Sédillot adresse un Mémoire sur la *gastrostomie*. C'est le nom que l'auteur donne à une opération par laquelle on établit aux parois de l'estomac une ouverture permanente pour fournir à l'alimentation une voie artificielle chez les malades qu'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia condamne à mourir d'inanition.

On pourra s'étonner au premier abord de l'idée de déplacer l'orifice alimentaire et de le transporter à la paroi abdominale. Comment oser diviser cette paroi, inciser le péritoine, rechercher et trouver l'estomac, le perforer, maintenir les plaies en contact, éviter l'hémorrhagie, les épanchements et l'inflammation, conserver la fistule ouverte, et non-seulement prévenir la sortie des matières gastriques, mais introduire directement par la même voie des substances nutritives et entretenir ainsi l'alimentation et la vie?

L'opération que je propose n'est exempte sans doute ni de difficultés ni de dangers, mais un examen approfondi des conditions anatomo-pathologiques qui s'y rapportent montre la possibilité de surmonter les obstacles, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'aucune tentative chirurgicale d'une aussi grande valeur n'a peut-être offert plus d'indications rationnelles et plus de probabilités de succès.

Les rétrécissements œsophagiens atteignent dans quelques cas un tel degré d'étroitesse que le passage normal ou artificiel des substances alimentaires devient impossible, et que les malades meurent nécessairement d'inanition.

Les raisons sur lesquelles on peut fonder les probabilités de réussite d'une opération nouvelle sont de plusieurs sortes :

Tantôt la nature nous a précédés dans la voie à parcourir, et a institué des expériences qu'il nous reste seulement à imiter;

Tantôt l'analogie des faits pathologiques, d'un rapport plus ou moins direct avec l'opération projetée, nous permet d'en prévoir les résultats ;

Tantôt enfin nous pouvons nous éclairer par des expériences sur les animaux.

Nous avons interrogé avec soin ces trois ordres de démonstrations au sujet de la gastrostomie, et nous les avons trouvés concordants.

Nous devions nous demander d'abord si les plaies de l'estomac étaient curables, et si l'on possédait des exemples de fistules gastriques compatibles avec la vie. L'histoire de la science résout cette question affirmativement. Les cas de fistules spontanées de l'estomac sont assez communs ; ceux de fistules par traumatisme sont plus rares ; mais j'en citerai cependant un assez grand nombre, et celui, entre autres, rapporté par le docteur Beaumont, d'un jeune Canadien, qui eut la poitrine, l'abdomen et l'estomac ouverts par une large plaie d'arme à feu, et qui guérit avec une fistule gastrique. Des plaies de même nature, ou produites par des épieux et d'autres instruments, furent suivies des mêmes résultats; on ne serait donc pas admis à nier la possibilité d'établir artificiellement des fistules ventriculaires, à moins de soutenir que les procédés éclairés et méthodiques de l'art sont plus dangereux que les traumatismes aveugles et violents.

La possibilité de la gastrostomie ne faisant plus doute, d'autres questions se présentent à élucider.

Les aliments introduits dans l'estomac par la fistule ne s'échapperont-ils pas au dehors?

Seront-ils digérés?

Quelles seront les modifications imprimées à la nutrition par l'absence de la mastication et de l'insalivation, et quels seraient les moyens de remédier aux inconvénients de cet état?

Les observations de fistules gastriques démontrent que les malades parvenaient aisément à fermer l'orifice de leur plaie par des tentes, des bandages ou des plaques métalliques d'une forme et d'un volume appropriés. La plupart jouissaient de toutes les apparences de la santé, et les aliments et les boissons ne s'échappaient pas involontairement. S'il en est ainsi dans les cas de fistules accidentelles souvent considérables, il sera évidemment plus facile encore de fermer complétement, pendant l'intervalle des repas, des fistules produites par l'art.

Il n'est pas douteux que des aliments réduits en pâte molle ou semi-liquide, ne soient aisément injectés de dehors en dedans dans l'estomac. Il est également certain qu'ils y seront convertis en chyme.

» Joubert, dit Thomassin, conservait dans son cabinet l'estomac d'un homme mort à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, qui avait une ouverture fistuleuse à l'estomac. Cet homme injectait dans son estomac des aliments liquides qu'il digérait parfaitement. Il portait cette incommodité depuis plusieurs années, et l'on ne dit pas à quelle occasion elle lui était survenue. » (*Obs. iatro chirurg.* de J. Covillard, avec notes de Thomassin. Strasbourg, 1791.)

Tout le monde connaît les usages de la sonde œsophagienne pour porter les aliments dans l'estomac. Taranget nourrit son opérée pendant seize mois. J'ai entretenu pendant plusieurs mois la vie d'un homme atteint de perforation œsophagienne avec communication dans la trachée, en injectant les matières alimentaires à l'aide de la sonde. Les faits de ce genre sont nombreux, et la digestion s'accomplit alors très régulièrement. La longueur de la sonde est manifestement sans influence, et, s'il y avait une différence à noter entre le parcours des aliments introduits dans le ventricule par une sonde œsophagienne ou une sonde traversant l'abdomen, l'avantage serait en faveur de ce dernier procédé. Dans les deux cas, au reste, les résultats définitifs sont comparables et identiques ; l'estomac reçoit les substances nutritives et les chymifie.

La mastication est une simple trituration mécanique facile à reproduire artificiellement. L'insalivation resterait donc seule en cause. Mais rien n'empêcherait les malades de préparer eux-mêmes le bol alimentaire qu'ils porteraient ensuite dans l'estomac, et s'ils étaient cacochymes, privés de dents ou atteints de quelque lésion de la bouche, ils confieraient cette première préparation à des personnes jeunes et saines, et les conditions de la nutrition n'en deviendraient que meilleures.

J'ai prouvé, par des considérations empruntées à la pathologie et à la physiologie humaines, que la gastrostomie était une opération parfaitement fondée sur la théorie et sur les faits; je pourrais donc m'abstenir d'invoquer encore les expériences entreprises sur les animaux. On réussit sans peine à établir sur des chiens des fistules gastriques. M. Blondlot possède un de ces animaux, qui porte depuis deux années une fistule de ce genre. J'ai pratiqué trois fois la même opération par des procédés différents, et toujours avec un succès complet. Dans ce moment, je conserve dans mon amphithéâtre un chien que je nourris entièrement par sa fistule.

Nous ferons connaître prochainement la suite de ce mémoire.

REVUE GENÉRALE.

Nouvelle étiologie du cancer des lèvres ; par M. Rigal, de Gaillac. — Dans une leçon clinique récente, M. Velpeau s'est élevé, avec juste raison à notre avis, contre l'opinion qui attribue le cancer des lèvres au contact trop longtemps répété du tuyau de pipe. Il est certain cependant que le cancer arrive assez fréquemment chez les fumeurs, et plus particulièrement du côté où ils placent la pipe. Mais cela s'explique à merveille dans l'étiologie nouvelle des cancers labiaux que M. Rigal, de Gaillac, a établie sur des observations répétées, et que nous avons eu déjà occasion de vérifier plusieurs fois.

Presque constamment le bouton cancéreux est dû à l'irritation répétée d'une dent taillée en pointe et venant heurter la lèvre ; or, on sait que les fumeurs qui font usage de la pipe tiennent le tuyau entre les dents, et qu'il finit par user les côtés correspondants des deux dents entre lesquelles on le pose ; à la mâchoire supérieure, ce sont en général la canine et la première molaire qui sont ainsi usées et aiguisées en pointe ; et la canine est celle qui heurte le plus souvent la lèvre inférieure. Aussi, chez les fumeurs, le cancer se développe à peu près constamment du côté où ils fument, comme il a été dit, et plus ou moins près de la canine labiale. Quand, par une cause ou par une autre, il y a à la mâchoire supérieure une dent incisive taillée en pointe et qui déborde les autres, le cancer se montre vers le milieu de la lèvre inférieure et vis-à-vis la saillie de la dent. Cela explique donc à la fois et le siége précis du cancer et sa préférence bien connue pour la lèvre inférieure ; en effet, les dents inférieures ont beau être aiguisées comme les autres, chez un sujet de conformation normale, elles sont débordées et recouvertes par les dents supérieures et écartées en conséquence de la lèvre correspondante. Mais si l'arcade dentaire inférieure déborde la supérieure dans ce qu'on appelle le *menton de galoche*, la lèvre inférieure sera à l'abri du cancer, et c'est la supérieure qui y sera exposée de préférence.

Nous nous bornons à cet exposé succinct en attendant que l'habile chirurgien de Gaillac publie lui-même ses curieuses observations.

Il paraît que, lors de la discussion qui a eu lieu au sujet de la question des aliénés, le conseil général ayant reconnu la nécessité d'établir un nouvel hospice gratuit pour les paralytiques, les épileptiques et les aliénés, l'administration municipale vient de décider que la question d'un hôpital annexe de Bicêtre, dans le département de la Seine, serait étudiée, et qu'une proposition serait soumise à cet égard au conseil général dans sa prochaine session.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 137. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 20 NOVEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Il est certainement peu d'affections qui aient été, nous ne dirons pas plus, mais autant étudiées que la fièvre typhoïde. Il en est peu qui soient aussi bien connues, quant à leur symptomatologie, leur diagnostic, leurs lésions anatomiques, et cependant il n'en est pas une, nous ne craignons pas de le dire, sur laquelle existe, entre les médecins, une plus grande divergence d'opinions quant à la nature, à l'essence de l'affection, partant, quant au traitement, qui ne peut être basé, dans la plupart des cas, que sur la connaissance exacte de cette nature intime. Et ici, qu'on nous passe cette digression, nous avons besoin de faire quelques réserves.

Broussais avait dit : « Celui qui guérit une maladie sans avoir apprécié avec justesse les modifications physiologiques au moyen desquelles il a opéré cette cure, n'a pas la certitude de reconnaître ni de guérir la même maladie quand elle se présentera de nouveau. » (*Exam. des doctr.*, prop. CDLXVII). A cette règle posée par Broussais, et qui peut s'appliquer à l'immense majorité des cas, il est bien quelques exceptions ; on guérit la vérole avec le mercure et l'iodure de potassium, sans savoir comment agissent ces médicaments; la fièvre intermittente disparaît sous l'influence du sulfate de quinine, sans que l'on puisse apprécier les modifications physiologiques au moyen desquelles survient la guérison. Mais ces exceptions ne s'appliquent qu'aux affections pour lesquelles on a trouvé des médicaments spécifiques. Quant aux autres maladies, inflammatoires, nerveuses, etc., ce n'est que d'après la connaissance exacte de leur nature que l'on peut instituer un traitement rationnel avec chances de guérison.

L'incertitude que nous signalons relativement à la fièvre typhoïde est une preuve de plus à l'appui de la vérité de la proposition de Broussais. Ceux qui la regardent comme une affection purement inflammatoire, et c'est maintenant le plus petit nombre, lui opposent les antiphlogistiques purement et simplement ; ceux qui en font une affection uniquement humorale emploient les évacuants ; d'autres, considérant l'état adynamique, conseillent les toniques ; puis la méthode expectante, les révulsifs, ont aussi leurs partisans. Il est vrai de dire que deux seulement de ces modes de traitement ont été essayés comme méthodes exclusives : les antiphlogistiques et les évacuants.

Ç'a été une erreur de Broussais, de ne voir dans la fièvre typhoïde qu'une gastro-entérite; du reste, quel homme de génie ne s'est trompé en quelque point? Ça été le tort plus grand encore de certains de ses élèves, de vouloir, sourds aux enseignements de l'observation, et rayant, d'un trait de plume, tous les travaux modernes qui n'étaient pas leurs, de vouloir limiter dans l'intestin le siége de l'affection typhoïde. Cette erreur pathologique les a conduits à une erreur thérapeutique. Ceux qui, pendant quelques temps se sont laissé séduire par la simplicité de la théorie et par la simplicité de la thérapeutique, dès qu'ils ont pu observer par eux-mêmes, se sont vus forcés de renoncer à une manière d'agir qui était loin de répondre à leurs espérances. Du reste, les déplorables résultats de la méthode des émissions sanguines dans le traitement de la fièvre typhoïde ont été récemment consignés dans une thèse remarquable soutenue par M. le docteur Quéval, qui a donné pour chiffre de mortalité, établi d'après des relevés d'observations authentiques, 13 morts sur 30 malades. La méthode antiphlogistique pure a donc fait son temps ; car, même en invoquant les plus fâcheuses constitutions médicales, quelle est la méthode thérapeutique qui pourrait se soutenir après un aussi effrayant résultat ?

La seconde, celle des évacuants, nous devons l'avouer, nous semblait autrefois moins logique que la précédente, et nous avions peine à croire, avant d'avoir vu par nous-même, aux brillants succès obtenus dans certains services. Encore aujourd'hui nous n'avons point vu de séries de malades traités par les évacuants, et chez lesquels il n'y ait eu qu'un insuccès sur trente ou quarante cas, comme on l'avait annoncé. Mais évidemment les chiffres statistiques sont plus beaux ici qu'ils ne l'étaient à la suite des émissions sanguines, puisque employés comme méthode exclusive, on n'observe avec eux qu'une terminaison funeste sur dix ou douze. Tels sont du moins les effets que nous avons été à même de constater pendant ces derniers mois dans le service de M. Briquet à la Charité. Exposons en quelques mots la manière dont procède cet observateur consciencieux et distingué.

En général, il débute par un vomitif, ordinairement 5 ou 10 centigrammes de tartre stibié. Dans la soirée du même jour, une bouteille d'eau de Sedlitz ou un lavement purgatif. Le second jour, une bouteille d'eau de Sedlitz prise par demi verres dans la journée en guise de tisane. Si les malades ne vont pas beaucoup à la selle, on aide par un lavement purgatif l'action du laxatif pris par la bouche. On est rarement obligé de continuer pendant longtemps l'usage des purgatifs ; le plus souvent, au bout de très peu de jours, les phénomènes fébriles disparaissent, le pouls tombe, le ventre redevient souple, et en très peu de temps on peut faire prendre aux individus typhoïdes un peu de bouillon. Dans la fièvre typhoïde ainsi traitée, on remarque ceci de particulier, que la convalescence marche avec la plus grande rapidité, qu'elle est rarement enrayée par des recrudescences; que si cependant il en survient quelqu'une, elle cède facilement à une bouteille d'eau de Sedlitz; qu'enfin, très peu de jours après le commencement de l'amélioration, l'alimentation peut se composer de potages gras et même de viande. Or on sait combien les convalescences sont longues et les recrudescences faciles après le traitement antiphlogistique, lorsque l'on commence à nourrir les malades.

Nous n'avons l'intention ni de rapporter ici des faits nombreux et détaillés de fièvres typhoïdes; ils se ressembleut souvent, et la place nous manquerait ici. Nous ne nous étendrons pas plus longuement non plus sur le traitement évacuant dans la fièvre typhoïde, traitement qui pas plus que les autres ne nous semble devoir constituer une méthode exclusive, mais qui, en thèse générale, donne incontestablement des résultats plus satisfaisants que tout autre. Nous nous contenterons de dire que nous avons vu dans les salles de M. Briquet une série de trente à quarante malades, parmi lesquels seulement trois ont succombé. De ces trois morts, le dernier, autopsié il y a quelques jours à peine, avait, pour le dire en passant, la dernière portion de l'intestin grêle criblée de plaques grises, çà et là gangréneuses, d'un pouce et demi de longueur environ; forme que M. Cruveilhier appelle forme pustuleuse ou foudroyante. Nous ajouterons que ces résultats nous ont frappé d'autant plus qu'ils contrastent avec ceux que l'on obtient dans les salles où l'on pratique des saignées, et nous avons entendu M. Briquet lui-même signaler la différence qui existe entre les effets qu'il obtient maintenant par les purgatifs, et ceux qui suivaient autrefois l'emploi des saignées. Nous tenons de M. Briquet et de l'interne qui se trouve actuellement chez lui, que par les saignées il perdait au moins un malade sur quatre.

Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet, car nous savons que l'interne, à l'obligeance duquel nous avons dû plusieurs utiles renseignements, prépare un travail étendu qui comprendra tous les faits de fièvre typhoïde qui se sont présentés dans les salles depuis le commencement de l'année.

— Un jeune Américain de vingt-deux ans, d'une assez bonne constitution, bien qu'un peu lymphatique, fut adressé au mois de juin dernier à la Maison de santé de la rue Marbœuf, par M. Amussat. Atteint depuis fort longtemps déjà d'une inflammation chronique du genou, il ne pouvait marcher que difficilement et, au bout de très peu de temps il éprouvait de vives douleurs dans cette articulation ; le traitement que lui fit suivre M. Amussat fut double. D'une part, il fit placer tout autour de l'articulation du genou malade une série de petits cautères volants; ce fut la partie active du traitement. D'autre part, et ceci ne nous paraît pas moins important, il fit placer la jambe dans une gouttière de ferblanc martelé, adaptée avec soin à la partie postérieure du membre, et se moulant sur le creux poplité et sur une partie de la jambe et de la cuisse. Cette gouttière, légèrement coudée, à angle très obtus, était destinée à empêcher les mouvements de la jambe sur la cuisse, sans cependant forcer à tenir le membre dans l'extension continuelle. A la gouttière pleine on substitua au bout de quelques jours une gouttière semblable à la première, mais percée d'un grand nombre de trous, dans le but de la rendre plus légère, et de moins concentrer la chaleur dans les parties malades.

Cette seconde gouttière, exécutée par M. Charrière, soigneusement garnie à l'intérieur et fixée par des courroies tant à sa partie inférieure qu'à sa partie supérieure, n'empêcha pas, peu après le commencement du traitement, le malade de marcher, bien qu'avec un peu de difficulté d'abord. Deux mois de ce traitement suffirent pour mettre le malade dans un état si satisfaisant que M. Amussat, le voyant en voie de guérison complète et rapide, lui conseilla de faire un petit voyage. Les eaux de Bourbonne, et principalement l'usage prolongé de la gouttière métallique, ont achevé la guérison.

Cette observation présente deux circonstances importantes à considérer : l'emploi des révulsifs puissants et nombreux qui furent mis en usage pendant plus de deux mois tout autour de l'articulation malade, dont plus que tout autre nous sommes disposé à reconnaître l'efficacité dans beaucoup de cas, et que nous avons souvent vus suivis de succès, entre autres à l'hôpital des Enfants, où ils constituent en grande partie la thérapeutique des coxalgies et des tumeurs blanches commençantes; ensuite, et surtout, l'immobilité du membre et l'empêchement de la production des mouvements dans l'articulation malade. Sous ce rapport, nous avons été heureux de voir partager la même opinion sur l'utilité de l'immobilité articulaire par deux chirurgiens éminents, M. Amussat, dans le cas actuel, et M. Malgaigne, qui fait de cette immobilité l'une des conditions rigoureuses du traitement des tumeurs blanches. Nous aurons occasion pour ce dernier de revenir, dans une de nos prochaines Revues, sur quelques faits de cette espèce que nous avons été à même d'examiner à l'hôpital Saint-Louis.

— N..., jeune sous-officier au 4e bataillon de chasseurs d'Orléans, est, comme la plupart des hommes de cette arme, doué d'une constitution sanguine et musculaire. A la suite d'une querelle avec un de ses camarades, N... eut une affaire d'honneur dans laquelle il reçut un coup de fleuret au bras droit : l'émotion que lui causa cette blessure fut telle qu'il tomba sur le terrain frappé de paraplégie. Le chirurgien du corps pratiqua immédiatement une forte saignée et appliqua le lendemain dix ventouses scarifiées sur la région lombaire ; après quoi le malade fut transporté au Val-de-Grâce le 21 juillet, et placé dans le service de M. Champouillon.

Au moment de son entrée à l'hôpital, N... ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'hémorrhagie cérébrale; la peau des extrémités inférieures est simplement engourdie, mais les mouvements des cuisses et des jambes sont impossibles. Il y a de la constipation, et les urines sont rendues avec beaucoup de difficulté. M. Champouillon continue l'emploi des saignées locales et générales. Sous l'influence de cette médication énergique, l'engourdissement de la peau se dissipe à peu près complètement; la jambe gauche seule commence à exécuter quelques mouvements de flexion et d'extension.

Des révulsifs, tels que les vésicatoires volants et les moxas, sont appliqués successivement sur les lombes; c'est alors qu'une amélioration notable se manifeste dans l'état de N.... Cependant les urines et les matières fécales sont toujours expulsées avec lenteur, et la jambe droite se dérobe sous le malade toutes les fois que celui-ci essaie de se tenir debout ou de marcher.

Malgré l'emploi réitéré des bains, des douches alcalines et sulfureuses dirigées sur la colonne vertébrale et de la strychnine à l'intérieur, la paralysie restait stationnaire depuis un mois, lorsque M. Champouillon eut l'idée de recourir aux stimulants électriques, mais en les administrant d'après un procédé particulier. Pour cela, il introduisit une sonde métallique dans la vessie et une autre dans le rectum ; il mit ces instruments en rapport avec les fils conducteurs de l'appareil de Lebreton. Des décharges d'abord faibles furent suivies de décharges graduellement plus fortes : ce mode de traitement donna des résultats tellement satisfaisants qu'au bout de vingt jours de son application N... marchait librement et rendait à volonté ses urines et ses excréments.

Si l'on fait attention à la soudaineté de l'invasion, on est porté à croire qu'une hémorrhagie de la portion inférieure de la moelle épinière a été la cause de cette paraplégie sollicitée d'un autre côté par la vive impression morale qu'a ressentie le malade. Les émissions sanguines et les révulsifs cutanés semblent avoir favorisé d'abord la résorption de l'épanchement ; mais la rigidité opiniâtre des membres inférieurs n'a évidemment cédé qu'aux stimulants électriques.

La méthode employée par M. Champouillon a pour avantage d'agir directement sur les sphincters de la vessie et du rectum, et de transmettre intégralement le fluide produit par l'appareil en mettant ses conducteurs en rapport avec les liquides salins de l'économie. Ce procédé imprime en outre aux extrémités inférieures, des secousses beaucoup plus fortes que celles que l'on obtient, par exemple, par l'électropuncture.

L'administration de l'électricité dynamique sous cette forme n'a point été expérimentée assez souvent par M. Champouillon, pour permettre à ce médecin d'en garantir l'efficacité constante ; mais il pense cependant, et nous pensons comme lui, que ce moyen mérite de fixer l'attention des praticiens.

— Un fait aussi important par sa gravité que par sa rareté s'est présenté samedi dernier dans les salles de M. Roux à l'Hôtel-Dieu.

Un homme affecté de rétrécissements multiples de l'urètre, et contre lesquels on n'a jamais, dit-il, dirigé aucune médication, éprouvait depuis quelque temps déjà beaucoup de difficultés à rendre ses urines ; elles ne sortaient que goutte à goutte ou par un filet très fin. Peu avant son entrée à l'hôpital, il sentit, en faisant de violents efforts pour chasser l'urine, un craquement dans un point qu'il ne peut indiquer que d'une manière assez vague. Il s'était fait, derrière les rétrécissements, une déchirure du canal de l'urètre, probablement, d'après ce qu'a pensé M. Roux, au niveau de la portion membraneuse. Aussitôt après l'accident, le tissu cellu-

laire sous-cutané de la verge et du scrotum s'infiltre d'urine; il survint un gonflement œdémateux, suite ordinaire des accidents de cette nature; rien du côté du périnée; phénomènes qui portent le chirurgien à penser que la rupture s'est opérée dans une région du canal plus antérieure que celle où ces solutions de continuité surviennent ordinairement.

Du reste, rétention d'urine complète; la vessie, au moment où l'on examine le malade pour la première fois, remonte jusqu'à l'ombilic, facile à limiter par la percussion et le palper abdominal. Des scarifications profondes sont pratiquées pour donner issue à l'urine infiltrée dans le tissu cellulaire; le périnée n'étant le siége d'aucun abcès, il n'y avait point lieu de penser à pratiquer dans cette région une ouverture par laquelle on aurait pu introduire une sonde et vider la vessie. D'autre part, les incisions du scrotum ne pouvaient suffire pour livrer passage à l'urine. M. Roux, soit à l'aide de la sonde d'argent ordinaire, soit avec la sonde conique, instrument dangereux entre des mains moins expérimentées que les siennes, essaya en vain d'évacuer l'urine. Il pensa, à la suite de ces tentatives, être arrivé dans la vessie, d'après les mouvements qu'il pouvait librement imprimer à l'instrument; mais, soit que les yeux de la sonde fussent bouchés par des caillots de sang, soit par tout autre cause, il ne s'écoula pas la moindre quantité d'urine, même après plusieurs efforts d'aspiration tentés avec une forte seringue adaptée à l'ouverture de la sonde. Ou était certain cependant qu'il n'avait point été fait de fausse route; car il ne s'était pas écoulé une seule goutte de sang, et l'on sait que l'hémorrhagie est un signe pathognomonique de la déchirure de l'urètre par la sonde. M. Roux ne voulut point, comme le font quelques chirurgiens, et comme il l'avait fait plusieurs fois lui-même, soit faire une insufflation par la sonde à l'aide de la bouche, soit pratiquer une injection forcée d'eau tiède, l'expérience lui ayant démontré qu'en cas de fausse route ces manœuvres pouvaient déterminer des accidents graves; la sonde fut retirée avec précaution, et la ponction de la vessie fut faite. C'était la première fois, nous a dit M. Roux, qu'il était obligé de recourir à cette extrémité. Jamais, dans sa longue carrière, il n'avait été forcé d'en venir à cette grave opération. Aussi s'étonnait-il, à ce propos, que d'autres chirurgiens, beaucoup moins anciens que lui dans la pratique, l'eussent faite plusieurs fois déjà, probablement parce qu'ils auront craint de tenter un cathétérisme difficile.

Quoi qu'il en soit, la ponction de la vessie a donné issue à une grande quantité d'urine, et au soulagement immédiat du malade. Nous avons revu le malade trois jours après l'opération, il était dans un état des plus satisfaisants. M. Roux n'avait pas encore jugé convenable d'enlever la canule pour la remplacer par une sonde élastique, pensant qu'il ne s'était pas encore écoulé assez de temps pour que pût avoir lieu l'organisation du trajet fistuleux autour du tube métallique. Aujourd'hui, cinquième jour, le malade va bien, et aucun accident ne semble à redouter.

— Le même chirurgien a fait ces jours derniers une ligature de l'artère fémorale pour une tumeur sanguine du tibia sur la nature de laquelle il nous est resté quelques doutes. Nous y reviendrons.

— Les travaux de Chrestien de Montpellier, ceux plus récents et entrepris dans la même direction de M. A. Legrand, à Paris, n'ont pu parvenir à faire substituer l'emploi de l'or à celui du mercure dans le traitement des maladies syphilitiques constitutionnelles. De nombreuses expériences répétées à l'hôpital du Midi n'ont jamais jusqu'à présent donné de résultats bien convaincants. Nous avons entendu entre autres notre maître et ami M. Ricord affirmer que sous l'influence de cette médication il n'avait dans aucun cas constaté le moindre amendement. Cependant, partisan avant tout de la vérité, et ne craignant pas de revenir sur une opinion précédemment émise si elle avait quelque chose de trop absolu, de trop exclusif, M. Ricord a fait reprendre dans son service depuis plusieurs semaines des expériments ayant pour but l'appréciation des effets de l'or dans le traitement de la vérole constitutionnelle. Mais il n'a point administré l'or seul. Il l'a fait amalgamer au mercure métallique dans la proportion suivante :

Mercure coulant,	15
Or,	1

On fait prendre au malade de 0,10 à 0,15 de cet amagalme divisé en neuf pilules avalées en trois fois dans la journée. Sans avoir encore par devers lui plus de quatre ou cinq faits, qui, vu leur petit nombre, ne peuvent servir qu'à poser des conclusions provisoires et approximatives, M. Ricord nous a dit cependant en avoir retiré quelques bons effets. Ainsi ces pilules ne donnent lieu ni à des coliques, ni à de la diarrhée; jusqu'à présent, sous leur influence, on n'a point vu se produire d'accidents du côté de la bouche : ce qui tient peut-être aussi, nous devons le dire, à la prudence qui a toujours présidé à l'administration des pilules *chryso-hydrargyriques*. Cependant, M. Ricord pense que l'adjonction de l'or n'a peut-être pas été sans quelque utilité comme prophylactique de la salivation. Pour notre part, nous avons été témoin d'un seul fait qui n'est pas sans intérêt. Il est relatif à un homme qui avait une stomatite scorbutique, et qui entra à l'hôpital du Midi pour se faire traiter d'accidents constitutionnels. Mis à l'usage des pilules *chryso-hydrargyriques*, il vit promptement disparaître les symptômes vénériens et, malgré les mauvaises conditions qu'il présentait du côté des gencives, il ne fut pas affecté de salivation. Comment agit l'or dans ces cas en supposant qu'il ait une action réelle, ce que nous démontreront les expériences ultérieures? C'est là un point encore bien obscur. Mais nous devions indiquer ces faits, et recommander aux praticiens l'expérimentation prudente dans des circonstances analogues.

— Il n'est rien à négliger en pratique, et la chose en apparence la plus indifférente peut avoir de graves conséquences. M. Nélaton recommande, dans l'opération de la cataracte par extraction, méthode qu'il préfère à toute autre, de tailler le lambeau de telle sorte que l'incision ne suive pas exactement la circonférence de la cornée, à son point de jonction avec la sclérotique. Il faut, autant que possible, que le bord libre du lambeau soit situé environ à un millimètre de ce point de jonction. Cette précaution est indispensable pour prévenir les accidents inflammatoires infiniment plus graves, M. Nélaton l'a remarqué, lorsque l'incision porte sur le tissu mixte que lorsqu'elle n'intéresse que celui de la cornée. Comme pour beaucoup de phénomènes pathologiques, la raison de cette singularité échappe à nos explications; preuve encore du peu de certitude et d'exactitude de la science quand il s'agit de remonter à l'étiologie. Peut-être cependant, s'il nous est permis de hasarder une hypothèse, pourrions-nous la trouver dans la plus grande vascularisation de la sclérotique que de la cornée transparente, cette dernière ne présentant de traces bien évidentes de vaisseaux que lorsqu'il est depuis quelque temps déjà le siége d'un travail inflammatoire.

Contrairement au précepte donné par des chirurgiens du plus haut mérite, M. Nélaton recommande toujours à l'aide chargé de relever la paupière supérieure, de ne point exercer de pression sur le globe oculaire, comme on le fait exécuter souvent dans le but de fixer le globe oculaire. Le globe oculaire étant à très peu de chose près une circonférence pleine qui tourne sur son axe, une pression exercée sur un des points de cette circonférence ne peut en empêcher la rotation, et elle a le grave inconvénient de faire souvent sortir au dehors l'humeur vitrée à la suite du cristallin, ce qui constitue toujours un accident grave. A l'appui de cette assertion, M. Nélaton nous citait le fait curieux et probant que voici :

Il avait déjà fait de nombreuses opérations de cataracte par extraction, sans avoir vu sortir d'humeur vitrée, lorsqu'appelé, pendant son service au Bureau central, à remplacer provisoirement un chirurgien des hôpitaux qui donne à ses internes le précepte dont nous avons parlé, il eut occasion de faire, pendant ces fonctions intérimaires, quelques opérations de la même espèce, et à chaque fois il voyait se présenter au dehors l'humeur vitrée, de la sortie partielle de laquelle il ne pouvait se rendre compte. Ce ne fut qu'en observant attentivement ses aides qu'il reconnut la cause de l'accident qui ne se reproduisit plus dès qu'il eut signalé à ces jeunes gens la précaution à laquelle il leur recommanda de ne point manquer.

Lorsque la cornée est une fois traversée dans son diamètre horizontal, le globe oculaire est fortement tourné vers l'angle interne, et il deviendrait impossible de continuer l'opération s'il restait dans cette position. A l'aide de la lame du couteau engagée sous le lambeau non encore détaché, et en lui imprimant un mouvement de bascule, l'opérateur extrait, qu'on nous passe cette expression, l'œil de l'angle de l'orbite, et achève de tailler son lambeau.

Nous avons dit, en commençant ce paragraphe, que M. Nélaton préfère l'extraction à l'abaissement comme méthode générale. Il a toujours obtenu un chiffre très satisfaisant de guérisons. Sur onze cas opérés à la clinique de la Faculté, lorsqu'il remplaçait M. le professeur J. Cloquet, il n'eut que deux insuccès. Cette année, à l'hôpital Saint-Antoine, il n'a fait que quatre opérations, qui ont toutes réussi.

— Le même chirurgien nous a communiqué un fait extrêmement curieux observé par lui chez une jeune fille épileptique, et dont nous ne connaissons pas d'analogues dans la science. Cette jeune fille, couchée dans le service de M. Bazin, reçut un coup de pierre sur l'œil; cette contusion fut suivie de la formation d'une cataracte traumatique. Depuis le développement de la cataracte, elle était devenue sujette à des accidents épileptiformes. Chaque fois qu'elle devait éprouver ces accidents, et peu d'instants avant l'accès, elle ressentait dans l'œil un fourmillement très notable, une véritable *aura epileptica*; il lui semblait que c'était de l'œil que partait le mouvement général qui se terminait par l'accès épileptique. Sur la demande de M. Bazin, M. Nélaton fit l'extraction du cristallin; la vue redevint bonne de ce côté, et les accès disparurent. Depuis lors, mais fort longtemps après, cette fille, à qui s'adressait M. Nélaton, fut atteinte d'aliénation mentale.

— Il n'est pas besoin d'avoir suivi longtemps la pratique des hôpitaux, d'avoir vu un grand nombre de malades, pour rester convaincu, avec tous les chirurgiens modernes, de la supériorité incontestable, toutes les fois qu'elle peut être pratiquée, de la désarticulation partielle du pied par la méthode de M. Lisfranc; et en deuxième lieu de celle de Chopart, sur l'amputation de la jambe, seul moyen connu des anciens opérateurs pour remédier à un grand nombre d'affections qui n'avaient pourtant d'autre siége que l'extrémité du pied ou les os du tarse. Cette prééminence des désarticulations du pied sur l'amputation de la jambe, repose sur plusieurs raisons : d'abord, une opération est d'autant moins dangereuse qu'elle est faite plus loin du tronc; puis on aura, pour le malade, il n'est pas besoin de le dire, un grand avantage à lui conserver son membre, même mutilé, plutôt que de le soumettre à l'usage d'un membre artificiel ou du classique pilon. Sous ce rapport, Chopart et M. Lisfranc ont rendu à la chirurgie un immense service. Des deux procédés, celui du chirurgien de la Pitié est incontestablement le plus utile en ce sens qu'il conserve une plus grande portion de la base de sustentation du corps. Un peu plus difficile dans son exécution, il est devenu d'une pratique on ne peut plus aisée, par les règles précises qu'a tracées, avec la rigoureuse exactitude qui lui est habituelle dans la description des manuels opératoires, le chirurgien dont nous parlons.

Mais il est des cas, et peut-être paraîtront-ils moins rares dès que l'attention aura été fixée sur eux d'une manière spéciale, où la méthode de M. Lisfranc sera impraticable; tels sont ceux où les articulations cunéo-métatarsiennes seront malades, sans que cependant il soit besoin d'enlever, avec les cunéiformes, le scaphoïde et le cuboïde. C'est de ces cas seuls que nous voulons parler ici, pour signaler une troisième méthode d'amputation partielle du pied dont la science est redevable à M. Jobert.

Chez un sujet sur lequel il pratiquait l'amputation par la méthode de M. Lisfranc, M. Jobert s'aperçut, en arrivant dans les articulations tarso-métatarsiennes, que les cunéiformes étaient profondément affectés, et qu'il n'était pas possible de les conserver. Par une inspiration soudaine, l'opérateur conçut le projet de conserver le cuboïde et le scaphoïde en retranchant seulement les trois os intéressés. L'opération réussit au delà de toute espérance, et le sujet guérit avec un moignon suffisant pour lui permettre de marcher sans trop de fatigue ni de gêne. Nous avons vu ces jours derniers, à la visite de l'hôpital Saint-Louis, un jeune homme opéré de cette manière, et marchant avec une facilité bien plus grande que ne le font les amputés par la méthode de Chopart.

Nous devons ajouter, pour être juste envers tout le monde, que, ce procédé soudainement conçu, nous l'avons dit, sous l'inspiration du moment, mais pour lequel le chirurgien n'avait point encore établi de règles fixes, un de ses élèves, M. Laborie, l'a étudié avec soin, l'a décrit en détail, et a posé les principes d'après lesquels il devait être exécuté. Les recherches importantes et sérieuses de M. Laborie ont doté la médecine opératoire d'un nouveau procédé, auquel il a donné le nom de méthode mixte, dans la description duquel les limites d'un article de ce genre ne nous permettent pas d'entrer, et qui trouvera son application dans tous les cas où la maladie sera trop profonde pour permettre de pratiquer la désarticulation de M. Lisfranc, sans l'être cependant assez pour exiger tous les sacrifices du procédé de Chopart. Z.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SÉANCE D'OUVERTURE.

Discours prononcé par M. le professeur Dumas.

(Suite du numéro précédent.)

Quand une révolution est accomplie, quand ses conséquences, acceptées de tous, ont été poursuivies dans leurs développements; quand les principes sur lesquels elle s'appuie ont enfin triomphé, le temps adoucit bientôt les vanités irritées par la lutte, et chacun voit alors sous un jour tout nouveau les opinions et les actes de ceux qui s'y sont mêlés.

Forcé de renoncer à vous initier à ces grandes querelles de la pensée chimique du temps présent, je dois restreindre mon cadre et mes idées et me borner à vous entretenir à grands traits de l'enseignement dont je suis chargé.

L'âme humaine, éternelle, immatérielle et libre; les forces impondérables dont elle dispose; les matières organiques que son souffle pétrit et façonne; les matières minérales qu'elle leur associe; quatre grands aspects de la vie, quatre grands problèmes de la mort.

L'Eglise a posé et résolu le dernier d'entre eux dans cette phrase terrible et sublime qu'elle inscrit sur nos fronts, chaque année, quand elle y dépose une cendre symbolique, et qu'elle répète le « *Memento quia pulvis es et in pulverem reverteris...* »

La chimie moderne a résolu le troisième quand elle a fait voir que l'air renferme tous les éléments des matières organiques; que les plantes sont les enfants de l'air; que les animaux dérivent tous des plantes; que toutes les matières organiques, enfin, représentent sur la terre des portions condensées de l'air proprement dit. Elle pourrait, frappant à son tour l'orgueil de l'homme, lui dire : Souviens-toi que tu n'es que vaine fumée, et que tu retourneras en fumée.

Mais demandons à la physique ce que sont les forces de la vie; sans doute la lumière, la chaleur, l'électricité y jouent leur rôle. Le flambeau de Prométhée n'est pas un vain jouet de l'enfance du monde, et sous son manteau, la fable cache plus d'une vérité philosophique. Cependant, jusqu'ici, ces forces ne sauraient représenter toutes celles que la vie utilise. La force nerveuse dans les animaux supérieurs, des forces plus obscures encore dans les animaux inférieurs et dans les plantes se dérobent à toute assimilation de ce genre.

Si Lamennais, dans sa magnifique synthèse de l'univers, n'hésite point à conclure que l'éther, fonds commun des êtres, est l'unité première dans laquelle tout se résume, nous ne pouvons pas imiter ici sa hardiesse.

Et bien qu'il soit certain aujourd'hui que le magnétisme et l'électricité ne constituent qu'un seul et même fluide; bien qu'il soit probable que la chaleur, la lumière et l'électricité sont unies elles-mêmes par des liens intimes; ici, dans le sanctuaire de l'observation et de l'expérience, nous devons attendre, pour admettre l'unité des forces de la nature, qu'un nouvel Œrsted, qu'un nouvel Arago, qu'un nouveau Faraday ait reproduit avec de l'électricité quelque force nerveuse, qu'avec la force nerveuse elle-même il ait régénéré de l'électricité.

Enfin, pour prendre ici la parole au nom de la psychologie, pour vous entretenir de la nature de l'âme, il faudrait la voix austère de notre savant collègue M. Bouillaud; pour analyser ses penchants et ses passions, il faudrait la critique subtile d'un collègue non moins aimé, celle de M. Gerdy.

Plus humble dans mes prétentions, j'appelle vos regards sur un coin dédaigné de cette vaste science de la médecine, à qui rien n'est étranger dans l'univers; qui abaissant son œil sur les misères les plus infimes de la matière, et l'élevant peu à peu jusqu'à sonder les attributs de notre âme, marche toujours d'un pas sûr et libre dans un domaine qui est le sien.

Il y a dans les mers du sud des îles qui s'élèvent peu à peu du sein de l'Océan, qui, bornées d'abord, s'étendent ensuite comme une coupe dont les bords épaissis et étalés agrandiraient sans cesse le contour.

Formées par des polypiers, par des coraux, ces îles, envahies par quelques plantes, deviennent le siége d'une végétation active; le terreau s'amasse au fond de leur cratère et le remplit; les animaux, l'homme s'en emparent, et le germe d'un nouvel empire apparaît sur la terre.

Pourquoi ces polypiers dirigent-ils donc avec tant d'ardeur leur travail incessant de dedans en dehors; quelle est la particularité de leur organisation; quelle est la loi imposée à leur immense famille, qui les soumet à se ranger à une règle si favorable aux conquêtes que la terre fait tous les jours sur l'empire de Neptune?

Ne vous confondez pas en vaines suppositions; les lois de l'organisme n'y sont pour rien; les instincts n'y font pas davantage.

Mais ces polypiers ont besoin de calcaire pour construire leur demeure; ils en trouvent en dissolution dans l'eau des mers; ils l'en séparent, à mesure que celle-ci traverse leur tissu terré. En dedans

de la coupe immense qui s'élève du fond des eaux, le calcaire est donc rare ; en dehors, il abonde : voilà, d'après M. Forchammer, tout le secret de cette forme providentielle, de cette tendance excentrique de leurs travaux. Voilà la mesure du rôle que la matière minérale en général, que le calcaire dans ce cas particulier peuvent jouer dans le développement des êtres organisés.

N'est-ce pas un spectacle plein de grandeur que celui que la nature nous offre dans la sublime simplicité de ses moyens ! L'eau des pluies, chargée de l'acide carbonique de l'air, tombe sur nos collines calcaires ; elle s'y charge de carbonate de chaux, qu'elle verse dans la Seine ; porté dans l'Océan, des courants réguliers l'entraînent, et bientôt saisi par des animaux microscopiques, il ajoute une pierre imperceptible à l'édifice de ces empires nouveaux qui s'y préparent pour l'avenir de l'humanité.

Le phosphate de chaux fait la base du squelette de tous les animaux supérieurs ; il se retrouve dans les tissus et les liquides de leur économie. L'analyse le retrouve dans les animaux inférieurs, dans les plantes elles mêmes.

Le phosphore que ce sel renferme figure à son tour d'une manière mystérieuse dans la composition de la substance cérébrale et nerveuse; il se retrouve dans la laitance et dans les liqueurs analogues.

Or, le phosphore, le phosphate de chaux sont si rares dans la nature, que, frappé de la difficulté que le sol éprouve à le fournir aux plantes, un chimiste illustre s'écriait : « Rome a succombé le jour où la Sicile, épuisée de phosphate de chaux, n'a pu lui fournir le blé nécessaire à sa population immense. »

Il faut donc que ce phosphate de chaux retourne à la terre ; et pour assurer ce retour, quels moyens simples et ingénieux la nature met en œuvre !

Recueillis dans le sol par les plantes, ces phosphates passent dans les animaux herbivores et de ceux-ci dans les carnivores, où ils se concentrent. Mais à partir de ce moment, tout tend à les disséminer.

Si l'animal meurt, c'est une mouche qui pond ses œufs dans les flancs de son cadavre ; il en naît des milliers de larves ; repues de sa chair, de son sang, elles poursuivent le cours de leurs métamorphoses, et bientôt, prenant des ailes à leur tour, elles portent au loin et dispersent en tout sens les phosphates qu'elles s'étaient assimilés.

Ce n'est pas sans but que la nature a voulu que ces chairs putrides, en proie aux vers qui les dévorent, fussent pour les grands animaux l'objet d'une répugnance profonde. Repoussés par l'aspect, par l'odeur de ces cadavres infects, on les voit s'éloigner pour la plupart, respectant le mystère qui s'accomplit.

Si les insectes répandent en tout sens les phosphates contenus dans les chairs des cadavres, les hyènes, les chacals, les chiens dévorant les os jouent à leur égard le même rôle.

Mais cela ne suffisait pas. Abandonnés à eux-même sur le sol, les os se divisent peu à peu et disparaissent. Quelle force nouvelle intervient pour en dissocier les éléments?

D'après mes expériences, c'est l'eau, non pas l'eau pure; le phosphore de chaux des os y est insoluble. Mais l'eau chargée d'acide carbonique, celle des pluies, des sources, celle en un mot qui baigne partout le sol. A la faveur de cet acide carbonique, le phosphate de chaux se dissout, les os se désagrégent, et les derniers vestiges de la vie animale disparaissent.

Mais vous le savez, c'est cet acide carbonique dissous par les eaux, pénétrant dans les plantes et décomposé sous l'influence de la radiation solaire qui fait leur nourriture principale.

Admirable mécanisme qui permet qu'à mesure que l'acide carbonique se détruit dans les feuilles, le phosphate de chaux redevienne insoluble et puisse entrer dans la composition des tissus du végétal.

Quel rôle y joue-t-il? Un rôle indispensable; car c'est par lui que toutes les matières azotées résistent à l'action de l'eau, qui tend à les dissoudre, à les gonfler, à les désagréger. Il donne à nos tissus leur stabilité, comme il rend nos os fermes et solides; il protége de même par sa présence tous les tissus des plantes.

Peut-être faut-il concevoir même qu'au moment ou une molécule d'acide carbonique se décompose dans la feuille, qu'au moment où le phosphate de chaux qu'elle tenait en dissolution devient libre, c'est lui qui, s'emparant de l'albumine de la plante, produit ces flocons nuageux, première origine des cellules que chaque instant voit naître.

Retournez le tableau maintenant, et suivez cet air qui pénètre dans les cellules de votre poumon, qui se dissout dans votre sang pour y brûler le charbon qu'il renferme et reproduire l'acide carbonique dont nous constations la décomposition tout à l'heure.

Le sang veineux contiendra donc de l'acide carbonique dissous, de l'acide carbonique propre à rendre soluble le phosphate de chaux. Le sang veineux tendra donc, comme l'eau des pluies, à désagréger, à dissoudre nos os; à gonfler, à dissoudre tous nos tissus, toutes les cellules qui les constituent.

Sous son influence, la matière animale entraînée ira donc se brûler pour développer la chaleur qui nous est nécessaire, le phosphate de chaux dissous ira donc s'évacuer par les sécrétions urinaires.

Ainsi, une goutte d'eau chargée d'acide carbonique, dissolvant du phosphate de chaux et frappée par les rayons du soleil, voilà la vie qui commence.

Une goutte de sang veineux saturée d'acide carbonique, et rongeant nos tissus, à qui elle enlève leur phosphate de chaux, voilà la vie qui finit.

Dans la plante, une cellule qui s'organise; dans l'animal, une cellule qui se dissout; là, de l'acide carbonique qui se décompose; ici, de l'acide carbonique qui se reproduit; là, du phosphate de chaux qui devient insoluble; ici, du phosphate de chaux qui se redissout; et ces faibles efforts peuplant la terre et les mers de tant d'êtres qui embellisent ou qui animent sa surface, qui sentent, qui pensent, témoignage sans cesse renaissant de la toute-puissance de la nature.

Vous montrerais-je à son tour le soufre voyageant d'un règne à l'autre, remontant des mers dans l'atmosphère pour retourner de là dans le sol, dans les plantes, dans les animaux, et redescendre la pente des fleuves qui le ramènent à la mer.

Que le mécanisme de toutes ces mutations est simple, mais qu'il est efficace et sûr ! La mer contient des sulfates, elle nourrit des mollusques. Les humeurs que ceux-ci sécrètent, avides d'oxygène, changent ces sulfates en sulfures.

L'eau des mers dégage alors de l'hydrogène sulfuré. L'air l'emporte bientôt au loin, jusqu'à ce qu'il rencontre les débris de quelques plantes, dont les pores, par une propriété mystérieuse, obligent cet hydrogène sulfuré à se brûler et à produire ainsi de l'acide sulfurique. Les sulfates dès lors sont régénérés.

Cet hydrogène sulfuré qui se dégage des matières animales putrescentes, des égouts infects, des boues en décomposition, qui empeste le sous-sol des rues, qui souille toutes nos peintures, cet hydrogène sulfuré est l'un des termes les plus indispensables de l'une de ces grandes équations avec lesquelles se joue la balance de la nature.

Il lui faut deux millions de kilogrammes de soufre au moins pour répondre aux besoins de la population humaine de la France; il n'en faut pas moins de dix millions de kilogrammes pour représenter la masse qui est contenue dans l'ensemble des êtres organisés que ce coin du globe alimente.

Les sulfates que le sol recèle cédant leur soufre aux plantes, qui le donnent aux animaux, la terre en serait bientôt épuisée, si le réservoir des mers ne rendait sans cesse et partout sous la forme d'hydrogène sulfuré ce soufre si nécessaire à la vie des plantes, à celle des animaux.

Admirables lois de la nature qui, opposant sans cesse les deux règnes, permettent qu'en se multipliant les animaux augmentent la nourriture des plantes destinées elles-mêmes à leur servir d'aliments, qui veulent qu'à mesure que la végétation s'étend l'air qu'elle purifie et les ressources qu'elle enfante soient à leur tour une excitation au développement des animaux.

Faut-il présenter à vos regards ce singulier contraste qui veut que des deux alcalis minéraux que la chimie vous signale la potasse se concentre surtout dans les plantes, la soude plus particulièrement dans les animaux ?

Nos excrétions rejettent la potasse et la rendent à la terre au grand profit de la végétation, l'eau que nous buvons renferme toujours du sel marin, nos aliments en contiennent, et par là se conserve, malgré des pertes incessantes, celui dont notre sang a besoin.

Et comme la potassse est soluble toutefois, que le cours naturel des eaux l'entraîne sans cesse vers les fleuves et des fleuves dans la mer, à combien d'artifices l'agriculture n'a-t-elle pas recours pour la restituer à la terre épuisée ?

C'est la potasse qu'elle recherche dans les cendres qu'elle répand sur ses champs; c'est elle qui, pour une part importante, assure au fumier de nos fermes sa fécondité; c'est elle encore que la chaux jetée sur le sol va déplacer lentement dans les silicates alcalins contenus dans toutes les terres argileuses.

Mais, quoique le sel marin abonde dans l'eau des mers, la potasse s'y trouve aussi, et les plantes marines, tout aussi sensibles à cet égard que les plantes terrestres, condensent dans leurs tissus ces sels à base de potasse et retiennent à peine de faibles doses du sel marin qui les a traversées en quantités si énormes.

N'est-ce pas dès lors, en rendant à la terre épuisée de potasse cet alcali que ses vins en exportent sans cesse sous la forme de crème de tartre, que l'agriculteur des environs de Montpellier fume avec tant de succès ses vignes au moyen du jonc marin ?

N'est-ce pas en grande partie aussi par les sels de potasse qu'ils leur restituent que ces varechs, si abondants sur les côtes de l'Océan, répandus sur les champs du littoral leur assurent une invariable fécondité ?

Pourquoi n'ajouterais-je pas que je voudrais qu'une expérience étendue vînt constater si l'eau-mère des marais salants, si riche en sels à base de potasse, ne pourrait pas faire elle-même la base d'un engrais excellent?

J'aimerais, je l'avoue, que cette pensée fût confirmée. J'aimerais à voir cette eau des mers, où viennent aboutir et se confondre tous les résidus de la vie, séparée en deux parts obéir à la main de l'homme; lui donnant, dans les sels cristallisables qu'elle abandonne, la soude, véritable aliment pour lui et pour les animaux qu'il associe à sa destinée; laissant, dans les sels qui ne cristallisent pas, la potasse, aliment indispensable à la vigueur des plantes qu'il met en culture.

Mais ces grands exemples suffisent. A quoi bon chercher maintenant comment le fer se concentre dans les feuilles des plantes, dans le sang des animaux; comment le fluorure de calcium suit le sort du phosphate de chaux et s'associe à lui dans l'émail de nos dents; comment la silice recherche les graminées et séjourne pur dans les animaux vivants; comment, au contraire, elle prend la place de leurs tissus mous dans tant de fossiles.

N'en ai-je pas dit assez pour vous prouver que si aux yeux du chimiste abstrait les matières organiques pures ont seules de l'importance, pour nous, qui cherchons à pénétrer le mécanisme et à préciser les lois de la vie, tout ce qui entre dans la substance des êtres organisés a droit à la même attention.

Le phosphate de chaux et le sel marin que l'homme renferme nous intéressent à l'égal de sa fibrine ou de sa gélatine.

Ne perdez donc pas de vue, mes jeunes amis, dès vos premiers pas dans la carrière, que la chimie minérale joue dans l'explication des phénomènes de la vie un rôle au moins aussi étendu que celui qu'on attribue communément à la chimie organique.

Ne perdez pas de vue que la connaissance des matières minérales, que l'étude des matières organiques sont les deux colonnes sur lesquelles vous devez vous appuyer pour aborder avec pleine connaissance de cause l'examen des phénomènes chimiques de la vie.

Sacrifier l'une de ces connaissances, négliger l'une de ces études, ce serait s'exposer à voir sous un jour faux et incomplet ces faits de la vie dont il vous importe à tant de titres de vous faire au contraire une idée large et précise à la fois.

Mais qu'il reste encore à faire dans cette direction qui est celle de la physiologie, celle aussi de la médecine pratique!

Et quand des travaux aussi largement conçus que ceux qui ont créé la chimie en moins de vingt années se produisent de toutes parts maintenant et viennent signaler à la reconnaissance publique les laboratoires de l'Allemagne et de l'Angleterre, la France, Paris ne doivent-ils pas aussi un large tribut?

Un laboratoire de recherches, spécialement consacré aux jeunes gens qui voudraient puiser le sujet de leurs thèses dans les applications de la chimie, n'a-t-il pas sa place marquée dans l'enseignement de la Faculté?

Là, secondés par deux chefs de laboratoire, l'un plus particulièrement exercé au maniement du microscope, l'autre plus spécialement habile aux recherches de la chimie elle-même, nos candidats au doctorat, élaborant des thèses d'une science élevée, ne pénétreraient-ils profondément dans la discussion des sujets les plus délicats dont ils propageraient la connaissance dans l'Ecole entière par la toute-puissance de cet enseignement mutuel qui s'y organise de lui-même.

Là tous les matériaux que nos hôpitaux fournissent à l'observation journalière viendraient se centraliser, et le professeur de clinique pourrait fonder son diagnostic sur une détermination précise de la nature chimique des produits qu'il ne peut soumettre aujourd'hui qu'à une appréciation rapide et trop souvent insuffisante.

Ce jour ne saurait être éloigné. Ainsi la physiologie et la pathologie trouveront en France les secours que l'Allemagne leur accorde partout, que l'Angleterre leur prépare si grandement ; ainsi se consommera cette fusion désirable des anciennes idées de vitalisme et des nouvelles forces que la chimie moderne s'estime heureuse de mettre aux mains du praticien pour la plus grande gloire de la science, pour le plus grand soulagement de l'humanité.

—

La distribution des prix a eu lieu de la manière suivante :

Le 1er prix de l'Ecole pratique a été décerné à M. Fano (Salvador), né le 3 décembre 1824 à Amsterdam (Hollande).

Le 2e prix a été décerné à M. Mocquet (Louis-Jules), né le 30 août 1821 à Augoulême (Charente).

Une mention honorable à M. Hocquet (Auguste-Bien-Aimé), né le 1er décembre 1821 à Bouhaincourt (Somme).

Prix des élèves sages-femmes.

Le 1er prix a été décerné à mademoiselle Riquois (Marie-Louise), née le 25 avril 1822 à Arteux (Nord).

Une mention honorable à madame Doussin (Constance-Joséphine).

Prix fondé par Montyon.

Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur Mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une Médaille d'or, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les Mémoires pour le prix de 1847 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart.

La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1847 la question suivante :

« Exposer, d'après des observations recueillies dans les cliniques » médicales de la Faculté, les effets thérapeutiques des vomitifs dans » les maladies. »

Du 15 août au 1er septembre 1847, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de juin, juillet et août 1846. — Présidence de M. H. Labarraque.

M. Bonassies a la parole pour donner communication d'un fait tendant à démontrer l'influence de l'imagination de la mère sur le fœtus :

Une femme de vingt-trois ans, déjà mère d'un enfant bien conformé, ayant vu au commencement de sa seconde grossesse un mendiant d'une figure repoussante, sentit aussitôt un tressaillement dans tous ses membres. Dès lors, elle fut frappée de l'idée qu'elle accoucherait d'un enfant difforme. En effet, le 26 mai dernier, elle mit au monde, avec l'assistance de M. Bonassies, un enfant privé de crâne, qui vécut six jours et mourut dans les convulsions. L'enfant a été remis à M. le professeur Serres, qui a désigné cette monstruosité, dont M. Bonassies donnera la description à la Société après la dissection qui doit en être faite, sous le nom d'*ectrogénie asymétrique encéphalocèle.*

M. Bonassies fait part à la Société des difficultés extraordinaires qu'il a éprouvées pour conserver à la science ce monstre curieux. Il donne lecture d'une lettre adressée par lui à l'un des commissaires de police de Paris, en réponse à des questions posées par ce magistrat dans des vues d'hygiène publique et de police médicale. Dans cette lettre, M. Bonassies n'hésite point à signaler la monstruosité ci-dessus mentionnée comme le résultat de l'impression éprouvée par la mère de l'enfant au début de sa grossesse, à la vue inopinée d'un homme à figure repoussante qui se présentait dans les maisons pour demander l'aumône ; et il demande à l'autorité des mesures de police en harmonie avec cette manière de voir.

Cette comunication donne lieu à une courte discussion.

M. Benet-Deperraud combat la doctrine de M. Bonassies dans ce qu'elle lui paraît avoir de trop exclusif. Les apparences inattendues et repoussantes sont très communes, et cependant les monstruosités sont loin d'être fréquentes. Les monstruosités, au contraire, sont communes chez les animaux, en particulier chez les quadrupèdes ; or, ici l'influence morale est nulle.

MM. Dreyfus, Charrier, Dobigny et *Aubrun* citent des faits qui leur paraissent propres à appuyer la manière de voir de M. Bonassies.

M. Thirial pense qu'une discussion sur cette matière aurait besoin d'être préparée, et pourrait acquérir une grande importance. Les monstruosités, dit-il en réponse à l'argumentation de M. Benet-Deperraud, procèdent de causes diverses. Les animaux ne sont pas soumis aux influences de l'imagination ; les causes de leurs monstruosités résident dans les maladies qui attaquent le fœtus dans le cours de la vie intra-utérine. L'homme présente aussi ces dernières, et il a de plus celles qui sont liées à l'imagination.

M. Mercier établit que les monstruosités sont loin d'être aussi fréquentes chez les animaux que chez l'homme. Chez les animaux, elles sont dues, en général, à la confusion des germes. C'est un fait que démontre pleinement un travail que l'on prépare en ce moment, et dont il a vu les pièces anatomiques.

M. Benet-Deperraud réplique qu'il n'a point voulu mettre en doute l'influence des impressions, soit physiques, soit morales, de la mère sur la santé, et par conséquent sur le développement du fœtus; ce qu'il persiste à nier, c'est que la vue d'une difformité donnée suffise pour que l'enfant, dans le sein de sa mère, soit atteint d'une difformité identique.

M. Tessereau appelle l'attention de la Société sur les difficultés que M. Bonassies a éprouvées pour conserver le petit monstre que le hasard avait mis entre ses mains. Lui, aussi, dans un cas analogue, il a éprouvé des difficultés inqualifiables qu'il lui a été impossible de surmonter. Une femme qui se croyait enceinte de dix mois accoucha d'un enfant ayant la grosseur et la longueur d'un fœtus de cinq mois. Ce fœtus a vécu cinquante-deux jour sans grandir ni grossir d'une ligne. M. Tessereau a perdu toute une journée en efforts infructueux auprès de l'autorité compétente. On lui a répondu qu'on pourrait permettre de conserver cet enfant si l'Académie de médecine le réclamait, mais qu'on n'accorderait pas cette permission à un médecin isolé. Ces difficultés antiscientifiques, dit M. Tessereau, sont déplorables.

— *M. Dobigny* Ce qu'on comprend généralement sous le nom de fièvre typhoïde, cette maladie tellement intéressante sous tous les rapports, et qui renferme tant de questions diverses, en présente une peut-être non encore complétement résolue, et qui me paraît extrêmement importante, c'est celle de sa nature dès son début. Cette question a été depuis longtemps l'objet de mes recherches spéciales, puisque ma thèse inaugurale fait déjà mention de mes observations à cet égard.

En effet, j'ai cru reconnaître que deux faits doivent être distingués dans cette maladie : 1° Une affection locale de nature généralement hypérémique, active; 2° une infection générale qui caractérise l'affection. J'ai posé en principe : 1° Que l'infection peut prendre l'initiative, préexister à l'affection qui, nécessairement, se manifeste plus tard ; 2° que l'affection peut préexister, devancer tout phénomène, tout état typhoémique; enfin, que la concomitance de ces deux phénomènes constitue ce qu'on appelle communément la fièvre typhoïde.

J'ai établi de plus : 1° l'infection existant primitivement, quel est l'organe sur lequel l'affection s'asseoit pour constituer la maladie ; 2° une affection locale existant, comment, par ordre d'organe, cette affection, avec le temps, prend le caractère typhoïde; c'est cette dernière considération qui est peut-être la plus intéressante, en ce qu'elle permet, pour ainsi dire quelquefois d'empêcher d'arrêter une fièvre typhoïde, maladie toujours extrêmement redoutable; de plus, en ce qu'elle éclaire le diagnostic le pronostic et le traitement.

Un fait qui vient de se passer sous mes yeux corrobore pour ainsi dire tout ce que j'ai avancé à cet égard ; c'est ce fait que je viens soumettre à votre appréciation et à vos lumières.

Je fus appelé il y a un peu plus de quinze jours par une famille pour lui donner mes soins. La dame, jeune, depuis six jours était affectée de dérangements intestinaux, et présentait les signes que je ne vous développerai pas, qui révélaient suffisamment et certainement une fièvre typhoïde, même assez grave. Le mari, également jeune, éprouvait depuis environ la même époque un dérangement du même organe, caractérisé seulement par de la diarrhée, des borborygmes et des coliques passagères, avec de la faiblesse et de l'inappétence, mais

sans fièvre, et conservaot une langue parfaitement nette et humide ; enfin, rien qui pût dévoiler une fièvre typhoïde, surtout parvenue au septième ou huitième jour, mais seulement ce que j'ai dit, un dérangement intestinal, car il n'avait même pas pris le lit.

Mes soins et mon attention furent tous portés sur la dame, qui, du dixième au onzième jour depuis le traitement, entrait en convalescence. Pendant cet intervalle, le mari prit, sur mon avis, un purgatif, une bouteille d'eau de Sedlitz, et à mon insu et sollicité par une tante, en vingt-quatre heures, un jour après le premier purgatif, des pilules purgatives en trois prises à douze heures d'intervalle ; toutes ces purgations, jointes à la diarrhée antécédente, jetèrent ce malade dans une faiblesse extrême ; la diarrhée persistait depuis deux jours qu'il avait abandonné les purgatifs, du reste sans mouvement fébrile, la langue restant nette et humide, n'accusant d'autre mal qu'un brisement général. Il fut forcé de s'aliter. Des lavements et boissons astringentes, bains de siége, cataplasmes émollients, etc., l'arrêtèrent en deux jours, et je m'étais bien promis que, après cela, la guérison se ferait sentir, je l'avais même annoncé ; mais quel fut mon mécompte, quand loin de là, et qu'on observe que c'était justement le jour où la dame commençait à prendre du bouillon de poulet, où elle entrait en convalescence le dix-septième jour de son traitement, le dix-septième jour par conséquent de l'invasion du mal de l'un et de l'autre, quand loin de là, dis-je, en visitant mon malade, je le trouvai plus prostré que la veille (le dévoiement était complétement arrêté depuis deux jours) : son ventre était douloureux, ballonné, avec gargouillement dans le flanc droit, parsemé de taches typhoïdes ; sa langue était sèche, rouge à la pointe, grillée, chargée ; les lèvres et les dents fuligineuses ; il mouchait du sang ; il accusait des tintements d'oreilles, des éblouissements ; l'ouïe, la vue étaient altérés ; il parlait avec peine, avalait avec difficulté ; bien que la vessie fût pleine et débordât de beaucoup le bassin, il ne sentait pas le besoin d'uriner, au point que je fus tenu de l'avertir et de lui faire remplir cette fonction devant moi ; la peau était chaude, aride ; le pouls très fréquent, petit, redoublé. Enfin, en présence de tous ces signes, et d'autres que j'oublie probablement, il était impossible de méconnaître une fièvre typhoide même grave, et tout cela se manifesta du jour au lendemain ; la veille, il n'y avait rien encore. Un traitement convenable lui fut appliqué. Aujourd'hui, sixième jour depuis la déclaration de l'état typhoïde, il entre en convalescence ; sa femme est guérie complétement.

Quelle est la cause de ce phénomène? La fièvre typhoïde existait-elle dès le début de la maladie? Vit-on jamais une fièvre typhoïde rester pour ainsi dire latente pendant dix-sept jours, ne revêtir ses caractères spéciaux qu'à cette époque? Ce n'était pas la stagnation de l'humeur peccante dans l'intestin ; quatre purgatifs coup sur coup à la suite d'une diarrhée de cinq jours, et suivis de quatre autres jours de diarrhée, auraient dû la faire déloger. Ce ne fut pas la contagion, etc. Non, une inflammation ou affection active iléo-cœcale, en se prolongeant, avait déterminé cet état typhoémique, qui certes n'existait pas primitivement, et que j'eusse évité sans aucun doute si j'eusse pu empêcher la superpurgation, et si, par mes soins, j'eusse arrêté promptement l'affection intestinale.

M. Mercier présente à la Société une nouvelle modification qu'il a apportée à l'instrument lithotriteur, modification qui donne à cet instrument une plus grande facilité pour saisir la pierre et la broyer, et qui permet aux fragments d'être expulsés plus facilement des branches de l'instrument.

—*M. Dobigny*, après avoir en quelques mots posé l'état de la science relativement aux superfétations, rapporte une observation d'accouchement qu'il croit devoir ranger parmi les faits de superfétation.

Une femme accoucha d'un premier enfant à deux heures de relevée, et vers onze heures du soir sous l'influence du travail qui continua, elle expulsa un second enfant beaucoup plus volumineux que le premier, dont les sutures crâniennes étaient mieux soudées ; circonstances qui rendirent ce second accouchement plus laborieux. Ce second enfant paraît à notre confrère être plus âgé d'un mois que le premier.

Chaque enfant avait son placenta distinct, mais accolé à son voisin.

L'écoulement du sang qui eut lieu par le 1er cordon fit penser à notre confrère qu'il pouvait y avoir un second fœtus. Il conclut de cette dernière circonstance, qu'il est important dans les cas de ce genre, alors que l'accouchement tarde, de faire une ligature à la portion du cordon pendante du côté de la mère ; c'est ce que fit notre confrère, et dont il s'est bien trouvé. Il tire également de ce fait pratique la conclusion suivante, savoir, qu'il est important de ne pas faire des tractions trop fortes, car en rompant le cordon on pourrait amener une hémorrhagie mortelle.

M. Charrier ne voit pas dans le fait cité par M. Dobigny un cas de superfétation, mais une simple grossesse double ; l'état de faiblesse du premier fœtus pouvaot dépendre de maladies propres à l'enfant ou d'un arrêt de développement. Quant à la sortie d'un second fœtus au bout de quelques heures, il ne voit là qu'une suspension momentanée dans les contractions utérines.

M. Cerise partage complétement l'opinion émise par M. Charrier.

— *M. Chereau* communique l'observation suivante :

Un jeune homme éprouve tout à coup des douleurs abdominales très aiguës avec tous les symptômes de la fièvre. Un médecin croyant reconnaître une entérite aiguë, fait appliquer vingt-cinq sangsues vers l'hypochondre gauche, prescrit le repos, etc. Les symptômes fébriles cessent, la douleur diminue, mais se localise vers l'ombilic, et persiste pendant plusieurs jours. Au bout d'une dizaine de jours notre confrère constate un peu d'empâtement dans la paroi abdominale, au niveau de l'ombilic sensible à la pression. Le bourrelet cutané qui entoure l'ombilic n'a rien de particulier, mais le cul-de-sac est comme bouché par une tumeur de la grosseur d'une cerise et de la même couleur que ce fruit. Cette tumeur est molle, tomenteuse, vasculaire, douloureuse, non fluctuante. Le lendemain du pus s'échappe par les parois de la tumeur. et le surlendemain il s'en échappe avec du pus deux corps étrangers qui par leur forme, leur couleur, leur apparence extérieure, représentent exactement deux haricots d'un volume ordinaire ; leur poids est de 3 grammes ; ils sont mollasses, tomenteux, graisseux au toucher, et appliquées l'un sur l'autre par une de leurs faces, aplaties à cet effet ; leur tissu inorganique est lamellée, se déchire avec la plus grande facilité. Cette matière, insoluble dans l'eau distillée, se dissout dans l'alcool bouillant ; elle est mêlée à des poils. Cette matière amorphe ne peut être comparée qu'à de l'adipocire.

Une fois l'élimination de ces corps opérée, le malade guérit rapidement.

M. Chereau termine cette observation en rapprochant ce produit singulier des kystes pileux qui se rencontrent dans l'ovaire, par exemple, quoi qu'ils en diffèrent sous plusieurs rapports.

M. Charrier pense que M. Chereau a raison en comparant ces corps avec les kystes pileux des ovaires, et n'est pas éloigné d'admettre que ce pourrait bien être quelque produit de conception, quelque germe arrêté dans son développement.

M. Szokalski ne pense pas qu'il faille toujours attribuer à cette cause la présence des poils, car on a extirpé des kystes de paupière qui en renfermaient.

M. Richelot se range à l'avis de M. Szokalski, et croit devoir rappeler l'opinion de Hunter, qui consiste à admettre que les kystes sont des tissus analogues à la peau, et qui, comme elle, sont susceptibles de toutes les sécrétionss et expansions de cette dernière, comme poils, cheveux, corne, etc.

M. Mercier soutient que l'origine de ces produits n'est pas toujours identique, que tantôt ils peuvent s'expliquer par la conception, comme lorsqu'on trouve des os, des dents ; que d'autres, comme les kystes cités par M. Szokalski, trouvent leur raison d'être dans la présence des follicules, qui ne sont en définitive qu'un retrait de la peau sur elle-même, et qui par conséquent peuvent produire tous les produits auxquels elle donne naissance. Dans ce dernier cas, ne serait-ce pas un simple produit de sécrétion ?

M. Homolle est chargé de faire quelques recherches chimiques pour éclairer, s'il est possible, ce point intéresant de la science.

Il résulte de cette analyse, que ce corps est composé de stéarine, de margarine et de poils.

(La suite à un prochain numéra.)

NOUVELLES.

M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Académie des sciences, a commencé des leçons sur la tératologie (monstruosités de l'organisation) le vendredi 20 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— *Faculté des sciences.* — M. Milne Edwards commencera son cours de physiologie et d'anatomie comparée à la Sorbonne, mardi 24 novembre, à midi et demi, et traitera de la génération et du développement des animaux.

— Le Traité des maladies chirurgicales de Boyer, dont nous avons annoncé le tome V, est édité par Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 2.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 138. TOME VIII. — 2 SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Accouchement à terme en présentation du tronc. Issue du bras hors de la vulve. On tente en vain la version podalique. La malade est apportée à la Clinique dans un état désespéré. M. le professeur P. Dubois termine l'accouchement en aidant l'évolution spontanée par une détroncation incomplète. Mort de la femme. Rupture de l'utérus et du vagin. — Quelques considérations à propos de ce fait, par M. le docteur LABORIE, ancien chef de clinique de la Faculté.

La femme Dron (Anne), âgée de trente-deux ans, journalière, est apportée à la Clinique le 11 mai 1844 à huit heures du matin.

Cette femme jouissant d'ordinaire d'une parfaite santé, bien conformée, a eu déjà quatre enfants, qui sont tous venus à terme, et sans que l'accouchement ait jamais rien présenté d'anormal. Suivant la malade, la tête aurait été constamment la partie qui se présentait.

Elle est arrivée au terme d'une cinquième grossesse, et, le 9 mai, elle éprouva les premiers symptômes du travail. Actuellement, quoique jouissant de la plénitude de son intelligence, elle est dans un état d'épuisement tel, qu'elle nous paraît dans les conditions les plus graves. Elle peut néanmoins nous donner avec lenteur et lucidité tous les détails suivants, que nous avons immédiatement transcrits.

Le 9 mai, au matin, une sage-femme appelée examina la malade et, pendant qu'elle faisait cet examen, la poche des eaux se rompit; une grande quantité du liquide s'écoula, et dès lors les douleurs cessèrent.

On abandonna la malade à elle-même, jusqu'au 11 mai à deux heures du matin; alors reparurent quelques douleurs. La sage-femme revint et jugea convenable de réclamer l'assistance d'un médecin, qui en effet fut mandé.

On fit alors de longues et nombreuses tentatives pour terminer l'accouchement.

Suivant la malade, ces manœuvres infructueuses déterminèrent d'horribles douleurs.

A huit heures du matin les choses paraissant devenir plus graves, on fit transporter la patiente dans le service de M. P. Dubois. Alors il existait encore quelques douleurs, mais très faibles, et ne reparaissant qu'à intervalles éloignés. La respiration était pénible; le pouls à peine perceptible. Pas de sueurs, pas de nausées; mais une telle faiblesse, que M. Dubois hésita un moment, ne sachant s'il devait tenter de terminer l'accouchement.

Voici du reste quel était l'état des parties. Le bras droit de l'enfant était en dehors des organes de la mère. La dilatation devait être très grande, car la poitrine était engagée dans l'excavation du bassin. L'enfant était en position céphalo-iliaque droite postérieure.

Les recherches faites en vue d'apprécier l'état de l'enfant, nous prouvent qu'il a cessé de vivre. M. Dubois se décide alors à terminer l'accouchement, comme il suit. Mais avant d'opérer, l'habile professeur nous fit pressentir, d'après la presque cessation des douleurs, qu'il pourrait bien exister une rupture de l'utérus.

La poitrine de l'enfant était engagée, comme nous l'avons dit, dans l'excavation. La nature avait donc déjà fait effort pour débarrasser la mère, en faisant exécuter ce que l'on est convenu d'appeler une évolution spontanée.

Mais, pour obtenir l'heureuse terminaison de cette évolution, il était absolument indispensable de déplacer la tête, qui n'avait pas quitté la fosse iliaque. Voici comment s'y prit M. Dubois pour vaincre cette difficulté. Pendant qu'à l'aide de la main gauche il faisait quelques tractions sur le bras en le ramenant en avant, il refoulait en arrière avec la main gauche la partie supérieure du tronc. Cette manœuvre fut suivie du plus complet succès; l'épaule vint se fixer sous l'arcade pubienne, la tête du placenta au-dessus du pubis.

Ce premier temps exécuté, l'opérateur engagea la malade à faire quelques efforts d'expulsion; mais l'épuisement était si grand, qu'ils furent insuffisants, malgré toute la bonne volonté de cette pauvre femme, qui ne perdit pas un instant sa connaissance. Craignant de ne pas terminer assez tôt, l'opérateur se décida à pratiquer la détroncation. Cette opération fut rapidement faite avec de forts ciseaux; mais M. Dubois ne détacha pas complètement la tête, il s'arrêta dès qu'il eut séparé la colonne vertébrale, laissant ainsi toutes les parties molles intactes sur le côté gauche du cou. Grâce à cette opération, qui détruisait la résistance opposée par la longueur et le peu de flexibilité de la tige représentée par la colonne vertébrale et la tête, l'évolution spontanée s'acheva à l'aide des seuls efforts d'expulsion que faisait la malade; et quand fut délivré le tronc en entier, on put facilement, à l'aide des parties laissées intactes et qui retenaient la tête, terminer l'accouchement.

L'enfant bien constitué pesait 2950 grammes; il était long de 49 centimètres. Après l'extraction du fœtus et presqu'immédiatement, le placenta sortit spontanément avec une assez grande quantité de sang.

La malade fut ensuite portée dans les salles, où, deux heures après, elle succomba sans paraître éprouver aucune douleur : elle s'éteignit pour ainsi dire.

Autopsie, le 13 mai, quarante-cinq heures après la mort. Roideur cadavérique peu prononcée; teinte pâle de tout le cadavre. Les seins, assez développés, sont mous; le ventre est souple, peu saillant. A travers la paroi abdominale on sent facilement la saillie formée par l'utérus, dont le fond remonte jusqu'à l'ombilic; il est fortement incliné à droite.

Cavité abdominale. On aperçoit immédiatement, en ouvrant la cavité abdominale, un épanchement sanguin remontant, sous forme d'ecchymose sous-séreuse, derrière la paroi abdominale antérieure à gauche dans l'étendue de trois à quatre pouces.

En bas à gauche dans la région iliaque, empiétant un peu vers l'hypogastre, nous trouvons un épanchement sanguin abondant enfermé sous le péritoine, qu'il a disséqué dans une grande étendue. Ainsi, la séreuse pariétale présente dans toute la région latérale gauche la coloration d'ecchymose que nous avons déjà signalée en avant; et elle gagne en arrière le mésentère, entre les feuillets duquel le sang s'est également répandu. Partout, du reste, l'épanchement se trouve enfermé entre les lames du péritoine et nullement dans sa cavité. C'est ainsi que dans l'épaisseur du ligament large, à gauche toujours, nous en rencontrons encore, mais alors sous forme de caillot constituant une véritable tumeur sanguine. Sur la face antérieure de l'utérus, il a glissé sous le feuillet séreux, et, en plusieurs points, il a une grande épaisseur. Partant de l'utérus en avant, il s'est épanché sur la vessie, et a gagné ensuite la partie latérale gauche de l'utérus et le ligament large droit, où il est bien moins abondant qu'à gauche. A droite, il se retrouve en grande quantité dans le tissu cellulaire sous-séreux lâche du bassin.

Du reste, dans la cavité péritonéale, il n'existe qu'un peu de sérosité rougeâtre, qui paraît teinte par transsudation, car il n'existe de caillot dans aucun point.

Dissection du bassin. Je décolle à gauche le péritoine, et immédiatement j'arrive sur un énorme foyer sanguin. Tout le tissu cellulaire est infiltré de ce liquide. En enlevant les caillots, je trouve un peu antérieurement une large déchirure présentant neuf centimètres d'étendue; tout le col est compris dans cette solution de continuité, et le vagin lui-même est atteint; il est également divisé, suivant la direction de la déchirure de l'utérus, jusqu'à cinq centimètres de l'orifice vulvaire.

Nous n'avons du reste trouvé aucune autre lésion dans les autres viscères, ni dans la poitrine, ni dans le crâne.

Cette observation nous a semblé à plusieurs titres mériter d'être publiée; elle ne peut manquer de paraître intéressante, et, disons-le, elle ne peut manquer aussi d'apporter d'utiles enseignements. M. le professeur Paul Dubois a agi dans cette circonstance avec toute sa prudence et sa circonspection habituelles; dans quelques mots adressés aux élèves témoins de ce fait, il a expliqué les phénomènes naturels qui se succèdent quand dans une présentation de l'épaule l'accouchement se termine sans les secours de l'art et sans changement de présentation. Nous ne croyons pas utile d'entrer ici dans ces développements sur le mécanisme de l'accouchement en présentation du tronc, mais nous allons nous efforcer de faire ressortir les conséquences pratiques qui peuvent se déduire de cette observation.

Une chose qui d'abord frappera l'attention, c'est la manière dont la poche des eaux a été rompue. Lorsque la sage-femme appelée examina la malade, suivant toute probabilité se trouvant un peu étonnée de l'élévation de la partie qui se présentait et aussi des difficultés qu'elle éprouvait pour la reconnaître si elle la pouvait atteindre, elle a peut-être un peu trop poussé loin son examen et la rupture de l'œuf en a été la conséquence fâcheuse; cette rupture étant faite, une grande quantité d'eau s'écoula au dehors, ce qui se conçoit parfaitement, car la partie du fœtus qui se présentait ne pouvait assez s'appliquer sur l'orifice pour empêcher l'expulsion de la totalité du liquide amniotique. Cette déjection complète de l'utérus amena nécessairement du calme en faisant cesser les contractions pour quelque temps. Si on avait immédiatement

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La rentrée de la Faculté. — Le discours de M. Dumas. — Ouverture du cours de M. Velpeau.

La Faculté était resplendissante lundi dernier. Comment donc! des tentures toutes neuves sur les murs, de la soie cramoisie encadrée dans des baguettes d'or, des girandoles d'un effet éblouissant, des fauteuils d'un luxe princier, des cordons et des croix de commandeur brillant sur les poitrines, cet hémicycle émaillé de robes rouges, ce vaste amphithéâtre rempli jusqu'aux vomitoires d'un jeune, ardent et bruyant auditoire, tout, jusqu'au vénérable massier qui, Dieu me pardonne! était coiffé d'une toque toute fraîche, tout cela respirait un air de fête et de solennité, d'animation et d'attente dignes du professeur célèbre organe en ce jour de la Faculté de Paris. Depuis la séance mémorable où Broussais, la plus grande illustration médicale de l'époque, fit l'éloge de Dupuytren, la plus éminente personnification chirurgicale du siècle, je n'avais vu pareil concours et semblable empressement. Je vous avoue que ce n'est jamais sans charme, sans émotion douce et secrète que j'assiste à cette solennité; que de beaux jours, et de frais souvenirs, et d'illusions charmantes, et de souriantes espérances elle rappelle! Aussi, bien grande serait l'erreur de celui qui croirait que le *feuilleton* se rend à cette fête l'âme chagrine, et qu'il la quitte pour barbouiller aussitôt de son encre la plus noire quelque dure et amère critique. Non pas, non pas! trop heureux de voir, d'écouter, ne serait-ce qu'un jour, ne serait-ce qu'un instant, avec ses yeux, ses oreilles, ses impressions d'élève, d'élève à qui seul s'adresse cette fête et non à de vieux désillusionnés comme moi : à la jeunesse ardente et généreuse qui palpite d'émotion sous une noble et grande pensée, et non à l'austère raison qui porterait le froid scalpel de l'analyse là où tout doit être spontanéité et sentiment.

N'attendez donc pas de moi, bien aimé lecteur, que, m'affublant de la souquenille d'un professeur de rhétorique, je vous fasse pédagogiquement remarquer ce que le goût sévère, le puritanisme littéraire ont reproché à l'oraison de M. Dumas; que, m'enveloppant dans l'austère manteau de la philosophie, je demande dédaigneusement compte à l'orateur de quelques doctrines philosophiques, ou que, plus exigeant encore, je mette sur l'oreille mon bonnet doctoral pour me fâcher tout rouge contre certaines opinions qui feraient frémir d'indignation Bordeu, Fernel ou Hippocrate lui-même. De tout cela, je ne ferai rien : d'abord, par déférence pour le savant illustre qui décidément n'est pas tenu d'écrire comme Voltaire, de penser comme Bossuet, de faire de la médecine comme Sydenham, et qui s'est contenté d'être et de rester un des plus éminents chimistes de l'époque; ensuite, parce que ce discours a obtenu un grand succès, et que mes faibles yeux de critique sont encore éblouis de l'admiration et de l'enthousiasme qu'il a suscités. Les grands critiques seuls peuvent impunément braver le grand soleil du succès. Les vigoureuses plantes du tropique s'épanouissent sans danger aux ardeurs du midi, et les brillantes et chaudes couleurs de leurs pétales empruntent de nouvelles teintes aux feux du jour; à côté d'elles, des fleurs plus humbles n'entr'ouvrent que le soir leur corolle tremblante, et leurs pâles nuances pour être remarquées ont besoin que le soleil s'incline ou amortisse ses rayons.

J'attendrai donc le crépuscule..

— Le lendemain une solennité plus modeste attirait vers l'hôpital de la Charité un grand concours d'élèves. Un professeur aimé, le type de l'exactitude et du zèle, le plus brillant et le plus encourageant exemple de ce que peuvent le travail, le courage et la patience, M. le professeur Velpeau ouvrait son cours de clinique chirurgicale. M. Velpeau apporte dans sa chaire des qualités qui lui sont propres, quelque chose *sui generis* qui ne ressemble à rien d'autre et que pour ce motif on a eu tort de vouloir comparer à d'autres individualités. Ce n'est ni cette gravité dans la mimique froide et fière de Dupuytren, la diction lente mais si claire et si limpide de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ce diagnostic tantôt si pénétrant et si hardi, tantôt, chef-d'œuvre d'induction et de souplesse, n'arrivant à la précision que par les détours calculés, les méandres coquets d'une élimination savante; ce n'est ni cette facile et surprenante abondance de M. Roux, ni sa rare élégance opératoire, ni cette richesse sans pareille de faits racontés, succès ou revers, avec une bonne foi probe et charmante; c'est autre chose, et cette autre chose est encore le bien, l'utile, l'instructif.

M. Velpeau n'a jamais pu s'habituer à exclure la science de la pratique proprement dite. Ses connaissances profondes de la littérature médicale, son érudition immense et inouïe lui sont autant de ressources, dans un cas actuel et soumis aux élèves, pour juger les faits, les opinions, les doctrines qui ont eu ou qui ont encore cours dans la science. Une leçon de M. Velpeau est presque toujours une savante leçon d'histoire, une instructive leçon de pathologie, un précieux et utile enseignement clinique. D'aucuns ont beaucoup blâmé cette alliance de l'érudition, de la science et de la pratique. Hélas! ils avaient de trop excellentes raisons pour cela, et leur opposition pourrait rappeler à M. Velpeau, qui ne dédaigne pas le mot pour rire, la célèbre et spirituelle réponse de Rossini à cet amphitryon qui, ne lui servant pas de truffes, s'excusait sur leur cherté : Bah! répondit l'illustre maestro, ce sont les dindons qui font courir ce bruit. M. Velpeau improvise avec netteté, avec méthode; sa diction n'est pas de la plus fine fleur académique; mais l'abandon, le sans-façon, la familiarité même qui y règnent ne sont pas sans charmes. Accessible aux élèves et bon pour eux, M. Velpeau est un des professeurs les plus suivis de la Faculté de Paris; il professe tous les jours et toute l'année.

Je disais donc que ce professeur avait ouvert son cours mardi dernier, et je ne vois pas trop pourquoi je n'exposerais pas en quelques mots les principaux points de sa petite allocution d'ouverture qui a roulé sur un sujet neuf et d'un haut intérêt pratique.

Ce sont de très belles considérations sur le rôle que joue le sang en pathologie, et spécialement dans les maladies chirurgicales. A propos d'une hématocèle suppurée, qui était plutôt l'occasion que le sujet de la leçon, il a montré le sang se résorbant facilement dans le tissu cellulaire, parce qu'en conservant sa liquidité il s'étale au loin dans ses mailles, et qu'en l'imbibant ainsi il est promptement repris

reconnu la nature de la présentation, on ne serait sans doute pas resté dans une sécurité qui a été telle que pendant deux jours on laissa la malade sans aucun secours. Ce fut alors seulement que la sage-femme, appelée de nouveau, reconnut sans doute les difficultés qui surgissaient, car elle fit demander un médecin. Le cas était en effet bien embarrassant. L'utérus, n'ayant plus entre le fœtus et ses parois aucun intermédiaire puisque la totalité de l'eau s'était écoulée, devait s'être immédiatement appliqué de toutes parts sur l'enfant, et il ne devait plus permettre d'espérer qu'une version pourrait être pratiquée. Cependant, l'opérateur crut devoir la tenter. Les efforts qu'il fit pour arriver à ce but furent nombreux au dire de la malade, et ils déterminèrent d'horribles douleurs, pendant lesquelles la patiente s'affaiblit d'une manière tellement alarmante qu'on nous l'apporta dans l'état que nous avons décrit.

Dès ce moment la déchirure existait, cela ne peut être mis en doute; comment avait-elle été produite? Comme on doit bien le penser, cette question est trop délicate pour pouvoir être facilement résolue. M. P. Dubois, dans la leçon qu'il fit sur ce sujet, après avoir décrit les altérations trouvées sur le cadavre voulut observer sur les causes de la rupture une bien concevable réserve, que nous croyons devoir imiter.

Que fallait-il donc faire dans une circonstance pareille? Disons d'abord qu'il n'aurait pas fallu s'éloigner de ce principe, qu'il faut toujours rigoureusement observer; savoir: que, dans les présentations du tronc, la malade ne doit pas être abandonnée à elle-même; car, s'il est vrai que dans ces cas l'accouchement peut se terminer soit par une substitution de présentation (version spontanée), soit sans changement dans la présentation (évolution spontanée), il n'est pas moins vrai que ces terminaisons doivent être considérées comme des exceptions, et l'intervention de l'art est rigoureusement indiquée.

Si le médecin avait été mandé dès le principe, comme cela devait être, il aurait certainement procédé immédiatement à la version, car elle doit être faite le plus promptement possible après la rupture des eaux; nous n'avons pas besoin d'en déduire les motifs.

Mais admettons que les choses en fussent arrivées au point où elles en étaient le 11 mai, à deux heures du matin; depuis près de quarante-huit heures l'utérus était vidé, le bras de l'enfant était hors de la vulve.

Le premier soin du médecin était de s'assurer si l'enfant était mort; et s'il avait cessé de vivre, la détroncation devait être pratiquée sans retard. Si l'on avait conservé des doutes sur la cessation de la vie du fœtus, on pouvait encore tenter la version, mais avec une excessive réserve. En refoulant légèrement l'épaule en haut on aurait fait pénétrer la main dans l'utérus et on aurait été chercher l'extrémité pelvienne, qu'on aurait essayé de dégager pendant les intervalles de calme. Mais nous croyons que cette opération aurait été impraticable, à cause du long temps écoulé depuis la rupture des membranes. Aussi, après un certain nombre de tentatives faites avec prudence, il aurait été convenable de s'arrêter, et alors on aurait attendu pour voir si par hasard l'accouchement ne se serait pas terminé seul par évolution spontanée; et dans le cas présent, suivant toute probabilité, elle se serait faite, car nous avons vu que déjà elle était en voie d'exécution lorsque M. Dubois fit l'opération que nous avons rapportée.

Si enfin, malgré les secours apportés à la malade, cette heureuse terminaison ne se pouvait faire, et si l'état de la mère inspirait de sérieuses inquiétudes; suivant nous, le médecin était parfaitement en droit de pratiquer la détroncation.

Mais lorsque M. Dubois vit la malade, il n'y avait plus d'hésitation possible; l'enfant était mort: on pouvait donc ne songer qu'à la mère, et à peine devait-on espérer la sauver. Quoique soupçonnant une rupture de l'utérus, l'habile accoucheur ne dut pas abandonner la malade; car une rupture n'est pas nécessairement mortelle. M. Dubois, acceptant le bénéfice d'un commencement d'évolution spontanée, voulut d'abord laisser la nature agir seule; mais reconnaissant l'insuffisance des efforts de la malade, il eut l'idée de diminuer la difficulté du travail en pratiquant la détroncation.

Par une ingénieuse modification, l'opérateur sut, en se donnant tous les avantages que devait amener cette opération, en éviter l'inconvénient, grand dans toutes les circonstances et surtout dans le cas présent; nous voulons parler des difficultés qui surgissent quelquefois, lorsqu'il s'agit d'extraire la tête restée seule dans l'utérus. Chez notre malade, cette extraction eût été une nouvelle opération pendant laquelle elle aurait pu succomber. En ne pratiquant pas la section complète du cou, M. Dubois put, dès que le tronc fut dégagé, achever l'extraction de la tête sans autre moyen adjuvant que les adhérences qui avaient été conservées.

Nous signalons aux accoucheurs cette modification, qui pourra trouver dans quelques cas une avantageuse application.

Terminons, enfin, ces considérations en nous arrêtant un instant sur les altérations remarquables révélées par l'autopsie. En outre de cette énorme rupture siégeant sur l'utérus et le vagin, notons cette hémorrhagie disséquante rencontrant partout une barrière infranchissable qui ne lui permet pas de s'introduire dans la cavité du péritoine, mais qui, si elle n'a pu rompre cette membrane, a été assez forte pour la disséquer non-seulement dans les points où elle est lâchement adhérente aux parties qu'elle recouvre, mais encore pour pénétrer entre elle et des organes auxquels elle est très intimement unie.

Nous avons déjà rencontré un fait entièrement analogue dans une autopsie que nous avons pratiquée chez une femme morte à la suite d'un thrombus vaginal.

HOTEL-DIEU. — M. LOUIS.

Erysipèle de la face. Complication d'inflammation gastro-intestinale. Mort.

L'érysipèle de la face est une affection ordinairement peu grave, quelque intenses que soient les symptômes qui l'accompagnent, lorsqu'il ne survient pas toutefois, du côté des organes essentiels à la vie, des complications inflammatoires; quelques craintes qu'ils puissent inspirer sur l'issue de la maladie, on voit heureusement, dans le plus grand nombre des cas, le gonflement des téguments diminuer, l'appareil fébrile et les accidents cérébraux se modérer, et la convalescence se prononcer plus rapidement qu'on ne l'aurait espéré. La terminaison en est si généralement favorable, que M. Louis, dans un travail bien connu, a été conduit à établir, par des observations nombreuses, que l'érysipèle de la face ne peut devenir mortel qu'à raison des complications dont nous parlions à l'instant. Le fait que nous citons ci-dessous, et dans lequel la maladie s'est terminée par la mort, vient à l'appui de l'opinion émise par M. Louis depuis déjà longues années. Nous ne devons cependant pas cacher que, pour certains auteurs, M. Chomel en particulier, il n'en est pas toujours ainsi. Ce dernier observateur a publié entre autres trois cas d'érysipèle de la face survenu chez des sujets jeunes et parfaitement bien portants avant le développement de l'exanthème, et qui se terminèrent fatalement avec des accidents tellement intenses, qu'on avait dû croire à l'existence d'une phlegmasie encéphalique. L'autopsie ne montra d'altération appréciable ni dans le cerveau, ni dans ses annexes, ni dans aucun des autres viscères. Ces faits, que l'autorité du professeur qui les a rapportés met hors de doute, sont du moins excessivement rares, et doivent être en quelque sorte considérés comme exceptionnels.

Voici l'observation recueillie dans les salles de M. Louis:

Le 18 septembre dernier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry, n° 11, la nommée Marie Vernier, âgée de trente-neuf ans, journalière, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution.

Le 13, cinq jours avant son admission à l'hôpital, elle fut prise d'un léger mal de gorge; elle dit même que depuis trois semaines elle éprouvait dans l'arrière-gorge un peu de cuisson, de douleur, de difficulté à avaler; mais elle n'y faisait point d'attention, souffrant peu.

Il y a cinq à six jours, elle éprouva, le soir en se couchant, un léger mouvement de fièvre qui dura le lendemain, avec sentiment de faiblesse générale, de courbature, de malaise. Quelques nausées; pas de vomissements.

Le troisième jour, le nez est gonflé, rouge, chaud, douloureux au toucher. Peu à peu, la rougeur et le gonflement s'étendent aux joues, d'une manière à peu près uniforme des deux côtés. La rougeur disparaît momentanément sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt que cette pression a cessé.

Aujourd'hui, jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, il existe sur toute la face une rougeur et un gonflement érysipélateux qui n'ont épargné que le menton. L'affection est plus intense et plus étendue à droite qu'à gauche. Le mal de gorge persiste.

Le pharynx est recouvert d'un mucus blanc, assez épais, visqueux, filant, que la malade ne détache que difficilement par des efforts d'expuition. La membrane muqueuse est rouge-violacé; le pouls est large, développé, régulier, fréquent, à 96-100 par minute. Peu de chaleur à la peau, qui est sèche. Ni nausées, ni vomissements. Pas de selles depuis plusieurs jours. Céphalalgie intense. La langue est blanche, saburrale. Anorexie; soif vive. — Limonade citrique gommée; bouteille d'eau de Sedlitz; diète.

Le 20 septembre, l'érysipèle a gagné en étendue. Les deux joues, le nez, l'oreille droite et la moitié droite du front sont envahis par la rougeur et le gonflement. Langue toujours saburrale; bouche mauvaise; peau chaude, sans moiteur. Pas d'appétit. Pouls toujours fréquent, large, à 100-104. Cinq selles dans la journée d'hier, à la suite de l'administration de la bouteille d'eau de Sedlitz. — Mêmes boissons; un verre d'eau de Sedlitz; diète.

Le 21 septembre, la face est notablement gonflée, moins rouge. Les téguments des joues et du nez sont plus flasques, comme ridés; mais le front est pris tout entier. Le cuir chevelu commence à s'entreprendre, douloureux au moindre contact. Les paupières, encore œdématiées, sont trop tuméfiées pour qu'il soit possible à la malade d'ouvrir les yeux. Quatre selles. — On suspend l'eau de Sedlitz; diète.

Le 22 septembre, l'érysipèle a complétement abandonné la face. La malade ouvre facilement les yeux; mais le cuir chevelu est très douloureux au toucher. Quatre selles dans la journée d'hier. Sentiment de grande faiblesse. Un peu de surdité; l'oreille droite, dont le lobule seulement avait été pris les jours précédents, est entièrement envahie; la malade est cependant assez calme. Pouls régulier, à 84-88. La peau est chaude, mais sudorale. Quelques bourdonnements d'oreilles; étourdissements lorsqu'elle veut se mettre sur son séant.

Les 25 et 26 septembre, la face est tout à fait dégagée; la desquammation s'opère. L'érysipèle du cuir chevelu s'est arrêté dans sa marche. Dans les points qu'il occupait, il est moins intense; la douleur est moins vive au toucher; la surdité diminue; peu de fièvre; deux selles; sentiment de grande faiblesse.

Le 28 septembre, à peu près persistance des mêmes phénomènes. Peu de douleurs; mais toujours faiblesse extrême. L'érysipèle a disparu. Pesanteur dans la région épigastrique. Un peu de sang dans les crachats; pas de toux. Pouls toujours à 88. Camomille édulcorée. — Un bouillon.

Le 30 septembre, l'appétit revient; cependant la langue est toujours blanche saburrale; soif vive. La malade est en convalescence; mais l'amélioration est lente, presque insensible. La malade se plaint toujours d'une grande faiblesse. Pâleur extrême et mollesse des chairs. — Camomille; une portion.

Le 1er octobre, une selle liquide dans la journée d'hier. Digestion pénible; les aliments sont difficilement supportés, malgré leur petite quantité. Douleurs épigastriques; pas de coliques. La malade dit cependant manger avec plaisir. Langue humide, rouge, surtout aux bords et à la pointe. — Cataplasmes sur l'épigastre.

Le 3 octobre, quatre selles liquides; quelques coliques; peu de fièvre; le pouls est toujours à 84. Persistance de la faiblesse; quelques nausées sans vomissement; visage assez calme. — Lavement laudanisé; eau de riz; 2 potages seulement.

Le 6 octobre, les douleurs épigastriques sont encore plus fortes qu'hier. Vomissement bilieux à plusieurs reprises dans la journée. Langue rouge; inappétence, fièvre, abattement; deux selles liquides. — 10 sangsues à l'épigastre; cataplasmes; gomme sucrée.

Le 8 octobre, persistance des douleurs épigastriques; nausées sans vomissement; sept selles liquides; pouls à 104-108. — Lavement, laudanum, 20 gouttes; gomme sucrée; diète.

Le 9 octobre, vomissements bilieux abondants et fréquents; selles nombreuses, liquides; coliques vives; sentiment de faiblesse très grande. Le ventre n'est ni dur, ni développé, mais sensible à la pression même la plus légère. — Vésicatoire sur la région de l'ombilic; le reste *ut suprà*.

Le 11, on prescrit une potion tonique avec 30 gouttes de teinture de cannelle; cataplasmes laudanisés. Malgré tous ces moyens, les symptômes s'aggravent, et la malade succombe le 15.

A l'autopsie, une rougeur vive de la muqueuse de l'estomac et d'une partie de la muqueuse intestinale; ramollissement partiel de cette membrane dans quelques points de l'estomac. Cœur et poumons sains. Cerveau normal. X.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 4 octobre 1846. — Présidence de M. LENOIR.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

— *M. Huguier* demande la parole pour revenir sur la discussion

---

par la circulation. Que si des cloisons aponévrotiques emprisonnent l'épanchement et l'empêchent de s'étendre, alors il se fait un départ entre ses parties fluides et ses parties solides: les premières s'échappent par transsudation à travers des barrières impuissantes contre leur ténuité, et déposent sur leur passage la matière colorante qu'elles entraînent avec elles; les secondes, plus rebelles à l'absorption, sont plus lentes à disparaître, mais elles finissent encore le plus souvent par là. C'est là la règle, mais elle a son exception; c'est quelquefois la fibrine qui est enlevée et le sérum qui reste. Si la sérosité résiste définitivement, une membrane adventive se forme alentour, et de là l'origine d'un certain nombre de kystes. Est-ce la fibrine qui ne rentre pas dans la circulation? Après un séjour variable au sein des tissus, elle peut tout à coup sortir de son état inoffensif, agir comme corps étranger et déterminer une inflammation; ou bien, et ce n'est pas là le côté le moins curieux de son histoire, le caillot se condense de plus en plus, des vaisseaux s'y développent, il s'organise, et, chose remarquable, il constitue alors des tumeurs dont la texture se rapproche de l'atmosphère où il est plongé. C'est ainsi que les tumeurs fibrineuses décrites dans le sein par M. Velpeau ont une grande analogie avec cette glande; que les corps fibreux de la matrice et les tumeurs comme hypertrophiques de la prostate ne semblent quelquefois qu'une dépendance du viscère, qui pourtant ne leur a servi que de gangue, etc.

Dans les cavités closes, dans les synoviales, par exemple, le sang se résorbe difficilement, et quand il n'y provoque pas une phlegmasie il s'organise encore, mais différemment, par sa tendance à former des tumeurs similaires aux tissus qu'il touche. Ici ces tumeurs ont de la ressemblance avec les cartilages; ce sont les corps étrangers des articulations et des coulisses tendineuses, corps étrangers dont le volume et la figure se modifient à leur tour selon l'espace de la localité, gros et larges devant la rotule, aplatis au genou, plus petits dans la jointure anfractueuse du coude, etc.

Sous le rapport thérapeutique, puisque l'épanchement sanguin qui s'étale se résorbe, dans le tissu cellulaire on écrase le foyer par la compression; dans les synoviales, par des ponctions sous-cutanées on en déloge le sang pour le disseminer dans le tissu cellulaire.

Après ces vues philosophiques sur la pathologie hématique, le professeur rappelle que les anciens plaçaient aussi dans le sang la source de certaines altérations morbides, et qu'il était réservé aux modernes de démontrer la réalité de ces idées et de les étayer, grâce à la chimie et au microscope.

Je regrette de ne pouvoir donner qu'un faible aperçu de cette leçon, qui a si dignement inauguré la clinique chirurgicale de la Charité.

Je n'ai rien autre chose à dire, et vous savez, cher lecteur, que la courroie de mon esprit est fort peu élastique. J'aurais beau la tirer, elle ne s'allongerait pas d'un millimètre. Mieux vaut s'arrêter que la rompre.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

En rendant compte de la distribution des prix de la Faculté, nous avons omis par erreur les noms des lauréats des prix Corvisart et Montyon; nous nous empressons de réparer cette omission.

Le prix Corvisart a été décerné à M. Vinet, né le 27 juin 1818, à Remouillé (Loire-Inférieure).

Le prix Montyon a été décerné à M. Duclos, né le 17 décembre 1822, à Tours (Indre-et-Loire).

— Dans sa séance du 7 courant, la Société royale de médecine de Marseille a procédé l'élection de son bureau, qui a été constitué ainsi qu'il suit, pour l'année médicale 1846-1847:

Président, M. Pirondi fils; vice-président, M. Seux; secrétaire-général, M. Beuil; secrétaire-adjoint, M. Sicard; trésorier, M. Fouillot; bibliothécaire, M. Bertulus; bibliothécaire-adjoint, M. Méli; président honoraire, M. Boyer (Mathieu).

Nous ne devons pas oublier d'annoncer à nos lecteurs une excellente détermination que vient de prendre cette Société: c'est de rendre publiques toutes les séances scientifiques qui auront lieu dans son enceinte. MM. les médecins et pharmaciens, ainsi que les élèves en médecine et en pharmacie, sont par conséquent invités à venir assister aux lectures et aux discussions médicales. (*Clinique de Marseille.*)

qui a eu lieu dans la dernière séance entre lui et M. Robert, au sujet du liquide sécrété dans la cavité du corps de l'utérus et celui que fournit le col de cet organe. Existe-t-il une membrane muqueuse dans l'intérieur de la matrice? Telle est la question que se fait M. Huguier. Pour y répondre, il passe en revue les anatomistes qui se sont occupés de ce sujet, et il voit que Heister, Méry, Azaguidini, Morgagni, Ribes, Chaussier, madame Boivin et Dugès nient son existence, et qu'ils comparent la membrane intra-utérine à la séreuse de l'intérieur des vaisseaux ; que M. Cruveilhier, qui admet sa nature muqueuse, croit qu'elle n'existe plus pendant la grossesse ; que tous les anatomistes, et Naboth lui-même, disent n'avoir jamais vu les follicules muqueux que dans le col ; que telle est l'opinion de M. Martin Saint-Ange ; que c'est en raison de cette organisation folliculaire et de l'abondance de ces petits organes dans son intérieur, que les Allemands ont comparé le col de l'utérus à la prostate ; Weber étant le seul qui ait prétendu avoir trouvé des corpuscules utriculaires dans la cavité du corps pendant la gestation ; qu'enfin Morgagni, ayant fait figurer l'utérus d'une femme morte subitement pendant les règles, n'a trouvé les follicules que dans le col, et que Dugès et madame Boivin ont rapporté un cas tout à fait semblable.

Passant à un autre ordre de preuves, M. Huguier dit que ce qui doit engager à penser que la membrane intra-utérine se rapproche des séreuses, ce sont les adhérences que l'on trouve fréquemment entre le col et le corps de l'utérus, dans ce point auquel les accoucheurs donnent le nom de cervico-utérin ; c'est que chez les femmes mortes à terme et ayant des fausses eaux, celles trouvées entre la caduque et la paroi interne de l'utérus étaient constituées par de la sérosité, ou au moins par un liquide séreux ; c'est que dans les implantations du placenta sur la partie supérieure du col, Dugès a observé qu'il se formait là de la sérosité et non pas du mucus ; c'est qu'enfin, chez cette malade dont il a fait connaître l'histoire à la Société, et qui avait, en même temps que des fistules sus-clitoridiennes entretenues par des calculs biliaires, un écoulement utérin des plus abondants, le liquide recueilli dans l'intérieur même de l'organe au moyen d'une sonde présentait tous les caractères de la sérosité ; c'est qu'enfin, toutes les fois qu'il y a oblitération de la partie supérieure du col, on trouve dans l'intérieur du corps un liquide séreux, ténu, ressemblant à de l'eau ; tandis que quand le col est oblitéré inférieurement, c'est tantôt du sang pur, tantôt un liquide filant et d'apparence muqueuse qu'on y rencontre. Et ici, M. Huguier fait voir des pièces pathologiques d'oblitérations du col où les choses se sont passées comme il vient de l'indiquer.

Il fait ensuite remarquer que dans tous les cas cités par les auteurs, même dans ceux rapportés par Dance, où il est question du mucus trouvé dans la matrice, c'est toujours de celui du col qu'il s'agit.

Quand on trouve chez les femmes affectées de catarrhe utérin du mucus à la vulve, on peut toujours affirmer qu'il ne vient ni du vagin, ni de l'intérieur de la matrice, mais bien du col même; et chez les malades de son hôpital qui sont mortes avec cette affection, il a toujours vu que le mucus qu'il trouvait dans l'intérieur avait été sécrété par le col, d'où il était remonté par les sillons de l'arbre de vie.

D'ailleurs, ajoute M. Huguier, à quoi eût servi physiologiquement le mucus dans l'intérieur de l'utérus? N'aurait-il pas pu empêcher la greffe de l'œuf, tandis qu'au contraire par sa présence sur le col il met obstacle peut-être à ce que cette greffe ait lieu trop bas; il repousse l'œuf pour ainsi dire, et plus tard au moment de l'accouchement il favorise le glissement de la tête à sa sortie de l'utérus ?

Tout se réunit donc pour prouver la différence d'organisation du corps et du col, et cette différence a des conséquences diagnostiques et thérapeutiques qu'il a su mettre à profit. Quand il lui a été démontré que le produit du catarrhe utérin ne provenait en aucune façon du corps de la matrice, mais qu'il était uniquement fourni par le col, c'est vers cet organe qu'il a dirigé tout son traitement, pensant que si les follicules étaient le siége du mal, il ne s'agissait que de les détruire, et c'est à cet effet qu'il a fait confectionner de longs bistouris avec lesquels il va prendre le col à sa partie la plus élevée pour l'inciser dans toute son étendue, et promener ensuite le crayon de nitrate d'argent sur les follicules mis ainsi à découvert.

M. Robert est d'avis que les raisons que donne M. Huguier pour prouver la différence qu'il établit, ne sont pas admissibles. En effet, il n'y a d'abord rien de surprenant à ce que l'examen microscopique du liquide fourni par la membrane de la cavité de l'utérus, n'ait pas démontré la présence de lamelles épidermiques, car il n'y a pas d'épiderme sur cette membrane, et le fait de la non-coagulation n'est pas plus probant. D'un autre côté, si on invoque l'anatomie pathologique, on voit que lorsqu'il y a inflammation aiguë du corps même de l'organe, sa membrane prend un aspect villeux, qui cesse au niveau des trompes de Fallope. On y voit rarement des fausses membranes, et la marche de l'inflammation se rapproche beaucoup plus de celle des muqueuses que de celle des séreuses. Ensuite, si c'est à une inflammation chronique qu'on a affaire, il n'est pas rare d'observer la formation de ces granulations si bien décrites par M. Récamier, et qu'il a même proposé d'enlever en raclant pour ainsi dire la surface qui les produit. M. Robert possède le dessin d'un utérus provenant d'une femme morte de fièvre typhoïde qui présente sur sa surface interne de petites élevures semblables à des grains de millet, et qui ne sont autre chose que les petits kystes des membranes muqueuses. Il fait enfin remarquer qu'il serait bien singulier de supposer que dans la grossesse l'œuf se trouvât moitié dans une muqueuse, moitié dans une séreuse.

M. Chassaignac proteste contre ce qui vient d'être avancé sur l'absence d'épiderme de la membrane interne de l'utérus : il fait observer que l'on a, au contraire, décrit avec soin l'épithélium vibratile et le pavimenteux, et que les mouvements du premier ont même été très bien signalés. Il ne peut pas admettre non plus avec M. Huguier qu'il n'existe pas de follicules sur cette membrane. Ces corps, au contraire, sont visibles au microscope; ils ont beaucoup d'analogie avec les glandes de Gieberkuhn. C'est surtout au deuxième mois de la grossesse qu'ils sont évidents, ainsi que l'a constaté Weber chez la femme après en avoir reconnu l'existence chez la vache. Ces follicules ont été mesurés dans leurs dimensions par Krauze, qui a déterminé aussi le degré de rapprochement qu'ils offrent entre eux. Mais c'est surtout aux travaux de Berres que l'on est redevable de leur connaissance. Il s'attache à distinguer les follicules utérins en deux classes, ceux du col et ceux du corps. Il a étudié les cercles vasculaires dont les orifices de ces follicules sont entourés. Ainsi, trois anatomistes du premier mérite, Weber, Krauze, Berres, ont observé et décrit les follicules de la cavité du corps utérin.

M. Chassaignac ajoute que le liquide fourni par le corps est acide, que celui du col est alcalin, tandis qu'on retrouve le même caractère acide à celui qui est sécrété dans le vagin. Il admet que très souvent le catarrhe utérin est le résultat d'une hypersécrétion des follicules de Naboth; mais il pense qu'on ne doit pas nier les follicules du corps et dire que le liquide qu'on y rencontre n'est pas fourni par une muqueuse puisqu'il ressemble tout à fait à celui du vagin.

M. Gosselin partage l'avis de M. Chassaignac, et il cite l'opinion de [illegible] auteurs anglais qui regardent la formation de la caduque comme [illegible] le résultat de l'hypertrophie de la muqueuse de l'utérus.

M. Vidal (de Cassis) ne croit pas que de ce que l'on trouve une grande quantité de mucus au col, il s'ensuive que ce mucus ait été sécrété là; quelquefois même cette abondance est telle que sa cavité ne pourrait pas le contenir, et qu'il parait manifeste qu'il n'y arrive qu'en raison de sa position plus déclive.

M. Huguier répond que le mucus est quelquefois tellement élastique qu'il dilate le col pour s'y loger, et c'est cet état que M. Jobert a indiqué sous le nom d'hydropisie du col; mais il arrive aussi que le liquide remonte dans l'intérieur du corps, dans ce cas il suffit d'une ou deux incisions du col pour que l'ascension n'ait plus lieu. Il dit ensuite que c'est à tort qu'on lui a prêté l'opinion que la membrane interne de l'utérus avait l'organisation d'une séreuse; il a seulement voulu prouver la différence qui existe entre cette membrane et celle du col, et les objections qu'on lui adresse ne sont pas assez puissantes pour modifier sa manière de voir. Il admet que les follicules de Naboth sont tout autrement organisés que ceux du corps, et il voudrait savoir si M. Récamier a constaté au microscope ses granulations à organisation glanduleuse.

M. Robert n'a jamais dit que les granulations de M. Récamier fussent des glandes; il les a comparées à celles des paupières, et voilà tout. Il répète que la différence du liquide du corps de l'utérus et de celui du col est un fait connu de tout le monde, de même qu'il est admis par tout le monde qu'il y a catarrhe du corps et catarrhe du col. Ces distinctions admises, il demande ce que c'est que la membrane qui tapisse la paroi interne du corps de la matrice.

M. Huguier, sans rentrer dans la discussion, se contentera de répondre que, pour lui, c'est une membrane muqueuse incomplète.

— Il s'élève ensuite une discussion au sujet des injections intra-utérines, et M. Lenoir ayant rappelé les observations d'Hourmann, et ayant parlé d'une femme morte de péritonite, M. Vidal, qui n'a jamais vu d'accidents semblables, qui n'a jamais trouvé cette observation, le somme de faire connaître la source où il l'a puisée.

— *M. Maisonneuve* fait voir les fragments d'un calcul extrait par la lithotritie, qui pèsent soixante-trois grammes cinquante centigrammes; il a fallu quatorze séances pour débarrasser entièrement la vessie. Il montre en même temps un autre calcul du même poids provenant d'une taille hypogastrique. Il saisit cette occasion pour faire connaître un procédé d'injection qui lui paraît préférable aux autres et qui lui a donné de bons résultats. Ce procédé consiste à faire avant l'opération une injection à plein canal, ce qui évite un cathétérisme. Après l'opération, on engage le malade à uriner, ou bien on fait une injection de la même manière. Il y a expulsion des fragments, et, si quelques-uns s'arrêtent dans le canal, on les déplace facilement, et on les fait rentrer dans la vessie au moyen d'une nouvelle injection.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Bibliographie.

Examen complet des doctrines médicales qui ont dominé jusqu'ici l'étude des maladies de la peau, suivi *de l'Exposé des opinions de l'auteur sur la classification et le traitement de ces affections;* par L.-V. Duchesne-Duparc, ancien interne d'Alibert, et professeur particulier de pathologie cutanée. Brochure de 128 pages in-8°, avec un tableau synoptique. Paris, chez Victor Masson.

De la cautérisation dans le traitement externe des maladies de la peau; par le même.

Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les publications dermatologiques de M. D.-D.; chacun de ses ouvrages dénote un esprit judicieux, une science de bon aloi et de sages doctrines.

Ce médecin poursuit avec logique et persévérance la double tâche qu'il s'est imposée, et qui consiste, d'une part, à rendre plus facile et moins longue l'étude de la pathologie cutanée par la comparaison et l'analyse des théories nombreuses et variées qui la dominent; de l'autre, à élever la thérapeutique au niveau des autres parties de cette science. Cela dit, passons aux deux publications nouvelles qui font l'objet de cette notice.

A. Nous trouvons dans la dernière (brochure de deux feuilles in-8°) un résumé suivi des différentes opinions des auteurs sur les avantages de la méthode ectratique. M. D.-D. prétend démontrer que cette méthode peut suffire à la guérison d'un certain ordre d'affections cutanées, de celles, par exemple, qu'on doit regarder comme autant de foyers morbides isolés et accidentels; mais que pour obtenir ce résultat il est indispensable de tenir compte : 1° du siége pathologique de la dermatose; 2° du choix de l'agent caustique, 3° du degré d'énergie qu'il faut donner à son action.

Nous reconnaissons dans ce travail un certain cachet d'utilité pratique; mais nous voudrions trouver moins générales, et par conséquent moins vagues, les propositions qui le terminent.

B. L'examen des doctrines dermatologiques est une publication d'une tout autre portée. Ici l'auteur est évidemment inspiré par une double pensée; car s'il expose avec netteté et précision, suivant l'ordre chronologique, l'état présent de la science relativement à la pathologie cutanée, il soumet à une critique approfondie chacun des systèmes que nous avons vus depuis quarante ans se succéder les uns aux autres. Ses principales objections s'adressent à Willau et aux partisans de ses doctrines. Il faut cependant reconnaître que l'école fondée par ce dermatologue célèbre est la seule qui semble avoir survécu, et nous ne pensons pas, contrairement à l'opinion de M. D.-D., que ses principes aient été sérieusement ébranlés par les modifications que certains auteurs lui ont fait subir.

L'auteur étudie particulièrement les classifications modernes, qu'il classe ainsi : 1° celles fondées sur les seuls principes de l'école anglaise (Batmann, Biett, Gibert, Schedel et Cazenave); 2° celles fondées en partie seulement sur les principes de Willau (Rayer, Baumès, Strave, J. Wilson); 3° classifications originales, ou reconnaissant pour bases des principes étrangers aux Ecoles de Willan et d'Alibert (J. Franch, S. Pumbe, Veiel, Wilson, Isensée, Hebr, Des Alfaro, Fuchs, Cazenave, Devergie).

M. D.-D. nous dit que sa classification n'a d'autres bases que les principes de Lorry et d'Alibert. La méthode d'Alibert s'est éteinte cependant avec lui, tandis que les opinions de Willau et de Biett sont, pour ainsi dire, seules autorisé.

Qui ne se rappelle d'ailleurs qu'Alibert, dans ses dernières années, avait presque réduit à la cautérisation par le nitrate d'argent le traitement de la plupart des dermatoses ?

De pareils antécédents n'ont pas ébranlé la confiance de M. D.-D. dans les principes de son ancien maître, et nous trouverions facilement dans les considérations pratiques sur lesquelles il appuie ses différentes classes, les raisons suffisantes d'une justification sinon complète, du moins fort soutenable. Nous ne reviendrons pas sur la classification de l'auteur, l'ayant fait connaître dans le temps à propos de son cours clinique, et nous terminons en affirmant que l'examen des doctrines dermatologiques est une excellente introduction à l'étude de la pathologie cutanée; que ce travail comble une lacune importante dans une science où les théories se sont multipliées au point que l'auteur a raison de dire : « qu'il faudrait peut-être plus de temps pour » étudier à fond les différents systèmes dermatologiques, que pour ac» quérir sur chaque maladie cutanée des notions positives et pra» tiques. »

X.

INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE;

Par M. Orfila. (2e lettre.)

De l'enseignement de la pharmacie.

Le *local* où est situé la Faculté de pharmacie est beau, vaste et largement pourvu d'amphithéâtres, de salles d'actes et de laboratoires; ceux-ci sont même assez nombreux pour que l'un d'eux puisse être exclusivement consacré aux travaux pratiques auxquels devront incessamment se livrer tous les élèves de la Faculté, sous la direction du professeur Camps. Les cabinets de minéralogie, de zoologie et de drogues médicinales répondent à tous les besoins ; il est à regretter que le jardin destiné à l'étude de la botanique n'offre pas autant d'étendue qu'on pourrait le désirer, et que les élèves soient par conséquent obligés d'aller étudier les végétaux loin de la Faculté, au jardin botanique, établissement magnifique, du reste, qu'ont illustré tour à tour les Cavanilles, les Lagasca, etc.

La *durée des études* pharmaceutiques est de neuf années lorsque l'élève peut obtenir le titre de docteur, et de sept s'il n'aspire qu'à la licence. Comme pour les médecins-chirurgiens, ce dernier grade donne le droit d'exercer dans toute l'Espagne. Les docteurs *seuls* peuvent aspirer aux places de professeur et d'agrégé.

A la fin de la cinquième année d'études, les élèves sont tenus d'acquérir le titre de bachelier en pharmacie, titre qui ne confère aucun droit d'exercice.

Il n'y a en Espagne que deux Facultés de pharmacie, l'une à Madrid et l'autre à Barcelone. La première seule reçoit des docteurs.

Distribution des matières de l'enseignement pendant la durée des études. — Pour être admis à s'inscrire, il faut justifier du diplôme de bachelier en philosophie et d'une année d'études en chimie générale, en minéralogie, en zoologie et en botanique générales.

Première année. — Minéralogie et zoologie appliquées à la pharmacie, et description spéciale de tout ce qui concerne la pharmacie, trois fois par semaine. Professeur: M. Lallana.

Deuxième année. — Botanique appliquée à la pharmacie, et matière médicale relative aux diverses parties des végétaux, trois fois par semaine. Professeur : M. Leon, doyen

Troisième année. — Chimie organique et pharmacie chimique relative à cette partie, trois fois par semaine. Professeur : M. Ximenes.

Quatrième année. — Chimie organique et pharmacie chimique relative à cette partie, trois fois par semaine. Professeur : M. Rioz.

Cinquième année. — Pratique de toutes les opérations pharmaceutiques. Professeur : M. Camps.

Sixième et septième année. — Stage chez un pharmacien.

Huitième année. — Analyse chimique des aliments, des boissons, des eaux minérales, des poisons, etc. Professeur: M. Pou.

Neuvième année. — Bibliographie, histoire de la médecine, littérature médicale, etc. Professeur : M. Asuero.

Ce cours est fait à la Faculté de médecine.

Ici, comme au collége royal de San-Carlos, tous les professeurs parlent d'abondance et sans notes, et ne laissent rien à désirer sous le rapport de la solidité et de l'utilité de leur enseignement.

Il m'a semblé convenable de modifier ce plan d'études; la théorie y occupe évidemment une trop grande place, et, pendant les premières années, les élèves n'ont presque rien à étudier. Qu'est-ce, en effet, que trois leçons par semaine de minéralogie et de zoologie pendant la première année, et autant pour la botanique et la matière médicale pendant la deuxième? Si j'examine maintenant la nature des cours, je vois que ni la toxicologie, ni l'histoire naturelle médicale des drogues, ni la pharmacie, n'ont d'enseignement spécial, et que les objets qu'ils comprennent sont divisés et morcelés de telle façon, que rien ne prouve qu'ils soient complétement faits; d'ailleurs, est-il possible qu'un même professeur puisse, dans une année scolaire qui compte à peine quatre-vingt-dix leçons, enseigner la botanique médicale et l'histoire naturelle des drogues fournies par les végétaux ? J'ai donc cru devoir proposer les modifications suivantes, en fixant à huit années, y compris le stage, le cours d'études.

Première année. — Chimie inorganique, trois fois par	semaine.
Minéralogie et zoologie,	id.
Deuxième année. — Chimie organique,	id.
Botanique,	id.
Répétition des cours de première année.	
Troisième année. — Hist. naturelle des drogues,	id.
Botanique,	id.
Chimie organique,	id.
Quatrième année. — Pharmacie.	id.
Toxicologie,	id.
Histoire naturelle des drogues,	id.

Cinquième année. — Pratique de toutes les opérations de chimie et de pharmacie, tous les jours.

Sixième et septième années. — Stage chez un pharmacien.

Huitième année, pour le doctorat. — Cours d'analyse comme il a été dit plus haut.

Je ne suis pas de ceux qui pensent devoir multiplier outre mesure les années de stage et faire précéder les études théoriques de ce stage; si les élèves sont déjà préparés par de bonnes études et par une année de pratique dans lequelle ils auront fait, sinon toutes, du moins la plupart des opérations sous la surveillance et la direction d'un professeur éclairé, à quoi bon les tenir pendant plusieurs années dans une officine, où l'on ne voit presque jamais faire que des potions, des mixtures et d'autres composés assez insignifiants ? Je comprendrais que cela fût éminemment utile si, dans des officines, on préparait, comme autrefois, la majeure partie des produits chimiques et pharmaceutiques; mais nous savons qu'il n'en est pas ainsi aujourd'hui, et que presque partout les pharmaciens se sont affranchis de ce travail, parce qu'il leur est plus commode et plus économique de se procurer, dans les grands centres de fabrication, les objets tout préparés. Et comment pourrai-je admettre, d'un autre côté, qu'il y ait avantage pour les élèves à les faire commencer par un stage assez long, lorsqu'ils ne possèdent pas encore les premiers éléments de la matière qu'ils vont étudier, et qu'on ne les occupe qu'à des opérations fort simples, sans avoir même souvent la ressource d'une direction intelligente et zélée ?

Je ne quitterai pas ce sujet sans féliciter les auteurs du plan d'études d'avoir institué un cours pratique auquel la cinquième année est entièrement consacrée; c'est là une heureuse conception qui ne manquera pas de fournir d'excellents résultats, si l'on sait mettre le temps à profit. J'ai conseillé à M. Camps, chargé de ce cours, de diviser en séries de dix, les soixante ou quatre-vingts élèves de cinquième année, de faire manipuler tous les jours une de ces séries pendant cinq heures au moins, et d'obliger une autre série à assister aux manipulations, de manière que vingt élèves profitent tous les jours de ces exercices. A la fin de ces séances, trois fois par semaine seulement, le professeur donnerait une leçon qui serait suivie par tous les élèves de cinquième année, et dans laquelle il consacrerait une heure à faire connaître les procédés employés pour préparer les corps, ainsi que les diverses théories qu'il jugerait convenable d'indiquer, et une demi-heure à interroger quelques-uns des dix élèves d'une série sur les détails les plus importants de chaque opération. Ces conférences me paraissent indispensables pour faire pénétrer dans les esprits, de manière qu'elles ne soient jamais oubliées, les circonstances les plus essentielles des nombreuses opérations chimiques et pharmaceutiques qui auront été exécutées; elles donneront aux élèves ce qui leur manque en général, la facilité d'exposer leurs idées avec ordre, et les prépareront ainsi à mieux subir les examens. Il est bien entendu que le cours pratique dont je parle devra être dirigé et surveillé par l'agrégé spécialement attaché à la section des sciences chimiques et pharmaceutiques. Rien ne manque à la Faculté de pharmacie pour que les choses se passent comme je viens de le dire, et ce sera un immense bienfait pour les élèves que de les avoir mis à même de pratiquer les opérations que les pharmaciens sont appelés à faire. Le gouvernement ne reculera pas, j'en suis certain, devant une dépense infiniment minime, si on la compare aux heureux résultats qu'elle doit produire. Qui ne voit, à l'instant même, que des élèves ainsi préparés pourront, sans

inconvénient, abréger beaucoup le temps de stage, et suivre avec fruit les leçons d'analyse chimique qui leur seront données plus tard, s'il veulent obtenir le titre de docteur?

Examens.

Les examens de fin d'année devraient être faits par deux professeurs et un agrégé, et non par trois professeurs. Tout ce qui a été dit sur la forme et la durée de ces examens, à l'occasion des candidats en médecine, trouve ici son application.

Examens de réception. — Quoiqu'ils soient faits plus sérieusement que ceux de la Faculté de médecine, ils sont insuffisants. En effet, ils ne se composent que d'un examen de *tentative* sur toutes les matières et à huis-clos, d'un autre analogue à celui que subissent les élèves en médecine sous le titre de deuxième examen, et d'un troisième qui consiste à reconnaître des drogues et des plantes, et à préparer deux médicaments, l'un chimique, l'autre pharmaceutique; les examinateurs ont le droit d'interroger sur ces opérations pendant une heure.

Voici les modifications que j'ai cru devoir proposer à ce sujet. Il y aura quatre examens de licence qui dureront une heure chacun :

1° Un sur la chimie et la pharmacie;
2° Un sur l'histoire naturelle médicale et sur la matière médicale;
3° Un sur la toxicologie;
4° Un sur la pratique de la pharmacie et de la chimie.

Les docteurs auront à subir un cinquième examen sur l'analyse chimique, qui fait l'objet du cours de la huitième année.

On voit que je supprime l'examen sur l'histoire de la médecine, parce que je ne pense pas que l'on doive obliger les licenciés en pharmacie à étudier cette science. Quelle peut être l'utilité d'un pareil enseignement pour des docteurs pharmaciens, et n'est-il pas à craindre qu'en multipliant ainsi les entraves, on ne diminue aussi par trop le nombre des aspirants au grade supérieur? Le nouveau règlement est en vigueur depuis l'an dernier, et cette année aucun candidat ne s'est fait inscrire pour suivre les cours du doctorat. Dans mon opinion, ce dernier titre, exigé pour concourir aux places de professeur et d'agrégé, sera fort peu recherché par les licenciés, soit en pharmacie, soit en médecine; on conçoit, en effet, que peu de familles consentent à faire de nouveaux sacrifices de temps et d'argent lorsque déjà les élèves ont étudié pendant sept années, et cela pour obtenir un titre qui ne leur confère que le droit de concourir pour un nombre de places fort limité. D'ailleurs n'est-il pas évident qu'une pareille institution peut influer d'une manière fâcheuse sur les concours, en les affaiblissant? Si vous voulez que les concours soient forts, ne rendez pas par trop sévères les conditions d'admission; en exigeant le doctorat, vous courez grand risque de n'avoir qu'un petit nombre de compétiteurs, parmi lesquels plusieurs pourront n'être pas dignes d'entrer en lice, tandis que si vous n'avez qu'un seul ordre de pharmaciens ou de médecins, ceux qui ne sont que *licenciés* aujourd'hui et qui se trouvent exclus viendraient souvent disputer la place avec succès, et les concours seraient plus solides, plus brillants et partant plus fructueux.

Agrégés.

Il existe trois agrégés à la Faculté de pharmacie de Madrid; l'un est secrétaire, l'autre bibliothécaire, et le troisième directeur du laboratoire. Il serait préférable de confier les places qu'occupent les deux premiers à d'autres personnes, et de limiter les fonctions de ces deux agrégés à remplacer les professeurs absents ou malades, à faire partie des jurys d'examen de *fin d'année* et de *réception*. Du reste, je répéterai sur les attributions des agrégés, sur la durée de l'agrégation, ce que j'ai dit dans ma première lettre concernant l'agrégation médicale.

Nombre d'élèves inscrits; frais de réception.

Les élèves inscrits cette année sont au nombre de 280; ce nombre s'était élevé à 650 en 1842, et à 780 en 1843. Depuis cette dernière époque, il a constamment été en diminuant.

Les frais d'étude et de réception se composent de :

1° Année préparatoire de sciences physiques et naturelles,	55 fr.
2° Cinq années d'études pharmaceutiques,	275
3° Grade de bachelier en pharmacie,	125
4° Grade de licence,	750
Total des frais pour la licence,	1,205 fr.

Sages-femmes.

Le règlement de 1827 porte que pour se présenter aux examens de sage-femme, il faudra : 1° savoir lire et écrire et être veuve ou mariée; 2° avoir pratiqué les accouchements pendant quatre ans sous un docteur ou sous une sage-femme reçue, ou bien pendant deux ans seulement si les élèves ont suivi deux cours dans l'un des colléges de médecine et de chirurgie du royaume. Ces cours, faits par un des professeurs du collége, auront lieu tous les jours pendant le mois de juin seulement et ne rouleront que sur les données nécessaires pour connaître l'accouchement naturel et les secours à prodiguer aux nouveau-nés; pendant leur durée, les élèves suivront les visites des femmes en couches. L'examen de réception, fait par trois professeurs du collége, durera trois quarts d'heure et sera à la fois théorique et pratique.

Il est aisé de voir combien l'instruction donnée aux élèves sages-femmes est insuffisante; en France, l'on exige avec raison qu'elles aient suivi deux cours théoriques et pratiques dont la durée n'est pas moindre d'une année; mais, dira-t-on, la profession de sage-femme est tellement peu recherchée en Espagne que c'est à peine si, depuis six ans, deux élèves se sont présentées au collége royal de Madrid pour y suivre les cours; ne sait-on pas que la plupart des femmes se font accoucher par des médecins, et dès lors quelle importance y a-t-il à établir des règles d'études et des réceptions si sévères? Je suis loin de contester que, dans certaines parties de l'Espagne, la profession de sage-femme soit à peu près réduite au néant; mais aussi il en est d'autres, l'Andalousie, par exemple, où les femmes en grand nombre ne veulent pas être accouchées par des hommes, et là il faut de toute nécessité qu'elles s'adressent à ces sages-femmes dont l'instruction est si bornée ou bien à des matrones, ce qui est encore pire. Il me semble indispensable de modifier la législation à cet égard et de prescrire :

1° Qu'aucune élève ne pourra être inscrite si elle n'est âgée de dix-huit ans au moins, et si elle ne justifie d'avoir suivi un cours complet d'instruction primaire;

2° Qu'elle sera tenue de suivre, au moins pendant un an, deux cours théoriques et pratiques d'accouchements, lesquels cours devront avoir été faits par un professeur d'accouchements ayant un service de femmes en couche dans un hôpital;

3° Qu'elle devra subir deux examens d'une demi-heure chacun, l'un sur la théorie et l'autre sur la pratique des accouchements.

De l'Ecole vétérinaire.

Il n'existe en Espagne que l'Ecole vétérinaire de Madrid. Le local, sans être très vaste, renferme cinq amphithéâtres, un pour chaque professeur, une belle salle d'actes, un cabinet d'anatomie normale et pathologique, un atelier de forge suffisamment spacieux, une chapelle et des dortoirs dans lesquels il y a assez de lits pour loger soixante élèves internes environ. La salle des dissections et des vivisections est tellement restreinte qu'elle ne remplit aucunement le but auquel elle est destinée. Il est urgent d'en construire une dans un local de l'établissement qui pourrait parfaitement servir à cet objet; je dirai autant du cabinet d'anatomie, dans lequel on admire sans doute de fort belles pièces d'anatomie pathologique en cire, mais qui est tellement exigu que c'est tout au plus s'il contient la quarantième partie de ce qu'il serait indispensable d'avoir dans un musée de ce genre.

Nombre des professeurs. — Il y a cinq professeurs et un vice-professeur. Dans la *première* année, on enseigne l'anatomie générale et l'anatomie descriptive; dans la *seconde*, la physiologie, l'anatomie pathologique, l'extérieur du cheval et la jurisprudence vétérinaire; dans la *troisième*, la pathologie générale et spéciale; dans la *quatrième*, la chirurgie, les accouchements et l'art de ferrer; enfin dans la *cinquième*, la thérapeutique générale, la matière médicale et l'hygiène. Les cours durent depuis le 1er octobre jusqu'au 30 juin. Indépendamment de ces leçons, les élèves sont exercés tous les jours aux travaux de forge et de ferrure, et tous les dimanches ceux de troisième, de quatrième et de cinquième année se réunissent, sous la présidence du vice-professeur, pour discuter un point de la science, comme j'ai dit que cela avait lieu pour les élèves en médecine.

Il est à regretter que l'on n'ait pas compris dans ces études la physique, la chimie, la pharmacie, l'agriculture et la médecine opératoire, sciences qui font partie du programme de l'école vétérinaire d'Alfort, ainsi que les cliniques médicale et chirurgicale.

Le vice-professeur, le chef des travaux anatomiques, le préparateur de pièces en cire et le chef de la forge (*oficial de Fragua*) sont nommés au concours; le vice-professeur devient professeur de droit dès qu'il y a une chaire vacante.

Conditions d'admission des élèves. Pour être admis à l'école en qualité d'élève vétérinaire, il faut être âgé de seize ans révolus, jouir d'une bonne constitution et justifier d'études régulières, faites sous des professeurs autorisés à cet effet, sur la grammaire espagnole, sur la logique et sur l'arithmétique. Ces élèves sont internes ou externes; les premiers, au nombre de 60 environ, sont logés et nourris moyennant 1 fr. par jour. On compte de 350 à 400 externes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— La Société académique de médecine a procédé, dans la séance du samedi 7 novembre, aux élections des membres du bureau pour l'année 1847. Ont été nommés :

Président, M. Ducros; vice-président, M. Sollier; secrétaire-général, M. Pierson; secrétaire-adjoint, M. Jouve; trésorier, M. Bousquet; archiviste, M. Reimonet; président honoraire, M. Allemand.

(*Clinique de Marseille.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N° 139 TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du sang épanché dans les tissus et de ses transformations.

Au numéro 42 est couché un menuisier trapu, bien constitué, qui est entré dans le service pour une tumeur située audevant de la rotule. Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle a une forme globuleuse, un peu allongée, et semble comme plaquée sur la face antérieure de l'os. Le malade dit avoir reçu sur le genou une planche, un madrier assez pesant, et à la suite du choc est survenu immédiatement une douleur vive et une tuméfaction qui s'est emparée de la jambe et de la cuisse, mais dont le siége est principalement la rotule.

Disons sur-le-champ que cette tumeur nous paraît être du sang épanché. Le sang ainsi distrait de ses voies naturelles et arrivé dans le sein des tissus joue un si grand rôle en clinique; le sang, d'autre part, étant l'élément le plus important de l'organisme, les détails dans lesquels nous allons entrer seront donc justifiés par l'intérêt du sujet.

Qu'on examine en effet le sang en physiologie, en anatomie ou en pathologie, partout, à quelque point de vue qu'on l'envisage, il n'est pas possible de nier que c'est en lui que réside le foyer de la vie. Et si la physiologie explique avec lui l'admirable jeu des fonctions, si l'anatomie en fait le générateur des tissus, le pathologiste ne doit-il pas, lui aussi, le considérer comme un agent de première importance dans la production des maladies.

Ces vérités ont été senties de tout temps; mais, tout anciennes qu'elles sont, elles n'ont pas porté les fruits qu'on devait en attendre, parce que les moyens d'investigation suffisants manquaient à ceux qui les avaient acceptées. Les anciens ne les ignoraient pas; mais, à cause même de ce manque de moyens investigateurs, ils substituaient, à des notions précises, des suppositions de l'esprit. Il avaient entrevu le vrai, ils croyaient que dans les maladies le sang était un élément très important; mais ils manquaient de moyens de démonstration, car l'anatomie pathologique n'était pas encore née. Les cadavres n'étaient point alors examinés avec ce soin qu'on y a mis depuis; et, il faut le dire, les théories de Broussais ont dû leur vogue à l'idée juste qui le faisait s'acharner contre l'ontologie, comme on l'appelait, c'est-à-dire contre cette sorte de personnification des maladies considérées jusque-là comme des êtres presque indépendans de l'organisation.

C'est alors que l'anatomie pathologique est venue étudier matériellement et les traces de l'inflammation, et la suppuration, et les désordres de toute espèce; c'est alors qu'on a étudié réellement la nature des maladies.

Mais on en était là, et la nature intime des altérations pathologiques de nos tissus restait à connaître. La chimie organique, dont les résultats sont si remarquables d'ailleurs, laisse beaucoup à désirer sur ce point. Pour nous, la chimie organique est intervenue trop tôt dans cette question; elle avait besoin, avant de songer à nous apprendre quels éléments composent nos parties, elle avait besoin que nous connussions bien les formes de ces éléments, formes qui ne peuvent être appréciées par notre vue, et qu'il appartenait au microscope de nous découvrir. A notre avis, tant que l'on n'a pas vu les éléments primitifs, fondamentaux de l'économie, la chimie ne peut rien.

Aussi, en ce moment même, les résultats fournis par la chimie organique sont obscurcis par le microscope. Mais qui ne prévoit combien, par l'emploi de ces deux moyens d'exploration, l'avenir se remplit de promesses et de progrès?

Sans doute nous ne sommes pas de ceux qui pensent qu'il faille prendre à la lettre toutes les données actuelles du microscope et de la chimie, presque à coup sûr certains résultats sont erronés; mais n'en est-il pas ainsi de toute nouvelle voie ouverte aux sciences par l'esprit humain?

Les inventions industrielles elles-mêmes, doivent-elles être repoussées par cela seul qu'elles sont incomplètes ou défectueuses? Ne viendra-t-il pas un temps, chaque jour plus rapproché, où ces idées et leurs conséquences, ces moyens et leurs résultats, ne seront plus en la possession d'un petit nombre, où les uns et les autres se vulgariseront, et il y aura de véritables succès? On pénétrera pour ainsi dire alors dans le fleuve circulatoire pour y trouver les maladies.

Revenons un instant à notre malade. Lorsque le sang destiné pour ainsi dire à arroser les terrains de l'économie, à vivifier les parties constituantes de l'être arrive, comme chez cet homme, à être détourné de ses canaux naturels, il devient alors une cause de destruction. Si les vaisseaux que le sang parcourt viennent seulement à être obstrués, bien que le liquide ne les ait pas abandonnés, si cette obstruction a lieu même à l'extrémité d'un membre, il s'établit alors dans l'organisme une sorte de combat, une lutte, l'inflammation apparaît: mais pour qu'il y ait inflammation, il faut que le sang puisse encore passer par les vaisseaux; au moment où il ne circule plus du tout commence la mortification. Mais il peut arriver encore que le sang s'épanche au sein des tissus, qu'il les inonde, pour nous servir d'un mot qu'on répète malheureusement trop en ce moment; alors deux circonstances peuvent se présenter: ou bien le sang épanché devient un corps étranger, et la circulation se rétablit; ou bien il y a une hémorrhagie qui fournit sans cesse de nouvelles quantités de sang, et ce n'est pas là ce dont nous voulons nous occuper. Mais si du sang veineux chargé d'acide carbonique ou du sang sortant des petits vaisseaux artériels vient à s'épancher dans les parties, la source qui l'a fourni cessant de le laisser couler, il est abandonné hors de ses canaux, il meurt, il devient cadavre, si l'on veut nous passer cette expression.

Voilà donc du sang sorti de ses conduits naturels, et par conséquent hors de la sphère d'action des puissances circulatoires. Que va-t-il devenir? Là sont les phénomènes curieux à étudier.

Les modifications qu'il ne peut manquer de subir dans cette position insolite dépendront de plusieurs circonstances.

D'abord il ne se coagule pas, comme il ferait à l'extérieur, et dès lors il a une grande tendance à traverser les tissus, à pénétrer leurs mailles, leurs couches successives. Il s'étale suivant les lois de la pesanteur et de la mécanique. En général, donc, s'il ne rencontre pas d'obstacle, obéissant à ces lois, il tendra nécessairement à descendre, s'il est au genou vers le pied, s'il est au coude vers la main; c'est en effet le résultat qui semble le plus naturel, c'est celui qui arriverait ordinairement si bien souvent la structure des organes ne neutralisait complétement ou en grande partie au moins cette tendance à obéir à son poids. Mais la diversité des couches qui composent les parties, les différences de position, de densité, de structure, la présence des aponévroses, du tissu cellulaire, etc., etc., rendent raison de la marche bizarre au premier coup d'œil que suivra le liquide dans certaines circonstances.

Ainsi, par exemple, chez le malade dont nous parlons, l'épanchement s'est fait au genou; il eût semblé naturel de le voir s'infiltrer peu à peu dans la partie inférieure du membre et s'avancer du côté du pied, et cependant l'observation directe démontre que le sang a marché bien plutôt par en haut que par en bas. Quelquefois même il s'infiltre tout à fait en haut, et pas du tout par en bas. A quoi cela tient-il? Précisément aux raisons que nous venons d'exposer tout à l'heure. Au-dessus du genou existe un tissu cellulaire poreux, perméable; en arrivant au genou, il devient dense: le sang épanché, trouvant d'une part un tissu spongieux par en haut, un tissu serré par en bas, suit une marche qu'on prévoit; il s'infiltre en s'avançant du côté du tronc.

L'arrangement des tissus des différentes couches organiques, leur organisation empêchent donc le sang de suivre les lois de l'hydraulique; ou plutôt cette contradiction entre les faits et les lois qui régissent les liquides n'est qu'apparente, puisqu'en réalité le sang s'étale dans les directions où il rencontre le moins de résistance.

Un second phénomène non moins curieux que celui-ci, consiste dans la disparition du sang ainsi infiltré. Ce liquide, en se répandant ainsi au loin dans des tissus au sein desquels il s'infiltre, conserve sa fluidité; mais peu à peu on le voit, ainsi que l'eau épanchée à la surface du globe est absorbée par l'atmosphère terrestre, on le voit, ce sang, résorbé peu à peu par l'atmosphère organique. Le malade est alors guéri.

Le sang échappé de ses vaisseaux et abandonné dans l'économie peut se comporter comme nous venons de le dire, mais il peut aussi éprouver d'autres modifications; il y a une autre forme, un autre mode de terminaison de ces épanchements sanguins. Personne aujourd'hui ne peut nier que le sang contenu dans les vaisseaux ne soit réellement vivant; mais il n'est vivant qu'à la condition de se mouvoir, et c'est de lui qu'on peut dire que le mouvement c'est sa vie et que l'immobilité c'est la mort: or, quand il est épanché et qu'il s'arrête, il meurt, et il peut être considéré alors comme un corps étranger au milieu des organes. Ces sortes de corps survenus à la suite de perturbations diverses ont été divisés en deux classes: les corps homéomorphes et les produits hétéromorphes; leurs noms désignent suffisamment leur nature. Quand le sang est ainsi à l'état de cadavre dans l'économie, il ne tarde pas à subir des transformations. D'abord, il peut se séparer en deux parties, le sérum et le caillot; puis, la partie liquide elle-même pourra se diviser en deux portions, la matière colorante et la partie séreuse pure; la première constituera l'ecchymose, la seconde disparaîtra facilement si elle se trouve à l'état d'infiltration.

C'est là un résultat fort remarquable et qui mérite toute l'attention que cette facilité à disparaître du sang à l'état d'infiltration. Il est en effet extrêmement rare que du sang infiltré ne disparaisse pas. On peut avancer que cela arrive à peu près toujours. On doit donc en tirer sur-le-champ cette conclusion, à savoir: qu'une infiltration, quelque étendue qu'elle soit, ne sera pas grave en général, à moins qu'une plaie extérieure ne vienne la compliquer.

Au contraire, si le sang est colligé, s'il existe une sorte de lac sanguin, qu'on nous permette cette expression qui rend bien notre pensée, alors la disparition est infiniment plus rare et la transformation devient possible.

Il arrive alors, ou bien que le caillot disparaît et que le sérum persiste, ou bien que le sérum est absorbé et que le caillot reste, c'est-à-dire qu'alors succèdent à l'épanchement sanguin soit une hydrocèle, un kyste ou une tumeur hématique. Peut-on indiquer des règles à ces sortes de transformations? Pour nous, il nous semble que ces transformations du sang dépendent de l'organe ou du tissu où l'épanchement sanguin se rencontre.

Ainsi, le sang est-il colligé dans des couches lamellées et non dans des cavités naturelles et closes, les chances sont nombreuses pour que le sérum ou le coagulum ou tous deux disparaissent. La collection sanguine a-t-elle en lieu dans une cavité close ou séreuse, les chances de guérison spontanée deviennent plus rares; il est probable que l'épanchement persistera en revêtant telle forme ou telle autre.

On doit donc ne point oublier ces deux conclusions capitales: le sang infiltré disparaît presque toujours, le sang accumulé expose à des maladies diverses; le sang épanché dans des tissus poreux peut être résorbé, le sang colligé dans des cavités closes réclame le plus souvent l'intervention de la chirurgie.

Nous disons que ce sont là des faits très remarquables. Qui ne comprend sur-le-champ tout le parti que peut tirer la thérapeutique d'une pareille observation? N'est-il pas naturel que le thérapeutiste se demande, puisque l'un et l'autre de ces accidents ont de grands rapports entre eux, puisque cependant l'on guérit presque toujours sans suites fâcheuses, tandis que l'autre, au contraire, amène des maladies diverses; n'est-il pas naturel de se demander s'il ne serait pas possible de transformer l'un en l'autre? L'infiltration disparaît seule, la collection persiste ou devient cause de maladie; faire de la collection une infiltration est, si la chose est possible, la première idée qui doit se présenter à l'esprit.

Mais, heureusement, cette transformation est non-seulement possible mais facile. Etant donné un épanchement dans une cavité séreuse, par exemple, on lui facilite une issue dans les parties environnantes, tissus poreux, puis on l'y infiltre. Ainsi on peut introduire un instrument très étroit avec lequel on déchirera les parois de la poche qui contient le sang, et on favorisera l'infiltration dans les tissus voisins.

On voit combien nous avions raison de dire que ces observations devaient conduire à tracer les règles de la thérapeutique.

Mais on peut se demander encore ce que devient le sang abandonné à la nature dans la profondeur des organes. Sous la peau, dans les régions superficielles, on voit très bien les résultats de l'épanchement de sang, mais dans les régions inaccessibles à nos sens que deviendra-t-il? quelle marche suivra l'épanchement dans la prostate, dans la mamelle, dans le poumon? que se passe-t-il dans ces organes? On le voit par analogie, on peut le deviner par induction. Qu'on suive sous la peau les transformations du sang, on aura la clef de toutes celles qu'il doit subir ailleurs. Il se passe évidemment plusieurs phénomènes. Nous l'avons dit, il y a séparation du caillot et du sérum: mais quand ils restent ensemble, il arrive que le sérum redissout quelquefois le coagulum et il se forme alors un liquide brunâtre qu'on peut comparer avec exactitude à du chocolat; mais il faut, pour cela, que les deux parties, après s'être séparées, restent dans le même lieu.

Le coagulum, resté seul, va quelquefois donner naissance à une tumeur dont on trouve une image parfaitement fidèle dans les couches concentriques qu'on rencontre dans les anévrismes. Quand il arrive que du sérum est exhalé par la bourse muqueuse même où est renfermé le caillot, il peut s'établir une sorte de réaction entre le coagulum et le nouveau liquide. Quelquefois, si l'épanchement a eu lieu en voisinage d'une partie soumise à de nombreux mouvements, il y a fragmentation du caillot et production de nouveaux corps, comme cela arrive au poignet, au coude, au genou; ce sont ces corps qu'on avait appelés hydatides du poignet, etc.

D'autres fois, des bourrelets s'infiltreront autour des têtes articulaires.

Nous supposons ici que le sang s'est épanché dans une cavité séreuse; et comme il y a là une lamelle épithéliale qui n'est pas vasculaire, qui n'est pas propre à donner la vie aux corps renfermés dans la cavité, le sang meurt, puis subit les modifications que nous venons de décrire. Mais si nous supposons maintenant le sang épanché dans le parenchyme même des organes, des changements bien plus singuliers encore peuvent se passer dans ce liquide; on le voit parfois se révivifier, s'organiser et devenir alors le point de départ de tumeurs vivantes susceptibles de développement, et peut-être de dégénérescences.

Quand nous émettions ces idées il y a si longtemps déjà, nous n'étions guidé que par l'analogie et l'induction; nous avouons qu'il fallait plus que cela pour les contrôler et les faire admettre. Mais aujourd'hui la question est bien autrement certaine; des micrographes habiles ont retrouvé dans ces tissus que nous supposions formés par le sang les globules de ce fluide, et ils n'ont pas trouvé d'autres éléments. Nous n'avions, nous, ni le microscope, ni même la chimie alors.

C'est une très vaste question en pathologie que celle que nous agitons en ce moment; et si nous ne craignions d'aller trop loin maintenant, nous l'agrandirions encore. Nous nous demanderions si ces tumeurs elles-mêmes ne donnent pas lieu à des tumeurs d'une autre nature. Mais ce que nous croyons, c'est qu'elles varieront suivant qu'elles se développeront dans un tissu ou dans un autre; ce dont nous sommes persuadé, c'est que les tumeurs hématiques se modifient par la nature même du tissu de l'organe qui les renferme. Ainsi, dans la prostate, il existe parfois des tumeurs qui semblent être sanguines, et dont l'apparence est tout à fait celle de la glande. On trouve dans l'utérus ces productions connues sous le nom de corps fibreux qui ne tiennent point à l'organe, dont on peut les séparer avec une facilité extrême par une sorte d'énucléation, et cependant la nature de leur tissu ressemble parfaitement au tissu utérin. On rencontre dans la mamelle de ces tumeurs qu'on appelle fibrineuses, tumeurs hématiques, à ce que nous croyons; elles donnent au microscope les mêmes caractères que la glande mammaire, ce sont presque de petites mamelles.

Il semblerait que les tissus dans lesquels sont déposés les épanchements sanguins auraient une grande tendance à créer des tissus semblables au leur. Cependant il résulte d'un travail récent de MM. Marchal et Robin, que la cellule de ces tissus nouveaux ne présenterait pas complétement les caractères du tissu de l'organe qui les renferme; il y manquerait l'enveloppe. On conçoit, en effet, que si tous les éléments se rencontraient dans ces productions, ce ne serait plus, à proprement parler, une maladie, mais tout simplement un autre organe.

On voit combien nous avions de raisons pour dire qu'il s'agissait d'une vaste question de pathologie; voilà des tumeurs que nous voyons naître pour ainsi dire, et qui deviendront peut-être des cancers!

Un temps viendra sans doute où l'on s'entendra sur les globules, comme on s'entend sur les choses grossières et accessibles à nos sens: toutes ces questions s'élucideront alors.

Nous examinerons un autre jour le traitement qu'il convient d'appliquer aux malades qui se trouvent dans les mêmes conditions que celui-ci. PAJOT.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 24 novembre 1846. — Présidence de M. ROCHE.

La discussion s'ouvre sur le septième paragraphe de la septième conclusion du rapport sur la peste. Il est ainsi conçu:

« Laisser à l'autorité sanitaire du port d'arrivée, le soin de déterminer la durée de la quarantaine en cas de peste ou de maladie suspecte à bord pendant la traversée. »

M. Mélier propose un amendement tendant à assimiler les passagers et l'équipage des bâtiments qui se trouveraient dans ces conditions, à la même durée de quarantaine que pour les bâtiments partis d'un lieu infecté.

Après une courte discussion, cet amendement est adopté.

Paragraphe 8: « Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences décisives aient été faites relativement à la transmissibilité de la peste par les hardes et vêtement, plomber, au départ, les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela était possible, les soumettre à un bon système d'aération pendant la traversée. »

Cet article donne lieu à une très longue discussion. M. Girardin en demande la suppression, et sa motion, appuyée par quelques membres, est mise aux voix et rejetée.

Le paragraphe est donc adopté.

Paragraphe 9: « Dans tous les cas, regarder comme inutiles et illusoires les moyens actuellement mis en usage pour purifier les marchandises. »

MM. Gérardin, Moreau et *Adelon* combattent cet article, qui, soutenu par MM. Prus et Bégin, est adopté après une discussion très vive et très confuse.

Il reste un dernier paragraphe, dont la discussion, vu l'heure avancée, est renvoyée à la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 novembre 1846.—Présidence de M. MATHIEU.

Mémoire sur plusieurs réactions chimiques qui intéressent l'hygiène publique des cités populeuses; par M. E. Chevreul. — Après avoir constaté, par l'expérience directe, que partout où il existe des sulfates alcalins et certaines matières organiques au sein d'une eau privée du contact de l'air, il y a formation d'un sulfure, j'ai expliqué l'infection des eaux du bassin de Paris, qui contiennent du sulfate de chaux; celle de l'eau renfermée dans des futailles de bois de chêne pour l'usage des marins, et l'infection de l'eau de mer qui a pénétré dans la cale d'un vaisseau.

De l'altérabilité des matières organiques et de leur accumulation dans le sol des cités populeuses, j'ai déduit la cause de l'insalubrité et même de l'infection que ce sol et les eaux des puits qu'on y a creusés peuvent manifester au bout d'un certain temps, lorsque le terrain étant perméable, il n'est pas dans la position d'être incessamment lavé *per descensum*.

D'après cela, les restes des animaux enfouis dans la terre, les matières qui s'échappent des fosses d'aisance, les urines répandues sur la voie publique, les matières organiques qui de nos demeures pénètrent dans le sol, les matières condensées à l'état liquide dans les conduits de gaz qui se répandent au dehors par des fuites; voilà l'origine des matières organiques altérables qui tendent à porter l'insalubrité et l'infection dans les couches terrestres où elles pénètrent. Ajoutons l'influence du calcaire poreux pour produire des azotates de potasse, de magnésie et surtout de chaux dans des circonstances convenables, l'influence d'une certaine proportion de sulfate de chaux, et nous aurons des corps qui produiront, avec les matières organiques, des effets d'insalubrité ou d'infection qui n'auraient pas eu lieu sans leur intervention. C'est surtout le sulfate de chaux qui donne au sol de Paris un caractère particulier d'insalubrité ou d'infection, qu'on ne remarque pas dans les villes dont le sol et les eaux sont dépourvus de ce sel.

Les moyens à employer pour assurer la salubrité des villes sont, les uns *préventifs* seulement, et les autres *susceptibles d'empêcher l'insalubrité et de la combattre si elle est déclarée.*

Les *moyens préventifs* consistent à diminuer autant que possible la quantité des matières organiques qui pénètrent dans le sol: tels sont l'établissement des sépultures et des voiries loin des villes; l'établissement de fosses d'aisance étanchées; le lavage incessant, au moyen de fontaines ou de bornes-fontaines, des ruisseaux des rues; des égouts multipliés dans lesquels se trouveront les conduits d'eau et ceux du gaz propre à l'éclairage.

Les *moyens capables d'empêcher l'insalubrité et de la combattre si elle existe*, ne sont pas nombreux.

Le premier de ces moyens consiste à porter l'oxygène atmosphérique et la lumière partout où existent des matières organiques susceptibles de devenir insalubres par un commencement de décomposition. La raison de cette prescription est la tendance de l'oxygène à convertir en définitive la matière organique en eau, en acide carbonique et en azote par les combustions lentes sur lesquelles j'ai appelé depuis longtemps l'attention des chimistes, produits qui n'ont rien de dangereux pour l'économie animale, et l'influence de la lumière pour favoriser cette tendance. Une conséquence de cette prescription est la largeur des rues et l'étendue suffisante des cours des maisons, pour que l'air et la lumière y pénètrent librement.

Un second moyen existe lorsque des puits sont assez multipliés et placés dans des conditions telles que l'eau s'y renouvelle souvent, parce qu'on l'y puise incessamment, soit pour les besoins qu'on en a, soit pour purifier le sol des matières qu'elle dissout. Au reste, dans tous les cas on peut considérer les puits comme tendant à la purification de l'eau qu'ils ont reçue du sol puisqu'elle s'y trouve plus exposée au contact de l'oxygène atmosphérique qu'elle n'y était dans les couches de la terre et que ce contact est une cause de salubrité. Mais si, en principe, on accorde aux puits cette influence de salubrité, il faut avouer que, tels qu'ils sont aujourd'hui dans des cités populeuses où le sol est infecté, leur efficacité réelle est extrêmement bornée.

Telle est la raison qui m'a fait attacher une si grande importance à un troisième moyen, en quelque sorte l'unique que nous ayons aujourd'hui, d'agir activement sur les sols qui ne sont pas dans la condition d'être incessamment pénétrés par des masses d'eau qui s'y renouvellent *per descensum*, ou qui s'y introduisent comme partie d'un grand fleuve, en raison de la perméabilité du sol à l'eau de ce fleuve. Ce moyen consiste à faire des plantations nombreuses dans le sein des villes. La grande influence des arbres sur la salubrité des terrains est incontestable, puisqu'ils ne s'accroissent qu'en y puisant des matières altérables, causes prochaines ou éloignées d'infection. Mais j'ai fait remarquer la nécessité de faire les plantations avec intelligence, quant à leur nombre, à leur répartition sur l'étendue de la cité, et aux dispositions à prendre pour que les racines puissent, tout en s'étendant assez, satisfaire aux besoins du développement des espèces qu'on a plantées, sans jamais être exposées a atteindre un sol infecté déjà où l'oxygène atmosphérique ne pourrait pénétrer.

Recherches relatives au traitement de la dermite varioleuse, par M. Piorry. — M. le docteur Chanut, actuellement médecin à Dijon, fut atteint, en 1832, d'une variole très confluente à la face. L'affection que nous portions à cet excellent élève nous conduisit à rechercher si l'idée que nous avions entendu professer par Alibert, que les boutons de la variole ne poussent pas quand ils sont à l'abri de l'air et de la lumière, était juste; nous appliquâmes sur la face, au moment de l'éruption, un emplâtre de diachylon très récemment préparé.

Le succès fut presque complet pour les joues et le front, sur tous les points enfin où l'emplâtre avait été en contact exact avec la peau. A peine existe-t-il sur ces points des cicatrices varioliques; sur le nez et au menton, parties où l'apposition de l'emplâtre ne put être aussi régulièrement faite, les pustules avaient suivi leur marche ordinaire, et des cicatrices profondes en avaient été les conséquences.

Nous continuâmes quelque temps à la Pitié nos recherches, et nous les réitérâmes, en 1834 et 1835, à l'Hôtel-Dieu. Depuis, M. Gariel, qui suivait ma clinique en 1832, a justement attribué à l'*emplâtre de Vigo cum mercurio* une influence du même genre sur les pustules varioliques. Nous avons fait des expériences comparatives sur l'une et sur l'autre de ces substances; nous les avons renouvelées après que MM. Briquet et Nonat eurent repris les travaux de M. Gariel, et nous sommes arrivé à ce fait que le sparadrap de Vigo a de l'avantage sur le diachylon.

Ouverture des pustules. Vésicatoire sur la peau dans la variole. — Ayant inutilement employé la méthode ectrotique de notre savant collègue et ami M. le docteur Serres, nous avons pensé qu'il était utile d'ouvrir les pustules de la petite vérole à l'effet d'évacuer le pus qui s'y forme et d'empêcher ainsi le pus de creuser la peau; et pour prévenir aussi sa résorption, et par conséquent aussi la pyémie, nous avons eu recours à l'incision des pustules avec des ciseaux. Ce procédé n'est pas applicable à de vastes surfaces. Nous avons fait prendre des bains prolongés qui ont ramolli l'épiderme; en frottant alors les pustules avec un linge un peu rude, le pus a été évacué et la cicatrice a eu lieu le lendemain. Cette méthode réussit pour de vastes surfaces. Toutes les fois que nous avons ouvert des pustules sur un côté du bras, de la face, des cuisses ou des mains, l'engorgement du tissu cellulaire sous-jacent à ces parties n'avait pas lieu; on n'observait pas de tuméfaction, et la cicatrice se formait; tandis que, de l'autre côté, cette tuméfaction était considérable, les pustules persistaient, se couvraient de croûtes sèches; la phlegmasie devenait souvent excessive et avait parfois pour conséquence des abcès fort graves.

Quelque bonne que soit cette méthode, elle n'est applicable que dans les cas où du pus louable s'accumule dans des pustules assez discrètes. Elle cesse de l'être dans les varioles confluentes de la face, alors que l'on ne trouve dans les pustules agglomérées que de la sérosité trouble et sanieuse au lieu de pus bien formé. Dans ces cas malheureux, l'ouverture de milliers de pustules n'empêche pas des croûtes de se former et de constituer une sorte de masque solide au-dessous duquel du pus de mauvaise nature s'accumule et cause les désordres les plus graves.

C'est pour prévenir l'accumulation du pus au-dessous des croûtes de la face, c'est dans l'espoir d'obtenir, relativement à la phlegmasie qui entoure les pustules varioliques, des effets analogues à ceux des épispastiques appliqués sur le lieu même où les érysipèles avaient leur siége, que, par théorie, nous sommes arrivé à employer le vésicatoire dans la dermite variolique.

Nous avons appliqué les vésicatoires d'abord sur un côté de la face, puis sur les deux joues, puis sur le front, le menton et le nez. Nous en avons obtenu les effets les plus remarquables. Les points des téguments où ils avaient été placés ont été guéris bien avant ceux où ces applications n'avaient pas été faites. C'est dans plus de douze cas, depuis trois mois, que cette méthode a été employée; nous n'avons jamais eu à nous repentir d'y avoir eu recours.

Déjà, à plusieurs reprises, nous avons parlé de la fréquence dans la variole d'une laryngite spéciale constituée par des pustules qui se déclarent surtout au niveau de l'orifice guttural du larynx et à l'épiglotte, souvent au niveau des cartilages aryténoïdiens, fréquemment sur la portion de membrane muqueuse placée entre le premier anneau trachéal et les cordes vocales, et trop souvent encore sur les lèvres supérieure et inférieure de la glotte ou dans les ventricules. Les variolés chez lesquels ce développement a lieu éprouvent, dès les premiers temps de l'éruption, une toux laryngienne prise généralement comme le symptôme d'un rhume; les jours suivants, la respiration s'accélère, devient haute, anxieuse; la voix est complétement voilée, et ils éprouvent une sensation pénible qu'ils rapportent à la région laryngotrachéale. A une époque plus avancée et lorsque les pustules de la peau ont pris un grand développement, vers une époque voisine de la dessiccation, les accidents de suffocation augmentent, ils sont portés à un haut degré; constamment la mort a lieu dans les heures ou dans le jour qui suivent ces accidents.....

Nous avions examiné avec soin, M. Piedagnel et moi, une femme atteinte de variole confluente et de laryngite; nous nous décidâmes à opérer aussitôt que la respiration serait très gênée. Le lendemain, 17 octobre, il arriva que la dyspnée était excessive, que la bouche était remplie d'une écume salivaire épaisse qui prouvait que le passage de l'air au niveau de la glotte ou au-dessus d'elle était très dificile et allait être interrompu. Il n'y avait plus de chirurgien dans l'hôpital; nous n'hésitâmes pas, nous pratiquâmes la trachéotomie en deux temps.

Tout aussitôt la malade respira facilement, l'auscultation révélait à peine quelques ronchus dans les poumons, et la malade exprima par ses gestes, puis par des sons très enroués, alors qu'on bouchait la canule, le mieux qu'elle éprouvait. Le soir, la nuit, le lendemain jusqu'à onze heures du matin, l'état de cette femme, la manière dont elle respirait, l'état du pouls et de l'intelligence faisaient croire que le succès le plus complet allait couronner la trachéotomie; mais tout à coup, et sans cause appréciable, alors, m'a-t-on dit, que rien ni au dehors ni au dedans n'avait empêché l'air d'entrer dans la canule, la mort eu lieu d'une manière instantanée.

A la nécroscopie, nous trouvâmes dix pustules au-dessous de la glotte, au niveau du cartilage cricoïde; il en existait une autre sur l'une des cordes vocales inférieures, une autre encore sur la corde vocale supérieure droite, tout à fait en arrière, sur le lieu où elle s'insère au cartilage aryténoïde; l'orifice guttural du larynx contenait de nombreuses pustules, l'épiglotte en était couverte, et la bouche comme le pharynx en étaient remplis; un enduit extrêmement épais et blanchâtre tapissait la langue. Les bronches étaient rouges, contenaient peu d'écume; il y avait une pneumonie hypostatique légère; les poumons, affaissés, avaient en conséquence un fort petit volume. Evidemment, l'écume n'avait pas empêché l'air de sortir de ces organes où l'on ne trouvait rien qui pût expliquer la mort. Une très médiocre rougeur existait dans la trachée autour du point opéré et sur le lieu qui avait correspondu à la canule.

Cette observation n'a pas besoin de commentaire; il n'y a pas eu un succès complet, puisque la malade a succombé le lendemain; mais la mort n'a eu lieu, ni par une affection de la trachée ou des poumons, ni par les suites de l'opération. A l'avenir, dans un cas pareil, toute hésitation devra cesser, et aussitôt qu'un malade atteint de laryngite varioleuse éprouvera une gêne notable à respirer et à rendre les crachats, il faudra pratiquer la trachéotomie. (Commissaires: MM. Serres, Andral, Lallemand.)

Note sur la méthode ectrotique de la variole, par M. Serres. — La question soulevée par le mémoire qui vient d'être communiqué à l'Académie est si importante pour la pratique de la médecine, que je crois utile de donner quelques explications sur les moyens divers que j'ai mis en usage depuis plus de vingt-neuf ans, soit pour faire avorter les pustules varioliques, soit pour les arrêter dans leur développement.

Et d'abord, je ferai remarquer que ce procédé a pour but d'imiter ce qui se passe dans la pustule de la varioloïde, pustule modifiée dans sa nature par l'influence du virus-vaccin; j'ajouterai ensuite que Jenner est le premier qui ait eu l'idée de cautériser avec le nitrate d'argent la pustule vaccinale, pour en modérer, dans certains cas, l'intensité.

Les raisons pratiques et expérimentales qui m'ont conduit à substituer au nitrate d'argent l'usage de l'emplâtre de Vigo, pour modifier les pustules de la variole, sont si bien exposées par M. Dagincourt, interne actuel de ma division, qui l'a appliqué plusieurs fois cette année dans mon service, que je vais transcrire ici le passage du mémoire qu'il a déposé sur ce sujet à l'administration des hôpitaux pour le concours des internes.

On verra, de cette manière, le point où en est ce procédé en thérapeutique, auquel M. Piorry vient ajouter aujourd'hui le fruit de sa propre expérience:

« Les Arabes, qui n'avaient en leur pouvoir ni la vaccine, ni l'inoculation pour prévenir le développement de la variole, paraissent être les premiers qui recherchèrent les moyens de s'opposer, à l'aide de topiques, à la confluence de l'éruption, et par suite aux dangers que ce symptôme entraîne à sa suite.

» L'observation devait, en effet, leur avoir montré le péril extrême qui menace le malade atteint d'une éruption confluente, par suite de la réaction que suscite au sein de l'économie une suppuration aussi considérable, et des complications presque inévitables qu'elle amène avec elle; mais quels qu'aient été les moyens mis en usage, et les succès qu'ils obtinrent en les employant, toutefois est-il qu'ils ne restèrent pas dans la science, puisque nous voyons les médecins de la renaissance n'en pas parler, et, sous l'influence des théories humorales qui dominaient leur époque, suivre, au contraire, une marche tout à fait opposée.

» En effet, loin de chercher à diminuer le nombre des pustules, ils voulaient, au contraire, rendre l'éruption aussi nombreuse que possible pour obtenir l'élimination du principe morbide introduit dans l'économie; et, dans ce but, ils recommandaient l'emploi de la chaleur et des boissons excitantes.

» Préoccupés de cette idée systématique, la coction des humeurs, ils méconnaissaient ce grand fait d'observation entrevu par leurs prédécesseurs, que c'est la fièvre secondaire de suppuration qui est la plus dangereuse dans le cours de la variole, et que tous les efforts du médecin doivent tendre à la modérer, en modérant autant que possible l'éruption.

» Sydenham, parmi les modernes, est le premier qui ait mis cette vérité en pratique; il s'élève avec force, en effet, contre les traitements employés par ses contemporains, et, cherchant le premier à s'opposer à la confluence de l'éruption, il recommande, pour obtenir ce résultat, l'aération et les boissons tempérantes.

» C'est donc à lui que nous sommes redevables d'avoir établi d'une manière rationnelle le traitement de la variole, à tel point que maintenant nous ne faisons que suivre la route qu'il a tracée. Nous trou-

vons de plus, chez ce médecin, le germe de l'idée qui a porté quelques-uns de ses successeurs à proposer, en outre, l'emploi de moyens topiques, pour obtenir d'une manière plus efficace le résultat qu'il se proposait d'atteindre à l'aide de ce traitement général.

Cotunio est celui qui ouvrit cette nouvelle ère à la thérapeutique de la variole, en recommandant de faire de fréquentes lotions émollientes sur la face des varioleux, pour faire avorter les pustules de cette région. Soit qu'il eût été conduit à proposer cette pratique par suite de l'observation de l'effet réactionnel de l'éruption et du gonflement des téguments de la figure sur l'encéphale, ou, ce qui paraît plus probable, qu'il se soit proposé seulement de s'opposer, à l'aide de ce moyen, aux cicatrices de ces parties, mais probablement à cause de son action insignifiante, le traitement de ce médecin ne paratt guère avoir été mis en pratique par ses successeurs.

» Tel était, de nos jours, le seul traitement topique qui avait été proposé, lorsqu'en 1817 M. Serres, qui avait à cette époque dans son service la division des varioleux, à l'hôpital de la Pitié, fut conduit, par l'observation de l'action du nitrate d'argent sur les pustules plates des syphilitiques et celles du zona, à essayer ce caustique sur les pustules varioliques, dans le but, en arrêtant la pustule variolique au début, de s'opposer au gonflement énorme de la face qui l'accompagne, gonflement qui, trop souvent, produit primitivement des méningites, et consécutivement des ophthalmies, des otites, des abcès sous-cutanés.

» Le résultat fut conforme à ses espérances, comme on le voit exposé dans la thèse d'un de ses élèves, M. Réomes, soutenue en janvier 1824, et appuyée par de nombreuses observations dans un Mémoire de M. Serres, en 1825, inséré dans les Archives générales de médecine (t. VIII, p. 220); et, de plus, M. Serres obtint de l'emploi de ce moyen un autre résultat non moins précieux, surtout chez les femmes : l'absence de cicatrice sur les parties où le caustique avait été appliqué.

» Cependant, cette caotérisalion nécessitait souvent, par suite de la réaction locale qu'elle suscitait dans les parties où elle était pratiquée, une ou deux applications de sangsues pour la modérer; et, chose remarquable ! sous l'influence de ce moyen, cet état inflammatoire se réduisait parfaitement, tandis qu'il n'avait que peu ou point d'action sur le gonflement de la maladie abandonnée à elle-même.

» L'emploi du nitrate d'argent comme topique était donc déjà, sous un double point de vue, un moyen précieux comme traitement abortif de la variole; mais il présentait quelques inconvénients, dûs principalement à la douleur que développait son emploi, et à la nécessité de modérer, dans certaines circonstances, la réaction qu'il suscitait.

» La connaissance de l'action antiphlogistique du mercure, et la lecture d'un passage du Traité de l'expérience de Zimmermann, oublié de tout le monde, engagea, quelques années plus tard, M. Serres à expérimenter l'action topique du mercure sur l'éruption variolique. Ses expériences furent couronnées de succès, et la thérapeutique s'enrichit d'un médicament qui, au moins aussi sûr dans ses effets que le nitrale d'argent, n'entraîne, à la suite de son application, aucun inconvénient.

» En 1835, M. Gariel fit connaître, dans un article inséré dans les Archives de médecine, les résultats qu'il avait vus obtenir chez M. Serres à l'aide de ce moyen.

En 1838, M. Briquet, reprenant les expériences de M. Serres, publia un long travail dans le tome III du même Recueil, sur le même sujet; en voici en peu de mots les conclusions :

» 1° C'est pendant la période de suppuration que succombent les malades atteints de variole; ce sont les accidents développés par cette suppuration qui les font succomber : donc, en s'opposant au développement de la suppuration, on s'opposera au développement de ces accidents.

» 2° Les topiques mercuriels, et surtout l'emplâtre de Vigo, mis en usage par M. Serres, ont de l'influence sur la marche de la maladie quand elle est bénigne, sur sa mortalité quand elle est grave.

» 3° Des expériences comparatives ont montré que les onctions avec l'huile d'olive, les applications de diachylon, d'autres emplâtres, ou des feuilles d'or seules ou secondées, n'ont pu empêcher les pustules d'arriver à leur entier développement.

» 4° D'après l'époque où l'application mercurielle est faite, et suivant l'intensité de l'éruption, on obtient la résolution complète des pustules, leur transformation en vésicules ou leur induration tuberculeuse.

» Les résultats que nous avons vu obtenir cette année (1846) dans la division de M. Serres, de l'emploi de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, sont en tout point identiques à ceux obtenus par M. Briquet. Cependant nous appellerons d'une manière spéciale, avec M. Serres, l'attention sur un des points de l'action du vigo, que M. Briquet nous semble avoir laissé dans l'ombre : celle qu'il exerce sur le gonflement de la face qui accompagne l'éruption varioleuse confluente, action très importante par suite de l'influence que nous croyons qu'exerce ce symptôme sur le développement des accidents cérébraux.

» De cet examen des différents moyens topiques qui ont été dirigés contre la variole, il résulte que l'emplâtre de Vigo est le seul qui remplisse le double but que l'on doit se proposer dans le traitement de cette maladie, en faisant disparaître le gonflement de la face et en empêchant la suppuration de s'opérer dans les pustules varioliques (1). »

En observant l'avortement des pustules varioliques ou l'arrêt de leur développement par l'effet de moyens qui tantôt agissaient dans sa profondeur et tantôt à sa surface, j'ai dû, pour me rendre raison de ce résultat expérimental, étudier avec soin la structure intime de ces pustules et de leurs diverses variétés.

Ces études anatomiques m'ont conduit à reconnaître que la vésicule varioleuse, arrivée à son développement complet, se compose de deux vésicules incluses l'une dans l'autre :

1° D'une vésicule superficielle, qu'à raison de sa nature j'ai nommée *vésicule varioligène;*

2° Et d'une seconde vésicule plus profonde, que je désigne sous le nom de *vésicule pustuleuse*.

J'aurai occasion, dans un autre travail, d'exposer les conditions d'existence de ces deux vésicules, et d'apprécier leur influence sur la marche et la terminaison des diverses espèces de la variole.

— *M. Chatin* soumet au jugement de l'Académie un travail sur la présence du cuivre et de l'arsenic dans une source ferrugineuse du parc de Versailles, et sur le rôle chimique des matières organiques que renferment les eaux ferrugineuses des terrains de sédiment supérieurs.

Les recherches qui font l'objet de ce Mémoire sont résumées par l'auteur dans les termes suivants :

1° Il résulte des recherches que j'ai faites sur les dépôts même des eaux de Passy, que ces eaux ne renferment ni arsenic, ni cuivre.

2° La source ferrocarbonatée de Trianon contient des traces de cuivre et une quantité très facilement appréciable d'arsenic. 2 kilogrammes de boue ocracée, représentant environ 2,500 litres d'eau, m'ont fourni 28 milligrammes d'arsenic; soit à peu près 1 milligramme pour 100 litres d'eau.

3° En comparant les résultats obtenus par M. Walchner, par M. Flandin et par moi, on est conduit à penser que les eaux ferrocarbonatées sont généralement arséniatées, à l'exclusion des eaux ferrosulfatées. (Commission des poisons minéraux.)

(1) Mémoire sur la Méthode ectrotique de la variole; par M. Dagincourt, interne des hôpitaux. Concours de l'internat, 1846.

Bibliographie.

Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique, par MM. Mérat et Delens (tome VII ou Supplément).

Le Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique est depuis longtemps un livre classique. Outre son utilité réelle, et que quinze années d'épreuve n'ont fait que confirmer, il a de plus eu le bonheur d'arriver à un moment où commençait à se faire la réaction qui continue encore contre la simplicité, trop grande peut-être, à laquelle le grand réformateur de la médecine moderne avait réduit la science du traitement. Au milieu de ce mouvement en sens contraire, les auteurs ont su garder la juste modération qu'il est quelquefois si difficile d'atteindre, et cette rare qualité a assuré à leur ouvrage, fruit de longues et pénibles recherches, un succès aussi durable que mérité.

Aujourd'hui, douze ans se sont écoulés depuis la publication du dernier volume. La science, dont la marche est lente, mais continue, a fait des progrès que l'on ne peut nier. Pour beaucoup d'affections, le diagnostic est devenu plus certain. S'appuyant sur des données plus positives de physiologie, s'éclairant du flambeau de l'anatomie pathologique, encore dans l'enfance il y a quelques années et devenue dans un court espace de temps l'une des branches les plus importantes des connaissances médicales, mieux fixés sur les causes et l'essence d'un grand nombre de maladies plus mûrement étudiées, les observateurs ont modifié le traitement suivant les nouvelles indications qui leur étaient fournies par l'expérience. La chimie en général, et plus spécialement la chimie organique, a mis aux mains des thérapeutistes de nouvelles et précieuses ressources. Sous de nombreux rapports, le Dictionnaire dont nous parlons était devenu incomplet. Il offrait des lacunes qu'il fallait combler, et quelques erreurs impossibles à éviter dans un travail de si longue haleine devaient être réparées.

Privé du secours de son collaborateur que la mort lui a récemment enlevé, M. Mérat s'est mis seul à l'œuvre avec le zèle infatigable qu'on lui connait, et il complète aujourd'hui ce grand traité par un volume supplémentaire qui le met au niveau de la science.

Ce volume contient donc plusieurs sortes d'articles : d'abord, les additions rendues nécessaires à un grand nombre de paragraphes de l'ancien Dictionnaire, et ceux là, par des renvois d'une intelligence facile, peuvent être aisément rapprochés des articles primitifs. Les autres, originaux, comblent les lacunes que nous avons signalées, et présentent, aussi détaillées que besoin est, les connaissances nouvelles dont s'est enrichie la pratique. Un livre de cette espèce échappe nécessairement à l'analyse. Nous nous bornerons donc à rappeler les sujets qui ont été l'objet des principales modifications.

Tels sont : l'*ammoniaque*, à propos de laquelle M. Mérat examine la cautérisation pharyngienne, qui pendant quelque temps, grâce à de puissantes influences, a eu le don de guérir toutes les maladies; l'*arsenic*, dont M. Boudin a signalé l'action antipériodique puissante, mais qui ne devra être mis en usage qu'à de très faibles doses et avec les plus grandes précautions; le *camphre*, article où nous eussions voulu voir l'auteur flageller rudement le charlatanisme éhonté qui en a fait une panacée universelle; l'*ergot de seigle*, considéré comme antihémorrhagique; les *ferrugineux* et les *mercuriaux*, qui ont été dans ces derniers temps le sujet de recherches curieuses de la part de M. Mialhe; l'*iode* et ses composés, principalement l'*iodure de potassium* dont M. Ricord a mis en relief les propriétés spécifiques qui en font un médicament héroïque dans la période tertiaire de la vérole; l'*hydrothérapie*, médication puissante à la cause de laquelle la spéculation a fait un tort difficilement réparable; l'*opium*, la *quinine* et ses sels, etc., sont étudiés avec un soin tout particulier. On lira de même avec intérêt un chapitre consacré aux annelides de la famille des hirudinées, où sont consignés les résultats du travail de M. J. Martin dont personne n'ignore le retentissement.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement ni sur le *Supplément* ni sur le Dictionnaire de MM. Mérat et Delens; qu'il nous suffise de dire qu'il n'est point un médicament, une méthode thérapeutique qui n'y trouve leur place et sur lesquels le praticien ne soit assuré de trouver les renseignements dont le fait douteux ou une circonstance imprévue lui feront sentir la nécessité. Nous ne terminerons cependant point sans adresser à M. Mérat le reproche de s'être trop souvent effacé devant le simple rôle d'historien, et de ne pas s'être prononcé plus souvent sur la valeur qu'il croit devoir accorder à tel ou tel agent thérapeutique dans le traitement de telle ou telle maladie; l'opinion d'un homme d'une aussi longue expérience eût été chose importante, et eût souvent servi de guide aux jeunes médecins dans des cas difficiles.

Comme exécution matérielle, le livre dont nous parlons, du même format et du même caractère que le Dictionnaire dont il est le complément indispensable, est traité avec ce soin minutieux qui recommande à juste titre aux amateurs de beaux livres les éditions de M. J.-B. Baillière.

Dr A. F.

INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE;

Par M. Orfila. (2e lettre.)

(Suite du numéro précédent.)

Titres exigés pour exercer la profession de vétérinaire. — Il existe en ce moment plusieurs sortes de titres.

1° Les vétérinaires proprement dits; 2° les *albeytares herradores;* 3° les *herradores;* 4° les *castradores*.

Les vétérinaires subissent chaque année un examen dit de fin d'année, qui est assez sérieusement fait, mais qui malheureusement n'est pas public. Après cinq années d'études, ils sont examinés par un jury composé de trois professeurs. Les épreuves, au nombre de trois, roulent : la première sur la théorie, la deuxième sur la théorie pratique, et la dernière sur la pratique. Dans la deuxième, l'élève est tenu de déterminer, après une demi-heure d'exploration, la nature de la maladie dont est atteint un animal, les causes qui l'ont fait naître et le meilleur mode de traitement à employer; puis il est interrogé par les examinateurs pendant un temps illimité. La dernière épreuve consiste à forger un fer et à l'appliquer à un animal donné.

Les *albeytares herradores* n'ont pas besoin d'avoir suivi les cours de l'école pour se présenter aux examens; il suffit qu'ils justifient d'avoir étudié pendant cinq ans sous un vétérinaire, ou sous un *albeytar herrador*, et d'être âgés de vingt et un ans. Les examens auxquels ils sont soumis sont également au nombre de *trois;* le premier roule sur la théorie; dans le second, le candidat se borne à diagnostiquer la maladie dont un animal est atteint; et dans le troisième il ne s'agit que d'appliquer un fer à un animal donné.

Los herradores. Pour se présenter aux examens de *herrador*, il faut prouver que l'on est âgé de dix-huit ans révolus, et que l'on a pratiqué pendant trois ans toutes les opérations relatives à la ferrure sous un vétérinaire, sous un *albeytar herrador*, ou simplement sous un *herrador*. L'aspirant subit deux examens : l'un théorique, sur l'art de ferrer les animaux, sur les défauts et les maladies que l'on peut corriger à l'aide de la ferrure; et l'autre pratique, qui consiste à ferrer un animal. Les attributions de *los herradores* sont limitées à ce qui concerne l'art de ferrer; s'ils les outre-passaient, le titre pourrait leur être retiré.

Los herradores. Pour être admis aux examens, ils devront justifier qu'ils ont étudié pendant deux ans auprès d'un *castrador*. Ils subiront deux examens, dont le premier portera sur l'organisation et les fonctions des testicules, sur les accidents que peut entraîner la castration et sur les divers procédés opératoires; le deuxième examen consistera, lorsqu'il y aura possibilité de le faire, dans l'ablation des testicules.

Des réclamations nombreuses ont surgi contre ces diverses dispositions, et l'on a demandé : 1° qu'au lieu d'une seule école vétérinaire, il en fût établi deux autres, l'une à Saragose et l'autre à Cordoue; ce que j'approuve fort; 2° que l'on nommât au concours deux professeurs surnuméraires, en supprimant la place de vice-professeur, ce qui me paraît utile au bien du service; 3° que pour être admis en qualité d'élève, l'on fût âgé de dix-sept ans révolus, que l'on justifiât d'avoir étudié la logique, une année de mathématiques élémentaires, l'histoire naturelle, et d'avoir suivi, au moins pendant deux ans, la pratique d'un vétérinaire, conditions qu'il y a lieu d'accepter; 4° que les deux classes d'*albeytares herradores* et de *herradores* fussent supprimées, ce qu'il est urgent d'adopter; 5° enfin, que l'on conservât *los castradores*, ce que je ne saurais admettre. J'aurais également voulu que le premier examen *de réception* qui roule sur la théorie fût mieux défini, et qu'au lieu de rester dans le vague, on eût dit qu'il se composerait au moins de deux épreuves; l'une ayant pour objet les sciences anatomiques et physiologiques, et l'autre les sciences médicales et chirurgicales.

Il faut espérer que le gouvernement ne tardera pas à faire droit aux demandes si justes et si bien motivées de l'Ecole vétérinaire, et que ce bel établissement, déjà si fécond en résultats heureux, marchera de pair avec les institutions du même genre les mieux accréditées.

Hôpitaux.

Il n'y a à Madrid que deux hôpitaux : l'hôpital général et *San Juan de Dios;* ce dernier, spécialement affecté au traitement de la syphilis, de la gale, de la teigne et des autres maladies cutanées, peut contenir 200 malades. Il est parfaitement tenu par des religieux éclairés, et je n'aurais pas la moindre observation à faire à son égard s'il était ouvert à un certain nombre d'élèves en médecine pendant quelques mois de l'année seulement, et s'il servait ainsi, sous la direction d'un maître éclairé, à l'enseignement d'une branche aussi importante de l'art de guérir.

Hôpital général. — C'est un vaste établissement attenant à la Faculté de médecine, dans lequel peuvent être admis au moins 12,000 malades; les salles sont nombreuses et pour la plupart fort longues, d'un aspect assez sombre; plusieurs d'entre elles ne sont éclairées que d'un seul côté; les lits sont bas, suffisamment espacés et sans rideaux; on comprend qu'il y ait avantage à laisser les lits découverts dans un pays où la température n'est jamais assez basse pour que les malades souffrent du froid, et où elle est assez élevée en été pour les incommoder s'ils étaient enfermés; toutefois, dans la plus belle salle de l'hôpital, les lits, au nombre de dix environ, sont tous garnis de rideaux fort proprement tenus. L'une des salles de cet établissement, entièrement consacrée à recevoir des malades atteints de cataracte et d'autres maladies des yeux, a été convenablement disposée à cet effet; je n'en dirai pas autant de deux autres salles situées dans la partie inférieure du bâtiment, mal éclairées et mal saines, destinées, l'une à l'aliénation mentale, et l'autre aux femmes en couche; ces salles, indépendamment des inconvénients que je viens de signaler, sont beaucoup trop petites pour les besoins de la population. Toutes les autres parties de l'établissement sont affectées aux maladies internes et externes aiguës et chroniques, si l'on en excepte la syphilis et les maladies cutanées, qui, comme je l'ai déjà dit, sont reléguées à *San Juan de Dios*.

Les aliments et les boissons sont de bonne qualité; j'ai seulement demandé que, pour obtenir du bouillon plus nutritif, on substituât aux chaudières, beaucoup trop profondes, dans lesquelles on le confectionne actuellement, des vases de même nature plus larges et peu profonds. La pharmacie, sans être vaste, suffit à tous les besoins, elle est tenue aussi proprement que possible.

Service médical. — Il existe dans cet hôpital quatre médecins-chirurgiens *sédentaires*, nommés au concours, recevant chacun un traitement de 1,500 fr., et qui ont pour mission de secourir, au besoin, les malades de l'hôpital, après l'heure des visites, et de donner les premiers soins à ceux qui sont admis, soit dans la journée, soit pendant la nuit; aussi est-on assuré qu'à toute heure des secours éclairés ne manqueront pas aux malades; non pas que les quatre médecins se trouvent constamment à la fois dans la maison, mais leur service est tellement organisé qu'il y en a toujours au moins un. La France devrait bien imiter cet exemple, surtout pour les grands hôpitaux, où le mouvement est considérable, et nommer, non pas un médecin sédentaire, comme cela a déjà lieu pour quelques maisons, mais un assez grand nombre d'entre eux, pour qu'à toute heure le service dont je parle fût régulièrement fait, ce serait profit pour les malades et pour une foule de jeunes médecins instruits qui trouveraient là un moyen de s'éclairer encore davantage. Quoi qu'il en soit, les quatre médecins sédentaires de l'hôpital général obtiennent, au bout d'un certain temps, sans un nouveau concours, les places vacantes de médecins et de chirurgiens *titulaires;* leurs appointements sont alors augmentés graduellement et à mesure que leur service se prolonge, de manière cependant à ne jamais dépasser 2,500 fr. par an.

Médecins et chirurgiens titulaires. — Ils sont au nombre de dix et ne suffisent par conséquent pas pour faire le service de tant de malades. L'un d'eux, le plus ancien, est décoré du titre de *protomedico* (premier médecin); ses attributions sont purement administratives; ainsi il veille à ce que les visites soient faites journellement et aux heures fixées par les règlements, à ce qu'il règne le plus grand ordre dans les salles, à ce que les prescriptions de ses collègues soient parfaitement exécutées; mais il ne s'immisce en aucune façon dans ce qui concerne le traitement des malades confiés à ses collègues, ceux-ci conservant à cet égard le commandement absolu de leurs salles et la liberté la plus entière. Je suis heureux de pouvoir dire que les hommes préposés au service médical de l'Hôpital général méritent tous la confiance de l'administration, qu'ils sont au courant des découvertes faites en Espagne et à l'étranger, et qu'ils sont animés du plus grand zèle; j'ai vu là, pour ce qui concerne la chirurgie, des malades opérés d'affections très graves avec une sûreté, une dextérité et un succès qui ne laissent rien à désirer, et j'ai également constaté, comme je l'avais déjà vu aux cliniques de la Faculté et en ville, qu'en Espagne comme ailleurs, les procédés opératoires subissent souvent des perfectionnements remarquables, tant sous le rapport de la manière de faire que sous celui de l'invention d'instruments nouveaux.

Elèves de l'hospice général (practicantes). — Le service qui est confié à Paris aux internes, aux externes et aux stagiaires de la Faculté, est concentré ici entre les mains d'une centaines d'élèves auxquelles on donne le nom de *practicantes;* c'est là une institution qu'il est urgent d'abolir au plus tôt, on en jugera par les détails suivants. Il y a dans chaque salle trois ou quatre élèves en médecine et en chirurgie et un élève en pharmacie; ils sont nourris et logés; toutefois, le plus ancien d'entre eux, dans chaque salle, touche en outre environ 200 fr. par an. Ces places ne sont pas données au concours, mais bien à la faveur, et, qui pis est, on choisit pour les occuper des élèves, n'importe de quelle année; de plus, rien n'oblige à les remplacer, de telle sorte qu'il se pourrait, et cela s'est vu, qu'un même élève restât chargé du service pendant six ou sept ans, c'est-à-dire pendant toute la durée des études médicales, au détriment de ses camarades, qui ne peuvent par conséquent pas jouir des avantages attachés à ces sortes de places. Les vices de cette organisation sont tels, que, par la manière dont les choses se passent, je ne crains pas de le dire, les trois quarts des élèves de la Faculté (500 ou 600 au moins) ne recueillent pas le bénéfice de l'internat, que dis-je! ne trouvent même pas l'occa-

sion d'apprendre à saigner ni à faire les opérations de la petite chirurgie. Il faut de toute nécessité adopter les mesures qui suivent :

1° *Los practicantes* seront nommés au concours et choisis parmi des élèves d'une autre série, correspondant aux *externes* de France et également désignés par le concours ; 2° pour être externe, il faudra nécessairement justifier d'une année d'études à l'une des facultés du royaume ; les fonctions d'externes dureront au moins deux ans, et celles de *practicantes* trois ; 4° à l'expiration de ce délai, les externes, aussi bien que *los practicantes*, seront remplacés ; 5° à la fin de chaque année, des prix seront donnés aux deux *practicantes* et aux deux *externes* qui auront le mieux fait leur service et qui auront rédigé le meilleur mémoire clinique sur une des maladies qu'ils auront été à même d'observer durant l'année ; à l'appui de ce mémoire, on devra joindre les observations qui en sont la base ; 6° les élèves de la Faculté de médcine qui n'auraient été nommés ni *externes*, ni *practicantes* ne pourront pas être inscrits pour suivre la quatrième année d'études, s'ils ne justifient d'avoir fait dans l'hôpital général, pendant une année, les pansements et tout ce qui est du ressort de la petite chirurgie.

Les avantages d'un pareil système sautent aux yeux : exciter l'émulation de tous, n'exclure personne des bénéfices immenses attachés à la vue quotidienne des cas les plus intéressants, et obliger tous les élèves à se rendre familières les pratiques de la petite chirurgie ; que l'Espagne entre dans cette voie, qu'elle persiste à rendre obligatoires les études cliniques, et je suis certain qu'avant peu d'années elle n'aura qu'à s'applaudir des résultats obtenus.

Hospice des orphelins (*inclusa y colegio*). — Je ne saurais assez faire l'éloge de cet établissement, dont la direction est confiée à un vénérable et savant ecclésiastique. Organisé à peu près comme en France, cet hospice reçoit tous les ans un grand nombre d'enfants ; des nourrices, en nombre suffisant, les allaitent pendant quelques jours, puis ils sont envoyés à la campagne, où ils sont parfaitement soignés et surveillés. Pendant leur séjour dans la maison, ces nouveau-nés sont logés dans des dortoirs d'une propreté remarquable, et couchés dans des berceaux qui ne laissent rien à désirer. Sept ans après leur départ pour la campagne, ceux qui n'ont pas été réclamés par leurs mères et qui ne trouvent pas d'emploi dans les campagnes reviennent à Madrid, les garçons pour aller dans les ateliers où ils apprennent un métier, et les filles pour rentrer à l'hospice, où elles sont réunies dans la partie de l'établissement désignée sous le nom de *colegio* ; là elles sont exercées à des travaux manuels de tout genre jusqu'à ce qu'elles se marient. Celles qui restent célibataires continuent à vivre dans l'établissement. Je le répète, il serait difficile de concevoir que l'on pût mieux faire.

Je ne terminerai pas ce que j'avais à dire sur les hôpitaux sans réclamer de nouveau avec la plus vive instance la construction d'un *hôpital d'aliénés* et d'une *maternité* ; le premier de ces établissements est d'autant plus nécessaire, qu'il n'existe pas à Madrid une seule maison de santé consacrée au traitement de l'aliénation mentale, et que les gens aisés, lorsqu'ils ont le malheur d'avoir dans leur famille un membre frappé de cette cruelle maladie, sont obligés de le garder chez eux et de le priver par conséquent des ressources qu'offrent les établissements destinés au traitement de la folie. Quant à la *maternité*, il suffit de rappeler combien est grand le nombre d'enfants trouvés, et combien il doit y avoir par conséquent de femmes pauvres qui accouchent chez elles, au milieu de la misère et privées de tout secours, pour faire sentir l'urgence de la création que je sollicite ; ajoutez à cela qu'un pareil asile serait encore avidement recherché par une foule de femmes qui veulent conserver leurs enfants. D'ailleurs cet établissement tournerait grandement au profit de l'enseignement médical. Et qu'on ne dise pas qu'on reçoit des femmes enceintes à l'hôpital général ; ce serait une dérision, le nombre de lits affectés à ce service étant par trop minime.

De l'exercice de la médecine.

Le décret du 17 septembre 1845 porte qu'à l'avenir il n'y aura en Espagne *qu'un seul ordre* de praticiens, sous la dénomination de médecins-chirurgiens, qui devront être licenciés ou docteurs. Depuis, il a été publié un ordre de la reine, en date du 27 juin 1846, portant création de *chirurgiens mineurs* ou *ministrants*, dont les attributions seront : 1° de faire des saignées générales ou locales ; 2° d'appliquer des caustiques, des cautères et de faire des scarifications ; 3° de nettoyer les dents et de les extraire, et 4° de soigner les cors. A l'exception de la pratique relative aux dents et aux cors, les *ministrantes* ne peuvent opérer sans encourir la pénalité fixée par la loi, s'ils n'ont pas reçu un mandat exprès d'un médecin ou d'un chirurgien. Pour se présenter aux examens de *ministrante*, il faut avoir servi pendant deux ans au moins dans un hôpital de cent lits, en qualité de *practicante de cirugia* et prouver : 1° que l'on a étudié, dans un cours particulier, la phlébotomie, les accidents qui peuvent en être la suite et les moyens d'y remédier, ainsi que l'art d'appliquer les caustiques et les bandages les plus usuels et de faire des injections médicamenteuses par les voies naturelles ; 2° que l'on a suivi pendant six mois au moins, chez un chirurgien-dentiste, la pratique concernant le nettoyage et l'extraction des dents. Les candidats subiront un examen théorique et pratique d'une heure de durée au moins sur tout ce qui est relatif à la connaissance des veines et des artères de toutes les parties du corps où l'on peut saigner, sur les bandages les plus usuels, sur l'application des divers caustiques, sur les scarifications, sur les moyens d'injecter les liquides par les voies naturelles, sur le nettoyage et l'extraction des dents et sur l'art du pédicure. Les frais de cet examen seront de 200 fr., et il sera délivré à l'impétrant, par le directeur de l'instruction publique, un titre de *sangrador*.

(*La fin au prochain numéro*).

NOUVELLES.

M. le professeur Roux a annoncé l'intention de présenter, dans une série de leçons cliniques, des considérations pratiques sur les fractures. C'est le vendredi de chaque semaine qu'auront lieu ces leçons, qui commenceront demain 27 novembre.

— M. Guersant fils vient d'être nommé chirurgien consultant du roi en remplacement du professeur A. Bérard.

— *Prix décernés à la Faculté de médecine de Strasbourg.* — Prix de l'Université : premier second prix : M. Simon (Jean-Joseph), de Nancy.

Médaille d'argent pour la meilleure thèse soutenue dans l'année scolaire : M. Dauvé (Claude-Henri), de Leffond (Haute-Marne), auteur de la dissertation intitulée : Des indications thérapeutiques.

Sont mentionnés honorablement : MM. Morel, Moye, Simon, Schnellbach et Ramberger, comme ayant obtenu, à la suite du concours, dans le courant de l'année scolaire écoulée, savoir : le premier, l'emploi de prosecteur ; les deuxième, troisième et quatrième, celui d'internes à l'hospice civil ; le cinquième, l'emploi d'aide de botanique.

Ecole de pharmacie. — Premier prix (médaille d'or) : M. Pauli de Landau (Bavière rhénane).

Deuxième prix (médaille d'argent) : M. Soller (Victor), d'Altkirch (Haut-Rhin).

— *Le choléra à Bagdad.* — Le choléra-morbus, venu de la Perse par Kermanschah, avait commencé à sévir dans ce pachalik dès les premiers jours du mois de Ramazan. Nedjib-Pacha s'était hâté d'établir une quarantaine à Khankyn, entre Kermanschah et Bagdad ; toutes les précautions d'ailleurs très louables de l'autorité furent inutiles, et dès le premier jour de la fête du Ramazan, la maladie commença à exercer de grands ravages, et se répandit successivement à Bakouba, Hillé, Kerbla et sur les deux rives du Tigre. En moins de quinze jours, elle avait fait dans la seule ville de Bagdad 4,500 victimes. Les plus sages mesures avaient été prises par le gouverneur. Des distributions de blé avaient été faites aux indigents. Des chirurgiens du pays avaient été placés en différents lieux, chargés de saigner les malades ; on dit que, par ce moyen, des quatre cents soldats qui ont été attaqués par le fléau, il n'y en a que dix qui ont succombé, et l'on a pu ainsi soustraire un certain nombre de personnes aux fureurs du fléau. Parmi les victimes, on compte un religieux italien, le P. Alphonse, préfet de la mission de la Propagande, et le mektoubchi de la Porte, Rechad-effendi, jeune homme plein d'avenir, dont la mort cause les plus vifs regrets. Rechad-Effendi était frère de Fuad-Effendi, premier interprète du Divan impérial, dont les talents sont connus en Turquie comme en Europe, où il a rempli de hauts emplois diplomatiques.

Le consul-général de France, qui, ainsi que le gouverneur de Bagdad et tous les fonctionnaires ottomans, s'était fait un devoir de rester à Bagdad, a été gravement atteint de la maladie régnante, et a dû son salut aux soins du docteur Annibal Foresti, de la faculté de Bologne, venu de Tébriz et se rendant aux Indes par Bagdad. Ce médecin s'est distingué en cette circonstance par sa philanthropie, en donnant gratuitement, et sans distinction de nation, ses soins aux malades.

Un tiers de la population de Bagdad avait pris la fuite dès le début du fléau. On ne saurait trop louer la fermeté de Nedjib-Pacha, qui a assuré la tranquillité de la ville de Bagdad en continuant d'y résider et en présidant activement, dans ces circonstances difficiles, à toutes les mesures de l'administration.

Des nouvelles de Tébriz annoncent que le choléra a envahi cette ville. On voit que de Téhran il a suivi deux lignes, en dirigeant sa marche sur la Turquie. Après avoir éclaté à Bagdad, il menace Erzeroum, qui est distant de 130 lieues. Le 11 octobre, il y avait eu à Tébriz onze cas de choléra ; mais les jours suivants, ses ravages avaient augmenté dans une grande proportion. Ainsi, le 12, le nombre des victimes avait doublé ; le 13, il était déjà de 80, et le 14, de 150.

Les nouvelles de Syrie arrivées ici par le paquebot du Lloyd autrichien, ne confirment pas les bruits qui s'étaient répandus sur l'apparition du choléra à Alep et à Damas.

— La rougeole règne à Anvers ; elle est assez bénigne, mais offre pour particularité d'attaquer aussi bien les adultes que les enfants.

— Le tribunal correctionnel de Liége a eu à s'occuper, dans son audience du 24 octobre dernier, de plusieurs poursuites contre des laitières qui avaient falsifié leur lait : il a prononcé vingt et une condamnations, dont trois à 6 fr. d'amende et un jour de prison ; quatre à 10 fr. d'amende, et quatorze à 6 fr. d'amende et aux frais.

(*Gaz. méd. belge.*)

— *Errata.* — Dans notre dernier numéro, article de M. Laborie sur la clinique de M. Dubois : 2e colonne, 24e ligne, *au lieu de :* la tête du placenta, *lisez* la tête du fœtus ; 3e colonne, 3e avant-dernière ligne, *au lieu de :* cette déjection complète, *lisez* cette déplétion complète.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 NOVEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 140. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 27 NOVEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La question des anévrismes a, dans ces derniers temps, été l'objet de sérieux et de beaux travaux, et il semble qu'il n'y ait plus grand'chose à dire de nouveau sur ce sujet. Il est cependant une circonstance qui paraît nouvelle, et qui vient d'être signalée par M. Nélaton, c'est la transformation d'un anévrisme artérioso-veineux en anévrisme faux consécutif, transformation qui s'est opérée deux fois à quelques jours de distance chez deux malades à peu près dans les mêmes conditions et sous les yeux du chirurgien.

Voici le premier fait :

Désirée Peuchard, blanchisseuse, âgée de vingt deux ans, entra à l'hôpital Saint Antoine, salle Saint-Martin, n° 8, le 31 juillet dernier, pour un anévrisme de l'artère brachiale survenu à la suite d'une saignée malheureuse de la veine médiane basilique du bras gauche. Cette saignée lui avait été pratiquée en ville, le 27 juillet, quatre jours avant son entrée. Interrogée avec le plus grand soin sur les circonstances de cette saignée, la malade dit ne pas avoir remarqué que le jet du sang fût double, c'est-à-dire composé de sang veineux et de sang artériel, ni qu'il fût saccadé. Elle prétend, au contraire, qu'il était franchement continu. Elle a perdu connaissance avant la fin de la saignée; enfin, pour arrêter le sang, on a dû, à deux reprises, exercer une forte compression sur le bras.

Elle avait été saignée à six heures du soir. Deux heures après, en se couchant, elle ressentit dans le bras un frémissement particulier qui persista les jours suivants.

Le lendemain 28, le bras était le siége d'une tuméfaction et d'une ecchymose qui s'étendaient jusqu'au haut de l'avant-bras, lequel ne pouvait être étendu.

Voici l'état qu'elle présente le 31 juillet, au moment de son admission :

Le bras, l'avant-bras et le pli du coude sont le siége d'une tuméfaction et d'une ecchymose assez considérables; la malade ne peut allonger l'avant-bras. On sent vers le pli du coude une petite tumeur du volume d'une noisette environ, qui se réduit facilement sous la pression du doigt. Cette tumeur, située directement sur le trajet de l'artère, offre à considérer trois phénomènes :

1° Des pulsations isochrones aux battements du cœur;

2° Un frémissement également perceptible au doigt et à l'oreille; frémissement qui ne se fait sentir que dans une très petite étendue au-dessous du point où a été pratiquée la saignée, mais se prolonge au-dessus de ce point dans une étendue de 0,09 à 0,10 centim.

3° Enfin, un bruit de souffle bien distinct du frémissement; bruit de souffle continu avec renforcement isochrone à la pulsation artérielle.

C'est au niveau de la tumeur qu'ont leur maximum d'intensité le frémissement vibratoire et le bruit de souffle. La pression sur le trajet de l'artère brachiale détermine de la douleur dans toute l'étendue de l'artère, mais principalement au niveau de la tumeur anévrismale. Sensation d'engourdissement dans l'avant bras; la malade dit y ressentir du froid, bien qu'à la main il soit impossible d'y constater aucun abaissement de température. La douleur est assez intense pour empêcher la malade de dormir : elle se fait principalement sentir suivant le trajet du nerf médian à l'avant-bras; elle augmente lorsqu'après avoir interrompu un moment, par la compression au pli du coude, le cours du sang artériel, on rétablit la circulation en cessant la compression. La douleur s'étend jusqu'aux extrémités digitales, assez vive pour faire pousser des cris à la malade.

Le visage est pâle, mais seulement, nous dit-elle, depuis l'abondante perte de sang que lui a fait éprouver l'opération qui a causé l'accident. Dans les deux carotides, bruit de souffle continu avec renforcement. L'auscultation du cœur ne fait rien constater autre chose qu'un prolongement du premier bruit, sans souffle bien caractérisé. — Cataplasmes émollients; bains de bras.

Le 1er et le 2 août, la tuméfaction du bras diminue, mais la douleur persiste, ainsi que la sensation de froid et d'engourdissement notée précédemment. Mêmes élancements jusqu'au bout des doigts lorsqu'on lâche le courant artériel un moment interrompu par la pression du vaisseau. Le frémissement devient irrégulier, quant à son intensité; le bruit de souffle se limite de plus en plus à l'espace occupé par la tumeur.

Le 3, la tumeur, d'abord fort peu volumineuse, commence à faire des progrès, et prend de l'ampliation sous le doigt à chaque ondée sanguine. On y perçoit toujours des battements isochrones aux pulsations artérielles.

Le 4, le frémissement a sensiblement diminué depuis la veille. A la visite du soir on a la plus grande peine à le percevoir. Mais le développement de la tumeur a fait des progrès notables, et le bruit de souffle qui s'y fait entendre devient franchement intermittent, au lieu d'être continu avec renforcement.

Le 5, le frémissement a complétement disparu, et depuis lors il n'a plus été possible de le sentir à quelque moment que ce fût. La douleur augmente au point d'empêcher le sommeil.

Application de la glace sur la tumeur. A la suite de cette application, la douleur cesse rapidement.

Le 6, la tumeur commence à faire saillie sous la peau. Ce jour et le lendemain on continue la glace, que l'on supprime le 7, la femme se plaignant d'une sensation de froid qu'elle supporte difficilement.

Le 16, la tumeur offre le volume d'une petite noix; elle se réduit assez facilement sous la pression du doigt, surtout lorsque l'on intercepte au-dessus d'elle le courant artériel. Mais à mesure que la tumeur augmente, le bruit de souffle diminue. On l'entend seulement lorsque le bras est dans une position déclive. L'engourdissement de l'avant-bras est moins intense, mais il existe toujours des élancements, lorsqu'après avoir un moment interrompu le cours du sang par la compression artérielle on rétablit la circulation.

Les jours suivants, l'anévrysme forme une tumeur dure, à pulsations faibles, à peine réductible. Le bruit de souffle intermittent, très affaibli, ne se fait entendre que dans certains moments et d'une manière fort irrégulière. Le pouls radial est facilement dépressible de ce côté. Peu à peu le souffle devient de plus en plus irrégulier; il faut souvent le chercher longtemps avant de le trouver.

Le 25, il a complétement disparu.

Le 4 septembre, la tumeur a le volume d'une grosse noix; elle est dure et à peine réductible, sans bruit de souffle. Persistance de la douleur indiquée plus haut, se prolongeant presqu'au bout des doigts, et devenant plus vive lorsque l'on a momentanément suspendu le cours du sang. Il est impossible d'étendre l'avant-bras sur le bras.

Dans ces circonstances, il ne pouvait rester aucun doute. La tumeur présentait de la manière la plus franche tous les caractères d'un anévrisme faux consécutif; elle faisait des progrès rapides, et la malade désirait en être débarrassée. M. Nélaton lui pratiqua la ligature de l'artère brachiale, à 10 centimètres environ au-dessus de l'anévrisme.

Toute la journée, la température se maintient dans le bras et l'avant-bras, dont la sensibilité est bien conservée; le pouls radial, qui a cessé de se faire sentir à la suite de l'opération, ne reparaît que le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'opération; encore est-il extrêmement faible, presque imperceptible, et échappe-t-il complétement par instants au doigt qui le cherche.

Le 5, les battements ont disparu dans la tumeur, qui s'est affaissée. L'engourdissement et la douleur ont cessé dans l'avant-bras et dans la main. Les jours suivants, la tumeur s'affaisse de plus en plus, tandis que le pouls radial augmente un peu d'intensité. La plaie s'est réunie par première intention dans la profondeur, excepté à l'endroit où passe le fil de la ligature.

Le 26 septembre, la tumeur a diminué de près des deux tiers; elle est dure, résistante; on n'y sent plus de battements. L'avant-bras n'est plus le siége d'aucune douleur; cependant la malade ne peut l'étendre qu'incomplétement. Le pouls radial, toujours facilement dépressible de ce côté, faible. La ligature n'est point encore tombée. La cicatrice est depuis longtemps complète, sauf au niveau du fil.

Depuis cette époque, la malade a parfaitement guéri, et M. Nélaton l'a revue vers la fin du mois d'octobre ne présentant plus de traces de tumeur et pouvant se servir de son bras opéré presque aussi facilement que de l'autre, et de sa main, dont la température lui paraît seulement un peu inférieure à celle de la main droite.

Ce fait est certainement des plus intéressants. Au moment de l'entrée de la malade, et pendant les premiers temps de son séjour, elle offrait une tumeur dont tous les symptômes étaient ceux assignés par les auteurs à l'anévrisme artérioso-veineux, symptômes parmi lesquels nous mentionnerons en première ligne, comme le plus important, le frémissement vibratoire perceptible à la vue, à l'ouïe et au toucher; *susurrus*, bruissement ou sifflement particulier que l'on peut reconnaître soit en touchant la tumeur, soit en appliquant l'oreille sur la surface. Ce phénomène, comme l'a dit Scarpa et comme nous avons pu le vérifier dans le cas actuel, se propage plus loin en remontant vers le cœur qu'en descendant vers l'extrémité du membre. Georges Arnaud désignait cette sensation sous le nom de *pulsation tremblante*. D'après l'ensemble des phénomènes que nous avons indiqués, il semble qu'il ne peut rester aucun doute à l'esprit sur l'existence d'un anévrisme variqueux. Eh bien! peu à peu l'on a vu les symptômes se transformer, et la tumeur se convertir en un anévrisme faux consécutif. Probablement, la communication qui existait entre l'artère et la veine s'était oblitérée, de telle sorte que la veine s'est trouvée hors de cause, et qu'il n'a subsisté qu'une tumeur artérielle. Ce fait, nous disait M. Nélaton, paraît être complétement nouveau, et aucun auteur n'a parlé jusqu'à présent de cette terminaison possible, qui dans le cas actuel est incontestable. En effet, de deux choses l'une : ou il faut l'admettre, ou bien il faut établir que chez cette malade il existait au moment de son entrée un anévrisme faux consécutif, lequel s'accompagnait du frémissement caractéristique dont nous avons parlé, ce qui constituerait un symptôme qu'aucun auteur n'aurait indiqué comme appartenant à cette maladie.

Nous ne quitterons pas ce fait sans mentionner encore une de ses particularités.

Dans toutes les descriptions d'anévrismes variqueux, les auteurs insistent sur ceci : Que les veines se dilatent considérablement lorsque le membre se trouve dans une position déclive. Chez cette femme, rien de semblable n'est arrivé. Quelle que fût la position du membre, les veines ne se distendaient point, non plus que par la compression des troncs veineux au-dessus de la blessure.

Mais ce qu'il y a peut-être de plus curieux que tout cela, et ce qui semblerait prouver que si le fait n'a point été signalé ce n'est pas en raison de sa rareté, c'est que le lendemain de l'entrée de cette première malade entrait dans le même service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme blessé absolument dans les mêmes circonstances, et chez lequel les choses se passèrent d'une manière identiquement semblable.

Jean Camus, ébéniste, âgé de vingt-neuf ans, entre à la salle Saint-Jean, le 1er août dernier, pour s'y faire traiter d'une pneumonie datant de deux jours.

La veille de son entrée à l'hôpital, on lui avait pratiqué en ville une saignée de la veine médiane basilique droite qu'il a fort apparente. Cette veine, au niveau de la piqûre, est séparée par le tendon du biceps de l'artère brachiale, dont on perçoit les battements au-dessous. Le malade ne se rappelle pas si le jet du sang fut double ou saccadé; il dit seulement que pour l'arrêter, le médecin fut obligé de serrer très fortement le bras.

Le 3 août, il se plaignit à M. Grisolle, dans les salles duquel il avait été placé, d'une douleur dans le point correspondant à la saignée : il n'y avait point encore de frémissement vibratoire appréciable; mais le lendemain 4 août, le malade en eut lui-même conscience. Le bras était toujours douloureux, et l'avant-bras ne pouvait décrire un mouvement complet d'extension.

Le 8, M. Grisolle pria M. Nélaton de monter près de son malade, et voici ce que fit constater un examen attentif : Difficulté extrême pour étendre le bras; frémissement perceptible au doigt et à l'oreille, dont le malade a parfaitement conscience, ayant son maximum d'intensité non pas précisément au niveau de la piqûre, mais à trois centimètres environ plus en dedans. Ce frémissement, qui suit en haut le trajet des gros vaisseaux dans une étendue de deux à trois pouces, se perçoit mieux quand le bras est pendant. Il apparaît et disparaît avec une irrégularité que l'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du bruit de souffle dans la chlorose. A l'auscultation, on constate un bruit de souffle continu avec des renforcements isochrones aux battements du pouls, et présentant son maximum d'intensité au niveau de la saignée. Comme le frémissement, ce bruit de souffle augmente lorsque le bras est pendant. Pas de tumeur appréciable au niveau de la saignée. En mettant un doigt de chaque côté du tendon du biceps, au-dessous duquel passe l'artère brachiale, on sent des battements dans une certaine étendue, ce qui ferait peut-être supposer une petite tumeur profondément située.

Le 10 août, le malade descend en chirurgie, salle Saint-Joseph, n° 9. Le frémissement et le bruit de souffle intermittent existent toujours, mais le frémissement est encore plus irrégulier. La veine médiane basilique éprouve un mouvement alternatif d'affaissement et d'ampliation en rapport avec les battements de l'artère sous-jacente. On ne sent de frémissement ni dans la médiane basilique, ni dans les autres veines superficielles, et cependant le frémissement semble sous le doigt beaucoup plus superficiel que les battements de l'artère.

Le 11, le frémissement, que l'on avait constaté encore à la visite du matin, disparaît vers midi. Dans la journée, le malade le sent de loin en loin. Le soir, on ne le retrouve plus. Persistance du bruit de souffle intermittent; l'extension de l'avant-bras est plus facile.

Le 20, on commence à sentir sous le tendon du biceps une tumeur de la grosseur d'une noisette, facilement réductible, et dont l'existence est surtout prouvée par l'étendue des battements artériels. Cette tumeur ne fait pas de très grands progrès. M. Nélaton fait établir, au moyen de rondelles d'agaric et d'un bandage roulé, une compression exacte sur la tumeur anévrismale et le long de la partie interne du bras, sur le trajet de l'artère brachiale. Sous l'influence de cette compression, on voit la tumeur diminuer insensiblement. Le bruit de souffle intermittent, d'abord très sonore, ne se fait bientôt plus entendre que dans certaines positions du bras; on cesse de l'entendre le 14 septembre.

La compression est maintenue jusqu'au 24 septembre. La tumeur n'a plus que le volume d'un grain de chapelet situé sur le trajet de l'artère brachiale. Les battements artériels se font sentir tout le long de la brachiale, ainsi qu'à la radiale, sans que le pouls ait été affaibli par l'existence d'une tumeur anévrismale.

Le malade demande sa sortie vers la fin de septembre; l'extension de l'avant-bras est assez facile. On l'engage à conserver encore son appareil pendant quelques semaines.

Ici, comme dans l'autre cas, nous notons d'abord la disparition des symptômes propres à l'anévrisme variqueux, puis l'apparition des symptômes de l'anévrisme faux consécutif, lequel guérit par la compression. Enfin, après la guérison, persistance des battements artériels au niveau du point où la tumeur avait existé, au niveau de la plaie artérielle. Ce fait est pour nous aussi concluant que le premier, et il nous semble évident que voici un nouveau mode de terminaison de l'anévrisme artérioso-veineux non indiqué par les auteurs, et qui vient d'être observé par M. Nélaton.

Reste à se poser la question de savoir si, dans ce dernier cas, la guérison ne sera pas temporaire, comme on en possède de nombreux exemples. Béclard a cité, dans ses *Recherches sur les blessures artérielles*, l'observation d'un malade qui avait eu l'artère brachiale blessée par un instrument tranchant; cette plaie fut momentanément oblitérée par un caillot qui, au bout de seize ans, lorsque le malade mourut, n'était pas cicatrisé, mais formait un simple bouchon organique tout à fait indépendant du vaisseau. N'est-il pas évident qu'ici, par une cause quelconque, pendant un effort par exemple, ce caillot aurait pu être déplacé, et qu'un anévrisme faux consécutif aurait pu se produire. En est-il ainsi chez ce sujet, ou bien est-il définitivement guéri? Nous ne pouvons en dire autre chose, si ce n'est qu'il se sert facilement de son bras, n'a plus de tumeur, et que rien n'annonce qu'il doive survenir des accidents ultérieurs.

— M. Trousseau s'est assuré que la fissure à l'anus est très commune chez les femmes, et surtout chez les femmes en couches, ce qui n'est pas difficile à expliquer. Ces fissures existent souvent chez elles avec des hémorrhoïdes. Bien plus longtemps que les hommes, ces femmes conservent leur affection, soit parce qu'elles n'osent pas se montrer au médecin, soit parce que celui-ci se trompe sur la cause des douleurs, de la constipation, et attribue aux hémorrhoïdes ce qui est le fait de la fissure. Aussi, n'est-il pas rare de voir des femmes garder un an, deux ans cette maladie, et dépérir à la suite des privations alimentaires qu'elles s'imposent pour aller moins souvent à la selle, comme aussi par suite des souffrances atroces que chaque garderobe amène.

M. Trousseau a modifié son traitement médical contre la fissure à l'anus. On sait qu'il avait recours principalement aux lavements de ratanhia. Aujourd'hui le ratanhia fait encore la base de sa médication, mais sous une autre forme. La voici:

On prépare une mixture avec:

Extrait de ratanhia,	10 gr.
Teinture de ratanhia,	30
Eau,	200

Mêlez un tiers de cette préparation à deux tiers d'eau très chaude; et avec ce mélange faites faire par la malade, trois à quatre fois par jour, des lotions à l'anus, en l'engageant à pousser, pendant ces lotions, comme si elle voulait aller à la selle.

Après chaque lotion, elle imbibera un petit tampon de charpie avec la mixture indiquée plus haut, et le laissera à demeure dans l'anus, toujours au niveau de la fissure.

Par cette nouvelle médication, M. Trousseau a obtenu d'assez bons résultats. Pour le moment, il a dans son service plusieurs femmes atteintes de fissures à l'anus qu'il traite ainsi. Inutile de dire que le régime doit être approprié à la circonstance, et que, pour faciliter les garderobes, on doit, de temps à autre, prescrire quelques lavements simples ou un purgatif.

Presque toujours, M. Trousseau a rencontré la fissure à la partie postérieure, un peu à droite ou à gauche de l'anus; bien rarement à la partie antérieure.

Lorsqu'au lieu de fissures, M. Trousseau a affaire à de simple érosions de la muqueuse intestinale, lesquelles sont, suivant lui, plus difficiles à guérir que les premières, il les traite par les lavements au nitrate d'argent préparés comme suit:

Eau,	200 gr.
Nitrate d'argent cristallisé,	0,10

Ce lavement doit être administré tous les jours, et gardé par le malade; mais avant, et pour faciliter son absorption, il en fait donner un à l'eau simple, qui doit être rendu.

— On est quelquefois surpris de voir une méthode thérapeutique employée avec succès par un praticien, échouer entre les mains d'un autre, qui, découragé par un premier insuccès, l'abandonne comme insignifiante et sans valeur. Certainement, il faut souvent se défier de l'engouement avec lequel les inventeurs d'une méthode de traitement la préconisent; mais il est cependant une remarque importante que nous devons faire, parce qu'elle donne le raison des différences que l'on observe quelquefois entre les résultats obtenus par des expérimentateurs également recommandables et d'égale bonne foi. Pour juger un médicament, pour l'employer avec succès, il faut, qu'on nous passe cette expression, avoir *confiance* en lui. Le médecin qui essaie une préparation, soit avec l'idée préconçue que ce médicament ne vaut rien, soit avec indifférence, peut être, dans son expérimentation, la victime d'une erreur involontaire, qu'il ignorera, et qui changera complétement les convictions qu'il aurait eues si l'expérience eût été bien faite et complète. Celui qui essaie un médicament, au contraire, avec confiance, qui a l'habitude de l'employer et de le voir réussir dans ses mains, ne laissera pas passer, sans chercher à s'en rendre compte, un fait qui semblerait donner un démenti à ses précédentes expériences, et souvent il arrivera à la connaissance de la cause de cette erreur.

Le fait suivant prouve la vérité de cette assertion.

Il y a quelques jours, trois malades rhumatisantes sont admises dans le service de M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu; elles étaient toutes les trois à peu près dans les mêmes conditions d'intensité de la maladie, d'âge, de constitution, etc. M. Guérard prescrit la potion avec le sulfate de quinine, qu'il emploie avec le plus grand succès habituellement, et formule ainsi: julep gommeux avec sulfate de quinine, 15 *décigrammes*. Deux, trois, quatre jours se passent sans qu'il survienne le moindre amendement dans l'état des malades. Un médecin qui eût expérimenté le médicament pour la première fois, n'eût-il pas été porté à croire qu'il était inerte, sans vertu contre le rhumatisme, et ne l'eût-il pas abandonné aussitôt pour recourir aux médications généralement usitées? M. Guérard, justement étonné de l'infidélité du sulfate de quinine dans les trois cas simultanément traités, se fit représenter le cahier de l'élève en pharmacie, sur lequel étaient inscrits 15 *centigrammes* au lieu de 1 *gramme et demi*. La cause de l'erreur étant connue, tout était facilement explicable. La dose ordinaire fut administrée; et cette fois, dans l'espace de quelques jours, la maladie, chez les trois femmes, était en voie de résolution.

Z...

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Suite des séances de juin, juillet et août 1846. — Présidence de M. H. Labarraque.

M. Labarraque éveille l'attention de la Société sur une des formes de la constitution médicale présente, qui revêt, chez quelques malades, l'aspect grave du choléra. Ainsi, il a vu, chez un jeune homme, des vomissements et une diarrhée semblables à de l'eau de riz, avec suppression de l'urine, pouls petit et fuyant, refroidissement des extrémités. Au début, il a employé avec succès la glace, les sinapismes, les préparations laudanisées; et à la seconde période, les stimulants diffusibles.

M. Richelot cite également deux cas de ce genre.

M. Gaide pense que, quelle que soit l'opinion du médecin relativement à ces maladies, quel que soit le nom qu'il croit devoir leur imposer scientifiquement, il devrait cependant s'abstenir de prononcer le non de choléra, qui jette l'inquiétude et l'anxiété au milieu des populations. Il engage donc ses confrères à l'éviter, et à le remplacer par n'importe quel autre synonyme.

MM. Labarraque et *Homolle*, tout en admettant la prudente restriction de M. Gaide, croient cependant que peu de médecins abusent de ce mot terrible.

MM. Tessereau et *Blatin* appuient la proposition de M. Gaide, et pensent qu'il est bon d'avertir les jeunes confrèrea, dont l'imprudente véracité peut être nuisible. M. Blatin ajoute qu'il a été dernièrement témoin d'un cas assez grave pour simuler le choléra vrai; ainsi, le malade présentait des crampes, des vomissements et de la diarrhée semblables à l'eau de riz, des syncopes, de la cyanose, etc. Il crut devoir, dans ce cas, aider les vomissements en faisant prendre de l'ipécacuanha au malade.

MM. Belhomme et *Moreau* citent également deux faits dont la gravité fut telle, qu'ils ne purent les comparer qu'au choléra de 1832. Dans le fait de M. Moreau, qui eut lieu chez un vieillard de soixante ans, la maladie se termina, au bout de trois jours, par la mort.

M. Debeney s'élève contre la doctrine qui ferait ressortir de la discussion, savoir, que l'intensité d'une maladie donne le droit de la comparer et de l'assimiler à une autre. Ce qui fait différer essentiellement les deux genres de choléra, ce n'est pas la gravité de leurs symptômes, mais bien le caractère épidémique qui domina dans le choléra indien de 1832, et qui donnait à ce dernier un cachet particulier qui le distinguait du choléra sporadique.

M. Blatin, quoique partageant l'opinion émise par M. Debeney, fait cependant remarquer que le caractère bilieux du choléra sporadique des auteurs a, sinon disparu, ce qui serait exagéré, du moins paru beaucoup moins fréquent; que depuis l'apparition du choléra indien la nature des évacuations a changé, quelles sont aujourd'hui séreuses, semblables à une décoction concentrée de riz, tandis qu'autrefois elles étaient surtout constituées par un liquide bilieux, et que les malades ne présentaient pas la suppression de l'urine et la coloration cyanique.

M. Homolle appuie les observations de M. Blatin.

M. Mercier regarde la cyanose comme étant un phénomène qui n'appartient pas exclusivement au choléra. Cette coloration se rencontre dans tous les cas où l'on a noté une grande et subite déperdition de la sérosité du sang. Cette perte de sérum explique également la suppression de sécrétion urinaire, et amène une plasticité inusitée du sang qui, le forçant à stagner dans les vaisseaux capillaires, détermine suivant lui la cyanose de la peau. De cette théorie, M. Mercier fait découler la nécessité de rendre au sang sa fluidité naturelle, et il croit qu'on peut y parvenir en faisant boire abondamment le malade. A ce sujet, il cite le cas d'un paysan qui, pris d'un choléra grave et dévoré de la soif, ne voulut pas voir de médecin, et se contenta de boire un grand seau d'eau, et qui guérit. Cette singulière cure frappa les paysans de ce village, qui ne voulurent plus d'autre traitement, et à partir de ce moment la mortalité diminua.

M. Belhomme, jetant un coup d'œil rétrospectif, pense que le choléra asiatique est la maladie noire de l'antiquité et du moyen âge. Il ne croit pas qu'il faille user d'une réserve aussi grande que le demande M. Gaide. Il a peur qu'elle ne devienne funeste en jetant une fausse sécurité dans les familles. Quant aux caractères assignés au sang par M. Mercier, il n'a pas eu occasion de les rencontrer. Dans un cas de choléra il trouva le caillot diffluent, et le sérum augmenté. Cette circonstance dépendait-elle de la forme du vase, de la rapidité de l'écoulement, il l'ignore. Il ne conteste donc pas les caractères annoncés par M. Mercier dans le choléra asiatique.

M. Blatin partage les idées de M. Mercier, et pense que dans le choléra l'indication primitive était de faire boire abondamment les malades, en même temps que de les faire vomir. Il raconte que chargé du service médical dans un village il faisait suivre cette pratique, faisait boire des seaux d'eau à ses malades, et qu'il eut le bonheur d'en sauver un grand nombre.

M. Homolle ne croit pas que dans l'espèce la théorie de la cyanose donnée par M. Mercier soit acceptable, car elle débutait d'emblée avant aucune évacuation, et disparaissait souvent aussi avant qu'on pût supposer que le sang eût repris sa fluidité.

M. Treves ne pense pas que le traitement suivi par M. Blatin soit aussi infaillible qu'il le dit. Les succès qu'il a obtenus sont dus probablement à quelque coïncidence heureuse; car à Paris, à l'Hôtel-Dieu, il a été tenté sans aucun succès, et à Joinville, où il fut aussi essayé, les malades mouraient tous.

M. Thirial demande l'ordre du jour, cette question étant tout à fait intempestive. — Adopté.

— *M. Bourdin* demande la parole pour une communication. Un jeune homme de dix-sept ans, présentant des tubercules crus dans un des poumons, rendit, à la suite d'un crachement de sang, une longue membrane, qu'il fait passer sous lea yeux de la Société? Est-ce du mucus concret? Est-ce une pseudo-membrane diphtéritique?

Il fait également passer sous les yeux une pseudo-membrane intestinale rendue à la suite d'un purgatif, et qui, desséchée, ressemble exactement à une feuille sèche.

M. Favrot rapporte l'observation d'un jeune homme dont toutes les articulations, même celles du cou, du dos et de la clavicule, produisent au moindre mouvement un bruit analogue à celui que l'on produit en se tirant les doigts. Ce bruit est tellement fort, qu'il s'entend d'une pièce à l'autre, les portes étant même fermées.

Cette indisposition est venue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu survenu dans le cours d'une blennorrhagie traitée par du mercure à dose très élevée, qui amena du gonflement des gencives et de la langue.

Cette maladie est-elle le résultat d'une simple attaque de rhumatisme, ou la conséquence d'une ingestion considérable de mercure?

La séance est levée.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon, de Noyon, D.-M.

REVUE GÉNÉRALE.

Abrasion de la cornée. — On sait que M. Malgaigne a obtenu plusieurs succès déjà de l'abrasion de la cornée, et qu'il a présenté entre autres, à l'Académie de médecine, une fille opérée par ce procédé il y a deux ans, et si complétement guérie, qu'elle peut se livrer à la lecture ou à des travaux d'aiguille. Voici un cas de plus que nous trouvons sous forme de lettre dans le Journal de chirurgie. Ce fait est dû au docteur Lepiez, chirurgien de l'hôpital de St-Germain-en-Laye.

En janvier 1836, on amena à ma visite, au couvent de la Nativité, une jeune pensionnaire de quinze ans environ, qui se trouvait atteinte d'une légère indisposition. En regardant cette jeune fille, je fus frappé de la disgracieuse expression que lui donnait une opacité complète de la cornée transparente gauche. De tous les renseignements qu'elle put me donner, il résulta que dans ses premières années elle avait eu un mal d'yeux très tenace, et pour lequel on l'avait longtemps soignée; qu'ayant recouvré le libre exercice de l'œil droit, on avait pris son parti de la maladie du gauche; que depuis longues années elle n'avait rien fait pour en combattre les effets, que jamais depuis elle n'avait souffert en aucune manière; que son développement était complet, et qu'elle ne voyait absolument rien de l'œil gauche. Il était aisé de comprendre cette assertion.

La cornée avait à peu près entièrement disparu sous une couche épaisse de tissu celluleux blanc, épais, paraissant continuer la cornée opaque au devant de l'œil, mais formé évidemment par la couche cellulo-vasculaire qui revêt extérieurement cette membrane. Quelques rares vaisseaux traversaient cette fausse membrane, débris de ceux qui, dans l'origine, l'avaient produite sous l'influence de l'ophthalmie; et, en la regardant attentivement, elle présentait une nuance bleuâtre qui devait dépendre d'une sorte de transparence à l'aide de laquelle la cornée se devinait.

J'eus aussitôt l'idée de tenter quelque chose pour délivrer mademoiselle M... de cette infirmité; je fis part de mon projet à la supérieure, afin qu'elle prévînt la famille; et, dans le but de décider tout le monde, je représentai que l'œil pouvant être considéré comme perdu, il n'y avait pas à courir le risque d'un état pire en faisant quelques tentatives que la jeune personne désirait vivement.

Libre d'agir, au bout de quelques jours, j'eus d'abord la pensée, bientôt abandonnée, d'attaquer l'opacité avec des caustiques. Puis, en considérant que ces moyens seraient d'un effet incertain, que l'espèce de sur-élévation que la *fausse membrane* offrait au-dessus de la cornée, jointe à l'épaisseur de cette dernière, devait permettre de pratiquer, à l'aide d'une dissection minutieuse, une sorte de dédoublement, je me décidai pour l'emploi des instruments tranchants, et me munis d'un couteau à cataracte, d'une pince à dissection très fine et de petits ciseaux courbes sur le plat.

La patiente placée sur une chaise, la tête bien appuyée sur la poitrine de l'aide chargé de relever la paupière supérieure, je m'assis devant elle, et, après avoir bien abaissé la paupière inférieure avec la main gauche, je saisis le couteau de la droite, comme pour l'opération de la cataracte par extraction, et je l'enfonçai à peu près perpendiculairement un peu en dehors de l'insertion de la cornée transparente, et de manière à l'insinuer entre la production morbide et la sclérotique.

Après avoir fait sortir la pointe de l'instrument, je divisai la portion de tissu soulevée, puis j'en saisis l'extrémité avec la pince, et, me dirigeant de la tempe vers le nez, je commençai une dissection longue et minutieuse au moyen de laquelle je parvins jusque vers le milieu de la cornée, la patiente se trouvant trop fatiguée pour me permettre d'aller plus loin. A ce point, je coupai avec les ciseaux toute la portion détachée de la fausse membrane, dont l'épaisseur n'était guère moindre que celle d'une pièce de vingt-cinq centimes, et j'ajournai le reste de l'opération.

Dans la crainte de trop intéresser la cornée, j'avais çà et là laissé quelques filaments celluleux adhérents à sa surface; mais, néanmoins, j'eus lieu d'être satisfait de mes premiers efforts, et l'état presque transparent de la cornée me donna tout espoir de mener les choses à bonne fin.

Mademoiselle M... fut couchée dans une pièce sombre, la tête élevée, l'œil constamment couvert de compresses trempées dans l'eau fraîche; le lendemain, une bouteille d'eau de Sedlitz, plusieurs pédiluves salés; bouillon de veau pour toute alimentation.

Cinq jours après, nous continuâmes l'opération, qui fut terminée par le même procédé. Après avoir achevé ma dissection, je saisis avec ma pince presque tous les filaments dont j'ai parlé, je les enlevai à l'aide des ciseaux courbes, et je renouvelai l'application des compresses d'eau fraîche.

Une fois à l'abri des craintes d'inflammation, je pratiquai sur toute la surface de la cornée quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, à la suite desquelles la transparence devint presque complète, et je pus faire lire, au bout de trois semaines, quelques lignes, en cachant complétement l'œil droit.

Je me bornai alors à quelques instillations de laudanum de Sydenham, matin et soir, dans l'œil ; et six semaines après l'opération, il fallait regarder de près pour trouver moins de poli et de transparence à la surface de la cornée gauche qu'à la surface de la droite.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de revoir pendant plusieurs années mademoiselle M... : la guérison s'est maintenue, et elle assure que la vue est à peu près aussi bonne à gauche qu'à droite.

— Nous avons reproduit avec empressement, ajoute M. Malgaigne, l'observation de notre habile et excellent confrère. C'est un succès nouveau à ajouter à ceux que nous avions laborieusement recueillis dans les auteurs, et à ceux que nous avions obtenus.

Dans les premiers mois de cette année, nous avons eu occasion de tenter deux fois l'abrasion de la cornée à l'hôpital Saint-Louis : une fois sur une jeune femme, avec un succès presque complet, la malade pouvant enfiler de très fines aiguilles, et ne gardant qu'un très léger nuage qui probablement finira par disparaître; une autre fois sur un homme, avec une notable amélioration, et dans les deux cas sans accidents.

Sur les polypes utérins. — Le professeur Montgomery a publié un mémoire sur ces affections intéressantes, mémoire dont nous nous bornons à reproduire les conclusions :

1° On trouve souvent des polypes utérins très petits, ou ce qu'on appelle des excroissances polypeuses. Ces polypes peuvent échapper à l'examen par le toucher, et même, dans certaines circonstances, à l'examen par le spéculum, surtout si l'instrument n'est pas disposé de manière à déterminer l'écartement des lèvres du col de l'utérus.

2° Ces polypes donnent lieu à des ulcérations, à des métrorrhagies, et même à ces deux accidents à la fois ; la première chose à faire est alors d'enlever le polype.

3° Il faut prendre garde de ne pas confondre avec ces petits polypes un état particulier de la lèvre antérieure du col utérin, état particulier qui ne cède qu'à des soins très prolongés.

4° Les très petits polypes du col sont rarement solitaires, et, de même que les autres polypes, ils coexistent très souvent avec d'autres maladies de l'utérus, en particulier avec des tumeurs fibreuses.

5° Les petits polypes du col, lorsqu'ils surviennent chez des femmes d'un âge avancé, surtout lorsqu'ils présentent la forme vésiculaire, annoncent souvent une dégénérescence très grave de l'organe.

6° Des polypes qui sont accompagnés d'ulcérations du col et des symptômes ordinaires qui appartiennent à cette dernière altération, peuvent être confondus, en certaines circonstances, avec des cancers ; et cette erreur est très facile à commettre, lorsque, par exemple, un polype assez volumineux est encore engagé dans le col de l'utérus.

7° Les polypes un peu volumineux doivent, en général, être traités par la ligature, qui, sans être aussi rapide que l'excision, offre de plus grands avantages par les modifications heureuses dont elle est suivie, par rapport au plus grand nombre de symptômes graves.

8° Les polypes et les excroissances polypeuses d'un petit volume doivent au contraire être traités par la torsion, qui ne doit jamais être tentée contre les polypes volumineux ; dans quelques circonstances, on peut employer les caustiques.

9° L'excision peut donner lieu à une hémorrhagie grave, même dans le cas où le polype est d'un petit volume et son pédicule très grêle, et à plus forte raison lorsque le polype est volumineux ; cet accident peut même arriver lorsqu'on a eu le soin de serrer fortement le pédicule avec une ligature avant de le diviser.

10° Dans les cas ordinaires, et lorsqu'il n'existe pas d'autres maladies de l'utérus, la ligature est suivie de succès, même dans les circonstances les plus fâcheuses en apparence.

11° La ligature peut amener une guérison complète lorsqu'elle est appliquée à des tumeurs d'un caractère malin, telles que les excroissances en choux-fleurs. Cette opération donne des résultats favorables, lors même qu'elle n'est pas suivie d'une guérison définitive.

12° Il y a une grande différence entre les polypes dans les symptômes qu'ils produisent, relativement au point de l'utérus d'où ils se détachent. Ainsi un polype qui naît d'une des lèvres du col, ne détermine que des symptômes peu tranchés, et surtout bien moins d'hémorrhagie qu'un polype d'un volume bien inférieur, mais qui s'insère dans l'intérieur du col. Ainsi un polype d'un volume ordinaire qui se détache d'une des lèvres du col, ne met presque aucun obstacle à la gestation ou à la délivrance, et l'on a vu le passage de l'enfant suffire pour le détacher.

13° Si un polype, après avoir été détaché de son point d'insertion, est trop volumineux pour franchir facilement le vagin, il ne faut jamais le laisser dans l'intérieur de ce conduit, mais bien l'en extraire le plus tôt possible; car sa putréfaction peut avoir les conséquences les plus graves.

14° Une tumeur fibreuse, développée primitivement dans l'épaisseur de l'utérus, peut descendre, franchir le col, et venir former dans le vagin un polype pédiculé. Cette descente du polype s'effectue graduellement, et d'une manière en général très lente, lorsque l'utérus est vide; il n'en est pas de même dans le cas de grossesse, l'on a vu l'expulsion de la tumeur succéder rapidement à la sortie de l'enfant. On a vu dans certaines circonstances un polype très volumineux venir faire saillie à l'extérieur, alors qu'aucun symptôme n'en avait fait soupçonner jusque-là l'existence.

15° Lorsqu'un polype existe depuis longtemps, et qu'il a été accompagné d'écoulements très abondants, on ne saurait le guérir sans prendre des précautions contre les accidents cérébraux qui peuvent succéder aux nouvelles conditions dans lesquelles l'organisme se trouve placé, par la suppression de déperditions habituelles.

Bibliographie.

Hygiène des colléges, comprenant l'histoire médicale du collége royal de Lyon; par J.-P. Pointe.

Il est des hommes qui, sentinelles avancées, placées sur le domaine de la science, examinent les faits au point de vue de leurs inspirations, de leur génie, et les font connaître sous une face nouvelle. Absorbés par leurs théories, entraînés par leur imagination et par leur activité intellectuelle, ces hommes inventent et négligent l'application. Il en est d'autres qui se pénètrent des idées émises, qui les passent au creuset d'un jugement sûr, d'une expérience aussi mûre que patiente, et, après avoir séparé la vérité de l'erreur, se l'assimilent, et mettent en évidence ce produit de leur élaboration. Pour briller d'un moins vif éclat, ces intelligences, de nos jours assez rares, sont très utiles à l'humanité, et à ce titre méritent ses respects.

Parmi les travaux de ce dernier genre, nous devons signaler ceux du professeur Pointe, médecin de l'Hotel-Dieu de Lyon, parfaitement à même d'apprécier l'organisation matérielle médicale et administrative de ce vaste hôpital; il nous en a tracé l'histoire dans un ouvrage sur la matière. Médecin du collége royal de la même ville, il devait le résultat de sa pratique et de ses méditations à ses compatriotes et à ceux qui s'occupent à fonder, à diriger, à améliorer, à surveiller de semblables établissements. C'est le but qu'il s'est proposé d'atteindre, en publiant son *Hygiène des colléges.*

Pour donner une idée de ce livre, nous indiquerons brièvement les différents sujets traités par l'auteur.

Le premier qui a vivement et à juste titre préoccupé M. Pointe, est celui de savoir quelle est la meilleure situation d'un collége. Doit il être éloigné des villes, du bruit, du mouvement, de l'agitation des passions, qui, malgré les précautions les mieux prises, se glissent si facilement du dehors dans ces instituts? Cette question, dont la solution paraît si simple de prime abord, ne laisse pas d'être controversée. Convenablement exposé et abrité, pourvu d'un système de ventilation bien ménagé dans ses alentours, un collége placé au centre d'une ville populeuse, comme Lyon, favorise les relations des enfants avec leur famille, protége contre les dangers de courants d'air trop rapides et trop froids, certaines organisations délicates, facilite le transport des fournitures de toute espèce dans l'intérieur de la maison, rend plus supportable la position des professeurs, qui se dévouent à la noble mission d'instruire et de former des hommes, avenirs de la patrie et de la société; enfin permet de trouver plus aisément des gens de service pour remplir les fonctions subalternes.

Mais ces avantages ne sont-ils point détruits par les inconvénients qui se rattachent à une telle situation? Au centre d'une grande ville, les enfants ne respirent ils pas un air moins pur et moins salubre? L'espace et l'agrément que procure une riante campagne pleine de charme pour le jeune âge, ne manquent-ils pas à ces établissements? Les fondations des colléges dans une ville ne sont-elles pas plus coûteuses? Les préaux, les bâtiments, ne se ressentent-ils pas du prix élevé d'acquisition? Les relations des professeurs, des enfants et des domestiques avec les personnes de l'extérieur, ne peuvent-elles pas être l'occasion de quelques abus, parfois très graves? Toutes ces considérations sembleraient militer en faveur du principe qui placerait à proximité des villes le local destiné à ce genre d'édifices, et je n'en voudrais pour preuve que le passage suivant, émané de la plume de l'écrivain que nous analysons :

« Garantir l'homme contre tous les obstacles qui peuvent porter atteinte à l'accroissement de ses forces et au développement de ses facultés, tel doit être le soin le plus essentiel des personnes chargées de diriger l'éducation; et la contrainte indispensablement imposée aux collégiens pendant la majeure partie des travaux de la journée, est loin de pouvoir amener ce résultat. Saisissons donc, utilisons et multiplions, s'il est possible, toutes les occasions qui se présentent de placer les enfants dans une situation où ils puissent, sans entraves aucunes, faire tous les essais et tenter tous les efforts.

« Accoutumer de bonne heure, ajoute-t-il, les enfants à embrasser de vastes objets dans leurs idées, présenter à leurs regards et à leur imagination les plus grands spectacles de la nature, tels que les montagnes, les fleuves, les nuages, les tempêtes, etc., est encore un moyen d'éducation qui peut porter les plus heureux fruits. Comme dans la nature les mouvements généraux produisent et dirigent les mouvements particuliers, les enfants, fréquemment placés en présence des spectacles magnifiques qu'elle étale, trouveront, sans qu'il soit nécessaire de le leur apprendre et par le seul instinct qui nous porte à nous conserver en harmonie avec tout ce qui est, tout ce qui se meut et se développe autour de nous, trouveront, dis-je, l'ordre dans lequel il leur convient de se développer eux-mêmes. »

Cependant lorsqu'un collége a, comme celui de Lyon, le privilége d'être exposé au levant, sur un quai, près d'un fleuve rapide qui renouvelle l'air, d'être pourvu d'eaux abondantes et pures, lorsqu'il offre d'heureuses dispositions intérieures, lorsqu'il peut être isolé des habitations ambiantes et qu'il possède une maison de campagne assez rapprochée, M. Pointe est d'avis qu'on le conserve.

Cela posé, notre auteur étudie les diverses conditions que doit remplir un collége dans le triple intérêt de la santé des élèves, de leur instruction et de leur éducation. Locaux affectés aux logements des officiers supérieurs, église, dortoirs, parloirs, classes, salles d'études et de bains, réfectoires, cuisine et dépendances, lieux de récréation et d'aisances, lingerie sont passés en revue avec ce coup d'œil que M. Pointe doit à la droiture de son jugement. Il est cependant un détail vulgaire et important que nous ne saurions approuver, c'est l'usage assez général des tables de nuit dans les dortoirs.

Ces meubles, qui deviennent des foyers d'infection et qui servent souvent à dissimuler le désordre, offrent encore le grave inconvénient de soustraire aux regards prompts, faciles et soigneux des chefs d'un pareil institut l'ordre et la propreté qui doivent être toujours apparents. Un lit, une chaise, une planchette pour déposer les effets usuels et un vase de nuit, tels sont les seuls objets qui doivent orner un dortoir, le reste trouve sa place dans un vestiaire et une lingerie.

Après cet exposé, M. Pointe indique les qualités de l'air atmosphérique pour conserver la santé des élèves, pour chauffer, ventiler, éclairer les lieux qu'ils habitent. A l'occasion du gaz, il émet le vœu que son usage soit introduit dans les colléges en ayant soin d'assurer sa pureté. Intensité de la lumière, économie, surveillance plus générale, toutes les parties de la maison étant éclairées, tels seraient les avantages qu'on en retirerait.

Le régime alimentaire est l'objet de nombreux et intéressants développements, de même que les vêtements et le service de propreté.

L'emploi du temps, dans les colléges, est une des questions qui ont soulevé de vives polémiques entre les médecins qui ont écrit sur l'hygiène de l'enfance. La plupart pensent que le système nerveux du jeune âge est fatigué par l'application trop continue à laquelle on astreint les élèves. M. Pointe ne partage pas cette manière de voir, et, à cet égard, il fait ressortir les fréquents mouvements et les exercices intellectuels variés qui sont imposés aux élèves du collége de Lyon, les courses que nécessite le passage d'un quartier ou d'une salle d'études dans une autre; puis les récréations qui succèdent aux repas et aux classes. Il croit qu'une application variée en rapport avec l'âge, la force de la constitution et l'intelligence du sujet développe, fortifie ce système et l'organisme. Il fonde cette proposition sur des faits journellement observés, à l'appui desquels il eût pu invoquer les moyens employés de nos jours dans le traitement des maladies nerveuses. C'est une vieille erreur, importée par le matérialisme moderne et qu'il est temps de déraciner, que celle de croire que l'exercice mesuré de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité fatigue le système cérébral. Il faut, au contraire, que ces facultés entrent en jeu dans les limites tracées par l'auteur de la nature : ce que Barthez, ce profond et savant physiologiste, a formulé dans cette loi admirable, « que l'énergie des forces radicales s'accroît dans un rapport composé de l'intensité d'action des forces agissantes dans chaque fonction et de la constance des rapports d'activité entre toutes les fonctions qui ont été formées par l'habitude. »

Une vie commune, libre à certaines époques et lorsqu'elle fait le bien, disciplinée lorsqu'elle tend au mal; une vie réglée, laborieuse doit donc favoriser éminemment dans le jeune âge le déploiement des forces physiques et morales puisqu'elle produit des résultats très remarquables sur des sujets atteints de maladies nerveuses, comme les asiles d'aliénés en fournissent des preuves éclatantes. Effectivement, cette vie oblige l'enfant à compter avec ses semblables; elle développe chez lui de bonne heure les sentiments de bienveillance, de justice, de loyauté; elle lui apprend, sous la direction de maîtres intelligents et fermes, à commander à ses passions naissantes; elle le plie peu à peu aux exigences de la vie sociale, en même temps qu'elle lui donne la mesure de ses forces et l'avertit de ne se reposer que sur lui-même. Elle le rend déjà prudent, circonspect, mesuré, sage, et le prémunit contre les dangers et les luttes qui l'attendent au dehors. Nous appuyons donc de tout le poids de notre conviction les idées émises sur ce point par le professeur de Lyon, qui a su résister au courant d'opinions vulgaires plutôt basées sur des théories imaginaires ou sur des abus que sur une patiente et consciencieuse observation des faits.

La séparation, la classification des élèves si importantes au point de vue de la morale et des études, ainsi que les exercices corporels qui, à peu d'intervalle, suspendent l'attention et rappellent le sang dans la profondeur des muscles et des viscères, ainsi qu'aux surfaces cutanées, font l'objet de deux chapitres. C'est dans ceux-ci que l'auteur apprécie les différents jeux : les barres, la balle, etc.; les effets de la gymnastique, qui demande à être surveillée; ceux de l'escrime, de la musique, qu'il regarde comme une distraction agréable agissant sur le physique et le moral. Viennent ensuite le repos, le sommeil, les sécrétions et les excrétions. Enfin, la manière de diriger les passions, d'où découlent des préceptes salutaires sur les punitions, sur les récompenses et sur la nécessité d'un enseignement religieux, « seul fondement inébranlable de la société humaine, dit M. Pointe, et base sur laquelle reposent la stabilité des empires et le bonheur des peuples. » Notre écrivain termine son livre par un résumé médical, espèce de compte-rendu sur le service qui lui est confié, où sont signalés les cas les plus fréquents et les plus intéressants qui se sont offerts à son observation quotidienne. Il démontre que la mortalité du collége de Lyon a été très peu élevée, puisqu'elle s'est bornée à deux décès pendant les huit années de son exercice; ce qu'il attribue aux bonnes conditions hygiénique du collége, ainsi qu'aux soins particuliers dont les élèves malades sont entourés.

L'ouvrage que nous venons d'analyser nous a paru renfermer des préceptes utiles et trop souvent négligés. Aussi nous invitons les instituteurs, les pères de famille, les médecins des établissements publics et spécialement des collégos de s'en pénétrer.

H. Girard (d'Auxerre).

INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE ;

Par M. Orfila. (2e lettre.)

(Suite et fin du numéro précédent.)

Avant de donner mon opinion sur ces deux ordres de praticiens, je crois devoir jeter un coup-d'œil rapide sur les diverses classes de médecins et de chirurgiens qui exercent aujourd'hui l'art de guérir en Espagne. Les règlements ont été si variés à cet égard depuis cinquante ans, les conditions d'études, les examens et les titres conférés ont été si différents, qu'il serait difficile de trouver un pays où il y eût autant de sortes de praticiens que dans celui-ci. Nous voyons d'abord les *médecins-chirurgiens*, créés en 1827, qui étaient reçus licenciés après sept années d'études, et qui avaient le droit d'exercer dans toute l'Espagne; ils devenaient docteurs à l'aide d'une rétribution, et, dès la sixième année, ils avaient obtenu le titre de bachelier. Les conditions d'admission aux études médicales consistaient pour eux à présenter le diplôme de bachelier en philosophie, et des certificats constatant qu'ils avaient suivi un cours de physique expérimentale et un cours de botanique.

Depuis 1824 jusqu'en 1827, on reçut des *médecins* qui étaient licenciés ou docteurs, suivant la somme qu'ils avaient payée. Pour obtenir ce titre, il fallait produire un certificat de trois années de philosophie (humanités, etc.), d'une année de physique expérimentale, de chimie, de grec et de botanique, de quatre années d'institutions médicales et de deux années de clinique médicale.

Le 31 mars 1836, on réduisit à trois classes les chirurgiens qui avaient été créés en 1804 ou postérieurement à cette époque.

1° *Chirurgiens de première classe*, dits *latins*. Ils devaient être bacheliers en philosophie, avoir étudié pendant six ans dans un collége royal, et ils pouvaient être licenciés ou docteurs.

2° *Chirurgiens de deuxième classe* ou *romancistas*. On n'exigeait de ceux-ci que cinq années d'études dans un collége royal de chirurgie; ils ne subissaient que deux examens sur la chirurgie, l'un théorique, l'autre pratique.

3° *Chirurgiens de troisième classe* ou *sangradores*. Il fallait, pour être reçu, savoir lire et écrire, connaître la grammaire espagnole, avoir pratiqué pendant trois ans avec un chirurgien et avoir étudié pendant trois ans dans un collége de chirurgie; ils ne subissaient qu'un examen théorique et pratique.

Il y avait encore : 1° les chirurgiens de *pasantia* ou *sans études;* il suffisait de justifier de trois années de pratique pour être admis à l'examen ; 2° les chirurgiens *phlebotomes* et *practicantes*, qui ne subissaient qu'un examen de petite chirurgie.

On voit donc qu'en ce moment il y a au moins dix ordres de praticiens; peu à peu sept de ces ordres disparaîtront, et il ne restera plus que des docteurs, des licenciés et des chirurgiens *ministrantes*. Je ne puis qu'approuver, sous le rapport de l'exercice, les deux premiers ordres établis par le décret du 17 septembre 1845; mais je pense que l'on s'est gravement trompé, en juin de cette année, lorsqu'on a institué des chirurgiens *ministrantes*, la médecine et la chirurgie ne devant être exercées que par des praticiens ayant donné des preuves de capacité suffisante. On m'objectera sans doute que les *ministrantes* ne jouissent d'aucun des droits des médecins, qu'ils ne peuvent agir que sous les ordres de ceux-ci, et qu'ils sont indispensables pour faire la petite chirurgie. A cela je répondrai qu'il est à craindre que des hommes autorisés à exercer une partie quelconque de l'art de guérir n'enfreignent les lois et n'aillent au delà des limites qui leur sont imposées, et, si cela arrive, faudra-t-il donc les poursuivre à chaque instant et les traduire devant les tribunaux, qui leur infligeront des peines insignifiantes et dès lors sans effet? Mais je vais plus loin, et j'admets que ces *ministrantes* ne dépassent pas les attributions que leur confère l'ordonnance de juin dernier, n'est-il pas évident que dans ce cas encore ce serait une malheureuse conception que d'avoir créé des praticiens ayant le droit de saigner *dans toutes les parties du corps* où l'on pratique la phlébotomie artérielle ou veineuse, et ne connaissant pas, il faut le dire, les premiers éléments de l'anatomie ni de la chirurgie, comme si la piqûre maladroitement faite des artères et des veines ne pouvait pas entraîner quelquefois les accidents les plus fâcheux?

On aurait plus sagement agi en s'en tenant au décret de 1845, et en prenant les mesures nécessaires pour fournir aux petites localités les hommes instruits qui se formeront indubitablement si l'on reçoit les licenciés comme je l'ai indiqué; en faisant quelques sacrifices pécuniaires, le gouvernement obtiendrait facilement que, même dans ces localités, il y eût des médecins instruits. Et comment reculerait-il devant un pareil avantage? les gouvernements ne sont-ils pas tenus de procurer aux citoyens nécessiteux et hors d'état d'indemniser les gens de l'art, les moyens de rétablir la santé; quel intérêt peut être placé au-dessus de celui ci? Que l'on ne balance donc pas à créer des médecins cantonnaux suffisamment rétribués par les communes, par les provinces et par l'Etat, qui en tout cas devrait garantir les traitements; et si l'on craint que le nombre des licenciés ne soit pas assez considérable pour subvenir aux besoins des petites localités, que l'on organise un système d'*élèves boursiers* entretenus aux frais du gouvernement, et qui, après avoir été reçus licenciés, devraient, comme cela a lieu pour l'instruction primaire, résider et exercer la médecine et la chirurgie pendant huit ou dix ans dans les communes qui manqueraient de gens de l'art, et qui leur seraient désignés.

On peut dire que déjà l'Espagne est entrée dans cette voie, quoique je sois loin d'approuver la manière dont le principe est mis en pratique. Nous savons que depuis fort longtemps il existe dans ce pays des médecins *de partido* (communaux) entretenus et soldés d'abord par les conseils municipaux, et aujourd'hui par les préfets; mais les règles de leur nomination et leurs conditions d'existence sont tellement défectueuses, que ce ne sont pas là de véritables institutions : d'abord ces praticiens sont choisis en quelque sorte au rabais; on

peut leur enlever leur emploi et leur imposer l'obligation de visiter tous les malades *riches* ou pauvres gratuitement; conçoit-on que l'on exige un pareil sacrifice, souvent pour 400 ou 500 fr. par an, et que l'on permette même quelquefois, qu'au lieu d'une somme pécuniaire, on paye en nature? Cette parcimonie amène les désordres les plus scandaleux : l'homme de l'art, après avoir fait le métier de barbier, est souvent obligé de disputer son pain. A la vérité, dans les communes plus aisées, et qui sont certainement les moins nombreuses, le sort des médecins est plus supportable, puisqu'ils reçoivent, dans certaines localités, depuis 1,500 jusqu'à 2,500 fr. par an; presque toujours ces communes sont desservies par des médecins-chirurgiens ou par des chirurgiens *latinistes*, tandis que, dans les autres, on ne trouve que la portion la plus infime de la hiérarchie médicale, les *passantistes* et les *chirurgiens-barbiers*. Un pareil état de dépréciation ne pouvait manquer d'amener les plus grands abus, l'homme qui ne peut satisfaire à ses besoins en exerçant loyalement l'art de guérir cherche par des moyens sans dignité à sortir de la malheureuse position dans laquelle il se trouve; aussi voyons-nous quelques-uns d'entre eux se placer comme domestiques et se livrer à des actes de charlatanisme qui, pour ne pas ressembler à ceux qu'emploient les somnambules et les magnétiseurs, n'en sont pas moins blâmables. N'est-il pas deplorable, par exemple, de lire partout, à Madrid et ailleurs, d'énormes enseignes bornées à droite et à gauche par un plat à barbe, et portant : M, X..., *professeur de chirurgie et accoucheur*. J'appelle sérieusement l'attention de l'autorité sur un état de choses aussi odieux, afin qu'elle fasse disparaître aussitôt des annonces mensongères qui sont loin de disposer les gens du monde à accorder à la profession médicale l'estime et la considération qui lui sont dues. Je l'exhorte surtout à trancher dans le vif, et à révoquer l'ordre royal de juin dernier qui établit les chirurgiens *ministrantes*.

Médecins étrangers. — Pour exercer la médecine en Espagne, les médecins reçus dans des universités étrangères doivent prouver qu'ils ont étudié *toutes* les matières du programme adopté par l'Etat, et subir les examens de la licence ou du doctorat, c'est-à-dire l'examen de *tentative* et les deux examens pratiques; il faut le dire, ces examens sont encore moins sérieux que ceux que soutiennent les candidats nationaux. On n'exige aucuns frais d'étude; mais les aspirants sont tenus d'acquitter les examens. A mon avis, il faut que l'on fasse subir, à Madrid comme ailleurs, aux praticiens étrangers qui demandent un diplôme de docteur ou de licencié, toutes les épreuves de réception, sauf celles qui concernent les deux baccalauréats ès lettres et ès sciences; toutefois, je pense que le gouvernement doit se réserver le droit d'accorder, *dans des circonstances rares, à la vérité*, la faculté d'exercer la médecine à des savants éminents que les tempêtes révolutionnaires ou d'autres motifs auraient forcé à s'expatrier : aurait-il donc fallu que Scarpa, Astley Cooper, Tomasini, etc., s'ils se fussent trouvés dans ce cas, eussent été obligés de s'asseoir à côté d'écoliers imberbes pour faire preuve d'une capacité déjà si bien établie? Ce ne serait pas digne de notre temps. J'adopte volontiers que, dans ces cas, et avant d'accorder la permission d'exercer, le gouvernement soit tenu de consulter la Faculté, l'Académie de médecine, et au besoin le Conseil-d'Etat; ces avis préalables offriraient des garanties plus que suffisantes.

Académies.

Academia medica de Castilla. — Cette Académie, composée d'une quarantaine de membres, tous docteurs en médecine ou médecins-chirurgiens, est la seule qui ait été instituée par le gouvernement, dans le but de répondre aux consultations qui lui sont demandées par la junte de santé, sur des questions de médecine légale et d'hygiène publique. Convenablement organisée, elle pourrait rendre d'utiles services et se placer au même rang que les sociétés savantes du même genre établies dans la plupart des pays de l'Europe. Il n'en est pourtant rien, comme il sera aisé d'en juger par ce que je vais dire. Cette Académie n'a pas un local pour tenir ses séances, en sorte que celles-ci ont lieu dans une des chambres du vice-président; elle ne reçoit aucune subvention du gouvernement, ce qui est d'autant plus extraordinaire, que dans l'origine, et d'après les décrets, une partie des frais de réception des aspirants au doctorat était affectée à l'entretien de ce corps savant. Ses membres ne perçoivent aucun droit de présence; on n'y lit jamais de mémoires sur des points scientifiques, et par conséquent ses travaux sont exclusivement bornés à la discussion des rapports qui doivent être adressés à la junte de santé. L'intérêt qui s'attache à cette institution est tellement minime que les réunions sont fort rares, et qu'à peine voit-on quelques membres y assister lorsqu'elles ont lieu. Nulle part une réforme radicale n'est plus urgente, et je propose de la tenter comme il suit.

Article 1er. L'*Academia medica de Castilla* est composée de cinquante membres titulaires divisés en quatorze sections, savoir :

1re section :	Pathologie et clinique interne,	6	membres.
2e —	Pathologie et clinique externe,	6	—
3e —	Anatomie pathologique,	3	—
4e —	Thérapeutique et matière médicale,	3	—
5e —	Médecine opératoire,	3	—
6e —	Médecine légale,	3	—
7e —	Hygiène,	3	—
8e —	Anatomie,	3	—
9e —	Physiologie,	3	—
10e —	Accouchements,	3	—
11e —	Pharmacie,	5	—
12e —	Physique et chimie médicale,	3	—
13e —	Histoire naturelle médicale,	3	—
14e —	Médecine vétérinaire,	3	—

Art. 2. Lorsqu'il y aura une place vacante, l'Académie nommera au scrutin secret sur une liste de présentation, sur laquelle seront inscrits trois candidats au moins et six au plus. Le membre nommé devra nécessairement appartenir à la section où se trouve la vacance.

Art. 3. L'Académie se réunit une fois par semaine, dans un local fourni par le gouvernement; ses séances durent au moins deux heures, et elles ont pour objet les discussions des rapports faits par les commissions et notamment ceux qui sont demandés par la junte de santé, les lectures des mémoires des académiciens et des personnes étrangères à l'Académie.

Art. 4. L'Académie publie tous les quinze jours les procès-verbaux de ses séances dans un recueil qui portera le titre de *Boletin de la Academia medica de Castilla*. Les travaux les plus intéressants sont recueillis, ainsi que les mémoires originaux, pour être publiés tous les deux ou trois ans, en volume, sous le titre de *Memorias de la Academia medica de Castilla*.

Art. 5. Chaque membre qui assiste aux séances reçoit un jeton de présence.

Art. 6. Le bureau de l'administration est composé du président, du vice-président, du secrétaire perpétuel et du secrétaire annuel.

Art. 7. La comptabilité, le contentieux et tout ce qui est du ressort de l'administration sont confiés à un conseil qui prend le titre de *Conseil d'administration*. Le bureau de l'administration en fait nécessairement partie. Il en est de même du secrétaire de ce conseil.

Art. 8. L'Académie nomme 10 associés étrangers, 100 correspondants nationaux et autant de correspondants étrangers.

Académie chirurgicale de Madrid (Matritense). — L'origine de cette Académie, qui ne date que de fort peu de temps, reconnaît une double cause : d'un côté, l'insuffisance et même la nullité de l'Académie de Castille, où rien ne se fait pour avancer la science; et, d'autre part, l'impossibilité où se trouvent ceux qui n'ont que le simple titre de chirurgien de faire partie de cette Académie Après avoir obtenu du gouvernement l'autorisation de se réunir, les chirurgiens de Madrid, au nombre de 130 environ, ont constitué de leur propre mouvement, et sans aucune subvention de l'Etat, une Société qui ne manque pas d'avoir son importance, puisqu'elle tient plusieurs séances par mois (souvent même ces séances ont lieu trois fois par semaine), qu'elle publie tous les huit jours un journal qui a pour titre *Archivos de la Academia quirurgica matritense*, et qu'elle s'est mise en communication avec 300 correspondants nationaux qui lui adressent des travaux scientifiques ou lui font connaître des actes d'exercice illégal de la médecine. Cette institution, présidée actuellement par le docteur Alarcos, me paraît grandement viable et déjà d'une utilité incontestable; je voudrais, pour en convaincre le lecteur, pouvoir lui donner une idée de la manière savante et scrupuleuse avec laquelle on y a discuté des questions scientifiques des plus ardues, notamment celle de l'accouchement provoqué qui l'a occupée pendant vingt-cinq séances. Les honorables membres qui composent cette assemblée se cotisent pour couvrir les frais. Le gouvernement ne la consulte jamais.

Il existe encore à Madrid deux autres sociétés savantes : la *Société médicale d'émulation*, non subventionnée, qui se réunissait souvent il y a quelques mois, et la *Société des élèves* ou l'*Académie d'Esculape*; celle-ci est présidée par un professeur de la Faculté ou par un élève qui en est vice-président; elle se réunit trois fois par semaine, et l'on y discute des mémoires, des observations, etc.

De l'instruction secondaire et primaire.

Il faut reconnaître que le décret du 17 septembre 1845 a singulièrement amélioré l'état de l'*instruction secondaire* en Espagne; jusque-là les règles étaient telles qu'il était impossible de regarder les études comme offrant quelque chose de sérieux. Il me suffira, pour le prouver, de dire qu'un élève pouvait avoir terminé ses études classiques à l'âge de treize ans; aujourd'hui l'on n'est admis dans les colléges qu'à l'âge de dix ans accomplis, et l'on ne peut se présenter aux examens du baccalauréat que dans la seizième année. J'ajouterai que l'exposé des motifs qui précède le dispositif de ce décret, dû aux soins éclairés du ministre de l'intérieur, M. Pidal, contient les vues les plus élevées et les plus justes sur la nécessité d'une réforme de l'instruction publique et notamment de l'instruction secondaire, ainsi que sur les moyens de l'opérer. J'admets aussi que, sous beaucoup de rapports, les dispositions adoptées sont parfaitement conçues et favorables à la liberté de l'enseignement; mais il est évident que l'on ne s'est pas encore suffisamment préoccupé de l'importance des études classiques, et que leur durée se trouve par trop réduite, vu le nombre considérable de matières que l'on enseigne : d'où il résulte nécessairement que l'on force les enfants à étudier des sciences par trop abstraites à un âge où elles ne sauraient être comprises. De toutes les réformes à introduire, celle qui consiste à prolonger le temps des études secondaires et à mieux le distribuer me paraît la plus urgente, comme il est aisé de s'en convaincre en lisant le programme que j'ai inséré dans ma première lettre. Ce n'est pas dans votre journal, Monsieur, qu'un pareil sujet peut être développé et traité *in extenso*; je me propose de le faire bientôt ailleurs, me bornant ici à l'aperçu général que je viens de donner.

L'*instruction primaire*, organisée à peu près comme en France et par un décret qui a la plus grande analogie avec la loi du 28 juin 1833, laisse peu à désirer. Les écoles normales, instituées en grand nombre dans toutes les provinces, atteignent d'autant mieux leur but, qu'on ne cherche pas à y donner une instruction par trop élevée; on a compris qu'un moyen certain de fixer dans les petites communes les instituteurs qui sortent de ces écoles, c'était d'en faire des hommes suffisamment instruits et modestes, plutôt que des savants incomplets dont on aurait éveillé l'ambition outre mesure, et qui dédaigneraient de remplir les emplois auxquels ils sont destinés. Les écoles primaires élémentaires et les salles d'asile que j'ai visitées à Madrid, à Guadalajara et ailleurs, sont parfaitement tenues et fort bien dirigées; les enfants, en grand nombre, sont instruits dans des locaux vastes et bien aérés. Les maisons d'école déjà établies sont très nombreuses.

J'ai demandé au gouvernement que le *chant* eût une plus grande part dans les exercices quotidiens, et que l'on plaçât à côté de chaque école normale un jardin où l'on ferait, pour les élèves instituteurs, un *cours pratique de culture des plantes* les plus importantes. Les avantages de cette mesure seraient incalculables dans un pays où l'agriculture attend de si notables améliorations.

Agréez, etc. ORFILA.

M. le docteur Auzias-Turenne commencera son cours public d'angéiologie et de névrologie le lundi 30 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. — Mardi 1er décembre, à une heure de l'après-midi, cours particulier d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire dans le pavillon II.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N° 141 TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Amputation tibio-tarsienne. Quelques considérations sur cette opération.

Un jeune sujet a subi, il y a quelques jours, dans le service de M. Blandin, l'amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne. Cette opération, jusqu'à présent assez rare, a donné lieu, de la part du professeur, à des considérations importantes que nous croyons utile de reproduire.

— L'opération en elle-même n'a présenté rien de remarquable. Aujourd'hui, l'enfant va bien; il y a un peu d'inflammation des lambeaux latéraux; circonstance qui ne nous a point étonné, car elle n'a été que la suite de l'état inflammatoire antérieur à l'opération. La désarticulation du pied a été faite dans toute sa simplicité; c'est-à-dire que nous nous sommes borné à séparer les os du tarse de la mortaise péronéo-tibiale sans pratiquer, comme nous verrons plus bas qu'on l'a conseillé, la dissection des malléoles.

On a depuis longtemps cherché à déverser le blâme sur l'amputation tibio-tarsienne, en raison de la disposition particulière de la surface articulaire que l'on doit laisser après elle. Nous n'avons pas été nous-même exempt du tort général de juger sans preuves; et en 1828, dans un article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, nous avons écrit que cette désarticulation, entre autres causes d'infériorité sur les autres, devait être rejetée parce que, les côtés de la mortaise tibio-péronnière étant très élevés, il est impossible que les chairs viennent exactement s'appliquer dans le fond de cette mortaise. Nous n'avions pas parlé de la résection des malléoles, qui n'a été conseillée que plus tard. Pour quelle raison avons-nous fait ici l'opération sans pratiquer cette résection, comme on l'a essayé en France et en Angleterre? Pourquoi avons-nous voulu nous affranchir de ce procédé opératoire mixte, hybride, qui n'est complètement ni une amputation, ni une désarticulation? Nous allons essayer de vous le faire comprendre.

Et d'abord, a-t-on fait souvent l'amputation tibio-tarsienne pure et simple, comme nous l'avons exécutée, cette amputation que l'on blâmait tant autrefois? Nous affirmons hardiment qu'elle n'a presque jamais été pratiquée.

Ceux qui ont écrit sur les désarticulations des membres ont avancé qu'Hippocrate, Albucasis en avaient parlé en même temps que de celle du coude, du poignet, etc. A l'aide d'une interprétation qui a pu, jusqu'à un certain point, paraître un peu forcée, on est parvenu à la trouver, en effet, mentionnée dans ces auteurs; mais rien ne prouve qu'ils l'aient pratiquée; tout porte à présumer, au contraire, qu'ils l'ont indiquée comme une opération *possible*. Mais de cette médication au conseil de la mettre à exécution il y a loin. A ces époques reculées, on était extrêmement réservé pour les amputations des membres. On ne savait point arrêter les hémorrhagies. Si l'on coupait, c'était le plus souvent dans des cas de gangrène, et ordinairement on coupait dans *le mort*. Or, couper dans les parties gangrenées, ce n'est point, à vrai dire, faire une amputation; c'est opérer mécaniquement un retranchement pour lequel, vû l'état des parties, il n'y a point d'hémorrhagie à redouter. D'autres fois on coupait au niveau du cercle inflammatoire, et souvent alors aussi l'on n'a point d'hémorrhagie; la nature organisant, comme vous le savez, un caillot destiné à prévenir toute hémorrhagie lorsque les parties sphacélées se détacheront.

Si l'on ampute immédiatement au-dessous de la ligne de jonction *du mort* et *du vivant*, il peut arriver que l'on n'ait pas d'hémorrhagie, et cette condition était, pour les anciens, très importante.

De nos jours, on n'agit plus de même; on sait qu'au niveau du cercle inflammatoire, il y a souvent, et profondément, des parties gangrenées qu'il serait fâcheux et nuisible de laisser dans le moignon. Le précepte posé par les anciens, d'amputer là où se limitait la gangrène, leur avait fait dire, pour cette articulation comme pour les autres, qu'il fallait amputer dans la jointure tibio-tarsienne, lorsque c'était jusqu'à son niveau que se bornait l'altération.

Nous ne pouvons donc considérer ce qu'ils ont dit là comme une véritable indication de l'amputation tibio-tarsienne, mais bien comme un simple précepte de couper là comme partout ailleurs, si la gangrène se limitait en cet endroit. Le premier travail où on trouve la désarticulation de la totalité du pied signalée et décrite comme opération praticable et présentant quelquefois des avantages, c'est le beau Mémoire de Brasdor, inséré aux Mémoires de l'Académie de chirurgie (édit. in-4°, t. V, p. 747). Dans ce travail, Brasdor décrit en détail un procédé à l'aide duquel elle devrait être pratiquée dans les cas qui l'exigeraient. Mais la lecture de son Mémoire prouve qu'il ne l'a point faite; il ne l'a point même vu faire; au moins ne le dit-il pas; mais il raconte un cas (1) dans lequel un chirurgien de Laval, M. Sédillier, l'aurait exécutée; la malade a guéri, et plusieurs années s'écoulèrent pendant lesquelles la plaie ne se rouvrit pas. Le fait est si simplement raconté, que l'on pourrait, à la rigueur, douter qu'il y ait eu là véritablement désarticulation tibio-tarsienne. Du reste il n'y est question ni de la résection, ni de la maladie pour laquelle elle aurait été faite.

On a cru pendant longtemps qu'un soldat français, amputé à la suite de la bataille d'Essling, avait subi cette désarticulation, et pendant assez longues années dans tous les cours de médecine opératoire on citait cet exemple. Il a été constaté depuis qu'il n'en était rien. Le pied avait été en grande partie détaché de la jambe par un boulet, on s'était borné à achever la section des tissus. On voit que, dans ce cas, ce serait bien plutôt une amputation faite par un boulet que par le couteau du chirurgien.

Depuis Brasdor, nous ne sachions pas que l'on ait pratiqué de nouveau d'opération de ce genre. Si nous ne nous trompons pas, la nôtre est la seconde. M. Baudens, dans ces derniers temps, a bien pratiqué l'amputation du pied dans cette région; mais il a cru devoir faire, de plus, la section des malléoles, dans un but tout particulier. Ainsi exécutée, l'opération n'est plus simple; elle est semi-articulaire, semi-osseuse, et ce double caractère constitue une complication qui n'est pas sans gravité. Nous en reparlerons plus bas.

Un chirurgien d'Edimbourg, M. le docteur Syme, a publié un travail dans lequel il rapporte tout au long plusieurs faits de cette espèce. Pas plus que M. Baudens, M. Syme n'a fait d'amputation tibio-tarsienne franche, pure et simple. Il donne aux opérations qu'il a exécutées le nom d'amputation tibio-tarsienne; mais c'est en réalité des amputations sus-malléolaires et dans la continuité du membre qu'il a faites. Ce n'est que plus tard qu'il a agi comme M. Baudens; et dans les deux cas où il a désarticulé en faisant suivre d'une résection malléolaire, il ne se trouve pas dans la même catégorie que nous.

Ces faits soulèvent cependant une question importante, celle de savoir s'il ne conviendrait pas mieux, lorsque l'on doit faire l'amputation sus-malléolaire, de pratiquer, dans tous les cas où ce serait possible, l'amputation au ras du plan perpendiculaire au tibia, mené sur le fond de la mortaise tibio-péronière. Ces observations ne peuvent être rapportées à la désarticulation tibio-tarsienne; elles constituent seulement des amputations sus-malléolaires, mais pratiquées plus bas que par nous. Sur les vingt-quatre faits rapportés par M. Syme, il y en a vingt et un qui n'ont aucun rapport avec l'amputation tibio-tarsienne que nous avons pratiquée. Les deux ou trois autres sont relatifs à l'amputation dans la contiguïté du membre, il est vrai, mais modifiée, c'est-à-dire avec résection des malléoles.

De tout cela, il s'ensuit que l'on a rarement fait cette amputation, et que probablement elle n'a été pratiquée réellement que deux fois: la première par M. Sédillier, ce qui même n'est pas très sûr et hors de toute contestation; la seconde fois par nous.

Quelle est la raison qui a pu faire conseiller la section des malléoles? La voici: On a craint que les chairs ne pussent pas venir adhérer au fond de la mortaise tibio-tarsienne. Avec l'idée que l'on avait de faire reposer le membre sur la surface du moignon, on craignait que la saillie des malléoles ne fût une difficulté, et ne créât des embarras pour l'appareil à adapter par la suite.

La considération la plus importante, celle qui domine le sujet: c'est la question du pronostic, de la gravité de l'opération; savoir comment marchera le malade, ce n'est ni sans intérêt, ni sans valeur; mais c'est cependant tout à fait secondaire. Suivant nous, l'on a eu tort de ne point toujours attaquer la question par ce point. Il y a des chirurgiens qui ne veulent pas entendre parler du peu de gravité des amputations sus malléolaires, et reviennent toujours sur l'affaire de la prothèse, du membre artificiel. Pour notre part, nous avons fait et vu assez d'opérations de cette espèce pour que l'on nous accorde une certaine expérience. Eh bien! nous di-

(1) Voici le fait tel qu'il est rapporté par Brasdor:
« Le pied d'un enfant de dix ans tomba en mortification par l'effet d'une cause extérieure. M. Sédillier, maître en chirurgie à Laval, en fit l'amputation *dans l'article même*. Le malade ne parut pas souffrir beaucoup pendant l'opération, et dans la suite les pansements ne lui furent pas bien sensibles. Il y eut peu d'inflammation et de suppuration. Les surfaces cartilagineuses ne s'exfolièrent pas, du moins d'une manière visible. La cicatrice se fit en peu de temps, et ne s'est jamais rouverte pendant douze ans que le malade a survécu. » (*Mém. de l'Acad. de chirurg., loco cit*, p. 771.)

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les écoles préparatoires de médecine. — L'école d'Orléans et l'inondation de la Loire. — Alimentation des souris. — Une opération nouvelle. — Les médecins de province. — Deux productions des départements. — M. Venot, de Bordeaux. — M. Landouzy, de Reims. — Boîte aux lettres.

Certes, il est pénible de voir se réaliser les prédictions fâcheuses qu'une appréciation exacte et sincère des faits m'a plusieurs fois porté à faire connaître et souvent avec douleur et découragement. C'est ce qui m'arrive en ce moment à l'égard des écoles préparatoires de médecine créées avec une profusion non légitime sur tous les points de la France. Que de fois, me faisant l'écho d'une opinion éclairée et désintéressée, n'ai-je pas dit que l'existence de ces nombreuses écoles ne répondait à aucun besoin sérieux et réel; que leur multiplicité nuisait à leur valeur et à leur force; que leur indépendance absolue de l'Etat et de l'Université leur enlevait toute garantie de durée, et que leur condition d'existence, reposant seulement sur le vote annuel des conseils généraux, ne pouvait leur assurer qu'une vie chanceuse et précaire! Qu'une catastrophe, qu'un sinistre public, disais-je un jour, viennent sévir sur un département, l'administration locale qui aura besoin de toutes ses ressources et qui ne trouvera qu'un intérêt médiocre à la conservation de vos écoles, supprimera d'abord le budget alloué pour subvenir à des besoins pressants, à des misères instantes. Que deviendront alors ces écoles abandonnées aux dérisoires ressources d'un nombre d'élèves plus dérisoire encore?

Hélas! ce que j'avais prédit arrive, est arrivé. L'inondation furieuse qui vient de porter la ruine et la mort dans le val de la Loire, entraîne aussi dans son torrent impétueux l'école préparatoire d'Orléans. En face des incalculables désastres qui affligent le département, le conseil général du Loiret a supprimé l'allocation de 8,000 francs attribuée à l'école d'Orléans, et cette suppression de fonds supprime de fait cette école qui, dans ses beaux jours, a compté jusqu'à dix-huit élèves.

Et d'une. Ce ne sera pas la dernière assurément, et quelques autres conseils généraux, un jour ou l'autre, y verront assez clair pour s'apercevoir qu'il y a quelque chose de singulier et de bien opposé aux habitudes administratives actuelles à subventionner des institutions qui ont plus de professeurs que d'élèves. L'école d'Orléans, par exemple, devait périr tôt ou tard. L'inondation n'a été que la cause prochaine de sa mort; son extrême rapprochement de Paris, le chemin de fer et quelques autres circonstances encore inutiles à indiquer, en ont été les causes éloignées. Il fallait, convenez-en, posséder une foi bien robuste dans l'avenir de ces institutions pour avoir fondé une école à quelques kilomètres de la Faculté de Paris. Les faits, je le crains, me donneront plusieurs fois raison encore.

Je dis que je le crains, car il serait fâcheux au point de vue de nombreux intérêts, que quelques chutes successives entraînassent la perte de l'institution tout entière. Le nombre trop considérable de ces écoles est un mal, mais, dans l'état actuel des choses et avant une organisation autre et meilleure, leur suppression complète serait un plus grand mal encore. Dans mon opinion, cinq, six au plus de ces écoles, placées dans les plus grands centres de population et de ressources scientifiques, seraient parfaitement suffisantes aux besoins actuels. Et encore, faudrait-il que ces écoles, pour grandir, se développer, avoir une existence certaine et pérenne, devinssent des établissements universitaires et dotés par l'Etat. Il est vrai que c'est là une des nombreuses promesses faites par M. de Salvandy au Congrès médical. Mais en supposant la meilleure volonté du monde, sera-t-il possible, dans les circonstances présentes, d'obtenir des Chambres un nouveau crédit pour un budget déjà si lourd?

— Deux personnes ont écrit à l'Institut pour annoncer qu'elles nourrissaient depuis quelques jours des souris avec le nouveau papier-aliment. Ces petites bêtes supportaient très bien, dit-on, cette alimentation. La chose me paraît peu merveilleuse. Qui ne sait que cette engeance se montre infiniment peu difficile sur la nourriture? Coquilles de noix, vieilles bottes, papier surtout, la souris se nourrit de tout cela à l'égal des mouchets de chandelle et des rogatons de cuisine. J'en ai une preuve flagrante dans mon logis. Une de ces bêtes rongeantes m'a dévoré une excellente thèse de M. Richet; probablement elle sentait l'amphithéâtre où ont été faites les curieuses recherches de ce jeune observateur sur l'état anatomique des os dans les tumeurs blanches. Tout à côté se trouvait intact un lourd et gros *mémoire à consulter* pour un procès célèbre. Décidément la souris n'aime pas l'odeur d'huissier. Oh! si je l'avais prise! comme je l'aurais apostrophée par cette charmante épigramme de..... de je ne sais plus qui:

> Je te tiens, souris téméraire!
> Un trébuchet m'a fait raison.
> Tu me rongeais, coquine, un tome de Voltaire,
> Tandis que j'avais là les œuvres de Pradon.

De ceci vous conclurez avec moi, n'est-ce pas, que les expériences alimentaires sur les souris n'ont qu'une valeur fort contestable.

— Je ne suis pas très content de l'opération que M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, propose d'introduire ou plutot de généraliser dans la pratique chirurgicale. Cet honorable chirurgien voudrait qu'on ouvrît l'estomac aux pauvres malheureux qu'un rétrécissement de l'œsophage empêche de se nourrir. Par ce trou on introduirait les aliments préalablement soumis à la mastication par le malade. Que si celui-ci était vieux et sans dents, une personne saine lui viendrait en aide dans cette opération préliminaire, tirerait ensuite les aliments mastiqués de sa bouche pour les porter dans le trou de l'estomac de l'infortuné patient. En vérité, cette chirurgie n'est ni belle, ni propre. J'ajoute qu'elle est bien loin de reposer sur des bases médicales rationnelles. Sans doute il est pénible, il est affreux de voir un pauvre malade mourir à la lettre d'inanition. Mais ces cas sont très rares. Pourquoi? Parce que les rétrécissements durables, permanents de l'œsophage sont 999 sur mille, déterminés par une lésion organique, par un cancer de cet organe. Lorsque le passage des aliments est

sons hautement que si nous nous trouvions dans un cas où dût être pratiquée l'amputation de la jambe, à l'une ou à l'autre des deux hauteurs, et que nous fussions assuré que l'on ne pourrait pas nous faire de mécanique, obligé de nous contenter du pilon, nous aimerions beaucoup mieux nous faire faire l'amputation sus-malléolaire, dût le moignon nous gêner plus tard pour marcher, et constituer un appendice fort embarrassant. Pour nous servir d'une naïve expression d'Ambroise Paré, l'ornement de la partie ne serait pas très remarquable ; mais c'est là, nous le répétons, une considération qui nous semble très minime, en comparaison des différences qui existent entre les deux opérations, eu égard à la mortalité. Pour l'amputation au lieu d'élection, la mortalité est presque de cinq dixième ; pour l'amputation sus-malléolaire, elle est au plus des neuf-dixièmes. Ne nous occupons ici que de l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne, telle que nous l'avons faite récemment sous vos yeux.

Simple, sans aucune modification, est-elle plus ou moins grave que celle à laquelle on joint la résection des malléoles ? Les exemples de désarticulations tibio-tarsiennes sont trop rares, nous venons de le montrer, trop peu nombreuses pour servir de base, d'éléments de comparaison entre les amputations dans la contiguïté et celles dans la continuité. Simple, on ne l'a faite que deux fois ; compliquée de résection, trois ou quatre fois en tout : M. Baudens, M. Syme, M. Jules Roux (de Toulon) sont, nous le croyons, les seuls qui l'aient pratiquée. Nous pensons que la théorie que nous allons donner à l'appui de ce que nous avançons est difficilement réfutable.

Lorsque l'on a fait une amputation tibio-tarsienne, on n'a qu'une désarticulation. Par l'autre procédé, par la désarticulation modifiée de MM. Syme, Baudens, Jules Roux, l'opération est semi-articulaire, semi-osseuse. Il est démontré que les amputations articulaires exposent les malades à une certaine série d'accidents, les amputations osseuses à d'autres accidents différents des premiers, par exemple à la résorption purulente, qui est excessivement rare après les désarticulations. Il y a donc par l'opération mixte possibilité d'infection purulente. Dès que l'on a réséqué les malléoles, on a exposé les malades aux accidents des amputations dans la contiguïté, et à ceux des accidents dans la continuité des membres. Théoriquement donc, et jusqu'à ce que l'expérience soit venue prouver le contraire, nous sommes en droit d'admettre que cette opération mixte est plus grave que la désarticulation pure et simple. Nous croyons qu'il est difficile de répondre victorieusement à ces objections. L'opération mixte expose les malades aux mêmes chances de suppuration osseuse, de production de fusées purulentes que l'amputation sus-malléolaire, dangers que n'offre point la désarticulation seule.

D'après ce que nous venons de dire ici, il est impossible de ne point croire que la section tibio-tarsienne pure est moins grave que la même opération modifiée. Mais ici se présente un nouveau point, une nouvelle difficulté. On a voulu, et c'est pour arriver à ce résultat que l'on a fait une modification à l'opération articulaire, on a voulu mettre sur le même plan toutes les parties osseuses qu'on laisse dans le moignon pour permettre aux chairs de moins appuyer sur le fond de la mortaise. Sous ce rapport, on a réussi ; la question est de savoir si l'on n'obtiendra pas plus facilement l'adhérence des chairs dans le fond de la mortaise sans faire cette résection. L'opération que nous avons faite dernièrement nous le prouvera ; attendons quelques jours encore, et nous verrons, nous n'en doutons nullement, les chairs rentrer peu à peu dans le fond de la mortaise, et y contracter des adhérences. Le commencement du travail se fait déjà qui doit amener ce résultat ; c'est l'expérience et l'observation ultérieure qui nous permettront de répondre à cette objection pour la solution de laquelle nous manquons d'éléments précis.

Le point important c'est, a-t-on dit, que l'on ne pourra faire marcher le malade à l'aide de son moignon, ni lui faire prendre appui sur l'extrémité du membre amputé. Comment s'y prendre pour arriver là et parer à cette difficulté ? L'observation n'a pas encore prononcé définitivement à cet égard, et les faits sont trop peu nombreux encore pour fournir des données suffisantes. Dans le mémoire de M. Syme mentionné plus haut, il est dit que les vingt-quatre malades opérés par ce chirurgien marchent tous, et facilement, en prenant leur point d'appui sur le bout inférieur du membre amputé.

Certes, ce résultat est fort beau ; mais nous ferons observer d'abord que sur ces vingt-quatre faits, comme nous l'avons dit précédemment, il n'y en a que trois qui aient rapport à cette désarticulation, les autres étant des exemples d'amputation sus-malléolaire. Puis ces résultats sont trop beaux, trop complétement satisfaisants pour être admis sans examen et sans contrôle ; non pas que nous élevions le moindre doute sur la véracité de notre confrère d'Edimbourg, mais en pratique il est toujours permis de réclamer le contrôle public des faits annoncés.

Nous avons de la peine à nous figurer que ces bords, qui sont plus saillants que ceux de la mortaise, ne déterminent pas l'inflammation de la cicatrice dans un grand nombre de cas. Chez beaucoup de malades, cette cicatrice a dû s'ulcérer ; les sujets ont dû éprouver une douleur vive. La nature n'a évidemment point conformé cette mortaise pour appuyer sur le sol. Elle n'a point eu l'intention d'en faire une surface lisse qui pût avec innocuité supporter le poids du corps par l'intermédiaire de la bottine.

Examinons les faits recueillis en France. Nous ne connaissons que le fait de M. Baudens et celui de M. J. Roux, de Toulon, qui puissent servir à établir cette comparaison. Et même ce dernier ne peut être mis en ligne de compte, car on ne l'a point encore fait marcher. Lorsque je l'ai vu, il y a quelque temps, il était guéri ; mais on n'avait fait aucune tentative pour l'engager à s'aider de son moignon pour marcher. Eh bien ! veut-on savoir ce qui est arrivé au malade de M. Baudens ? Pendant quelque temps, il a marché avec quelque douleur ; puis, une inflammation des parties molles s'est déclarée ; puis des abcès, des ouvertures se sont faites aux téguments qui recouvraient l'os, des fistules se sont établies ; l'extrémité inférieure du tibia s'est érodée ; la carie s'en est emparée ; tous les moyens ont été successivement employés. On l'a ensuite, en désespoir de cause, envoyé aux eaux des Pyrénées ; il en est revenu dans un état peu satisfaisant, et plus tard il a fallu faire l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Ainsi, accidents dès que le malade commence à marcher, douleurs, affaiblissement causés par la suppuration, et enfin deux opérations pour une, voilà le résultat de l'opération mixte, et disons que tous ces accidents c'est à la marche sur le bout du moignon qu'il faut les rapporter, quoique M. Baudens les attribue à des imprudences faites par le malade, à sa mauvaise constitution, etc. Nous sommes sûr que la cause principale en a été la pression de l'extrémité des os de la jambe contre la cicatrice du moignon. Comment pourrait-il en être autrement ?

Les malades qui ont subi l'amputation partielle du pied soit par la méthode de Chopart, soit par celle de M. Lisfranc, souffrent du talon lorsqu'ils ont marché pendant quelque temps, et cela parce que le poids du corps porte tout entier sur un seul point. Dans la marche ordinaire, le pied sert de base de sustentation, mais pas seul ; la plante du pied, ou plutôt la saillie correspondant à la ligne courbe formée par la rangée des têtes des os du métatarse, supporte aussi en grande partie le poids du corps. Une fois le pied partiellement amputé, le malade ne peut plus marcher que sur son talon, et cette circonstance fatigue énormément le point unique sur lequel doit anormalement porter le corps. Nous regardons ce fait de M. Baudens comme déposant un peu contre la tendance que l'on pourrait avoir à laisser marcher les malades sur l'extrémité du moignon, même après la section des malléoles. Certes, si après l'opération il fallait faire marcher le malade sur l'extrémité du moignon, je ne voudrais jamais faire l'amputation tibio-tarsienne pure et simple, sans modification. J'aurais, au contraire, cherché à changer au procédé quelque chose qui eût détruit une partie des inconvénients que je lui reproche.

Si donc l'on considère la désarticulation tibio-tarsienne comme pouvant permettre au malade de marcher en s'appuyant sur l'extrémité du moignon, notre opinion est que cette opération présente des inconvénients graves et que ne compensent pas les avantages qu'elle offrirait d'autre part. Hâtons-nous d'ajouter que nous ne condamnons pas les amputés à appuyer leur genou sur le pilon, ce qui gênerait beaucoup leur marche et leur laisserait un appendice incommode ; ils doivent avoir une bottine munie de montants qui s'élèvent le long de la jambe jusqu'au genou ou jusqu'à la cuisse, et prennent leur point d'appui sur l'une de ces parties. Une bottine ainsi disposée est moins embarrassante et moins coûteuse qu'un membre artificiel. Les malades marchent-ils mieux, ceci me paraît être encore une question. A en juger par la manière dont marchent ceux qui ont subi l'amputation sus-malléolaire, nous devons bien augurer pour notre désarticulation.

Et ici, permettez-nous d'interrompre le sérieux de notre sujet par une anecdote qui présente un côté scientifique relatif au point qui nous occupe.

Lorsque nous étions chargé d'un service à l'hôpital Beaujon, nous fîmes l'amputation sus-malléolaire à une jeune modiste fort jolie, sur laquelle M. Martin fit son premier membre artificiel. Cette jeune fille revint nous voir plusieurs fois après sa sortie de l'hôpital, reprit de l'embonpoint et parvint à se servir de sa jambe mutilée aussi bien que de l'autre, à tel point qu'elle put fréquenter les bals publics et se livrer à la danse sans que personne s'aperçût de sa difformité accidentelle. A un bal du Mardi-Gras, à l'Odéon, un interne de notre service fut abordé par une femme masquée, avec laquelle il dansa une partie de la nuit ; et ce ne fut qu'à la sortie du bal....., lorsque le masque dut se déchausser et quitter son membre artificiel, que ce jeune homme la reconnut : il ne s'était pas un seul instant aperçu, tant ses mouvement étaient libres, qu'elle fût privée d'un de ses pieds.

Ce qui arrive après l'amputation sus-malléolaire doit arriver après la désarticulation tibio-tarsienne, et nous ne voyons rien qui empêche de croire que les sujets marcheront moins bien dans ce cas avec la bottine disposée comme nous l'avons dit, que s'ils avaient subi l'amputation modifiée par la résection des malléoles. La bottine munie de montants est un appareil si peu compliqué, si peu coûteux qu'il n'est presque pas de position de fortune dans laquelle elle ne puisse être à la portée des ressources de l'amputé. Elle jouit du double avantage de permettre la marche facile et de ne point faire prendre à l'opéré le point d'appui sur l'extrémité du moignon. La question est toute là : Pourrons-nous donner à nos amputés le membre artificiel de l'opération sus-malléolaire ? Si la réponse est affirmative, nous dirons alors que nous avons bien fait, et que la désarticulation telle que nous l'avons faite vaut mieux et est moins grave que l'autre.

Maintenant, il ne faut rien se dissimuler. On a conservé la jambe très longue ; les malléoles augmentent encore cette longueur. Le moignon de notre malade descendra donc très bas dans le membre artificiel. Incontestablement cette longueur gênera les mouvements de l'articulation. On ne pourra donc faire un membre complétement semblable à ceux que l'on met en usage après l'amputation sus-malléolaire. Cependant, voici peut-être un artifice à l'aide duquel on parviendra à donner une bonne longueur. On donnera au membre artificiel une hauteur telle qu'il soit plus long que le membre sain ; et à la chaussure du membre sain, on adaptera une semelle et un talon élevés. De cette manière, il est probable que l'on réussira à fabriquer un membre artificiel convenable, un peu différent de ceux que nous avons employés jusqu'à présent, mais qui permettra au malade de marcher en prenant son point d'appui sur le genou lui-même, et non sur l'extrémité cicatrisée.

Y...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Tumeur volumineuse de la hanche.

Le 8 novembre 1846 est entré dans le service de M. Malgaigne le nommé Vogin (Nicolas), âgé de 25 ans, cordonnier,

---

complétement intercepté ; la cachexie cancéreuse s'est déjà emparée de l'organisme, l'appétit est entièrement perdu, et les malades succombent moins par l'abstinence que par les progrès intimes et profonds de la maladie. Les cancers du foie, du poumon, les cancers externes n'empêchent pas de manger ; les malades succombent-ils moins ?

Donc opération inutile. Et puis, est-ce véritablement améliorer la position d'un pauvre cancéreux, fatalement voué à une mort inévitable, et en supposant que l'opération réussisse, que de lui faire un trou au ventre, de le laisser avec une plaie constamment béante, ou qu'il faut déboucher au moment du repas pour introduire des aliments insalivés et mastiqués d'avance ? Et se rencontrera-t-il dans la création un être humain assez âprement attaché à la vie pour ne pas préférer la mort à une pareille existence ?

J'espère que M. Sédillot, dont je connais assez l'esprit élevé pour croire qu'il me pardonnera la franchise de mon opinion, ne trouvera jamais l'occasion de mettre en pratique cette opération téméraire.

— J'ai reçu plusieurs livres et brochures que je dois signaler à l'attention de mes lecteurs. Je ferai d'abord les honneurs à ceux qui viennent de loin, et qui par cette raison ne peuvent pas attendre. Je ne partage pas, Dieu merci, l'injuste préjugé de quelques-uns de nos confrères parisiens, qui pensent que rien d'utile et de bien fait ne peut éclore hors du pâle soleil de la vieille Lutèce...

Il est souverainement absurde de se figurer que l'arbre de notre science ne peut pousser et croître que sur le sol parisien. Du reste, ce préjugé s'efface et tend de plus en plus à s'éteindre. Mes confrères des départements reconnaîtront avec moi, je l'espère, que le Congrès médical a eu pour eux de beaux et de grands résultats à cet égard. Leur présence dans cette grande assemblée a d'abord surpris ceux qui comptaient sur leur indifférence, et le rôle brillant qu'ils y ont joué n'a pas peu contribué à donner à ses décisions leur éclat et leur valeur. C'est donc avec empressement que, dans la mesure de mes forces et dans ma sphère d'action, je saisis toute occasion de rendre un sincère et loyal hommage aux talents et aux efforts de nos confrères de la province. Cette occasion est double aujourd'hui et je l'accueille avec bonheur.

M. le docteur Venot, de Bordeaux, le Ricord de cette ville, qui cultive avec un talent des plus distingués cette branche des connaissances médicales qui a nom *syphilographie*, m'a fait l'honneur de m'adresser une brochure pleine d'intérêt ayant pour but de répondre à ces questions posées par le Congrès de Marseille : « Comment s'opposer aux ravages de la syphilis ? Les mesures d'hygiène publique auxquelles on soumet les prostituées sont-elles suffisantes ? Dans la négative, en indiquer de plus efficaces. »

Les solutions données par M. Venot paraissent fort sensées, fort raisonnables. Elles s'appuient sur l'expérience propre de l'auteur, et je dois ajouter qu'elles avaient été déjà indiquées dans l'ouvrage célèbre de Parent-Duchâtelet. Comme M. Venot, Parent avait vu que la source la plus dangereuse de la syphilis était moins dans les repaires tolérés de la prostitution publique que dans ces lieux obscurs et clandestins où la débauche trouve ses faciles et perfides conquêtes. Mais, moins hardi que M. Venot, Parent n'osait pas réclamer l'intervention tutélaire de la police dans ces maisons dites de *passe* où la prostitution clandestine trouve un refuge si fatal à la santé publique. L'auteur bordelais tranche dans le vif ; il demande que ces maisons de passe soient assimilées aux maisons de tolérance, et que les habituées de ces lieux soient soumises aux mêmes conditions de visite et de séquestration. Ce serait fort désirable, mais comment faire ? M. Venot n'indique pas à l'administration les moyens qu'elle pourrait prendre pour que, prudente et vigilante, elle ne franchisse pas l'étroite limite où finit la légalité, où commence l'arbitraire. A Bordeaux peut-être, qui est moins grand que Paris — j'en demande bien pardon à nos confrères bordelais ; on sait le vieux dicton local : Si Paris avait le *chapeau rouge*, ce serait un petit Bordeaux, — à Bordeaux, dis je, il est peut-être possible de signaler, de connaître tous ces asiles du vice clandestin. Mais à Paris, mon Dieu ! il est partout, ce vice ! dans la mansarde comme dans le somptueux boudoir, en chambre, en boutique, en tous lieux ; et ne m'est-il pas récemment arrivé à moi-même, dans un des passages les plus fréquentés de la capitale, de m'entendre proposer « un petit moment de conversation » pour la monnaie d'un louis jeté sur le comptoir d'une agaçante gantière !

Du reste, M. Venot fait bonne et vigoureuse justice de tous ces moyens ayant pour but de procurer l'avortement de la syphilis, de cette malédiction sociale, comme il le dit avec bonheur. Je ne résiste pas au plaisir de citer un passage extrêmement curieux de cette brochure qui pourra nous mettre sur la voie, à Paris, de quelques tentatives dont il a été question dans le monde industriel :

« Oubliant les déconvenues dont tant de moyens secrets ont déjà été frappés ; ne se rappelant plus les prôneurs audacieusement ignares du *savon anglais*, de l'*huile de Déjanire*, de la *Diane* de l'accoucheur-poète Sacombe et surtout du baume *dit préservateur* de Préval, voici que de nos jours, au moment où j'écris, l'industrialisme cherche à reprendre les scandaleuses allures d'un système autant immoral que faillible dans ses effets.

» Deux chimistes ont simultanément trouvé, l'un aux Etats Unis, l'autre en Espagne, un précieux liquide dont l'action syphilifuge est, disent-ils, d'une certitude incontestable. Une société en commandite s'organise à petit bruit pour l'exploitation de cette découverte, qui vaut au moins celle de Christophe Colomb ; des capitaux sont versés, des démarches faites auprès du gouvernement pour en obtenir un brevet d'invention, qu'il pourra cette fois donner *sans garantie* ; mais au préalable, et comme on le pense de reste, on s'étaie d'expériences faites en divers lieux et notamment à Bayonne par un docteur dont on montre avec une certaine discrétion les certificats et les observations.

» Comme médecin de l'Hospice des vénériens et du dispensaire de Bordeaux, on a tenté près de moi quelques ouvertures du genre de celles qui ont probablement été faites à mon collègue du département des Basses-Pyrénées ; on désirait que par des essais faits sur une échelle plus étendue, je pusse confirmer ceux dont on se parait déjà comme d'un glorieux trophée. Comprenant toute l'importance d'une semblable proposition, mais appris à me défier des embûches du charlatanisme, j'ai fait à ces propositions des réserves qui portaient trop sur le vif du problème ; je voulais : 1° connaître la composition du

d'une constitution bonne, mais qui n'a jamais été forte. Il a eu, étant enfant, des croûtes à la tête qui ont duré assez longtemps, et ont nécessité un traitement suivi. Il a eu souvent les ganglions cervicaux engorgés, et un abcès a été ouvert à la partie antérieure du cou. Depuis l'âge de dix ans, sa santé a été bonne. A l'âge de dix-huit ans, il a eu une blennorrhagie sans chancre, qui dura quarante jours. Dans ce moment, toutes ses fonctions s'exécutent normalement. Il exerce l'état de cordonnier depuis l'âge de douze à treize ans, état dans lequel les cuisses sont tenues fortement fléchies sur le bassin. Il travaille dans un lieu sec.

A l'âge de douze ans, il fit une chute de trois pieds de hauteur sur une grille en fer. La date éloignée de cet accident en a un peu effacé le souvenir; mais voici ce qu'il se rappelle : Il tomba sur le côté gauche du corps et ne put se relever. Il fut apporté chez ses parents, et un médecin constata, dit-il, une fracture de la cuisse gauche, dont il ne peut indiquer le siége, et un dérangement dans la hanche du même côté. On le coucha sur une table, et son membre fut soumis à une forte traction.

Il resta six semaines au lit sans se lever, après quoi il se mit à marcher, mais avec le siége, en se servant de ses mains comme de deux béquilles. Il alla ainsi pendant deux mois, puis il commença à marcher naturellement sans béquilles, boîtant un peu. Cette claudication, qui n'était pas causée par la douleur, tenait, dit le malade, à ce que le membre gauche était plus court que l'autre : elle dura environ un an, et disparut peu à peu.

Vers l'âge de vingt ans, huit ans après sa chute, il commença à éprouver un peu de gêne dans la partie supérieure de la cuisse; il y porta la main, et s'aperçut pour la première fois d'une grosseur située en arrière de l'articulation de la hanche, aussi volumineuse qu'en ce moment, et présentant la même consistance. Elle n'a jamais été le siége de douleurs spontanées; elle ne causait de la gêne que par une marche un peu longue; et, comme la profession du malade ne l'expose pas à de grandes courses, il s'était peu inquiété de cette tumeur.

Mais depuis un an la gêne augmente; la position assise est devenue fatigante, et le sujet est obligé de se tenir presque constamment sur la fesse droite. Dans la station debout, il porte le tronc sur la hanche droite; s'il se penche sur le côté gauche, il est bientôt fatigué. Il s'est décidé à entrer à l'hôpital Saint-Louis le 8 novembre dernier.

On trouve à la partie supérieure et postérieure de la cuisse une tumeur du volume du poing, développée entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion, d'une dureté osseuse, non douloureuse à la pression, plus saillante lorsque le malade est debout, et qui semble dépendre du fémur. La peau qui la recouvre n'est point adhérente; sa surface est lisse, mais la tumeur est inégale, et paraît formée de plusieurs os réunis entre eux, mais susceptibles de glisser les uns sur les autres, en donnant à la main appliquée sur elle un sensation de craquement lorsque le malade remue le membre dans quelque sens que ce soit, mais plus fort et perceptible à l'oreille dans les mouvements de flexion et d'extension. Le malade perçoit également ce bruit pendant la marche, qui se fait naturellement, sans boîter.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont conservés; celui de rotation en dehors est incomplet, empêché par la tumeur; le membre n'est point raccourci, et n'offre aucune déviation; pendant la marche, la pointe du pied est un peu tournée en dedans.

Le fémur a sa forme normale; le membre n'est point atrophié et n'est le siége d'aucune douleur, soit dans les articulations inférieures, soit dans le trajet des nerfs sciatique ou crural.

Ce qui inquiète le plus le malade, c'est un dérangement particulier, comme il dit, qui s'opère dans cette tumeur, et qui, en se produisant, donne lieu à une sorte de crampe au niveau de cette tumeur, qui dure 10 minutes environ. Ce dérangement s'opère le plus souvent lorsque, étant resté assis un certain temps, il veut se lever; il se fait, dit-il, alors dans la tumeur une rigole transversale qui peut recevoir l'extrémité des doigts, et la cuisse reste un peu fléchie, de sorte que pour atteindre le sol avec le pied, il est obligé de s'incliner sur le côté gauche; s'il veut essayer d'étendre la cuisse complétement, il se trouve *arrêté en haut*. Au bout de dix minutes à un quart d'heure à peu près, il sent peu à peu comme un os qui glisse, et ce dérangement cesse; le sillon disparaît.

COMMUNICATION RELATIVE AU PRIX D'ARGENTEUIL.

Indication (1) *des divers modes de traitements des rétrécissements de l'urètre employés ou proposés par les dix-sept concurrents* (2) *pour le prix fondé par le marquis d'Argenteuil, et qu'il a institué* en ces *termes :*

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de » 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du » jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé » sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus » important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais » dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette » partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie » pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important » apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des » voies urinaires. »

Le montant de la somme affectée au premier concours, clos le 22 septembre 1844, était de 10,430 fr 50 cent.

N° 1. Dilatation brusque (unique ou réitérée) avec un cathéter à deux branches parallèles, s'écartant à l'aide d'un mandrin qui agit brusqnsment et à la manière d'un coin; — Cathéter plein pour calibrer le canal; — Cautérisations et scarifications considérées comme de mauvais moyens. (M. PERRÈVE.)

N° 2. Dilatation progressive ou instantanée à l'aide d'un instrument susceptible de dilatation partielle et correspondant au point rétréci; — Emploi ultérieur des bougies.

N° 3. Incisions longues et profondes (15 lignes sur 3) du tissu induré, simples ou doubles et même réitérées; — Introduction momentanée et répétée de cathéters très volumineux (plus de 12 lignes de circonférence) pour s'opposer au rapprochement des lèvres de la plaie, et déterminer la formation d'un tissu inodulaire donnant lieu à l'ampliation du canal?

N° 4. Cautérisation pratiquée au moyen de l'éponge de platine introduite dans le canal, et sur laquelle on dirige un courant de gaz hydrogène.

N° 5. Dilatatation graduée avec des sondes imprégnées d'extrait de belladone; — Antiphlogistiques, tels que saignées générales et locales, émollients locaux et généraux (cataplasmes, injections, bains entiers de 12 à 18 heures); — Cautérisation dangereuse ou au moins insuffisante.

N° 6. Incision des muscles bulbo-caverneux, fondée sur l'opinion que beaucoup de rétrécissements, considérés comme organiques, ne sont que le résultat de la contraction ou de la rétraction de ces muscles.

N° 7. Dilatation momentanée et promptement progressive; — Scarifications et bougies laissées à demeure, dans les cas de rétrécissements rebelles; — Incision du col de la vessie dans le cas de valvules; — Causes fréquentes de rétentions d'urines; — Nombreuses recherches d'anatomie pathologique sur la prostate et le col de la vessie. (M. MERCIER.)

N° 8. Dilatation; — Cautérisations avec des substances solides ou liquides; — Mouchetures ou scarifications; — excision. (Ce candidat s'est retiré)

N° 9. Dilatation temporaire ou permanente (bougies en spirale); — Dilatation ou dilacération brusque dans quelques cas; — Cautérisations; — Scarifications; — Résections avec un instrument dit écopeur.

N° Dilatation avec des bougies renflées, laissées peu de temps; — Cautérisations à l'aide de bougies emplastiques saupoudrées de pierre infernale; — Boutonnière sur le point du canal rétréci, et à la vessie de préférence à la ponction; — Proscription des incisions urétrales.

N° 11. Injections d'air comprimé; — Dilatation graduée avec une bougie métallique à deux branches s'introduisant successivement et s'écartant à volonté; — Instrument dépresseur du bulbe, compresseur de la prostate.

N° 12. Dilatation progressive avec des bougies métalliques courbes, graduées d'un sixième à un douxième de millimètre et laissée seulement une demi-minute. Introduction de plusieurs numéros dans la même séance, sans qu'il soit nécessaire qu'ils se suivent immédiatement; — Proscription de la cautérisation et de l'incision. (M. BENIQUÉ.)

N° 13. Hydriodate de potasse à haute dose en injections dans l'urètre et le rectum, en bains locaux et généraux, et en boisson; — Ponction de la vessie, de préférence au cathétérisme forcé, et lorsque cette ponction est pratiquée cathétérisme vésico-urétral, combiné quelquefois avec le cathétérisme ordinaire.

N° 14. Dilatation; — Cautérisations avec une nouvelle substance portée par un pinceau cheminant dans le tube jusqu'à l'obstacle; — l'onction hypogastrique assez souvent pratiquée, et alors canule laissée dans la vessie pendant le traitement par la cautérisation.

N° 15. Dilatation progressive, mais immédiate, jusqu'à l'emploi de la bougie n° 10 (ancienne graduation). Guérison, dit l'auteur, obtenue quelquefois séance tenante; — Cautérisations avec des substances liquides ou solides, et même avec le fer rouge.

N° 16. Dilatation, puis application du borax à l'aide d'une sonde-porte-crayon; — Proscription de la cautérisation.

N° 17. Injections forcées; — Procédé nouveau pour parvenir dans certains rétrécissements; — Scarifications à l'aide d'un instrument qui distend les points à inciser; — Cautérisations avec un instrument perfectionné contenant le nitrate d'argent sans nouvelle fusion; — Dilatation. (M. DELCROIX.)

Aucun des compétiteurs n'ayant présenté un procédé tellement supérieur qu'il dût mériter le prix, la Commission, après un long et consciencieux examen et dans un rapport parfaitement motivé soutenu par M. Bégin, avait proposé à l'Académie de partager ce prix proportionnellement à l'importance de certains procédés, de certaines méthodes, entre :

MM. Perrève (n° 1) pour quatre dixièmes;
Mercier (n° 7) pour trois dixièmes;
Delcroix (n° 17) pour deux dixièmes;
Beniqué (n° 12) pour un dixième.

Mais le Conseil, contrairement à ce qui se fait à l'Institut et à ce qui s'est déjà passé plusieurs fois à l'Académie, a rejeté les propositions de la Commission, alléguant pour motif qu'on devait s'en tenir à la lettre plutôt qu'à l'esprit du testament.

En conséquence de ce rejet, de cette décision, la Commission, persistant dans son jugement, a déclaré qu'aucun des compétiteurs dont les procédés méritaient des encouragements, même celui qu'elle plaçait en première ligne, ne devait avoir la totalité du prix.

Voulant ensuite faire droit à la prévision du testateur, la Commission, qui pendant et après le concours s'était occupée de sa matière, a ensuite déclaré que cette partie de la science (les autres maladies des voies urinaires) n'avait point fait depuis six ans en dehors de l'Académie des progrès tels que le prix pût y être reporté.

Quoi qu'il en soit, le jugement de la Commission, qui comptait dans son sein les hommes les plus compétents dans la spécialité, n'en reste pas moins acquis aux quatre compétiteurs qui viennent d'être désignés.

Communication faite par M. Villeneuve, membre de la Commission, dont faisaient partie MM. Amussat, Bégin, Bérard, Civiale, Jobert, Jourdau, Lagneau et Ségalas.

(1) Cette indication est donnée dans l'ordre d'inscription des concurrents au secrétariat de l'Académie.

(2) Quoique l'un d'eux se soit retiré au milieu du concours, ses procédés n'en figurent pas moins dans cette indication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 11 novembre 1846. — Présidence de M. LENOIR.

Le procès verbal est lu et adopté.

M. Lenoir avait promis dans la dernière séance la preuve de ce qu'il avait avancé au sujet des injections intra utérines, à savoir qu'elles avaient souvent donné lieu à des accidents très graves, et que dans un cas elles avaient déterminé une péritonite suivie de mort. Aujourd'hui il apporte un volume du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, et il donne lecture d'un passage du mémoire d'Hourmann sur les injection intra-utérines, dans lequel il est dit que ce médecin ayant fait, au moyen d'un clyso-pompe, une injection avec une décoction de feuilles de noyer, au premier coup de piston la malade jeta un cri aigu en portant vivement la main sur la région iliaque gauche; que, remontée dans son lit, elle fut prise d'un violent frisson pendant plusieurs heures, suivi d'une réaction fébrile intense. La douleur abdominale se prolongeait dans le bas-ventre; elle était expultrice, il semblait à la malade qu'un corps étranger faisait effort pour sortir de la matrice. Après avoir parlé de ce fait, qui s'est passé à l'hôpital de Lourcine, Hourmann ajoute : Une dame, affectée comme ma malade d'un écoulement leucorrhéique opiniâtre, s'adressa à M. Bretonneau, qui, ayant reconnu que cet écoulement provenait de l'utérus, se décida à y porter une injection. Les accidents que je viens de décrire se montrèrent absolument les mêmes, et la malade fut atteinte d'une péritonite. Plus tard, chez une autre malade des environs de Tours, M. le docteur Tonnelé fit aussi une injection irritante dans l'utérus, dans le but de guérir un catarrhe chronique. L'injection pénétra dans le péritoine, et la malade mourut.

Dans ce mémoire, il est aussi question du passage du liquide de l'injection dans le système nerveux hypogastrique; passage manifestement reconnu d'après les expériences faites par M. Dastros dans le service et sous les yeux de M. Nélaton.

M. Lenoir cite encore une note de M. Robert, qui s'exprime ainsi au sujet des mêmes injections : Pour injecter la cavité du corps de l'utérus, j'ai employé d'abord une légère décoction de noix de galles.

---

moyen; 2° expérimenter avec le concours d'une commission; 3° voir les attestations autographes du docteur L... dont on ne me montrait que le *fac-similé.*

» Ces conditions n'ont pu être acceptées par la compagnie *hygiénique* qui possède le merveilleux vaccin dont il s'agit, et j'ignore si sur un théâtre plus spacieux, à Paris, nous dit-on, les hommes d'affaires qui veulent donner à celle-ci toutes les proportions d'une immense acquisition parviendront au double but d'éteindre la contagion vénérienne et de faire fortune. Par le temps qui court et avec l'émotion qui résulte de tout ceci, il ne serait pas impossible qu'ils atteignissent la dernière de ces conséquences.

» Quant à la première, tout en ayant le désir bien profond de la voir se réaliser, en admettant un hasard providentiel de la nature de celui qui immortalisa Jenner; en un mot, en se plaçant au point de vue d'où la conscience d'un fait nouveau permet de l'examiner et d'en déduire la valeur, il est rationnel de penser, il est juste de craindre qu'elle ne soit qu'une illusion peu généreuse, car les bienfaits du genre de celui qui résulterait d'un tel préservatif ne se traduisent pas sous la forme d'actions commerciales, se plaçant par coupons et se vendant à la Bourse comme une vile matière. Les hommes qu'un rayon céleste aurait éclairés dans cette obscure voie de l'empirisme [illegible]aient, malgré les stimulations d'un cupide désir, trêve aux habitu[illegible] fer[illegible] d'exploitation qui caractérisent notre époque pour doter leurs semdes [illegible] d'un antidote que réclame le poison le plus cruel dont ait à blables [illegible] l'humanité. — Tout sceptique qu'on soit sur ce point, il se plaind[illegible] cependant à quelque reste de philanthropie dans le cœur faut croire [illegible] découvertes, et si le liniment dont il est cas possède d'un faiseur de [illegible]oriété annoncée par ses prôneurs, c'est au grand jour réellement la pro[illegible] faut en appeler, car la lumière seule peut et doit de la publicité qu'[illegible] vérité et de la morale à ces inventions merdonner le cachet de l[illegible] veilleuses. »

— Le second envoi m'a [illegible] été fait par notre savant et ingénieux confrère M. Landouzy, de Rein[illegible]. Ce n'est rien moins qu'un beau volume in-8° intitulé : *Traité complet de l'hystérie*, qui a obtenu, avec le travail de M. Brachet de Lyon, [illegible] le prix proposé par l'Académie de médecine sur cette question. C'est une excellente monographie déduite de 373 observations, richesse de faits immense dont M. Landouzy a tiré des résultats nouveaux et inattendus. Grâce à ce beau travail, digne assurément de toute sorte d'éloges, non moins remarquable par la précision et la rigueur scientifiques que par un mérite littéraire bien rare, l'histoire de cette affection est parfaitement connue. J'ai honte, pour un travail de cette valeur, d'être obligé de m'en tenir à cette appréciation générale, qui ne peut pas traduire toute la satisfaction qu'il m'a procurée. Je pourrai peut-être plus tard, par une analyse étendue, justifier les éloges que je lui accorde de grand cœur.

Jean RAIMOND.

Boîte aux Lettres

Bordeaux, le 5 novembre 1846.

Monsieur et très honoré confrère;

Un Espagnol, nommé Nunez, moine défroqué, était assis en 1844 sur les bancs de notre école préparatoire. Il y prit *quatre* inscriptions qui ne furent pas validées par les examens de fin d'année, ainsi que le veulent nos règlements universitaires. Avec ce mince bagage scientifique, car il n'avait étudié nulle part ailleurs, il se rendit à Madrid, et là, un ordre particulier de la reine prescrivit à la Faculté de médecine de conférer au sieur Nunez le titre de bachelier. Toute la presse médicale, les sociétés de médecine, les médecins les plus honorables de ce pays s'émurent de cet abus de bon plaisir, dispensant un individu du temps d'étude et des épreuves que prescrit la loi. On s'arrêta à Madrid devant une manifestation aussi énergique que légitime; mais un ordre, impératif comme le premier, arriva à la Faculté de Barcelone, et M. Nunez, après un examen à huis-clos, reçut le titre de licencié.

Cependant on redouta, sans doute, pour les Espagnols, les dangers d'une science ainsi décrétée; M. Nunez repassa les monts et vint à Bordeaux, où il fut condamné, peu de temps après, pour exercice illégal de la médecine.

Je ne publie ces renseignements, monsieur le rédacteur, que pour prévenir chez nous un grand scandale. Cet homme, qui, selon la loi française, n'aurait pas le temps d'étude nécessaire pour le grade le plus inférieur, est à Paris pour solliciter, dit-on, l'échange de son diplôme. Déjà, à une autre époque, j'ai eu l'honneur d'en écrire à M. le ministre de l'instruction publique, au nom de l'Association médicale de la Gironde. Il n'est pas possible qu'un gouvernement constitutionnel veuille ratifier l'acte arbitraire d'un pouvoir absolu; pour nous, nous ne doutons pas que M. de Salvandy, chez qui la probité égale les hautes lumières, ne refuse d'imposer au corps médical de France un homme que les médecins espagnols ne veulent pas reconnaître pour leur confrère.

Recevez, etc.

BURGUET, D.-M.-P.

Secrétaire général de la Société royale de médecine de Bordeaux, secrétaire général de l'Association médicale de la Gironde.

P. S. Tout ce que j'avance est tiré de nombreux articles insérés dans les *Anales del Instituto medico de emulacion*, *el Boletin de medicina, cirujia y farmacia*, la *Gaceta medica*, etc. Tout a été certifié par deux des écrivains les plus distingués de la Péninsule, et par l'un des professeurs de la Faculté de médecine de Madrid, dont le nom est cité toujours très honorablement dans les journaux français. Toutes ces pièces ont été communiquées à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et indiquées à M. le ministre de l'instruction publique.

— Nous avons, il y a peu de mois, lors de son apparition, parlé avec éloge du Manuel thérapeutique concernant les maladies de l'enfance, publié par le docteur Berton. Ce petit ouvrage est en effet très utile et très commode, et nous le recommandons aux jeunes médecins et aux étudiants. C'est un in-12 à très bas prix qui se trouve chez J.-B. Baillière.

Sept malades furent opérées le même jour. Deux éprouvèrent seulement quelques douleurs passagères, cinq endurèrent des douleurs si cruelles dans le ventre, qu'elles poussaient des cris perçants; chez deux d'entre elles il y avait de la fièvre, et la douleur occupait surtout l'hypogastre, symptômes que j'attribuai à une métrite, chez trois il n'y avait que des accidents nerveux hystériformes. Ces trois dernières étaient guéries le lendemain, les deux autres eurent de la fièvre pendant trois ou quatre jours. Des symptômes aussi graves m'ôtèrent l'envie de recommencer immédiatement l'emploi des injections. Lorsque je pratiquai d'autres injections au bout de quelques semaines, ce fut avec de l'eau de guimauve. Plusieurs malades y furent soumises; toutes éprouvèrent des douleurs dans l'hypogastre. Ces douleurs ont toujours duré au moins plusieurs heures. Ces inconvénients, joints aux résultats peu prononcés que l'on obtient par ces injections, me les avaient fait abandonner pendant la dernière année de mon séjour à l'hôpital de Lourcine.

M. Danyau a fait des expériences, soit seul, soit avec Hourmann, sur des cadavres de femmes nouvellement accouchées, et il ne lui a jamais été possible de faire pénétrer la matière de l'injection dans les trompes, tandis que souvent il l'a vue refluer dans les veines de l'utérus.

M. Denonvilliers a agité tout récemment cette question des injections intra-utérines avec M. Bretonneau, qui lui a dit qu'il les considérait comme une mauvaise pratique.

M. Vidal (de Cassis) connaissait parfaitement les faits d'Hourmann et ceux de M. Robert. Dans ces derniers il n'y a pas eu un traitement bien énergique à faire pour faire cesser les accidents; dans celui d'Hourmann on voit, en lisant jusqu'au bout l'observation, que la malade se rétablit assez promptement, et qu'elle est sortie de l'hôpital parce qu'elle s'y ennuyait; aussi la métro-péritonite qu'on a voulu donner à cette femme est-elle très contestable. Il est probable aussi qu'Hourmann avait fait une injection forcée. Or M. Vidal a établi il y a longtemps, et il rappelle encore la division des injections en trois séries, d'après des expériences faites sur le cadavre : 1° injections forcées avec une forte seringue, dont la canule est introduite dans le col de l'utérus, lequel est lié par cette canule; on pousse avec la plus grande force que puisse employer un homme vigoureux; 2° injections abondantes faites avec une seringue qui a une capacité double de la seringue à injections urétrales; on pousse avec une force modérée; 3° injections modérées; elles sont faites avec un petit tube et une seringue qui ne contient que vingt grammes de liquide; on pousse doucement, tout au plus avec la force qu'il faut pour injecter dans l'oreille.

Il a vu qu'avec les injections forcées le liquide passait par les trompes et quelquefois dans les veines; qu'avec les injections abondantes, on pénétrait quelquefois dans les trompes; qu'avec les injections modérées, faites brusquement et par secousse, on n'y arrivait jamais; parce qu'il faut un certain temps au liquide pour passer de la cavité de l'utérus dans celle des trompes. Aussi, quand on fait l'injection d'un seul jet avec une très petite seringue, le liquide n'a pas le temps de cheminer dans les trompes, il retourne par le col et retombe dans le vagin.

Quant aux douleurs qui suivent immédiatement l'injection, M. Vidal les connaissait si bien que, dans son exposition des effets des injections intra-utérines, il divise ces effets en instantanés primitifs et en consécutifs. Et ce que les autres appellent des accidents ne sont pour lui que des phénomènes nerveux.

Il reste enfin les faits de M. Bretonneau et de M. Tonnelé; mais, quelque soin qu'il ait pris pour arriver à les connaître avec détails, M. Vidal n'a jamais pu savoir combien il a été fait d'injections à Tours, les instruments dont on s'est servi, la nature, la quantité du liquide injecté, la force à peu près employée et surtout la durée de cette opération; les phénomènes, les accidents observés, si accidents il y a eu; de sorte que ces cas ne peuvent être regardés que comme des assertions et non pas comme des observations ayant cours dans la science.

M. Malgaigne s'élève contre cette manière d'envisager la question. Il croit qu'il suffit qu'un fait ait été produit par un observateur compétent pour qu'il soit acquis à la science. Les détails manquent, c'est vrai, mais les observations les plus circonstanciées répondent-elles toujours aux désirs de ceux qui les recherchent? Ici, qu'on l'interprète comme on voudra, le fait brut n'en reste pas moins; il a été bien réellement observé; l'observateur est digne de foi; le considérer comme non avenu serait pécher contre toute idée de science et de philosophie.

M. Vidal ne peut pas admettre les principes que veut établir M. Malgaigne, et il regarderait comme une chose très fâcheuse que la Société de chirurgie entrât dans cette voie.

— *M. Malgaigne* lit une observation sur une tumeur volumineuse de la hanche, et fait voir ensuite le malade qui en est le sujet. (*Voir* plus haut, Hôpital Saint-Louis.)

— *M. Guersant* présente le rectum et l'anus d'un enfant qu'il a opéré dans les circonstances que voici : Pendant le courant de la semaine, on lui amena un enfant âgé de trois jours, qui depuis sa naissance avait des vomissements dans lesquels on distinguait du méconium. Rien n'avait été rendu par le fondement, et l'oblitération de l'anus avait été reconnue par la sage-femme et constatée par M. Danyau. Il y avait là un cul de-sac de la forme et de la profondeur d'un dé à coudre. M. Guersant fit, avec un trois-quarts à injection, une ponction qui donna issue à du méconium, puis il substitua à la canule d'argent une sonde en gomme élastique, qui facilita l'évacuation. Trois jours après l'opération, on franchissait très facilement, avec le petit doigt, la partie du cul-de-sac qui avait été perforée, et qui n'avait que quelques millimètres de largeur; aussi on jugea la sonde inutile.

Le lendemain, la sage-femme trouvant le passage un peu rétréci, on mit en usage l'éponge préparée. Elle resta trois heures en place, et quand on la retira elle était tachée de sang. Les jours suivant, il y eut des épreintes qui tourmentèrent beaucoup le petit malade, et l'on crut pouvoir y remédier par l'application d'une sangsue; mais la mort arriva bientôt après. M. Guersant a déja fait deux fois cette opération avec succès; mais elle avait été pratiquée le lendemain de la naissance, tandis qu'ici ce n'a n'a été que le troisième jour. Il tient à faire constater que, dans ce cas, il n'y a pas de lésions dans le voisinage du rectum perforé.

M. Malgaigne pense que ce qui fait que l'opération du rétablissement de l'anus est si rarement suivie de succès, c'est qu'on attend trop tard, et que les enfants sont déjà épuisés quand on se décide à les faire opérer. Il cite un cas dans lequel une sage-femme avait d'abord fourragé le rectum pendant longtemps, puis un médecin avait fait une ponction à travers laquelle une bougie avait pénétré à une grande profondeur; et comme il ne venait pas de matières, il avait injecté un lavement de lait et d'eau. M. Malgaigne voyant de quoi il s'agissait, voulut opérer suivant la méthode de Littre. Au premier coup de bistouri, il vit s'échapper une grande quantité de liquide jaunâtre; c'était le lavement qui avait filé dans le tissu cellulaire.

— Séance levée à cinq heures.

ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINT-DIZIER

M. GIRAUD, directeur-médecin.

Les asiles d'aliénés organisés d'après la loi du 30 juin 1838 commencent à répondre dignement aux vœux des amis de la science et de l'humanité. Grâce au zèle et à l'intelligence de quelques-uns de nos honorables confrères, ces établissements ne sont plus des dépôts d'aliénés, mais sont devenus de véritables maisons de traitements, et les guérisons qui s'y obtiennent tendent à s'accroître chaque jour. C'est un touchant et consolant spectacle de voir aujourd'hui l'ordre, le calme, le travail et un modeste confortable régner là où l'agitation, l'oisiveté, la malpropreté hideuse et des haillons fétides affligeaient il y a peu d'années encore, la vue des visiteurs officiels. (Voir les rapports de MM. Esquirol et Ferrus.)

L'Asile de Saint-Dizier, consacré aux aliénés de deux départements, est destiné, par son admirable situation et les magnifiques propriétés qui lui ont été attribuées, à devenir un de nos établissements spéciaux les plus appréciés.

Voici ce que nous lisons à ce sujet dans un rapport de monsieur le préfet de la Haute-Marne au Conseil général :

« L'Asile d'aliénés de Saint-Dizier continue à répondre aux sacrifices que le département s'impose pour son entretien; les améliorations qui se remarquaient l'année dernière au début de l'administration de M. le docteur Giraud ont suivi une marche progressive et ont déjà un heureux retentissement dans les pays voisins.

» Les malheureux que renferme cet établissement sont l'objet de soins aussi constants qu'éclairés. Classés suivant les catégories déterminées par l'ordonnance réglementaire du 18 décembre 1839, ils reçoivent de l'habile directeur auquel ils sont confiés un traitement approprié à la nature de leur affection, et qui a été déjà suivi d'heureux résultats. Le travail, la musique, les exercices militaires au son du tambour, les jeux d'adresse, tels que le billard, l'exercice de la mémoire, les cérémonies religieuses sont employés avec succès comme moyens curatifs. En assistant cette année à leurs récréations, j'ai été frappé de l'ensemble et de la précision avec lesquels un peloton formé d'aliénés de tout âge exécutait des mouvements militaires. L'école de musique fait aussi de nouveaux progrès et compte déjà des cures complètes au nombre de ses résultats principaux. Le nombre des guérisons obtenues pendant l'année s'est élevé à vingt-trois, ce qui représente le septième de la population de l'Asile.

» La gestion des intérêts matériels de l'établissement a reçu aussi une heureuse impulsion. Les propriétés ont été agrandies par des endiguements et des remblais considérables, qui auront en outre pour effet de prévenir les débordements de la Marne et les dégâts qui s'en suivaient. Ces travaux, et ceux de la culture des terres, ont été exécutés presque exclusivement par les aliénés. »

NOUVELLES.

Le Conseil municipal d'Orléans vient de supprimer la subvention de 8,000 fr. qu'il allouait à l'Ecole de médecine établie depuis trois ans dans cette ville. L'expérience a été infructueuse. L'Ecole de médecine d'Orléans, trop rapprochée de celle de Paris, ne recevait pas d'élèves.

— M. le docteur Depaul, ex-chef de clinique de la Faculté, a commencé un cours public d'accouchement le lundi 30 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

— *Cas de rage chez un cheval.* — M. Tassy a rendu compte à la Société de médecine vétérinaire d'un cas de rage chez un cheval de la garde municipale de Paris. Lorsque M. Tassy fut averti, il y avait déjà six semaines que l'animal avait été mordu par un petit chien qui s'était introduit dans l'écurie; quarante-cinq jours s'étaient écoulés, lorsque les accès de rage bien prononcés se succédèrent sans interruption. Comme il était dangereux d'approcher le cheval, M. Tassy fit couler dans la mangeoire une barbotoire contenant de l'eau blanche avec 16 grammes de laudanum liquide. Le cheval mordit d'abord à plusieurs reprises la barbotoire, puis il but avec une espèce d'avidité, et en quelque sorte convulsivement; il avala ainsi, dans l'espace de vingt minutes, environ huit à dix litres de ce breuvage.

Vers dix heures il est pris des derniers accès de fureur; après s'être arraché des lambeaux de chair de la poitrine et des deux avant-bras, il se jette à terre avec violence, et en tenant une poignée de litière entre ses dents, enfin il expire. (*Union agricole.*)

— M. Domange-Hubert invite ceux de MM. les docteurs en médecine dont les noms n'étaient pas portés dans la dernière édition de l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, à vouloir bien lui adresser immédiatement à son domicile, boulevard Saint-Denis, 2, ou à la librairie médicale de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1, la note indiquant la date et le lieu de leur réception, l'heure de leurs consultations et leur adresse.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 3 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 142. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE DU Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhil, pres la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

DEUX CAS D'AMPUTATION DE CUISSE A LAMBEAUX.

Seconde observation. — *Fracture directe et comminutive des deux os de la jambe droite, compliquée de plaies profondes. Symptômes d'infection purulente le* 20 *mai. Amputation de cuisse pratiquée le* 9 *juin. Abcès multiples le* 18 *juin, sans nouveaux symptômes d'infection purulente. Guérison.* — Considérations pratiques.

Le nommé Pauchet (Henri), âgé de vingt et un ans, mécanicien, entre à l'hôpital St-Louis le 7 mai 1846, et est couché au numéro 58 de la salle St-Augustin. Ce jeune homme, d'une taille élevée, d'une constitution robuste, était occupé, avec ses compagnons, à coucher à terre un cylindre en fonte du poids de dix mille kilogrammes, et destiné à faire mouvoir une machine à vapeur de la force de trente-cinq chevaux. Ce cylindre tomba sur l'extrémité d'une pièce de bois qu'il fit basculer et vint frapper Pauchet sur la partie antérieure de la jambe droite. Cet accident arriva le 7 mai à midi, et deux heures plus tard le blessé fut apporté à l'hôpital. On constata alors les désordres suivants :

A la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe droite, existe une plaie longue de dix centimètres environ, et dirigée parallèlement à la longueur du membre ; ses bords sont écartés et livrent passage à l'extrémité supérieure du fragment inférieur du tibia, qui est dénudé dans le point correspondant. Les deux os de la jambe sont évidemment fracturés. Le fragment inférieur du tibia fait une saillie considérable en avant et en haut, tandis que le fragment supérieur glisse en arrière. La fracture est donc oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Une certaine quantité de sang s'est écoulée au moment de l'accident. On enleva une esquille volumineuse et d'autres moindres appartenant toutes au bord antérieur et aux faces externe et interne du tibia. On tenta ensuite la réduction, mais on ne put faire disparaître complétement le déplacement. Plusieurs muscles qui avaient été violemment contus ou déchirés se présentaient aussi à la plaie. Il n'existait, du reste, aucune lésion des autres membres, ni des viscères abdominaux ou thoraciques. On appliqua immédiatement l'appareil de M. Jobert, et l'on pansa la plaie avec un linge cératé recouvert de charpie trempée dans l'eau de guimauve froide.

Le 8 mai, aucun symptôme grave n'est encore survenu. Pas de fièvre, ni céphalalgie, ni délire ; sommeil pendant la nuit. M. Jobert, à l'aide d'un bistouri boutonné, prolonge la plaie un peu en bas, mais surtout en haut. En effet, en cet endroit, le fragment inférieur du tibia atteignait presque le sommet de la rotule en passant au-devant de la peau, qu'il pressait avec force. — Même pansement ; saignée ; limonade ; diète.

Les jours suivants, rien de nouveau. — Même pansement ; même prescription.

Le 15 mai, aucun accident n'est encore survenu ; la plaie suppure ; les parties molles se nettoient. La portion du tibia qui était privée de son périoste présente une coloration d'un jaune terne, et l'on voit en outre sur la face interne du tibia et près de l'extrémité du fragment inférieur, plusieurs lignes noirâtres, indice d'une fracture incomplète et par éclat.

Le 19, la suppuration de la plaie est beaucoup diminuée ; il n'existe cependant pas de symptômes nouveau, et la plaie conserve encore un bon aspect.

Le 24, le malade est pris de frisson, et accuse une douleur assez vive dans l'articulation fémoro-tibiale droite. Le soir, pas de céphalalgie ; peau chaude ; pouls fréquent.

Le 25, la suppuration est encore diminuée davantage ; le pus est sanieux et de nature moins louable que les jours précédents ; la plaie enfin revêt un aspect blafard. M. Jobert cautérise avec le nitrate acide de mercure toutes les parties molles et même la surface des fragments. — Limonade ; sulfate de quinine ; pansement de la plaie avec le jus de citron et la décoction aromatique.

Le 27, le malade éprouve un deuxième frisson bien prononcé dans la nuit du 26 au 27. Même état de la plaie. — Même prescription.

Le 28, troisième frisson dans l'après-midi ; langue sèche ; dents fuligineuses ; fièvre.

Le 26, M. Jobert découvre de la fluctuation au côté interne du tendon rotulien, et pratique en ce point une incision qui livre passage à une grande quantité de pus. Le soir, pas de nouveau frisson, et le malade repose un peu pendant la nuit.

Le 30, on cautérise encore avec le nitrate acide de mercure les parties de la plaie qui revêtent un mauvais aspect.

Les jours suivants, aucun frisson ne reparaît ; la plaie reprend un meilleur aspect ; le pus redevient louable, et l'état général paraît s'améliorer un peu.

Le 1er juin, le malade se plaint de ressentir de la gêne dans la déglutition ; les mâchoires ne s'écartent qu'avec peine, et le menton, un peu à droite de la symphyse, présente un peu de tuméfaction et de douleur à la pression ; la peau en cet endroit est un peu rouge, comme érysipélateuse ; les gencives ne présentent dans le point correspondant ni décollement, ni trajet fistuleux.

Le 4 juin, comme le fragment inférieur du tibia vient de nouveau presser sur l'angle supérieur de la plaie, M. Jobert, avec un bistouri boutonné, débride d'abord directement en haut, puis en dehors par une incision perpendiculaire à la première. En outre, comme du pus s'écoulait en grande quantité en pressant sur les parties latérales de l'articulation du genou et qu'il existait une fluctuation bien manifeste au côté interne de cette articulation, M. Jobert y plongea la pointe d'un bistouri ; une grande quantité de pus s'en écoula aussitôt. — Mèches de charpie dans les incisions. Même pansement.

Le 5, on établit une compression sur les parties latérales du genou avec des compresses graduées.

Le 6, l'état général s'améliorant de plus en plus et le malade ne présentant plus de symptômes généraux alarmants, M. Jobert désespérant enfin, vu les désordres locaux, de pouvoir conserver le membre, propose l'amputation de la cuisse.

Le 8, la suppuration est toujours très abondante, et le pus s'écoule à la fois et de l'articulation et de la plaie. Le malade consent à subir l'opération ; il offrait alors l'état suivant : Pas de fièvre, ni toux, ni diarrhée ; la langue est humide, les dents ne sont plus fuligineuses. Depuis dix jours, le malade n'a pas eu de nouveaux frissons ; il n'accuse de douleurs ni dans les articulations, ni dans les hypochondres, ni dans la poitrine ; la percussion de cette dernière fournit partout une sonorité normale, et l'auscultation n'y révèle aucun râle ; le bruit respiratoire ne présente enfin aucune modification, même au sommet des poumons. Rien de particulier ne s'observe du côté du cœur. Le menton et surtout la branche ascendante du côté droit du maxillaire inférieur présentent une tuméfaction notable. La pression exercée en ce point fait apercevoir quelques gouttes de pus qui viennent sortir dans la cavité buccale, entre le tissu gingival et le maxillaire inférieur, au niveau de la première dent molaire.

Le 9, M. Jobert se décide à faire l'amputation à deux lambeaux latéraux, autant pour éviter une perte de sang trop grande au malade déjà épuisé par une longue suppuration, que pour conserver au moignon plus de parties molles que par la méthode circulaire. L'artère fémorale étant exactement comprimée, il procède donc à l'opération de la manière suivante :

Armé d'un couteau à amputation, l'opérateur fait une incision sur la partie médiane de tout le tiers inférieur de la cuisse, taille un premier lambeau sur le côté externe, puis un second lambeau sur le côté interne ; un aide aussitôt relève les lambeaux et opère la rétraction des chairs. C'est

---

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

ONZIÈME CHAPITRE. — *Rhumatisme chronique.*

Sous ce titre on réunit d'ordinaire une foule d'affections différentes qui n'ont de commun entre elles que l'obstacle qu'elles apportent à l'exercice des mouvements, et cependant, à consulter la plupart des traités écrits sur les eaux minérales, on devrait regarder le rhumatisme chronique comme une des maladies les mieux délimitées. Partout on cite des guérisons nombreuses ; partout, dans les livres spéciaux comme dans les moindres brochures, on vante l'heureux effet des sources, on les recommande aux rhumatisants sans indiquer aucun des caractères auxquels on reconnaîtra les malades appelés à guérir.

Cette absence de descriptions, qui prive le médecin de documents nécessaires, ne s'explique pas par l'état suffisamment avancé de la science ; elle a sa raison dans la difficulté même du sujet. Les observations ne font pas défaut, car la *matière observable* n'est malheureusement que trop abondante ; on trouve des individus atteints de rhumatisme dans presque tous les établissements, ils constituent pour ainsi dire le fonds invariable des bains thermaux. Mais s'il est facile d'étudier les individualités, il l'est beaucoup moins de tirer de cette étude des conclusions scientifiques.

Dans des conditions si défavorables, et alors que pas un auteur n'a osé se mettre à l'œuvre pour faire la part du rhumatisme, parmi tant de désordres dont on ignore à la fois les causes, la nature, les symptômes, nous n'avons pas l'intention d'essayer une monographie ; nous voulons seulement signaler quelques points, proposer quelques indications, rechercher enfin quelle place les eaux minérales occupent réellement entre les moyens thérapeutiques, et à quels éléments elles la doivent.

Le rhumatisme chronique est ou articulaire ou musculaire, et, dans ce dernier cas, il affecte plutôt le tissu fibreux, les tendons et les aponévroses que les muscles proprement dits ; nous nous occuperons surtout de celui qui se porte sur les articulations, parce qu'il est à la fois et le plus commun et le plus grave.

Si énergiquement et si habilement traité que soit le rhumatisme articulaire aigu, il arrive que chez des sujets prédisposés par leur constitution naturelle ou par les circonstances au milieu desquelles ils se trouvent placés, la maladie laisse des traces de son passage. Ainsi, les individus à complexion faible et molle, qui pour le moindre accident eussent contracté une arthrite locale, trouvent dans l'inflammation rhumatismale une cause d'altération chronique plus puissante que les chutes ou les blessures. Les femmes en couches, en vertu du tempérament passager qui suit l'accouchement, sont également soumises à de fâcheuses conséquences qu'elles n'auraient pas eu à craindre à toute autre époque de leur vie. D'autres malades enfin, sans que rien dans leur organisation apparente le fasse pressentir, voient se prolonger indéfiniment une maladie qui s'était montrée d'abord franchement aiguë.

Ou ces résidus, *tristes reliquiæ*, du rhumatisme ne sont que la continuation sous une autre forme de l'affection primitive, le rhumatisme poursuit sa marche et amène, mais lentement, des désordres toujours nouveaux ; ou, au contraire, la maladie a disparu laissant après elles des altérations incapables de faire aucun progrès, et qui remplissent tous les degrés depuis la plus simple roideur jusqu'à l'ankylose complète.

Dans la première catégorie, c'est-à-dire lorsque la maladie survit pour ainsi dire à sa période inflammatoire, la forme la moins fréquente peut-être, mais la plus curable, est celle qui conserve les deux caractères dont l'association a suffi pendant longtemps pour définir le rhumatisme, la douleur et la mobilité. L'affection ne revient qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, sous l'influence des variations atmosphériques, ou avec une sorte de périodicité qui rappelle les attaques de goutte. A chaque retour du mal le malade le reconnaît, et dit : *J'ai mes douleurs!* Si la souffrance est tolérable, il se résigne et ne tente aucun traitement ; si elle devient insupportable, il recourt le plus souvent aux eaux minérales et les emploie avec succès. Le mouvement reste d'ailleurs facile dans l'intervalle des accès, et l'extrême souffrance qu'il occasionnerait semble la seule cause qui force à s'en abstenir.

Dans les cas favorables, les choses vont ainsi durant des années sans que les accidents s'aggravent, les douleurs gardent leur mobilité et n'ont de tendance à se fixer sur aucune articulation en abandonnant les autres.

Lorsque au contraire la maladie ne marche pas naturellement vers la guérison, il importe de suivre les phases de son accroissement, parce que chacun représente un degré différent de curabilité. D'abord les attaques se rapprochent et deviennent plus irrégulières, soit par leur durée, soit par leur fréquence, elles cessent moins brusquement et se terminent comme une maladie qui se perd graduellement dans les lentes améliorations de la convalescence. Si le rhumatisme est resté mobile et mérite encore le nom de *rheumatismus vagus*, le médecin doit ne pas perdre de temps et instituer au plus vite le traitement par les eaux minérales dans les conditions et suivant les procédés que nous indiquerons plus loin. Il est à craindre en effet que les accidents ne suivent dès lors une marche ascendante et n'opposent bientôt des difficultés très grandes à la guérison. A cette époque les chances sont encore extrêmement avantageuses, les accès sont assez rapprochés pour qu'on juge des résultats thérapeutiques, et les douleurs se déplacent assez facilement pour ne faire redouter aucune grave altération anatomique.

Si le rhumatisme n'est pas arrêté dans son progrès, il devient de moins en moins vague, et envahit définitivement une ou plusieurs articulations ; les douleurs perdent de leur vivacité, au moins dans les parties les plus dangereusement atteintes ; elles y restent sourdes, ou s'y reproduisent par petits accès répétés plusieurs fois dans la même journée. Souvent il s'y joint un peu de fièvre, d'autres articulations sont encore le siége d'accidents aigus et passagers, jusqu'à ce que le mal s'y soit fixé. On voit ainsi chez certains malades tout le corps envahi successivement, à ce point que le moindre mouvement est impossible, qu'ils ne sauraient ni quitter leur lit, ni même choisir une position moins fatigante. Les déplacements qu'on ne peut se dispenser de leur faire subir occasionnent des souffrances obtuses, et la santé générale se ressent bientôt d'une immobilité qui s'accorde si mal avec les exigences de nos fonctions.

Tous heureusement ne sont pas ainsi *perclus ;* car ce mot, plus populaire que médical, est le seul qui convienne à un pareil état. Le plus souvent un petit nombre d'articulations, celles du genou, du pied, de l'épaule, celles des vertèbres, sont affectées ; les douleurs ne s'étendent pas au delà des parties malades, mais elles y reviennent avec une sorte de périodicité, sans qu'on sache la cause ni de leur disparition, ni de leur retour.

Cette forme de rhumatisme chronique, auquel les Allemands ont donné le nom de *rheumatismus erethicus*, par opposition avec la forme torpide, paraît plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Il suffit pour s'en convaincre de visiter les établissements où les rhumatisants vont chercher la guérison. De plus, les observations recueillies et publiées par les auteurs contiennent pour la plupart l'histoire de femmes que l'étendue de la maladie et la singularité de leurs postures avaient recommandées à l'attention des médecins. Sydenham en avait déjà fait la remarque dans son rapide exposé du rhumatisme scorbutique : *Fœminas præ reliquis adoritur*, dit-il ; et il en es tellement persuadé, qu'il se demande si ce ne serait pas une des mille variétés de l'hystérie. L'insuccès des médications antihystériques le détourne cependant de cette opinion.

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98, 113, 115, 116, 118, 224.

alors que le chirurgien, après avoir entièrement divisé le reste des parties molles et placé le rétracteur pour les maintenir et les protéger contre l'action de la scie, fait la section de l'os. On procède immédiatement à la ligature des vaisseaux; tous sont liés, même les plus petits, afin d'éviter une hémorrhagie consécutive qui eût pu être funeste à cause de l'affaiblissement dans lequel se trouvait le malade.

M. Jobert, suivant son habitude, rapproche ensuite les lèvres de la plaie, les maintient à l'aide de plusieurs points de suture entortillée, et place les fils à ligature dans l'angle inférieur de la plaie. — Pansement avec des rondelles d'agaric; potion calmante; diète.

L'opération ainsi pratiquée ne dura que quelques secondes, et le malade ne perdit qu'une très faible quantité de sang.

Examen du genou malade. — L'articulation fémoro-tibiale est remplie de pus et communique avec les foyers purulents dont nous avons déjà parlé, et que M. Jobert avait incisés. La synoviale était rouge, un peu épaissie, et présentait quelques ulcérations.

Les cartilages d'encroûtement avaient subi en certains endroits une perte de substance qui là n'était que très superficielle, et qui ailleurs comprenait toute leur épaisseur jusqu'au tissu osseux sous-jacent.

Le tissu des os qui entrent dans la formation de cette articulation présentait au trait de scie une coloration un peu rougeâtre, mais n'avait subi aucune modification ni dans sa structure, ni dans sa consistance.

Quant à la disposition des fragments, les détails dans lesquels nous sommes entré relativement au siége et à la direction de la fracture et au déplacement des fragments, nous dispensent de revenir sur ce sujet. Il nous suffira de noter que le chevauchement des fragments était encore augmenté, et leurs extrémités complétement privées de périoste baignaient dans les foyers purulents et avaient une couleur jaune-terne.

La journée de l'opération se passe bien; le soir, le malade n'avait point de céphalalgie, ni agitation, ni frisson, ni fièvre. Il a même reposé plusieurs heures pendant la nuit.

Le 10 juin, pas de céphalalgie, pas de fièvre; l'appareil de pansement étant un peu souillé de sang, on le renouvelle ainsi que la bande roulée au-dessus du moignon qui était un peu serrée. Le malade rend toujours des crachats purulents, dont le pus provient, ainsi que nous l'avons déjà dit, de la cavité buccale, au niveau des petites molaires inférieures du côté droit. A la partie inférieure de la face, dans le point primitivement occupé par de la tuméfaction et de la rougeur, on découvre un foyer purulent qui est placé au-devant de la moitié droite du corps du maxillaire inférieur.

Le 11 juin, l'état général s'améliore notablement; le malade reprend des forces, la physionomie devient meilleure. La langue n'est plus chargée, l'appétit est revenu, et le malade demande à boire du vin pour reprendre des forces. L'engorgement de la mâchoire inférieure gêne toujours la déglutition. — Bouillons, potages, vin.

La plaie de la cuisse laisse écouler un peu de pus qui passe entre les deux lambeaux et dans l'angle inférieur de la plaie. M. Jobert enlève l'épingle la plus inférieure, et presse doucement sur le moignon pour faciliter l'écoulement du pus; la réunion par première intention paraît être faite dans le reste de la plaie.

Le 13 juin, on enlève deux autres épingles, et dans toute l'étendue de la plaie qu'elles limitaient les deux lambeaux ont contracté une adhérence parfaite. L'état général est toujours satisfaisant.

Le 16, peau moite; pouls à 80; langue humide et nettoyée; bon appétit. L'abcès du menton continue toujours à se vider dans la cavité buccale, et ne se tarit point. La dernière épingle à suture placée vers l'angle supérieure de la plaie est enlevée. La suppuration est peu abondante et n'existe qu'à la partie inférieure de la plaie. — Pansement simple; une portion d'aliments.

Le 17 juin, le malade, sans éprouver du reste de coliques, se plaint chaque jour d'une constipation qui persiste depuis l'opération. M. Jobert néanmoins ne veut pas administrer de purgatifs, dans la crainte de déterminer peut-être un dévoiement opiniâtre qui affaiblirait encore ce malade.

Le 18, depuis quelques jours, le malade se plaignait de ressentir des douleurs vagues dans les régions fessière et lombaire du côté droit. M. Jobert examine le malade, et constate l'existence d'un abcès dans la région fessière droite. Là, en effet, la peau est rouge-violacée, amincie, et l'on y perçoit très manifestement de la fluctuation.

M. Jobert pratique une large et profonde incision longitudinale dans la partie la plus déclive, près du grand trochanter. Il en sort une grande quantité de pus sanieux et très fétide; le foyer semble occuper la plus grande partie de la fosse iliaque externe droite. — Pansement simple; compresses graduées. Du reste, le moignon va bien, l'état général est bon.

Le 20, on découvre un autre abcès dans la région lombo-sacrée; il est situé un peu à droite de la ligne médiane; la peau est d'un rouge-violacé, amincie, comme dans le cas précédent. M. Jobert l'incise; il en sort un pus très fétide et sanieux. On recommande au malade de garder le plus possible le décubitus latéral gauche. Du reste, le moignon va bien, l'état général est satisfaisant, et les ligatures ne sont pas encore tombées. — Compresses graduées sur les parois des foyers purulents; pansement simple.

Le 23, on enlève les fils à ligature; la cicatrisation du moignon est presque complète; l'angle inférieur de la plaie suppure seul, et le pus est peu abondant, verdâtre, et de bonne nature. Les abcès de la fesse et de la région lombaire ne fournissent qu'une petite quantité de pus séreux, mais non fétide; la peau est encore décollée dans une assez grande étendue autour des incisions. — Pansement simple; compresses graduées.

Le 30, et les jours suivants, la cicatrisation du moignon s'opère de plus en plus; les pièces de l'appareil sont à peine salies par quelques gouttes d'un pus séreux qui s'échappe par l'angle inférieur de la plaie. L'abcès situé à la partie inférieure de la joue droite, au-devant de la mâchoire inférieure, diminue, mais ne se vide pas complétement; l'engorgement de la moitié droite de la mâchoire persiste, bien que cependant la mastication et la déglutition soient un peu moins gênées.

Quant aux deux autres abcès des régions fessière et lombaire du côté droit, ils ne fournissent plus qu'une très petite quantité de pus, et leurs parois semblent se recoller.

Le malade accuse de la douleur vers l'épaule gauche, mais cela semble tenir à la fatigue causée par le décubitus latéral qu'il a été obligé de garder pendant quelques jours à cause des abcès du côté droit. Du reste, l'état général est toujours très satisfaisant.

Les jours suivants, aucun phénomène remarquable ne survient, et le 17 juillet 1846, c'est-à-dire trente-huit jours après l'opération, le malade désirant passer sa convalescence dans sa famille, sort de l'hôpital dans l'état suivant :

Le moignon est régulier et entièrement cicatrisé; il reste seulement à la partie inférieure de la plaie un petit trajet fistuleux qui, dans l'espace de vingt-quatre heures, donne issue à quelques gouttes d'un pus séreux très liquide.

Les incisions des abcès de la fesse et des lombes sont recouvertes dans toute leur étendue de croûtes épaisses, jaunâtres, qui annoncent leur cicatrisation certaine.

Il existe encore à la partie inférieure de la joue droite, au niveau du corps et de la branche du maxillaire inférieur, un engorgement, une tuméfaction sans changement de couleur à la peau et assez prononcée pour donner à la physionomie du malade un aspect tout particulier; la pression exercée en cet endroit n'est pas douloureuse et donne la sensation d'un corps assez dur, comme si c'était l'os et le périoste qui fussent le siége de cet engorgement. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont un peu plus libres. La bouche étant ouverte, on constate facilement que les trois petites molaires inférieures gauches jouissent d'une mobilité anormale que ne partage point le reste de l'os, et, si l'on exerce en dehors une légère pression au niveau du gonflement dont nous avons parlé, on voit suinter quelques gouttes de pus qui sortent entre le tissu gingival et la portion du maxillaire correspondant aux premières molaires.

En résumé, d'après ce qui précède, il est facile de reconnaître qu'une portion du maxillaire, probablement à la suite de l'abcès qui s'est développé dans cette région, a été frappé de nécrose, et que son périoste n'est point étranger au travail inflammatoire. Le séquestre et les dents logées dans ses alvéoles sont encore retenus en place par les gencives et ne peuvent être séparés du reste de la mâchoire.

Quant à l'état général, il est des plus satisfaisants. Le malade a repris des forces et toutes les fonctions générales se font avec régularité.

Depuis que ce malade est sorti de l'hôpital, nous l'avons revu un grand nombre de fois dans sa famille. Voici ce qui est survenu :

La cicatrisation du trajet fistuleux du moignon ne s'est point fait attendre sous l'influence de quelques injections aromatiques et astringentes et de quelques cautérisations avec le nitrate d'argent.

Il en fut de même pour les plaies de la fesse et des lombes, dont la cicatrisation complète s'opéra rapidement.

Mais, du côté de la face, quelques complications survinrent. Ainsi, dans le mois d'août, un érysipèle, précédé de quelques symptômes généraux, apparut sur la joue droite et s'étendit successivement à la région parotidienne, à l'oreille et même au cou. Toutes ces parties étaient très tuméfiées, rouges et douloureuses au toucher; l'écartement des mâchoires était devenu presque impossible à effectuer. Un purgatif et deux onctions avec la pommade au nitrate d'argent arrêtèrent bientôt l'érysipèle.

Dès le lendemain, la douleur était disparue, et l'épiderme noirci par la pommade présentait plusieurs plis en rides, indice certain d'une diminution du gonflement des parties. Comme une certaine quantité de pus s'écoulait toujours dans la cavité buccale, on fit quelques injections aromatiques dans l'intention de nettoyer ces parties et de hâter l'élimination de la portion nécrosée du maxillaire inférieur.

Enfin, quelques jours plus tard, on enleva les trois petites molaires qui ne tenaient que très peu dans leurs alvéoles et une portion d'os qui était complétement privée de vie.

Depuis cette époque, nous n'avons pas revu ce malade, et nous ne pouvons par conséquent dire si l'engorgement de la moitié droite de la mâchoire inférieure, qui existait alors, est complétement disparu aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, le malade avait repris de l'embonpoint; il se servait de son cuissard, se promenait, et, sur le point de

---

Si on compare ce rhumatisme avec d'autres affections articulaires, on ne peut s'empêcher de remarquer combien par ses symptômes, sa marche, ses attaques, et surtout par les lésions qu'il laisse après lui, il se rapproche de la goutte. On dirait une affection goutteuse imparfaite qui s'essaie sans jamais arriver à l'accès franc et caractéristique. Les têtes osseuses se gonflent et présentent des déformations analogues à celles que produit la goutte; la roideur est de même nature; le gonflement quoique plus séreux et moins sanguin en quelque sorte, existe assez souvent autour des articulations. Peut être ne serait-ce pas une si grande hardiesse qu'il paraît au premier abord de considérer ce rhumatisme comme la goutte de la femme.

Quoi qu'il en soit, il importe, pour la sûreté du diagnostic, de le tirer, dans les cas de ce genre, des symptômes véritablement décisifs. On est facilement entraîné à mesurer la probabilité de la guérison d'après le nombre des articulations envahies. Comment, en effet, ne pas toujours espérer mieux d'un malade qui souffre seulement du genou ou de l'épaule, que d'un autre auquel la plupart des mouvements sont interdits? Ce serait cependant une erreur de se fier exclusivement à ce signe. Quand on a fréquenté les bains minéraux et assisté à la cure d'un certain nombre de ces malades, il est impossible qu'on n'ait pas été frappé par la rapide guérison de quelques perclus qu'on jugeait incurables; tandis que d'autres, si faciles à guérir en apparence, s'en allaient seulement avec une amélioration légère.

Par malheur, il est plus aisé d'engager les médecins à se défier d'une fausse spéculation, que de leur donner les moyens d'en établir une juste et vraie.

La rapidité de l'invasion nous semble, mais nous n'émettons cette opinion qu'avec toute réserve, une circonstance favorable.

La tendance du rhumatisme à revêtir les caractères de la forme torpide est d'un mauvais augure; la persistance d'un état subaigu serait plus avantageux.

La constitution du sujet a surtout une grande influence sur l'avenir de la maladie; mais les indices qu'il est permis d'en tirer à la suite d'une suffisante expérience sont trop vagues, trop personnels en quelque sorte, pour qu'on puisse les énoncer. On comprend d'ailleurs quelle place doit être réservée à l'appréciation des désordres locaux. Les éléments de jugement sont, sous ce rapport, ce qu'ils sont dans les arthrites ordinaires sans complication rhumatismale.

Nous venons d'indiquer, trop longuement peut-être, si on considère les conséquences pleines d'hésitation auxquelles nous avons été conduit; trop brièvement, si on tient compte de l'importance du sujet, une des variétés pathologiques qui succèdent au rhumatisme aigu. Il en existe une autre plus commune qui diffère de la précédente par ses symptômes, par sa marche et par le mode de traitement qu'il convient de lui appliquer; nous voulons parler de cette forme que nous avons déjà désignée sous le nom de *torpide*.

C'est évidemment celle qui se présente le plus souvent à l'observation On pourrait, s'il était exact de prendre un établissement pour point de départ, dire qu'elle est, avec le rhumatisme subaigu, dans le rapport de 4 a 1. Telle est du moins la proportion parmi les malades venus à Wiesbaden. En prenant Ems pour terme de comparaison, la différence serait encore plus considérable. Sur 430 malades reçus à l'hôpital annexé à la maison de bains (Armen bad), peut-être ne compterait-on pas six rhumatisants qui aient offert les signes de l'*éréthisme*.

Un fait assez remarquable et utile à signaler, c'est que dans les fondations destinées aux pauvres, à Wiesbaden, à Ems, à Wildbad, le rhumatisme indolent est presque le seul qu'on ait à soigner. Les malades placés dans une meilleure condition sociale, qui séjournent aux eaux à leurs frais, fournissent, au contraire, des exemples assez fréquents du rhumatisme que nous avons décrit le premier. Aussi à Ems, où pas un rhumatisant riche ne vient chercher de soulagement à sa maladie, on a vu à quelle classe appartiennent presque tous les malades.

La variété indolente de rhumatisme articulaire chronique succède à l'affection aiguë ou se développe spontanément avec les symptômes qu'elle doit conserver durant son cours. Les accès sont mal limités si même ils existent, il y a plutôt des recrudescences d'un mal continu, que des intermittences véritables. Les changements de température, l'humidité atmosphérique n'ont qu'une influence douteuse. La sensation accusée par les malades est, au début, celle d'une roideur que le mouvement doit dissiper, et qu'il dissipe en effet. Il en résulte que le soir la marche est plus facile, tandis qu'en sortant du lit, les patients peuvent à peine se tenir debout, si l'affection occupe les membres inférieurs. La plupart souffrent davantage la nuit, comme dans les arthrites syphilitiques. La chaleur sèche ou humide exagère leur mal, du moins en apparence; et ce fait d'observation vulgaire n'est pas sans intérêt au point de vue du traitement par les eaux thermales. On pourrait dire, en effet, que sous l'influence d'une température plus élevée, le rhumatisme tend à devenir subaigu, et à rentrer, par conséquent, dans des conditions de curabilité plus avantageuses.

Il serait assez difficile de désigner les articulations que la maladie frappe de préférence et par lesquelles elle commence sa lente invasion. La colonne vertébrale est souvent affectée la première chez les ouvriers qui travaillent à la terre et sont exposés à toutes les variations atmosphériques; les membres inférieurs, les articulations des genoux, des pieds avec les jambes, celles du bassin sont atteintes dans un ordre indéterminé.

Par ses phénomènes extérieurs, le travail pathologique qui s'accomplit alors rappelle celui que nous voyons se faire chez les vieillards avec le progrès de l'âge. Le mouvement se ralentit graduellement jusqu'à ce qu'il soit à peu près impossible. On observe quelquefois une tuméfaction passagère autour des parties malades, sans traces de congestion ni de molimen inflammatoire auquel de la fièvre corresponde. Telles sont les manifestations ordinaires du rhumatisme torpide. Nous n'avons pas à décrire la maladie avec ses variétés, ses coïncidences et ses modifications intercurrentes; nous voulons seulement en faire une classe à part assez nettement définie pour qu'il soit facile de la reconnaître quand nous y reviendrons à propos du traitement.

Placée sur la limite des maladies rhumatismales qui succèdent à des accidents aigus et de celles qui prennent dès leur apparition une marche chronique, l'affection dont nous venons d'esquisser les traits saillants nous conduit naturellement à parler d'une autre forme moins bien connue et qui n'a pour l'ordinaire aucun antécédent fébrile. Qu'on nous permette, faute d'une nomenclature adoptée, de le désigner sous le nom de rhumatisme noueux, *rheumatismus nodosus*.

Cette sorte de maladie indiquée par beaucoup d'auteurs, mais dont l'histoire reste encore à faire, constitue réellement une espèce dans le genre et mérite à plusieurs égards une description détaillée.

Les malades, et ce sont souvent des femmes, éprouvent subitement, sans cause appréciable, des douleurs assez vives dans l'articulation d'une phalange. Quelquefois il survient en même temps un gonflement dont l'apparence et la couleur imitent assez exactement celles des engelures. Il n'y a d'ailleurs aucun symptôme fébrile. Les choses rentrent bientôt dans l'ordre, sauf une gêne modérée et un reste de gonflement qu'on regarde volontiers comme un accident sans importance. Après plusieurs jours ou plusieurs semaines de complète intermission, une autre articulation devient douloureuse, le mal gagne ainsi presque toutes les phalanges l'une après l'autre et le poignet commence déjà à se mouvoir avec une difficulté qui n'est encore que de la roideur.

L'affection rhumatismale marche ainsi du poignet au coude, du coude à l'épaule; elle se porte au pied, au genou, et seulement plus tard à l'articulation coxo-fémorale. Elle parcourt d'ailleurs ces diverses parties accompagnée de ses caractères distinctifs, quittant l'une brusquement pour envahir l'autre, occupant deux ou trois points à la fois, puis faisant mine de disparaître pour faire au bout de peu de temps ou après plusieurs années une nouvelle irruption. Les accès sont toujours douloureux et provoquent souvent des souffrances aiguës sans aucun indice de fièvre rhumatismale.

Jusque-là le rhumatisme noueux diffère peu de celui dont nous avons noté les symptômes au commencement de ce chapitre; voici quels signes le distinguent.

Le mal débute invariablement par une des articulations des phalanges entre elles, ou avec le métacarpe; rarement, jamais peut-être, par celles du pouce. Une fois qu'il a touché une de ces parties, il ne

se marier, il ne se plaignait que d'une chose, c'était de l'irrégularité des traits produite par le gonflement de la mâchoire inférieure.

— Nous profiterons de l'occasion que nous fournissent ces deux malades pour insister quelques instants sur les points principaux de la pratique de M. Jobert dans les amputations.

Ainsi : 1° ce chirurgien préfère la méthode à lambeaux chaque fois que le cas le permet ; il conserve, de cette manière, assez de parties molles pour recouvrir convenablement, pour matelasser, qu'on nous passe cette expression, l'extrémité osseuse du moignon.

2° Il procède avec le plus grand soin aux ligatures des artères, et même de toutes les artérioles que l'on peut découvrir ; il agit ainsi, non-seulement pour prévenir une hémorrhagie consécutive qui est toujours une fâcheuse complication, mais encore pour s'opposer à tout écoulement de sang, à tout épanchement sanguin entre les deux lambeaux : il pense, en effet, que si l'on obtient rarement des réunions par première intention à la suite des amputations, cela tient surtout à ce que du sang s'épanche entre les lèvres de la plaie, et que, ne pouvant être résorbé en totalité, la suppuration s'ensuit.

3° Ce chirurgien, enfin, rapproche les lambeaux l'un de l'autre, les met en contact parfait et dans leur plus grande étendue possible ; pour les maintenir ainsi, condition à laquelle M. Jobert attache une grande importance, il emploie toujours la suture entortillée, après quoi la plaie est pansée avec des rondelles d'agaric.

En résumé, tailler des lambeaux larges et épais, lier avec soin tous les vaisseaux, maintenir les surfaces saignantes des lambeaux en contact parfait et dans une grande étendue à l'aide de la suture entortillée, tels sont les préceptes recommandés par M. Jobert et auxquels il doit, sans aucun doute, les réunions par première intention qu'il obtient si souvent à la suite des amputations de seins ou des membres.

N'a-t-on pas vu, du reste, les deux amputés de la cuisse dont nous avons rapporté les observations guéris de cette grave opération, l'un au bout d'un mois, et l'autre après un mois et quelques jours, malgré l'apparition consécutive de plusieurs abcès ?

On connaît tout le danger que présente une plaie dont la suppuration est abondante, et dans laquelle baignent un ou plusieurs os fracturés. C'est dans ce cas surtout que M. Jobert recommande de renouveler le pansement un grand nombre de fois, de panser avec la décoction aromatique ; la poudre de quinquina, etc. ; puis, s'il survient du frisson, symptôme précurseur de cette terrible affection connue sous les noms d'*infection*, de *résorption* ou de *diathèse purulentes*, ce chirurgien cautérise immédiatement avec le nitrate acide de mercure toute la surface de la plaie, y compris la portion du tissu spongieux des fragments. S'il agit ainsi, ce n'est point parce qu'il pense par l'emploi des caustiques pouvoir arrêter les effets de l'infection purulente ; mais il espère, de cette manière, oblitérer les petites veines du tissu osseux, empêcher l'arrivée d'une nouvelle quantité de pus dans le sang, et arrêter à sa source ou plutôt diminuer cette funeste complication. En même temps, M. Jobert prescrit contre le frisson du sulfate de quinine soit en potion, soit en lavement.

Tel est le mode de traitement que nous avons vu mettre en usage avec tant d'avantage chez le sujet de la seconde observation ; ce jeune homme, en effet, d'abord atteint d'une fracture des plus graves des deux os de la jambe, présente des symptômes d'infection purulente, subit l'amputation de la cuisse, présente après l'opération des abcès multiples, suite non douteuse d'une altération profonde du sang, et est néanmoins assez heureux pour conserver la vie.

Pour terminer, remarquons enfin que, chez ce même malade, M. Jobert, loin d'administrer des purgatifs lorsque les premiers accidents de l'infection étaient dissipés, n'a voulu rien faire au contraire pour combattre la constipation, qui a persisté plusieurs jours même après l'amputation de la cuisse.

M. Sédillot, qui termine un Traité de l'infection purulente, pense aussi que la cautérisation peut arrêter les effets de cette affection ; mais il croit nécessaire d'ajouter à ce moyen l'usage des évacuants dans le but de débarrasser l'économie du produit septique que le sang y a charrié, et des toniques pour relever, pour ranimer les forces du sujet.

A l'égard de l'emploi des évacuants dans ce cas, nous présenterons une petite objection : Ne doit-on point craindre que l'emploi des évacuants ne détermine ou n'augmente un dévoiement opiniâtre qui n'existe déjà que trop souvent, dévoiement qui épuiserait encore davantage les forces du sujet ? D'ailleurs, en supposant même que cette crainte ne fût point fondée, il resterait encore à savoir comment les évacuants pourraient débarrasser l'économie du produit septique.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance du 1er décembre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Desportes, au nom de la section de thérapeutique, annonce que cette section a décidé que la liste des candidats à la place vacante devra contenir six noms.

Cette proposition est adoptée.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport sur la peste.

Les deux derniers paragraphes sont adoptés après une courte discussion et avec de légères modifications.

M. Prus présente alors à l'Académie la rédaction définitive des conclusions ainsi conçues :

Lieux où naît la peste. — I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, les contrées où la peste naît encore sont : en première ligne, l'Egypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire du Maroc ; le même danger ne paraît plus à craindre pour l'Algérie.

Causes de la peste. — II. Les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater, l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux ; un air chaud et humide ; des demeures basses, mal aérées, encombrées ; l'accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction ; une alimentation insuffisante et malsaine ; une grande misère physique ; un état habituel de souffrance morale ; la négligence des lois de l'hygiène publique et privée.

Transmissibilité. — III. La peste, à l'état sporadique, ne paraît pas susceptible de se transmettre.

La peste, à l'état épidémique, est transmissible soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

Modes de transmission. — IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes répandus dans des endroits clos et mal ventilés peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle.

Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

De nouveaux faits sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

Il résulte des recherches exactes faites dans les lazarets européens que, depuis plus d'un siècle, les marchandises n'ont pas transmis la peste.

Durée de l'incubation de la peste. — V. En dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est pas déclarée chez les personnes compromises plus de huit jours après un isolement complet.

Prophylaxie de la peste. Par l'hygiène. — VI. Une application éclairée et persévérante des lois de l'hygiène pourrait, en détruisant les causes de la peste, prévenir son développement dans les lieux qui lui donnent encore aujourd'hui naissance.

Par la législation sanitaire. — VII. Faire surveiller au départ, pendant la traversée et à l'arrivée par des médecins sanitaires légalement assermentés institués à cet effet, les bâtiments venant de lieux suspects.

On insistera sur l'emploi d'un bon système d'aération du navire pendant la traversée.

Il sera délivré au port du départ :

Patente nette en temps ordinaire, c'est-à-dire quand la peste n'existera pas ou n'existera qu'à l'état sporadique ;

Patente brute en temps d'épidémie pestilentielle ou d'imminence d'épidémie.

Les conclusions III et V indiquent, d'après les faits observés jusqu'à ce jour, quand il y a lieu à imposer des quarantaines et quelle doit être leur durée ; l'Académie s'en rapporte à l'autorité pour déterminer par quels degrés et jusqu'à quel point la prudence permet de rapprocher la pratique des résultats de l'observation.

La quarantaine sera comptée du jour du départ pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord.

Pour ceux qui n'auront pas de médecin à bord, la quarantaine commencera du jour de l'arrivée en France.

Quelle que soit la patente, s'il y a eu à bord pendant la traversée ou s'il y a lors de l'arrivée au port un ou plusieurs cas de peste ou seulement de maladie suspecte, les passagers et l'équipage devront être soumis à la même quarantaine que s'ils sortaient d'un lieu où régneraient actuellement la peste épidémique.

Cette quarantaine se fera au lazaret et jamais à bord.

Le bâtiment sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée et les conditions seront déterminées par l'autorité supérieure.

Sur tous les navires partant avec patente brute, on continuera à plomber les effets des voyageurs, ou mieux encore, si cela est possible, les soumettre pendant la traversée à une ventilation efficace.

Regarder comme inutiles les moyens mis en usage pour purifier les marchandises.

Disposer les lazarets de manière a assurer l'isolement des pestiférés et en même temps une parfaite aération. Les pestiférés devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires.

M. le président met aux voix cette rédaction définitive et l'ensemble du rapport.

L'assemblée est très nombreuse, depuis longtemps nous n'avions vu autant d'honorables académiciens.

A la première épreuve, l'assemblée en masse vote pour l'adoption des conclusions.

A la contre-épreuve, une seule main se lève contre, c'est celle de M. Castel.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

M. Honoré. Je propose que des remercîments soient votés à M. le rapporteur.

De toutes parts : Oui ! oui !

M. le président. C'est avec bonheur que je transmets à M. Prus les remercîments de l'assemblée.

M. Prus quitte la tribune au bruit des applaudissements de l'Académie et du public.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÈMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 novembre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

Des résultats de la lithotritie méthodiquement appliquée aux seuls cas qui la comportent, par M. Civiale. — Ce Mémoire est accompagné de la lettre suivante :

De 1836 à 1845, j'ai fait deux cent soixante-six applications de ma méthode, et j'ai obtenu deux cent cinquante-neuf guérisons, dont quelques-unes incomplètes. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que le plus grand nombre des malades appartient à la vieillesse : il n'y a que cinq enfants. Parmi les malades opérés, on compte neuf médecins ou chirurgiens. Soixante-dix-neuf calculeux ont, en outre, réclamé mes soins ; mais je ne les ai pas trouvés dans des conditions favorables à la lithotritie : vingt-huit ont subi la taille, qui en a sauvé dix-sept ; les autres ont conservé leur pierre, et la plupart ont succombé ensuite par les progrès ou les complications de la maladie.

En rapprochant les faits nouveaux de ceux dont j'ai déjà présenté le tableau à l'Académie, on trouve cinq cent quatre-vingt-deux calculeux lithotritiés par moi seulement. On aura remarqué que la morta-

---

la quitte plus ; mais, à la manière des affections chroniques, il a ses recrudescences. A chaque nouvel accès, la déformation articulaire, d'abord inaperçue, fait de sensibles progrès ; des parties latérales par lesquelles elle avait débuté elle envahit bientôt l'articulation, qu'elle contourne ; les extrémités des os deviennent noueuses, elles s'empâtent, s'élargissent et finissent par perdre entièrement leur forme primitive. La main elle-même participe de la déformation graduelle des organes qui la composent ; les doigts sont raccourcis ou allongés contrairement à leur dimension naturelle ; à la longue, ils forment avec le métacarpe un angle plus ou moins prononcé et qui les porte en dedans, la main étant en supination.

Plus les articulations sont considérables, moins le rhumatisme tend à s'y fixer de prime abord ; il ne s'y arrête qu'après de nombreuses tentatives et s'y comporte souvent, pendant plusieurs années, à la façon du rhumatisme errant. Le gonflement est le premier indice d'un changement de nature et de la cessation de cette mobilité. Sans rougeur, presque indolente, la tuméfaction dure elle-même longtemps avant qu'on puisse sentir le développement des nodosités qui complétent l'altération anatomique, mais ne mettent pas toujours fin aux douleurs.

La maladie peut serpenter de la sorte, insidieuse, on pourrait presque dire capricieuse, au travers de toutes les jointures ; elle peut s'arrêter dans sa marche et reculer devant les grosses articulations. Tantôt le malheureux patient n'est privé que de ses mains ; tantôt réduit par degrés à un état d'infirmité déplorable, il est obligé de solliciter les services qu'on rend à peine aux plus jeunes enfants.

Il importe que le médecin, en songeant aux avantages que retirent les rhumatisants de l'emploi des sources minérales, ne fasse pas rentrer cette variété de l'affection rhumatismale dans la classe commune. S'il est vrai de dire qu'on ne doit désespérer d'aucun rhumatisme chronique indolent ou subaigu avant d'avoir essayé les bains d'eaux thermales, il est indispensable d'ouvrir une exception pour la forme que nous venons d'exposer. Tant légère que soit en apparence la maladie, dût-elle ne tenir que deux ou trois phalanges, on fera sagement de ne porter jamais un pronostic favorable. Les eaux n'y comptent aucun succès, pas plus que les autres médications entreprises avec la plus persévérante activité. En supposant qu'on arrive à modérer les accidents, à rendre plus lente leur apparition successive, il n'est pas permis de compter sur de plus heureux résultats.

Nous avons jugé nécessaire d'entrer dans ces détails. Persuadé, comme nous le sommes, qu'on ne peut apprécier les vertus des eaux minérales qu'en établissant à l'avance des distinctions et en faisant de justes réserves, nous avons voulu prémunir contre ces confiances extrêmes qui aboutissent bientôt à des défiances également exagérées. Cette forme de rhumatisme est peut-être la seule dont on puisse affirmer qu'elle ne guérira ni par les bains, ni par les douches thermales. Si fâcheux que soit le pronostic, il est toujours utile quand il est ainsi positif.

Sauf les variétés individuelles qui échappent à toutes les tentatives de classification, les affections rhumatismales chroniques auxquelles les eaux minérales sont applicables, rentrent assez exactement dans les trois classes que nous avons indiquées. Il nous reste maintenant à parler des altérations locales consécutives à la maladie, et qui persistent après que le rhumatisme qui leur a donné naissance a lui-même disparu. Il ne s'agit plus d'un état général manifesté par des symptômes sans cesse renaissants, d'un trouble de l'organisation qui peut se dissimuler, qui suspend momentanément ses effets, mais laisse le malade sous l'imminence d'une rechute dont il ne saurait prévoir la gravité. Tout se réduit à un fait accompli contre lequel on dirige, sans aucune autre préoccupation, ses moyens de traitement.

Par cela seul que la lésion est désormais distincte de l'affection aiguë qui l'a produite, peu importe la nature inflammatoire simple ou complexe, rhumatismale ou syphilitique de la cause première. L'examen des articulations affectées fournit les éléments du pronostic et les indications du traitement. C'est en effet d'après le plus ou moins d'étendue et de facilité des mouvements qu'on estime les chances de guérison ou d'amélioration probables ; moins le membre est ankylosé, plus les résultats du traitement pourront être favorables.

Tels sont les principes justement consacrés d'après lesquels le médecin porte son jugement sur les lésions articulaires et sur leur curabilité, lorsque tout vestige de travail inflammatoire, ou pour mieux dire de travail pathologique a complétement disparu. Ces données sont si simples et si vulgaires, qu'il serait inutile d'y insister davantage.

Cependant les cas où on peut recourir avec succès aux sources minérales, n'ont pas tous une égale simplicité. Quand les malades attendent pour demander conseil qu'ils aient à remédier à une infirmité, les choses sont exemptes de complications ; lorsqu'au contraire nous assistons à toutes les phases de la maladie, il ne s'agit plus seulement de choisir l'eau thermale la plus avantageuse, mais de savoir à quelle période de la convalescence il conviendra d'y recourir ou même de décider s'il ne serait pas préférable d'attendre la complète cessation des accidents subaigus.

Pour le rhumatisme chronique, personne n'hésite et ne recule devant la médication jusqu'au jour où les lésions articulaires ne seront plus sous le coup de l'influence rhumatismale ; pour des affections lentes, mais qui n'ont aucune tendance à élire domicile dans l'organisme, le médecin a la liberté d'ajourner les médicaments actifs. Convient-il qu'il en use ? Un exemple rendra sous ce rapport notre pensée plus complétement saisissable.

Qui ne connaît les arthrites redoutables auxquelles sont soumises les nouvelles accouchées, soit qu'un rhumatisme aigu ait ouvert la série des accidents, soit que l'inflammation ait, sans antécédents appréciables, envahi une ou plusieurs articulations ? Le traitement antiphlogistique le plus énergique suffit à peine à modérer la violence des désordres inflammatoires, la suppuration est trop souvent impossible à conjurer, les douleurs sont intolérables.

L'articulation est alors compromise dans toutes ses parties : les extrémités des os se gonflent, les surfaces articulaires sont érodées, une ankylose presque complète est toujours à craindre pour le moment où il sera permis de s'assurer plus exactement de la mobilité des organes. Cependant, peu à peu, à l'aide des moyens employés la douleur diminue, la pression n'excite plus de souffrances, les tractions sur le membre sont moins pénibles quoique les têtes osseuses ne diminuent pas de volume et qu'il reste encore un état subinflammatoire appréciable à quelques signes.

A cette période, le mal reste comme stationnaire ; sa période décroissante est à peine sensible. C'est, à notre sens, un moment favorable pour agir à l'aide des bains et des douches. Nous croyons qu'il vaut mieux intervenir alors, malgré la persistance de la maladie, que d'attendre son entière élimination. L'ankylose, qu'on doit détourner par tous les moyens possibles, dépend, lorsqu'elle est incomplète, des altérations du système fibreux aussi bien que de celles des surfaces articulaires et des extrémités osseuses. Or, il est d'expérience que plus on tarde, plus on éprouve de peine à rétablir la liberté des mouvements. Si, d'une part, le malade court le danger de voir reparaître les phénomènes inflammatoires, et ce serait une rare exception, de l'autre, il court le risque d'entraver les chances de guérir par une expectation trop prolongée.

Peut-être serait-il à propos, après ces considérations, déjà trop étendues, de dire quelques mots du rhumatisme musculaire ou aponévrotique et des arthrites de cause spéciale ? Nous avons, à l'occasion des scrophules, étudié l'action des eaux minérales sur une des formes d'arthrite les plus importantes à distinguer. Les vieilles lésions qui dépendent d'anciennes affections syphilitiques contre lesquelles les médicaments spécifiques ont été épuisés sans profit, n'offrent rien de particulier ; elles rentrent dans les conditions communes du moment qu'elles sont soustraites aux influences d'un traitement *sui generis*.

Quant au rhumatisme non articulaire, c'est une maladie si imparfaitement connue et de formes si indécises, que nous serions réduit à présenter des observations individuelles, sans aucune règle, sans aucune loi thérapeutique assez générale pour être de quelque intérêt.

Nous avons hâte d'ailleurs d'arriver au traitement, pour lequel nous avons cru nécessaire de réserver un chapitre à cause de son importance et des questions qui s'y rattachent.

(*La fin à un prochain numéro*).

lité est plus forte dans les nouvelles listes que dans les anciens tableaux ; à ne voir que les chiffres, un tel résultat implique contradiction avec ce qu'on devait attendre des perfectionnements apportés, soit à l'appareil instrumental, soit au procédé opératoire. La différence tient à ce qu'au début de ma pratique je n'opérais que dans les cas très favorables ; il s'agissait du sort d'une nouvelle méthode, sur le compte de laquelle on n'aurait pas manqué de mettre des événements qui auraient dépendu uniquement du mauvais choix des sujets. Des succès seuls pouvaient imposer silence à une opposition chaque jour plus menaçante, et pour les obtenir il fallait n'opérer que dans des cas où ils fussent à peu près certains. Aujourd'hui la nouvelle méthode est jugée. L'humanité commande au chirurgien de recourir à l'opération qui offre le plus de chances de sauver le malade ; et, quoique le résultat soit incertain, la lithotritie permet encore plus que la taille de compter sur le succès. En opérant dans des cas douteux, on ne peut manquer de donner lieu à une mortalité plus forte.

Mais ce que la lithotritie semble avoir perdu en sûreté, elle l'a gagnée en extension. Autrefois, on n'opérait que la moitié des calculeux qui se présentait ; aujourd'hui, les trois quarts environ sont traités par elle. L'art, plus sûr de lui-même, peut maintenant attaquer des cas que la prudence commandait autrefois d'abandonner.

REVUE GÉNÉRALE.

Résultats fournis par l'auscultation dans un cas d'accouchement de trois jumeaux. — Les *Archives* publient, d'après les journaux allemands, le fait suivant dû au professeur Nægelé fils :

Une femme de trente-deux ans, primipare, arriva au terme de sa grossesse ; au moment du travail, elle fut auscultée, et on trouva distinctement, dans la région hypogastrique gauche, un battement double de cœur du fœtus et un bruit de souffle simple de cordon, et dans la région hypogastrique droite, également d'autres battements doubles. Deux observateurs appliquèrent le stéthoscope, l'un à droite, l'autre à gauche de la femme, et trouvèrent les battements du cœur du fœtus et du cordon ombilical plus fréquents à droite qu'à gauche (38 sur 36 par quart de minute). Plus tard, lorsque le fœtus droit fit plus de mouvements, on compta 40 pulsations pour le cœur et 36 pour le cordon : ainsi une différence de 16 pulsations par minute. Après l'accouchement d'un premier enfant par le forceps, on ausculta de nouveau, et on entendit encore distinctement les pulsations du cœur du fœtus, dont les unes dans l'hypochondre gauche, et les autres dans la région ombilicale droite. La tête du fœtus, qui se présentait à l'orifice, était placée dans la deuxième position : donc que le bruit du cœur entendu à droite appartenait à ce fœtus, amené également par le forceps. Après la sortie de celui-ci, on ressentit encore les pulsations d'un seul cœur, qui appartenait au troisième fœtus qui restait, et qui vint ensuite au monde sans le secours de l'art. Tout le travail de l'accouchement avait duré cinquante-sept heures.

Le diagnostic porté par le fils du célèbre accoucheur de Heidelberg sur la présence de plus d'un fœtus dans l'utérus, était fondé sur l'audition nette et distincte de deux battements doubles. Ce n'est qu'après la naissance d'un premier fœtus, lorsqu'on entendit encore deux battements doubles distincts, qu'on s'assura d'une grossesse de trois jumeaux. Les bruits du cœur du troisième fœtus n'ont pas été entendus dès le commencement du travail, probablement parce qu'il était placé en arrière vers le rachis de la femme. Quant au bruit de souffle utérin, il n'a été ni plus fort, ni plus étendu que dans une grossesse ordinaire ; il ne pouvait pas faire soupçonner l'existence de trois placentas.

Chorée guérie par la strychnine. — Voici un fait que nous empruntons au *Bulletin de thérapeutique*.

Une jeune fille de dix-sept ans, marchande au Temple, est prise de chorée, qui semble déterminée par la suppression des règles dans le courant de janvier 1845. Le flux menstruel se rétablit après six semaines, et en même temps, sous l'influence de quelques bains sulfureux, la chorée disparaît. Elle n'avait occupée que le côté gauche du corps.

Au mois d'octobre 1845, les règles se supprimèrent de nouveau. La chorée reparaît ; mais cette fois elle occupe les deux côtés, avec prédominance à gauche ; diminution notable de la sensibilité et de la motilité, affaiblissement manifeste de l'intelligence et de la mémoire. La malade entre à l'hôpital Necker le 22 décembre. La chorée durait depuis près d'un mois.

M. Trousseau prescrit le sirop de strychnine aux 2 millièmes (1 centigramme de strychnine pour 20 grammes de sirop), et aux doses progressivement croissantes de 30, 40, 50 grammes, puis de 10 en 10 grammes jusqu'à 100. A cette dose, qui équivaut à 5 centigrammes de strychnine, l'effet thérapeutique obtenu est déjà très sensible. L'agitation chronique a presque entièrement cessé. L'intelligence est beaucoup plus nette, la mémoire plus active ; mais la malade éprouve de vives démangeaisons à la tête, beaucoup de roideur dans les mâchoires, sans secousses convulsives d'ailleurs. Le sirop est continué quelques jours à la même dose, puis la quantité est augmentée progressivement, jusqu'à ce que la malade en prenne par jour 200 grammes, c'est-à-dire l'équivalent de 10 centigrammes de strychnine. A ce moment la chorée a complétement disparu après deux mois de traitement. On ne suspend pas tout d'un coup l'administration de la strychnine, mais on diminue progressivement les doses. La malade quitte l'hôpital parfaitement guérie. Ses règles n'ont pas reparu, leur suppression tenant à un état de grossesse.

Ce fait offre de l'intérêt à un double point de vue. La cause qui a déterminé la chorée est ici très manifeste, c'est évidemment la suppression du flux menstruel. Il est probable que ce doit être là une des conditions les plus communes de la chorée ; mais il est vrai de dire que rarement l'influence du flux menstruel sur la production de cette maladie est aussi prononcée. Il est également important de remarquer la rapidité avec laquelle s'est opérée la guérison. Depuis que M. Trousseau a commencé à appliquer à la thérapeutique de la chorée les préparations de strychnine, les faits de ce genre ne sont plus rares. C'est une médication difficile, sans doute, qui exige une grande prudence, qui demande à être conduite avec soin ; mais c'est aussi une des plus puissantes que nous connaissions.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode d'administration des oléo-résines, des essences, etc., par M. Caillot.

Tous les praticiens savent combien on rencontre de difficultés dans la plupart des cas, lorsqu'il s'agit de faire prendre à l'intérieur la térébenthine de copahu et diverses huiles volatiles et autres, que leurs propriétés thérapeutiques rendent précieuses dans le traitement de certaines affections. M. Caillot a constaté que l'ingestion de tous ces médicaments peut avoir lieu sans la moindre peine lorsqu'on les présente aux malades sous la forme d'une gelée. Il indique la formule suivante comme celle qui convient le mieux pour le baume de copahu.

Gelée de baume de copahu.

Oléo-résine de copahu solidifiable,	30 grammes.
Eau commune,	26
Ichthyocolle,	4

Si l'oléo-résine était fluide et non solidifiable, on devrait augmenter la proportion de l'ichthyocolle, et porter cette substance jusqu'à la dose de 5 grammes et demi à 6 grammes.

Le mode de préparation consiste à faire dissoudre l'ichthyocolle dans l'eau, mais à un degré de chaleur qui ne dépasse pas le point d'ébullition de l'eau, puis à remplacer l'eau évaporée par l'addition d'une quantité égale. Alors, après avoir laissé la solution en repos pendant un instant, on décante dans un mortier de marbre qu'on a préalablement échauffé légèrement ; on ajoute l'oléo-résine ; on agite jusqu'à ce que le mélange ait acquis la consistance d'une crème, et enfin on coule dans un pot, où la préparation finit par prendre en gelée.

On peut préparer de la même manière des gelées d'huile de ricin, d'huile de foie de morue, d'huile de foie de raie, etc.

Ces médicaments ainsi obtenus ne peuvent être conservés plus de sept ou huit jours sans éprouver d'altération. Lorsqu'on veut les rendre susceptibles d'une plus longue conservation, on doit réduire la substance active au tiers de la masse totale, et recourir alors à la formule ci-après :

Ichthyocolle,	2 gram. et demi.
Eau commune,	16 grammes.

On fait dissoudre avec les précautions indiquées ci-dessus.

D'un autre côté :

Oléo-résine de copahu,	30 grammes.
Miel blanc,	15 grammes.
Sirop de sucre,	15 grammes.
Gomme arabique,	7 gram. et demi.
Eau commune,	4 grammes.

On bat le tout ensemble jusqu'à ce qu'on ait obtenu un mélange parfaitement homogène que l'on porte alors dans un mortier préalablement achauffé, et on l'émulsionne avec le soluté chaud d'ichthyocolle, en ayant soin d'agiter jusqu'à consistance crémeuse ; après quoi, on coule dans un pot pour laisser prendre en gelée comme il a été dit.

S'il s'agit de la térébenthine de Venise, on suit la formule suivante :

Térébenthine de Venise,	15 grammes.
Sirop de sucre,	20
Eau commune,	20
Gomme arabique,	4
Ichthyocolle,	2

M. et F. S. A.

On se sert de la même formule pour préparer les gelées d'essence de térébenthine et d'essence de cubèbe.

Sur le nouvel antidote proposé par M. le docteur Smith contre l'acide cyanhydrique, par M. A. Larocque.

L'antidote proposé par M. Smith est formé d'un mélange de proto et de sesquioxyde de fer et de carbonate de potasse ou de soude. On prend, par exemple, sept parties de proto-sulfate de fer, dont on transforme quatre parties en persulfate ; on mélange les deux, et on précipite par un excès de carbonate de soude ; on conserve dans des flacons bouchés. Ce composé peut se conserver pendant quelque temps.

Cette réaction est basée sur la propriété que possède l'acide cyanhydrique de se combiner avec les oxydes de fer lorsqu'ils sont en présence d'un carbonate alcalin et de former du bleu de Prusse, corps insoluble et sans action sur l'économie animale.

M. Smith a annoncé qu'ayant fait avaler à un chien trente gouttes d'acide cyanhydrique anhydre, il lui administra, une minute après, son antidote, et que, chose remarquable après ce laps de temps, l'animal fut rappelé à la vie.

M. Larocque, à l'invitation de M. Caventou, professeur de toxicologie à l'Ecole de pharmacie, a fait de nombreuses expériences pour constater l'efficacité de cet antidote, et il en est résulté pour lui :

1° Que l'antidote du docteur Smith ne peut servir lorsqu'on a administré à un animal l'acide cyanhydrique anhydre, la mort étant alors trop rapide, et que par conséquent ce toxicologue a opéré avec un acide impur ou altéré ;

2° Que, même avec l'acide anhydre étendu de son volume d'eau, il n'y a pas possibilité non plus de se servir de cet antidote, la mort étant encore trop prompte ;

3° Que l'on peut avoir de bons résultats de cet antidote quand il est administré dès que les premiers symptômes commencent à se développer, et que l'on a affaire à de l'acide médicinal administré à la dose de 1 gr. à 1 gr. 5 ;

4° Que lorsque l'acide médicinal est dilué dans une assez grande quantité d'eau, on a, dans la majorité des cas, chance de rappeler l'animal à la vie ;

5° Que le chlore employé concurremment avec cet antidote, peut rendre d'importants services ;

6° Enfin que dans des cas désespérés, là seulement où l'on n'a plus qu'à attendre la mort, on peut tenter l'injection dans les veines ; en prenant toutefois toutes les précautions convenables pour cette opération.

Comme il importerait que cet antidote se trouvât toujours préparé à l'avance dans les officines, afin de pouvoir se le procurer sans retard en cas de besoin, M. Larocque annonce qu'en ajoutant une dissolution de sucre au mélange des deux sulfates de fer, en précipitant ensuite par du carbonate de soude, et en conservant dans des vases bien fermés et autant que possible pleins, l'antidote du docteur Smith est susceptible de se garder pendant plusieurs mois sans éprouver aucune altération. La formule suivante donne, dit-il, de bons résultats :

Sucre,	60	grammes ;
Sulfate ferreux,	55	id. ;
Sulfate ferrique,	90	id. ;
Eau,	250	id. ;
Carbonate de soude cristallisé,	560	id.

M. et F. S. A.

Pour un mélange à conserver dans des vases fermés.

Cet antidote doit être administré à la dose de 40 à 100 grammes et même plus, s'il en est besoin, à l'état de bouillie.

— M. Domange-Hubert invite ceux de MM. les docteurs en médecine dont les noms n'étaient pas portés dans la dernière édition de l'Almanach général de médecine, à vouloir bien lui adresser immédiatement à son domicile, boulevard Saint-Denis, 2, ou à la librairie médicale de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1, la note indiquant la date et le lieu de leur réception, l'heure de leurs consultations et leur adresse.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 145. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 4 DÉCEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons, il y a quelque temps, annoncé que nous reviendrions sur un cas fort intéressant que nous avons observé à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, et qui a fait le sujet de plusieurs leçons qui seront publiées en entier dans ce Journal (*voir* numéro du 19 novembre). Nous voulons parler du malade affecté d'une tumeur située dans l'épaisseur des tubérosités du tibia, et pour laquelle M. le professeur Roux a pratiqué la ligature de l'artère crurale (1). Disons d'abord, et avant tout, que l'opération, faite avec cette dextérité que l'on est habituée à retrouver dans toutes celles que fait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a eu jusqu'à présent les suites les plus heureuses. Les battements ont cessé dans la tumeur aussitôt après la ligature faite, mais le volume n'en a pas beaucoup diminué.

Le premier appareil a été levé le 23 novembre, quatre jours après l'opération. La température du membre était à peu près la même que celle du membre sain; l'engourdissement dont ce membre avait été le siége avait déjà en grande partie disparu, et a cessé complétement aujourd'hui. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats définitifs. Nous ne voulons nous occuper aujourd'hui que d'un point assez obscur de la question : de la nature de la tumeur, que M. Roux, sans prétendre se prononcer d'une manière formelle, regarde comme une tumeur fongueuse sanguine, assez analogue aux tumeurs érectiles des parties molles, et produite par une dilatation des capillaires artériels de la substance osseuse.

Jusqu'à ces derniers temps, les auteurs se sont peu occupés de ces tumeurs; c'est à peine si l'on trouve dans les recueils du dernier siècle un ou deux faits isolés; le premier, dû à Pearson, 1790; le second à Scarpa, 1792. En 1826, à l'occasion d'un fait publié par M. Lallemand, Breschet rassembla dans un Mémoire fort étendu, inséré au Répertoire d'anatomie et de physiologie, tous les faits connus et trois faits nouveaux empruntés à la clinique de Dupuytren. Depuis le Mémoire de Breschet, M. Roux a imprimé, dans le Bulletin de l'Académie de médecine, un travail fort intéressant sur ce sujet; et les auteurs du Compendium désignent cette affection sous le nom de *tumeur sanguine des os*. M. Nélaton, auquel ses travaux sur l'anatomie pathologique des os ont assigné tout d'abord un rang si distingué dans la science, et qui a fait de ces tumeurs une étude non moins approfondie que celle des tubercules des os, leur consacre, dans le deuxième volume de son Traité de chirurgie, un article très détaillé dont nous aurons l'indiscrétion d'exposer les principaux points, grâce à l'obligeance avec laquelle cet honorable et savant confrère a bien voulu nous communiquer les épreuves des premières feuilles de son volume, sous presse en ce moment.

Pour M. Nélaton, ces tumeurs sont de véritables anévrismes des os; et sous ce rapport, il diffère quelque peu de ceux qui l'ont précédé. A son avis, un grand nombre des faits publiés jusqu'à présent, et rangés parmi les tumeurs fongueuses sanguines, sont simplement des cancers encéphaloïdes présentant des pulsations, et des kystes sero-sanguins sans communication avec les artères. Les véritables anévrismes, sans combinaison avec une dégénérescence cancéreuse, sont excessivement rares; mais l'anatomie pathologique, et les résultats produits quelquefois par la ligature de l'artère principale du membre, ne laissent aucun doute sur leur existence et sur leur nature. C'est surtout sur la structure intime et sur l'organisation de ces tumeurs, que M. Nélaton a différé des chirurgiens qui ont écrit sur ce point de pathologie. Ainsi, tandis que jusqu'à présent on les a considérées comme analogues et comparables aux tumeurs érectiles des parties molles, il les regarde comme en différant essentiellement :

« Au lieu, dit-il, d'un tissu vasculaire analogue au tissu caverneux qui forme la masse des tumeurs érectiles, on ne trouve dans les anévrismes osseux qu'une cavité remplie de sang liquide ou coagulé, dans laquelle viennent s'ouvrir plusieurs vaisseaux artériels. En un mot, il y a dans ce cas un véritable sac anévrismal, comparable à ceux que l'on rencontre dans les parties molles, avec cette différence seulement, que les premiers reçoivent le sang qui est versé dans leur intérieur par un nombre plus ou moins considérable de vaisseaux artériels, tandis que les seconds ne communiquent qu'avec un seul tronc vasculaire. »

Quant à la formation de cette poche, aux phases par lesquelles passe l'altération osseuse pour arriver à l'état que nous venons de décrire, on semblerait en droit de conclure, d'après quelques faits, et surtout d'après ceux de Scarpa, consignés dans le Mémoire de Breschet et dans les *Archives*, que la poche anévrismale est précédée par la formation d'un tissu érectile, dans lequel à une certaine époque se fait une rupture, et que par suite le sang s'épanche hors des vaisseaux, refoule les parties molles, et se conduit ultérieurement comme dans les anévrismes proprement dits.

Mais rien ne démontre que les deux faits sur lesquels s'appuie cette théorie soient bien des exemples de l'anévrisme osseux à la première période. Au contraire, vu les régions dans lesquelles ces tumeurs se sont développées chez les malades de Scarpa, et qui ne sont pas le siége ordinaire de cette affection, on peut se demander si malgré sa grande habileté, sa grande expérience, Scarpa n'aurait pas confondu avec les anévrismes des os des tumeurs cancéreuses pulsatives ayant leur point de départ dans le tissu spongieux des os du crâne et dans leur diploé. Si la théorie de Scarpa paraît donc plausible, si l'autorité de son nom est d'un grand poids dans la balance, on ne saurait donc l'accepter comme un fait démontré et définitivement acquis à la science. Mais, répète M. Nélaton, et l'examen des faits rapportés par les auteurs nous a conduit à partager cette opinion, les cas les plus fréquents sont ceux dans lesquels l'anévrisme est compliqué d'une autre altération organique, et surtout d'une dégénérescence cancéreuse. C'est entre autres ce qui est arrivé dans la tumeur de l'extrémité inférieure du radius opérée une première fois par M. Roux, et pour laquelle ce chirurgien fut plus tard obligé de recourir à l'amputation de l'avant bras.

Chez le malade couché à la salle Sainte Marthe, quelle est la nature de la tumeur? Elle présentait des battements bien évidents, isochrones à ceux du pouls. Suivant Breschet, « ce battement résulte des mouvements synchroniques de dilatation et de resserrement de toutes les petites artères qui se rendent dans la partie malade de la substance osseuse. De tous ces mouvements partiels, mais simultanés, résulte un mouvement d'ensemble; c'est ce que nous avons plusieurs fois observé sur des tumeurs érectiles des lèvres, du globe oculaire, » etc. M. Nélaton ne partage pas cette opinion. « Comme nous avons rejeté, dit-il, cette proposition, que les tumeurs sont formées de tissu érectile, nous ne saurions accepter l'explication qui en est déduite. Nous pensons que les battements que présentent ces tumeurs, parvenues à leur entier développement, doivent être attribués à l'abord d'un flot de sang dans le sac anévrismal pendant chaque mouvement de systole du cœur; explication qui semble justifiée par les détails d'anatomie pathologique que nous avons exposés plus haut. Ces battements s'arrêtent aussitôt que l'on comprime l'artère principale du membre, et reparaissent dès que l'on cesse d'exercer la compression. Pendant que l'on interrompt le cours du sang dans le membre et dans la tumeur anévrismale, celle-ci devient plus molle, s'affaisse, et l'on peut alors

(1) La *Gazette des Hôpitaux* a déjà publié l'année dernière plusieurs articles dus à M. Gogué, interne des hôpitaux, sur les Anévrismes des os.

FEUILLETON.

RECHERCHES RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA DERMITE VARIOLEUSE; par M. PIORRY.

Emplâtres, vésicatoires, lotions, trachéotomie.

Tout en renvoyant à notre septième volume pour l'étude de la dermite qui suit la toxémie varioleuse, nous croyons devoir par anticipation publier actuellement des travaux plus ou moins récents auxquels nous nous sommes livré relativement au traitement de cette affection.

Nous cherchons à faire connaître le plutôt possible les considérations qui vont suivre, parce que d'ici à la publication du tome VII il pourrait se trouver des cas d'application utile des faits dont il va être question, et que nous aurions à nous reprocher de n'avoir pas mis assez tôt les praticiens à même de les faire.

M. le docteur Chanut, actuellement médecin à Dijon, fut atteint, en 1832, d'une variole très confluente à la face. L'affection que nous portions à cet excellent élève nous conduisit à rechercher si l'idée que nous avions entendu professer par Alibert, que *les boutons de la variole ne poussent pas quand ils sont à l'abri de l'air et de la lumière*, était juste. Nous appliquâmes sur la face, au moment de l'éruption, un emplâtre de diachylon très récemment préparé, très agglutinatif et étendu sur un linge fin, demi usé et très souple. Nous surveillâmes avec soin cette application, qui fut continuée plus d'une semaine. Toutes les fois que l'emplâtre se dérangeait nous en faisions placer un autre. Le succès fut presque complet pour les joues et le front, sur tous les points enfin ou l'emplâtre avait été en contact avec la peau; à peine existe-t-il sur ces points des cicatrices varioliques. Sur le nez et au menton, parties où l'application de l'emplâtre ne put être aussi régulièrement faite, les pustules avaient suivi leur marche ordinaire, et des cicatrices profondes en avaient été les conséquences (1).

Les jours suivants, et tant que nous restâmes à la Pitié pour remplir comme agrégé la place de professeur vacante, nous continuâmes nos recherches sur les emplâtres, et nous les réitérâmes en 1834 et 1835, à l'Hôtel-Dieu. Appliquant du diachylon du côté de la face et n'en plaçant pas de l'autre côté, entourant le bras droit d'un anneau de cet emplâtre et n'en plaçant pas sur le bras gauche, renouvelant ces tentatives un grand nombre de fois, nous arrivâmes à ce résultat, que le sparadrap diachylon, alors qu'il est très agglutinatif et quand il reste bien appliqué, prévient le développement des pustules; mais il n'agit avantageusement que s'il est placé dans les premières vingt-quatre heures de l'éruption On peut lire dans notre article Septicémie, de notre premier Traité de médecine pratique, publié en 1834, l'indication de nos travaux sur ce sujet.

Depuis, M. Gariel, qui suivait ma clinique en 1832, a justement attribué à l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* une influence du même genre sur les pustules varioliques Ce travail était le résultat des recherches cliniques de M. Serres et de lui. Nous avons fait des expériences comparatives sur l'une et sur l'autre de ces substances; nous les avons renouvelées après que MM. Briquet et Nonat eurent repris les travaux de M. Gariel, et les eurent confirmés, et nous sommes arrivé à ce fait : Que le sparadrap de Vigo a de l'avantage sur le diachylon en ce qu'il est plus agglutinatif, et peut-être en ce qu'il intercepte mieux la lumière; mais en définitive plaçant un emplâtre de diachylon bien collant sur un bras, une joue, un côté du front, et de l'emplâtre de Vigo sur les parties opposées, nous avons presque toujours observé exactement les mêmes effets.

On a revendiqué pour Zimmermann l'application première de l'emplâtre de Vigo dans la variole. D'autres l'ont rapportée à Désessart. M. Serres m'a dit avoir cité les recherches de Zimmermann dans son premier travail (1824 ou 1825), et avoir successivement employé des capsules de verre, puis l'emplâtre de Vigo avant d'arriver à sa méthode ectrotique. On ne peut comparer en rien la note de Zimmerman avec les travaux remarquables de M Serres sur ce sujet. On a dit que l'onguent mercuriel seul donnait lieu aux mêmes résultats, et c'est ce qui pour nous est loin d'être expérimentalement prouvé. Il résulte de tout ceci, que la méthode des emplâtres proposée et employée par nous en 1832, est très utile dans le début de la variole pour prévenir le développement des pustules.

Ouverture des pustules. Vésicatoires sur la peau dans la variole.

Ayant inutilement employé la méthode ectrotique de notre savant collègue et ami M. le docteur Serres, nous avons pensé qu'il était utile d'ouvrir les pustules de la petite vérole à l'effet d'évacuer le pus qui s'y forme et d'empêcher ainsi ce pus de creuser la peau, et pour prévenir aussi sa résorption et par conséquent la pyémie; nous avons eu recours à l'incision des pustules avec des ciseaux. Ce procédé n'est pas applicable à de vastes surfaces. Nous avons fait prendre des bains prolongés qui ont ramolli l'épiderme; en frottant alors les pustules avec un linge un peu rude, le pus a été évacué et la cicatrice a eu lieu le lendemain. Cette méthode réussit pour de vastes surfaces. Toutes les fois que nous avons ouvert des pustules sur un côté des bras, des mains, des cuisses, etc., l'engorgement du tissu cellulaire sous-jacent à ces parties n'avait pas lieu; on n'observait pas de tuméfaction, et la cicatrice se formait; tandis que de l'autre côté la tuméfaction était très considérable, les pustules persistaient, se couvraient de croûtes sèches; la phlegmasie devenait souvent excessive, et avait pour conséquence des éthinopyites (abcès) fort graves.

Quelque bonne que soit cette méthode, elle est applicable seulement dans les cas où du pus louable s'accumule dans des pustules assez discrètes; elle cesse de l'être dans les varioles confluentes de la face, alors qu'on ne trouve dans les pustules agglomérées que de la sérosité trouble et sanieuse au lieu de pus bien formé. Dans ces cas malheureux, l'ouverture de milliers de pustules n'empêche pas des croûtes de se former et de constituer une sorte de masque solide au-dessous duquel du pus de mauvaise nature s'accumule et cause les désordres les plus graves, tels que de profonds ulcères à fond déchiqueté, des résorptions dangereuses, etc. Il faut alors absolument enlever cette croûte indurée à l'aide de lotions répétées toutes les minutes pendant une ou deux heures; ces lotions les ramollissent, et une pince suffit alors pour les enlever. Il est deux parties de la face où il est urgent de se conformer aux principes précédents : l'une est la double ouverture antérieure des fosses nasales, qui se bouche par les croûtes, gêne ou empêche le passage de l'air, et est la cause d'un trouble funeste dans la respiration, trouble qui, concurremment avec celui de la laryngite varioleuse, peut avoir les inconvénients les plus fâcheux. Il est indispensable d'enlever les croûtes des narines à mesure qu'elles se forment.

L'autre partie, où le même soin est presque aussi utile, est la région orbitaire; les paupières, et notamment la supérieure, recouvertes par une croûte sèche et immobile ne peuvent en aucune façon exécuter leurs mouvements; les yeux restent entr'ouverts ou fermés : dans le premier cas, ils s'enflamment et peuvent se perdre; dans le second, il se forme des abcès sous-palpébraux, source d'accidents non moins graves que les précédents. Les croûtes des paupières peuvent encore avoir l'influence la plus fâcheuse sur la rétention des larmes et partant sur les organes chargés de leur sécrétion.

C'est pour prévenir l'accumulation du pus au-dessous des croûtes de la face; c'est pour livrer plus facilement passage aux liquides déposés dans le fond des pustules de variole qui se trouvent dans la profondeur du derme; c'est dans l'espoir d'obtenir, relativement à la phlegmasie qui entoure les pustules varioliques, des effets analogues

(1) Voyez aussi à l'article Typhoémie, page 57, du Traité des altérations du sang, que j'employai en 1839 l'emplâtre de diachylon sur les pustules varioliques pour prévenir l'action de l'air. Voyez cette observation, ainsi que plusieurs autres sur ce sujet, publiées en 1834 et 1835, dans le premier volume de Médecine pratique, par MM. Piorry et Lhéritier: Dermite varioleuse, page 19.

y reconnaître la fluctuation qui est difficile à percevoir quand les battements se font sentir. Une pression lente, mais soutenue, réduit la tumeur, et l'on parvient à déprimer assez profondément la peau qui la recouvre, et à reconnaître que l'os sous-jacent présente une excavation plus ou moins profonde, suivant le volume ou l'ancienneté de la maladie. »

Si nous faisons à la tumeur actuelle l'application de cette symptomatologie, que trouvons nous? Des battements artériels qui peuvent exister soit dans les anévrismes, soit dans les tumeurs compliquées de dégénérescence cancéreuse ; nous n'oserions pas affirmer qu'on ne les rencontre jamais dans les tumeurs érectiles ; mais ils y sont d'une extrême rareté, et ce n'est jamais aux cas exceptionnels qu'il faut s'adresser tout d'abord pour établir un diagnostic. Ces battements ont cessé immédiatement après la ligature de l'artère fémorale ; mais la tumeur ne s'est point affaissée, comme il arrive dans l'anévrisme. Nous savons bien qu'à cela l'on pourra nous objecter : Que le sang renfermé dans une poche anévrismale de cette espèce ne pouvant s'échapper que par des vaisseaux d'un petit calibre, l'évacuation complète de la poche n'est pas facile. Mais fût-elle peu considérable, cette diminution de volume serait certainement appréciable ; et ici, elle l'a été à peine. Il est donc vraisemblable qu'il ne s'agissait point chez le malade de M. Roux d'un anévrisme osseux semblable à ceux décrits par M. Nélaton. Reste donc la tumeur sanguine avec complication de dégénérescence cancéreuse, et c'est là, nous l'avouons, l'idée que nous nous sommes formée de cette tumeur ; c'est là l'opinion que nous fait regarder comme probable l'appréciation des caractères observés chez lui, et nous donnons à l'appui de notre manière de voir, qui dans le cas actuel n'est pas absolument la même que celle du professeur, les quelques lignes suivantes, dans lesquelles le jeune chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine donne des principes pour la détermination du diagnostic différentiel.

« La difficulté est grande, dit-il, lorsqu'il s'agit de diagnostiquer un anévrisme osseux d'avec une tumeur cancéreuse des os accompagnée de pulsations. Nous trouvons en effet une foule de signes communs à l'une et à l'autre affection ; toutes deux sont intimement liées à un os sous-jacent. Elles peuvent l'une et l'autre faire éprouver à l'os une perte de substance ; on peut reconnaître dans les deux cas une lamelle osseuse qui donnera lieu à une crépitation ; toutes deux enfin présentent un battement expansif et de la fluctuation. En vain chercherait-on dans les douleurs lancinantes un signe différentiel entre ces deux affections.

» On sait, en effet, maintenant que ces douleurs, considérées naguère comme un signe presque pathognomonique des affections cancéreuses, manquent souvent dans celles-ci et se rencontrent quelquefois dans des tumeurs qui ne présentent aucune dégénérescence de mauvais caractère. Les signes qui pourront aider à résoudre ce problème difficile sont les suivants :

» 1° L'anévrisme osseux, et je ne parle ici que de celui qui est exempt de toute complication, disparaît complétement ou du moins presque complétement par une pression continue, tandis qu'une tumeur encéphaloïde s'affaisse bien un peu sous la pression par le fait de l'expulsion du sang que contiennent les vaisseaux nombreux qui la parcourent mais il reste toujours une masse de tissu cancéreux qui ne peut disparaître ;

» 2° Les tumeurs cancéreuses des os qui présentent des battements font ordinairement entendre un bruit de souffle, lequel n'a point encore été constaté sur les anévrismes osseux. » (Nous avons fait remarquer que chez le malade de l'Hôtel-Dieu, il n'existait pas de souffle perceptible à l'auscultation. Mais ce souffle n'existe pas constamment, et il n'avait pas été observé, entre autres, chez le sujet affecté d'une tumeur de l'extrémité inférieure du radius, auquel M. Roux pratiqua l'amputation de l'avant-bras, et dont la maladie fut trouvée être une complication de cancer encéphaloïde et de tumeur fongueuse sanguine.)

D'après tout cela, nous croyons être en droit de craindre, contrairement à l'opinion de M. Roux, dont personne plus que nous n'admire le talent et ne respecte l'autorité en matière de diagnostic chirurgical, de craindre, disons-nous, une complication de dilatation vasculaire du système artériel du tibia et de dégénérescence encéphaloïde.

Nous ne terminerons pas sans nous excuser près de M. Nélaton d'avoir, par ces longues citations, défloré l'un des chapitres les plus neufs et les plus intéressants de son Traité de pathologie. Nos lecteurs nous sauront gré de notre indiscrétion, et nous ne laisserons point échapper cette occasion de nous rendre l'interprète de l'impatience avec laquelle est attendue la publication du second volume de l'ouvrage du chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

— Dans les premiers jours du mois dernier, est entrée dans le service de M. Louis une jeune femme récemment accouchée. Le lendemain de ses couches (à la Maternité) elle avait eu des symptômes de métro-péritonite qui exigèrent une application de sangsues au bas-ventre. Cinq jours après, elle sortait sinon guérie du moins bien soulagée. Toutefois, rendue chez elle, il lui fallut garder le lit, qu'elle ne quittait que pour aller faire ses petites provisions de nourriture.

Au quatrième jour, elle vit survenir une enflure assez considérable aux deux jambes à la fois avec des douleurs très vives. Transportée le lendemain à l'hôpital, voici les phénomènes qu'elle nous présente :

Enflure des deux jambes, sur lesquelles la pression du doigt ne détermine pas d'empreinte; douleurs tellement vives que la malade ne peut endurer la moindre pression, faire exécuter le moindre mouvement à ses membres inférieurs sans pousser des cris.

On sent aux deux aines un cordon noueux au niveau des gros vaisseaux ; on ne peut suivre ce cordon résistant jusque dans l'abdomen, ni s'assurer si la veine cave abdominale présente une dureté analogue. Pas d'enflure aux cuisses. La malade a de la fièvre, n'a pas dormi depuis deux nuits. Son facies, un peu prostré, ressemble un peu à celui de la fièvre typhoïde. Il y a des sudamina en grand nombre et très développés sur tout le ventre et la poitrine. Cependant, quoique à ces derniers symptômes se soient ajoutés du trouble de la vue et des bourdonnements d'oreille, cependant M. Louis ne trouve pas là des caractères suffisants pour lui faire croire à une fièvre typhoïde, d'autant que le ventre n'est nullement douloureux, que les selles sont régulières et qu'on n'entend pas dans la poitrine le râle ordinaire à cette maladie. On reste donc dans l'expectation à cet égard. Pour les jambes, on se contente d'y faire appliquer des cataplasmes.

La malade est restée une semaine dans le service de M. Louis, et pendant ce temps les phénomènes vagues de fièvre typhoïde ont disparu. Pour la phlegmasie des jambes, elle s'est fort amendée dans la droite, au point qu'il n'y a plus de douleur et très peu d'enflure le huitième jour ; mais, par contre, l'enflure de la jambe gauche a fait place à un empâtement profond. La nature des douleurs a changé ; elles sont devenues gravatives, comme dans la formation des abcès chauds. Le membre paraît lourd à la malade. Pour une main un peu exercée, il est facile de reconnaître la fluctuation. M. Blandin vient visiter la malade et, sans retard, fait une large incision à la jambe (vers sa partie moyenne, à trois centimètres de la crête du tibia) ; par cette ouverture, s'échappe une grande quantité de pus bien lié, au moins un tiers de litre.

Pendant les quinze jours qui suivent cette opération, la malade va bien, et sa jambe semble être en bonne voie de guérison. Cependant, transportée dans le service de chirurgie, elle s'affaiblit peu à peu et succombe, il y a peu de jours, épuisée par une longue et abondante suppuration.

Comme on le voit, ce fait offre un grand intérêt. S'il n'est pas rare de voir, à la suite des couches, les deux membres inférieurs se prendre *successivement* de *phlegmasia alba dolens* (expression que, pour le dire en passant, nous préférons à toute autre, parce qu'elle est comprise de tout le monde, et généralement adoptée pour exprimer un état pathologique donné), il est au contraire fort rare de voir ce phénomène survenir dans les deux membres *à la fois*. Enfin, nous croyons que la terminaison par abcès observée ici constitue une circonstance qui rend ce fait encore plus intéressant.

— Une femme de trente-quatre ans est entrée, il y a quinze jours environ, dans le service de M. Trousseau à l'hôpital Necker, présentant ce phénomène remarquable, d'offrir, à chaque époque menstruelle, une éruption qui a bien évidemment tous les caractères du purpura. Ce purpura s'annonce sur toutes les parties du corps, et surtout sur les membres, par de petites tumeurs sans changement de couleur à la peau, mais au sommet desquelles apparaît seulement un point rougeâtre absolument semblable à une piqûre de puce. Au bout de quelques jours ces tumeurs s'affaissent, et il n'en reste d'autre vestige qu'une tache d'une couleur violacé-bleuâtre. Le développement de ces tumeurs, dont les plus grosses acquièrent quelquefois le volume d'une petite noisette, est précédé et accompagné de douleurs extrêmement vives. Dans l'opinion de M. Trousseau, ces douleurs seraient des douleurs musculaires ; elles sont sinon constantes, du moins très fréquentes dans cette maladie, et le professeur citait à ce propos le fait d'un de ses amis chez lequel il a eu à plusieurs reprises à soigner un purpura qui, à chaque fois qu'il se reproduisait, était accompagné de douleurs semblables.

Chez cette femme, ce purpura se renouvelle depuis un an à chaque époque menstruelle ; la durée de chaque éruption est d'une dizaine de jour environ, temps au bout duquel les taches sont presque entièrement effacées, et ne laissent plus sur la peau qu'une coloration légèrement jaunâtre, rappelant celle des taches cuivrées de la vérole constitutionnelle. Les douleurs ne se font guère sentir que pendant un ou deux jours. La malade est, du reste, assez bien réglée. M. Trousseau, ne voyant dans cette affection qu'une altération dans la composition du sang, s'est borné à prescrire un régime tonique et analeptique, le vin de quinquina et les préparations ferrugineuses.

Ce fait de purpura se reproduisant d'une manière périodique aux époques menstruelles, nous a paru curieux à rapprocher d'un cas, sinon tout à fait semblable, du moins présentant, avec le précédent, les plus grandes analogies. Il trait à une jeune femme que nous avons vue dans les salles de M. Louis, et qui, à l'époque de ses règles, voyait chaque fois, et cela depuis deux ans, survenir un érysipèle de la face. Cet érysipèle était, du reste, d'une extrême bénignité; il n'était pas accompagné de phénomènes généraux très remarquables; il durait à peine quelques jours, et n'a jamais été assez intense pour inspirer des craintes sérieuses.

C'est surtout par un point commun que ces deux faits sont

à ceux de l'emploi des épispastiques appliqués sur le lieu même où les érysipèles avaient leur siége que, par théorie, nous sommes arrivé à employer les vésicatoires dans la dermite variolique. Notre théorie nous paraissait si rationnelle que nous avons annoncé le succès tout aussitôt que l'idée de ce moyen nous est venue. La pratique a pleinement confirmé cette vue de l'esprit.

Nous avons appliqué le vésicatoire d'abord sur un côté de la face, puis sur les deux joues, puis sur le front, le menton et le nez; nous en avons obtenu les effets les plus remarquables; les points des téguments où ils avaient été placés ont été guéris bien avant ceux où ces applications n'avaient pas été faites.

C'est dans plus de douze cas depuis trois mois que cette méthode a été employée; nous n'avons jamais eu à nous repentir d'y avoir eu recours.

Nous avons examiné la peau de plusieurs sujets qui avaient succombé à la suite de laryngites varioliques, et nous avons constatés que sur les points où les épispastiques avaient été placés, il y avait eu un véritable avortements de pustules. Toutefois, dans un cas de pustules avec ecchymoses observé sur un jeune enfant traité en ville par M. Maitlot, il arriva que la peau de la face devint, à la suite de l'emploi du vésicatoire, le siége d'une véritable hémorrhagie. En général, le surlendemain du jour qui suivait l'application des épispastiques, les cicatrices se faisaient.

Notons bien ici que ce n'est pas au début des pustules que ce moyen est le plus évidemment utile, mais bien lorsqu'elles ont pris du développement, et lorsque des liquides formés au-dessous de l'épiderme ou des croûtes doivent être évacués. Dans un cas où nous avions appliqué trop tôt, c'est-à-dire le premier jour de l'éruption, un vésicatoire sur la face, le vésicatoire se guérit avant que les pustules fussent parvenues à la suppuration. Il fallut recourir à une nouvelle application pour faire évacuer les liquides accumulés sous les croûtes qui se formèrent.

C'est une chose très remarquable, que de voir encore actuellement (20 octobre) dans notre service plusieurs malades qui ont eu un vésicatoire sur un des côtés de la face dans les cas de variole, présenter à peine des traces de la maladie sur les points où l'emplâtre épispastique a été placé, tandis que l'autre côté est encore couvert de croûtes ou de cicatrices difformes.

Les emplâtres-vésicatoires s'appliquent assez mal sur les pustules développées, parce qu'ils sont plats ou ne se prêtent pas aux formes inégales et arrondies des boutons varioleux. Il est convenable de leur substituer une pommade épispastique dans laquelle on incorpore une suffisante quantité de cantharides, et qui pénètre, à cause de sa mollesse, jusque sur la peau placée entre les pustules.

Plusieurs observations relatives à l'utilité de l'application du vésicatoire dans la variole ont été recueillies dans notre service depuis que ce Mémoire a été écrit ; quelques-unes d'elles ont été publiées, la première par M. Dupont, un de nos externes dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 août dernier ; d'autres l'ont été par M. Pages, notre interne, dans la *Gazette médicale*.

Plus tard, lorsque l'occasion s'en présentera, ces messieurs feront connaître les faits nouveaux qu'ils auront eu à observer.

Déjà, à plusieurs reprises, et notamment dans notre article sur les angioso-sténocies, n° 5855, nous avons parlé de la fréquence, dans la variole, d'une laryngite spéciale, constituée par des pustules qui se déclarent surtout au niveau de l'orifice guttoral du larynx et à l'épiglotte, souvent au niveau des cartilages aryténoïdiens, fréquemment sur la portion de la membrane muqueuse placée entre le premier anneau trachéal et les cordes vocales, et trop souvent encore sur les lèvres supérieures ou inférieures de la glotte, ou dans les ventricules. Les pustules sont peu saillantes, forment des taches arrondies de quelques millimètres de diamètre, paraissent recouvertes d'épithélium, et sont souvent tapissées de mucosités épaisses assez adhérentes. On voit plus rarement ces pustules s'étendre dans la trachée et vers les bronches ; on ne retrouve d'ordinaire que des rougeurs semblables à celles qui existent au larynx dans les interstices des parties dont il vient d'être parlé. La membrane muqueuse, au niveau des cordes vocales, de l'orifice laryngo-pharyngien, est souvent épaissie et comme infiltrée. En même temps le pharynx, le voile du palais et ses piliers, la langue sont couverts de pustules nombreuses saillantes et ayant pour base ces tissus fortement enflammés. Dans la bouche, dans l'arrière-gorge, se trouve un liquide sanieux, puriforme, purulent, mêlé de salive, écumeux ; et dans le larynx se rencontrent souvent aussi les liquides dont il va être parlé. Les poumons sont atteints de lésions variées, et surtout du broncho-pneumonites, d'angiairo-phrosies, de pneumonite hypostatique.

Or, les variolés dont le cadavre offre de telles lésions éprouvent, dans les premiers temps de l'éruption, un enrouement qui augmente successivement d'intensité ; ils éprouvent une toux larnygienne, prise généralement comme le symptôme d'un rhume. Les jours suivants, la respiration s'accélère, devient anxieuse, la voix est complétement voilée, et ils éprouvent une sensation pénible qu'ils rapportent à la région laryngo-trachéale. A une époque plus avancée, et lorsque les pustules de la peau ont pris un grand développement vers une époque voisine de la dessiccation, les accidents angiairiques augmentent, de l'écume se forme dans la bouche. Les narines sténociées par des croûtes livrent difficilement passage à l'air. Quelquefois elles sont oblitérées, et les mucosités que contient la cavité orale, les enduits qui couvrent la langue, la tuméfaction consécutive aux pustules développées dans la bouche y rendent difficile l'entrée de l'air; l'expulsion, et en même temps l'éruption qui a son siége au pharynx, ont jusqu'à un certain point formé l'obstacle à la déglutition des liquides accumulés alors dans les cavités orale, pharyngienne et laryngienne. Quand les symptômes angiairiques dont il vient d'être parlé sont portés à un haut degré, *constamment* la mort a lieu dans les heures ou dans le jour qui suivent ces accidents.

La première fois que nous avons constaté l'existence de la déplorable laryngite varioleuse, ce fut en 1834, sur un malade de l'Hôtel-Dieu, atteint de variole confluente. Nous avions insisté sur les bains, dans l'intention de calmer la souffrance de la peau et de favoriser la déchirure de l'épiderme des pustules ; des accidents angiairiques survinrent, le malade mourut si promptement, que les parents, des médecins peut-être, accusaient les bains de ce triste résultat. La nécropsie fit voir que le larynx était recouvert d'innombrables pustules, et que le malade avait été anoxémié (asphyxié).

Dans plus de trente nécropsies de variolés, alors que des angiairies et l'enrouement s'étaient déclarés pendant la vie, nous avons retrouvé l'état du larynx précédemment décrit.

Toutes les fois qu'un variolé, offrant même une confluence moyenne des pustules de la face, a présenté de l'enrouement, nous avons annoncé sa mort, et dans des cas en apparence peu graves notre triste pronostic s'est réalisé.

Nous avons pensé que dans de tels cas il fallait pratiquer la trachéotomie, et adopter ce procédé de préférence à la laryngo-trachéotomie, parce qu'il est assez ordinaire que des pustules existent sur le larynx à la hauteur du cartilage cricoïde. Or, l'été dernier, notre excellent collègue et ami, dont la science déplore la perte récente, fut appelé par nous en consultation à l'hôpital : nous agitâmes l'opportunité de l'opération. Les faits que je possédais ramenèrent Bérard à mon opinion, cependant il fut d'avis d'attendre au lendemain ; et quatre heures après, la malade n'existait plus. Au mois de septembre 1846, un cas pareil se présenta ; nous prescrivîmes la trachéotomie : à cause des règlements, l'interne, en l'absence d'un chirurgien, ne put la faire. Le lendemain à la visite, le malade avait succombé. Une autre fois encore, en octobre 1846, M. Piedaguel, collègue aussi instruit que modeste, et moi nous attendions, pour pratiquer la trachéotomie à un homme atteint de laryngite varioleuse, que les symptômes d'asphyxie fussent plus prononcés ; quelques heures après, il n'existait plus. Sur les trois cadavres, on trouva les lésions précédemment indiquées. Nous résolûmes à l'avenir d'opérer nous-même au besoin, alors qu'un cas pareil se présenterait. Or, nous avions examiné avec soin, M. Piedagnel et moi, une femme atteinte de variole confluente et de laryngite, nous nous décidâmes à opérer aussitôt que la respiration serait très gênée. Le lendemain, 17 octobre, il arriva que la dyspnée était excessive, que la bouche était remplie d'une écume sa-

dignes de fixer l'intérêt. Que le purpura, que l'érysipèle reparaissent à chaque époque menstruelle chez des femmes mal réglées ou non réglées, on pourrait, à la rigueur, l'expliquer par une déviation des règles, par un mouvement congestionnel supplémentaire d'une évacuation habituelle qui ne se ferait plus ou se ferait irrégulièrement ; mais que ces affections se montrent périodiquement chez des femmes bien réglées, comme ces deux malades, la chose est certainement plus étonnante, puisque l'on ne voit aucune cause à laquelle il soit permis de rapporter l'accident.

— Depuis fort longtemps M. Bretonneau ne se sert plus, dans le traitement des fièvres intermittentes, du sulfate de quinine, auquel, il croit avoir reconnu des propriétés antipériodiques moins efficaces qu'au quinquina lui-même. Cependant, pour éviter le dégoût que procurerait aux malades l'administration de la poudre de l'écorce de quinquina telle qu'on la faisait prendre autrefois, il se contente de faire boire aux individus en traitement une macération à froid très légère de quinquina dans l'eau. M. Trousseau partage, relativement au sulfate de quinine, l'opinion de M. Bretonneau, mais il préfère lui substituer une décoction légère de quinquina, au lieu d'une simple macération à froid. L'expérience de ces deux observateurs mérite d'autant plus d'être prise en sérieuse considération, qu'elle est d'accord avec celle de plusieurs autres praticiens distingués ; et nous nous rappelons avoir entendu l'un des professeurs de l'Hôtel-Dieu s'étonner qu'il fût nécessaire de faire prendre aux fébricitants des doses beaucoup plus élevées de sulfate de quinine maintenant qu'il y a quelques années. Ceci tiendrait-il à ce que l'art de falsifier les préparations médicamenteuses a fait des progrès, et que le sulfate de quinine que livre le commerce n'est pas toujours aussi pur qu'il l'était dans les commencements ? C'est un point à éclaircir, et que nous recommandons à la sollicitude et au savoir de MM. les pharmaciens en chef des hôpitaux, tant de Paris que de la province.

— Dans le traitement de l'hydrocèle, M. Blandin ne croit pas que la nature du liquide injecté dans la tunique vaginale influe bien sensiblement sur les résultats de l'opération. Aussi emploierait-il avec une égale confiance la décoction vineuse de roses de Provins, la teinture d'iode, etc. Pour lui, il suffit qu'un liquide soit doué de propriétés irritantes susceptibles de provoquer une inflammation adhésive, pour qu'il puisse être mis en usage et suivi de succès. Aussi préfère-t-il, à toutes les préparations conseillées jusqu'à ce jour, un simple mélange de trois parties d'eau pour une d'alcool rectifié. Il trouve à ce liquide l'avantage d'être toujours sous la main du chirurgien, de ne point nécessiter, comme la décoction vineuse, un manipulation toujours plus ou moins longue ; et sur les préparations iodées, celui plus grand encore de ne point tacher les instruments et les linges des malades.

— Nous avons été témoin, ces jours derniers, à l'Hôtel-Dieu, d'un fait extrêmement curieux sous le rapport du diagnostic, que nous avons recueilli dans les salles de M. Rostan. Nous voulons parler d'un *abcès des cellules mastoïdiennes du temporal*. Nous le rapporterons en détail dans notre prochaine Revue. Z...

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

De la syphilis chez l'enfant à la mamelle.

Les formes de la syphilis ont chez l'enfant, dans les premiers mois de la vie, des formes si différentes de celles que l'on observe chez l'adulte, qu'il est essentiel, Messieurs, de mettre sous vos yeux les types divers de la vérole. Nous avons en ce moment trois petits malades, l'un au n° 2 de la salle Sainte-Julie, l'autre au n° 7 de la salle Sainte-Cécile, le troisième au n° 11 de la même salle.

Le premier avec le simple eczéma syphilitique, le second avec la teinte caractéristique de la face, des taches nombreuses de psoriasis et de roséole, et en outre avec des ulcérations des cuisses et des fesses ; le dernier avec des ulcères profonds, gangréneux, occupant le cou, les membres, et s'étendant peut-être à la membrane muqueuse du larynx, car l'enfant est atteint d'aphonie et d'une suffocation menaçante. Vous verrez, Messieurs, dans le tableau que je vais vous tracer de la vérole combien il vous sera facile de retrouver les trois types que vous avez maintenant sous les yeux.

La syphilis peut être primitive chez l'enfant, c'est-à-dire par infection directe, par inoculation. Cette forme est bien rare, je n'ai eu l'occasion de l'observer qu'une fois : c'était chez une petite fille de douze mois, qui déjà avait été à l'hôpital ; sa mère, qui l'y avait conduite une première fois, était seule malade, l'enfant jouissait alors d'une santé florissante. Quand elles revinrent toutes les deux à l'hôpital, la mère avait des chancres primitifs à la vulve, la petite fille avait un chancre profond à la fesse. Or, cette malheureuse femme faisait coucher son enfant avec elle, et, pour la réchauffer, elle la pressait contre elle ; nécessairement du pus imprégné de venin syphilitique souillait le linge et la peau de la mère ; on comprend aisément comment une petite excoriation de la peau de la fesse de l'enfant a pu recevoir l'inoculation.

C'est là, je le répète, le seul cas de syphilis primitive que j'aie observé chez les enfants à la mamelle.

Si l'on en croyait les praticiens qui ont écrit sur la matière, la syphilis par inoculation directe serait au contraire la règle, et la vérole constitutionnelle s'observerait rarement. Ils pensaient que l'enfant, au moment de la parturition, se trouvait en contact avec les parties génitales ulcérées, et ils expliquaient ainsi sans peine la fréquence de la syphilis de l'enfant.

De nos jours, la plupart des syphiliographes ont, avec juste raison, repoussé cette doctrine étiologique ; ils ont fait voir que pendant l'acte de l'accouchement le contact du corps de l'enfant avec la vulve était excessivement rapide ; que le segment supérieur de la tête était seul en contact assez prolongé avec la membrane muqueuse pour que l'explication devînt un peu plausible ; mais que, dès que les pariétaux avaient franchi la vulve, le reste de la tête glissait avec une rapidité extrême, et que le plus souvent le reste de l'enfant sortait dans l'espace de quelques secondes ; que le corps, au moment où il franchissait la vulve, était accompagné d'un flot de sang et de liqueur amniotique ; qu'en outre, il était ordinairement protégé par une sorte de cuirasse sébacée. Si donc une partie du corps devait être atteinte c'était le segment supérieur de la tête, dont l'épiderme était souvent excorié par suite du travail lui-même ou des explorations de l'accoucheur. Or, les lésions syphilitiques de la peau ne s'observent précisément presque jamais sur le sommet de la tête. Elles occupent de préférence les extrémités inférieures, et surtout le pourtour de l'anus qui se trouve particulièrement garanti de tout contact avec le vagin de la mère, puisque les fesses de l'enfant, au moment du passage, sont fortement pressées l'une contre l'autre.

Il faut donc regarder la vérole primitive comme un fait exceptionnel chez l'enfant à la mamelle. Quant à la syphilis secondaire, elle se montre dans tous les rangs de la société, mais notamment dans la classe pauvre, avec une fréquence déplorable.

Il n'est pas facile de dire si le mal est transmis par le père au moment de la copulation, si, au contraire, il est transmis par la mère seule.

M. Ricord, dont l'autorité est si grave en matière de syphilis, ne croit pas possible qu'un père vérolé puisse donner la vérole à l'enfant, si d'abord il ne communique un chancre à la mère. La vérole de l'enfant implique donc nécessairement, suivant lui, la vérole de la mère, et non celle du père.

J'aurais mauvaise grâce, Messieurs, à opposer ici mon expérience à celle de M. Ricord ; mais je dois dire que souvent, très souvent même, il m'a été absolument impossible de remonter à l'origine maternelle de la syphilis de l'enfant. Les dénégations de la femme ne me suffisaient pas, l'examen des parties génitales fait avec grand soin ne permettait pas de retrouver les cicatrices de chancres anciens ou récents.

Dans la classe élevée de la société, où l'on remonte plus facilement à l'origine du mal, et où l'on reçoit des confidences qui nous manquent toujours dans les hôpitaux, nous voyons des enfants naître avec la vérole constitutionnelle, et nous savons que le père a encore des accidents secondaires ou tertiaires, que les accidents primitifs ont été guéris avant le mariage, et que la mère n'a jamais rien eu qui pût faire supposer l'existence d'une maladie vénérienne. Je sais tout ce que répondent à cela les partisans de la transmission exclusive par la mère ; ils inventent à l'usage de leurs opinions un code de morale relâchée, et ils immolent au désir de faire prévaloir leurs idées, l'honneur des familles, la chasteté des filles les plus pures.

Je reste, Messieurs, dans l'opinion que si, le plus souvent, la vérole constitutionnelle est transmise à l'enfant par une mère infectée, souvent aussi, la mère n'ayant rien ou n'ayant rien eu d'apparent, la vérole semble transmise par le sperme du père mal guéri.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 18 novembre 1846. — Présidence de M. LENOIR.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Maisonneuve désire appeler l'attention de la Société sur l'anatomie de la grenouillette. Depuis quelques mois il a observé plusieurs faits d'oblitération du canal de Warthon, accompagnée de phénomènes qui lui ont permis d'examiner une question chirurgicale non décidée, à savoir quelle est la lésion qui produit la grenouillette. Depuis la découverte de Warthon, elle a été considérée par la plupart des auteurs comme le résultat de la dilatation de ce canal. Boyer, M. Velpeau, M. Vidal (de Cassis), le Dictionnaire de médecine n'en parlent pas autrement. Dupuytren le premier éleva quelques doutes ; Breschet décrivit deux ou trois cas ou elle était produite par d'autres causes, et M. Malgaigne a eu plus que des doutes, puisqu'il a déclaré que cette maladie ne pouvait pas être le résultat de la dilatation du conduit excréteur.

Les phénomènes que M. Maisonneuve a observés sont tellement précis, tellement nets, tellement en harmonie avec ceux qui suivent l'oblitération des conduits excréteurs en général, qu'il s'est demandé s'il n'était pas temps de faire cesser l'opinion communément admise sur l'étiologie de la grenouillette. Ainsi il a vu dans un cas où un calcul obturait le conduit de Warthon, une douleur très vive sous la mâchoire, une tuméfection diffuse sous la langue, une turgescence des gencives, tous symptômes qui ne se voient pas dans la grenouillette, telle qu'on la décrit, et qui sont communs au contraire lorsque par une cause appréciable quelconque, inflammatoire ou autre, le canal est oblitéré. Dans ces circonstances, qu'il a été à même de voir un certain nombre de fois, c'était évidemment à la rétention de la salive qu'on devait attribuer les accidents. Voilà pour les symptômes. Si maintenant on examine le traitement généralement employé contre la maladie, on voit que celui qui réussit le mieux est celui qui convient à la guérison des kystes. Ainsi l'incision, les injections irritantes ou caustiques, la cautérisation, le séton, l'excision d'une portion de la poche, le même enfin qu'on mettait en usage avant la découverte de Warthon. D'après ces considérations, M. Maisonneuve se croit en droit de dire que la grenouillette n'est jamais le résultat de l'oblitération du conduit de la glande sous maxillaire ; que c'est un kyste simple, et qu'il faut le traiter comme tel.

M. Vidal (de Cassis) croit se rappeler que dans son livre il a insisté sur la diversisté de cette affection, et qu'il a admis que si c'était quelquefois un kyste, ce pourrait être aussi le résultat d'une inflammation ou d'un corps étranger arrêté dans le canal, affection variée par conséquent dans ses causes et dans son anatomie.

M. Guersant est d'autant plus disposé à considérer la grenouillette comme un simple kyste, qu'il a vu il y a peu de temps un enfant qui présentait une semblable tumeur sublinguale, et qu'ayant sondé les deux conduits il arrivait dans les parois de la tumeur, et non pas dans l'intérieur ; tandis qu'il a été témoin de deux faits d'oblitération par inflammation chez des adultes, et d'un troisième par la présence d'un calcul chez un enfant, et qu'il y avait alors des symptômes inflammatoires très prononcés et une douleur très grande.

M. Huguier voit avec peine que l'on veut faire table rase de ce qu'ont dit nos devanciers. Il admet bien que la grenouillette peut siéger dans quelque follicule dilaté ; mais prétendre qu'elle ne peut pas être le résultat de l'oblitération du canal de Warthon, c'est, à son sens, aller trop loin. On dit bien que si, par suite d'un obstacle que l'on peut apprécier, il y a rétention de la salive, elle s'accompagnera de symptômes inflammatoires plus ou moins violents ; mais ne peut-il pas arriver que, si c'est un calcul, par exemple, il laisse passer la salive entre lui et les parois du canal, et que ce soit sa présence qui produise les accidents, et non pas la rétention du liquide qui trouve encore une issue ? D'un autre côté, si on veut raisonner par analogie, ne voit-on pas le conduit de la glande vulvaire se transformer, par suite d'oblitération, en un véritable kyste, sans que la glande elle-même soit gonflée ou dilatée, sans que les radicules en soient distendues ; de même que l'on voit quelquefois la dilatation des uretères sans que les reins en souffrent ? On dit aussi que le traitement des kystes réussit, et on en fait un argument ; mais ne sait-on pas qu'il suffit d'enlever une portion du conduit pour qu'il en résulte une fistule qui laissera échapper la salive et en préviendra l'amas ! Enfin, il peut arriver que, par suite de la pression du kyste, il y ait atrophie de la glande sublingoale et par conséquent cessation de la sécrétion, comme il l'a vu pour la glande vulvaire.

M. Malgaigne applaudit aux raisonnements ingénieux qui sont faits au sujet de la grenouillette ; mais il reste persuadé que les théories sont des imaginations toutes pures. Breschet est le seul qui ait donné des faits détaillés, mais il n'a jamais été démontré que la ma-

---

livaire épaisse qui prouvait que le passage de l'air au niveau de la glotte ou au-dessus d'elle était très difficile et allait être interrompu. Il n'y avait plus de chirurgien dans l'hôpital ; nous n'hésitâmes pas, nous pratiquâmes la trachéotomie en deux temps. Une première incision fut faite. Nous attendîmes que le sang cessât de couler avant d'ouvrir la trachée ; bien nous en prit, car l'hémorrhagie fut considérable. L'incision de la trachée fut laborieuse parce que la plaie était profonde, attendu que la peau et le tissu cellulaire sous-jacent étaient très épaissis par le fait de la variole confluente, et attendu aussi que l'incision avait été faite près de la glande thyroïde. La canule une fois introduite, il s'écoula un peu de sang, puis un crachat volumineux formé de mucosités jaunâtres et épaisses que la malade, avant l'opération, ne pouvait expectorer, et qui, à coup sûr, était plus que suffisant pour oblitérer la glotte et causer ainsi l'anoxémie. Tout aussitôt la malade respira facilement ; l'auscultation révélait à peine quelques ronchus dans les poumons, et la malade exprima par ses gestes, puis par des sons très enroués, alors que l'on touchait la canule, le mieux-être qu'elle éprouvait. Le soir, la nuit, le lendemain jusqu'à onze heures du matin, l'état de cette femme, la manière dont elle respirait, l'état du pouls et de l'intelligence faisaient croire que le succès le plus complet allait couronner la trachéotomie ; mais tout à coup et sans cause appréciable, alors que, m'a-t-on dit, rien, ni au dehors, ni au dedans, n'avait empêché l'air d'entrer dans la canule, la mort eut lieu d'une manière instantanée.

Une heure auparavant, nous avions enlevé, à l'aide de lavages et de pinces, les croûtes qui recouvraient les paupières et les empêchaient de se fermer, et, d'après nos ordres, la même opération avait été faite au visage. Au-dessous des croûtes, sur les points qui correspondaient à l'application des vésicatoires, les cicatrices étaient fort petites, de vastes ulcérations, au contraire, existaient sur les paupières ; on devait toucher légèrement ces parties avec le nitrate d'argent, et malheureusement la prescription ne fut pas exécutée ; le cuir chevelu était recouvert d'une croûte au-dessous de laquelle du pus était accumulé, et certes il se peut qu'il se soit fait là, comme sur d'autres parties des téguments où les pustules étaient en suppuration, une résorption purulente rapide qui aurait causé la mort qui survint d'une manière inopinée ; les cheveux étaient intriqués dans les croûtes de la tête et des paupières, et formaient une sorte de feutre inextricable qui n'aurait pas permis aux croûtes sèches de tomber tout d'une pièce. Un pareil fait doit nécessairement conduire, toutes les fois que de nombreuses pustules existeront dans le cuir chevelu, à faire couper les cheveux dès l'invasion de la variole.

MM. Piedagnel et Bernard, l'un et l'autre aussi physiologistes que médecins, voulurent bien assister à notre opération, nous aider de leurs conseils et nous encourager par leur présence.

A la nécroscopie, nous trouvâmes dix pustules au-dessous de la glotte au niveau du cartilage cricoïde ; il en existait une au niveau du cartilage thyroïde ; il en existait une autre sur l'une des cordes vocales inférieures, une autre encore sur la corde vocale supérieure droite tout à fait en arrière sur le lieu où elle s'insère au cartilage aryténoïde : l'orifice guttural du larynx contenait de nombreuses pustules, l'épiglotte en était couverte, et la bouche comme le pharynx en étaient remplis ; un enduit extrêmement épais et blanchâtre tapissait la langue. Les bronches étaient rouges, contenaient peu d'écume ; il y avait une pneumonie hypostatique légère ; les poumons étaient affaissés et avaient en conséquence un fort petit volume. Evidemment, l'écume n'avait pas empêché l'air de sortir de ces organes où l'on ne trouvait rien qui pût expliquer la mort ; une très médiocre rougeur existait dans la trachée autour du point opéré et sur le lieu qui avait correspondu à la canule.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires ; il n'y a pas eu un succès complet, puisque la malade a succombé le lendemain ; mais la mort n'a eu lieu ni par une affection de la trachée ou des poumons, ni par les suites de l'opération.

A l'avenir dans les cas pareils toute hésitation devrait cesser, et tout d'abord qu'un malade atteint de laryngite varioleuse éprouvera une gêne notable à respirer et à rendre les crachats, il faudra pratiquer la trachéotomie. Cette opération, encore une fois, n'est pas dangereuse en elle-même ; MM. Bretonneau et Trousseau l'ont pratiquée maintes fois avec courage et succès dans des cas de laryngite pseudo-méningienne, et nous croyons aussi utile d'y avoir recours dans les circonstances qui viennent d'être signalées.

Il ne faut pas être arrêté dans l'exécution de la trachéotomie par cette considération, que l'auscultation fait encore entendre dans la glotte le passage de l'air ; car on sait que les bruits de la respiration s'entendent bien dans le larynx alors que la glotte est rétrécie, et même dans les circonstances où il n'y aurait qu'une légère sténorie. Si la sortie des crachats était devenue difficile par suite de la phlegmasie et de la gêne dans les mouvements du larynx et du pharynx, la mort par anoxémie n'en serait pas moins la suite.

Si l'on redoutait l'action trop directe de l'air froid sur les poumons, il serait facile de surmonter la canule d'un conduit plus ou moins long de gomme élastique placé près du corps, et qui ainsi échauffé communiquerait à son tour la chaleur au gaz atmosphérique avant qu'il parvînt dans la profondeur de l'angiaire.

Nous aurons probablement l'occasion dans le septième volume de revenir sur les idées et les faits précédents. (*Voyez* l'Histoire de la dermite varioleuse.)

la lie fût autre chose qu'un kyste; et si le conduit de Warthon n'avait pas été découvert il ne serait venu à l'idée de personne que le liquide fût de la salive, à laquelle il ne ressemble nullement. Pour son compte, tout en admettant que l'expérience, à mesure qu'elle vieillit, nous apprend ce qui se peut ou ce qui ne se peut pas, il traite maintenant toutes les grenouillettes comme des kystes simples, en enlevant toute la paroi antérieure.

M. Laugier ne conteste pas qu'il puisse y avoir d'autres kystes que celui formé aux-dépens du canal; mais la preuve que celui-ci en est quelquefois le siége, c'est ce qu'on observe dans la grenouillette aiguë. Il a vu dans un cas une dilatation du conduit de Warthon par suite de l'oblitération de son orifice externe par une fausse membrane; il la combattit par les émollients, et au bout de deux ou trois jours, quand l'inflammation fut dissipée, on faisait sourdre, par l'ouverture des conduits, de la salive très limpide. Si ce cas d'acuité n'est pas la grenouillette, quel nom faudra-t-il lui donner? Quand la maladie est indolente, on manque le plus souvent de renseignements, on ne sait pas si les commencements n'ont pas été aigus. Toujours est-il qu'on a trouvé des kystes énormes dont le liquide offrait à l'analyse tous les caractères de la salive.

M. Maisonneuve soutient encore que la grenouillette ne peut pas être le résultat de l'oblitération du canal de Warthon, que cette oblitération donne lieu à des symptômes tout autres; et il rappelle que Boyer, qui admet que le kyste est produit par la dilatation du canal, consacre cependant un chapitre aux accidents déterminés par la rétention de la salive dans la glande sous-maxillaire, et un autre à la grenouillette proprement dite.

M. Vidal (de Cassis) pense que ce ne serait que par un fâcheux abus de mots que l'on regarderait tous les kystes comme des grenouillettes, tandis qu'on refuserait ce nom à la dilatation du canal excréteur, et cela à cause de l'absence de l'inflammation, comme si on ne voyait pas quelquefois des dilatations de la vessie sans cystite, de l'urètre sans urétrite.

— La séance est levée à cinq heures.

Correspondance.

Orléans, 3 décembre 1846.

Le Directeur de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Orléans,

A Monsieur le Dr FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux.*

Monsieur et honoré confrère,

Dans le numéro du 1er de ce mois de votre *Gazette des Hôpitaux*, vous annoncez que « le Conseil municipal d'Orléans vient de supprimer la subvention de 8,000 fr. qu'il allouait à l'Ecole de médecine, établie depuis trois ans. » Vous annoncez un fait vrai Mais vous ajoutez : « L'expérience a été infructueuse. L'Ecole de médecine d'Orléans, trop rapprochée de celle de Paris, ne *recevait pas d'élèves*. » Votre feuilleton prétend que *dans ses beaux jours* cette Ecole a compté *jusqu'à* 18 *élèves*.

Permettez-moi de vous prouver combien ces assertions sont inexactes et blessantes. L'Ecole préparatoire de médecine d'Orléans n'a que trois années d'existence; eh bien ! en 1843-44, elle a compté vingt-six élèves inscrits; en 1844-45, trente-six; en 1845-46, vingt-quatre. La moyenne est donc de vingt-neuf. Veuillez, Monsieur et honoré confrère, comparer ce nombre d'élèves à celui des autres Ecoles préparatoires, et vous verrez qu'il est loin de leur être inférieur.

Inutile alors de m'arrêter à l'influence que vous avez l'obligeance d'accorder au voisinage de Paris sur un insuccès qui n'existe pas. Si je m'y arrêtais, ce serait pour vous exprimer mon opinion qu'une Ecole préparatoire de médecine, placée aux portes ou à cent lieues de la capitale, pourrait atteindre également le but de son institution, tandis qu'il en serait tout autrement d'une Faculté de médecine.

Maintenant, Monsieur et honoré confrère, je vais soumettre à votre loyauté quelques observations sur le vote du Conseil municipal. D'abord, il n'a eu lieu qu'à la majorité d'une voix : 18 contre 17. De quels membres se composait cette immense majorité? Elle se composait en grande partie des hommes qui avaient le plus vivement sollicité du gouvernement la faveur de cette Ecole, mais qui, *aussitôt que son personnel a été connu*, en sont devenus les plus ardents détracteurs, trompés qu'ils étaient dans leurs espérances.

Dès ce moment ils n'ont épargné ni injures contre les professeurs, ni dénigrements incessants contre l'Ecole, ni conseils aux familles de n'y pas envoyer leurs enfants. Les dernières élections municipales leur ayant donné la majorité dans le Conseil, ils en ont profité pour accomplir le dessein qu'ils avaient depuis longtemps manifesté.

En vain on leur a fait observer que le Conseil général venait de voter *à l'unanimité* sa subvention annuelle de 5,500 fr. en faveur de l'Ecole. En vain M. le maire a-t-il déclaré immédiatement avant le vote, *que l'administration municipale tout entière avait à cœur la conservation de cette institution.*

Je mets sous vos yeux, Monsieur et honoré confrère, quelques numéros d'un journal de la localité. Ils vous en diront plus que je n'ai l'intention de vous en dire.

Mais le vote de la majorité du Conseil a été mal accueilli par l'opinion publique. Aussi l'autorité supérieure et le conseil academique ont-ils cru qu'il était de leur devoir d'adresser au gouvernement d'énergiques réclamations.

En attendant que M. le ministre de l'instruction publique prenne une décision, les cours de l'Ecole se continuent avec le même zèle; et déjà, nonobstant le mauvais vouloir de la majorité du Conseil municipal, vingt et un élèves se sont fait inscrire depuis le 10 novembre dernier.

Je compte, Monsieur et honoré confrère, sur votre impartialité connue, pour l'insertion de ma lettre dans un prochain numéro de votre journal.

Agréez, etc. JALLON.

L'oculistique vient de faire une grande perte en la personne de M. J. Scott, décédé ces jours derniers à Londres. M. Scott s'était livré en dernier lieu à des recherches sur l'extraction de la cataracte. On lui doit entre autres un kératotome dont il a été parlé dans les Annales d'oculistique, vol. XII, p. 117.

Portefeuilles-Trousses et AGENDA à l'usage de MM. les médecins et chirurgiens (modèle Charrière (1). — L'époque du renouvellement de l'*Agenda médical* m'engage à publier quelques renseignements sur un modèle de trousses, dites Trousses-Agenda.

Ce modèle n'est pas encore généralement connu; cependant, de l'aveu même des praticiens qui en font usage depuis quelques années, il réunit toutes les conditions désirables.

La Trousse-Agenda est composée de deux pliants.

Le pliant supérieur ou de droite est disposé pour recevoir les instruments suivants :

2 bistouris en buffle à coulant à 3 fr., en écaille 4 fr.

1 paire de ciseaux acier de 2 à 3 fr., en argent soudés et non cémentés 12 et 14 fr.

1 pince à pansement acier (modèle Charrière), 2 à 3 fr., la même partie en argent soudé très solide, 12 à 14 fr.

1 pince à artères acier, de 2, 3, 4 et 6, idem en argent mors en acier, 8, 10 à 12 fr.

3 stylets assortis acier, 50 c. pièce, idem en argent, 1 50 à 2 fr.

1 sonde cannelée id., 1 à 1 50 fr., idem en argent, 3 50 à 4 50 fr.

1 porte-mèche, id., 50 c. pièce, idem en argent 1 75 à 2 fr.

1 sonde d'homme et femme argent, la vis aussi en argent, 9 à 10 fr.

1 trocart explorateur argent, avec entonnoir et gaîne, 2 50 à 3 fr.

1 porte-pierre en buffle cerclé d'argent et goupillé, le porte-nitrate monté et goupillé à l'intérieur de la vis afin d'assurer la solidité, 2 fr. 25.

Le même, étui en ébène, 1 fr. 50.

Le même à crayon en argent à 8, 10, 12 et 14 fr.

Le porte-nitrate en platine fait une différence de 5 fr. pour tous modèles.

4 ou 6 lancettes en corne à 1 fr. pièce, en écaille 1 50 à 2 fr.

4 ou 6 aiguilles à suture trempées en ressort, 50 c. pièce.

Tous ces instruments sont recouverts et indépendants, de telle manière qu'on peut faire usage de l'Agenda, du Portefeuille sans mettre les instruments en évidence.

Il arrive même fréquemment de placer dans ces trousses quelques autres pièces, surtout en confectionnant les bistouris à deux lames sur le même manche. Du reste, ces instruments suffisent pour les cas ordinaires.

Le porte-pierre à crayon est toujours placé sur le rabat du portefeuille comme tous les crayons.

Une poche est pratiquée au-dessous du pliant supérieur pour recevoir les lancettes, les aiguilles et les fils.

Sur le pliant intérieur ou de gauche sont pratiquées deux poches assez grandes pour contenir les papiers.

Entre ces deux pliants, on place l'*Agenda médical*, divisé en 5 parties, toutes indépendantes l'une de l'autre; les quatre premières contiennent l'Agenda proprement dit, divisé par trimestre. La cinquième partie comprend tous les renseignements utiles aux médecins et chirurgiens; cette cinquième partie peut être à volonté adjointe au trimestre courant de l'Agenda ou en être séparée.

Pour satisfaire aux différents besoins, j'ai adopté, pour ces portefeuilles comme pour toutes les trousses en général, cinq longueurs différentes : 11 centimètres (4 pouces); 12 centimètres (4 pouces 1/2); 13 centimètres 1/2 (5 pouces); 15 centimètres (5 pouces 1/2); 16 centimètres (6 pouces). J'en fournirai de plus ou moins grandes, si on m'en faisait la demande. Je ne propose ces mesures que pour faciliter la correspondance. J'ajouterai que celles de 13 centimètres (5 pouces) à 15 centimètres (5 pouces 1/2) sont le plus généralement demandées. Les instruments étant appropriés à ces différentes longueurs, sans rien perdre de leur solidité, il y a un autre avantage, c'est qu'elles me permettent de placer dans le portefeuille l'agenda que l'on choisira.

L'agenda est maintenu dans le portefeuille, soit par un lacet de soie, soit par une broche en maillechort ou en argent, etc., qui vient se fixer à deux anneaux d'un dossier en métal. Dans cette broche, je place deux aiguilles à acupuncture.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, combien ces trousses sont avantageuses. J'ajouterai qu'on peut leur donner tout le luxe désirable, soit dans la confection des portefeuilles, soit dans les instruments qu'on désire. Je me conformerai à cet égard aux demandes qui me seront faites.

Pour le prix des instruments, je renvoie à mon Catalogue de trousses.

Prix des Trousses-portefeuilles vides.

	fr.
Maroquin cylindré fermant à pattes,	7 à 9
Les mêmes, fermoir en maillechort,	8 à 10
Maroquin chagrin ordinaire à pattes,	10 à 12
Les mêmes, fermoir maillechort,	11 à 13
Maroquin chagrin, première qualité, avec un seul filet à froid fermant à pattes,	12 à 14
Les mêmes, fermoir maillechort,	13 à 15
Maroquin chagrin, première qualité; gaufré froid et belle dorure à pattes,	14 à 16
Les mêmes, fermoir maillechort,	15 à 17

Toutes les Trousses-Portefeuilles détaillées ci-dessus sont garnies d'un cahier de papier.

Le prix de chacune augmentera de 2 fr. 50 quand on y joindra l'*Agenda Médical* divisé par trimestre, et le cahier comprenant les renseignements.

Le prix du fermoir en argent sera de 3 fr. en sus de celui en maillechort.

Ainsi que pour toutes les autres trousses, le prix de celle-ci est toujours relatif au luxe qu'elle comporte.

Les praticiens préféreront toujours, dans un but d'économie bien entendu, les maroquins de première qualité, qui durent beaucoup plus longtemps que les autres, et, de plus, n'ont pas l'inconvénient de blanchir vers les bords et sur toutes les saillies.

Je fais aussi des trousses avec des fermoirs intérieurs pour maintenir les passes fixées. Je me charge de faire exécuter la gravure sur les fermoirs et sur les têtes de crayons.

(1) Chez Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'Ecole-de-Médecine, 6, à Paris.

AVIS A MESSIEURS LES MEDECINS.

Le sieur **BÉCHARD**, mécanicien-bandagiste (honoré de deux médailles en 1839 et 1844), pour donner plus d'extension à son commerce, vient de transporter son établissement, de la rue de Tournon, 15, à la *rue Richelieu*, 20, et ses ateliers, rue Montpensier, 13, même maison. — Ce changement de domicile et l'agrandissement de sa maison ont mis le sieur **BÉCHARD** plus que jamais, en position de satisfaire à toutes les demandes qui lui seraient faites concernant les instruments orthopédiques.

AVIS A MM. LES MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Les principales opérations de la *Caisse centrale* des Médecins et Pharmaciens consistent :

1° Dans le recouvrement des notes et mémoires qui leur sont dus à Paris et dans les départements;

2° Dans la cession, permutation, vente et achat des Clientèles médicales, Maisons de santé, Pharmacies, Cabinets de dentistes et autres établissements médicaux.

S'adresser *franco* à M. Auguste CRENET, directeur-gérant, 25, rue Neuve-Saint-Denis.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 144. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Tumeurs fongueuses anévrismales des os.

(Suite du numéro du 19 novembre.)

Nous avons dit que, contrairement aux tumeurs fongueuses des parties molles, pour la guérison desquelles la chirurgie possède des ressources nombreuses, il n'existait pour les tumeurs fongueuses sanguines des os que trois procédés opératoires, que trois méthodes de traitement :

1° La ligature de l'artère principale des membres;
2° L'amputation du membre lui-même;
3° La résection de la portion de l'os qui est le siége de la maladie.

Ces trois moyens sont seuls essayables. La cautérisation d'une tumeur de cette espèce, par exemple, serait complétement inutile, et n'aurait aucun résultat. Il n'existe aucun procédé qui puisse amener l'oblitération des vaisseaux anévrismatiques.

Par la ligature de l'artère principale du membre, vous agissez sur toutes les divisions vasculaires qui vont se rendre aux parties affectées, et vous avez des chances d'obtenir la disparition de la tumeur fongueuse comme on obtient celle des tumeurs anévrismales ordinaires.

Quant à la résection des portions osseuses malades, elle ne peut guère être faite, comme nous l'avons déjà dit, que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Elle serait facile dans des régions où ces tumeurs ne viennent que rarement, si elles s'attaquaient, par exemple, aux côtes, au sternum, etc. Mais une fois qu'il s'agit des os des membres, et surtout des membres inférieurs, de ceux qui forment les colonnes du corps, qui supportent le tronc, cette opération devient presque impossible.

Nous avons eu autre part l'occasion de raconter l'histoire d'un malade présentant une tumeur fongueuse sanguine siégeant dans la partie inférieure du radius. Peut-être, dans ce cas ou dans un cas pareil, la résection n'eût-elle pas été impossible, le bras n'ayant pas à soutenir un poids comme celui que soutient la jambe. Mais pour le tibia, nous le répétons, et malgré les tentatives qui ont été faites dans ces dernières années pour faire entrer dans les opérations de la chirurgie la résection du tibia, ceci nous semble tout à fait impraticable. On a fait cette résection aussi pour des tumeurs analogues développées dans l'épaisseur des os du crâne. Nous n'avons pour notre part, aucun fait de ce genre qui nous appartienne. Le fait qui suit est le plus intéressant qui soit venu à notre connaissance. Nous n'oserions pas affirmer qu'il soit unique dans son genre.

Il y a quelques années, vint à Paris une dame, Suisse d'origine, qui avait pendant longtemps habité les colonies. Elle portait au côté gauche du crâne, dans la région pariétale, une tumeur fongueuse sanguine assez étendue, et dont le point de départ avait été probablement le diploé. A la suite, disait-elle d'une contusion légère qu'elle avait reçue quatre ans auparavant, s'était développée une tumeur, petite d'abord, mal dessinée, d'un caractère incertain, d'une nature douteuse. Peu à peu la maladie fit des progrès, et la malade vint en France pour prendre l'avis des chirurgiens de Paris. Lorsqu'elle vint me consulter, voici ce que je pus constater. La tumeur appartenait manifestement aux os, dans l'épaisseur desquels elle s'était développée. Heureusement pour la malade, le développement s'était fait à l'extérieur plutôt qu'à l'intérieur du crâne; et dans les premières années, elle n'éprouva du côté du cerveau que des phénomènes à peine appréciables. Les parties molles extérieures du crâne étaient soulevées, sans aucune altération de couleur ni d'épaisseur. Au moment où je la vis, la tumeur avait commencé à intéresser la table interne de la boîte osseuse; quelques symptômes de compression existaient, bien que la malade continuât à jouir de la plénitude de ses facultés intellectuelles. Sur tous les points de la circonférence, on distinguait, en palpant avec précaution, les limites de la maladie, et la continuité du tissu de la tumeur avec les parties saines de l'os. Il était évident encore que l'on n'avait point affaire à une tumeur analogue aux fongus de la dure-mère, laquelle se serait creusée à travers les os, comme il arrive quelquefois, une ouverture de sortie, et aurait fini par proéminer à l'extérieur. Il y avait continuité entre la partie saine des parois du crâne et la portion de ses parois qui avait éprouvé la transformation fongueuse. La tumeur présentait des battements isochrones à ceux du pouls, absolument semblables à ceux qu'offre la tumeur du tibia, que vous pouvez observer chez l'homme couché au numéro 47, et à propos duquel nous vous soumettons quelques considérations pratiques.

Or, les tumeurs de la dure-mère ont des caractères qui permettent de les différencier presque toujours très facilement des autres maladies de la tête; elles sont fermes, rénitentes; elles ont un mouvement de soulèvement, bien distinct du mouvement de dilatation des tumeurs fongueuses sanguines dont nous parlons. On peut, en les déprimant légèrement, constater l'ouverture à bords droits ou contournés qui se fait aux os du crâne pour leur livrer passage. Les battements artériels qui se faisaient sentir dans la tumeur s'affaiblissaient sans disparaître complétement par la compression de l'artère carotide primitive, sans cependant que le volume diminuât sensiblement. Cette dame était en proie à de vives douleurs, à de grandes incommodités; elle avait la conscience que sa maladie se terminerait, et probablement dans un espace de temps peu éloigné, d'une manière fâcheuse. Elle était résignée à subir une opération, quelle qu'elle fût, qui aurait pour but de la délivrer de cette tumeur. C'est pour avoir mon avis à ce sujet qu'elle était venue me consulter.

Le cas, on le voit, était grave et embarrassant. Je ne voulus pas prendre sur moi, non pas seulement de faire, mais même de conseiller une opération qui pouvait exposer les jours de la malade sans grandes chances peut-être de guérison. La ligature de la carotide n'offrait aucune chance de succès. Il n'y avait de voie de salut que dans l'ablation de la tumeur, ou plutôt de toute la portion des parois du crâne qu'elle avait envahie. Malgré les instances réitérées de la malade, je ne voulus rien dire autre chose sinon qu'il y avait, à la rigueur, possibilité d'enlever toute la portion des parois du crâne qui avait été envahie par la tumeur; mais je ne cachai point que, même entre les mains du plus habile chirurgien, cette opération était pleine de périls et des plus compromettantes pour la vie.

Cette dame retourna dans son pays, à Genève. J'ai su depuis qu'une opération avait été faite, que l'on s'était décidé à entreprendre l'ablation de toute la portion des os du crâne qui était le siége de la tumeur fongueuse sanguine, en anticipant un peu sur les parties saines des os voisins. Je n'ai pas pu savoir *in extenso* les détails de cette opération; seulement j'ai appris qu'elle avait été des plus longues et des plus laborieuses, malgré l'habileté du chirurgien qui l'avait faite, M. Mayor, de Genève. La malade supporta tout avec un courage admirable. Quelques jours se passèrent sans accidents. Puis des phénomènes inflammatoires se manifestèrent du côté des méninges, et la malade finit par succomber dans des souffrances intolérables.

Ce fait prouve, comme nous le disions il n'y a qu'un instant, que la résection des os affectés de tumeur fongueuse est possible, surtout quand il s'agit des os plats, mais qu'elle n'est pas toujours suivie de succès; quant aux membres inférieurs, elle est, pour les raisons que nous avons dites, encore bien plus impraticable.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Fin du Rapport sur la peste. — La main de M. Castel. — Avantages de cette discussion. — Nomination d'un confrère au Conseil général de la Seine. — Affaire de l'Association médicale. — Une audience du ministre de l'intérieur. — Offre du Congrès à la Faculté de médecine de Paris. — Une erreur typographique. — Ecole d'Orléans.

Voilà donc notre Académie revenue à ses habitudes régulières et normales. Le vote terminal sur le rapport de la peste et des quarantaines a eu lieu mardi dernier, et M. Prus peut dire que ce n'est pas sans peine et sans soucis. La compagnie, par extraordinaire, était fort nombreuse, et le vote a été suffisamment solennel. Une seule main a protesté contre l'unanimité de l'assemblée, celle de M. Castel. L'irascible vieillard a poussé jusqu'au bout sa résistance, et c'est avec une résolution et un courage dignes d'un meilleur sort que, seul contre tous, il a osé montrer la ténacité de son opposition. Cela fait, le vénérable académicien a majestueusement croisé ses bras sur sa poitrine, a jeté sur l'assemblée un regard rempli d'un dédain indicible, et qui semblait lui dire : Ignorante assemblée! tu viens de faire une énorme sottise; mais, grâce à Dieu, je n'y ai point trempé, et comme le personnage de l'Ecriture, je puis m'écrier : Je m'en lave les mains!

Je me permettrai de n'être pas entièrement de l'avis du célèbre académicien du Lot. L'Académie vient de faire, à mon sens, une grande et utile besogne. Une seule considération légitimera ma satisfaction : Qu'avait fait jusqu'ici de cette question de la peste et des quarantaines l'administration entre les mains de laquelle elle était sévèrement restée? Rien, moins que rien; car elle en avait tiré le régime autant odieux que ridicule qui gouverne la matière. Parcourez lois; règlements, circulaires, conseils, prescriptions de l'autorité administrative, partout vous trouverez l'assertion, l'hypothèse, l'erreur servant de base à des mesures absurdes, fatales aux intérêts généraux du commerce, inhumaines et barbares contre les individus. L'administration elle-même, effrayée des conséquences de ce régime suranné, poussée surtout par l'irrésistible ascendant de l'opinion publique, s'avise enfin de se souvenir qu'il existe une science qui seule peut résoudre les immenses problèmes contenus dans la question; que le premier commis du ministère pourra réglementer le régime quarantenaire quand la science aura dit les causes de la peste, les conditions de sa transmissibilité, la durée de son incubation, etc., etc., et alors elle tourne son regard éploré vers cette science bienfaisante, et lui dit : Tirez-moi de peine, tiraillée que je suis par des intérêts opposés, par une responsabilité terrible.

En cet état, la question a été présentée à l'Académie de médecine. Mon Dieu! je sais, et au moins aussi bien que tout autre, les endroits faibles du rapport, les lacunes, les longueurs, le décousu, quelquefois les ridicules de la discussion, je comprends et j'approuve les légitimes critiques que l'on peut élever sur la manière dont a été conduite cette grande affaire; mais je dis, et ce disant je crois être dans le vrai, dans le juste, qu'il y a au bout de cela un grand, un immense résultat, c'est l'immixtion nécessaire et forcée de la science médicale dans des questions arbitrairement monopolisées par l'administration, c'est la pénétration obligée de notre science dans des conseils d'où elle avait été dédaigneusement proscrite; c'est, enfin, la science et sa méthode sévère, et ses inductions rigoureuses substituées aux errements entêtés d'une bureaucratie ignorante.

On se plaint, et c'est avec grande raison, que la science médicale est exclue de l'administration, que le médecin ne joue qu'un rôle passif et subalterne là où ses connaissances spéciales l'appelleraient à être chef d'emploi. Mais réjouissons-nous donc de toute circonstance où l'art et la profession tendent à se relever de leur infimité, où le médecin, par des voies honorables et pures, tend à pénétrer dans des régions jusqu'ici pour lui inabordables; prêtons chaleureusement nos mains à ceux qui tentent ce rude labeur, et tâchons d'oublier les imperfections de détail en face d'un ensemble bon et utile. C'est de ce point de vue que j'envisage les résultats de la discussion académique et les efforts particuliers de M. Prus pour arriver à solution. Sans doute il est regrettable que la compagnie ait tant soit peu reculé sur le terrain où l'administration l'avait elle-même appelée; la cause en est sans doute à la nouveauté, à l'étrangeté de la position qui lui était faite. Plus aguerrie une autre fois, elle pénétrera plus résolument dans les entrailles du sujet. En attendant, félicitons-la de son œuvre, félicitons surtout M. Prus de ses courageux et persévérants efforts; elle et lui ont bien mérité de la science et de la profession.

— De ce même point de vue général et appliqué aux intérêts de la profession, je parlerai de la nomination récente d'un honorable confrère comme membre du Conseil général du département. J'ai ouï dire, et je répète avec plaisir, que les médecins du sixième arrondissement ont voté comme un seul homme en faveur de cette candidature confraternelle. C'est très bien! En dépit des méchants et des jaloux, l'esprit de confraternité s'infiltre peu à peu dans le corps médical. Il commence à comprendre que la première condition du succès, c'est l'union, et qu'il est des circonstances où l'intérêt général doit faire oublier les petites et misérables passions individuelles. Du reste, la nomination de M. Ségalas a dû coûter infiniment peu de ces sacrifices personnels; généralement aimé, bon et serviable confrère, M. Ségalas n'a dû trouver que de faciles adhésions et que de rares répugnances. Il cultive sans bruit, sans forfanterie, sans cette agitation écrivassière de quelques-uns de ses compétiteurs, une spécialité fructueuse, et l'usage qu'il sait faire d'une fortune dignement acquise n'a pas peu contribué à dissiper les préventions du monde contre la sauvagerie danubienne du médecin. Ses élégants et artistiques salons sont recherchés à l'égal des plus célèbres de Paris où il y en a tant de célèbres, et là le médecin, entouré des plus hautes et des plus éclatantes sommités sociales, s'y trouve sur le même plan et au même niveau.

Les services que les médecins peuvent rendre dans la haute position que vient d'acquérir M. Ségalas sont considérables. A qui donc plus naturellement reviennent les questions d'hygiène publique, de salubrité de la cité, des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance, et tant d'autres choses où les études spéciales du médecin peuvent être si fructueusement appliquées? Et puis, nous aspirons tous à sortir de cette sorte d'ilotisme politique et social auquel nous condamne une organisation stupide; applaudissons donc à toute occasion où quelques-uns d'entre nous peuvent faire montre de ce qu'il y a de force et de puissance dans le corps médical si peu connu, si peu apprécié.

— L'affaire de l'*association médicale* marche, mais lentement. A-t-on du mal pour faire entendre des gens qui font les sourds! Du reste, mon avis est que tous les obstacles viennent des bureaux et que l'autorité supérieure ignore à peu près ce qui se passe. La *Commission permanente* a pu s'en convaincre dans l'audience qu'elle a obtenue de M. le ministre de l'intérieur. Le bey de Tunis, en face de cette question, n'aurait pas pu garder plus de réserve et ne se serait pas livré à des épanchements moins compromettants. Evidemment, M. le ministre, ou c'est un fin diplomate, ne sait rien de rien de ce que nous voulons et de ce qu'on nous oppose. Les obstacles viennent d'infiniment plus bas, ce qui n'est pas une raison de croire qu'ils sont moins difficiles à surmonter. Enfin, Dieu aidant et aussi les circonstances, on réussira peut-être. Les médecins de Paris, qui, sauf une exception fâcheuse, peuvent se réunir avec liberté dans leurs arrondissements respectifs, ne se doutent pas de la douleur, du mécontentement, de l'agitation que l'ordre ministériel suspensif a jetés dans le corps médical des départements. Il avait admirablement et presque unanimement compris tout ce que l'association portait dans ses flancs de puissance et de fécondité. Avec l'association harmoniquement organisée, il avait vu que nos déceptions à l'endroit de la loi seraient moins cruelles et plus patiemment souffertes, parce que l'association par sa seule influence morale allait produire ce que la loi serait peut-être impuissante à donner. Partout le corps médical avait mis le plus grand empressement et la plus vive ardeur à réaliser le vœu le plus important, le plus généreux du Congrès; tout marchait avec ensemble

Si l'on a bien saisi l'esprit des remarques que nous avons présentées jusqu'à présent, on a compris que nous nous sommes attaché principalement à différencier les tumeurs sanguines des os, des tumeurs, nous ne dirons pas semblables, mais analogues qui se rencontrent dans les parties molles. Passons maintenant à l'examen rapide des cas particuliers.

Les tumeurs fongueuses des os paraissent être de deux espèces très différentes l'une de l'autre, et qui ne sont pas toujours faciles à distinguer, même par l'examen le plus approfondi, bien que leur structure intime soit en réalité fort dissemblable, comme le prouve l'examen anatomique auquel on a pu se livrer soit après des amputations, soit chez des sujets qui avaient succombé. De ces tumeurs, les unes sont de nature bénigne, simple; elles paraissent ne résulter que de la dilatation des vaisseaux qui entrent dans la composition des portions spongieuses des os. Les autres sont complexes, et celles-là sont les plus graves. Outre l'angiectasie, qui est le caractère distinctif et fondamental de l'affection, il y a de plus altération des parois des vaisseaux, et quelque analogie avec l'état cancéreux. Quelquefois des tumeurs sanguines qui semblaient pouvoir être attribuées à la simple dilatation des vaisseaux ont cependant fait des progrès ultérieurs, et se sont terminées de la même manière que les tumeurs cancéreuses; lorsque l'on est venu à faire l'examen anatomique, on a trouvé les deux éléments bien distincts, c'est-à-dire altération organique avec dilatation des vaisseaux.

Il est presque impossible de déterminer à l'avance et par le seul examen extérieur que l'on peut faire, il est presque impossible de bien distinguer ces deux affections l'une de l'autre; il est difficile de dire avec quelque chance de rencontrer juste si la tumeur est purement anévrismale, ou si elle n'a pas de caractère plus grave, si par exemple on n'y rencontrera pas un élément cancéreux. Pour le malade à l'occasion duquel nous vous présentons ces observations, nous avons l'espoir que nous serons plus heureux, et qu'il ne s'agira que d'une tumeur purement anévrismale.

Nous croyons que, à moins qu'une affection de ce genre ne soit très ancienne et n'ait pris les caractères qui peuvent révéler la nature maligne, lorsqu'elles sont arrivées seulement au point où en est celle-ci, nous disons qu'il ne nous semble pas possible de dire à quelle espèce de ces deux maladies elle appartient. Elles affectent plutôt, avons-nous déjà dit, les os des membres que les autres parties du squelette, de la charpente animale. Presque constamment aussi elles sont solitaires; il n'en existe qu'une seule chez le même sujet. Nous croyons qu'il n'y a dans la science qu'un seul cas où l'on ait trouvé plusieurs de ces tumeurs sur le même individu; c'est le fait rapporté par Scarpa d'un individu qui en présentait un nombre prodigieux dans les os, dans les vertèbres en particulier.

Malgré la fréquence plus grande de ces tumeurs dans les os des membres, on n'est pas sans en rencontrer autre part, et le fait que nous avons cité plus haut d'une tumeur située sur le pariétal et développée dans son épaisseur, prouve qu'elles peuvent se produire dans les os plats, dans les os courts, dès qu'ils sont spongieux. Dupuytren a eu occasion d'observer plusieurs fois des faits de ce genre, qui ont été consignés dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques* (tome II, 1826). Chez l'un des malades, la tumeur sanguine affectait les os du métatarse; elle était, dit Dupuytren, située au dos du pied sur les deuxième et troisième os du métatarse, s'étendant latéralement du premier au quatrième de ces os, et d'arrière en avant, d'un à deux pouces au-devant de l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à la base des orteils, saillante d'un pouce environ au-dessus du dos du pied, adhérente par sa base, sans chaleur, rougeur, ni altération de la peau. Dans un autre cas, la tumeur affectait la partie supérieure du tibia. On fit la ligature de l'artère crurale, qui parut pendant quelque temps être suivie d'heureux résultats. Mais plusieurs années après la tumeur ayant recommencé à prendre du volume, Dupuytren fut obligé de pratiquer l'amputation du membre. A l'examen, fait après l'amputation, on trouva dans la tumeur des altérations, signes non équivoques d'une dégénérescence fort avancée.

M. Lallemand fit également la ligature de l'artère crurale chez un homme atteint d'une tumeur semblable occupant la partie supérieure du tibia; chez ce malade l'opération réussit parfaitement, comme celle que nous avons pratiquée il y a deux ans et dont nous vous avons en quelques mots donné les principaux détails.

C'est vraiment une chose remarquable, et de laquelle il est assez difficile de se rendre compte, que ces tumeurs se développant dans le membre inférieur, ce soit plutôt la partie supérieure du tibia que la partie inférieure du fémur qui en soit le siége presque exclusif. Ceci me conduit à vous présenter une remarque générale; et qu'on nous permette cette digression, qui n'est pas sans importance. Quelque identité que l'anatomie semble montrer entre les différentes parties d'un même système d'organes, il y a entre ces diverses parties des différences occultes, mais qui n'en existent pas moins d'une manière incontestable. Leur organisation n'est pas absolument et parfaitement identique et la même. La vitalité n'est peut-être pas non plus la même; ce mot de *vitalité* est un de ceux qui, à l'époque où nous vivons, n'a pas cours dans la science, au moins pour tous les auteurs; mais à nos yeux il y a toujours un principe vital, auquel on a tort de ne pas faire une part plus large. Ceci est démontré moins par des faits anatomiques et physiologiques que par les faits pathologiques; si ces différences n'existaient pas, comment se ferait-il que ces parties ne fussent pas prédisposées aux mêmes maladies; comment pourrait-on expliquer ceci, que les unes ont des états qui ne sont pas les mêmes que ceux des autres?

Lorsqu'une tumeur de cette sorte vient à se développer, on est conduit tout d'abord à remonter à l'étiologie. Nous vous avons fait voir pour les faits qui nous sont propres, qu'une cause extérieure a presque constamment agi préalablement au développement de l'affection, soit une contusion. Dans les observations que l'on doit à Dupuytren, à M. Lallemand, il en est de même, et l'on a pu remonter, en questionnant les malades, à une cause traumatique. Ordinairement les malades ressentent une douleur d'abord peu vive, mais augmentant peu à peu pendant un temps plus ou moins long; la partie de l'os qui doit devenir le siége du mal se gonfle, se tuméfie; le membre semble devenir plus gros; mais rien ne peut déceler la nature de la maladie, tant que les couches de tissu compacte conservent leur intégrité.

Les battements artériels ne peuvent point être sentis à l'extérieur à travers les parties solides et résistantes. Il est nécessaire, pour que l'on puisse apprécier le genre d'affection auquel on doit avoir affaire, que les parties solides qui forment la coque par laquelle est recouverte la substance spongieuse soient détruites. Le malade atteint d'une tumeur du radius dont nous avons parlé présentait, dans les premiers temps du développement de son affection, un gonflement qui ressemblait beaucoup à une tumeur blanche. L'extrémité inférieure du radius était gonflée dans tous les sens, et la tuméfaction s'étendait jusques au-dessus du quart inférieur de l'os. On pouvait produire dans l'os, par des pressions en sens contraires, une fluctuation sourde, et l'on sentait fléchir sous le doigt la couche extérieure de substance compacte convertie en une sorte de membrane sèche. J'avais laissé pendant un mois environ la tumeur croître sous mes yeux. Mais après ce laps de temps, et toujours incertain sur sa nature, précisément à cause du manque de pulsations, il me vint à l'idée de faire à la tumeur une ponction exploratrice. Je plongeai dans la tumeur un bistouri à phimosis long et étroit. La petite plaie donna issue à du sang vermeil, tel qu'aurait pu le fournir l'ouverture d'une artère, et, chose singulière, c'est surtout à partir du moment où je fis cette ponction exploratrice que la tumeur prit un accroissement considérable et rapide. Il y eut bientôt destruction de cette lame osseuse. La tumeur devint molle. De petites bosselures se manifestèrent; enfin des battements, non pas aussi forts que ceux d'une tumeur anévrismale, mais bien distincts et isochrones aux pulsations artérielles, s'y firent sentir, et confirmèrent mon diagnostic.

Dans le cas actuel, la maladie a marché avec la plus grande rapidité. Il y a quelques mois à peine que le sujet s'est aperçu du commencement de l'affection, et vous avez pu juger déjà du développement, de l'accroissement du volume de la tumeur. Cette tumeur est à proprement parler double, c'est-à-dire qu'elle offre deux saillies, l'une en dedans, l'autre sur la ligne médiane et un peu en dehors; en appuyant doucement la main sur chacune d'elles, on y sent des battements bien prononcés, assez forts, isochrones aux battements du pouls. La nature de ces battements nous fait supposer que ce n'est pas ici une tumeur anévrismale pure et simple. L'anévrisme ordinaire communique avec les vaisseaux artériels directement; il est traversé par un flot de sang plus ou moins considérable, dans un espace de temps donné, plus ou moins fort, et proportionné au calibre du vaisseau malade. Vous comprenez qu'une pareille tumeur, lorsque l'on peut la sentir, l'explorer, y distinguer les battements, est facilement reconnaissable; nous aurons plus d'une fois l'occasion de vous faire voir ce que sont les battements d'une tumeur anévrismale. Vous verrez que souvent plus la maladie est ancienne, plus les battements deviennent obscurs, quoique le volume de la tumeur augmente, et de ceci la raison en est toute simple, c'est qu'il se forme des caillots qui amortissent le choc du liquide. Dans les tumeurs fongueuses sanguines des os, ces pulsations n'ont pas le caractère qu'elles ont dans les anévrismes. Nous noterons encore une circonstance particulière: on n'y remarque pas les bruits de souffle et de frottement que l'on observe dans les tumeurs anévrismales. Le bruit de souffle que l'on entend dans ces dernières tient au passage du sang à travers l'ouverture qui fait communiquer la poche avec la tumeur. Les tumeurs des os n'ayant point de poche unique, de kyste où pénètre le sang en quantité considérable, il est facile de concevoir que l'on n'y entende pas de souffle analogue.

On ne peut guère acquérir de connaissances même approximatives sur le fait que voici, à savoir si elles sont simples, c'est-à-dire constituées par une simple dilatation des vaisseaux, ou si elles sont compliquées d'un élément étranger, cancéreux ou autre; les phénomènes extérieurs ne fournissent aucune donnée pour la solution de cette question, à moins que la maladie ne prenne un développement extraordinaire. Dans les affections de cette nature, l'expérience n'a pas encore procuré tous les renseignements, fait apercevoir tous les résultats sur lesquels on pourrait établir des règles bien positives. Ces maladies ne sont pas nouvelles; sans être très communes, elles ne sont pas excessivement rares. On ne

---

et harmonie, quand est venu cet ordre ministériel malencontreux qui suspend tout, qui paralyse tout, qui va tout perdre peut-être, car en France, hélas! nous sommes ainsi faits que nous passons avec une égale mobilité de l'enthousiasme à la tiédeur.

J'adjure ici tous les dévouements, toutes les bonnes intentions de ne perdre ni espoir, ni persévérance. L'obstacle d'aujourd'hui peut être levé demain; et d'ailleurs les circonstances sont changeantes, les ministres amovibles, les principes seuls survivent et restent, et ce qu'on n'a pu faire un jour on le fait un autre. Courage donc et fermeté; notre cause est bonne, et nous la gagnerons.

— Le Congrès vient de faire une gracieuseté à la Faculté de médecine de Paris, à laquelle elle sera sans doute sensible. La Commission Bichat lui offre de placer dans son enceinte la statue qu'elle fait ériger en l'honneur du grand anatomiste par notre célèbre statuaire David (d'Angers). La Faculté, appelée à délibérer sur cette offre, n'a pas encore fait connaître sa décision; mais il n'est pas possible de la supposer négative.

A cette occasion, je ferai une petite remarque qui me paraît opportune. Si, comme on n'en peut douter, la Faculté accepte le magnifique cadeau qu'on veut lui faire, sera-t-il donc établi que les élèves si nombreux de cette Faculté n'auront pas participé à ce pieux hommage rendu après plus de quarante ans à l'une de nos gloires les plus pures? Et notre jeunesse si généreuse et si patriotique perdra-t-elle cette solennelle occasion de témoigner de son admiration et de sa reconnaissance pour le génie si jeune, si poétique et sitôt éteint de notre immortel Bichat?

Je ne veux ni ne peux le croire, et j'appelle avec confiance l'attention de ces loyaux jeunes hommes sur la souscription Bichat encore ouverte.

— Ce que c'est qu'une erreur typographique, et comme la transposition d'un point et virgule peut faire dire aux gens d'étranges et méchantes choses!

On lisait ces jours-ci, dans un journal politique, la petite *réclame* suivante:

« Madame la princese de La Trémouille vient de mourir, suivant » les désirs de sa famille; ses dépouilles mortelles ont été embau» mées par M. Gannal. »

On comprend que le ; doit être placé après mourir.

Ils m'en ont fait bien d'autres, mes chers et honorables imprimeurs! Un jour, d'un *professeur* ils me font un *parfumeur*; un autre jour, d'un confrère *infime* que je leur avais donné, ils me rendent un confrère *infâme*, et autres peccadilles et coquilles qui échappent au correcteur le plus adroit. La plus drolatique de ces erreurs est celle que vous pourrez lire dans la *Chirurgie* de Delpech, article *Rhinoplastie*. L'opérateur veut faire un nez avec la peau du *col*, le malheureux imprimeur a remplacé l'o par..... une autre lettre, et fait se fourvoyer de la façon la plus désobligeante le nez du pauvre patient.

On sait néanmoins qu'un des procédés de Taliacot consistait précisément à aller prendre le lambeau réparateur sur ces mêmes parties mal à propos indiquées par les imprimeurs de Delpech; ce qui faisait dire à un chirurgien de mes amis que ce procédé-là ne manquait pas de fondement. Voltaire lui-même a immortalisé la méthode dans la petite pièce que voici:

> Ainsi Taliacotius,
> Grand Esculape d'Etrurie,
> Répara tous les nez perdus
> Par une admirable industrie.
> Il vous prenait adroitement
> Un morceau du c.. d'un pauvre homme,
> L'appliquait au nez proprement;
> Enfin, il arrivait qu'en somme,
> Tout juste à la mort du prêteur,
> Tombait le nez de l'emprunteur;
> Et souvent, dans la même bière,
> Par justice et par bon accord,
> On remettait, au gré du mort,
> Le nez auprès de son derrière.

— Je voudrais répondre quelques mots à la lettre de M. le directeur de l'école préparatoire d'Orléans insérée, samedi dernier, dans ce journal. M. le directeur n'est pas content du vote du Conseil municipal, et la chose est bien naturelle. Mais, ce qui est moins naturel, c'est qu'il ait trouvé nos remarques *blessantes* pour l'école. Blessantes? Et en quoi donc? Ai-je jeté du doute sur le zèle, le talent, la capacité de ses professeurs? Pas le moins du monde. Ai-je insinué que c'est leur faute si l'école a peu d'élèves, et qu'il en viendrait davantage s'ils savaient les attirer? Pas davantage, car j'ai rejeté le tout sur les circonstances de position géographique, sur le rapprochement de la Faculté de Paris qui absorbe tout l'élément élève. M. le directeur assure que ce rapprochement est une circonstance favorable pour une école préparatoire, tandis que ce serait un écueil pour la création d'une Faculté. Mais qui donc peut penser, grand Dieu! à créer à Orléans une Faculté de médecine? A quel argument a donc voulu répondre M. le directeur? Mon chiffre est inexact, dit-il; ce n'est pas 18, mais bien 29 élèves que l'école a possédé en moyenne. J'accorde les 29; de bonne foi, une administration locale, sage et économe, peut-elle doter une institution de 29 élèves, une école dont chaque professeur jouit en moyenne d'un peu moins de trois élèves?

Je vois d'ailleurs dans le *Journal du Loiret*, qui m'a fait l'honneur, dont je le remercie de reproduire mon dernier article, que l'opinion publique à Orléans a sanctionné la décision du Conseil municipal. Cette décision, il est vrai, n'a été prise qu'à une voix de majorité. mais M. le directeur a oublié de rappeler que la création de l'Ecole n'avait été décidée aussi qu'à une voix de majorité.

Après tout, là n'est pas la question. Est-il juste, est-il convenable de laisser les Ecoles préparatoires à la charge des départements et des communes? Je dis que non, et que partisans et adversaires de ces institutions doivent se trouver d'accord sur ce terrain. Si vous croyez à l'utilité réelle des Ecoles, applaudissez à une mesure qui les soustrait à toutes les chances, à toutes les incertitudes d'une discussion annuelle, car plus l'administration locale se montrera parcimonieuse et sévère, plus l'autorité universitaire sentira la nécessité de se hâter de réaliser ses promesses pour les préserver d'une chute irrémédiable. Si vous croyez avec moi que le nombre actuel de ces Ecoles est infiniment trop considérable et hors de proportion avec les besoins réels, applaudissez encore aux sages réserves de l'administration locale, sachez adopter quelques sacrifices pour sauver l'institution. Six de ces Ecoles bien organisées, bien situées, suffisamment éloignées les unes des autres, possédant le matériel nécessaire, amphithéâtres, collections, bibliothèque, toutes les ressources indispensables à l'étude de l'anatomie, de la chimie, de l'histoire naturelle médicale, dont le professorat — circonstance capitale et *sine qua non* — soit recruté par le concours, soit aussi suffisamment rétribué pour que l'enseignement médical devienne une carrière véritable et sérieuse et non un titre de gloriole locale, voilà, à mon humble avis, ce que vous devez solliciter avec persévérance si comme moi vous regretteriez de voir tomber l'institution, malheur qui la menace si de prompts secours ne lui viennent en aide!

Je ne terminerai pas ce sujet sans annoncer un fait très honorable pour l'Ecole d'Orléans. Les professeurs qui la composent ont offert au Conseil municipal d'abandonner la moitié de leurs traitements de l'année en faveur des inondés. Ce sacrifice n'a pu désarmer la rigueur de messieurs les conseillers.

— L'espace me manque encore aujourd'hui pour dire quelques mots des brochures et travaux divers qui m'ont été adressés. J'y consacrerai mon article prochain si l'actualité ne vient pas encore dévorer mes colonnettes.

Jean Raimond.

Dans la séance du 23 novembre, le Conseil municipal de Marseille a voté une somme de 17,000 francs pour l'Ecole préparatoire de médecine.

peut cependant supposer qu'elles aient été observées un très grand nombre de fois, car les faits auraient été recueillis en grande quantité ; or, dans l'état actuel de la science, on aurait peine à réunir plus de quinze ou vingt observations ayant trait à ces tumeurs, observations dont beaucoup sont loin d'être complètes, et qui cependant méritent, les unes sous un rapport, les autres sous un autre, d'être conservées et examinées.

Dans une dernière conférence, nous vous exposerons la méthode thérapeutique que nous prétendons mettre en usage dans le cas actuel, et nous vous tiendrons au courant du résultat obtenu.

(La fin à un prochain numéro.)

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Kyste de la région inguinale droite simulant une hernie. Incision. Inflammation suppurative. Guérison.

Nous allons donner l'histoire d'un cas très intéressant observé dans le service de M. Robert, dont le diagnostic, quoique assez difficile et obscur, fut exactement établi par cet habile chirurgien, et nous le ferons suivre de quelques remarques cliniques.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-deux ans, cuisinière, demeurant à Paris depuis neuf ans, non mariée. Elle est d'une forte constitution, quoique d'un tempérament lymphatique.

Il y a dix ans, étant en train de s'habiller, elle éprouva tout à coup une douleur vive à l'aine droite, et en même temps elle s'aperçut d'une grosseur qu'elle n'avait pas avant. Elle se jeta immédiatement sur le lit, et quelques minutes après la douleur et la tumeur ont disparu entièrement.

Pendant les deux années suivantes, à la suite d'efforts, la tumeur reparaît encore instantanément à cinq reprises différentes; les deux dernières fois avec de vives coliques et des vomissements, et toujours elle finit par se réduire et disparaître après quelques heures de position horizontale.

La malade alors se fait appliquer un bandage, qu'elle a toujours porté depuis sept ans; mais malgré ce moyen contentif, la tumeur apparaît encore successivement quatre fois avec les mêmes circonstances, et disparaît encore à l'aide de la position horizontale et de l'application de la pelote du bandage.

Enfin, il y a quinze jours, elle sent dans l'aine droite une petite tumeur indolente qui grossit un peu tous les jours, sans pourtant l'empêcher de vaquer à son ouvrage, mais ne se réduit plus nonobstant la pelote de son bandage, qui reste appliquée continuellement sur elle.

Cette tumeur devient bientôt douloureuse et s'accompagne d'envies de vomir; le taxis répété et prolongé est infructueux et augmente les douleurs; la défécation n'est pas supprimée.

Le jour de son entrée, le malade prend un bain, après lequel on continue à faire des tentatives inutiles de réduction.

Le lendemain (quinze jours après l'apparition de la tumeur selon le dire de la malade), elle présente l'état suivant :

Il existe dans l'aine droite une tumeur allongée dans le sens du pli au-dessus duquel elle est immédiatement située ; longue de neuf à dix centimètres et large de trois à quatre ; bilobée, le lobe interne étant un peu moins volumineux que l'externe. Elle est placée un peu en dedans de la partie moyenne de l'arcade crurale, qu'elle recouvre par sa partie externe ; tandis que sa partie interne est un peu au-dessous d'elle. On la trouve tendue, rénitente, un peu fluctuante, d'une transparence douteuse, sans battements, indolente quand elle est abandonnée à elle-même, mais très douloureuse à la pression. Elle n'a aucune adhérence avec la peau, qui est un peu rouge à son niveau ; elle paraît pourtant tenir aux parties profondes par un pédicule ou une adhérence quelconque quoiqu'elle soit assez mobile. Elle est irréductible et n'augmente pas sensiblement de volume sous les efforts de la toux. Enfin, soumise à la percussion, elle donne un son mat. Du reste, il n'y a ni nausées, ni vomissements; le ventre est indolent. Il y a eu une selle hier matin ; le pouls est à 80, convenablement développé.

Dans les douze jours consécutifs, la malade prend des bains; on applique vingt sangsues sur la tumeur ; on administre une bouteille d'eau de Sedlitz, et on couvre l'aine de cataplasmes émollients, auxquels on ajoute ensuite des frictions mercurielles sur la tumeur. Sous l'influence de ces moyens, la tumeur diminue considérablement, devient plus molle et plus manifestement fluctuante, en même temps que les fonctions digestives continuent à être normales.

Alors M. Robert se décide à faire une incision verticale de cinq à six centimètres de longueur sur le lobe interne de la tumeur ; il pratique ensuite la section du tissu cellulaire souscutané et du *fascia superficialis*; arrive à la tumeur, dont les parois sont demi-transparentes ; dissèque sa face externe, pour chercher si elle envoie quelque prolongement dans les canaux inguinal et crural : recherche qui n'atteint pas son but. Il fait alors aux parois du kyste et en dédolant une petite incision qu'il agrandit ensuite, et par laquelle il s'échappe un liquide jaune-citrin mêlé de flocons albumineux ; puis il introduit son doigt indicateur dans le kyste, qu'il trouve tapissé de fausses membranes minces, légèrement blanchâtres et peu adhérentes : il ne trouve ni prolongement, ni froncement nulle part ; partout les parois du kyste sont fermes et unies. On met après une mèche dans les lèvres de la plaie, et on panse à plat.

L'opération a été très douloureuse, et surtout l'introduction du doigt dans le kyste a provoqué des cris aigus de la part de la malade.

Les jours suivants, la suppuration s'établit dans l'intérieur du kyste ; et il se développa un gonflement inflammatoire tout autour de la tumeur, accompagné de coliques et de crampes dans les jambes. L'application de 40 sangsues en deux fois diminue l'inflammation. Des potions opiacées font disparaître les coliques et les crampes.

Dix jours après, M. Robert eut encore besoin d'ouvrir deux petits abcès qui s'étaient formés l'un en dedans, l'autre en dehors du kyste. On panse pendant quelques jours les plaies avec une solution iodée.

Enfin quinze jours plus tard, c'est-à-dire un peu moins de deux mois à dater du jour d'entrée de la malade à l'hôpital, toutes les plaies sont fermées, et celle-ci sort guérie ne conservant dans l'aine qu'un peu d'induration et trois petites cicatrices résultant des trois incisions pratiquées.

— Le cas dont nous venons de donner l'histoire à grands traits est du nombre de ceux qui ne sont pas d'un diagnostic facile, et qui jettent souvent les praticiens auxquels ils se présentent dans une certaine perplexité quant au traitement qu'il convient de leur appliquer. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur survenue tout à coup, et sans cause bien appréciable, accompagnée d'un cortége de symptômes qui auraient pu faire croire à l'existence d'une hernie, pour peu qu'on eût donné de l'importance au siége qu'elle affectait; une tumeur siégeant dans la région de l'aine, à peu près là où on observe ordinairement les hernies inguinales, rénitente, un peu fluctuante, sans transparence marquée et très douloureuse à la pression, ayant l'apparence d'être un peu adhérente aux parties profondes, sans présenter aucune adhérence à la peau ; irréductible. Pourtant, si on réfléchit que, nonobstant ces symptômes, la malade n'avait eu ni vomissements, ni envies de vomir; que le ventre était indolent partout; que la tumeur n'augmentait pas de volume sous les efforts de la toux, etc. ; on pouvait facilement se tenir en garde contre l'opinion erroné de l'existence d'une hernie, et se décider à admettre de préférence une tumeur inflammatoire, ou un kyste. C'est ce que fit l'habile chirurgien de l'hôpital Beaujon, qui n'hésita pas, après mûr examen, à mettre de côté toute idée de tumeur herniaire, et s'arrêta au diagnostic d'une tumeur enkystée, profondément placée sous la peau. C'est dans cette vue qu'il dirigea son traitement comme nous avons dit, et le résultat répondit pleinement à sa manière de voir. Il pratiqua sur la partie externe de la tumeur une incision verticale par laquelle il pénétra, en coupant couche par couche tous les tissus cutanés, dans la cavité d'un kyste bien limité et circonscrit de tous les côtés, d'où il s'écoula une certaine quantité de sérosité citrine ; une inflammation suppurative se développa par la suite, qu'on traita par les moyens appropriés ; de petits abcès se formèrent, même dans le tissu cellulaire environnant la tumeur ouverte ; ils furent ouverts aussi, et la malade finit par guérir parfaitement, n'ayant plus, à l'époque de sa sortie de l'hôpital, qu'un peu d'induration à la place occupée par le kyste, et les cicatrices bien solides des diverses incisions faites.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er octobre 1846. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. Foucart adresse sa démission de secrétaire annuel.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare adresse le programme d'un prix consistant en une médaille d'or, pour la meilleure monographie sur la fièvre puerpérale.

M. Courserant fait remarquer, à l'occasion du procès-verbal, que le procédé indiqué par M. Corbel-Lagneau pour calmer les accidents nerveux de sa malade, paraissent avoir réussi. Le soulagement date de quinze jours.

— *M. Fouquier* donne connaissance d'une observation de mortification avec expulsion d'une portion d'intestin, qui lui a été communiquée. Cette mortification est la suite d'un lavement avec acide azotique, 90 grammes pour 300 grammes d'eau, pris par la malade dans un but de suicide. Neuf jours après ce lavement corrosif, qui ne fut gardé que quelques minutes par la malade, les premiers accidents inférieurs paraissant apaisés, elle rendit une portion tubulée d'intestins d'une longueur d'environ 50 centimètres, qui fut suivie d'hémorrhagie. Cette jeune fille parut surmonter ces accidents; mais une fistule recto-vaginale s'établit, et la malade fut dans l'impossibilité de se redresser sans souffrir de douleurs toujours très aiguës. Elle succomba après six mois, plutôt, dit l'auteur, aux conséquences de la phthisie pulmonaire, qu'aux suites de l'empoisonnement, et l'autopsie vint découvrir deux perforations recto-vaginales dans le rectum et une rougeur très vive du gros intestin, remontant à environ 50 centimètres, où il paraissait entièrement privé de la membrane muqueuse. Cette observation, quoique incomplète, mérite qu'on en fasse mention au procès verbal.

— *M. Magne* présente un malade dont voici l'observation : Un maçon âgé de trente-cinq ans, qui porte depuis son enfance une paralysie incomplète de la paupière supérieure droite, suite d'une chute sur un chenet, reçut le 4 juin un coup de latte à l'œil droit, qui fut suivi d'accidents inflammatoires auxquels on opposa à trois reprises l'application de douze sangsues et des cataplasmes. Adressé à M. Magne huit jours après, l'œil était rouge, la conjonctive très injectée, avec photophobie, plaie à la cornée qui laissait suinter l'humeur aqueuse ; la cornée était aplatie. Quinze sangsues au siége, des purgations réitérées, amenèrent la guérison en douze jours, et le malade reprit ses occupations, portant une cicatrice cornéale qui gênait un peu la vision.

Le 10 juillet, un nouveau coup sur le même œil vint rompre la cicatrice, et le 22, quand M. Magne revit le malade, il présentait, outre la plaie de la cornée, une iritis et une capsulite avec aveuglement (cataracte traumatique). On opposa les émissions sanguines locales, les douches d'eau froide, les pédiluves, les pilules de calomel et d'opium, les purgatifs et les frictions d'onguent napolitain. L'inflammation s'est calmée, mais aujourd'hui la capsule adhère à l'iris, l'opacité capsulaire diminue surtout à la partie supérieure de l'ouverture pupillaire, et la photophobie existe sur l'œil gauche resté sain.

M. Courserant pense que ce malade ne présente aucun des signes à l'aide desquels se révèlent les cataractes capsulaires. Toutefois, si la capsule a été ouverte, et rien ne l'indique, le cristallin, se trouvant alors en contact avec l'humeur aqueuse, pourra se résorber en tout ou en partie. En effet, placé dans des conditions à peu près semblables à celles dans lesquelles il se trouve dans certains cas, alors qu'il a été attaqué par l'aiguille du chirurgien, il semble aussi devoir subir l'influence dissolvante de l'humeur aqueuse. Cet heureux résultat sera-t-il obtenu chez le malade présenté par M. Magne ? On ne peut se prononcer qu'avec une grande réserve. Si la guérison s'obtient, il sera inexact de l'intituler guérison sans opération d'une cataracte capsulaire, mais bien l'attribuer à une opacité siégeant dans toute l'étendue du cristallin.

M. Guersant. Les faits de cataracte traumatique ne sont pas très rares. Il y a deux ans, un avocat reçut, en secouant son habit, l'éclat d'un bouton dans l'œil. Une inflammation se développa ; on opposa une saignée et des sangsues. Malgré le traitement antiphlogistique, il survint une complication de cataracte et d'amaurose. Les douleurs se calmèrent peu à peu ; mais la pupille ne reprit pas de mobilité, ni de transparence. Il y a trois semaines, j'ai vu un exemple du même genre chez un enfant qui reçut un coup de baguette sur l'œil ; il survint une cataracte avec immobilité de la pupille. Dans quelques cas, j'ai vu les accidents se dissiper sous l'influence du traitement antiphlogistique ; mais ce n'est pas dans les cas graves. Lorsque l'opération est indiquée, s'il y a amaurose, le malade ne peut recouvrer la vue, mais du moins il perd sa difformité résultant de la blessure. Le malade de M. Magne restera avec la cécité.

M. Corbel-Lagneau demande l'avis de la Société sur une personne qui reçut un coup de baguette dans l'œil ; la paupière inférieure resta paralysée ; et bien qu'il ne parût pas y avoir de solution de continuité, le cristallin parut sorti de sa capsule et passé dans la chambre antérieure, où il se présentait sous un aspect jaune et opaque.

M. Courserant. Il est d'observation que le cristallin jaunit vers quarante-cinq ans et donne quelquefois une apparence verte à la pupille, due à la combinaison de la couleur bleue de la choroïde et de la couleur jaune du cristallin.

M. Guersant. Chez la malade de M. Corbel-Lagneau, le cristallin s'est évidemment résorbé. Cette résorption du cristallin passé dans la chambre antérieure n'est pas rare, et prouve que l'on peut sans inconvénient ramener dans la chambre antérieure les débris du cristallin quand on fait l'opération de la cataracte.

M. Courserant pense que le passage du cristallin dans la chambre antérieure est toujours chose grave.

M. Guersant fait remarquer la différence qui existe entre les résultats d'une opération bien faite et les accidents graves qui suivent la contusion de l'œil avec solution de continuité.

M. Sorlin rapporte deux cas de cécité, suites d'accidents du même genre que les précédents. Dans l'un, le malade resta avec une cataracte ; chez l'autre, il n'y eut pas de cataracte, mais seulement amaurose.

Docteur L. Terrier, *secrétaire annuel.*

SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. — *Séance publique.* — M. le directeur Bussy a ouvert la séance par un discours où il rappelle les principales améliorations de l'enseignement de la pharmacie depuis la réunion du Congrès; il cite en particulier la création de la chaire de botanique qui avait été si mal à propos supprimée dans la nouvelle organisation. Il paye un juste tribut d'éloges aux agrégés dont les fonctions vont expirer, et il manifeste l'espérance que le concours, quoique nouvellement introduit dans l'Ecole de pharmacie, donnera d'heureux résultats, et il se fonde sur le progrès des études pharmaceutiques et sur les excellentes dissertations présentées par plusieurs jeunes pharmaciens lors de leur réception.

Falsification des vinaigres. — M. Guibourt a lu un travail pratique très remarquable sur les moyens de reconnaître la pureté des vinaigres et de signaler les falsifications dont ces liquides sont l'objet.

Teintures alcooliques. — M. Soubeiran, comme secrétaire général de la Société de pharmacie, a lu une vive réfutation d'une critique du professeur Gay, de Montpellier, sur le Mémoire de M. Larroque, traitant des teintures alcooliques, que la Société de pharmacie avait couronné dans sa précédente séance. M. Gay est partisan exclusif de sa méthode de déplacement pour préparer les teintures alcooliques. M. Soubeiran lui reproche de n'avoir pas fait des expériences suffisantes pour établir cette opinion; il oppose au professeur de Montpellier des expériences nombreuses qu'il a exécutées avec M. Dublanc sur la comparaison de la méthode de déplacement et de la macération dans la préparation des teintures alcooliques, et qui tendent à donner la préférence à la macération sur la lixiviation. Une considération importante qu'a fait valoir le savant secrétaire de la Société de pharmacie, c'est que les matières dissoutes par la macération diffèrent de celles dont l'alcool s'est chargé par lixiviation ; dans ce dernier cas, le produit de l'évaporation est beaucoup moins soluble dans l'eau que lorsque l'alcool a été chargé par macération des principes des médicaments. M. Soubeiran rend au travail couronné par la Société la justice qu'il mérite, et il maintient que les conclusions de l'auteur sur la proportion d'alcool de 1 à 5 est bien préférable à celle de 1 à 4 que le Codex a adoptée pour la plupart des teintures alcooliques.

Concours sur l'analyse de la scille. — Le prix proposé pour l'analyse de la scille ayant pour but de faire connaître les principes actifs de la scille n'a point été obtenu par les compétiteurs, qui étaient au nombre de trois; dans l'intention de favoriser les progrès de l'analyse organique, la Société de pharmacie a remis cette question au concours ; les mémoires devront être adressés au secrétaire-général de la Société jusqu'au 1er juillet 1847. La Commission, dont j'étais le rapporteur, a cru devoir adresser quelques conseils aux auteurs qui voudront faire des recherches sur ce sujet si intéressant de l'analyse de la scille. Là où les principes actifs de ce bulbe peuvent ne point y préexister et se développer sous des influences analogues à celles qui donnent naissance aux essences d'amandes amères, de moutarde, de valériane, etc. ; où ce qui a pu rendre l'extraction de ces corps si difficiles jusqu'ici, c'est que, comme la digitaline, le cnisin et plusieurs autres principes actifs neutres ternaires, ils s'altèrent et deviennent incristallisables par les seuls faits qu'ils sont mis en contact avec la moindre trace d'alcalis, ou qu'ils sont portés à l'ébullition, même dans des dissolvants neutres. Ces considérations me semblent avoir un grand intérêt lorsqu'il s'agit de chercher à isoler des principes qui n'ont pu l'être par les méthodes anciennes et l'analyse immédiate.

Distribution des prix. — La séance a été terminée par la proclamation des prix. Le premier prix a été remporté par M. E. Baudrimont, de Compiègne, le neveu et l'élève du savant chimiste; le deuxième prix a été mérité par le jeune Robert, interne à l'Hôtel-Dieu annexe : ce pauvre jeune homme n'a survécu que quelques jours à son triomphe. La première mention a été accordée à M.

(Répert. de pharm.)

Bibliographie.

De la condition des classes pauvres à la campagne, des moyens les plus efficaces de l'améliorer; par M. le docteur Dutouquet, ex-chirurgien aux armées, membre de plusieurs sociétés savantes.

C'est après avoir exercé pendant cinq ans la médecine rurale, après avoir étudié toutes les misères du paysan, et longuement réfléchi sur les tristes conséquences dont elles sont cause, que notre estimable

confrère, M. Dutouquet, s'est décidé à nous transmettre par écrit les pénibles sensations qu'a fait naître en lui l'état fâcheux de cette fraction de l'humanité si utile, et pourtant si injustement oubliée !..

Le livre de M. Dutouquet se divise en deux parties : dans la première (*De la condition des classes pauvres à la campagne*), l'auteur expose avec une clarté, une précision et une vérité vraiment remarquables, les plaies physiques et morales du paysan. On lit cette partie de l'ouvrage avec le plus grand intérêt, parce qu'on voit que M. Dutouquet a sondé toute la profondeur du mal, qu'il en a été ému, et que son cœur a redit ces lignes d'une admirable philanthropie qui la terminent, et que nous ne pouvons passer ici sous silence.

« ... Il faudra donc instituer une société permanente, pénétrée de ses divines fonctions, qui, le secours à la main, et l'encouragement moralisateur à la bouche, agira doublement sur le corps et sur l'esprit ; car la charité bien entendue ne se borne pas à distribuer des secours matériels ; son but est plus utile, plus noble ; elle doit encore profiter de ce contact quotidien avec les classes malheureuses pour leur enseigner leur droit et leur devoir ; ces *deux palmiers*, qui, selon la belle expression de Lamennais, ne portent pas de fruits s'ils ne croissent l'un à côté de l'autre. »

Nous laisserons aussi parler l'auteur au commencement de la seconde partie (*Des moyens les plus efficaces d'améliorer la classe pauvre à la campagne*).

« C'est un devoir, dit-il, pour tout homme qui a pénétré dans ces réduits obscurs et enfumés, dans ces bouges humides, infects, sans air, sans soleil, où croupissent, entassés pêle-mêle, hommes, femmes, enfants, transis de froid en hiver, mourant de faim en tout temps ; de signaler hautement cette misère navrante, et de faire un appel aux sentiments charitables de notre société. Tous les jours l'exercice de notre pénible profession nous montre dans presque toutes les communes de notre pays, une plaie hideuse : la misère sans ressources, souvent sans consolation, affreusement abandonnée à elle-même. Nos luttes incessantes avec l'ignorance et l'empirisme demeurent sans effet ; que peuvent notre zèle, notre science, nos aumônes même, contre une pénurie absolue et sans concours intelligent ? La bienfaisance particulière est isolée ; elle réclame impérieusement une organisation. »

Pour arriver à ce louable résultat, l'auteur propose :

1° Une réforme dans l'agriculture et dans l'instruction primaire.

2° L'établissement de sociétés de bienfaisance, de prévoyance, de crèches, de salles d'asile, etc.

3° De nombreuses améliorations à apporter dans l'hygiène publique.

Réformes dans l'agriculture. — M. Dutouquet, s'appuyant avec juste raison sur l'étendue des connaissances agricoles des peuples nos voisins, voudrait que, profitant du « puissant auxiliaire des connaissances chimiques, on étudiât à fond l'intéressante question des engrais, on substituât le système de culture alterne au système triennal ; » ce qui, d'après M. Catineau-Laroche, augmenterait, dans vingt ans, le produit de notre territoire de plus de cinq milliards. Il voudrait aussi qu'on créât des fermes expérimentales dans lesquelles seraient élucidées les hautes questions d'agriculture ; qu'on multipliât le nombre des fermes-écoles, dans lesquelles on enseignerait l'agriculture élémentaire... Ce chapitre du travail de M. Dutouquet dénote chez lui de profondes et de justes connaissances en agronomie.

Nous passerons rapidement sur les paragraphes dans lesquels l'auteur s'occupe des bureaux de bienfaisance, des secours à domicile, des salles d'asile, des pensions viagères pour les classes laborieuses, etc... Nous avons hâte d'arriver au chapitre intitulé *Hygiène publique et police médicale*.

M. Dutouquet s'y plaint justement de ce que, dans les campagnes, on ne paraît pas même se douter que l'avis du médecin puisse être utile dans le percement et l'alignement des rues, l'exposition des bâtiments, le tracé des routes, circonstances hygiéniques qui exercent une si grande influence sur la santé du peuple ; et il combat l'opinion émise par un médecin, qui, en proposant dernièrement à tout médecin des villes un exercice préalable dans les campagnes, ne se doutait probablement pas qu'il faisait du paysan un être inférieur à l'habitant des villes, et sur lequel le jeune médecin de campagne devait faire un plus ou moins grand nombre d'*experimenta*; comme si vraiment, à la ville et au village, il ne s'agissait pas *de eadem pelle humana*.

L'auteur propose ensuite la création de trois ordres de médecins nommés par concours :

1° Les médecins communaux.

2° Les médecins cantonnaux.

3° Les médecins d'arrondissement.

1° Le médecin communal aurait pour principales attributions la vérification des naissances, celle des décès, point très important dans les petites communes, où souvent un individu meurt et est inhumé sans que le médecin ait eu connaissance non-seulement de son décès, mais encore de sa maladie. La stricte observance de cette mesure de police médicale produirait nécessairement deux effets principaux, d'abord celui de s'opposer à des inhumations trop précipitées, et ensuite celui d'empêcher le crime de se commettre avec audace et impunité, comme on l'observe souvent à la campagne. Le médecin communal serait encore consulté sur la nature des denrées consommées par le paysan, et spécialement sur la qualité des viandes, qui propagent parmi ces derniers les maladies charbonneuses avec une effroyable fréquence ; il éclairerait l'autorité sur la nature, sur la marche des épidémies, et sur les moyens de les prévenir ou d'en atténuer les effets. Il serait tenu de faire exclusivement le service des bureaux de bienfaisance, de pratiquer les vaccinations, et enfin d'assister le maire dans ses visites médico-judiciaires.

2° Le médecin cantonnal remplirait, dans sa commune, les fonctions de médecin communal.

3° Le médecin d'arrondissement participerait dans ses fonctions de la nature des deux ordres précédents ; il aurait cependant quelques attributions spéciales ; il irait, par exemple, dans une localité donnée, étudier, d'après l'ordre de l'autorité, une maladie épidémique meurtrière, et serait attaché au tribunal de première instance pour les expertises médico-légales.

Ce plan d'organisation de M. Dutouquet nous paraît très logique ; sa réalisation doterait les habitants des campagnes de toutes les ressources qui leur sont dues ; nous approuvons surtout vivement l'idée de donner au concours, et à des docteurs en médecine seulement, les places de médecins cantonnaux, communaux et d'arrondissement ; car nous sommes persuadé que c'est surtout au milieu de l'isolement des champs, dans le manque le plus absolu de toutes les ressources dont sont entourés les praticiens des villes, et en l'absence de tout conseil salutaire, qu'il faut au médecin du village des connaissances positives, le génie de se créer une foule de ressources indispensables avec de très faibles éléments, toutes choses qui, aux yeux de l'homme sensé, doivent élever l'exercice de son noble et pénible ministère, même au-dessus de celui du médecin des villes.

M. Dutouquet a parfaitement compris cela, et c'est sous l'inspiration de ces idées qu'il a écrit le livre dont nous n'avons cité que les principaux passages ; livre qui devra être très utilement consulté quand il s'agira d'introduire dans le sort des habitants des campagnes des réformes amélioratrices, trop dignes de notre siècle pour qu'elles se fassent encore longtemps attendre.

D[r] L. Serrier,
aide-major au 54[e] de ligne.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de l'atropine ; par M. Bénarn.

Parmi les médicaments nouveaux dont M. Bérard a tenté l'emploi dans le traitement des maladies oculaires, l'atropine, principe actif de la belladone, doit être placée en première ligne.

Cet alcaloïde, qui se trouve aujourd'hui à l'état de pureté dans un certain nombre d'officines, offre, pour les applications à l'art de guérir, dans certains cas du moins, d'incontestables avantages sur la belladone elle-même. Le plus grand de ces avantages est sans contredit l'excessive rapidité avec laquelle il détermine la dilatation de la pupille, même à dose extrêmement faible ; ainsi, un soluté contenant seulement 5 à 10 centigrammes de cette substance pour 20 grammes d'eau distillée, suffit grandement pour produire l'effet dont il s'agit.

Un autre avantage que les ophthalmiatres n'apprécieront pas moins que celui qui vient d'être signalé, c'est que l'usage de l'atropine dispense de prescrire l'emploi de ces frictions avec l'extrait de belladone qui salissent le visage, tachent le linge, et inspirent aux malades, aux femmes surtout, une répugnance invincible pour les applications d'un médicament vraiment héroïque, et auquel il serait difficile, dans beaucoup de circonstances, de trouver aucun succédané.

Avis donc aux praticiens qui s'occupent spécialement des maladies d'yeux, et qu'ils veuillent bien concourir à la détermination des cas où l'atropine peut être employée avec succès, et des règles qui doivent présider à son application sous quelque forme que ce soit.

Sur l'emploi des sorbes en médecine, par M. Sauvan.

Les sorbes, fruits du sorbier (*Sorbus domestica*, L.), sont douées d'une propriété astringente très marquée qu'elles doivent à l'acide malique contenu dans leur parenchyme.

M. Sauvan, pharmacien à Montpellier, a eu, depuis plusieurs années déjà, l'idée d'en préparer un sirop qu'il supposait avec raison applicable au traitement de la dyssenterie et des diarrhées chroniques. En effet, plusieurs médecins ayant consenti, sur sa demande, à faire l'essai de ce médicament, ils en ont retiré des avantages très prononcés.

Le sirop de sorbes se prépare de la manière suivante.

On prend des sorbes qui n'ont pas encore atteint leur parfaite maturité (c'est-à-dire avant qu'elles ne soient ramollies par leur séjour sur la paille ou dans du son), on les pile dans un mortier de bois ou de porphyre, et on exprime le suc à la presse. Alors :

Suc exprimé de sorbes,	1,000 grammes.
Sucre,	1,750

M. et faire fondre au bain-marie, puis passer au travers d'une étamine ou d'un blanchet.

Le sirop ainsi obtenu est presque incolore et d'une saveur fort agréable. Il peut être employé dans tous les cas où l'on prescrit le sirop de coings, aux mêmes doses et de la même manière que ce dernier.

NOUVELLES.

C'est le 18 de ce mois qu'a eu lieu la rentrée des Facultés et de l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux. Cette solennité a offert un intérêt tout nouveau ; pour la première fois, l'Ecole de médecine a distribué des prix. Le directeur a fait connaître que les professeurs en ont fait les frais, le conseil municipal n'ayant pas encore fourni d'allocation dans ce dessein.

Les élèves de troisième année ont seuls concouru :

M. Dupuy, interne de l'hôpital Saint-André et prosecteur de l'Ecole, a obtenu un prix consistant en quatorze beaux volumes : douze, les *Œuvres de Morgagni ;* deux, *Anatomie du système nerveux*, de Longet.

MM. Busquet et Bitot ont obtenu *ex æquo* une mention très honorable.

— On a fait à Grammont l'essai de cuire du pain en y mêlant des betteraves, et cet essai a parfaitement bien réussi. A quatre livres et demie de froment on a ajouté trois livres et demie de betterave râpée, et en y mettant un peu plus de sel qu'à l'ordinaire on a obtenu de cette mixture neuf livres d'excellent pain.

— Depuis peu de jours, plusieurs personnes de la colonie européenne viennent de succomber victimes de la petite vérole. Ces déplorables événements ont profondément affligé tout le monde. Beaucoup se sont même laissé aller à un sentiment d'effroi qui a pu leur faire croire que nous nous trouvions sous l'influence d'une épidémie meurtrière. Il n'en est rien cependant. Tous les ans, à pareille époque, les maladies dominantes à Constantinople sont les affections intestinales, les fièvres intermittentes et les fièvres exanthématiques ou, autrement dit, éruptives. Cette année, les pluies ont été plus précoces et plus abondantes que de coutume ; aussi les maladies dont nous venons de parler ont-elles été un peu plus fréquentes que les années précédentes ; mais elles n'ont aucun caractère épidémique, et rien n'indique qu'elles doivent acquérir une extension plus considérable. On remarque même qu'elles ont diminué d'une manière sensible depuis une quinzaine de jours.

(*Journal de Constantinople*, 16 novembre.)





PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 10 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 145. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, pres la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Eruption simultanée de rougeole et de variole. Ozène.

Au numéro 27 de la salle Saint-Bernard, est couchée une femme âgée de vingt-trois ans, couturière, habituellement bien réglée, d'une assez bonne santé générale, mais atteinte depuis son enfance, dit-elle, d'une affection chronique des fosses nasales, qui présente quelques singularités. Cette affection consiste en une sécrétion morbide de la membrane pituitaire, d'une odeur excessivement fétide, coagulable. Depuis longtemps la malade a perdu le sens de l'odorat; aussi n'avait-elle aucunement le sentiment de cette odeur. Les ozènes de cette espèce, lorsqu'elles ont eu une durée aussi longue, cèdent rarement aux moyens thérapeutiques que l'on dirige contre elles; c'est ce qui est arrivé dans ce cas particulier, et la maladie a continué nonobstant toutes les médications mises en usage pendant dix-sept ans.

Quelquefois cependant l'ozène finit par disparaître par les seuls efforts de la nature: cette heureuse terminaison n'est pas fréquente. Plus souvent, elle se dissipe lorsque survient une autre maladie aiguë et plus grave que l'ozène elle-même.

Cette femme était enceinte, lorsque tout à coup l'ozène diminua sensiblement, et peu de jours après disparut tout à fait. Mais en même temps survinrent des douleurs de tête continues, très vives, empêchant le sommeil, et souvent même arrachant à la jeune femme des cris et des gémissements. C'est dans cet état qu'elle vint à l'Hôtel-Dieu pour chercher du soulagement à ses souffrances. Lorsque nous la vîmes, à notre première visite, nous pûmes constater de la fièvre; des douleurs intenses se faisaient toujours sentir; le pouls était à 100 par minute. La peau rouge, chaude; la température du corps était très élevée. Il y avait dans cet ensemble des phénomènes qui devaient préoccuper le médecin. Existait-il un rapport direct entre la suppression de l'ozène et ses accidents? et s'il existait, en effet, que pouvait-il indiquer?

L'ozène se rattache souvent à une altération organique des os propres du nez ou de l'ethmoïde. Quelquefois même, par suite des progrès de la carie, le cerveau lui-même se prend, et devient le siége d'une inflammation toujours inquiétante, et dangereuse en raison de l'importance et de la délicatesse de la structure de l'organe encéphalique. Au moment où le cerveau devient ainsi le siége d'une phlegmasie consécutive, il arrive assez souvent qu'à l'instant même où la matière de l'écoulement se fait jour et s'épanche dans la cavité crânienne, sous la dure-mère, le flux nasal se tarit, se dessèche subitement. A la vue de cette coïncidence de la disparition de l'ozène et de la manifestation des douleurs de tête dont nous avons parlé, nous avons dû craindre, et telle a été notre première pensée, qu'il n'y eût une propagation de l'inflammation. et qu'une maladie de la plus fâcheuse gravité ne vînt remplacer l'affection peu grave qui existait d'abord. Dès le premier jour, notre attention fut éveillée sur ce point.

Quoi qu'il en soit de la cause, il y avait là des symptômes graves, et qui nécessitaient une médication énergique. Une saignée du bras fut pratiquée; elle fut bien supportée, mais non suivie de beaucoup de soulagement. La douleur céphalique qui occupait le sinciput se déplaça, descendit vers la région auriculaire; circonstance qui dissipa un peu nos inquiétudes.

Toutefois, il y a quatre jours, sur le visage de cette femme, qui n'avait offert aucun symptôme précurseur appréciable d'une effection éruptive, quelques points rouges parurent sur les lèvres. Parmi ces points, dont la plus grande partie ne constituait que de simples taches, se faisaient remarquer çà et là de petites saillies ou élevures acuminées, dépassant sensiblement le niveau de la peau. Deux ou trois d'entre elles étaient d'une coloration rouge plus intense. L'épiderme était soulevé comme s'il y avait eu au-dessous un liquide. Nous dûmes nous demander, à cette vue, si nous n'avions pas affaire à une éruption variolique. Les petits boutons qui offrent cet aspect suffisent quelquefois pour montrer au médecin qu'une éruption variolique va survenir. Néanmoins, il faut se tenir en garde contre une précipitation trop grande. Lorsque les boutons sont tout récents, qu'ils sont peu nombreux, ce signe perd un peu de sa valeur.

La malade dont il s'agit nous affirma qu'un grand nombre de ces boutons étaient anciens, ou du moins dataient déjà de quelques jours. Leur aspect, leur époque d'apparition, nous portaient à penser qu'une éruption variolique était imminente.

La malade accoucha le lendemain de cette première apparition de boutons à huit mois de grossesse. Immédiatement après l'accouchement, la peau devint rouge par places, et l'éruption prit tous les caractères de la rougeole. La journée se passa assez bien. Quelques vomissements au moment de l'accouchement. Vous avez pu voir la peau recouverte de taches irrégulières d'une couleur généralement rosée, mais de nuance et de grandeur tout à fait inégales, séparées par des intervalles dans lesquelles la peau conservait sa couleur normale. C'était donc bien évidemment la rougeole à laquelle nous avions affaire. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'indication et la description des caractères à l'aide desquels on peut parvenir à distinguer la scarlatine de la rougeole; ce qui au premier abord ne paraît pas toujours facile, et qui cependant n'offre pas dans l'immense majorité des cas de sérieuses difficultés.

En même temps, larmoiement, éternuments fréquemment répétés. Pas de sécrétion nouvelle de la muqueuse des fosses nasales; ce dernier point n'était pas très rassurant, du reste, car la malade a une muqueuse nasale qui n'est pas dans des conditions ordinaires. Nous avons trouvé sur le voile du palais les petites taches caractéristiques qui appartiennent à ce genre d'éruption. La malade toussait un peu; le caractère de la toux était rauque; les crachats qu'elle rendait n'étaient pas à négliger, et l'on sait combien souvent l'aspect des matières rendues par l'expectoration est un élément précieux de diagnostic. Dans le cas actuel, ils étaient opaques, déchiquetés, ratatinés, mêlés à un mucus demi-transparent, plus abondant que la masse opaque, enfin, présentant la plus grande analogie avec les crachats des phthisiques. C'est là le caractère constant des crachats de la rougeole, de ressembler beaucoup à ceux de la phthisie pulmonaire. Le pouls était à 108-112 par minute.

L'éruption morbilleuse, rubéolique, était dans toute sa force, parfaitement dessinée; on apercevait au contraire à peine au même degré ces boutons pointus, coniques, qui pendant les premiers moments avaient fait penser à la variole. Au moment où nous vous présentons ces quelques considérations, l'éruption rubéolique a presque disparu depuis hier, et cependant nous ne sommes qu'au quatrième jour. Cette disparition rapide, cette terminaison prompte de la rougeole n'est pas chose fort étonnante. Il n'est pas extraordinaire de voir disparaître au bout de trois à quatre jours l'exanthème qu'a présenté cette femme. La durée, comme éruption, de la rougeole, est très courte. Mais ordinairement, en même temps que l'éruption pâlit, elle laisse sur la peau des traces de son passage. Presque toujours les téguments conserve une marbrure violacée particulière, une teinte qui représente encore une forme particulière de la rougeole, bien qu'il y ait une différence dans la nuance. Il y a sous l'épiderme une suffusion sanguine, une tache que la pression ne fait pas disparaître. C'était cette circonstance qui faisait dire à Biett que l'éruption se transformait en une affection hémorrhagique. Ainsi, l'éruption rubéolique était bien dans tout son développement; c'est à peine si ce matin on en trouve quelques tra-

FEUILLETON.

ETUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN;

Par MM. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine, et Ch. LASÈGUE, docteur en médecine (1).

DOUZIÈME CHAPITRE. — *Rhumatisme chronique.* (Bains de Wildbad en Wurtemberg.)

En étudiant le mode d'action des eaux minérales employées contre le rhumatisme chronique, on est entraîné naturellement à se demander jusqu'à quel point les sources les mieux famécs jouissent de propriétés spécifiques. Cette question, que nous nous sommes posée en termes généraux au commencement de ces études, revient ici sous une forme plus pratique, et mérite d'être discutée.

Il est de fait qu'en parcourant les sonrces thermales des bords du Rhin, en visitant celles où l'on supplée à la chaleur naturelle par des procédés que fournit l'industrie, on n'en trouve pas une seule qui ne compte des succès et ne puisse revendiquer des guérisons authentiques. Quelle dissemblance cependant dans la nature et dans la proportion des principes minéralisateurs! A ne juger que par l'analyse, il semblerait que l'une doit faire défaut dès que l'autre réussit.

Faut-il donc, laissant de côté la composition chimique, demander compte à la seule température ou au mode d'administration des vertus antirhumatismales. Un assez grand nombre de faits milite réellement en faveur de cette opinion, pour qu'il soit uécessaire de les exposer, ne fût-ce qu'à titre de documents.

Ems a joui, dans le siècle passé, d'un réputation bien assise pour le traitement des maladies rhumatismales, sans distinction de variétés ni d'espèces. On s'y rendait en foule et on y guérissait souvent. Depuis une trentaine d'années, les eaux d'Ems ont perdu leur vogue; pas un malade n'y vient se faire traiter de rhumatisme chronique, etc. N'était l'hôpital, on aurait oublié, à Ems, que les bains sont appelés à rendre service aux rhumatisants.

Ce déplacement de la vogue ne peut avoir sa cause dans les caprices de la mode, par lesquels on explique si volontiers la faveur et la défaveur des sources minérales. Il serait trop étrange de voir déserté par une seule classe de malades un établissement dont la prospérité va d'ailleurs croissante et qui compte chaque année un plus grand nombre de visiteurs. La véritable raison, nous la trouvons dans les modifications notables qu'à subies le traitement depuis le commencement du siècle dernier.

Autrefois, ainsi que le docteur Doring en a fait la juste remarque, on administrait, à Ems, les bains aussi chauds que le malade pouvait les supporter. On en élevait graduellement la température à mesure que le permettait l'accoutumance, et en même temps on en augmentait la durée. Les médecins ayant à disposer d'une source thermale, tâchaient en quelque sorte d'utiliser le plus possible ses propriétés. Certains individus finissaient par demeurer plus de deux heures dans un bain dont la chaleur, successivemeut augmentée, dépassait 30° R. A peine sortis de l'eau, ils étaient transportés dans un lit où on excitait des sueurs abondantes.

Aujourd'hui le mode d'administration est bien différent. La durée des bains a été réduite à vingt ou vingt-cinq minutes, soit par excès de prudence, soit parce que le nombre des baigneurs a exigé cette mesure, plus administrative que médicale. De grands travaux ont été exécutés afin d'abaisser l'eau au-dessous de sa température naturelle; on a établi une série de vastes réservoirs qui la refroidissent avant qu'elle ne soit conduite dans les baignoires. Il en est résulté que les bains sont plus agréables, mieux supportés par les femmes nerveuses; mais aussi les rhumatisants, ne trouvant plus les mêmes éléments de guérison, ont abandonné la place.

Ainsi les eaux d'Ems, bien qu'elles n'aient pas perdu un atome de leurs principes minéralisateurs, par cela seul qu'on a artificiellement descendu leur température, ont été dépossédées de leurs vertus antirhumatismales.

Un autre établissement également fréquenté, et qui a en France son analogue, nous fournit un exemple non moins frappant; nous voulons parler de Wildbad en Wurtemberg dont il n'a pas encore été question dans le cours de ces études, mais que nous ne saurions nous dispenser de mentiooner à l'occasion du rhumatisme chronique.

Wildbad a été jusqu'à ce jour visité par peu de Français; les Allemands, les Anglais et les Belges s'y rendent en assez grand nombre. L'établissement, peu éloigné de Bade et, par suite, de l'est de la France, a tout ce qu'il faut pour attirer des malades que ne sauraient séduire des distractions auxquelles il leur est impossible de preodre part. La petite ville est située au fond d'une des vallées si pittoresques de la Forêt-Noire, dominée par deux hautes et vertes collioes couronnées de sapins. Un torrent qui donne son nom à la vallée l'arrose et borde la promenade ouverte aux malades. Les excursions dans les environs par des routes toujours escarpées, les promenades plus douces et moins pénibles le long de la rivière, fournissent aux convalescents un exercice qu'il est aisé de graduer depuis les efforts les plus modérés jusqu'aux plus rudes entreprises. Peut-être n'est-il pas un bain en Allemagne qui, pour la beauté des environs, puisse rivaliser avec Wildbad; Ems lui-même, malgré son beureuse situation, n'est pas à mettre en parallèle.

Voilà pour les avantages extérieurs auxquels il est juste de faire la part, et on ne saurait ici la faire trop considérable. L'établissement, on serait en droit de dire le monument des bains, est d'une belle architecture; ses ornements qui tiennent à la fois du roman et du mauresque, ses aménagements intérieurs, son style sévère, la pierre même avec laquelle il est bâti, sombre et rougeâtre, tout contribue à lui donner un caractère de grandeur élégante qu'on ne retrouve nulle part ailleurs au même degré.

Les sources qu'on recueille dans ce magnifique édifice semblent pourtant, à considérer leur composition, indignes d'un pareil honneur. L'analyse y reconnaît 2 centigrammes de carbonate de soude, et quelques milligrammes à peine de chlorure de sodium ou de sulfate de chaux; au goût, c'est l'eau la plus pure et la plus insipide qui se puisse imaginer. Les effets physiologiques ne déposent pas davantage en faveur de son activité; jamais l'eau de Wildbad ne produit ni rougeurs, ni démangeaisons: elle ne donne pas lieu à ces *poussées* que les eaux salioes occasionnent chez tant de baigneurs. Si cette eau minérale était froide, il est certain que les habitants de la petite ville la boiraient sans y soupçonner rien de ce qui distingue les eaux minérales que les Allemands appellent des *eaux aigres* (sauer vasser).

Les sources nombreuses qui sourdent au travers des rochers ou jaillissent de puits artésiens, en entraînant quelques bulles d'azote, alimentent tous les bains dans lesquels elles se confondent. Elles ont une température de 24 à 29° R.; aussi les rhumatisants y affluent, et tout a été disposé pour leur usage. Le bain constitue la seule médication. Qui se résignerait, en effet, à boire cette eau tiède et sans saveur! Mais, comme dans tous les établissements où les sources sont pauvres en principes minéralisateurs, rien n'a été négligé quant au mode d'administration. On peut se baigner isolément; on se baigne le plus souvent en commun, c'est déjà une condition pour que le malade prolonge sans répugnance la durée de son bain.

En outre, les dispositions les plus favorables ont été prises pour adoucir la fatigue et diminuer l'ennui qui résultent d'un bain longtemps prolongé. La piscine est vaste, haute, bien éclairée et décorée avec un goût irréprochable; un fond de sable léger et fin permet aux individus les plus délicats de rester assis ou couchés à demi sans douleur: il est d'usage de se frictionner avec ce sable pour exciter les fonctions de la peau.

C'est, on peut le dire, au point de vue des dispositions accessoires un établissement modèle, mais ce n'est pas en réalité une eau minérale qu'on y emploie. Et cependant tous les baigneurs éprouvent dans

(1) Voir les nos 63, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 81, 83, 89, 92, 94, 98, 113, 115, 116, 118, 124, 141.

ces; elle a pâli d'une manière, même on peut le dire, un peu prématurée.

A quoi tient cette disparition rapide de la maladie chez le sujet à propos duquel nous entrons dans ces détails? Plusieurs causes ont pu y contribuer. Elle est accouchée un peu avant terme, a perdu une assez grande quantité de sang; cette perte de sang n'a pas été sans influence. La fièvre est encore aujourd'hui assez violente. Le redoublement de la fièvre est de nature à inspirer quelques craintes pour l'existence d'une phlegmasie profonde des organes internes qui viendrait aggraver la maladie primitive. Une autre circonstance peut encore contribuer à expliquer cette marche, peut-être un peu insolite. C'est qu'au moment où nous parlons, une autre éruption se manifeste qui semble devoir remplacer la rougeole. Les papules varioliques dont nous avons signalé l'existence, se sont notablement multipliées sur presque tous les points de la surface du corps, où on en rencontre un grand nombre. Elles sont brillantes; quelques-unes semblent se dessécher promptement aussi, et ne pas suivre les phases ordinaires d'évolution pour arriver à la terminaison. D'autres contiennent un liquide transparent; ce qui indique qu'elles sont encore dans une période d'accroissement.

Ce que nous vous faisons remarquer ici n'est pas excessivement rare. Il est loin d'être sans exemple que la première éruption qui survient chez un malade soit suspendue brusquement par l'apparition d'une autre éruption dont la marche est plus rapide, et qui parcourt en fort peu de temps toutes ses périodes. On voit des personnes qui sont prises simultanément de deux éruptions. L'une se développe aux dépens de l'autre, dont elle suspend momentanément la marche; puis, cette seconde ayant suivi son cours, la première reprend sa marche, du point où elle avait été suspendue, et vient remplacer l'éruption intermittente qui l'avait dérangée.

Si le pouls ne s'était pas accéléré, la position de cette malade ne nous préoccuperait pas beaucoup. Mais en présence de cette augmentation de fréquence, qui peut dépendre de la maladie elle-même, nous avouons ne pas être sans quelques inquiétudes qui ne nous permettent pas d'asseoir un pronostic très favorable. Il y a bien des circonstances qui nous rassurent un peu, mais il faut être toujours prudent lorsqu'il s'agit de choses aussi graves, et ne jamais se prononcer à la légère sur la terminaison même probable de la maladie.

Les moyens de traitement, la méthode thérapeutique à suivre, nous les avons indiqués au lit de la malade. Du reste, ils sont peu compliqués, et se réduisent presque en entier à un traitement hygiénique : une température douce et toujours égale, sans humidité ni sécheresse, des boissons adoucissantes, quelques rubéfiants sur les extrémités inférieures et même aux membres supérieurs. Dans les maladies éruptives, les stimulants de la peau, les rubéfiants semblent avoir beaucoup de succès. Les autres moyens thérapeutiques sont toujours sujets à quelques difficultés. Les émissions sanguines ne sont pas ordinairement suivies de succès bien évidents. Dans le cas actuel, il n'y avait nulle indication, aussi nous en sommes-nous dispensé. Le pouls est accéléré, mais peu développé; ce qui s'explique par les pertes de sang qu'a subies la malade.

Quelques mots maintenant sur l'affection dont nous venons de citer un fait, considérée en général. La maladie dont cette femme est atteinte est digne de toute votre attention. La rougeole, vous le savez, a été constamment rapprochée de deux autres maladies qui ont avec elle de grands rapports d'analogie et de ressemblance, la variole et la scarlatine; elles ont été, dans le cadre nosologique, rassemblées toutes les trois dans une même division sous le nom de fièvres éruptives; elles ont cela de particulier et de commun qu'elles donnent lieu à une série de phénomènes toujours les mêmes, se transmettent d'individu à individu, etc. La peau des sujets chez lesquels elles se développent offre pendant l'éruption tous les caractères d'une phlegmasie : elle devient le siége de rougeur, de chaleur, de gonflement, non-seulement dans la variole, mais encore dans la rougeole et dans la scarlatine. La bouche devient rouge et enflammée; l'élément inflammatoire est donc d'une manière incontestable l'un des éléments de la maladie. C'est cette raison qui les avait fait ranger par Pinel parmi les phlegmasies cutanées; mais il admettait en même temps qu'il y avait autre chose, car il a décrit des rougeoles, des varioles, des scarlatines sans éruption, ce que les anciens auteurs appelaient *morbilli sine morbillis, variola sine variolis, scarlatina sine scarlatinis.*

Logiquement parlant, ces fièvres éruptives sans éruption constituaient un groupe dont l'existence ne paraissait pas rationnelle. Comment placer parmi les phlegmasies de la peau des affections dans lesquelles la maladie de la peau pouvait manquer? Et, cependant, il y a moins d'inconséquence dans cette division qu'on ne le supposerait d'abord, ces maladies, dans les cas où nous pouvons remonter à la cause qui les produit, étant toujours déterminées par des rapports de contact plus ou moins direct et immédiat avec des individus affectés d'une éruption pareille à l'éruption ordinaire. Il en est des fièvres éruptives comme de beaucoup d'autres maladies dans lesquelles on observe des accidents inflammatoires. Dans les fractures, les brûlures l'inflammation n'est qu'un phénomène secondaire, accidentel, et qui ne constitue pas l'essence même de la maladie. De même, dans la rougeole, la variole, la scarlatine, ce qui constitue à proprement parler la maladie, c'est la cause qui la produit. L'inflammation n'est qu'un épiphénomène; il y a là connaissance de la cause qui la produit; l'essence de la madie, c'est la cause qui la détermine. Ces trois maladies sont produites par un virus comme la syphilis; l'on doit tenir compte des causes qui la produisent, et non pas des accidents qui en sont la conséquence; la vérole va produire un chancre, un bubon, une blennorrhagie, ce seront autant de phénomènes différents; ils n'auront de point de contact que par la cause unique qui les aura fait naître et auxquels il faudra nécessairement les rapporter.

Il y a donc ici une cause extérieure que nous ne voyons pas, mais qui existe bien évidemment. Ces maladies ne peuvent être sans que la cause en ait agi à un moment quelconque et dans un espace de temps limité. Ceci nous conduit à examiner leur génération, leur mode d'origine.

Les fièvres éruptives peuvent-elles naître spontanément, c'est-à-dire sans nécessité d'un contact préalable, de rapports de l'individu sain avec des individus préalablement affectés de maladies semblables? C'est un fait très curieux que, dans les anciens auteurs, on ne trouve pas la moindre trace de l'existence de ces affections, et cependant on ne peut pas croire que la raison de leur silence soit celle-ci, qu'ils les considéraient comme trop légères pour les occuper. Ils en ont décrit de beaucoup plus légères encore; il faut donc supposer, vu l'importance manifeste, et que personne ne songe à révoquer en doute, de la rougeole, de la variole et de la scarlatine, que les anciens ne les connaissaient pas; il n'est pas possible de supposer que ceux qui auraient observé des affections si singulières, si étonnantes au point de vue de leur production, de leur évolution, les eussent passées sous silence. Nous sommes donc en droit de conclure de ce que nous venons de dire, que ces maladies ont été inconnues en Europe pendant fort longtemps, et que ce n'est qu'à une certaine époque que, parties d'une contrée lointaine, elles ont fait des progrès, sont venues jusqu'à nous et ont fini par s'y acclimater.

A l'époque actuelle, voici à quoi se réduit la question. Les fièvres éruptives se conservent-elles dans nos contrées parce qu'elles sont restées dans la population, ou bien peuvent-elles y naître spontanément? Les virus ont une génération première. Toutes les fois que les circonstances qui ont présidé à la production d'un virus se renouvellent, le virus se reproduit spontanément, et la maladie à laquelle il donne lieu se manifeste de nouveau. Tel est dans nos pays le virus typhique, par exemple; il y a là et continuellement une génération nouvelle de virus typhique, parce que les conditions sous l'influence desquelles elle peut avoir lieu reparaissent incessamment. Mais pour les virus qui ont été importés en Europe et qui ont commencé à exercer leurs ravages dans d'autres contrées, pour ces virus qui pendant de longs intervalles de temps ont été complétement inconnus, auxquels on pourrait presque sans trop de hardiesse donner le nom de virus *exotiques*, nul doute que, comme ceux de nos pays, ils ne puissent se reproduire spontanément; mais seulement là où ils se sont produits une première fois. Dans les pays où ils n'étaient pas observés avant d'y avoir été importés, on ne les verra jamais naître sans contagion. Nous croyons donc que l'on peut partager les virus en indigènes et en exotiques : les indigènes pouvant se reproduire dans nos contrées sans qu'il y ait besoin d'infection ni de contagion par un autre individu déjà malade; les autres ne pouvant prendre naissance que dans les lieux où ils ont primitivement existé, et n'exerçant de ravages dans nos pays que par suite d'une contagion d'individu à individu, ne se propageant ici que parce que le germe s'en est conservé.

Ce qui prouve de la façon la plus irréfragable la vérité de ce que nous avançons, c'est que souvent il arrive, et c'est plus fréquent dans les petites localités où tout le monde se connaît que dans les grandes villes, souvent il arrive qu'un pays se trouve pendant un certain temps exempt de fièvres éruptives. On n'en entend plus parler; tout d'un coup, un sujet arrive d'un pays environnant, tombe malade d'une fièvre éruptive dont il apportait le germe avec lui, et voilà que les maladies de la même espèce se développent et sévissent avec violence sur les habitants de ce pays préservé pendant longtemps. On note que, dans ces circonstances, la maladie n'apparaît que lorsqu'un individu est arrivé apportant l'affection du dehors. Il n'en serait pas toujours ainsi, si le virus pouvait se produire de toutes pièces et spontanément.

Hildenbrandt rapporte un fait qui lui était propre et qui semble en grande partie concluant, quant à la contagion des fièvres éruptives. Il alla un jour dans un pays où depuis longtemps il n'y avait point eu d'affection scarlatineuse; il y resta plusieurs mois sans ouvrir une malle qui contenait des vêtements portés par lui pendant une épidémie de scarlatine régnant à Vienne au moment de son départ. Au bout de trois mois, il ouvrit cette malle, mit les habits qu'elle contenait; peu de jours après il avait la scarlatine, et bientôt tous les habitants du village dans lequel il habitait alors furent pris de la même affection.

Dans les grandes villes, on ne peut pas suivre la contagion, ni la marche des maladies aussi facilement que dans les petites localités; mais, dans ces dernières, la transmission des maladies contagieuses se fait d'une manière si patente que l'on peut suivre leur marche avec la plus grande facilité. Nous savons bien que tous les auteurs ne sont pas de notre avis; il en est qui croient à la génération spontanée de la

---

l'eau des sensations particulières qu'ils rapportent à des vertus occultes, quand elles ne dépendent que d'un confortable inaccoutumé et d'une légère élévation de la température. Les rhumatisants à forme éréthique ressentent en général un notable soulagement au bout d'une ou deux semaines. La plupart y reviennent durant plusieurs saisons, et finissent par guérir grâce à leur persévérance et à l'usage de bains répétés.

Ainsi, Wildbad mérite d'être signalé aux médecins et recommandé aux malades contre la variété rhumatismale dont nous venons de parler, et Wildbad est, chimiquement, un bain d'une complète insignifiance.

Pour mieux se convaincre de l'influence qu'exerce la température indépendamment de toute substance active, il suffit de mettre en regard des eaux thermales l'hydrothérapie. C'est contre le rhumatisme que cette hardie médication a été inventée, et depuis longtemps elle a fait ses preuves.

Homberg, en 1710, l'avait déjà essayée, et à la même époque, plus d'un siècle avant Priesnitz, un Anglais, John Floyer, citait des guérisons en même temps qu'il exposait le manuel opératoire. On plongeait dès cette époque les malades dans un bain très froid pendant trois ou cinq minutes, et on les enveloppait ensuite dans des couvertures pour provoquer la transpiration. Cette médication se renouvelait ainsi tous les deux jours. Depuis lors, l'Allemagne a adopté la médecine de Grœffenberg avec assez d'ardeur pour qu'il ne soit pas permis d'élever des doutes sur ses heureux résultats.

Il serait impossible à la suite de ces démonstrations expérimentales de nier l'influence de la chaleur et du froid dans la guérison des affections arthritiques et rhumatismales. Faut-il se hâter d'en conclure que la température doit seule être prise en considération, nous ne le croyons pas.

L'eau de Wiesbaden, qui renferme par livre près de trois grammes de sel marin, n'est pas à température égale l'équivalent des eaux d'Ems, de Tœplits, de Schlangenbad, qui contiennent en dissolution des quantités plus ou moins notables de bicarbonate de soude. Les symptômes physiologiques qui résultent de l'emploi de ces différents bains suffiraient pour lever tous les doutes.

L'opinion générale, celle même des médecins paraissent peu favorables aux distinctions que nous jugeons utiles entre les sources minérales de diverse nature. On envoie les rhumatisants au bain le plus proche ou le plus vanté sans tenir compte de la marche, de la forme, du degré de la maladie.

Trois circonstances cependant ou plutôt trois conditions essentielles ont assez d'influence sur la guérison pour qu'il soit impossible de les regarder comme indifférentes. Ce sont, ainsi qu'il est facile de le prévoir, la température, la composition chimique, la durée des bains et du traitement. Toutes trois peuvent en quelque sorte être compensées l'une par l'autre. L'eau d'Ems très chaude aura une action presque analogue à celle de l'eau de Wiesbaden rafraichie. L'eau de Wiesbaden, administrée en bains prolongés, agira à température égale de la même manière que celle de Kreutznach, quoique la dernière soit plus riche en sel marin.

Il faut donc pour motiver son choix et désigner aux malades la source la plus utile tenir compte des habitudes de chaque localité en même temps que de la composition chimique de la source. C'est en s'appuyant sur ces documents qu'on arrivera, pensons-nous, aux conclusions suivantes :

Wildbad convient aux rhumatismes subaigus lorsque la maladie a gardé une suffisante acuité pour qu'il soit au moins inutile de l'exciter davantage. Il réussit chez les vieillards irritables, chez les femmes prédisposées à l'hystérie en y joignant les moyens accessoires que le charme du site ajoute aux propriétés des bains.

Ems, Schlangenbad rempliront les mêmes indications. Peut-être le bicarbonate de soude absorbé par la peau contribuerait-il à faire disparaître le gonflement et les nodosités rhumatismales.

Wiesbaden s'applique à merveille au rhumatisme torpide. Les chances de guérison complète dans une seule saison seront, sur cent malades, du tiers au moins; les chances de *notable* amélioration comprendront l'autre tiers, une dizaine seulement reviendront peut-être sans en avoir retiré aucun profit. On sent tout ce que cet aperçu statistique a de défectueux quand il s'agit d'en appliquer les données à un cas individuel, mais il suffit pour donner quelques notions sur l'efficacité des eaux. La température devra être portée graduellement au degré que supportera le malade; et rien n'est plus facile à Wiesbaden, où on est obligé de préparer les bains vingt-quatre heures d'avance pour que la chaleur en soit tolérable. Plus le rhumatisme sera indolent, plus il faudra prolonger la cure. Nous citerons comme preuve à l'appui l'observation d'un officier supérieur hessois qui ne dut sa guérison qu'à l'excès de sa persévérance. Ce militaire, d'une constitution robuste, avait été pris de roideur rhumatismale dans les articulations des membres inférieurs de la colonne vertébrale et des épaules. L'affection, d'abord douloureuse au point de lui arracher des cris, avait fini par le laisser perclus, mais presque sans souffrance, sans fièvre, sans signes d'éréthisme.

Dans ces conditions, il fut envoyé à Wiesbaden et suivit régulièrement les prescriptions en n'éprouvant aucun amendement. Fatigué de son mal et de l'inutilité du traitement, il en prit lui-même la direction avec une sorte de désespoir. Ses bains dépassèrent toutes les températures reçues; il y demeura des heures entières, les continua pendant soixante jours sans interruption et finit par emporter une guérison radicale. Cet exemple n'est pas le seul que nous pourrions rappeler; aussi les médecins doivent-ils exhorter leurs malades à vaincre le premier découragement.

Les affections arthritiques purement locales seront traitées, suivant les mêmes errements, selon les caractères généraux qu'elles offriront. Les douches rendront là de signalés services. Si la maladie retient encore quelques symptômes subinflammatoires, on ordonnera une eau peu active et à une température médiocrement élevée. Lorsque, au contraire, tous les signes d'inflammation auront disparu, on comprend qu'il faudra contre l'infirmité déployer des ressources dont on n'aurait pas osé se servir contre la maladie.

Les individus pléthoriques et disposés aux congestions cérébrales sont les seuls qui se refusent à l'usage des bains prolongés à haute température. Ceux-là feront sagement de s'abstenir des eaux minérales. Quant aux constitutions délicates, pourvu qu'elles ne soient pas sujettes à des troubles nerveux, elles supportent merveilleusement les moyens les plus énergiques.

—

Là se terminent les études thérapeutiques sur les eaux minérales de l'Allemagne. Nous avons pensé qu'elles offriraient quelque intérêt aux médecins en leur laissant des notions exactes et consciencieusement recueillies.

Chargé d'une mission spéciale par M. le ministre de l'instruction publique, nous avons réuni avec la plus entière indépendance et la plus scrupuleuse attention les documents que peuvent fournir un séjour de plusieurs mois dans les divers établissements et la lecture des écrits publiés sur ce sujet. Les nombreuses questions qui se rattachent à l'histoire des sources minérales ne seront résolues que quand on prendra ce mode de traitement au sérieux et qu'on cherchera les indications les plus précises avant de désigner aux malades les eaux qu'ils devront fréquenter. Nous avons voulu, pour notre part, rendre cette recherche plus facile en nous renfermant, à l'exclusion de toute théorie, dans les considérations immédiatement applicables à la pratique.

FIN.

rougeole, de la variole et de la scarlatine dans nos contrées. Nous sommes, pour notre part, porté à conserver notre opinion jusqu'à preuve du contraire. Nous croyons que les virus qui sont nés hors des conditions où nous nous trouvons, ne rencontrent pas ici un concours de circonstances semblables à celles qui sont nécessaires pour qu'ils se produisent ; lorsque dans nos contrées un sujet se présente avec une fièvre éruptive, nous soutenons qu'il l'a contractée par contact ou par communication plus ou moins directe avec un individu primitivement atteint de la même maladie.

Cette femme n'a pu nous dire de qui elle avait pris cette affection. Elle ne connaît personne qui ait la rougeole ou qui l'ait eu il y a peu de jours ; mais elle vit à Paris, et peut avoir eu des rapports avec des gens qui l'avaient sans qu'elle en sût rien. Les phénomènes qui ont marqué, chez elle, l'invasion de la maladie ont été fort obscurs. A une époque antérieure à celle de la maladie actuelle, elle avait déjà un mouvement fébrile bien marqué. De plus, il y avait cette disparition de l'ozène qui avait dû attirer l'attention. Il est impossible de savoir combien de temps ont duré les préludes de la fièvre éruptive dont il s'agit. Dans les cas ordinaires, la durée de l'incubation est de huit jours environ. Dans beaucoup de circonstances, dans la variole inoculée, c'est presque toujours vers le septième ou le huitième jour que se montrent les premiers signes de la maladie éruptive, les frissons, la chaleur, l'état fébrile, les lassitudes spontanées, la courbature, le malaise. Nous ferons bien observer qu'ici, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, il y avait complication, deux fièvres éruptives s'étant montrées l'une en même temps que l'autre, puis une des deux ayant suspendu sa marche pour laisser à l'autre son allure libre et franche.

Les préludes ne sont pas encore l'éruption ; les désordres généraux durent ordinairement de deux à trois jours ; dans quelques cas exceptionnels, l'éruption se montre en même temps que le mouvement fébrile ; c'est en quelque sorte par elle que commence la maladie. Dans quelques circonstances, nous avons vu ces préludes durer jusqu'à huit jours. C'est surtout dans une famille où plusieurs enfans furent pris successivement de rougeole, que nous avons pu remarquer cette particularité : huit jours après la guérison complète du premier enfant, un second présente tous les symptômes précurseurs ; tout annonce que l'éruption rubéolique va se faire. Dix jours se passent, pendant lesquels larmoiement, coryza ; nous commencions déjà à penser à ces *morbilli sine morbillis* dont nous vous avons parlé plus haut, lorsque, au dixième jour, survint une éruption magnifique de rougeole qui vint compléter le diagnostic. C'est le seul fait que nous ayons vu de rougeole survenue après dix jours de durée des phénomènes précurseurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 décembre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. le président annonce que l'Académie tiendra sa séance annuelle mardi prochain à deux heures précises.

— *M. Villeneuve* lit un rapport sur une ceinture hypogastrique inventée par madame Gérard.

M. le rapporteur croit que cette ceinture peut être utile et propose que l'Académie l'approuve.

Une courte discussion s'engage à cette occasion, d'où résulte l'adoption d'un amendement beaucoup plus restrictif proposé par M. Gueneau de Mussy.

— *M. Lecanu* lit un rapport sur un Mémoire présenté par M. Sucquet relatif à la désinfection des matières animales servant d'engrais par le sulfate de fer.

M. le rapporteur conclut à l'approbation de l'Académie.

M. Caventou regrette que M. le rapporteur n'ait pas rappelé un travail analogue présenté à l'Institut, il y a deux ou trois ans, par M. Schattmann.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

— *M. Piorry* lit le rapport suivant :

Messieurs,

Vous avez reçu de M. le docteur Audouard une lettre dans laquelle cet honorable médecin revendique pour lui la partie de la théorie de M. Durand de Lunel sur les influences des alternations de chaleur et de froid sur la production des fièvres intermittentes.

Sa réclamation nous paraît juste. Voici quelques passages du compte-rendu des travaux de l'Académie des sciences dans le mois de juillet 1842 :

« L'auteur de ce Mémoire se propose de prouver que l'engorgement de la rate, qui accompagne ces sortes de maladies, n'est point le résultat, mais la cause de la fièvre Suivant lui, l'action des miasmes, jointe à l'action solaire, produit dans le sang une modification d'où résulte bientôt une congestion splénique, et la congestion de cet organe est suivie d'une fièvre qui est nécessairement périodique. Quant au type de la périodicité, il dépendrait en grande partie de la chaleur et des saisons. En effet, dit l'auteur, si sur dix fièvres intermittentes observées en été neuf sont quotidiennes et une seule tierce, on est fondé à en conclure que le type quotidien résulte des jours les plus longs et les plus chauds ; de même, si sur les fièvres observées en automne neuf sur dix sont tierces, on sera forcé d'assigner ce type à l'automne. Une remarque semblable se fera pour la coïncidence des fièvres quartes à l'entrée de l'hiver. Enfin, si l'on remarque que dans les fièvres quotidiennes il est très rare de voir les accès survenir la nuit, on en conclura que les conditions de cette partie de la journée, où le soleil est au-dessous de l'horizon, sont contraires à la périodicité. L'observation des fièvres pernicieuses qui règnent généralement dans les pays marécageux et chauds ne contribuera pas moins à faire ressortir l'influence de la température, puisque ces fièvres, dont le type est toujours quotidien ou tierce, ne sont observées qu'en été ou en automne. »

— A la séance du 1er août, M. Audouard lit la seconde partie de son Mémoire sur la périodicité des fièvres intermittentes, et le termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il faut pour la génération des fièvres intermittentes l'intoxication miasmatique du sang et la chaleur du climat.

» 2° La manifestation de ces fièvres est le résultat de la congestion sanguine de la rate et de l'influence solaire diurne.

» 3° Les différents types dépendent de la modification de la congestion splénique par la chaleur diurne, laquelle est elle-même dépendante des saisons.

» 4° L'intensité des fièvres pernicieuses vient d'une forte intoxication miasmatique que procure et que seconde une forte chaleur atmosphérique, d'où suit une congestion splénique des plus considérables.

» 5° Les fièvres intermittentes simples sont dues à ces mêmes causes, mais moins intenses. »

M. Audouard, du reste, ne revendique en rien, pour lui, le rôle singulier que la rate jouerait pour M. Durand dans les fièvres intermittentes. Il n'a jamais dit, et ne dira jamais que l'organe splénique contient un liquide putrilagineux, qu'il constitue un petit marais interne, etc. Il renvoie à M. Durand et l'honneur et la responsabilité de sa théorie. Il annonce l'intention de vous adresser incessamment un Mémoire sur ce sujet ; et vous le recevrez avec plaisir, car M. Audouard est un praticien et un pathologiste dont les travaux sont marqués au coin de l'utilité.

Tout en croyant comme M. Aodouard, comme M. Montfalcon, comme M. Durand, etc., etc., que les alternations de chaleur et de froid peuvent avoir une certaine influence sur la marche et la réapparition des accès fébriles, nous pensons que la périodicité tient à une loi générale du système nerveux, et que la plupart des phénomènes de la vie soumis à l'influence nerveuse ont quelque chose de régulier et de rhythmique dans le temps de leur retour : le cœur bat à des époques rapprochées, mais fixes ; la respiration se renouvelle à des intervalles réguliers ; la faim, le besoin de la défécation et de l'évacuation urinaire ont le plus souvent lieu aux mêmes heures du jour ; le besoin du sommeil, le réveil se déclarent d'une manière périodique ; la menstruation s'opère chez les femmes saines tous les vingt-huit jours, etc. Or, il n'est pas étonnant qu'en maladie se déclarent des accidents périodiques. Ils se montrent tels, surtout dans les névropathies. C'est ce que l'on observe dans l'hystérie, dans l'épilepsie, dans la rage ; quelquefois dans la manie, très ordinairement dans les névralgies. Chose remarquable, la périodicité a même lieu dans des souffrances nerveuses déterminées et entretenues par des lésions organiques persistantes, comme on en voit des exemples pour les névrodontalgies, pour les névromes, pour les carcinomes comprimant des nerfs.

Or, on ne voit pas pourquoi la rate malade par suite de toxémie paludéenne causant des accès évidemment névropathiques, ces accès ne se déclareraient pas aussi d'une manière intermittente, et à des heures ou à des jours fixes. La périodicité est donc pour nous un phénomène qui tient de très près à la vie ; nous ne le comprenons pas plus que l'action nerveuse dont il dépend, et nous ne cherchons même pas à l'expliquer.

L'honorable docteur Audouard a une autre opinion, et sans doute le mémoire qu'il annonce viendra corroborer par des faits nouveaux et par des inductions logiques les opinions qu'il a fait valoir. Pour notre compte, nous voyons une très grande difficulté à opposer à la théorie de l'influence très grande des alternations de chaleur et de froid sur l'époque fixe de la réitération des accès fébriles ; c'est que ceux-ci, même d'après M. Durand (de Lunel), se déclarent assez souvent la nuit, tandis que la plupart ont lieu le jour, et cela sur des personnes qui ont été soumises aux mêmes influences diverses et nocturnes. Dans les pays froids, dans les saisons froides, on voit survenir bien que rarement des fièvres d'accès, des névralgies intercostales ou des splénologies, des splénites causant des accès à retour périodique, et dans ces faits difficilement on pourrait se rendre compte de la régularité rhythmique observée dans la réitération de ces accès fébriles.

Nous vous proposons, Messieurs, d'accueillir favorablement la réclamation de M. le docteur Audouard, et de voter sa publication dans votre Bulletin.

M. Rochoux. M. le rapporteur paraît professer cette opinion que la rate est le point de départ de la fièvre intermittente. Je considère cette opinion comme une erreur. Un individu bien portant, qui est exposé à passer une nuit dans les marais Pontins, contracte la fièvre ; mais assurément il n'avait pas la rate malade.

M. Piorry. Je regrette que M. Rochoux soulève cette question sans se montrer plus au courant des travaux nombreux qui ont été publiés à ce sujet. Comment sait-il que l'individu dont il parle avait ou non la rate malade ? A-t-il observé dans les marais Pontins ? Où sont les faits nombreux qui prouvent qu'on ait percuté la rate au début ? Et ce détail précieux manquant, est-il possible d'être aussi affirmatif que l'est M. Rochoux ?

M. Rochoux. J'invoquerai l'autorité de Torti, qui n'a rien vu de semblable à ce qu'annonce M. Piorry.

M. Piorry. Personne plus que moi n'honore les anciens ; mais je ne veux pas leur sacrifier la gloire des modernes. Torti ne percutait pas la rate ; son témoignage est donc insuffisant dans la matière. Invoquera-t-on les autopsies publiées par cet auteur ? Tout le monde sait que ce n'est pas par là que brille son livre. D'autres recherches ont prouvé les altérations de la rate dans les fièvres intermittentes ; celles de M. Bally (de Blois), de M. Bailly, de M. Trousseau. Du reste, si l'Académie veut mettre à l'ordre du jour ce sujet de discussion, j'en serai enchanté. Je suis prêt à répondre à toutes les objections, car c'est un fait aujourd'hui démontré et irrécusable dont sont témoins tous les jours de nombreux élèves et des médecins, et que M. Rochoux pourra venir vérifier quand bon lui semblera.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Gerdy. Il serait important cependant que l'Académie abordât ce sujet de discussion, de savoir si la rate est primitivement malade dans la fièvre intermittente, ou bien si les altérations de cet organe ne sont que consécutives à la fièvre. Je demande que ce sujet soit mis à l'ordre du jour.

M. Piorry. C'est de la plus haute importance, et j'appuie énergiquement la proposition de M. Gerdy.

M. le président. Cette discussion sera reprise dans une des prochaines séances.

M. Piorry. En attendant, je communiquerai un fait important qui détruira les objections faites à la rapidité avec laquelle le sulfate de quinine fait diminuer la rate.

Sur des chiens on a mis la rate à découvert. On leur a injecté plusieurs substances dans les veines, la rate n'a pas bougé. Aussitôt qu'on leur a eu injecté de l'alcoolé de quinine, la rate, après à peine une seconde, s'est rétractée, et la diminution de volume a été d'un cinquième chez l'un, d'un sixième chez les autres.

— *M. Guillon* présente un individu qu'il a opéré d'un rétrécissement fibreux et très dur. L'urètre, qui ne permettait pas l'introduction des plus petites sondes, en laisse passer maintenant d'un calibre considérable.

M. Velpeau est chargé d'examiner ce malade.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 décembre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Morel-Lavallée envoie une deuxième addition à son travail sur la *Cystite cantharidienne*. Ce nouveau supplément se compose de neuf observations, dont deux sont personnelles à l'auteur ; les autres lui ont été communiquées par MM. Cullerier, Amédée Latour, C. Ollivier, Martinelli et Gobletz. Dans le cas de M. Cullerier, un premier vésicatoire camphré appliqué sur la poitrine pour une pleurésie, n'avait pas réagi sur la vessie ; un second et un troisième, également camphrés, ont déterminé dans ce réservoir une sécrétion des fausses membranes si considérable, que la garde-malade a été obligée de tirer dessus pour les extraire entièrement du canal de l'urètre. Chez le phthisique de MM. A. Latour et Ollivier, les fausses membranes, très minces, avaient la grandeur d'une carte à jouer. Dans plusieurs des faits de M. Martinelli, outre les fausses membranes expulsées de la vessie, il s'est formé au fond du vase, par le refroidissement, une couche comme gélatineuse, une sorte de caillot albumineux, suivant l'expression de M. Morel-Lavallée, et en même temps l'urine contenait de l'albumine à l'état de dissolution. Dans les cas de M. Morel-Lavallée et dans ceux de M. Goblet (ces derniers ont été recueillis dans le service de M. Andral, alors suppléé par M. Henri Guéneau de Mussy), l'albumine n'existait qu'en dissolution dans l'urine, et trois fois sans douleur ni aucun autre symptôme du côté de la vessie. Le camphre avait toujours été uni au vésicatoire, et toujours inutilement.

Ainsi les résultats si neufs et si intéressants auxquels était arrivé M. Morel-Lavallée, se confirment de toutes parts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 25 novembre 1846. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Maisonneuve présente une partie de la colonne vertébrale provenant d'un sujet qui avait fait une chute dans une carrière. On avait diagnostiqué une lésion de la partie inférieure de la région dorsale. Dans les premiers jours de l'accident il y avait à peine de la douleur ; mais il s'était produit une paraplégie complète, les urines et les matières fécales sortaient involontairement. On essaya quelques tentatives de réduction, mais la paralysie continua. Il se déclara des accidents du côté des voies urinaires, une infiltration de la verge d'abord, et bientôt après tous les signes d'une rupture de la vessie avec épanchement d'urine dans la cavité du péritoine, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva sur les parois de la vessie une fausse membrane qui pouvait avoir l'épaisseur du doigt. Elle se prolongeait dans le canal de l'urètre, ou elle était épaisse à peu près comme une pièce de cinq centimes. Dans toute son étendue cette fausse membrane était criblée de sable fin. On voyait à la partie supérieure de la vessie l'ouverture qui avait donné passage à l'urine dans le péritoine, et l'on voyait aussi dans l'urètre, au niveau du ligament de Carcasonne, une rupture qui paraissait être la suite de la gangrène occasionnée dans ce point par le poids de la verge.

La veille de la mort le malade avait été sondé. On arrivait facilement dans la vessie ; mais il ne sortait pas de liquide ; l'existence de la fausse membrane, dont il vient d'être question, fait supposer que la sonde avait passé entre elle et les parois de la vessie.

M. Maisonneuve fait remarquer que les auteurs ont noté comme conséquence assez fréquente des fractures vertébrales l'altération des reins, et qu'ici ces organes étaient sains, tandis que c'était la vessie et l'urètre qu'on trouvait profondément altérés.

Quant à la lésion de la colonne vertébrale, on voit qu'elle a lieu au niveau de la neuvième vertèbre dorsale portée en arrière, et paraissant plutôt luxée que fracturée, et oblitérant le canal vertébral par ce déplacement. Dans presque toutes les fractures qu'il a eu occasion de voir, M. Maisonneuve a constaté que la partie supérieure de la tige vertébrale ou autrement le fragment supérieur était porté en avant, tandis que l'inférieur l'était en arrière ; ce qui explique la difficulté de la réduction. Une seule fois elle a été suivie de guérison ; le malade sur lequel il l'avait essayée s'est parfaitement rétabli en conservant seulement une gibbosité légère.

M. Deguise fils a vu un assez bon nombre de fractures de la colonne vertébrale qui presque toutes ont été suivies de mort. Il n'a jamais fait de tentatives de réduction, et il demande en quoi ces tentatives pourraient être utiles. En effet, dans le cas de fractures avec esquilles, celles-ci déplacées et déchirant la moelle ou ses enveloppes, n'augmenteraient-elles pas la paralysie ? D'un autre côté, il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ont, en même temps que la paralysie, des douleurs tellement vives, que le moindre mouvement leur arrache des cris, et qu'on n'ose pas les remuer. Aussi, en thèse générale, il doute que ces essais de réduction soient un bon moyen.

M. Malgaigne a observé de près beaucoup de fractures de la colonne vertébrale, et il en a guéri quelques-unes, deux à la Clinique pendant qu'il y remplaçait M. Cloquet, une à Bicêtre, une à Saint-Louis, puis une autre encore actuellement dans son service. Mais il en a perdu aussi quelques-uns, et il a pu examiner les pièces. Il a vu comme M. Denonvilliers, qui a très bien examiné ces fractures, qu'elles sont de deux sortes, les unes en esquilles et avec un assez grand délabrement, les autres dans lesquelles le fragment supérieur est poussé en avant. Il a aussi essayé les réductions ; mais il n'en a jamais rien obtenu : ce qu'il s'explique par la perte de substance et l'écrasement. En supposant d'ailleurs que la réduction fût possible, elle ne serait que momentanée ; car l'action des muscles la reproduirait bientôt. Pour remédier au déplacement, il a mis ses malades sur un plan horizontal, sur un plan incliné ; mais avec ces deux moyens il ne lui a jamais été possible de faire disparaître la gibbosité. Aussi d'après ce qu'il a vu, est-il porté à croire que dans le cas dont a parlé M. Maisonneuve, les tentatives de réduction qu'il a faites n'ont été d'aucune valeur pour la guérison.

Chez plusieurs des malades qui se sont rétablis, et spécialement chez celui qui est encore dans son service, il y avait eu immédiatement après l'accident paralysie complète et issue involontaire de l'urine et des matières fécales ; puis peu à peu elles avaient pu être retenues, et le mouvement revenait graduellement dans les membres. Chez ce dernier, il a eu ceci de particulier, qu'il remuait bien les jambes, mais qu'il conservait aux extrémités une insensibilité telle, qu'ayant approché ses pieds très près du feu, ils brûlaient sans que le malade s'en aperçût. Il y a donc tout lieu de supposer que quand les malades guérissent, c'est toujours dans les conditions que la fracture leur a faites ; mais que les tentatives de réduction n'y sont pour rien, qu'elles sont inutiles, et qu'elles peuvent devenir dangereuses. Toutefois, il existe quelques cas de luxation des vertèbres cervicales où la réduction est possible, et où elle doit être tentée. C'est ainsi qu'il y a quelque temps on amena à M. Malgaigne une jeune personne qui, ayant porté un fardeau sur la tête, était, disait-on, prise de torticolis. En examinant la nuque, il constata, au-dessus de la septième vertèbre cervicale, un enfoncement prononcé qui lui fit reconnaître qu'il avait affaire à une luxation. Il opéra quelques tractions sous l'influence desquelles il se produisit un petit choc ; et l'enfoncement disparut. La luxation était réduite, et au bout de huit jours la malade n'avait plus aucune douleur. M. Malgaigne rappelle que c'est lui qui a indiqué le premier, comme signe complémentaire des luxations cervicales, le toucher par le pharynx.

M. Lenoir pense aussi qu'il y a des inconvénients à faire des tentatives de réduction ; la gibbosité, si elle existe seule, n'est qu'un léger inconvénient ; mais l'accident le plus grave est la lésion de la moelle. Or, si elle est rompue, le malade, après la réduction, ne sera pas dans une position meilleure ; et si elle n'est que comprimée, il est possible que le déplacement des fragments produise un accident plus grave. Il a dans son service un homme qui, à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale, a présenté une paraplégie incomplète et une paralysie complète de la vessie et du rectum. Maintenant la vessie n'est plus que paresseuse, et la marche peut avoir lieu, quoique le malade conserve une rétraction d'un membre telle, qu'il touche le sol par l'extrémité des orteils. M. Lenoir le traite par les moxas appliqués autour de la gibbosité, parce qu'il croit à un état de subinflammation des environs de la fracture. Pendant la durée de la paralysie de la vessie,

il s'est formé un calcul qui a été broyé.

M. Lenoir a vu plusieurs fois les malades mourir par la vessie, ce qu'il attribue à la nécessité dans laquelle on est de les sonder souvent, ou de laisser des sondes à demeure, ce qui est une cause de perforation. Il croit aussi que l'incontinence d'urine a été confondue avec le regorgement, et il n'a jamais observé de paralysie portant seulement sur le col.

M. Vidal (de Cassis) se rend difficilement compte de la manière dont s'est produite la rupture de l'urètre chez le malade de M. Maisonneuve, et il pense qu'elle ne doit être attribuée qu'aux cathétérismes multipliés qui ont été faits. Quant aux réductioos, il est d'avis qu'elles ne sont pas sans danger. Pour son compte, s'il voulait tenter quelque chose dans les fractures des régions dorsale et lombaire, c'est au trépan qu'il aurait recours. Ce moyen, qui a été conseillé autrefois, puis abandonné, vient d'être remis en question par les chirurgiens de la marine et, entre autres, par M. Jules Roux. C'est surtout dans les cas de lésions de la région cervicale, qu'ils observent souvent, qu'ils se sont demandé s'il n'y aurait pas avantage à l'employer.

M. Maisonneuve n'est pas satisfait des raisons que l'on produit contre la réduction ; tout le monde parle de ses dangers, mais personne ne les prouve. Il ne voit pas qu'il y ait de si grands inconvénients à tirailler la moelle quand elle est vouée à une destruction complète. S'il y a paraplégie, c'est qu'elle est déchirée, et dans ce cas les tractions ne sont qu'inutiles ; ou bien elle n'est que comprimée, et alors la réduction met quelques chances du côté du malade. Dans le fait de guérison dont il a parlé, il s'agit d'un jeune homme chez lequel, à la suite d'une chute d'un troisième étage, il constata une saillie de la colonne épinière et une paralysie du sentiment et du mouvement. Il le coucha sur un plan horizontal, et au bout de quelques jours il tenta la réduction, qui fut suivie d'un retour apparent de la sensibilité, puis le mieux se prononça de jour en jour, et aujourd'hui ce jeune homme marche, court et se trouve dans des conditions meilleures qu'aucun des malades qu'on a cités. Ainsi, voilà un fait qui est loin d'être en contradiction avec ce qu'il a avancé sur l'opportunité de la réduction ; tandis qu'il ne connaît pas un seul cas dans lequel les malades ont pu marcher après avoir présenté pendant quelques jours une paralysie complète.

M. Lenoir fait voir sur la pièce même que présente M. Maisonneuve qu'il y a impossibilité de remettre les fragments en place, et que le redressement a pour effet de détruire le canal. Il dit aussi que, dans le cas de guérison qui vient d'être rapporté, il est très possible qu'il y ait eu en même temps que la fracture commotion de la moelle, laquelle aurait été seule cause de la paraplégie, et que ce qui pourrait faire croire que les tentatives de réduction n'ont été pour rien dans le retour de la sensibilité, c'est que la gibbosité existe encore.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE GENÉRALE.

Traitement de la suppression des menstrues. — Le docteur Dufour a publié dans la Clinique de Montpellier quelques considérations sur cette affection, dont nous reproduisons ici un court extrait.

La suppression des menstrues, produite subitement par une cause occasionnelle, peut donner lieu à de légers ou à de graves accidents. Lorsqu'ils sont légers et que la suppression est occasionnée par l'impression du froid, on a recours aux pédiluves chauds, à l'usage des boissons diaphorétiques, telles que les infusions de fleurs de tilleul ou de sureau, afin de rétablir la transpiration culanée, aux demi-bains, aux bains tièdes, aux fomentations émollientes sur la région hypogastrique.

Si la suppression est survenue à la suite d'une impression morale, il faut encore employer ces mêmes moyens et insister principalement sur les bains et les calmants. M. Nauche recommande l'usage du musc et du castoréum ; mais surtout il faut détruire ou éloigner la cause, et en affaiblir l'effet sur l'esprit des malades.

Lorsque les accidents sont graves, si la malade est d'un tempérament sanguin, on les combat par des saignées, sans négliger les moyens indiqués ci-dessus. Si elle est d'un tempérament nerveux, on emploie les excitants externes ; on fait respirer de l'ammoniaque ou de l'acide acétique ; on donne de l'assa fœtida à l'intérieur et en lavements, des potions avec l'éther, le camphre, et surtout l'extrait aqueux d'opium ; on applique des linges trempés dans sa dissolution sur le bas-ventre.

Dans les cas où la suppression produite par une cause occasionnelle existe depuis quelque temps, et qu'elle a fait naître une irritation dans un organe, il faut employer les emménagogues, en même temps que l'on attaque cette irritation par les moyens convenables ; car voici ce qui est arrivé au moment de la suppression : le mouvement fluxionnaire, qui porte le sang vers l'utérus, a été détourné vers l'organe irrité, et soit qu'on n'ait pas employé les moyens dont nous avons parlé plus haut, soit qu'on n'ait fait aucun traitement, l'irritation de cet organe a persisté, et tous les mois, lorsque la nature a fait des efforts pour ramener le flux menstruel, il s'est établi une sorte de lutte, si je puis m'exprimer ainsi, entre la matrice et cette irritation, qui l'a toujours emporté ; de sorte que celle là, étant interrompue dans ses fonctions, a perdu de plus en plus de sa force, et a besoin par conséquent d'être stimulée pour reprendre l'empire sur celle ci : or, c'est par les emménagogues qu'on peut donner cette énergic à l'utérus.

Les emménagogues jouissent de propriétés stimulantes, et ils dirigent spécialement leur action sur cet organe. On les administre à l'intérieur : tels sout le safran, la rue, la sabine, l'absinthe, l'armoise, le café, les diverses préparations ferrugineuses, les pilules bénites de Fuller, celles de Rufus, les drastiques, et surtout l'ellébore et l'aloès. Mais lorsqu'un viscère est irrité, si, par l'emploi de ces médicaments à l'intérieur, on a lieu de craindre que l'irritation n'augmente, il vaut mieux faire usage de pédiluves irritants et répétés, de vapeurs chaudes et excitantes dirigées à l'aide d'un entonnoir jusque sur la matrice, de fumigations aromatiques, de sangsues en petit nombre à la vulve, à la partie supérieure des cuisses, aux mamelles, dont l'excitation peut se répéter sur l'utérus à cause de l'étroite sympathie qui existe entre ces organes. Par ces moyens externes, la matrice reprend de la vigueur et redevient apte à remplir sa fonction.

M. Lallemand emploie les emménagogues sous forme de pilules, qu'il nomme *aloétiques :* ces pilules se composent de 1 grain seigle ergoté, 1 grain rue, 1 grain aloès. Pour les administrer, on attend, si les règles se sont supprimées depuis peu, le jour auquel elles auraient dû commencer à couler. Si c'est depuis longtemps, on prend indistinctement un jour du mois, pour continuer les mois suivants à la même époque ; alors on en donne neuf par jour pendant quatre jours, trois le matin, trois à midi et trois le soir. On peut en augmenter progressivement la dose jusqu'à douze, dix-huit par jour, suivant l'effet qu'elles produisent, pendant les quatre jours qu'on les emploie. On applique aussi tous les jours, pendant qu'on donne ces pilules, quatre ou cinq sangsues à la vulve, après la chute desquelles on donne des bains de vapeur ainsi que des bains de pieds. On continue ainsi ce traitement tous les mois, et seulement pendant les quatre jours indiqués, jusqu'à ce que les règles reparaissent.

Hydropisie abdominale. Ecoulement permanent d'un liquide par la surface d'un cautère. — Le docteur Henry, à Arnaville, communique le fait suivant au Journal des Connaissances médico-chirurgicales :

La jeune Baudin, de Vandelinville (Meurthe), âgée de ving-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant toujours joui d'une santé parfaite, mais négligeant peut-être un peu trop les soins hygiéniques, fut en 1836, lors d'une première apparition du flux menstruel, exposée à un air humide et vif qui détermina la cessation de l'écoulement. Consulté par les parents sur la maladie de leur fille, j'employai en vain tous les emménagogues les plus énergiques, les règles ne reparurent plus. Peu à peu tous les symptômes d'une hydropisie se déclarèrent, les extrémités inférieures s'infiltrèrent, le ventre se tendit, enfin la fluctuation existait. Après avoir inutilement employé toute la série des diurétiques, etc., je conseillai la ponction, qui eut lieu au grand contentement de la famille. Mais quelques mois après il fallut recommencer, et successivement une infinité de fois. Alors, je fus d'avis de lui appliquer un cautère à l'endroit le plus déclive de l'abdomen ; elle y consentit.

Au bout de deux mois, quand le cautère fut bien établi, j'introduisis le trocart, armé d'un tuyau de plume, par l'ouverture de cet exutoire. Le tuyau de plume resta à demeure pendant quinze jours, et il en jaillit un liquide bien limpide sans odeur nauséabonde ni amniotique, liquide qui les premiers jours offrait la nuance chocolat et exhalait une odeur fétide. Elle donnait à volonté issue à l'écoulement, en ôtant un petit tampon de charpie qui bouchait l'orifice externe du tube improvisé. La malade ne conserve maintenant que le cautère ; elle se trouve bien, fait quelques courses ; elle mange, et depuis six mois il s'opère chez elle un phénomène extraordinaire qui n'a pas encore, je crois, été souvent signalé : c'est que tous les quatre jours, en pressant légèrement l'hypogastre, il s'échappe de l'ouverture du cautère un bon litre de liquide.

Ne pourrait-on pas expliquer ce fait par la formation de petites cloisons musculaires contractiles qui s'écarteraient pour donner passage au liquide quand, par son propre poids et une faible pression, il se présenterait pour s'écoulcr ? Puis, cette opération terminée, ces fibrilles musculaires par contraction ne pourraient-elles pas rentrer sur elles-mêmes ?

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison du prolapsus de l'anus sans opération ; par M. le docteur Jaesche, de Minsk.

Après avoir tenté quatre fois sans succès le procédé opératoire de Dupuytren pour le prolapsus de l'anus, M. le docteur Jaesche a tenté de recourir à un autre moyen répondant aux mêmes indications, savoir : le raccourcissement et l'épaississement de la membrane muqueuse et de la peau relâchées de l'anus, leur union plus intime avec les parties sous-jacentes par suite d'une inflammation adhésive, et l'augmentation de la tonicité du sphincter. L'auteur pense avoir trouvé ce moyen dans l'acide sulfurique affaibli.

Chez un jeune homme hypochondriaque et constipé, qui, depuis plusieurs années, était affecté de ce prolapsus, il toucha l'anus avec un bourdonnet de charpie trempé dans cet acide, et il pénétra même jusqu'à quelques millimètres dans le rectum. La forte douleur qui résulta de cette cautérisation céda, au bout de quelques heures, à une application de charpie imbibée d'huile d'olives, et les excoriations guérirent dans l'espace de quelques jours. Une semaine plus tard, le prolapsus se reproduisit ; mais, après une nouvelle cautérisation, il n'y eut plus de récidive pendant plusieurs mois que dura le séjour du malade à l'hôpital.

Depuis lors, M. Jaesche a employé le même mode de traitement avec un avantage soutenu dans plusieurs cas analogues.

Suivant ce praticien, l'acide azotique a non moins d'efficacité que l'acide sulfurique, et il a, de plus que ce dernier, l'avantage précieux de ne donner lieu ni aux douleurs qui suivent l'application, ni aux ulcérations qui en sont le résultat.

Traitement des hémorrhoïdes fluentes, par M. le Dr Watson.

M. Watson, qui a eu de nombreuses occasions de donner des soins à des individus affectés d'hémorrhoïdes internes, avec ou sans prolapsus du rectum, mais donnant toujours lieu à une assez abondante perte de sang après chaque évacuation alvine, M. Watson a tenté l'emploi d'une foule de moyens pour réprimer cet écoulement sanguin, et n'a rien trouvé de préférable à l'acétate de plomb liquide administré sous forme de petits lavements qui doivent être retenus.

La dose ordinaire est de 8 grammes de ce médicament dans 60 grammes d'eau commune. Si le lavement est rendu immédiatement après son injection, on en administre un second.

Ordinairement, le sang s'arrête sous l'influence de ce moyen ; mais si l'hémorrhagie se reproduit le lendemain à la suite de la garderobe, on recommence la médication, et l'on persiste dans son emploi jusqu'à cessation complète de l'écoulement sanguin.

M. Watson se félicite des résultats qu'il a obtenus, dans le traitement curatif des hémorrhoïdes, de l'emploi des laxatifs, et spécialement de celui des lavements composés d'après la formule suivante :

Colophane commune bien pulvérisée,	30 grammes.
Miel clarifié,	150

Pour un lavement.

Quelquefois M. Watson ajoute à ce lavement 15 grammes d'oléo-résine de copahu, et, alors, il réduit la dose du miel clarifié à 140 grammes. Mais il est des personnes de constitution délicate et impressionnable qui ne peuvent supporter cette addition, et chez lesquelles l'oléo-résine provoque des vomissements.

La dose ordinaire est de 8 à 12 grammes pour le second lavement, qui doit être administré le soir, au moment du coucher ; il a pour effet, en général, de provoquer une selle facile le lendemain matin.

Cette médication doit, d'ailleurs, être secondée par des bains de siége, des boissons rafraîchissantes, un régime diététique léger, l'ingestion de quelques laxatifs, et l'usage de lavements émollients.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 146. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 11 DÉCEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le diagnostic par voie d'élimination est, à nos yeux, dans les cas qui sortent de la règle commune, le plus rationnel, le plus logique, le plus sûr. Si quelquefois il est un peu plus long, nous demanderons si l'on doit tenir compte de quelques minutes de plus, lorsqu'il s'agit d'arriver à la connaissance de la vérité, et lorsque, de la détermination de la nature et du siége d'une affection, doit dépendre le choix d'une méthode thérapeutique, but final de toute étude, de toute recherche pathologique. Il y a déjà longtemps que nous avons émis cette idée, que le but d'utilité réelle et pratique est le seul que doivent chercher à atteindre ceux qui se livrent aux études médicales. Que signifient les hypothèses, les dissertations et les élucubrations théoriques, lorsqu'elles n'ont pas pour résultat la guérison ou le soulagement du malade ? Pour en revenir au diagnostic par voie d'élimination, il a des avantages incontestables, autant pour le maître que pour les élèves. Au premier, il fournit l'occasion de montrer la puissance de la méthode et du raisonnement, et d'exposer brièvement les faits analogues qu'une longue expérience lui a fait passer sous les yeux. Aux élèves, il permet d'embrasser d'un coup d'œil les éléments du diagnostic différentiel des nombreuses affections qui offrent entre elles quelque point de contact.

Cette manière de procéder est assez celle que préfère notre excellent maître M. Rostan, auquel nous l'avons souvent vu mettre en usage, et qui, par son secours, est tout dernièrement encore arrivé à un diagnostic presque merveilleux aux yeux de personnes moins familiarisées avec ce procédé ; nous voulons parler d'un abcès des cellules mastoïdiennes du temporal, indiqué plusieurs jours avant qu'il fût possible d'en reconnaître aucun indice appréciable.

Une femme d'une trentaine d'années entre à la salle Saint-Antoine, présentant quelques phénomènes abdominaux sans gravité, qui disparurent bientôt. Peu de jours après son rétablissement presque complet de sa légère indisposition, elle fut prise de fièvre, accélération du pouls, chaleur de la peau, etc. A ce moment, il y a quinze jours environ, le professeur reprit le service, et cette malade attira tout particulièrement son attention. A quel état pathologique pouvait-on rapporter ces troubles généraux ? Les accidents abdominaux avaient depuis longtemps cessé ; il y avait bien quelque chose du côté du sommet du poumon droit, mais les signes de cette affection n'étaient pas assez évidents pour qu'il fût possible d'y rapporter sûrement l'état fébrile. Pendant trois ou quatre jours, M. Rostan resta dans le doute et dans l'expectation. Au bout de ce temps, il remarqua une augmentation sensible du volume de la joue droite, accompagnée de chaleur, de rougeur de la peau ; c'était un érysipèle commençant, mais qui resta limité aux parties de la joue correspondant à la peau, et disparut promptement pour se montrer dans la même région du côté opposé, avec les mêmes phénomènes. La joue gauche augmenta de volume, devint pointue, saillante, comme il arrive dans les érysipèles phlegmoneux. Quelques sangsues, des boissons délayantes, furent la seule médication employée. Peu à peu la douleur s'apaisa, les phénomènes apparents de l'inflammation se dissipèrent.

Cependant l'état général persistait ; la malade se plaignait de douleurs assez vives, mais non plus superficielles, comme pendant les premiers jours. La plus légère pression exercée sur la région mastoïdienne déterminait des souffrances excessives, et pourtant il n'y avait ni engourdissement, ni fluctuation, ni rougeur apparente. Les douleurs étaient profondes. Le cas était embarrassant. Volontiers eussent hésité les plus habiles.

C'est alors que, procédant suivant son habitude dans les circonstances difficiles, par voie d'élimination, M. Rostan arriva à ce diagnostic aussi rare que hardi : « Abcès des cellules mastoïdiennes du temporal. » Ce n'était pas un phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané ; car il n'y avait aucun abcès extérieur qui pût rendre compte de la douleur éprouvée par le malade ; l'absence de toute tuméfaction et de changement de couleur à la peau ne permettait pas de s'arrêter à cette idée. Ce n'était point une névralgie faciale ; car la névralgie n'augmente pas par la pression, et ici le moindre contact faisait pousser des cris à la malade. Enfin, rien ne permettait non plus de s'arrêter à l'idée d'une phlegmasie des méninges ou de la pulpe cérébrale, aucun trouble fonctionnel ne se montrant du côté de l'intelligence, de la sensibilité ni de la motilité. M. Rostan se crut en droit d'annoncer une phlegmasie des parties profondes du temporal, ajoutant que sous peu de jours l'abcès se ferait jour par le conduit auditif.

Lundi dernier, en effet, un flot de pus s'écoula par l'oreille, et vint ainsi justifier la merveilleuse prévision du professeur, qui profita de cet exemple pour insister sur ceci : que lorsque l'on applique un raisonnement sévère à l'examen et à l'appréciation des phénomènes morbides, on arrive facilement à la connaissance de la vérité.

Nous n'avons pu, dans une Revue de cette espèce, donner qu'une idée bien incomplète de l'affection dont la malade de la salle Saint-Antoine a présenté un si intéressant exemple. Mais nous renverrons ceux de nos lecteurs qui seraient curieux d'étudier d'une manière plus approfondie les abcès profonds du temporal à un ouvrage malheureusement trop inconnu, trop peu apprécié maintenant, malgré son mérite incontestable, à l'ouvrage d'Itard sur les maladies de l'oreille. Cet auteur a rapporté plusieurs faits analogues à celui-ci, dont plusieurs ont été suivis d'autopsie ; mais ayant de moins cette circonstance que le diagnostic et le pronostic n'avaient point été portés avant l'ouverture de l'abcès par l'oreille, et l'écoulement du pus par le conduit auditif externe.

Dans un bon nombre de cas, cette complication d'inflammation des cellules mastoïdiennes, assez fréquente dans l'otite interne, et à laquelle est souvent due l'otorrhée purulente idiopathique, donne lieu à la formation d'un abcès dans la région mastoïdienne du temporal, abcès qui se fait jour au dehors à travers les téguments après la destruction de la lame compacte qui environne le tissu spongieux dont est formée l'apophyse mastoïde.

Nous n'abandonnerons pas ce sujet sans mentionner une circonstance du fait actuel qui n'a point encore aujourd'hui une grande importance, mais qui ne sera peut-être pas sans fournir plus tard un élément précieux de diagnostic dans certains cas obscurs. Cette femme a très probablement une affection tuberculeuse du poumon droit, et elle n'est point la première chez laquelle on ait constaté, en même temps qu'une suppuration des cellules mastoïdiennes du temporal, une dégénérescence tuberculeuse du poumon ; il a paru, d'après les observations modernes, qu'il y a souvent des tubercules dans le rocher quand il en existe dans les poumons. Serait-ce qu'il y a réellement entre ces deux affections un rapport de cause à effet, ou de simultanéité pathologique constante ? C'est ce que nous apprendront les recherches ultérieures dont nous savons que s'occupe actuellement le médecin des Sourds-Muets, M. Ménière.

— Le traitement chirurgical du spina bifida a beaucoup occupé les chirurgiens modernes, et des travaux récents ont été faits dans le but de démontrer la possibilité de pratiquer une opération qui pût remédier à cette difformité toujours mortelle. Jusqu'à présent, presque tous les enfants soumis à des opérations destinées à faire disparaître la tumeur produite par le spina bifida ont succombé malgré les plus minutieuses précautions ; aussi bon nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous citerons M. Vidal (de Cassis), proscrivent-ils entièrement les essais de ce genre.

Nous ne partageons pas complétement cette opinion, et nous n'approuvons pas entièrement cette proscription absolue de toute opération. Puisque, si l'on abandonne l'enfant à lui-même, la mort est inévitable, pourquoi n'essaierait-on pas, dût-on n'avoir qu'une chance de succès sur cent ou sur mille, pourquoi n'essaierait-on pas d'arracher le sujet à une mort certaine ? Et cela d'autant mieux que, si l'opération réussit, il n'en restera pas à l'individu qui l'aura subie une de ces dégoûtantes et incommodes infirmités si fréquentes lorsqu'il s'agit de remédier à certains vices de conformation d'autres appareils. Qu'un enfant naisse, par exemple, avec une imperforation du rectum, il est évidemment indiqué de chercher tout d'abord s'il ne serait pas possible de rétablir l'ouverture de l'intestin dans la région où existe cette ouverture à l'état normal. Mais s'il est tout à fait impossible d'atteindre l'intestin par le périnée, par la région coccygienne, faut-il, comme on l'a proposé et pratiqué plusieurs fois, faire une ouverture dans la région lombaire, et y établir un anus artificiel ? De cette façon l'enfant est sauvé, et peut vivre ; on en a vu guérir avec cet anus artificiel dans la région lombaire, et M. Amussat, auquel on doit d'avoir ressuscité et fécondé l'idée de Callisen, a obtenu des succès ; nous-même nous avons assisté à ces opérations, et nous avons constaté des résultats heureux. Mais à la vue de ces succès, nous nous sommes bien des fois demandé si le chirurgien avait le droit, moralement, de sauver la vie d'un enfant à un tel prix, et de lui imposer pour le reste de ses jours une des plus affligeantes infirmités dont un homme puisse être atteint. Nous devons l'avouer ; au risque de ne pas rallier beaucoup de monde à notre manière de voir, notre réponse a été négative. En pareille circonstance, nous acquiescerions au désir des parents qui demanderaient l'opération ; mais nous n'oserions prendre sur nous la responsabilité de la conseiller, ni nous exposer à encourir les reproches du malheureux qui, objet de dégoût pour ceux qui l'entourent, mènerait une existence des plus pénibles qu'il eût peut-être mieux valu lui épargner en le laissant mourir.

Dans le spina bifida, la même raison n'existe pas de proscrire l'opération. L'enfant peut mourir, il est vrai ; les probabilités sont même, on doit le dire, en faveur d'une terminaison funeste ; mais, si elle réussit, le sujet est guéri complétement, et l'opération n'a laissé qu'une cicatrice. Voici un fait d'opération de spina bifida dont nous avons été récemment témoin, chez M. Guersant fils, à l'hôpital des Enfants.

Il s'agissait d'un enfant de huit jours, qui fut apporté au chirurgien présentant une tumeur située à l'extrémité inférieure de la région lombaire, siége le plus ordinaire du reste des maladies de cette espèce, et appartenant manifestement à une hernie des méninges rachidiennes avec accumulation de sérosité dans la poche. M. Guersant a employé le procédé de M. Dubois, qui consiste à presser la base de la tumeur entre deux petites tiges de bois enveloppées de diachylum, placées suivant le sens de la longueur de la tumeur, et la dépassant en haut et en bas. Les deux tiges sont rapprochées l'une de l'autre par des fils entrecroisés, comme dans la suture enchevillée, avec cette différence qn'ici la tumeur n'est pas percée, et qu'on se borne à la comprimer, après s'être bien assuré toutefois que la moelle n'est pas comprise dans la tumeur.

Le lendemain de l'application des tiges, on trouve la tumeur un peu agrandie à sa base ; deux nouvelles tiges sont appliquées au-dessous des premières, et enfin deux autres complètent la compression, qui aura pour but de faire adhérer l'un à l'autre les deux feuillets de la membrane séreuse, et de faire tomber en gangrène les parties saisies entre les bâtonnets. Pendant les trois jours qui ont suivi l'opération, l'enfant s'est bien porté. Les jambes ne sont pas paralysées, exécutent bien leurs mouvements, ce qui prouve que la moelle, comme on l'avait reconnu, n'est pas comprise dans la tumeur, et que le liquide rachidien refoulé ne la comprime pas. Néanmoins, lorsque l'on touche les tiges, l'enfant rend aussitôt ses matières fécales, ce qui dénoterait qu'il s'exerce alors une légère compression passagère des cordons nerveux qui se rendent au rectum. Au troisième jour de l'opération, l'enfant était dans un état satisfaisant, bien éveillé, ne criait pas ; rien ne faisait prévoir le moindre accident. L'enfant ayant été emporté en nourrice ce même jour, nous n'avons pu le suivre plus longtemps ; mais nous nous tiendrons au courant des suites de l'opération.

Le procédé mis en usage ici n'est pas absolument celui de M. Dubois, en ce sens que M. Dubois traverse la tumeur avec des épingles pour faciliter le travail adhésif ; nous avouons, nous, ne pas voir sans crainte des épingles traverser un spina bifida, dans lequel nécessairement la présence de ces corps étrangers ne peut manquer d'augmenter l'intensité du travail inflammatoire toujours à redouter. A bien plus forte raison proscrirons-nous les procédés dans lesquels on ouvre la tumeur, dont on excise une portion plus ou moins étendue pour rapprocher les lèvres de la plaie à l'aide de points de suture, comme l'ont proposé MM. Dubourg et Tavignot.

Sans vouloir insister plus longuement sur l'opération du spina bifida, rappelons ici en peu de mots les indications et contre-indications résumées comme il suit par M. Laborie dans l'excellent Mémoire publiée en 1845 dans les Annales de la chirurgie françaisse et étrangère.

Le spina bifida peut être opéré :	*On doit s'abstenir d'opérer :*
1° Si l'enfant paraît du reste bien constitué, et que la tumeur soit unique ;	1° Quand l'enfant présente quelque autre vice de conformation (comme hydrocéphalie, hernie ombilicale, paralysie avec difformité des membres, double tumeur, etc.) ;
2° Si la tumeur est pédiculée ;	2° Quand la tumeur présente une base très large surtout verticalement ;
3° Si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée, et qu'elle ne soit pas ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur ;	3° Quand la peau qui revêt la tumeur est incomplétement formée et ulcérée ;
4° Si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleur ;	4° Quand la tumeur paraît très sensible à la pression et surtout quand cette sensibilité se révèle énergiquement lorsqu'on exerce la pression sur la

	partie la plus saillante de la tumeur ;
5° Si les mouvements imprimés à la tumeur pour la déplacer sont indolores;	5° Quand on ne peut faire exécuter à la tumeur aucun mouvement sans déterminer de la douleur ;
6° Si la tumeur est franchement fluctuante, et si partout on peut apprécier au même degré le flot du liquide à travers la paroi externe.	6° Quand la fluctuation se perçoit inégalement, et qu'elle arrive d'une manière plus immédiate au doigt de l'observateur, si on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur.

Tout en reconnaissant la justesse et l'exactitude des remarques de M. Laborie, nous nous permettrons de ne point être tout à fait de son avis quant à celle des contre-indications qu'il range sous le second chef. Que la base de la tumeur soit ou non très large, surtout dans le sens vertical, nous ne pensons pas que l'on doive pour cela se dispenser d'opérer, si la disposition de la tumeur n'est pas telle qu'il soit totalement impossible d'appliquer la compression verticale. Tout au plus cette circonstance constituerait-elle à nos yeux une difficulté de plus à vaincre; mais elle ne peut être suffisante pour faire renoncer absolument à toute tentative.

— Les maladies nerveuses se présentent sous des formes si variées, leur histoire est encore tellement peu complète que l'on ne saurait avec trop de soin rassembler les faits intéressants et desquels il est possible de tirer quelque parti pour constituer l'histoire de la science. Les matériaux que l'on possède à l'époque actuelle sont réellement insuffisants pour servir à l'établissement de règles même approximatives. C'est à l'avenir qu'il faut évidemment laisser le soin de coordonner les faits, et d'établir les rapports et les différences qu'ils peuvent présenter, l'enchaînement des symptômes et la détermination des formes. Le rôle des observateurs d'aujourd'hui se réduit presque à recueillir des faits aussi complets que possible qui soient plus tard susceptibles de devenir la base de travaux sérieux et complets.

Sous ce rapport, le fait suivant, dont nous devons la communication à M. Frédault, interne à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guérard, nous a paru digne d'être rapporté en détail.

La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de trente-sept ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse, ordinairement assez bien portante, réglée à quinze ans pour la première fois, et depuis toujours bien régulièrement. Malade depuis environ deux ans, les premiers accidents nerveux dont elle se plaint remontent au milieu de l'année 1844.

Un matin, à son réveil, elle fut tout étonnée en se regardant dans une glace de se trouver le visage dévié, la bouche tirée du côté gauche, la joue droite gonflée et engourdie. Presque au même instant, des phénomènes nouveaux se développèrent. Les muscles de la face furent agités de tremblements convulsifs, la mâchoire inférieure alternativement portée de droite et de gauche présenta des mouvements de latéralité involontaires; l'aile gauche du nez était portée en haut, la langue comme gonflée et engourdie tremblait dans la bouche; la respiration était gênée, la voix éteinte, les mouvements de déglutition étaient impossibles; tout le corps participa à ces phénomènes : les membres, et les inférieurs surtout, furent agités de convulsions cloniques et tremblèrent comme dans un accès fébrile; du reste, pas de fièvre, pas de céphalalgie, pas de douleurs vives locales. — Les convulsions cessèrent peu à peu, et l'accès se termina dans moins de cinq minutes. A sa suite, la joue droite resta gonflée et endolorie, la bouche déviée à gauche, la langue embarrassée; pas de troubles de la vision, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, ni des facultés intellectuelles.

Pendant six semaines consécutives, les accès se répétèrent cinq à six fois par jour avec les mêmes phénomènes et la même durée, quoi que l'on fît, du reste, pour les arrêter. Un jour, ils cessèrent tout à coup pour ne reparaître qu'à quatre mois de là, sans cause connue ou appréciable du moins.

A la nouvelle attaque, ils durèrent quinze jours, et disparurent de même que la première fois. Depuis, les attaques se sont répétées régulièrement tous les trois ou quatre mois, ont eu à peu près la même durée et présenté les mêmes phénomènes. Les différences dans l'intervalle des attaques n'ont tenu qu'à ceci, qu'une émotion, une crainte, un chagrin ou une contrariété viennent à en précipiter l'époque, ou qu'un état de calme venait à la retarder.

La dernière a commencé le 17 octobre, et s'est terminée le 31 du même mois de cette manière. La veille du début a été marquée par quelques contrariétés. On a observé les mêmes phénomènes. Six fois par jour l'accès a débuté par un fourmillement et un engourdissement dans la joue droite, qui resta gonflée dans l'intervalle des accès; puis eut lieu la tuméfaction de la langue, la gêne dans la parole, la difficulté dans la déglutition et la respiration, les étouffements, les mouvements convulsifs à la face et ensuite aux membres; enfin la paralysie avec gonflement et endolorissement de la joue droite et déviation des traits à gauche. Pas de lésion de la sensibilité dans ces parties.

La malade, entrée dans le service le 27 octobre, salle Sainte-Martine, à l'Hôtel-Dieu, eut une application de douze sangsues à l'angle de la mâchoire du côté droit, d'après l'avis qu'elle donna que de semblables applications l'avaient autrefois soulagée : celle-ci n'eut pas le même succès.

Le 29, on la mit à l'usage de l'opium à la dose de dix centigrammes par jour; ce qui n'empêcha pas les accès de se répéter le même nombre de fois, et de durer deux jours encore, jusqu'au 14 inclusivement, en se terminant par un plus intense, plus grave et plus prolongé que les autres. L'attaque avait duré quatorze jours.

Si, pendant les accès, la main était portée sur la partie malade, il n'en résultait aucune sensation pénible, pas plus à la sortie du nerf facial de la glande parotide, que sur les rameaux sous-orbitaires, frontaux et mentonniers.

Il est difficile de se rendre compte de la manière dont cette maladie a pris naissance; cependant voici, au dire de la malade, les circonstances qui en ont précédé le début. Un mois avant la première attaque, des cris poussés par un habitant de sa maison firent une telle peur à cette femme, qu'elle en éprouva un tremblement qui dura vingt-quatre heures. Sur ces entrefaites, des malheurs, des chagrins causés par des revers de fortune et des embarras de position sociale, donnèrent à son caractère une teinte de mélancolie triste. Trois semaines après, elle se fit une plaie transversale à la partie antérieure de l'articulation radio-carpienne, assez étendue en largeur et en profondeur, pour que peut-être les tendons des fléchisseurs fussent atteints. Enfin, deux jours avant le début, elle eut une perte de connaissance subite, au moment où on lui souhaitait sa fête. Cette syncope fut-elle causée par la joie que lui causa cette fête de famille, ou par les pertes de sang auxquelles sa plaie donna lieu le jour précédent? On ne sait que supposer. Il faut encore noter que jamais cette femme n'avait eu d'attaques de nerfs, et que jamais une émotion quelconque n'avait produit sur elle un tel effet.

Quand l'affection se montra, la malade, qui se trouvait alors à Bruxelles, y consulta les médecins les plus en renom. On lui mit des sangsues, on lui fit prendre des purgatifs, des antispasmodiques de toute espèce : rien ne réussit; l'affection persista. Nous avons dit le traitement qui avait été suivi dans le service. Le sulfate de quinine n'a jamais été donné, et l'on ne peut supposer quelle serait son action dans ce cas.

A voir la nature et l'enchaînement des phénomènes dans le cas actuel, l'ordre dans lequel ils se sont succédé, et la périodicité qu'ils ont affectée, n'est-il pas, jusqu'à un certain point, permis de penser que cette névrose doit se rapprocher de ces variétés particulières d'hystérie dont on retrouve quelques exemples dans les auteurs qui se sont occupés de l'étude des maladies nerveuses, Pomme, Hoffmann, Tissot, etc. ? Tel est du moins l'avis que nous partageons avec l'obligeant confrère auquel nous devons cette note; tout en ajoutant qu'il convient de rapporter un certain nombre de faits semblables pour en pouvoir tirer quelque chose de véritablement instructif et sérieux.

Quant au traitement mis en usage et qui n'a pas eu sur la marche de la maladie d'influence bien manifeste, nous croyons, pour notre part, que peut-être eût-il eu des résultats plus complets si la dose de l'opium eût été plus élevée. Les préparations opiacées n'ont souvent de succès que lorsqu'elles sont administrées à assez haute dose. L'opium est une substance qui fournit de précieuses ressources dans la pratique, et dont on a trop peur généralement; son emploi n'offre presque aucune espèce de danger lorsqu'il est administré par une main expérimentée et lorsque ses effets sont surveillés avec une attention de chaque moment.

Z...

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Fracture de la partie inférieure de la jambe gauche avec subluxation du pied en arrière. Réduction favorisée par la section du tendon d'Achille.

Ce fait a trait à une femme âgée de quarante-six ans, jardinière, demeurant à la barrière Monceaux depuis vingt ans. Elle est d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, et d'une bonne santé habituelle.

Un jour, en marchand sur le boulevard, qui était alors couvert de glace, elle glisse avec le pied gauche, qui se tord et se renverse, sans qu'elle puisse nous dire dans quel sens se fit ce renversement. En même temps elle éprouva une douleur vive au niveau de la malléole externe; elle tomba sur le côté gauche, et s'aperçut tout de suite, dit-elle, que son pied était considérablement gonflé. Transportée chez elle par deux voisins du lieu de l'accident, elle y reste treize jours, pendant lesquels elle continue à souffrir, et n'emploie pour tout traitement que des compresses imbibées d'eau blanche.

La malade entre à l'hôpital, et le lendemain, à sa première visite, M. Robert la trouva dans l'état suivant : Décubitus latéral gauche, la jambe de ce côté étant étendue et appuyant sur la partie externe ainsi que le pied. Gonflement notable de tout le pied et du tiers inférieur de la jambe, avec teinte ecchymotique violacée. L'axe du pied forme avec celui de la jambe un angle droit; son bord externe est un peu relevé; sa partie antérieure un peu moins longue que celle du côté opposé, tandis que le talon est plus prononcé, plus saillant en arrière. L'extrémité inférieure de la jambe s'avance un peu sur le dos du pied, et fait là une saillie notable, sous laquelle il existe une dépression assez marquée. Au-dessus du talon, la partie inférieure de la jambe est assez fortement excavée dans le sens vertical, et cette excavation disparaît en partie quand on fléchit le pied sur la jambe, par le redressement du tendon d'Achille.

La malléole interne est placée plus avant et plus saillante en dedans qu'à l'état normal; sous elle on aperçoit une dépression marquée. La malléole externe est un peu déjetée en dehors, et rapprochée du bord du pied. A quatre centimètres au-dessus de cette malléole on rencontre sur le péronée une dépression, une mobilité anormale et de la crépitation, en même temps que la malade éprouve dans ce point une vive douleur.

Enfin M. Robert constate une légère mobilité et un peu de crépitation dans la continuité du tibia, immédiatement au-dessus de sa surface articulaire inférieure; mais il ne peut déterminer exactement ni la forme, ni la direction de cette seconde fracture.

Du reste, il n'y a aucune réaction générale, et toutes les fonctions s'exécutent d'une manière normale.

Après avoir diagnostiqué une fracture de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, et une luxation incomplète du pied en arrière, M. Robert essaie de réduire la luxation à l'aide de l'extension et de la contre extension, dans lesquelles il employa toute sa force en faisant éprouver à la malade des douleurs très vives, sans pouvoir pourtant y parvenir; et ayant remarqué que le tendon d'Achille se tendait fortement à chaque effort de réduction, ce qui constituait un des principaux obstacles à la réduction elle-même, il se décida à en faire la section sous-cutanée, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de son insertion au calcanéum. Aussitôt après cette opération, la malade se sentit soulagée, les douleurs diminuèrent, et le chirurgien put à l'aide des mêmes manœuvres, et sans provoquer de vives douleurs, opérer avec assez de facilité une réduction presque complète. Il appliqua ensuite sur la jambe malade l'appareil de Dupuytren pour les fractures du péroné, afin d'obvier au léger renversement du pied en dehors, et à la saillie de la malléole interne.

L'appareil resta en place pendant cinq jours, au bout desquels M. Robert trouvant encore une saillie anormale à la partie inférieure de la jambe en avant et du talon en arrière, substitua l'appareil ordinaire des fractures de jambe avec trois coussinets et trois attelles.

Enfin vingt-six jours après l'accident, et quinze jours après la réduction et l'application du premier appareil, on supprima complétement le second, qu'on remplaça par un simple bandage roulé.

Les jours suivants, la malade essaie de marcher d'abord avec des béquilles, puis avec une canne, et enfin sans aucun secours étranger, et environ deux mois après son entrée à l'hôpital, elle en sort conservant encore une légère difformité, un peu de roideur dans les mouvements du pied, et un peu de claudication dans la marche, mais complétement guérie pour le reste.

Nous avions affaire ici à un cas de fracture contre lequel les appareils ordinaires auraient été inutiles et probablement mêmes nuisibles, si on n'avait pas fait précéder leur application du secours de la ténotomie. Il s'agissait en effet d'une fracture de la partie inférieure des deux os de la jambe avec renversement du pied en arrière; et malgré toutes les tentatives faites pour réduire les parties déplacées, on n'avait jamais pu y parvenir à cause de la tension du tendon d'Achille, qui s'opposait à leur réduction. C'est alors que M. Robert, dans sa sagacité, a jugé nécessaire d'exciser ce tendon pour se débarrasser du principal obstacle qu'il rencontrait dans les efforts de réduction. L'indication fut si bien saisi, qu'aussitôt pratiquée la section tendineuse, et mis dans l'état de relâchement les muscles du mollet, la réduction de la fracture ne présenta plus de difficultés; les douleurs même que la malade ressentait avant, disparurent immédiatement; on put tout de suite appliquer l'appareil convenable, et enfin marcher sans accident vers une consolidation assez rapide.

Voilà encore une application utile de la ténotomie au traitement de certaines affections chirurgicales. Au reste, déjà plusieurs faits de cette nature se sont présentés dans la pratique, et furent heureusement traités par le même moyen. Nous lisons dans le Dictionnaire de médecine, article *Ténotomie*, que M. Meynier, d'Orléans, avait déjà appliqué la ténotomie dans un cas de fracture de la jambe avec plaie, dont la réduction devenait impossible par les moyens ordinaires; l'un des fragments sortant par la plaie, il s'agissait ou d'une résection de l'os saillant, ou d'une amputation du membre : la section du tendon d'Achille proposée par ce chirurgien fut adoptée, et produisit le plus heureux résultat. Le professeur Auguste Bérard, auteur de l'article cité, employa plus d'une fois aussi le même moyen dans des cas analogues, surtout dans le cas de fracture des deux os de la jambe avec renversement du pied en dehors. Dans ce cas, il éprouva une grande difficulté à maintenir le pied dans une position convenable; et en pratiquant la section du tendon d'Achille, il vit que la réduction et la contention des parties fracturées se faisaient avec la plus grande facilité. Une fois, entre autres, il pratiqua aussi la section des péroniers latéraux, qui continuaient par leur contraction à maintenir le pied renversé en dehors; cette partie prit alors et conserva très facilement dans l'appareil la position qu'on lui avait donnée.

Ainsi, d'après les faits précédemment cités, et d'autres qui sont enregistrés dans les annales de la science, on peut, à notre avis, désormais ériger en principe que dans les cas de fracture accompagnée de circonstances semblables ou analogues à celle dont nous avons esquissé l'histoire, quand la réduction des parties est impossible à cause de la tension du tendon d'Achille ou d'autres tendons musculaires, on ne doit pas hésiter à en pratiquer la section, d'autant plus que cette petite opération ne comporte en elle-même aucune sorte de danger, et ne peut que faciliter le maintien des parties réduites dans la position qu'elles doivent conserver pour qu'elles marchent vers une réunion solide et exempte de difformité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 novembre 1846. — Présidence de M. Léger.

La séance est ouverte par la reddition des comptes de M. le trésorier.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— *M. Foucart* apprend à la Société que M. Picard est sérieusement malade. M. Foucart est prié de vouloir bien le visiter au nom de la Société.

— *M. Puzin* a mis en traitement plusieurs épileptiques dont il compte prochainement entretenir la Société.

— *M. Tanchou* communique à la Société la note suivante, sur les moyens de prévenir la déchirure du périnée.

La recommandation de placer la main sur le périnée dans les derniers moments de l'accouchement, n'est pas la seule précaution nécessaire pour empêcher la supture de cette cloison. Je crois même que lorsque cette pression n'est pas exercée avec intelligence, elle peut concourir à l'accident qu'on veut prévenir. En effet, si on presse trop fort sur la tête de l'enfant, elle ne descend pas et ne peut pas se dégager ; si l'on presse dans la direction de l'anus la commissure postérieure se rompt, parce que les parties voisines ne prêtent pas, et qu'on ajoute à la traction qui s'exerce sur tonte la vulve.

Un moyen efficace de prévenir la déchirure du périnée, outre la main, dont nous venons de parler, mais avec précaution, c'est de dégager l'occiput de l'enfant au-dessous de la symphyse du pubis, en lui faisant fléchir la tête le plus possible.

On sait que lorsque l'enfant parcourt la filière du bassin, il a le menton rapproché de la poitrine ; tout le monde a remarqué aussi que, lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, elle se redresse pour ainsi dire quoique la lace soit dans le vagin : cela arrive surtout quand la femme a la vulve très étroite ou que cette ouverture est dirigée en avant. Hé bien, alors, la tête se présente ainsi comme un bloc pour franchir une fente parfois si disproportionnée qu'il n'est pas un accoucheur, même très expérimenté, qui n'ait pensé parfois quelle pouvait se rompre ou le périnée se déchirer à son centre. Dans ce cas, dis-je, un moyen m'a réussi pour prévenir ce malheur, ou du moins à me tranquilliser ; c'est pour cela que je vous en fais part ; c'est qu'en même temps que je soutiens le périnée avec une main dirigée de manière à augmenter la flexion de la tête de l'enfant, je dégage l'occiput avec l'autre de dessous le pubis de la mère ; préférant même, si quelques petites déchirures devaient avoir lieu, qu'elles se fissent de ce côté que du côté de la commissure postérieure, parce que dans ce sens on ne peut pas en prévoir les conséquences, tandis qu'en avant elles ne peuvent pas être considérables quand elles ont lieu, ce que je n'ai pas encore vu.

M. Puzin approuve le procédé proposé par M. Tanchon et recommande de bassiner en même temps les parties avec une solution épaisse de racine de guimauve.

M. Duhamel. Entendez-vous parler de la déchirure complète du périnée ou simplement d'éraillures au périnée.

M. Tanchou. Du moment où la déchirure commence, elle se fait facilement jusqu'à l'anus ; c'est pour cela que j'ai cherché à dégager la tête par la partie où les déchirures ne sont pas à craindre.

M. Duhamel a fait cette question à M. Tanchou parce que, suivant lui et plusieurs auteurs, la déchirure complète spontanée est fort rare ; c'est le contraire dans les cas où l'on applique le forceps. Il n'ignore pas cependant l'observation qui a été rapportée où la tête de l'enfant traversa le périnée.

M. Masson dit qu'au début de sa carrière médicale il fut appelé pour une jeune fille accouchée en l'absence de tout secours médical ; la déchirure du périnée était énorme et avait envahi le rectum, de telle sorte que les suites de couches et les matières fécales sortaient par la même ouverture. A l'aide de soins bien dirigés, la guérison fut rapide. J'ai cité ce fait pour prouver la possibilité des ruptures spontanées.

M. Duhamel n'a prétendu parler que de la rupture spontanée chez une femme accouchée avec les soins d'nne personne de l'art.

M. Foucart demande si M. Tanchou emploie le même procédé pour les positions occipito-postérieures comme pour les positions occipito-antérieures.

M. Tanchou répond que sa proposition est seulement relative aux positions occipito-antérieures.

M. Boyer fait usage, pour maintenir le périnée, d'un linge plié en double qu'il soutient au-devant de cette partie.

— La séance est close par l'adoption d'une proposition ayant pour but de venir au secours des inondés.

La Société vote une somme de 150 fr.

Docteur L. TERRIER, *secrétaire annuel*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Présidence de M. GAIDE.

M. Félix Legros fait l'analyse d'un mémoire de M. Aucler, ayant pour titre : *Essai sur la fissure à l'anus et son traitement*. Cette maladie, vieille comme le monde, n'est cependant bien connue que depuis la description qu'en donne Boyer. Cet auteur l'attribue à une contracture du sphincter. On se demande aujourd'hui si cette contracture est cause ou effet ; les avis sont partagés. Parmi les causes énumérées par M. Aucler, M. Legros ne pense pas qu'on doive ranger les écoulements, qui de la vulve pénètrent dans le rectum, et déterminent, dit on, des chancres à l'orifice de cet organe. Le vice de la pédérastie, que l'antiquité nous a légué de génération en génération, qui est malheureusement si fréquent dans toutes les classes, et auquel les femmes se prêtent avec une facilité qu'attestent trop d'exemples, est, selon M. Legros, la cause la plus ordinaire de la fissure, de même qu'il donne lieu souvent à d'autres affections du rectum, rétrécissements, tumeurs hémorrhoïdales, blennorrhagie anale, etc., dont l'origine honteuse n'est pas toujours reconnue. Parmi les symptômes, le principal est une douleur atroce pendant mais surtout après la défécation. Les malades, pour l'amoindrir, *pointent* les fesses, selon l'expression de l'auteur. Le diagnostic n'est pas toujours facile. M. Aucler rapporte de curieux exemples d'erreur à cet égard. Le traitement est médical ou chirurgical. Dans le premier on a recours aux préparations de ratanhia, de belladone, de monésia, sous diverses formes ; dans le second, à la cautérisation, à l'incision, à l'excision, et à la section sous-muqueuse. M. Aucler, qui a été guéri par cette dernière méthode, la préconise avec reconnaissance. Des remercîments, dit en terminant M. F. Legros, sont dus à l'auteur. Pour les lui donner, je prends à son panégyriste de la *Gazette des Hôpitaux*, sa dernière phrase : « Nous avons cru devoir consacrer ces quelques lignes à la remarquable dissertation de M. Aucler, parce qu'il nous paraît utile de faire voir aux jeunes gens qui s'occupent sérieusement de la pratique de l'art, que toujours ils trouveront dans la presse médicale un appui favorable et une appréciation sincère des travaux que de longues et pénibles études les auront mis à même d'exécuter. »

M. Forget trouve que M. Legros fait une trop large part à la pédérastie, comme cause de la fissure anale. Il s'appuie sur les textes de l'antiquité, où ce vice infâme est signalé à toutes les pages ; mais notre époque n'a ni les mêmes mœurs, ni les mêmes vices. La raison de la fréquence des fissures de l'anus n'est-elle pas plutôt dans le nombre très considérable des hémorrhoïdaires ? La constipation joue aussi un grand rôle, et favorise, en raison des efforts qu'elle nécessite et de l'irritation qu'elle détermine sur la muqueuse des sphincters, la maladie que M. Aucler a si bien étudiée.

M. Mercier ne partage pas l'avis du rapporteur sur la pédérastie, envisagée comme cause principale de la fissure. Il croit que le virus vénérien que M. F. Legros, regarde comme ayant peu d'influence sur la production de cette affection, n'y est pas toujours étranger. Il a vu des chancres naître sur la marge de l'anus par suite de l'écoulement sécrété par d'autres chancres, dont le siége était à la vulve. Des tubercules muqueux donnent quelquefois lieu à des fissures quand ils occupent le voisinage du rectum et surtout la marge anale, à raison des efforts de défécation qu'ils exigent. Quelle que soit du reste la nature d'une ulcération, elle guérit difficilement lorsqu'elle repose sur le sphincter du rectum, parce que le passage des matières fécales l'irrite et s'oppose à la cicatrisation. L'enfoncement infundibuliforme de l'anus n'est pas un signe certain de pédérastie ; c'est une disposition spéciale à quelques individus.

M. F. Legros insiste pour prouver que jamais la pédérastie ne fut plus fréquente qu'aujourd'hui. Il ajoute que la hauteur à laquelle les chancres siégent dans le rectum peut servir à indiquer leur origine. Dupuytren les considérait comme le résultat de la sodomie s'ils étaient placés fort avant. Quand à la forme en entonnoir du pourtour de l'anus comme signe d'habitudes contre nature, l'opinion qn'il a émise est celle de M. Cullerier.

M. Bonnafont a fait en Algérie, où cette pratiqne est fort commune, des recherches qui ont été négatives. Il n'a rencontré ni la conformation dont parle M. Legros, ni fissures, ni hémorrhoïdes.

M. Desrivières regarde les efforts expulsifs de l'accouchement comme une cause dont il faut tenir compte dans la production de la fissure anale.

Les conclusions favorables de M. F. Legros sont adoptées.

— *M. Forget* entretient la Société d'un cas de choléra des plus tranchés, dont il a été témoin aux environs de Melun. Le malade n'a pas succombé, mais il a éprouvé des accidents graves, déjections caractéristiques, cyanose, etc. Le vent d'est qui avait soufflé en 1832 à l'époque du choléra asiatique, a soufflé également cette année avec persévérance.

M. Blatin rapproche ce cas de ceux qui ont été cités, par quelques-uns de ses confrères et par lui-même, comme ayant été récemment observés dans une autre réunion médicale.

M. Géry en a vu plusieurs aussi. Il signale les environs de Provins comme très malsains, souvent inondés par des débordements, et exposés à des épidémies d'affections intestinales. Cette localité est une de celles qui ont souffert de la manière la plus grave en 1842.

M. Bossion a vu plusieurs malades affectés de choléra avec suppression d'urines et autres accidents qui ont cédé en quelques jours. Ils n'avaient pas été déterminés par des écarts de régime.

M. Desrivières parle d'une femme qui a éprouvé les accidents du choléra eans déjections alvines, avec sensation de brûlure à l'épigastre, comparable à l'action d'un fer chaud. Aucun moyen n'a pu arrêter les vomissements. Plus tard, après des bains et un vésicatoire, il s'est développé un érysipèle. Des lavements purgatifs ont provoqué des évacuations. L'amélioration de l'état de la malade n'a pas tardé à se montrer ; mais elle a été prise d'une fièvre intermittente qui a été coupée par la quinine.

M. Bossion s'étonne de l'énergie du traitement employé par son confrère. Il s'en est tenu pour ses malades, même dans les cas où il y a eu un sentiment de brûlure épigastrique et d'étouffement, aux préparations narcotiques externes, aux calmants, aux lavements amidonés, à l'eau de Seltz.

M. Blatin fait connaître avec quelques détails le traitement qui lui a réussi d'une manière constante et chez le plus grand nombre de cholériques dont il était chargé, en 1832, dans les communes de Bazancourt et d'Isle en Champagne. Les malades étaient mis, dès le début, à l'usage de l'eau froide, à doses énormes, *cinq à six litres par heure*. Ils buvaient en général sans répugnance, et dans ce cas leur guérison ne tardait pas à s'opérer. Ceux au contraire qui ne se soumettaient pas à cette médication, rentraient dans la classe de tous les malades que M. Blatin avait vu traiter et avait traités lui-même à Paris dans les hôpitaux et les bureaux de secours. S'ils échappaient à la mort, leur convalescence était pénible et lente ; tandis que les autres reprenaient en sept ou huit jours leurs rudes travaux de fileurs de laine ou de cultivateurs. Pendant cinq ou six heures, terme moyen, l'eau, qui était donnée à pleins verres, était immédiatement rejetée, remplacée par une autre à l'instant même, vomie à son tour, et ainsi de suite ; de sorte que le malade était continuellement occupé à boire ou à vomir. Cela n'empêchait pas l'emploi de tous les excitants externes et du bain de vapeur administré dans le lit à l'aide du *sudatorium*. Mais le principal, souvent même le moyen unique, était l'administration de l'eau coup sur coup. Au bout de cinq, six, sept heures, rarement plus tard, souvent plus tôt, une légère moiteur commençait à humecter la poitrine, puis les membres supérieurs, et enfin le visage et le reste du corps. La réaction apparaissait ; le malade vomissait moins d'eau qu'il n'en buvait ; les urines, qui étaient supprimées, ne tardaient pas à emplir la vessie. Il fallait souvent employer la sonde pour les évacuer. L'eau était alors donnée en quantité moindre ; tous les accidents diminuaient rapidement, et la convalescence était rapide.

M. Forget pense que dans ce traitement par l'eau à haute dose M. Blatin obtenait l'absorption d'une partie du liquide qui servait à la reconstitution du sang altéré.

Telle est aussi l'opinion de *M. Blatin*, qui y voyait de plus un moyen d'élimination et d'inspirations forcées dont l'utilité ne lui paraissait pas douteuse.

M. Mercier pense aussi que l'absorption du liquide ingéré a dû avoir d'heureux résultats. Il cite à l'appui de cette théorie l'observation des guérisons qu'on a obtenues dans une petite ville, aux environs de Provins, par l'administration de l'eau à dose élevée, quoique bien moindre que celle indiquée par M. Blatin. Ce traitement est fort rationnel. Les autopsies ont démontré que le sérum avait complétement disparu dans les vaisseaux sanguins des cholériques. M. Mercier entre ensuite dans quelques considérations physiologiques sur la nature des déjections alvines. Lorsque les liquides ne sont pas suffisamment élaborés, ils sont en général albumineux, troubles, comme on les observe dans l'affection qui nous occupe. C'est l'état du passage du sérum à l'état albumineux.

M. Bonnafont a employé en 1835, dans un dispensaire établi pour les Arabes, le sulfate de strychnine à la dose énorme d'un à deux grains.

M. Dreyfus a fait également usage de ce sel, et a adressé à ce sujet un mémoire à l'Académie de médecine en 1832.

— *M. Bénet de Perraud* rapporte un exemple de fièvre intermittente apoplectiforme dont les accès se répétaient deux fois par jour. Il a débuté brusquement sans avoir été précédé d'aucune autre affection. Dès le deuxième jour, sa nature a pu être reconnue. L'accès cessait d'une manière complète à huit heures chaque jour pour reparaître régulièrement quelques heures plus tard. Le traitement a consisté dans les saignées et l'administration de la quinine.

M. Mercier n'admet pas qu'il y ait eu dans ce cas apoplexie, c'est-à-dire hémorrhagie cérébrale. La quinine qui a réussi à guérir le malade de M. Bénet de Perraud n'a aucune action curative sur l'épanchement du sang hors de ses vaisseaux.

M. Bénet de Perraud reconnaît que le mot apoplexie doit être remplacé par celui de congestion ; indépendamment de la quinine qu'il a administrée hardiment, les pertes sanguines abondantes qu'il a mises en usage ont leur part assurément dans la cessation des accidents congestifs.

M. Géry demande si la maladie n'était pas une fièvre pernicieuse pour laquelle le sel de quinine aurait suffi sans recourir aux pertes de sang.

M. Bénet de Perraud répond que rien n'autorise cette supposition. L'examen attentif du malade et le résultat favorable du traitement ne lui laissent aucun doute à cet égard.

— *M. Desrivières* rapporte un cas d'hystérie qu'il attribue au grand sympathique. Il existait dans le ventre de la malade un bruissement et un mouvement continuels. A cet état succédait du délire, qui était bientôt suivi d'un calme complet. Puis reparaissent les accidents hystériques dont la durée était d'environ trois heures. La quinine a été donnée en solution par cuillerées dans la pensée qu'elle agirait mieux ainsi à raison de sa saveur très amère.

M. Collomb regarde la pression du ventre et les frictions qui ont été employées dans ce cas comme un moyen qu'on ne doit pas négliger.

— *M. Bonnafont* lit l'observation d'un cas curieux d'imperforation congénitale des deux conduits auditifs. L'enfant a dix ans et habite Ivry. Les deux pavillons de l'oreille sont très difformes et semblent avoir été mâchés On n'aperçoit aucune trace du conduit acoustique ; mais, en pressant fortement avec la pulpe du doigt, on sent une légère dépression qui pourrait bien être son origine. M. Bonnafont discute la question suivante : L'oblitération est-elle le résultat du rapprochement des parties charnues ou de celui des parois osseuses du conduit auditif ? Dans le premier cas, l'art chirurgical peut intervenir, dans le second il est inutile. En supposant qu'une opération soit possible, il faut avant tout s'assurer de l'état du nerf acoustique, comme on le fait de celui du nerf optique avant de recourir à l'opération de la cataracte. M. Bonnafont, le premier, a donné le moyen de faire cet examen difficile, quand la perception des sons est impossible par les voies naturelles, en promenant un diapason sur les différents points du crâne. Dans le cas qui nous occupe, ce genre d'exploration a parfaitement réussi : l'enfant a poussé des cris chaque fois qu'on a mis en contact avec sa tête un diapason dont les branches vibraient, tandis qu'il restait impassible quand l'instrument à l'état de repos était placé sur les mêmes points de son crâne. A l'aide d'une aiguille, M. Bonnafont s'est assuré que l'obstacle qui obturait le conduit auditif était charnu. L'opération ne doit pas être différée, comme le pensent quelques chirurgiens, jusqu'à ce que l'enfant soit plus âgé, parce qu'alors il serait plus vigoureux et indocile, et que les parties à perforer seraient plus denses. En second lieu, on perdrait un temps précieux pour le développement de l'intelligence du sujet qui reste dans le mutisme, et le nerf audilif demeurant dans une longue inaction pourrait perdre une partie de sa sensibilité à l'influence des sons.

Le secrétaire général, Henri BLATIN, D.-M.-P.

REVUE GÉNÉRALE.

Observation d'un chancre induré avec bubon développé deux mois après un coït impur. — Traitement et guérison par le perchlorure d'or et de soude en frictions sur la langue, par le docteur A. LEGRAND. — M. Ricord présentait il y a quelque temps aux élèves, qui se pressent dans l'amphithéâtre de l'hospice du Midi pour entendre la parole du savant professeur, un homme entré à l'hôpital depuis quelques jours, et qui offrait des symptômes tertiaires de la vérole constitutionnelle. Le point de départ avait été *un chancre contracté trente ans auparavant !* Chez ce malade l'induration existait encore, et était facilement reconnaissable. M. Ricord profita de cette occasion pour développer ses « doctrines relativement au chancre induré, à la persistance possible de l'induration pendant un temps souvent fort long, et enfin à l'incertitude d'une guérison complète et radicale de la syphilis constitutionnelle *même après les traitements les plus méthodiques*. »

La lecture de ces lignes, extraites de la *Revue clinique* que publie chaque semaine la *Gazette des Hôpitaux* (n° 87 — 26 juillet 1846), me fit rechercher dans mes notes un fait de *chancre induré* que j'ai traité il y a dix-sept ans, et dont la guérison, obtenue par la *méthode aurifère*, a été complète et ne s'est pas un instant démentie depuis cette époque. — Voici la transcription de mes notes jour par jour.

1er *décembre* 1829. — Monsieur M..., âgé de dix-neuf ans, d'une bonne constitution ; quoique d'un tempérament lymphatique, m'est venu consulter aujourd'hui. Il porte à la base du gland, sous le prépuce et un peu au-dessus de la couronne, *un chancre absolument indolent, ayant cinq à six lignes* (11 à 13 millim.) *dans son plus grand diamètre, à fond noirâtre et offrant l'aspect d'une moisissure humide, avec des bords calleux* (indurés). Cette callosité (induration) s'étend sur le repli muqueux de la face interne de la peau du prépuce, sur la saillie de la couronne du gland et circulairement sur la muqueuse au-dessous de cette couronne. Voilà environ six jours que M. M... s'est aperçu de ce chancre, qui a fait de rapides progrès. En outre, il porte à l'aine gauche un engorgement gros comme un œuf de pigeon, un peu douloureux, et dont il s'est aperçu trois jours après l'apparition du chancre.

M. M... éprouva un vif étonnement quand je lui eus déclaré qu'il portait un chancre syphilitique avec bubon, et je partageai son étonnement quand il m'eut déclaré (et c'est un jeune homme digne de foi) qu'il ne s'était exposé à contracter cette maladie que le 24 septembre, et que, depuis cette époque, il n'avait point eu de rapports du même genre. *Il s'était donc écoulé soixante jours environ entre l'infection et l'apparition des symptômes !*

Je prescrivis immédiatement le *perchlorure d'or* et de soude associé à la poudre d'iris (1), à la dose de 1/24e de grain : (*perchlorure avec la poudre d'iris* — deux grains ou dix centigr. en douze doses) en frictions sur la langue (2) faites chaque matin après le déjeuner ; je conseillai en même temps un régime assez sévère, la tisane de chiendent avec le sirop de gomme, deux grands bains à un intervalle de six jours et des cataplasmes émollients sur la tumeur de l'aine.

15 *décembre*. — Le chancre a encore fait quelques progrès, mais ses bords sont un peu moins durs. Le bubon est évidemment diminué ; il s'est bilobé, et fait beaucoup moins souffrir. On continue les moyens précédemment prescrits. (Perchlorure avec l'iris, 10 centigr. en dix doses.)

24 *décembre*. — Cette fois le chancre est évidemment diminué ; son fond n'est plus aussi noir, ses bords sont beaucoup moins durs, et plusieurs points paraissent tendre vers une cicatrisation prochaine. Le bubon est stationnaire ; il est absolument insensible à la pression. (Perchl. avec l'iris, gr. 0,20 en vingt doses. Deux frictions par jour ; la seconde est faite après le dîner.)

6 *janvier* 1830. — Le chancre est déjà presque entièrement cicatrisé ; quoique ses bords restent marqués et soient toujours un peu durs ; le bubon continue de diminuer. Il se manifeste tous les matins une moiteur bien marquée ; les fonctions digestives sont dans les conditions les plus satisfaisantes. (Même prescription.)

18 *janvier*. — Il ne reste plus du chancre qu'un léger endurcissement qui se dissipe chaque jour. Le bubon est stationnaire. Les moiteurs continuent ; l'appétit augmente encore. Je fais joindre au traitement (même prescription) des frictions sur le bubon avec une pommade aurifère :

---

(1) Le perchlorure d'or et de soude, préparé selon les règles que j'ai données dans mon ouvrage sur *l'Emploi de l'or de préférence au mercure dans le traitement des maladies vénériennes*, et pulvérisé, est mêlé à la poudre d'iris bien séchée (et qu'on a préalablement traitée pendant longtemps à chaud et à froid et successivement par l'eau, l'alcool et l'éther, pour la rendre absolument inerte) dans la proportion d'une partie du sel aurifère pour trois parties de la poudre d'iris. Par conséquent, 20 centigr. de ce mélange représentent 5 centigr. de perchlorure d'or et de soude.

(2) Cette friction, qu'il ne faut, pour le bien, pratiquer qu'après avoir pris quelques aliments afin que la langue soit bien nettoyée, est faite avec le doigt indicateur armé de la poudre aurifère, qu'on enlève facilement de son papier en mouillant l'extrémité du doigt. Après avoir amené le bout de la langue sur le bord de l'arcade dentaire, on fait la friction au centre, sans trop enfoncer le doigt ; ce qui pourrait exciter des nausées. Si la friction est bien faite, la langue, dans sa partie frictionnée, deviendra fort noire au bout de deux ou trois jours de l'usage des poudres ; mais cette coloration disparaît aussi deux ou trois jours après qu'on les a cessées.

Or divisé (1),	gr. 0,25.
Pommade de concombre,	gr. 32.

M. avec le plus grand soin.

24 janvier. — Il ne reste plus aucune trace du chancre; le bubon est considérablement diminué, et surtout fort amolli. Aux moiteurs se joignent des urines un peu plus abondantes. L'appétit est énorme. (Même prescription.)

3 février (2). — Le bubon est encore diminué; il est aujourd'hui réduit à fort peu de chose. (Même prescription.) Je ne fais plus faire qu'une friction par jour.

26 avril. — Il était resté, quand M. M... me visita, le 3 février, encore un peu d'endurcissement au siége du chancre, et un léger engorgement dans l'aine, sans aucune espèce de sensibilité. De plus, ce qui prouve le tempérament lymphatique du malade (tempérament, du reste, favorable à l'application de la méthode aurifère), plusieurs glandes cervicales s'engorgèrent vers la fin de mars. Mais ces derniers symptômes, dont il ne reste plus rien aujourd'hui, ne tardèrent point à se dissiper du 10 au 20 de ce mois, et dans le même moment il survint des hémorrhoïdes (3) qui ont flué une ou deux fois. A cause de cette disposition évidemment lymphatique, et afin d'avoir toute sécurité pour l'avenir, je prescrivis les pilules suivantes, à prendre une chaque matin à jeun :

Oxyde d'or par la potasse,	gr. 0,75
Extr. de seconde écorce de thymélée,	0,75
Extr. de bourrache,	5

M. avec soin pour faire 60 pilules.

1er décembre 1846. — Voici aujourd'hui dix sept années que cette cure a été obtenue; et avant d'en rédiger l'histoire, j'ai voulu avoir des nouvelles de M. M..., et j'ai su que depuis ce moment il n'avait ressenti aucune atteinte de la maladie de 1829-30, et qu'il n'en avait contracté aucune autre du même genre.

Fracture des premières vertèbres cervicales. Mort plus d'un an après l'accident. — Nous empruntons à un journal allemand, l'*Allgemeines repertorium*, les deux observations suivantes, qui ont été recueillies par le docteur Copland et le docteur Spangenhern.

Première observation. — Un homme de soixante ans, fortement constitué, cherchait à se tourner dans son lit en appuyant fortement la tête sur l'oreiller, lorsqu'il sentit quelque chose craquer dans le cou. Aussitôt après, tous les mouvements de rotation ou de flexion de la tête devinrent impossibles sans la plus vive douleur dans celle partie. L'auteur en conclut qu'il y avait eu une rupture, ou une déchirure de quelques petits muscles ou de quelques ligaments; en conséquence, il recommanda le repos et quelques moyens palliatifs. Cependant, les mouvements que le malade faisait exécuter à la tête continuaient à être douloureux. Il reprit toutefois son métier de cocher; et ce ne fut que seize mois après l'accident qu'il commença à se plaindre de faiblesse et d'engourdissement dans le bras gauche. Un ou deux jours après, la paralysie avait envahi les deux extrémités supérieures, mais elle était incomplète à droite; elle ne tarda pas à devenir générale, et la mort survint en peu de temps par asphyxie.

A l'*autopsie*, on trouva la seconde vertèbre cervicale complétement fracturée en travers, des deux côtés. Un des traits de la fracture passait près de la base de l'apophyse odontoïde. Une inflammation chronique s'était étendue de la fracture aux enveloppes de la moelle. L'arachnoïde était tapissée de lymphe plastique, la dure-mère fortement épaissie, et la moelle épinière comprimée en ce point.

Deuxième observation. — Un officier, âgé de vingt-huit ans, tomba de cheval le 28 juillet 1839, sur de la terre molle (ce fut un des côtés de la tête qui supporta le choc). Il remonta immédiatement à cheval, et fit une demi-lieue pour arriver au village; mais en y arrivant, il sentit tout d'un coup un craquement dans le cou, et tomba par terre sans connaissance. Il revint à lui après quelques minutes, mais il était obligé de soutenir sa tête avec les mains.

Transporté à l'hôpital militaire, on constata sur le pariétal gauche, un peu en arrière de la suture coronale, un gonflement de la grandeur d'une pièce de cinq francs; et à la partie postérieure du cou, une autre tuméfaction, au centre de laquelle on sentait une tumeur dure, mobile en apparence, correspondant, pour son siége, à la situation qu'occupe l'axis, et donnant la sensation de la *proéminente*. Il suffisait de la plus légère pression, ou du moindre mouvement destiné à changer la position de la tête, pour déterminer les plus violentes douleurs. Le plus faible mouvement donnait lieu également à une crépitation très distincte. La tête était inclinée en avant, le menton appuyé sur la poitrine. Rien n'indiquait que la moelle épinière fût intéressée.

Grâce à un traitement antiphlohistique très énergique, il parut d'abord se rétablir, et quelques mois après, il marchait la tête supportée par l'appareil de Shaw. Tout d'un coup, pendant l'été de 1840, il survint de violentes douleurs dans la tête et vers le pharynx, avec des symptômes très prononcés d'inflammation chronique des vertèbres cervicales. Malgré le traitement le plus énergique, il survint des abcès en divers points, et ce malheureux jeune homme succomba, épuisé par la suppuration, quinze mois après l'accident.

Autopsie. — Il y avait un abcès encore rempli de pus sous les muscles superficiels de la partie postérieure du cou. Quant aux muscles situés plus profondément, ils étaient en partie détruits par la suppuration ou dégénérés; les apophyses transversales des troisième et quatrième vertèbres cervicales étaient cariées, ainsi que le corps des vertèbres de cette région. Les ligaments et les cartilages interarticulaires, en particulier ceux de l'atlas et de l'axis, étaient gonflés et érodés. Un vaste abcès, qui contenait quatre onces de pus fétide, occupait la partie antérieure de la colonne vertébrale, depuis l'occipital jusqu'à la septième vertèbre cervicale, et communiquait avec un autre abcès qui s'était ouvert sur la clavicule. L'arc postérieur de l'atlas était fracturé près de ses apophyses articulaires; en outre, il était carié et détruit dans une grande étendue. Le corps et les apophyses transverses de l'axis étaient également envahis par la carie. L'apophyse odontoïde était fracturée, ses ligaments en partie détruits; cependant la moelle épinière n'avait pas souffert, et paraissait sans altération. Le cerveau était sain.

(1) Pour obtenir l'or dans un état parfait de division, il faut le précipiter à l'aide de l'oxalate neutre de potasse (de préférence au sulfate de fer), de sa solution dans l'eau régale et rendue parfaitement neutre par des évaporations répétées.

(2) Je dois faire observer que ce traitement, qui a duré près de trois mois (pendant ce temps le malade a consommé 1 gramme 20 centig. du mélange, ou 30 centig. de sel aurifère), et qui a donné un si beau résultat, a été suivi pendant un hiver extrêmement rigoureux, puisque le thermomètre marquait habituellement 7.5 degrés au-dessous, et qu'il est descendu deux fois à 16 degrés.

(3) C'est un mouvement critique qu'excitent souvent les préparations d'or.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle méthode de traitement des affections saturnines; par M. le docteur Sandras.

Voulant utiliser au profit de la thérapeutique les recherches récentes qui ont été faites dans le domaine de la chimie appliquée à la physiologie, et, d'un autre côté, se basant par les données suivantes que les poisons absorbés vont se déposer dans le foie, véritable appareil d'élimination, et que le persulfure de fer est un bon contre-poison du plomb, M. le docteur Sandras a résumé la thérapeutique des maladies saturnines dans les trois indications suivantes :

1° Débarrasser le malade, intérieurement comme extérieurement, du poison qui existe en nature au contact de ses organes;

2° Maintenir dans le tube digestif, jusqu'à élimination définitive du poison, un excès de persulfure de fer destiné à rendre insolubles les parcelles saturnines excrétées par le foie;

3° Enfin, remédier activement aux accidents consécutifs de l'intoxication.

M. Sandras, pour remplir la première de ces trois indications, prescrit dès l'abord l'administration d'un ou de deux bains savonneux, et l'ingestion d'une bouteille d'eau de Sedlitz ou de quelques gouttes d'huile de croton tiglium. Du reste, cette purgation n'est appliquée que dans les cas où il existe soit de la constipation, soit de fortes coliques.

Pour remplir la seconde indication, il fait prendre matin et soir, le premier ou le second jour du traitement, une cuillerée à bouche d'un mélange de sirop de sucre et de persulfure de fer préparé de la manière suivante :

On place dans un vase de terre 2 kilogrammes de sulfate de fer du commerce, et on les fait dissoudre dans un peu plus de deux litres d'eau tiède; puis on y ajoute alors un soluté de foie de soufre préalablement préparé à l'eau bouillante. On obtient ainsi un abondant précipité noir qu'on laisse déposer, et l'on s'assure, par l'addition d'une nouvelle quantité de soluté de foie de soufre à la liqueur limpide qui surnage, si la totalité du sulfate de fer a bien été décomposée.

On étale alors le précipité noir sur une toile très serrée, et on le lave à plusieurs reprises à l'eau froide jusqu'à ce que la liqueur ne dégage plus d'odeur d'œuf pourri. On laisse ensuite égoutter le précipité en ayant soin de le recouvrir, et, lorsqu'il ne retient plus qu'une légère humidité, on le renferme dans des pots de faïence bien bouchés.

Pour l'administration de ce persulfure, on en mêle quatre-vingt-dix grammes avec cinq cents grammes de sirop de sucre, et c'est ce mélange qu'on fait avaler aux malades.

Enfin, les autres indications accessoires sont remplies par l'opium à faibles doses, quand il n'existe que des douleurs, des crampes; par le même médicament à fortes doses dans les cas de tremblements, de convulsions; par la strychnine, soit intérieurement, soit en frictions, s'il y a paralysie.

Quant au régime diététique, il doit être aussi substantiel que possible.

Sur cent vingt-deux malades soumis à cette nouvelle médication, cent vingt ont été rendus à la santé; deux seulement ont succombé aux accidents d'intoxication.

Préparation du fluor, par M. Louyet.

Le fluor vient d'être l'objet de nouvelles recherches de la part de M. Louyet, professeur de chimie à Bruxelles. Ce corps, qui est resté si longtemps à l'état hypothétique, à cause de la prodigieuse tendance qu'il présente pour s'unir à tous les autres, n'a pu être étudié qu'à l'aide d'appareils en spath-fluor, substance où le fluor est uni à la chaux dans des proportions qu'il ne peut dépasser. Il peut donc rester contenu dans de tels vases et y être soumis à l'observation. Dans des vases en verre ou en toute autre substance, il se combine avec les parois et disparaît à mesure qu'il s'y forme.

C'est un gaz incolore et odorant, dont M. Louyet, dans son Mémoire, décrit avec soin toutes les propriétés. Contrairement à l'hypothèse d'Ampère, il le classe, par sa nature, à côté de l'oxygène et du soufre, et non dans le groupe naturel que forme le chlore, le brome et l'iode. Son équivalent, déduit de la composition du spath-fluor le plus pur et de celle du fluorure de calcium, est fixé, par M. Louyet, à 239,81. (*Répert. de pharm.*)

NÉCROLOGIE.

La médecine, en Italie, vient de faire une grande perte.

Le célèbre docteur Tommasini, attaqué par une bronchite aiguë, a succombé dans le délai de trois jours.

C'est à Parme, le 26 novembre 1846, à une heure quarante minutes du matin, que le plus éloquent écrivain et le plus célèbre praticien de l'Italie a cessé de vivre.

Dans les derniers instants de sa vie il était digne de la plus haute vénération. Parfaitement libre dans toutes ses facultés intellectuelles, il consolait ses médecins, il encourageait ses amis, il souriait avec bonté à tous ceux qui l'entouraient.

Les derniers mots qu'il a prononcés à son parent, M. le professeur Jean Rossi, furent ceux-ci : *Toi jeune, et heureux!..... Moi vieux, et très malheureux!.....* Puis la voix s'affaiblissant, la mort vint le frapper.

Cet homme célèbre naquit à Parme en 1769. Il fit ses études en Italie; il parcourut dans sa vie les premières capitales de l'Europe, et fut accueilli avec honneur et avec des marques de sympathie par toutes les sociétés savantes qu'il visita.

Il a été parfait dans ses maximes, clair dans ses idées, exact dans ses jugements, éloquent et facile dans ses expressions; grand travailleur; bienveillant, patient, sincère, prudent; protecteur éclairé du progrès; désirant ardemment une régénération universelle des peuples, il avait confiance et espoir dans Pie IX!....

L'Italie, l'Europe et tout le monde savant le regretteront, et ceux qui ont eu le bonheur de le connaître ne l'oublieront jamais.

Ses ouvrages nombreux et si riches de faits scientifiques, témoignent de sa gloire; la réputation universelle qu'il s'est faite prouve son génie, ses principes montrent l'exactitude de ses idées.

L'immortalité lui est acquise!

(Extrait d'une lettre de M. le docteur Roboli, de Parme, à M. le docteur Fossati, à Paris, du 28 novembre 1846.)

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE) N°. 147. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des fractures de la cavité cotyloïde.

Marie Guébert, giletière, âgée de vingt cins ans, est entrée à la Charité le 17 novembre 1846, après une chute d'un entresol sur le pavé; la malade est tombée sur le poignet et la hanche du côté gauche; il lui a été impossible de se relever ni d'exécuter aucun mouvement avec le membre.

A la visite, on la trouva couchée sur le dos, se plaignant très vivement du poignet et de la hanche; le poignet ne paraît être le siége que d'une violente entorse; on n'y remarque aucune déformation grave, indice d'une lésion des os. Le membre inférieur présente au contraire quelques changements.

La région trochantérienne se fait d'abord remarquer par une proéminence moins considérable que celle du côté opposé. Or après une chute sur la hanche, on ne peut songer qu'à une luxation ou à une fracture du col du fémur, ou à une contusion, ou encore à une fracture du bassin. Or les signes de la luxation en haut sont, comme on le sait, pour la luxation en dehors le raccourcissement du membre, la rotation en dedans, l'altération des mouvements, le déplacement de la saillie trochantérienne; pour la luxation en dedans, la rotation du membre en dehors, le raccourcissement ou l'allongement du membre, etc., etc. Dans le cas actuel, la cuisse et la jambe gauche ne présentent pas l'ensemble de caractères suffisants pour admettre la luxation.

La fracture du col du fémur pourrait-elle expliquer les changements appréciables ici? Mais d'abord il faut savoir que la fracture du col du fémur est excessivement rare chez les jeunes sujets; il est presque inouï de rencontrer cette fracture chez un individu ayant moins de quarante ans, si ce n'est peut-être en même temps que ces broiements qu'on observe sur de nombreux points du squelette à la suite de violences extrêmes, ou de chutes d'une très grande hauteur.

Chez notre malade, il n'y a pas de différence de longueur entre les deux membres, pas de raccourcissement; ce boursouflement qu'on observe dans le pli de l'aine n'existe pas; le genou et la pointe du pied ne sont pas dirigés en dehors, comme cela a lieu à la suite d'une fracture du col. Il est très vrai qu'on voit de ces sortes de fractures ne pas être accompagnées de ce dernier signe pas plus que de raccourcissement; mais cela ne se rencontre que chez des vieillards, à la suite des fractures par pénétration.

Restent donc la contusion et la fracture du bassin. Les contusions, sans aucun doute, peuvent amener des douleurs très vives, et empêcher tout mouvement des membres à cause de ces douleurs même. Mais il est une particularité d'une grande valeur et sur laquelle nous voulons insister. Quand un malade ne peut faire exécuter à l'extrémité inférieure aucun mouvement, parce que toute mobilité amène une souffrance vive; en le pressant quelque temps, si la douleur est la seule cause de sa répugnance au mouvement du membre, on parvient à lui faire soulever le talon: quand au contraire l'impossibilité des mouvements tient à une solution de continuité dans le squelette, cette impossibilité est absolue; en effet la cuisse n'ayant qu'un seul os, s'il vient à être brisé, la partie inférieure est forcément immobile. Ce résultat a lieu aussi pour l'humérus; mais il faut prendre garde que le jarret du malade, quand il s'agit de lui faire soulever la cuisse, ne soit pas appuyé sur un corps solide, sur un coussin; car alors il pourrait soulever le membre sans que ce mouvement prouvât rien pour ou contre l'intégrité du fémur, la partie inférieure de la cuisse trouvant un point d'appui élevé au dessus de son propre plan.

Quelques malades lèvent ainsi le talon en le traînant; ce n'est pas là non plus une épreuve concluante. Ce que les sujets atteints de fracture ne peuvent pas faire, c'est de soulever à la fois et franchement le talon et le genou.

Ce caractère, nous le trouvons chez notre malade; aussi concluons-nous qu'il ne s'agit pas chez elle d'une simple contusion. Cette conclusion peut s'appuyer encore sur cette considération, à savoir, que la contusion n'a pas porté sur les muscles de la jambe, que la région trochantérienne seule en a été le siége, et qu'elle ne suffit pas alors pour expliquer l'abolition des mouvements dans le membre, puisqu'elle ne pourrait évidemment anéantir toutes les puissances capables de le soulever.

Si la maladie n'est pas une contusion, ce doit donc être une fracture du bassin. D'ailleurs, on pourrait poser en règle générale que tout individu qui tombe sur la hanche, s'il est âgé de moins de quarante cinq à cinquante ans, se fracturera le bassin; tandis que tout sujet ayant dépassé cet âge se fracturera plutôt le col du fémur.

Il y a une raison anatomique qui rend compte de cette différence de résultat sous l'influence d'une même cause; chez les jeunes sujets, la gorge du col est plus ouverte, le col est court et plus épais. Quand donc une violence quelconque arrive jusque sur le col, il résiste, et le choc est transmis jusque dans la cavité cotyloïde au moyen de la tête du fémur; mais cette tête présentant une forme sphérique, le mouvement s'en échappe par rayonnement, et chacun des rayons vont frapper excentriquement tous les points de la cavité cotyloïde: si la force du mouvement dépasse alors la somme de résistance de cette cavité, il se produit une fracture.

Le vieillard est lui, au contraire, dans des circonstances qui favorisent singulièrement l'autre résultat; et le col du fémur se brisant, la violence est épuisée et le bassin reste intact.

On voit que ce n'était pas sans raison que nous posions en règle générale la fracture du col comme conséquence des chutes sur la hanche après quarante-cinq ans; la fracture de la cavité cotyloïde avant cet âge.

Cette femme a vingt-cinq ans; indépendamment des signes, il est donc déjà présumable qu'il s'agit d'une fracture du bassin. Arrivant maintenant aux caractères, ils sont d'accord avec cette idée. La région trochantérienne est déprimée, il y a impossibilité de soulever le membre quoiqu'il soit mobile dans tous les sens; une douleur vive s'irradie jusque dans l'aine; cette douleur est réveillée par la pression ou le mouvement. De plus, il paraît que la femme sent elle-même des craquements dans l'os coxal, et, quand on saisit séparément le corps du pubis et la crête iliaque comme pour les mouvoir, on éprouve une sensation de mobilité qui n'existe certainement pas quand cet os est intact.

Pour nous, il paraît certain qu'il y a fracture de l'os iliaque dans la cavité cotyloïde. Nous avons vu jusqu'à ce jour environ une dizaine de ces fractures dont on a à peine parlé dans les auteurs; ainsi, nous ne possédons guère sur leur histoire qu'un Mémoire écrit par un chirurgien écossais, quelques considérations dans la traduction de M. Chassaignac et quelques thèses. En définitive, la fracture de la cavité cotyloïde n'a pas encore de chapitre spécial dans les livres de chirurgie quoique cependant elle soit assez fréquente.

Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher de quelle manière cédera la cavité cotyloïde quand une violence extérieure sera transportée le long du col pour rayonner en passant par la tête de l'os contre chacun des points de cette cavité, ainsi que nous le décrivions tout à l'heure.

On sait que l'os coxal est primitivement formé de trois os, qui, se réunissant dans la cavité même, en constituent chacun une portion. Or, c'est précisément dans ces points de réunion des trois parties de l'os coxal que la fracture arrive. Nous l'avons observé déjà deux ou trois fois, la solution de continuité se présente alors avec trois branches correspondant à l'iléum, à l'ischium et au pubis.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi; quelquefois la fracture a lieu avec un broiement énorme, comme nous l'avons vu sur un sujet qui s'était brisé en outre la mâchoire inférieure en deux points et les os du pied; ainsi qu'on peut le voir encore, par exemple, sur une pièce recueillie dans les amphithéâtres par M. Faure, élève distingué du service.

En résumé, les fractures de la cavité cotyloïde résultent d'une chute soit sur la hanche, sur le genou ou le pied; en un mot, elles se produisent absolument par les mêmes causes que les fractures du col du fémur. Elles se reconnaissent à la dépression du trochanter, au raccourcissement, quand il existe, car il peut manquer, à un ébranlement qu'on peut parfois déterminer dans les différentes portions de l'os coxal, et à une sorte de crépitation perçue par le chirurgien ou par la malade.

Enfin, l'exploration par le vagin chez les femmes, par le rectum chez les hommes pourra quelquefois aussi faire découvrir certaines inégalités vers la face interne de l'os coxal qui correspond à la cavité cotyloïde.

Les caractères que nous venons d'assigner à ces fractures se rencontrent aussi presque tous chez un autre malade couché au numéro 2.

Qu'on se rappelle surtout que les fractures de la cavité cotyloïde ne sont pas toujours un obstacle au soulèvement du membre si la fracture n'a pas divisé l'os complétement. Il est possible à la rigueur que la progression ne soit pas empêchée et que le sujet guérisse, la maladie ayant été méconnue et ne

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les conseils de la *Gazette médicale*. — Jean Raimond à Orléans — Les ailes de M. Moulet. — A madame Louise d'Auriat. — M. Daremberg et Rufus d'Ephèse. — M. Le Roy-d'Etiolles et le prix d'Argenteuil. — Du délire des sensations.

Les événements médicaux de la semaine ayant été complétement nuls, je vais consacrer cet article à dire quelques mots des nombreuses publications qui m'ont été adressées depuis peu de temps. Mes lecteurs y trouveront plus d'intérêt, je suppose, qu'à la réponse que je pourrais faire au dernier feuilleton de la *Gazette médicale* de Paris, qui a daigné me consacrer je ne sais plus combien de ses colonnes. Si j'avais pu apercevoir dans cette longue et très âcre tirade quelque velléité d'opposition un peu sérieuse à des principes, à des opinions que je cherche à défendre, peut être aurais-je pris la peine de fouiller dans mon sac pour y chercher quelque argument. Mais l'aimable rédacteur de cette feuille me fait l'honneur insigne de ne s'occuper que de moi seul, de la forme que je donne à mes pensées, de la tournure de mes phrases, du style et du goût de mes écrits. Or, *Petit-Jean*, comme il m'appelle, est plein de respect et de déférence pour cette critique tout à fait légitime Je ferai de mon mieux pour me corriger des défauts qu'il me trouve. J'apprécie singulièrement le soin qu'il se donne pour me reprendre, et considère comme un grand bonheur pour un homme exposé à parler périodiquement au public, d'avoir à ses trousses un aristarque sévère qui ne lui laisse rien passer, qui le relève de ses petits péchés d'incorrection et de négligence, qui le rende, en un mot, un peu moins indigne de la bienveillance du lecteur. Mon précieux critique s'est imaginé peut-être que j'allais me fâcher tout rouge contre ses appréciations; pas si........ simple, D'où qu'ils viennent, il faut mettre à profit les conseils qu'on vous donne; et quand ils émanent d'un critique aussi éminent que l'ancien rédacteur du *Corsaire*, il faut tout à fait s'humilier, et s'amender surtout.

— Je voudrais aussi répondre un mot ou deux a un journal d'Orléans, qui assure très sérieusement que mes articles sur l'école préparatoire de cette ville me sont envoyés *tout faits* de la cité illustrée par Jeanne d'Arc. Je prie, je conjure ce rédacteur mal renseigné de me laisser toute la responsabilité de mes petites œuvres. Comme tout écrivain non bouffi de vanité, je peux de temps à autre tenir compte de quelque incitation honorable, mettre à profit une indication précieuse; mais comme tout écrivain qui se respecte et qui respecte le public, je ne signe que les articles sortis de mon humble plume. Je n'ai jamais donné le droit ou l'occasion de supposer le contraire. Or, dans l'espèce, je déclare avec humilité qu'indication, forme et fond, tout émane de moi, de moi seul, et que le rédacteur qui m'accuse fureterait inutilement sa ville et ses faubourgs pour mettre la main sur mon correspondant imaginaire. Une insinuation désobligeante ne passera jamais pour une preuve, et entre gens dignes de s'estimer et de s'entendre, on devrait se garder de ces arguments-là.

— J'arrive à mes livres et brochures. Je trouve d'abord sous ma main un travail intitulé: *De l'Être en général et de l'être organisé en particulier, considéré sous le rapport de ses fonctions vitales, dites fonctions physiologiques*, par M. Frédéric Moulet Ce travail, qui a été présenté à l'Académie des sciences, commence par ces mots. « Ce Mémoire, pour être lu, suppose la connaissance *exacte* de l'organisation des êtres. » Il se termine à peu près par cette phrase: « Que ceux qui vivent dans l'isolement et la faiblesse ne tentent pas » de s'élever dans ces régions: pour les atteindre, il faut de la force » et de l'audace, et pour les parcourir de puissantes ailes. Ce n'est » point pour eux que nous avons tracé la route. » Or, d'une part, qui oserait, ce me semble, se supposer une connaissance exacte de l'organisation *des* êtres, des êtres à tout ce qu'il y a de plus pluriel, depuis l'infusoire jusqu'au gigantesque mastodonte antidiluvien, du byssus microscopique au cèdre du Liban, d'un grain de sable aux cordillières, et de notre pauvre globe terraqué à l'immensité des astres; s'il faut posséder une connaissance exacte de l'organisation de tous ces êtres-là, ne pensez-vous pas que M. Moulet a singulièrement restreint le nombre de ses lecteurs? D'autre part, il paraît que j'ai des ailes si faibles, si débiles qu'elles ont été tout à fait impuissantes à m'élever jusqu'à l'intuition de cette œuvre. Très ingénument je reconnais n'y avoir rien compris, et me trouver donc complétement incapable de la faire comprendre à mes lecteurs.

Il est possible, il est probable que les ailes de mes lecteurs sont plus puissantes que les miennes, et je ne voudrais pas les empêcher de voler vers les régions où plane M. Moulet. Qu'elles essaient donc de s'élever à l'intelligence de ce petit morceau:

« Qu'est-ce, s'est-on demandé à mille reprises, que l'être considéré en lui-même et indépendamment de toute forme organisée ou non organisée, appelant inorganisés les êtres en qui les mouvements de la vie ne se manifestent pas? Alors les observateurs de forme ont répondu que l'être ne pouvait être conçu sans forme, et que dès l'instant qu'il n'y avait pas de forme l'être n'existait pas. Mais si nous faisons remarquer déjà, quoique nous ne le montrions que par la suite, que la forme telle qu'on l'entend n'est qu'une suite de l'action de l'être, il paraîtra évident que ce n'est point par la forme qu'il faut juger de la nature intime de l'être, car cette forme n'existe que par la nature intime de l'être, c'est à-dire que c'est l'être qui, en agissant, produit la forme sous laquelle il se montre.

» Dès lors ce n'est plus dans la forme de l'organisation qu'il faut chercher la nature de l'être puisque la forme de l'organisation, ainsi que nous avons à le montrer, provient de la nature intime ou de l'action même de l'être. Ce n'est pas que l'être puisse dès lors être séparé de sa forme ou de son organisation puisqu'il la produit; mais ce que nous voulons faire remarquer, c'est que l'être en lui-même existe indépendamment de l'organisation, et a préexisté à l'organisation de *forme* par laquelle se montrent les êtres organisés. En d'autres termes, nous avons à montrer que l'organisation n'est qu'un résultat provenant de l'action exercée par le principe organisant.

» Ceux qui ont cru que l'être était le résultat de la forme, ont con-

se révélant jamais, si le malade meurt plus tard et que l'autopsie n'en soit pas faite. Nous sommes convaincu qu'on en trouvera des exemples sur le cadavre.

Le pronostic de ces sortes de fractures est véritablement sérieux, non pas que la fracture soit dangereuse en elle-même, mais on comprend qu'une violence assez considérable pour briser les os du bassin doit amener ou peut amener au moins des désordres excessivement graves dans les organes importants que protége cette cavité. La vessie, l'utérus chez la femme, l'intestin surtout peuvent être broyés; quelques-uns des gros vaisseaux peuvent être déchirés; les conséquences de la déchirure de la vessie, de l'intestin se comprennent facilement. Il faut donc dans le pronostic avoir égard aux signes de broiement des viscères, aux signes d'épanchements de liquide, de sang, car ce sont toutes ces circonstances qui font la gravité du pronostic.

La thérapeutique est extrêmement simple : il n'y a pas besoin de coaptation ; un bandage de corps fixé par des sous-cuisses et scapulaires suffira. L'immobilité sera prescrite au malade pendant trois semaines à un mois; en général, la fracture se consolide bien. Il est à peine besoin d'ajouter qu'on devra combattre les complications par les moyens appropriés; ces complications seront principalement des hémorrhagies, des abcès, etc.

On voit que les fractures du bassin peuvent sous certains points être comparées avec exactitude aux fractures du crâne. Comme elles, ce sont des fractures dangereuses non par elles-mêmes, mais à cause des lésions sérieuses dont elles s'accompagnent souvent; comme elles, on les guérit facilement quand elles ne coexistent pas avec des broiements de viscères ou de parties importantes.

C'est le troisième exemple en six semaines que nous voyons de ces fractures du bassin. La malade qui fait le sujet de ces réflexions ne paraît pas avoir de complications graves.

Inflammation des glandes sous-maxillaire et sublinguale.

Au n° 36 est couché un malade âgé de trente-neuf ans, employé chez un notaire. C'est un homme grand, bien constitué, qui dit n'avoir jamais eu la syphilis. Ce malade présente un gonflement de la région sus-hyoïdienne avec soulèvement de la langue. La tumeur qu'on rencontre en cette région est vague, mal limitée, sa circonférence se perd dans les tissus normaux; cependant, on peut acquérir la conviction qu'elle ne dépasse pas les limites de la région. L'idée que font naître tout d'abord les caractères de cette tumeur est celle d'un gonflement général.

Si l'on saisit la tumeur, la palpation fait reconnaître l'existence de bosselures, mais on n'obtient pas une sensation nette de fluctuation ; quand on la presse avec deux doigts, l'un en dedans et l'autre en dehors, la sensation est encore la même. On ne peut ni par l'un, ni par l'autre de ces moyens, acquérir la certitude qu'il s'agit d'un sac ou d'une tumeur solide.

La maladie date de huit jours seulement ; le malade l'attribue à ce qu'il se serait appliqué sur cette partie un cataplasme de farine de moutarde, au lieu d'un cataplasme de farine de lin. Est-ce réellement la cause de cette affection ? Disons tout de suite que cela est fort douteux pour nous : d'abord, parce qu'une application irritante n'amène point un boursouflement général comme celui-ci; puis si le malade avait eu l'idée d'appliquer un cataplasme, c'est que déjà il y avait quelque chose. Cet homme dit qu'il n'éprouvait alors qu'un simple sentiment de chaleur à la gorge. Il sera plus probablement arrivé ce qui survient souvent quand un moyen quelconque n'arrête pas la maladie ; le remède, n'empêchant pas la marche de l'affection, est accusé de la produire.

Quoi qu'il en soit, ce malade dit avoir été atteint déjà d'un mal semblable il y a quelques années. Il entra à l'Hôtel-Dieu : on appliqua des sangsues ; on lui fit une incision avec le bistouri, il sortit une humeur roussâtre, et le malade fut rétabli au bout de trois semaines. Depuis, il aurait été repris encore de la même maladie ; mais il s'en serait débarrassé avec de simples gargarismes.

Cette fois, toujours au dire du malade, la tumeur est la même que la première ; la douleur et les autres symptômes ont aussi la même intensité.

Cette maladie présente des symptômes tout à fait singuliers, et qui ne peuvent être rapportés ni à une inflammation sous-cutanée, ni à une inflammation sous-muqueuse, ni à une phlegmasie des ganglions. Les adénites sont très fréquentes dans cette partie ; mais, d'abord, elles n'occupent pas le siége qu'affecte ici la tuméfaction ; ce n'est point au milieu de la région qu'on les observe : ici c'est sur la ligne médiane que se trouve le point culminant ; les adénites occupent, elles, le triangle mylo-hyoïdien. Puis les caractères ne sont point ceux de l'adénite ; on ne voit pas cette rougeur, on ne perçoit pas cet empâtement qui les distinguent.

Si la maladie n'est point une adénite, on peut songer à une stomatite ; mais la muqueuse n'est ni très rouge, ni très enflammée. Dans la glossite, c'est la langue qui devient volumineuse ; ici, ce sont les côtés et non la langue elle-même. Il y a bien encore des éléments communs, le tissu cellulaire, les vaisseaux et les nerfs ; mais qui pourrait songer, en présence d'une telle maladie, à une artérite, à une phlébite ou à l'inflammation des vaisseaux blancs? Le tissu cellulaire seul pourrait laisser encore quelques doutes ; cependant, si l'on réfléchit que la maladie date de huit jours, en supposant que ce fût le tissu cellulaire, on aurait aujourd'hui une rougeur vive, de l'empâtement, de la suppuration.

Il semble alors qu'on ne puisse assigner à cette maladie aucun siége anatomique positif; cependant il est encore, dans cette région, des organes dont l'inflammation n'a pas été étudiée, et il nous semble que ce sont eux précisément qu'occupe ici la maladie. Nous voulons parler des glandes salivaires, les sous-maxillaires et les sublinguales. Ce serait donc là un exemple de l'inflammation de ces organes. Cette tumeur inégale, mal circonscrite, bosselée et d'une dureté qui varie dans divers points ; l'aspect général de la tumeur, qu'on l'examine à l'intérieur ou au dehors, ne peuvent se rapporter qu'à l'inflammation des glandes salivaires, d'autant plus que le malade salive au point que nous avons cru devoir lui demander s'il n'avait pas été soumis à un traitement mercuriel.

Nous nous rappelons avoir été mandé près d'un fabricant dans le faubourg Saint-Antoine, il y a deux mois environ, pour une maladie dont les caractères étaient tout semblables à ceux que nous retrouvons chez ce malade ; seulement un seul côté était pris : mais, du reste, nous n'observâmes pas de couenne ni de symptômes autres que ceux ci. Un coup de bistouri n'amena aucun changement.

L'inflammation des glandes sous-maxillaire et sublinguale est moins fréquente que celle de la glande parotide, ou du moins elle le paraît, car il est possible qu'elles soient aussi souvent affectées que cette dernière ; mais qu'on ait méconnu cette phlegmasie quand on l'a rencontrée, toujours est il qu'elle n'a pas été étudiée ni décrite.

Les signes qui peuvent servir à établir une distinction entre l'inflammation des ganglions et celle des glandes salivaires peuvent être résumés de la manière suivante :

Pour les glandes, l'inflammation commence par l'intérieur de la bouche, la douleur se fait sentir dans ce point; pour les ganglions, c'est le contraire. Dans l'inflammation des glandes, la fonction salivaire est troublée, la bouche est probablement sèche d'abord, puis la sécrétion est ensuite augmentée, il n'y a pas d'ailleurs d'inflammation extérieure, pas de rougeur à la peau, pas d'empâtement, la tumeur est mobile ; ces signes ne se rencontrent point dans les phlegmasies ganglionnaires. Dans ces dernières la suppuration est très facile, dans les glandes la résolution arrive le plus souvent, la suppuration s'y fait difficilement et l'inflammation gagne peu les tissus du voisinage ; c'est le contraire pour l'inflammation des ganglions, au bout de huit jours dans ces derniers il y a du pus ordinairement. Enfin quand les glandes salivaires sont le siége de la phlegmasie, la langue est refoulée contre le palais, la déglutition peut être gênée; quand ce sont les ganglions qui sont enflammés les malades peuvent se plaindre d'une douleur en avalant, mais il n'y a pas d'obstacle mécanique.

Le traitement de ces deux maladies, bien que présentant des rapports, diffère cependant sous plusieurs points :

Dans l'inflammation des ganglions, la saignée est en général inutile, les sangsues produisent de bons effets ; puis vient le traitement chirurgical au bout de quelques jours, puis les cataplasmes ou les vésicatoires.

Dans l'inflammation des glandes salivaires, la saignée vaut mieux que les émissions sanguines locales; puis une incision assez profonde par la bouche arrête ordinairement l'inflammation, et amène une amélioration rapide.

Tel est le résumé de cette maladie, qui mérite certainement de prendre place dans le cadre nosologique. PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. LOUIS.

Tubercules pulmonaires à marche très rapide. Phthisie aiguë.

Le 14 septembre, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 26, une femme âgée de vingt huit ans, couturière, née à Pontoise, à Paris depuis plusieurs années. D'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, cette femme a été deux fois enceinte, à quatre années d'intervalle. La première couche a été heureuse, et le rétablissement complet a eu lieu au bout de peu de jours. La seconde s'est faite aussi très facilement; mais quinze jours environ après, la diarrhée l'a prise et ne l'a plus quittée depuis. Il y a quatre mois environ que cette couche a eu lieu. La malade dit avoir ressenti les premiers symptômes de son affection actuelle il y a trois mois et demi environ. Elle aurait simplement commencé, suivant elle, par une diarrhée très abondante, puisqu'elle avait huit ou dix selles par jour. Quelquefois il y avait un peu de sang mêlé aux matières fécales, qu'elle dit avoir ressemblé à du blanc d'œuf, tant elles étaient liquides. Un peu de douleur dans le ventre; elle tousse depuis la même époque à peu près, mais peu, et sa toux a été sèche jusqu'à ces derniers temps. Quelques sueurs la nuit. Pas de douleurs dans la poitrine.

Respiration bronchique au sommet du poumon droit et bronchophonie. La respiration est rude, un peu soufflante dans toute l'étendue du poumon, assez bonne à gauche. Quelques picotements dans la gorge; la voix n'est point altérée. Interrogée où elle souffre, elle porte la main dans la région du larynx. Elle se plaint également de sentir en arrière du sternum un picotement et une chaleur incommodes. Ce picotement provoque la toux, qui, sans être précisément douloureuse, est pénible.

Après les quintes de toux, le creux de l'estomac devient douloureux, ce qui tient probablement à la fatigue causée par ces secousses. Depuis une dizaine de jours, elle rend sans peine, après avoir toussé, des crachats d'un blanc mat, visqueux, épais, un peu grisâtres par places, sans traces de sang ni de pus.

Pas d'appétit; soif assez vive. Les aliments lui semblent amers. Le ventre, un peu sensible à la pression, est bien conformé; on n'y rencontre aucune tumeur, même en le déprimant fortement. Selles nombreuses; huit à dix par jour. — Eau de riz; sirop de gomme; potion gommeuse avec extrait d'opium, 0,02; lavement; laudanum, 10 gouttes; diète.

Le 16, les selles ont été moins nombreuses avant-hier. Il n'y en a pas eu une seule dans la journée d'hier. Trois vomissements. La faiblesse générale est très grande; elle répond lentement et difficilement. Visage abattu; moiteur de la peau. Pouls fréquent, petit, à 104-108. La tête est lourde, pesante. Mouvements lents; intelligence nette; pas de vertiges; un peu d'assoupissement.

Les phénomènes fournis par l'auscultation sont toujours les mêmes. Quelques craquements à la partie moyenne du poumon droit. — Deux pilules de sous-carbonate de fer ; lavement laudanisé ; diète.

---

fondu la conséquence avec le principe; et de là ont attribué au résultat ce qui n'appartient qu'au principe, c'est-a-dire à l'être primitif ou préexistant à l'organisation. Dès lors ils ont interverti tout l'ordre des phénomènes; et, voulant toujours trouver dans les conséquences ce qui n'appartient qu'à l'action des principes ou êtres primitifs, ils ont été impuissants à trouver la raison de l'organisation, et son mode d'existence qui, soit dit en passant, existe d'après son mode primitif d'organisation, et n'en est que la suite.

» Ce vice, outre beaucoup d'autres inconvénients, a été cause que, lorsqu'un trouble est survenu dans l'organisation, on n'a su comment le faire disparaître puisqu'on ne connaissait pas le mode de production de ce trouble ou la cause qui le faisait naître et subsister. Nous reviendrons sur cette observation en traitant de la cause primordiale des maladies.

» Ceux qui ont admis que l'être ne pouvait être conçu sans forme ou sans organisation, ont, comme je l'ai déjà dit, admis par cela même que l'être était un résultat de l'organisation; ce qui est directement le contraire de ce qui est ; car l'être, loin qu'il soit le résultat de l'organisation, est au contraire le principe, la cause organisante de l'organisation. »

— Mais, pardon, madame, de mon peu de galanterie ; c'est par vous, par cette petite brochure bleu-tendre que j'aurais dû commencer. *Mémoire adressé à messieurs les membres du Conseil général du département de la Seine*, par madame Louise d'Auriat ; tel est son titre. L'auteur s'occupe dans ce travail d'un sujet de la plus grande importance, mais trop éloigné de nos préoccupations habituelles pour qu'il me soit permis de faire autre chose que l'indiquer. Madame Louise d'Auriat combat depuis longtemps pour une idée qui me paraît juste, raisonnable et parfaitement convenable, savoir, l'exclusion des hommes de l'enseignement des demoiselles. Son opinion, très énergiquement présentée, repose sur des motifs sérieux qui méritent considération. Je vois à la vivacité du style, à la persévérance des démarches que cette cause possède un défenseur habile et convaincu, et rien d'étonnant à ce qu'elle fût gagnée. Ce que femme veut, Dieu le veut.

— M. le docteur Daremberg m'a fait l'honneur de m'adresser sa traduction du *Traité sur le pouls* attribué à Rufus d'Ephèse. C'est la première fois que ce petit traité voit le jour en grec et en français. Le savant traducteur l'a fait précéder d'une introduction historique, et l'a terminé par des notes qui témoignent l'une et les autres d'une érudition rare et d'un esprit critique très remarquable. Mais cette érudition toute couverte de la noble poussière des bibliothèques; cette critique déliée, subtile, s'enfonçant dans la profondeur des âges et établissant une opinion littéraire sur la pointe d'un mot diversement orthographié, d'une date incertaine, d'un manuscrit controversé, tous ces ingénieux exercices de l'appréciation historique ne sont pas des aliments convenables à mon humble feuilleton. Ces morceaux délicats et friands doivent se savourer à l'aise au coin du feu, dans un bon fauteuil, l'esprit libre et les pieds chauds, comme cela convient à un heureux bibliophile, dont le nombre, hélas ! s'éclaircit de jour en jour. Je recommande cette petite mais précieuse brochure de M. Daremberg aux véritables amateurs de notre littérature médicale antique si riche, si curieuse, si généralement négligée, et dont le jeune bibliothécaire de l'Académie est un des plus brillants interprètes. Ce charmant petit travail, qu'on me passe la comparaison, est la fusée initiale qui annonce le feu d'artifice. Toutes les splendeurs et les magnificences de la littérature médicale antique, M. Daremberg nous les prépare prochainement dans sa laborieuse et immense entreprise de la traduction de Galien, ouvrage qui, avec l'Hippocrate de Littré, donnera, je l'espère, à notre époque et à notre pays une gloire peu commune.

— M. Le Roy (d'Etiolles) m'envoie une lettre relative au prix d'Argenteuil, *adressée aux médecins qui font partie de l'Association de prévoyance*. Cette lettre est assurément fort ingénieuse et fort habile; car l'auteur se propose de prouver qu'il a mérité à lui tout seul le prix que la Commission avait divisé en quatre, et que l'Académie n'a voulu adjuger à personne. Je suis fort mauvais juge de cette question que je laisse en litige; mais j'approuve fort les critiques de l'auteur sur le jugement de la Commission, qui avait partagé le prix de la manière la plus opposée et la plus disparate, qui avait récompensé les procédés les plus divergents : la dilatation brusque et graduelle, la cautérisation et l'incision, l'absolu et l'éclectisme, etc. Evidemment, si l'un de ces procédés est excellent, l'autre ne peut pas être très bon. En somme, l'Académie a bien fait de renvoyer le tout aux calendes grecques.

— J'ai encore là une immensité de brochures qu'il m'est impossible de faire passer cette fois-ci. Je réserve M. le professeur Forget, de Strasbourg, M. le professeur Gintrac, de Bordeaux, et quelques autres, pour leur donner une part plus large que je ne pourrais le faire en ce moment.

— Je termine par une belle page que j'extrais d'un ouvrage très remarquable de M. le docteur Michéa, intitulé : *Du delire des sensations :*

« Parmi les investigations dont l'initiative est due tout entière au génie des temps modernes, il faut ranger la connaissance des faits complexes qui constituent le tableau presque infini des désordres de l'âme, il faut comprendre l'étude si curieuse, si importante et si difficile des lois qui régissent le domaine de la physiologie maladive. Pressentie déjà au sein de l'antiquité, soupçonnée davantage par les hommes du moyen âge et par ceux de la renaissance, cette science, pour en être une, pour être cultivée avec fruit, ne pouvait se passer de l'avénement d'une époque plus novatrice et plus opportune : son germe, si longtemps entravé dans sa marche, ne devait grandir et se développer librement qu'à la fin du dix-huitième siècle. Aujourd'hui, malgré sa lenteur, le mouvement continue. En dépit des obstacles nombreux échelonnés sur sa route, il subit une ascension progressive; et si la vérité reste encore méconnue à l'endroit des questions les plus graves, si elle attend de l'avenir un développement plus regulier, une théorie plus explicite et plus féconde, cependant, à en juger d'après

Le 19, six selles liquides. Depuis son entrée, la malade semble avoir sensiblement maigri. Faiblesse de plus en plus grande; visage profondément altéré. Les yeux sont entourés d'une auréole bleuâtre. Teinte jaune-paille de la peau. Lèvres pâles. Saillie des pommettes. — Même traitement; deux pilules de diascordium ; un bouillon.

Le 23, persistance de la diarrhée; langue saburrale au milieu, rouge sur ses bords. Inappétence; soif vive. Respiration de plus en plus gênée. Les crachats sont abondants, caractéristiques, contenant du pus évidemment tuberculeux, nageant dans un liquide plus muqueux.

A partir de ce moment, tous les symptômes mentionnés jusqu'ici vont en s'aggravant de plus en plus. Sept à huit selles tous les jours; coliques assez vives; douleurs dans le ventre. L'amaigrissement fait des progrès rapides; teinte jaune-paille du visage. Toux fréquente; crachats abondants, caractéristiques. Les yeux sont enfoncés dans les orbites. Faiblesse extrême. La malade dit cependant ne pas souffrir, bien qu'elle se plaigne un peu de l'oppression et de la difficulté à respirer.

Elle succombe le 5 octobre.

A l'autopsie, on trouve des granulations nombreuses dans le poumon gauche, surtout au sommet, et une assez grande quantité de tubercules à l'état de crudité, mais peu volumineux. Dans le poumon droit, au sommet, vaste caverne de formation qui paraît assez récente. Dans tout le reste de l'étendue de l'organe, granulations très nombreuses et tubercules, les uns à l'état cru, les autres commençant à se ramollir. Rougeur vive de la muqueuse du gros intestin ; pas de tubercules dans le mésentère. Les autres organes sains.

— Ce fait nous offre un exemple de cette forme de la phthisie pulmonaire que l'on a désigné sous le nom de phthisie aiguë, de phthisie *galopante*. « Les phthisies aiguës, disait Laënnec, qui avait déjà remarqué cette forme que peut affecter la tuberculisation pulmonaire, sont le produit d'affections tuberculeuses du poumon, qui, latentes d'abord pendant un temps plus ou moins long, se démasquent ensuite tout à coup et produisent une fièvre très aiguë, un amaigrissement, et en général des symptômes tellement graves, que le malade est emporté au bout de six semaines, d'un mois, et quelquefois d'un temps moindre. » Quelquefois la marche de la phthisie aiguë est tellement rapide qu'elle dure à peine deux ou trois septénaires; et M. Louis a eu l'occasion d'observer un homme qui fut enlevé dans l'espace de vingt jours, après avoir offert les signes d'une phthisie commençante; le poumon renfermait déjà des cavernes: ce fait a été cité en détail dans le livre qu'il a publié sur la phthisie pulmonaire.

Il est évident que dans ces cas il faut établir une distinction importante, et que deux circonstances peuvent se présenter. Ou bien des tubercules à l'état de crudité et depuis longtemps stationnaires se ramollissent avec une promptitude extrême, ou bien ils parcourent leurs périodes de crudité et de ramollissement dans un espace de temps très court; ce dernier cas est plus rare que le premier, à tel point même que quelques auteurs le révoquent en doute, pensant qu'au moment où l'on constate les signes de la maladie, elle existe déjà depuis longtemps. Mais quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il n'en est pas moins vrai que chez certains sujets, la phthisie marche à la manière des maladies aiguës, surtout dans sa période de ramollissement.

Dans le cas actuel, la malade n'ayant pas été observée depuis le commencement de l'affection, il est permis de supposer que les tubercules existaient depuis quelque temps avant l'époque à laquelle ils ont commencé à se manifester. On est d'autant mieux en droit de le supposer, que cette femme se trouvait dans des conditions qui peuvent rendre compte de l'état stationnaire des tubercules pendant un temps assez long. On sait, en effet, que, suivant un grand nombre d'auteurs, lorsqu'une femme phthisique devient enceinte, la phthisie reste stationnaire durant la grossesse, pour reprendre une nouvelle et plus grande intensité peu de jours après l'accouchement, qui semble, qu'on nous passe l'expression, devenir le coup de fouet de la maladie. Nous n'avons point à nous occuper ici de la valeur des autres circonstances qui peuvent activer la marche de la phthisie, et parmi lesquelles nous nous contenterons de citer en première ligne les affections pulmonaires intercurrentes, la pneumonie et la bronchite spécialement, la rougeole, la variole, la scarlatine, etc.

Terminons en traçant en quelques mots la symptomatologie ou plutôt la marche de la phthisie aiguë. Elle affecte, avons-nous-dit, deux formes distinctes. Dans l'une, les symptômes de la phthisie chronique existent déjà; mais tout à coup, soit pendant la première, soit pendant la seconde période, les symptômes se précipitent vers le dénoûment fatal; la forme aiguë vient en quelque sorte remplacer la forme chronique; quelques-unes des causes que nous avons citées expliquent cette terminaison inattendue.

Dans la deuxième forme, la phthisie est primitivement aiguë; et alors les symptômes ne sont pas les mêmes dans tous les cas; tantôt les tubercules parcourent en peu de temps leurs périodes de crudité et de ramollissement, et le malade ne succombe que dans la dernière. On observe alors tous les symptômes de la phthisie, mais qui se succèdent avec une grande rapidité; tantôt les tubercules, déposés en grand nombre au sein du parenchyme pulmonaire, amènent la mort avant qu'ils aient eu le temps de se ramollir. Le tissu pulmonaire, envahi dans toute son étendue, est alors devenu insuffisant pour l'hématose. Enfin, dans quelques cas, et ils ne sont pas extrêmement rares, l'auscultation ne fait découvrir qu'une respiration incomplète, sèche, un peu de bruit d'expiration; on trouve à l'autopsie des tubercules disséminés en petit nombre. Ici la lésion n'est pas proportionnée à l'intensité des symptômes.

REVUE GÉNÉRALE.

Excès de boisson, refroidissement; tétanos idiopathique; ramollissement des cordons extérieurs de la moelle; mort. — Le fait suivant que nous empruntons à un travail de M. le professeur Toulmouche (de Rennes), nous a paru devoir être noté comme exemple de tétanos produit par une inflammation ayant attaqué primitivement la moelle épinière et non ses membranes.

Observation. — Henry, âgé de trente-six ans, d'une assez bonne constitution, usant habituellement de liqueurs spiritueuses, entra le 4 janvier 1843 à l'Hôtel Dieu. Il raconta que se trouvant le 25 décembre dans un état d'ivresse complète, il avait fait une chute de sa hauteur, mais sans qu'elle eût aucune gravité; que le 1er janvier il avait renouvelé ses excès, et que le lendemain il avait commencé à ressentir les premiers symptômes de sa maladie.

2. Il éprouvait des douleurs le long du rachis et principalement à la limite supérieure de la région dorsale; elles étaient sourdes, supportables. Il existait, en outre, un malaise général, une sorte de roideur qui gênait les mouvements du tronc; le jour suivant les souffrances augmentèrent.

4. Il s'était traîné très péniblement, à cause de la roideur et des douleurs qu'il ressentait dans la région lombaire, jusqu'à l'hospice; le lendemain, l'interne, en l'absence du médecin, fit appliquer des sangsues et des ventouses le long de la colonne vertébrale et donner un bain simple.

6. Les symptômes avaient considérablement augmenté d'intensité. En effet, il existait de la rigidité dans les muscles masseters, une contraction spasmodique dans tous ceux du tronc, et ceux de l'abdomen étaient tendus comme des cordes, surtout à gauche. Il en était encore de même de ceux de la partie postérieure du col, en sorte que la tête était fortement renversée en arrière.

Le malade, couché sur le dos, craignait le plus léger mouvement; la colonne vertébrale était le siége et le point d'origine de douleurs qui semblaient aboutir et se concentrer à la région épigastrique; elles étaient permanentes, mais il survenait des crises pendant lesquelles elles étaient notablement plus intenses. Ces dernières semblaient augmenter de fréquence au moindre mouvement. Alors des convulsions se manifestaient, le visage se crispait, les mâchoires se serraient fortement, la roideur tétanique devenait générale et le malheureux ne pouvait comprimer ses plaintes.

Dans les intervalles de ces moments d'exacerbation, il devenait plus tranquille et s'assoupissait; il conservait une intelligence intacte; sa figure exprimait l'abattement et la souffrance; la respiration était difficile et accélérée; l'articulation des sons embarrassée, les réponses brèves et précises. Le malade conservait la plus grande immobilité possible.

La maladie n'avait pas encore envahi les membres, et le trismus n'était pas tellement complet qu'il ne pût encore permettre l'ingestion des liquides; le pouls donnait 60 pulsations par minute (saignée de 400 grammes, potion avec 30 centigrammes d'acétate de morphine à donner par cuillerée à bouche toutes les deux heures). Le lendemain, la contracture des masseters et la rigidité des muscles abdominaux étaient moins prononcées, les douleurs moins vives; les crises avaient encore lieu, mais avec moins de fréquence et d'intensité. La préparation d'opium fut continuée à 50 centigrammes; on ajouta une infusion de tilleul, avec cinq gouttes d'ammoniaque liquide par verre, et un bain avec 150 grammes de potasse caustique.

La légère amélioration constatée le matin disparut bientôt dans l'après-midi; les contractions cloniques augmentèrent, de même que le serrement des mâchoires, qui ne permit plus l'ingestion des médicaments, si ce n'est à l'aide d'une éponge. La déglutition devint à peu près impossible, la respiration plus laborieuse; une sueur glutineuse se répandit sur tout le corps de Henry; l'abattement augmenta, un gros râle trachéal commença à se former et augmenta rapidement jusqu'à sept heures du lendemain matin, où ce malheureux expira.

Autopsie cadavérique. A l'ouverture du corps, les recherches portèrent surtout sur la moelle épinière et le cerveau.

On n'observait aucune lésion appréciable dans les méninges encéphalo-rachidiennes, mais une injection capillaire du cerveau et de la moelle épinière. Cette dernière présentait des traces évidentes de ramollissement, surtout dans les cordons antérieurs, et notamment dans deux correspondant aux septième et douzième vertèbres dorsales. Cette tige ayant été incisée avec précaution dans toute sa longueur se réduisait avec une extrême facilité en une pulpe d'un jaune grisâtre dans les points qui viennent d'être indiqués. Il n'existait aucune trace de ramollissement dans l'encéphale, tous les autres organes étaient sains; seulement, bien que le malade n'eût offert aucun signe de contusion pendant la vie, on rencontra, entre le muscle grand droit de l'abdomen et l'aponévrose sous-péritonéale, un peu au-dessus de l'ombilic, un léger épanchement sanguin.

Cette observation est très curieuse sous le rapport des lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture du cadavre. Ainsi, les membranes rachidiennes furent trouvées intactes, et la moelle épinière, au contraire, injectée et ramollie, surtout dans les cordons antérieurs.

La lésion phlegmasique avait ici débuté par la tige spinale, tandis que le plus souvent l'inflammation semble avoir frappé, au contraire, les seules méninges céphalo-rachidiennes.

Dut-on dans ce cas attribuer le développement du tétanos à la chute faite par Henry? difficilement : car elle avait été trop insignifiante pour en être regardée comme la cause; et il est plus rationnel de considérer comme tel le refroidissement qui avait dû suivre les excès de boissons par une température telle qu'on l'observe durant le mois de janvier. Ce tétanos aurait donc été idiopathique, seulement l'élément phlegmasique aurait prédominé sur l'élément nerveux.

Traitement de la gonorrhée. — M. M'Donald recommande, dans le traitement de la gonorrhée, un moyen simple qu'il a lui-même appris d'un autre médecin, et qu'il a employé avec beaucoup de succès. Il consiste à introduire dans l'urètre, à trois pouces environ de profondeur, une bougie enduite d'une pommade ainsi formulée :

Axonge,	30 grammes.
Nitrate d'argent,	4

On la laisse en place une ou deux minutes. Il faut, en général, deux ou trois applications pour compléter la cure; cependant une seule peut suffire, si la maladie en est à sa première période. D'ailleurs, ce mode de traitement peut être employé également à toutes les époques de l'affection.

M. M'Donald préfère ce procédé aux injections avec le nitrate d'argent, parce que de cette manière, dit-il, le caustique est mis plus directement en contact avec la grande lacune muqueuse, laquelle est généralement considérée comme le principal siége de la maladie.

L'observation suivante, l'une des deux que cite l'auteur, achèvera de faire connaître les règles de détail pour l'emploi de ce moyen. On y remarquera, du reste, et cela est un point important pour l'appréciation du procédé, qu'ici le copahu a fait, pendant toute la durée du mal, partie intégrante du traitement.

Obs. — Un pilote américain, affecté de blennorrhagie aiguë depuis trois jours, s'était déjà purgé fortement et gardait le lit; il avait aussi pris du nitre et du copahu. Le prépuce et le gland étaient rouges et gonflés. La matière de l'écoulement était un peu mêlée de sang, et le passage de l'urine causait une douleur comparée par le malade à la sensation qu'aurait fait éprouver le contact du plomb fondu. Prescription : un mélange composé de solution de gomme arabique, de copahu, de liqueur de potasse et de teinture de jusquiame, à prendre toutes les six heures.

Le jour suivant, le malade était plus mal. M. M'Donald introduisit alors, comme il a été dit ci-dessus, une bougie chargée de pommade au nitrate d'argent. La douleur demeura extrêmement forte pendant une demi-heure après qu'on l'eût retirée. — Continuation du mélange formulé plus haut

Le lendemain, le sentiment de cuisson était entièrement dissipé, le gland moins enflé et l'écoulement diminué d'une quantité considérable. — Continuation du mélange; seconde introduction de la bougie enduite de la pommade caustique.

Le troisième jour, l'écoulement avait cessé; des érections cordées, qui se manifestaient durant la nuit, furent chassées au moyen de 5 décigr. de poudre de Dower et d'une ou deux sangsues.

Peu de jours après, le malade s'étant livré à un exercice violent et ayant commis quelques écarts de régime, il en résulta un léger re-

---

l'enthousiasme et l'activité de quelques intelligences, le jour du triomphe ne tarderait point à briller, la société serait à la veille de subir une métamorphose qui rendrait ses jugements moins absolus et moins hautains, ses arrêts moins rigoureux et moins barbares.

» Or, de tous les éléments de la psychologie maladive, celui qu'il importe le plus d'étudier, c'est l'erreur où peut tomber l'esprit relativement à la perception sensoriale, c'est le fait de conscience en vertu duquel tantôt l'abstrait, le subjectif, le *moi* revêt l'apparence du concret, de l'objectif, du *non moi*; tantôt une impression réelle exercée sur les organes des sens ne produit pas dans le cerveau une perception correspondante ou adéquate; en un mot, c'est l'ensemble des phénomènes que les théologiens appellent *vision* ou *apparition*, et que les psychiatres désignent sous le nom de *délire perceptible* ou *sensorial*.

» La solution d'un tel problème n'intéresse pas seulement les sciences médicales et philosophiques, elle affecte aussi les rapports les plus intimes avec l'étude de l'histoire et celle de la jurisprudence.

» En dépit des aristarques qui lui reprochent sa tendance à restreindre le pouvoir de la volonté humaine, et malgré les clameurs passionnées de ceux qui l'accusent de proscription à l'égard des statues d'une foule de personnages illustres, d'outrage envers l'auréole dont la tradition ceint leurs têtes, l'étude du délire perceptif, envisagé au point de vue des faits qui composent le domaine de l'histoire, projette des lueurs d'une vivacité inconnue. Elle débrouille des mystères inaccessibles à tout autre ordre de connaissances spéculatives, elle revendique au profit du naturalisme une foule de phénomènes dont l'origine passait jadis pour merveilleuse; elle explique d'une manière facile et simple tout un monde de vérités incontestables qui embarrassaient singulièrement les philosophes du dernier siècle, monde fantastique que la plupart d'entre eux niaient, faute de pouvoir comprendre, et qu'ils croyaient trop souvent anéantir à l'aide de leur argument sacramentel, le mot imposture.

» En effet, le plus considérable des événements de l'histoire, la conversion de Constantin au christianisme, la consécration solennelle du culte de Jésus, son élévation à l'état de puissance officielle et politique, s'accomplit exclusivement sous l'influence d'une vision éprouvée par cet empereur. C'est en se soumettant à l'ordre formel sorti de la bouche d'un personnage fantatisque, que Jeanne d'Acre chasse les Anglais du territoire de France. Des apparitions poussent Jérôme Savonarole à lancer les anathèmes qui affranchissent Florence de la messe de la communion protestante, après une hallucination où le diable entasse arguments sur arguments pour l'engager à proscrire ce sacrifice.

» Sans doute, ce genre d'exégèse historique offre quelque chose de pénible aux yeux de la raison, il vient heurter un sentiment qui a de profondes racines dans le cœur de tous les hommes, il blesse leur dignité, il révolte leur orgueil; il ravit à l'un tout le mérite de son courage, à l'autre tout l'honneur de son génie; mais qu'importe la nature de l'influence qui préside à l'accomplissement d'un fait mémorable! Qu'on puise son mobile dans le fatalisme du délire ou qu'on le demande à l'effort d'une volonté libre, c'est la réalisation et non la cause, le résultat et non le moyen, qui constitue la valeur d'un acte envisagé au point de vue social. Du moment où le but d'une œuvre est noble, utile aux intérêts de la patrie ou favorable à ceux de l'humanité, le nom de son auteur a toujours droit au respect et à l'hommage des siècles.

» En matière de jurisprudence criminelle, l'étude du délire perceptif a des applications nombreuses. C'est elle qui, proclamant l'incompétence des tribunaux dans les questions de magie et de sorcellerie, sauva des flammes du bûcher tant de malheureux fous, victimes depuis tant de siècles des préjugés de l'ignorance et des fureurs de la superstition. Elle atténue singulièrement la responsabilité de certains attentats qu'on s'obstine encore à regarder comme des actions contre lesquelles on ne saurait craindre de faire usage de toute la sévérité des lois, de recourir à toute l'horreur et à toute l'ignominie de l'expiation capitale. Cependant, au point de vue de l'imputabilité, que de différences entre les mêmes crimes! Que d'intervalle, par exemple, entre le meurtre de Jules César et celui de Henri IV! La liberté morale existe pleine et entière chez Brutus et chez Cassius. Aucun phénomène psychologique anormal ne vient lutter avec leur volonté, en dissiper le calme, en enchaîner la puissance, anéantir le contrôle de leur raison sur l'effervescence des mauvais penchants. C'est le contraire chez Ravaillac. Celui-ci a des visions qui troublent la sérénité de son intelligence, il est subjugué par des perceptions vicieuses dont son jugement tire de fausses conséquences : l'objet fantastique s'associe à l'idée du régicide, et de déductions en déductions cet homme arrive fatalement à effectuer le projet conçu par son imagination délirante. Il y a plus, vus sous leur jour véritable et analysés dans leurs moindres circonstances, quelques attentats semblent plutôt l'œuvre d'un homme juste ou raisonnable que le fait d'un criminel ou d'un insensé. Quel individu plus conséquent avec ses croyances que le meurtrier de Henri III! Jacques Clément était un moine dominé par toute l'ardeur d'une foi sincère et profonde. Il était placé dans un milieu et il vivait à une époque où la réalité objective des visions n'inspirait de doutes à personne. Or, à moins de passer sans aucune espèce de transition de l'enthousiasme au scepticisme, à moins de devenir tout à coup étranger aux idées de son pays et de son siècle, c'est-à-dire à moins d'être un excentrique, un fou, le jeune jacobin ne devait point résister à un avis qui lui semblait arriver directement du ciel, il ne pouvait point ne pas exécuter l'ordre d'assassiner le roi, car cet ordre émanait formellement, dans une hallucination nocturne, de la bouche d'un messager de Dieu; car il était transmis par la voix d'un ange qui lui représentait Henri III comme un tyran de la France, et qui, pour prix du sacrifice, lui promettait la palme du martyre. »

— Je reçois à l'instant, mais trop tard, une lettre de M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), relative à sa nouvelle opération de *gastrostomie*. A mardi prochain. Jean Raimond.

— M. le docteur Blanchet reprendra, le lundi 21 à midi, sa clinique, rue du Paon, 8, près l'Ecole de médecine, ses conférences pratiques sur les maladies des yeux et des oreilles.

La visite des malades commencera à onze heures.

tour de l'écoulement, sans douleurs ; une troisième introduction de la bougie suffit pour l'arrêter, et tout était fini au bout de dix jours.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effets produits dans l'organisme vivant par les émanations de phosphore; par M. le docteur DUPASQUIER, de Lyon.

On sait que depuis quelque temps on a attribué à l'action des émanations phosphorées la production d'une maladie spéciale observée particulièrement chez les ouvriers qui travaillent à la fabrication des allumettes dites *chimiques*.

M. le professeur Dupasquier, qui ne reste étranger à aucune des questions relatives à la salubrité publique, s'est occupé de rechercher ce qu'il peut y avoir de réel dans l'assertion de ce fait, et les nombreuses observations qu'il a recueillies sur ce point nouvellement signalé à l'attention du public médical l'ont amené à conclure :

1° Que les émanations phosphorées n'exercent point sur les ouvriers les influences funestes qu'on leur a attribuées ;

2° Qu'elles ne donnent lieu qu'à une irritation bronchique nullement grave, qui disparaît bientôt par l'habitude qu'acquiert la membrane muqueuse pulmonaire du contact de ces vapeurs phosphorées.

« Par ces conclusions, fondées sur ce qui a été observé dans les fabriques lyonnaises, dit M. Dupasquier, je ne prétends pas cependant infirmer l'exactitude des faits graves signalés dans les fabriques allemandes et dans celles des environs de Paris. Ces faits seulement doivent, d'après ce qui précède, être attribués à d'autres causes qu'à l'influence des vapeurs phosphorées. Peut-être sont ils la conséquence de l'emploi de l'acide arsénieux dans la composition de la pâte phosphorique. J'ai appris, en effet, de la manière la plus certaine que, malgré la défense faite par le Conseil de salubrité de Paris d'employer l'arsenic dans la composition des allumettes chimiques, beaucoup de fabricants en introduisent encore une quantité considérable, qui s'élève même au quart du poids total des matières employées dans cette composition.

» Ce qui a été observé dans la fabrique de phosphore de la Guillotière, dont les produits ne contiennent pas d'arsenic, et la certitude que j'ai acquise d'ailleurs que les fabriques d'allumettes de Lyon ne faisaient jamais usage d'acide arsénieux rendent au moins très probable l'opinion que je viens d'émettre sur la cause des accidents produits à Paris et à Vienne par la fabrication des allumettes chimiques.

» L'action stimulante bien connue qu'exerce le phosphore sur les organes génitaux, quand il est administré à l'intérieur, m'avait fait penser que les ouvriers exposés aux vapeurs phosphorées devaient être sujets plus ou moins à cette sorte de surexcitation; mais tous les renseignements que j'ai pris à cet égard m'ont conduit, à mon grand étonnement, je dois le dire, à un résultat négatif. »

Traitement hydrargyrique de la pustule maligne et du charbon; par M. le docteur MARATI, de Naples.

Dans une pratique de vingt années, M. Marati a eu l'occasion de traiter plusieurs centaines de malades affectés de pustule maligne et de charbon. Ce médecin, qui n'emploie jamais le fer rouge ni aucun autre caustique dans les cas de ce genre, a exclusivement recours aux frictions de pommade mercurielle largement pratiquées matin et soir: il fait appliquer ainsi de cent à cent vingt-cinq grammes de pommade par jour, sur toute l'étendue de la surface tuméfiée et rouge, et, à l'aide de cette médication si simple, il a constamment réussi à enrayer promptement la marche des accidents, à circonscrire le mal, à favoriser la chute de l'eschare, enfin à obtenir une guérison rapide.

Dans le grand nombre des cas soumis à son observation, il n'a vu qu'une seule fois cette médication hydrargyrique si énergique donner lieu à la salivation

Chez tous les sujets indistinctement, vieillards, adultes, enfants, femmes enceintes ou non, et à toutes les époques de la maladie, ce mode de traitement a été mis en usage avec un égal succès, car tous les malades qui ont été soumis à son action ont été rendus à la santé, à l'exception de deux individus chez lesquels le mal avait déjà fait de très grands progrès lorsque les frictions furent commencées.

Ce moyen est d'autant plus précieux qu'il peut, au besoin, être associé à la cautérisation, et à l'usage interne de l'esprit de Mindérérus (acétate d'ammoniaque) ou de l'ammoniaque elle-même aux doses appropriées à l'état actuel des malades.

NOUVELLES.

— L'hôpital provisoire, dont nous avons annoncé dernièrement l'établissement dans les bâtiments de la rue de Charonne, occupés jusqu'ici par l'hôpital militaire, vient d'être ouvert il y a quelques jours, et reçoit actuellement des malades. Il porte le nom d'hôpital de Bon-Secours.

Il contient deux services de médecine, à la tête desquels sont MM. Monneret et Teissier, et un service de chirurgie, occupé par M. Chassaignac.

— M. le docteur Pajot commencera un cours public d'accouchements le lundi 21 décembre à six heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

On écrit de Bagdad, à la date du 27 octobre :

« Le choléra a fait encore, depuis une quinzaine, trente à quarante victimes par jour dans cette ville. Depuis deux jours, on n'en compte plus que quatorze ou quinze.

» A Bassora, où la maladie a éclaté vers le 10 de ce mois, elle a enlevé, selon des lettres du 18, de trente-cinq à quarante personnes par jour.

» Le nombre total des victimes, dans le pachalik de Bagdad, dépassera le chiffre de vingt mille.

» Une grande partie de la population de la ville, qui s'était enfuie, est de retour. »

— Le choléra a envahi Mossoul; voici ce qu'on nous mande de cette ville en date du 2 novembre :

« Le choléra a éclaté vers les derniers jours d'octobre dans la Mésopotamie. Mais grâce sans doute à l'état avancé de la saison et au froid rigoureux qui règne dans cette province, le fléau a très peu d'intensité, et se présente plutôt sous une forme sporadique; ainsi, quinze ou vingt personnes seulement ont péri dans un espace de cinq ou six jours, et sur trente attaques une seule est mortelle. »

— Deux médecins sont envoyés à Bagdad pour étudier le choléra, recueillir toutes les observations qui ont été faites depuis l'apparition du fléau dans ce pachalick, et adresser à ce sujet une série de rapports au gouvernement. Les médecins désignés pour cette mission sont Eumer éfendi, ancien élève de l'école de Galata-Séraïl, médecin de l'hôpital de la garde, et M. Droz, docteur de la Faculté de Paris. Eumer éfendi a été promu, à cette occasion, au grade correspondant à celui de chef de bataillon.

— Un professeur de botanique à la Faculté d'Abou-Zabel, près d'Alexandrie, auquel nous laissons la responsabilité de ses observations, a observé que pendant le règne du choléra indien en Egypte, plusieurs plantes de la famille des graminées, exposées aux vents du nord, telles que maïs, etc., ont été frappées subitement et totalement exterminées dans de vastes étendues de terrain. Les feuilles de ces plantes ont paru presque instantanément couvertes d'une couche de matière visqueuse, sur laquelle des myriades d'insectes microscopiques ont été vues. Cette matière, appliquée et laissée pendant une demi-heure sur la main d'un homme vivant, produisait une sorte de démangeaison particulière qui se dissipait par le lavage, mais la peau restait rouge. La maladie passait bientôt des feuilles au reste de la plante, qui était immédiatement frappée de mort.

Mais, chose digne de remarque, les paysans voyant ces plantes anéanties sur une étendue immense de territoire, se hâtaient d'en utiliser de bonne heure les feuilles en les donnant pour nourriture aux bestiaux. Eh bien ! la presque totalité des animaux qui en ont mangé sont morts, et le lait que les vaches nourries de cet aliment fournissaient donnait des symptômes de choléra.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 17 DECEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 148. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BÉHIER.

Considérations sur la variole.

Nous avons observé dans le service plusieurs cas de variole qu'il ne sera pas sans intérêt de rapprocher les uns des autres, et d'étudier au point de vue de leurs rapports, de leurs différences et de leurs complications.

Au n° 5 de la salle des hommes, est couché un malade d'une vingtaine d'années, sujet aux migraines depuis sept ans, non vacciné. Ce sujet assure ne pas avoir été en contact avec des varioleux, ou du moins il l'ignore complètement.

Le 28 novembre, il fut pris de frissons, puis de chaleur, avec une céphalalgie intense et de vives douleurs lombaires; la gorge devint douloureuse dans la déglutition et la phonation, Le 1er décembre, une éruption apparut à la face d'abord, puis sur le corps; la fièvre diminua. Le malade est un homme peu robuste, lymphatique. L'éruption se présenta bientôt sous la forme de pustules ombiliquées, caractéristiques; elles se montrèrent confluentes à la face et discrètes sur le reste du corps. Les conjonctives ne tardèrent pas à s'injecter, et il y eut un sentiment de vive chaleur à la tête. Le pouls était à 76, assez développé et résistant; la céphalalgie augmentait chaque soir; le malade accusait une faiblesse considérable. Les viscères furent interrogés; le cœur, les poumons ne présentèrent rien d'anormal. La bouche était mauvaise; il y avait de la soif, de l'inappétence. On aperçut au voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx, des pustules bien caractérisées. La douleur des lombes persista; il y eut des nausées; c'est un point sur lequel nous croyons devoir insister.

A son arrivée à l'hôpital, ce malade était déjà dans la période d'éruption; les commencements de la maladie nous étant inconnus, nous ignorons s'il y a eu un temps d'incubation. L'invasion paraît avoir eu lieu le 1er décembre. Du 1er au 7, s'est manifestée l'éruption, qui s'est complétée dans cet intervalle de temps; les pustules se sont beaucoup développées, le pouls est monté à 96.

Du 6 au 8, la rougeur, la chaleur sont devenues très vives; le gonflement a beaucoup augmenté; le pouls est arrivé à 108; la voix a pris un caractère de raucité remarquable, et la douleur de l'arrière-gorge une intensité plus grande.

Aujourd'hui, 11, la période de dessiccation commence.

Voilà donc un cas qui s'est offert sans aucune espèce de complication, ou plutôt il s'est présenté un petit fait qui mérite à peine d'être noté à ce titre.

Vers le 4, en effet, quelques pustules se montrèrent sur les yeux, une à l'union de la conjonctive avec la cornée, et il en est résulté une injection assez vive de la muqueuse et un peu de photophobie; nous avons cautérisé ce point; une légère rougeur et quelque peu de gonflement ont encore persisté; mais, nous le répétons, ce n'est point là une circonstance qui mérite réellement le nom de complication, et nous n'en pouvons pas moins considérer ce fait comme un type de la variole simple.

Quelle thérapeutique avons-nous dû mettre en usage? Nous avouons qu'il nous a semblé qu'il n'y avait véritablement rien à faire d'actif; une boisson légèrement diaphorétique, le repos, la diète, nous ont paru tout ce que devait exiger ce cas simple. Nous avons même cru devoir ne rien tenter contre les pustules de la face dans le but de les faire avorter et d'empêcher les cicatrices qui vraisemblablement auront lieu, parce que nous avons appris par expérience qu'alors que l'éruption est franchement caractérisée, on ne réussit pas ordinairement, et cet homme ne nous est arrivé qu'à ce moment de la maladie. Nous eussions même craint d'aggraver l'état général du malade en essayant de faire avorter les pustules arrivées à cette période. Il ne nous est pas démontré que les tentatives mises en usage pour essayer d'entraver la marche des pustules sur une large surface, ne puissent être l'occasion de complications fâcheuses, ou peut-être d'une terminaison fatale.

Nous savons que dans le monde on se crée une idée très grave de ces tentatives faites dans le but de contrarier l'éruption. Pour nous, la répercussion des affections cutanées ne nous est pas parfaitement démontrée; cependant, presque certain que nous étions de ne pas réussir, il nous a semblé plus prudent de ne rien tenter de ce côté.

Quant à ces répercussions, puisque nous venons à en parler, nous dirons qu'il nous semble qu'on se fait, assez souvent au moins, une idée fausse sur la manière dont les phénomènes se passent et s'enchaînent. Ainsi, à l'hôpital Saint-Louis, nous en avons observé beaucoup, et ces observations ont souvent fortifié notre manière de considérer ces faits. Par exemple, un homme affecté d'un eczéma intense est pris de fièvre; l'eczéma disparaît; l'homme est atteint d'une pneumonie. On ne manquera pas de penser qu'il y a eu répercussion, et que la pneumonie n'est survenue que comme une conséquence de la disparition de l'exanthème. Evidemment rien n'est moins fondé. Voici comment, au contraire, les choses se sont passées. L'individu qui portait l'eczéma a été pris d'une pneumonie, comme tout sujet peut l'être; et sous l'influence de cette grave inflammation, la maladie cutanée a disparu. C'est un fait de révulsion, et rien de plus; c'est un fait qui confirme ce qu'on sait de l'efficacité de ce mode de traitement qu'on appelle méthode révulsive, méthode qui, prudemment et habilement maniée, peut conduire souvent à d'admirables résultats.

Sans accepter donc avec autant de facilité qu'on le fait quelquefois tout ce qui a rapport à la répercussion des affections de la peau, nous pensons cependant qu'il ne serait pas impossible que l'arrêt imposé à l'éruption à l'aide de moyens abortifs ne pût, jusqu'à un certain point, favoriser la résorption purulente, et devenir parfois fatale aux malades.

Nous croyons qu'ici l'éruption était trop avancée d'ailleurs pour qu'on pût avoir la pensée de tenter ces moyens. Plusieurs fois, l'an dernier, nous avons trouvé l'occasion de les mettre en usage, et ils nous ont procuré des résultats assez favorables.

Au n° 1 de la même salle, se trouve un autre malade qui paraissait être dans des conditions analogues, et dont l'observation n'a cependant pas fourni les mêmes résultats. C'est un homme de vingt ans, d'une bonne santé habituelle, qui n'a éprouvé, comme affections antécédentes, que quelques étourdissements et des épistaxis assez fréquentes. Huit jours avant son entrée dans le service, il était allé à la Pitié voir un de ses amis; il y avait deux varioleux, mais ces deux malades étaient couchés à l'autre bout de la salle où il se trouvait. Quelques jours après cette visite, il a ressenti des frissons, une douleur dans les lombes, et le 2 décembre se sont montrées des taches rouges sur la peau; il a été pris de mal de gorge, sans nausées ni vomissements, mais avec un peu de diarrhée.

Le 4, il a été admis à l'hôpital, c'est-à-dire le septième jour après l'invasion de la maladie, et le troisième jour de l'éruption.

Des pustules siégeaient sur la face et le corps, mais discrètes; les conjonctives étaient rouges; le pouls à 68, développé, résistant; la voix était rauque, la muqueuse de la gorge rouge et tachetée de petites élevures blanchâtres; il n'y avait pas de selles depuis trois jours; la poitrine était saine; le pouls s'est élevé bientôt à 72. Les pustules ont continué à être peu nombreuses; dès le 9, c'est-à-dire neuf jours après l'invasion, la dessiccation commençait. Aujourd'hui le pouls est à 64, et la convalescence marche franchement.

Ainsi voilà un malade qui a été très présumablement soumis à une infection; cependant il n'a contracté qu'une varioloïde, tandis que le premier, à peu près dans les mêmes conditions, mais ne paraissant pas avoir été infecté, a présenté les symptômes d'une variole. Quelles sont les causes de ces différences? Si l'on recherchait un exemple des variétés qu'impriment à une affection les diverses idiosyncrasies, on le trouverait évident en rapprochant ces deux observations. C'est une preuve nouvelle de la vérité de ce que nous répétons souvent, que nous avons affaire à des malades, et non à des maladies.

Nous arrivons maintenant à un fait d'un grand intérêt sur divers points que nous allons exposer. Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans, présentant une variole avec des complications, mais non-seulement des complications qui appartiennent à la maladie elle même, mais encore à d'autres tout à fait en dehors de ce qu'on observe ordinairement.

Cette jeune fille est d'une mauvaise constitution; elle est très sujette à s'enrhumer chaque hiver; depuis trois années elle tousse presque continuellement; elle a craché du sang déjà il y a trois ans.

Vingt-cinq jours avant son entrée à l'hôpital, elle a été voir quelqu'un à l'Hôtel-Dieu dans une salle où se trouvait une variole : c'était le 16 octobre. Le 6 novembre, elle a été prise de douleurs lombaire et épigastrique, de nausées et d'épistaxis. Nous avons dit qu'elle était d'une mauvaise constitution, lymphatico-sanguine, et d'une faiblesse assez grande. Bientôt se montrèrent de l'abattement, de la stupeur même; la douleur des reins augmenta; la peau devint chaude et sèche; le pouls était à 132. Des élevures rouges apparurent sur les bras et sur la face; elles se rapprochèrent et devinrent nombreuses autour du nez et de la bouche. Bruit de souffle au cœur et aux carotides. La langue est sèche, la bouche amère; il y a des fuliginosités sur les gencives, et l'on perçoit du gargouillement dans la fosse iliaque. Le diagnostic pouvait être indécis si l'éruption n'eût été là pour lever tous les doutes.

La poitrine ayant été examinée avec soin, nous trouvâmes une sonorité assez bonne en bas et en avant, quelques bulles de râle sous-crépitant; mais vers les deux tiers supérieurs de la matité par place, du râle muqueux, du retentissement, du souffle, etc.; en un mot, tous les signes rationnels d'excavations tuberculeuses.

On devine ce que devait être le pronostic en face d'une affection pareille. En supposant, ce qui n'était pas certain, que la malade échappât à la variole, restait l'affection tuberculeuse; et d'ailleurs, n'était-il pas possible que l'affection aiguë ne vînt à agir à son tour sur la maladie des poumons, et ne rendît plus rapide qu'elle ne l'eût été sa marche et sa terminaison fatales? S'il était une particularité intéressante pour nous dans la coïncidence de ces deux maladies, c'était certainement de savoir quelles influences elles pourraient avoir l'une sur l'autre.

La variole a suivi sa marche ordinaire; le pouls s'est élevé jusqu'à 144. Vers le 14 novembre environ, le neuvième jour de la maladie, la suppuration était à son maximum d'intensité. Un délire léger est survenu, la malade s'est plaint de douleurs vives dans le corps, dans la gorge. Ces symptômes se sont calmés cependant; vers le 17 ou le 18, l'éruption a commencé à se sécher, à peu près quatre à cinq jours après ces accidents. Les tubercules n'ont pas varié; il n'y a eu aucun retentissement du côté de la poitrine. Aujourd'hui, la malade a, comme avant, des sueurs nocturnes; mais enfin la variole est guérie, et cette femme demande à sortir. Il est probable qu'elle demandera de nouveau à entrer dans quelque temps, car la phthisie ne peut manquer de continuer sa marche.

Ainsi nous avons vu, dans ce cas, la variole rester tout à fait saus influence sur l'affection tuberculeuse. C'est un fait à remarquer. Mais si, au lieu d'une variole, cette malade eût été affectée de la rougeole, nul doute que les choses ne se fussent pas passées aussi simplement. On sait, en effet, combien cette dernière affection retentit sur le poumon, et la bronchite qu'elle amène avec elle eût été, dans des circonstances semblables, nne fâcheuse complication. La variole, elle au contraire, paraît agir davantage sur le tube digestif.

Enfin nous voulons encore signaler aujourd'hui une autre malade, dont l'observation a besoin d'être présentée avec quelques détails.

Le 1er octobre dernier a été admise une femme de vingt-huit ans, réglée à treize ans pour la première fois, n'ayant jamais eu d'enfants, et n'ayant pas fait de fausses couches. Cette femme a vu ses règles diminuer il y a six mois sans cause connue. Elle ne se plaint pas de céphalalgie; elle accuse seulement quelques palpitations. Il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs.

Quatre mois avant son entrée, elle avait été atteinte d'une pleurésie, pour laquelle on lui fit deux applications de sangsues, et on lui posa six vésicatoires. Il y a vingt-trois jours, au moment de son entrée, elle demanda à être admise dans un autre hôpital à cause de son état chlorotique; elle n'y resta que cinq jours, et comme elle aidait à faire les lits, elle a touché une malade affectée de la variole; elle couchait séparée seulement par un lit d'une femme ayant cette maladie.

De retour chez elle, elle ne ressentit rien jusqu'au 24 novembre; elle fut prise ce même jour de frissons, puis de chaleur et d'une sensation de courbature générale avec douleurs dans les lombes, vives surtout dans les mouvements de flexion. Le mal de gorge existait aussi avec une oppression assez intense, la langue était blanche, les yeux larmoyants; il y avait des papules sur le palais.

Le phénomène qui nous a le plus frappé chez cette malade, était surtout la forme et le volume des pustules; elles étaient petites, acuminées, ressemblant à de l'acné simple, et ne présentant pas cet aspect des pustules largement assises, si l'on peut ainsi dire, comme on les observe dans la variole. Cette modification seule dans l'éruption nous fit craindre tout d'abord quelques complications fâcheuses. C'est là un caractère qu'il ne faut point oublier. Toutes les fois que les pustules se présentent ainsi, il y a lieu de redouter une marche anormale ou quelque épiphénomène grave dans la maladie.

Le troisième jour, un délire grave se déclara; la malade se leva, courut dans la salle. Elle se plaignait beaucoup de la gorge: le pouls était d'abord à 74, puis à 84, puis à 90. On appliqua six sangsues derrière chaque oreille. Nous prescrivîmes le calomel à l'intérieur, et l'on plaça deux larges vésicatoires aux membres inférieurs, après y avoir fait promener des sinapismes. Le surlendemain, les pustules devinrent troubles, les symptômes s'amendèrent.

Ceci est un fait très remarquable. La malade avait été vaccinée; nous avions affaire à une varioloïde, et cependant les symptômes furent très graves. On sait que généralement quand un sujet vacciné est pris de la variole, elle est plus bé-

nigne. Mais une erreur accréditée parmi beaucoup de médecins, c'est de penser que dans la variole la pustule est ombiliquée, et qu'elle ne l'est pas dans la varioloïde. L'observation prouve que cela est complétement erroné. Dans la variole on trouve, mais très rarement, des pustules ombiliquées; mais le seul changement réel entre la variole et la varioloïde consiste dans le moment où se fait la dessiccation. Dans la variole, entre l'éruption et la dessiccation, il y a une période tout entière; dans la varioloïde, les pustules apparaissent et se sèchent; la croûte se forme, et elle tombe très rapidement. On voit qu'il ne faut ni se hâter de prononcer, ni attacher d'importance réelle à l'ombilic de la pustule dans ces deux affections. Nous avons fait des recherches fréquentes à cet égard à l'hôpital Saint-Louis; mais surtout à l'hôpital des Enfants, où l'on a fréquemment l'occasion d'observer ces maladies. Il n'y a pas d'ombilic en général dans la variole.

Il est apparu après la variole, chez cette malade, des complications que nous appellerions volontiers posthumes. Une inflammation parotidienne s'est montrée à gauche. Nous avons ouvert l'abcès. Un érysipèle a envahi le côté gauche, puis le droit; il est survenu de l'anasarque, une diarrhée qui persiste, et les urines se sont montrées albumineuses. L'anasarque a commencé par la face. Nous avons employé contre cet état la médication que nous mettons en usage pour la même affection se montrant après la scarlatine; les bains de vapeur ont amené une amélioration sensible.

Cette observation a de l'intérêt, en ce qu'elle montre la possibilité de complications postérieures à la maladie principale. P.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Des maladies vénériennes. Considérations préliminaires.

(Suite du numéro du 17 novembre.)

Sans le diagnostic, nous vous l'avons dit bien des fois, la sueur des maladies vénériennes est la plus pauvre et la plus misérable des sueurs. Pour arriver à la connaissance exacte de la nature des affections auxquelles on a ici souvent affaire, tous les moyens sont donc permis, pourvu qu'ils n'augmentent pas le danger. Et ceci nous fournit l'occasion de montrer l'inoculation sous son véritable jour et d'en faire ressortir les avantages, souvent immenses, dans la pratique. Nous y reviendrons du reste, plus en détail encore, lorsque nous devrons examiner les différents reproches que lui adressent ses adversaires, reproches fréquemment contradictoires et que pour cela même il nous suffira souvent d'énoncer pour qu'ils se réfutent les uns les autres.

L'école physiologique, représentée par des élèves qui, comme toujours, s'avancent plus loin que le maître et exagèrent ses doctrines, l'école physiologique avait tranché nettement la question des inoculations et des virus, en disant: L'inoculation de la syphilis est inutile, elle ne produit rien. Pour n'en citer qu'un, Brus avait, disait-il, fait des inoculations en très grand nombre, et jamais il n'avait rien obtenu, ni pour les accidents primitifs (chancres), ni pour les bubons. Nous ne craignons pas de le dire, Brus a été, ou un grand menteur, ou un grand maladroit. Plus tard, Cullerier, sans révoquer en doute le résultat de l'inoculation du chancre, a écrit et imprimé que le bubon, quel qu'il fût, ne produit jamais de pus inoculable.

Après avoir professé que l'inoculation du pus syphilitique ne peut jamais rien produire, ou que les plaies qui en étaient la conséquence étaient des plaies innocentes, bénignes, dont la guérison s'effectue facilement sous l'influence des lotions émollientes et des pansements simples, Broussais lui-même, cet homme de génie qui a d'assez beaux titres de gloire pour que l'on puisse avouer qu'il s'est quelquefois trompé, Broussais est devenu l'un des adversaires les plus rudes de l'inoculation artificielle, dont il a fait redouter les effrayants résultats.

Ceux qui dans les maladies vénériennes les moins spécifiques voient partout du virus et l'infection constitutionnelle, ceux auxquels nous avons donné le nom de *virulents et mercurialistes quand même*, ne veulent pas non plus de l'inoculation. Pour la moindre balanite suivie ou non d'un engorgement évidemment non spécifique des ganglions inguinaux, ces auteurs ne craignent pas de soumettre pendant six mois leurs malades au traitement mercuriel le plus rigoureux, aux tisanes de gaïac et de salsepareille, etc.

Ces opinions exagérées, nous n'avons pas besoin de vous le dire, vous le savez déjà, nous ne les partageons pas. Nous avons cru, dès le premier jour, qu'il était nécessaire de préciser la nature d'une maladie aussi terrible que l'est la maladie vénérienne; de déterminer ce qui lui appartient en propre, ce qu'elle peut produire, les médications qu'il convient de lui opposer. Nous avons compris qu'il y avait, dans cette grande classe des maladies vénériennes, des ordres, des distinctions à établir, fondés sur la connaissance des causes; l'inoculation à laquelle nous nous sommes adressé, nous a démontré de la manière la plus claire, la plus incontestable, deux grandes classes de ces affections, les unes se développant sous l'influence d'une cause spécifique, virulente, les autres se produisant en dehors de toute cause spécifique; en un mot, les unes *syphilitiques*, les autres simplement vénériennes.

Il y a maintenant quatorze à quinze ans, en 1831 et 1832, la doctrine physiologique était encore là, debout, et dominant la médecine; sur le point de la science qui nous occupe, on était encore dans le doute; c'est alors que nous commençâmes nos premiers essais d'inoculation artificielle, mais en précisant de la manière la plus sévère les conditions dans lesquelles nous opérions, et en en faisant l'objet d'une étude consciencieuse et de chaque moment. De cette façon, nous sommes arrivé à préciser les résultats de l'inoculation artificielle, à prouver incontestablement l'existence d'une cause spécifique; or, en prouvant l'existence de cette cause, on détermine nécessairement les sources qui la fournissent. La facilité que l'on a de mettre cette cause en action, donne la possibilité de déterminer rigoureusement et de suivre l'évolution des phénomènes. Cette détermination des lieux, de l'évolution, des formes, des conséquences, tout est rigoureux par notre méthode. L'inoculation, lorsque l'on suit exactement la marche que nous avons indiquée, permet de différencier les conditions morbides qui pouvaient être confondues, celles qui produisent la cause, celles qui ne la produisent pas, résultats auxquels il est impossible d'arriver par les moyens ordinaires.

De cette manière l'inoculation devient un moyen de diagnostic entre les affections qui reconnaissent pour cause un virus et celles qui en sont tout à fait indépendantes. Dans le premier cas encore, et lorsqu'il s'agit de déterminer rigoureusement les phases de la maladie, cette méthode expérimentale directe constitue un moyen de la plus haute valeur.

Par l'inoculation, et par l'inoculation seule, vous arrivez à posséder un moyen qui devient obligatoire, indispensable dans certains cas de médecine légale. C'est lorsqu'il s'agit d'expertises judiciaires que l'on voit la pauvreté de la science en matière de maladies syphilitiques. Avant l'emploi de la méthode expérimentale, combien d'innocents ont été pris pour des coupables, qui eussent été sauvés par elle! Et ceci est tellement vrai qu'un homme, dont plus que personne nous tenons en haute estime le savoir et la probité scientifique, M. Cullérier, qui suivit scrupuleusement nos expérimentations lorsqu'il était à la tête d'un service à l'hôpital du Midi, M. Cullérier, disons-nous, après de longues hésitations, a fini par se rendre à l'évidence des faits, et n'a pas craint de dire qu'appelé à prononcer sur la nature d'un accident présumé syphilitique, en médecine légale, il ne se prononcerait jamais sans le critérium de l'inoculation (Dict. en 30 vol., article *Inoculation*).

L'inoculation sert encore à étudier la valeur des moyens prophylactiques et du traitement abortif de la vérole constitutionnelle. S'il était toujours nécessaire, ce que nous nions, de faire prendre du mercure à tous ceux qui ont des accidents spécifiques, il faudrait que l'inoculation fût la caution de ce traitement, et, dans un grand nombre de cas, c'est d'elle que l'on peut attendre la lumière. Nous ne disons pas toujours, car l'inoculation n'est pas un moyen que l'on puisse employer sans précaution. Plus que tout autre, il a ses lois rigoureuses, desquelles on ne peut s'écarter et qui doivent toujours présider aux expériences toutes scientifiques et d'humanité auxquelles il est destiné.

Avant d'aller plus loin, disons tout d'abord comment on doit pratiquer l'inoculation artificielle, dans quelles conditions elle est permise, dans quelles conditions elle est indiquée. Serait-ce d'un sujet malade à un individu sain? Faite ainsi, l'inoculation n'est pas seulement une opération immorale et illicite, c'est un crime. Les mêmes hommes qui ont déployé le plus d'ardeur et de violence contre nous lorsque nous avons voulu généraliser l'emploi de l'inoculation comme moyen de diagnostic, ces mêmes hommes avaient fait ou conseillé l'inoculation du sujet malade à l'homme sain. Pas n'est besoin de vous demander de quel côté était l'immoralité, et c'étaient ceux-là, nous le répétons, qui nous jetaient au visage cette grave injure, ce reproche sanglant.

On a cherché depuis longtemps à faire l'inoculation du pus syphilitique de l'homme aux animaux. Bien des auteurs ont essayé depuis Hunter, à qui on doit les premières tentatives. Nous-même, nous avons répété ces expériences, qui toujours ont été suivies de résultats négatifs, soit qu'elles fussent faites sur le singe, l'animal le plus rapproché de l'homme, ou des animaux d'une espèce inférieure, et cela malgré des essais variés de mille manières. Dans ces derniers temps, on a cru de nouveau pouvoir inoculer la vérole à différents animaux; nous avons repris nos expériences, et nous n'avons pas obtenu plus de succès qu'aux époques antérieures. C'est donc à l'*auto-inoculation* que nous devons avoir recours. De cette manière, vous ne pouvez donner au malade que ce qu'il a déjà; il avait un chancre, vous lui en donnez deux, et la chose paraît peu importante puisque souvent vous voyez des sujets vous en présenter cinq ou six et plus sans que pour cela leur état soit plus grave que celui des autres individus.

Mais on nous a fait des objections. On a dit: A l'aide de l'inoculation, vous voulez prouver l'existence d'une cause spécifique devant produire une série de phénomènes particuliers; or, un pus quelconque produit une pustule quelconque. C'est vrai. Mais il ne produit que cela. Si vous inoculez la variole, la vaccine, la rage, croyez-vous donc avoir les mêmes résultats que si vous vous servez de pus phlegmoneux, scrophuleux, etc.? Evidemment non. Eh bien! il en est de même du pus syphilitique. — Vous distinguez, a-t-on dit encore, le chancre et la blennorrhagie, et cependant l'un et l'autre ont produit les mêmes effets. Certes, si vous vous contentez d'un symptôme pour conclure, si vous appelez blennorrhagique une matière de sécrétion d'où qu'elle vienne, il pourra bien vous arriver de voir du pus sorti de l'urètre produire un chancre à l'inoculation. Mais si vous venez à examiner à nu les surfaces qui fournissent ce pus inoculable et donnent lieu au résultat positif de l'opération, au chancre, vous trouverez toujours les sources du pus virulent avec des nuances il est vrai dans les formes, la grandeur, la profondeur des ulcérations.

On a dit encore: L'inoculation artificielle ne réussit que parce que vous la pratiquez chez un sujet qui se trouve sous l'influence de l'infection syphilitique. Ne riez pas; c'est sérieusement que cette objection a été faite. Mais croyez-vous que si vous prenez un sujet auquel par une inoculation datant de huit jours vous avez inoculé la vaccine, dont les boutons sont pour le moment en pleine évolution, croyez vous que chez cet homme, partout où vous piquerez la peau, une pustule vaccinale se montrera; et cependant, ici, l'infection générale est bien plus évidente encore et par le résultat prophylactique, et par l'intensité des troubles généraux auxquels elle donne lieu. Mais il est une expérience bien plus claire encore. Prenez un sujet qui porte en même temps un chancre et une blennorrhagie. Inoculez le pus de chaque espèce d'accident. Le chancre vous donnera la pustule caractéristique; la blennorrhagie un résultat négatif. Ces individus ayant un chancre, piquez-les, faites-leur des plaies, mettez-leur des sangsues et n'ayez pas de crainte; leurs plaies ne deviendront pas des chancres, si le pus inoculable ne vient pas y toucher; elles resteront bien sûrement des plaies simples.

C'est un mauvais moyen de diagnostic, ajoute-t-on. En effet, à la première plaie, dont vous voulez reconnaître la nature, vous en ajoutez une seconde; à cette seconde vous devez en ajouter une troisième, puis une quatrième, et cela indéfiniment, si vous voulez être sûr que c'est bien un chancre auquel vous avez affaire. Ce raisonnement est évidemment absurde. Lorsqu'une fois vous aurez vu une pustule caractéristique, que vous l'aurez suivie dans son évolution, vous verrez que, même pour l'esprit le plus prévenu, le moindre doute ne peut subsister, et que dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas il n'y a pas moyen de s'y tromper. L'inoculation ne prouve rien pour la contagion des accidents qui ne s'inoculent pas, dit-on, et qui cependant se communiquent d'individu à individu. Mais qu'est-ce qui prouve que ces accidents dont on nous parle soient en effet contagieux? Rien absolument; rien que ces contes sans valeur, ces histoires de demoiselles honnêtes qui se marient avec la vérole, communiquent la vérole à leurs maris, et ne présentent à l'examen que des papules muqueuses. Mais à quel moment a-t-on examiné ces femmes? Combien de temps après l'infection? Qui peut assurer qu'au moment où on les a visitées, la plaie primitive inoculable n'était point guérie?

Répétons-le d'une manière positive: *il n'y a qu'une seule plaie contagieuse; c'est le chancre*, et encore faut-il le prendre à une certaine période seulement de son existence, à sa période de progrès.

Disons quelques mots maintenant des accidents que peut présenter l'inoculation. Certainement cette opération n'est pas une chose sans valeur, surtout si on laisse marcher la maladie, et si l'on ne cherche point à arrêter dès le début la plaie produite par l'insertion du pus syphilitique sous l'épiderme. L'ulcère déterminé par l'inoculation présente toujours la forme, la marche, la gravité de l'ulcère auquel on a emprunté le pus. Et nous-même, en commençant nos expériences, nous en avons eu de tristes exemples, lorsque nous avons cru pouvoir sans danger laisser marcher les plaies produites par des inoculations; leurs ravages ont été quelquefois très grands, et nous avons eu lieu de nous repentir de notre imprudence. Maintenant, nous nous contentons de demander au moyen ce que nous voulons en obtenir; une fois notre opinion fixée sur la nature spécifique et contagieuse de l'ulcère, nous l'arrêtons aussitôt et à volonté. Pour nous, l'inoculation est un moyen aussi simple, aussi peu dangereux que le cautère ou le vésicatoire, dont on a si largement usé. Voilà donc une objection réduite à néant.

Non-seulement vous ajoutez une plaie à celle qui existe déjà, mais vous augmentez ainsi les chances d'infection constitutionnelle; plus il y aura de sources fournissant un pus inoculable, plus il sera facile aux vaisseaux absorbants de puiser la matière infectieuse et de la faire passer dans le torrent circulatoire. — Cette objection n'est pas plus sérieuse que les autres. Vous verrez, dans quelques jours, que les accidents constitutionnels ne sont nullement en raison de l'étendue, du nombre, du siége des accidents primitifs. C'est une vérité des plus incontestables. Mais voulez-vous quelque chose de plus curieux encore? Ces mêmes hommes qui vous disent: par l'inoculation vous faites une plaie de plus au malade, et vous ouvrez une source d'empoisonnement de plus; ce sont eux qui vous disent aussi: lorsque vous avez une plaie spécifique, prenez bien garde de ne point la fermer; gardez-vous bien de faire cicatriser un chancre, car c'est enfermer le loup dans la bergerie, c'est chasser le pus dans le torrent circulatoire en l'empêchant de se faire jour au dehors. Quelle triste inconséquence, et comment avoir confiance en des raisonneurs de cette force? N'ouvrez pas, ne fermez pas; il faut cependant bien, qu'on nous passe cette expression, qu'une porte soit ouverte ou fermée.

Ces quelques considérations préliminaires une fois établies, occupons nous d'une classification, fondée sur des faits, sur des résultats d'une sage expérience, et en dehors de toute théorie, de toute hypothèse extrascientifique.

Nous avons défini les maladies vénériennes: une grande classe d'affections offrant entre elles certains rapports qui permettent de les réunir dans une seule et même section; ces conditions sont les suivantes: maladies naissant le plus ordinairement à la suite des rapports sexuels, et dont la production doit se rattacher de plus ou moins près à des relations de ce genre. Dans cette grande classe qui comprend des maladies unies entre elles par des liens souvent très faibles, dans cette grande classe nous établissons deux ordres:

1° *Maladies vénériennes virulentes*, reconnaissant pour point de départ obligé, essentiel, indispensable, le chancre, l'ulcère primitif contagieux, inoculable, et toutes ses conséquences;

2° *Maladies vénériennes non virulentes*, étrangères à cette cause spécifique, se développant sous l'influence des causes communes à presque toutes les maladies en général.

Ainsi, dans le premier cas, spécificité de la cause; dans le second, absence de cette spécificité. Le premier de ces deux

ordres, celui qui comprend les maladies vénériennes virulentes, est celui auquel nous réserverons le nom de maladies *syphilitiques*. Au second, nous pourrions presque donner le nom de pseudo-syphilis ; il renferme la blenuorrhagie et ses conséquences. Voilà, vous le compreuez tout d'abord, une barrière infranchissable posée entre ces deux ordres d'affections, qui se ressemblent par quelques points, mais qui diffèrent essentiellement et sous le rapport de leurs causes, et sous celui de leurs conséquences.

ACADEMIE DE MEDECINE.

Séance publique annuelle du 15 décembre 1846. — Présidence de M. Roche.

M. Malgaigne lit un travail intitulé : Essai sur l'histoire de la philosophie de la chirurgie.

— *M. Pariset* lit l'éloge de M. Chevreul père, correspondant à Angers.

PRIX DE 1846.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1846 les questions suivantes .

Prix de l'Académie. — Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiolohique ; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible et les moyens chimiques de les constater ; indiquer les causes de ces altérations et les modificatious morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie, les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient. — Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie a décerné ce prix à M. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine à Paris.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Des altérations du système lymphatique dans le cancer. — Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provcnant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie avait proposé pour sujet de prix : *Du Suicide.* — Ce pıix est de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix ; elle a accordé une mention honorable aux mémoires n[os] 5, 7, 8, 9 et 11, dont les auteurs sont MM. Tissot (Joseph), médecin à Dijon ; Szafkowski-Rufin, à Beauzely (Aveyron) ; Bertrand (Louis), à Châlons-sur-Marne ; Delahousse (A.-F.-J.-R.), à Saint-Pol (Pas-de-Calais) ; et M..... (cet auteur ne veut pas être nommé).

Prix fondé par M. Itard. — La Commission n'a pu encore terminer les travaux relatifs au jugement de ce prix. Il sera décerné en 1847.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix pour la période de 1838 à 1844 n'ayant pas été donné, une nouvelle Commission sera appelée à juger les travaux qui ont eu lieu, dans ce laps de temps, « sur les moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèlre. »

Prix pour la propagation de la vaccine. — M. le président proclame les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1848.

Prix de l'Académie. — Etablir par des observations exactes et concluantes quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques. — Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer. — Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie remet au concours le sujet de prix de 1846 : *Du Suicide.* — Ce prix sera de 1,500 fr.

Les mémoires pour ccs trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés. francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1[er] mars 1848.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament :* « Je lègue à l'Académie » royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour » fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur » livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeuti-* » *que appliquée ;* et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve » du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins » deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1846, sera décerné en 1849.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — *Extrait de son testament :* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme » de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira » du jour de mon décès, en rentes sur l'Etat, dont le revenu accu- » mulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le » plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens » curatifs des rétrécissemcnts du canal de l'urètre. Dans le cas, mais » dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette » partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionne- » ment assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie » pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important » apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des » voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr. plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie, du 1[er] septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les snjets de prix qu'elle a proposés pour 1847.

Prix de l'Académie. — De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme. — Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.

MM. les concurrents devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologiques éclairées par des investigations pbysiques et microscopiques. — Ce prix sera de 1,800 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix anuuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : *De l'Asthme.* — Ce prix sera de 1,000 fr.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Séance du 2 décembre 1846. — Présidence de M. Lenoir.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Vidal (de Cassis) avait dit dans la dernière séance que les chirurgiens de la marine de Toulon remettaient en question le trépan dans les fractures de la région cervicale de la colonne vertébrale ; il fait savoir aujourd'hui qu'il s'était trompé, et que c'est dans les cas de luxation que ce moyen a été proposé.

— *M. Malgaigne* avait dit aussi dans la dernière séance que le malade à la fracture vertébrale, qui est encore dans son service, avait une incontinence d'urine. Quelques doutes ayant été élevés à ce sujet, il a pratiqué le cathétérisme, et il a trouvé à peine quelques onces de liquide dans la vessie. Par conséquent ce n'était pas par regorgement qu'avait lieu la sortie de l'urine.

— *M. Deguise* fils n'a trouvé dans les auteurs aucun cas d'accidents produits par la réduction des fractures des vertèbres, comme du reste M. Maisonneuve l'a avancé dans la discussion ; mais il a vu que presque tous les malades mourraient par suite des eschares. On lit une observation de cette espèce dans Delamotte et dans A. Cooper : il est question d'un malade qui mourut de la sorte un an après l'accident, lorsque sa fracture était consolidée. Il est probable que la position particulière que M. Maisonneuve veut donner à ses malades aurait le même résultat.

Dupuytren, dans ses leçons orales, parle d'un fait où la fracture était mobile au niveau de la douzième vertèbre dorsale ; la dure-mère était déchirée, mais la moelle était intacte. Ollivier (d'Angers) cite une observation dans laquelle la paralysie n'eut pas lieu immédiatement et ne se manifesta qu'après quelques mouvements exécutés par le blessé. A l'autopsie, on trouva un fragment mobile qui comprimait la moelle ; aussi l'auteur se demande si le fragment n'a pas été dérangé après coup, comme dans certaines fractures du col du fémur où le malade peut faire quelques pas avant que les fragments se déplacent. Dans le premier cas, les tentatives de réduction n'auraient-elles pas produit d'accidents ? et le second ne prouve-t-il pas le danger de ces tentatives ?

M. Deguise fils pense aussi que les essais de réduction dans les luxations vertébrales sont très graves, et il mentionne un fait d'A. Cooper dans lequel on voit quc des tentatives de réduction pour la septième vertèbre cervicale luxée amenèrent la mort, et un autre de Petit-Radel, dans l'Encyclopédie méthodique, où le même résultat eut lieu.

M. Malgaigne fait remarquer que cette observation de Petit-Radel ne se trouve détaillée nulle part ; que cet auteur l'attribue à Desault avec un résultat funeste, tandis que Léveillé, en parlant du même fait, dit qu'il fut couronné de succès.

M. Vidal (de Cassis) rappelle que dans l'observation il est dit positivement que Desault ne se décida a agir qu'après avoir prévenu la mère des dangers que la réduction faisait courir à son enfant, et Léveillé ajoute que le succès ayant été complet la mère reçut ainsi la récompense de sa confiance et de son courage.

— *M. le docteur Jules Roux*, de Toulon, adresse un travail écrit sur les tumeurs squirrheuses enkystées.

Il est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Vidal (de Cassis), Laugier et Morel-Lavallée.

— *M. Lacour*, interne à l'hôpital Cochin, lit un Mémoire sur un nouveau moyen de réduction des luxations sous-coracoïdiennes. Commissaires : MM. Malgaigne, Monod et Michon.

— La séance est levée à cinq heures.

Troisième note sur la conservation des matières animales. Pouvoir antifermentescible des huiles et théorie des procédés mis en pratique dans l'embaumement chez les Egyptiens, par M. Edouard Robin.

Relativcment au mode de conservation par la soustraction de l'oxygène contenu tant à l'intérienr qu'à l'extérieur des substances animales, j'ai dit dans une première note que tous les liquides capables, à la température ordinaire, d'absorber d'une manière notable l'oxygène humide pourraient par cela même, étant convenablement employés, soustraire aux tissus l'oxygène essentiel à leur décomposition, et dès lors rendre leur altération impossible dans des vases fermés.

J'étais fondé à émettre cette assertion non-seulement parce qu'elle est le résultat nécessaire d'une théorie vraie, mais encore parce qu'elle était confirmée par une multitude de faits. Ces faits, dira-t-on, étaient restés la plupart ou inaperçus ou non compris ; en avaient-ils moins de valeur pour celui qui les connaissait et les comprcnait ? Toujours est-il que des expériences positives existaient à l'égard de plus d'une centaine de corps sans qu'il y eût une seule expérience négative.

En effet, indépendamment de la solution aqueuse d'acide sulfureux qui empêche toute fermentation animale ou autre ; indépendamment du bioxyde d'azote et du proto-sulfure de fer hydraté dont les propriétés antiseptiques étaient bien établies ; indépendamment encore du pouvoir que, d'après les *expériences* de Stahl, les sulfites alcalins possèdent d'arrêter la putréfaction et en général toute fermentation, pouvoir que M. Sucquet a confirmé relativement à l'action du sulfite de soude sur les matières animales, est-il un fait reconnu plus universellement que la propriété antiputride de l'essence de térébenthine, d'une multitude d'huiles volatiles, de résines, de baumes, d'huiles fixes, etc. ? Eh bien ! ce n'est point en chassant les insectes que, comme on le pensait, ces huiles volatiles, ces résines, ces baumes déterminent la conservation ; mais, absorbant l'oxygène dès la température ordinaire, la plupart pendant longtemps et en grande proportion, ces substances convenablement employées peuvent, de même qu'un grand nombre d'huiles fixes et à la manière de l'acide sulfureux, du bioxyde d'azote, des sulfites solubles, etc., enlever aux matières animales l'oxygène essentiel à leur décomposition putride, et conséquemment la rendre impossible dans un espace étroit et parfaitement clos où l'air ne peut se renouveler.

En Egypte, les aromates pouvaient aisément amener la conservation même au contact de l'air ; la raison en est simple : les corps avaient tout le temps de se dessécher pendant que l'absorption d'oxygène, s'effectuant avec avidité, rendait la putréfaction impossible, et la dessiccation obtenue les mettait ensuite à l'abri de l'action de l'oxygène. Du reste, les sels dont on entourait le corps pendant soixante jours contribuaient sans doute à la dessiccation.

Convenablement employées, les substances aromatiques peuvent déterminer en tout pays, et malgré la présence de l'air, une conservation illimitée ; on le comprendra si l'on observe que, en absorbant l'oxygène, les huiles s'épaississent, se solidifient et peuvent, en recouvrant les tissus, les préserver du contact de l'air.

Si l'on considère la facilité avec laquelle les huiles se dissolvent mutuellement et dissolvent aussi les résines et les baumes ; si l'on considère en outre la propriété qu'elles ont de se charger d'agents conservateurs minéraux de toute classe : absorbants de l'oxygène, absorbants de l'eau, et composés faisant avec les tissus des produits imputrescibles ; si l'on considère, enfin, que leur état fluide permet de les employer en injection et en bain, qu'elles n'ont point comme l'eau le désavantage d'opérer le gonflement des tissus, ni comme l'alcool l'inconvénient de les racornir ; que les huiles essentielles constituent les injections les plus pénétrantes, qu'elles se répandent partout, et par imbibition et par volatilisation ; qu'en absorbant l'oxygène, les huiles en général se convertissent en matières solides capables d'envelopper les tissus et de les préserver du contact de l'air ; qu'elles peuvent, en remplaçant les liquides de l'économie animale, maintenir les différentes parties dans leur volume naturel ; qu'il est facile par un choix convenable de les faire transformer ou en matière solide, dure, fragile et sèche, ou bien en matière onctueuse et flexible conservant aux tissus leur mollesse ; que l'odeur aromatique qu'elles peuvent répandre présente elle-même de l'utilité, on sera porté à penser qu'elles sont pour ainsi dire de toutes les substances préservatrices celles qui, employées avec intelligence, peuvent offrir le plus d'avantage soit dans l'embaumement, soit dans la conservation des cadavres pour les dissections, soit même dans l'économie domestique.

Le mode d'embaumement par les aromates, l'un de ceux que mettaicnt en usage les Egyptiens et le seul qui jusqu'à ce jour ait servi en Europe à l'embaumement des rois, s'explique donc facilement. Pour en faire un excellent procédé, il suffit de remplacer par des injections d'huiles volatiles, de résines, de baumes convenablement choisis, les incisions, les lacérations pratiquées par les modernes. On pourrait d'ailleurs, profitant de la science actuelle, charger ces aromates de substances minérales conservatices.

J'ai entrepris des expériences sur la conservation par les huiles soit libres, soit tenant en dissolution d'autres antiputrides.

Quant à cette théorie de la conservation par les arumates, depuis dix ans et plus je l'expose dans mes conrs.

Le nombre des substances capables de conserver les matières animales et végétales en s'emparant de l'oxygène essentiel à leur décomposition putride, est encore plus considérable qu'on ne serait porté à le penser d'après ce qui précède.

Telle substance qui, dans les conditions ordinaires et à froid, n'absorberait pas l'oxygène, le prendra si on le lui présente condensé, et, surtout, si elle se trouve en contact avec un corps en voie de combustion lente. Ainsi, chacun sait

1° Que nombre de gaz simultanément condensés dans le platine en éponge réagissent alors chimiquement, tandis que, dans les conditions ordinaires, ils n'auraient fait que se mélanger ;

2° Que, par l'influence d'un corps en combustion lente, l'alcool étendu d'eau s'oxyde, tandis que la même liqueur étendue, prise isolément, n'éprouve aucune oxydation aux températures ordinaires ;

3° Que si l'air en contact avec la sciure de bois est mélangé de gaz hydrogène, ce gaz, qui seul ne se serait pas uni à l'oxygène, s'y combine pendant l'oxydation lente de la sciure et se convertit en eau.

D'après ces faits, on ne peut douter que celles des huiles qui absorbent difficilement ou même qui n'absorbent pas l'oxygène à la température ordinaire, ne s'oxydent, en général, soit quand elles se trouvent mêlées avec d'autres huiles en voie d'oxydation, soit même au contact des tissus retenant de l'oxygène condensé. Dans les mélanges que faisaient les Egyptiens, dans ceux aussi qu'on employait en Europe pour opérer l'embaumement par les aromates, il est donc bien probable, pour ne pas dire plus, qu'en général tout se trouvait utilisé.

La propriété que certaines substances dénuées d'action sur l'oxygène dans les conditions ordinaires présentent de conserver les matières animales en absorbant l'oxygène essentiel à la décomposition putride, provient quelquefois d'une cause qui diffère et de la condensation de ce gaz, et de la coexistence d'une combustion lente. Il est des cas où l'oxydation de l'agent conservateur est due à sa combinaison avec l'excès d'alcali contenu dans le sang. De là, par exemple, le moyen de se rendre compte de la conservation opérée par la créosote.

Bien que la créosote ne semble pas absorber d'une manière sensible l'oxygène libre et à la température ordinaire, elle est néanmoins un désoxydant assez énergique ; et, comme les essences, elle se convertit en résine par l'oxydation.

Ainsi, la solution aqueuse concentrée de créosote dissout le bioxyde de cuivre, et la liqueur prend une couleur brun-chocolat qui manifeste une désoxydation partielle du bioxyde de cuivre.

On connaît l'action désoxydante que la créosote exerce sur l'azotate et l'acétate de protoxyde d'argent, sur l'acide azotique et le bioxyde de mercure ;

Elle colore en bleu la dissolution même très étendue des sels à base de sesquioxyde de fer, et cette coloration ne saurait provenir que d'une décomposition parlielle de la base.

Le pouvoir désoxydant exercé par la créosote doit faire regarder comme très probable que, lorsqu'elle imbibe les matières animales et vient en contact avec l'oxygène qui s'y trouve condensé, elle s'oxyde en prenant l'oxygène libre susceptible de les altérer.

Et si l'on observe que la créosote se combine très bien aux alcalis avec production de composés absorbant à froid le gaz oxygène ; que le pouvoir inexpliqué qu'elle possède de coaguler inslantanément les matières albumineuses ne peut se comprendre qu'autant qu'on admet qu'elle s'empare de l'alcali qui rend solubles ces matières ; qu'ainsi, dans le sang, elle doit inévitablement se combiner avec de la soude, et produire un composé absorbant à froid le gaz oxygèue, on ne doute plus qu'elle ne conserve les matières animales, et en s'emparant de l'oxygène qui pourrait les altérer avant que leur dessiccation fût opérée, et en les recouvrant d'nn vernis protecteur.

L'explication du mode d'action des huiles et de la créosote dans la conservation des matières animales, permet de comprendre parfaitement le mode d'embaumement que les Egyptiens pratiquaient au moyen de la liqueur nommée *cedria ;* car d'après Pline, Dioscoride, Galien, etc., la cédria, liquide huileux ou goudronneux du cèdre ou d'autres plantes analogues, ne pouvait être qu'une huile chargée de créosote.

On comprend aussi, d'une manière générale, de quelle utilité peuvent être, pour empêcher toute fermentation, la poix-résine, le goudron, etc., matières où se trouvent associées plusieurs substances conservatrices.

On voit non-seulement comment ces matières, sous le nom de cédria, servaient chez les Egyptiens à la conservation des corps, mais encore comment les anciens peuples de la Grèce et de l'Italie, qui, d'après Pline, Dioscoride, Plutarque, Baccius, etc., mettaient, surtout au moment de la canicule, les vins dans des tonneaux enduits de poix-résine ou de goudron (dolia picata), obtenaient ainsi pour modérer la fermentation alcoolique et prévenir l'acétification, le résultat que produit chez nous l'emploi de l'acide sulfureux ; ils s'opposaient en outre à l'introduction de l'air à travers les douves des tonneaux.

On voit enfin comment la myrrhe et différents aromates que les anciens introduisaient dans les tonneaux où ils déposaient leurs vins au sortir de la cuve, pouvaient modérer la fermentation, indépendamment de ce qu'ils communiquaient un arome relevant la qualité des vins. C'était donc avec toute raison qu'ils appelait cette pratique *conditura vinorum.*

En résumé, lorsque j'ai publié ma première note sur les moyens de prévenir la putréfaction des matières animales, il était nombre de cas où les substances animales et végétales avaient été conservées par les absorbants de l'oxygène ; rien n'avait été récemment ajouté aux faits connus plus anciennement, et, du reste, dans les conditions où les choses se trouvaient, un fait nouveau n'aurait pu augmenter la valeur des faits anciens. Mais si les faits étaient nombreux, ils n'avaient

pas reçu leur véritable interprétation; on n'en avait pas déduit, quant à la théorie de la conservation, les conséquences utiles qu'ils recélaient.

En se servant des aromales, des huiles, des résines, des baumes, de la créosote, etc., les Egyptiens et ceux des modernes qui ont eu pour but de les imiter, ont réellement pratiqué la conservation par les absorbants de l'oxygène.

Il me reste à faire quelques observations au sujet de mes deux notes précédentes.

Dans la première, considérant d'une part que dans les circonstances où les matières animales restent en contact avec l'air, l'action préservatrice des désoxydants est habituellement plus ou moins limitée; considérant d'autre part que les substances qui les préservent de la putréfaction en se combinant avec la matière animale, et faisant un composé sur lequel l'oxygène n'a pas d'action, mettent souvent à former ce composé imputrescible une lenteur telle, que souvent la matière animale éprouve une altération plus ou moins grande avant qu'il ait pris naissance, j'avais attiré l'attention sur les avantages qu'il y aurait, soit à faire agir simultanément ces deux classes d'antiputrides, soit à employer un agent qui pourrait exercer à la fois les deux modes d'action. C'est dans ce but que j'avais cité les hyposulfites de protoxyde de fer et de protoxyde de zinc, le chlorhydrate de protoxyde d'étain, etc.

A cet égard, je ferai observer que, avec la plupart des chimistes, j'ai nommé hyposulfite de protoxyde de fer et hyposulfite de protoxyde de zinc, les mélanges de sulfite et d'hyposulfite qui prennent naissance quand un courant de gaz sulfureux arrive dans une eau mise à l'abri du contact de l'air, et contenant le fer ou le zinc convenablement divisé.

Ces mélanges absorbent l'oxygène plus facilement que ne le feraient les hyposulfites purs; ils leur sont dès lors toujours préférables.

Dans la deuxième note, j'ai montré que d'après la théorie l'eau saturée d'acide sulfhydrique, loin d'être putréfiante, devait être préservatrice; j'ai donné les résultats des expériences que j'avais entreprises à ce sujet et qui viennent en confirmation de ce qui avait été prévu. Depuis lors, j'ai laissé les matières dans la solution aqueuse concentrée d'acide sulfhydrique; la conservation est toujours parfaite, la couleur des tissus n'a pas éprouvé de changement notable.

Ainsi, toutes circonstances parfaitement égales d'ailleurs, lorsqu'une putréfaction très avancée se produisait en moins de deux jours dans l'eau ordinaire, la conservation était complète au bout de trois mois dans l'eau saturée d'acide sulfhydrique.

Ce fait peut avoir de l'importance en médecine légale:

Des membres humains sont trouvés dans une fosse d'aisances, leur état de conservation est excellent; il sera rationnel d'après l'opinion reçue de les considérer comme n'ayant fait dans ce lieu qu'un séjour d'une courte durée, tandis que, d'après les expériences que je viens de rappeler, il pourrait se faire dans certains cas qu'ils y eussent séjourné longtemps.

L'action préservatrice de l'acide sulfhydrique présente aussi de l'intérêt sous le rapport théorique: il n'existe pas d'autre exemple où la conservation soit due plus évidemment au seul fait de la désoxydation.

Dans une prochaine note, je traiterai de l'action que pendant la vie exercent sur l'économie animale les substances qui après la mort préservent de la putréfaction.

REVUE GÉNÉRALE.

Traitement de l'anévrisme poplité par la ligature de l'artère crurale. — La Gazette médicale a publié sur un travail de M. Nottingham relatif à cette opération, la note suivante, que nous reproduisons en entier.

L'observation qui a donné lieu au travail de M. Nottingham n'est pas sans analogue dans la science, mais quoiqu'il ne contienne rien d'absolument neuf, les cas de ce genre offrent tant d'intérêt sous le rapport de la thérapeutique des anévrismes, que nous ne pouvons ni les rapporter textuellement, ni les passer non plus tout à fait sous silence. Un homme portait un anévrisme volumineux du creux poplité. On fit la ligature de la crurale au-dessus du point où cette artère s'engage sous le muscle couturier. Le malade guérit parfaitement, et il avait même repris depuis un mois son service de garçon d'hôtel, lorsque trois mois et demi après l'opération, il mourut de délire nerveux survenu par suite d'excès de boissons alcooliques. L'autopsie montra les particularités suivantes: L'ouverture qui conduisait de la cavité du vaisseau dans l'anévrisme persistait; elle avait un pouce et demi de largeur, et siégeait sur la face antérieure du vaisseau. La tumeur anévrismale, réduite à un très petit volume, était remplie par de la fibrine coagulée. Quant à la ligature, on trouva qu'elle avait porté à trois pouces et demi au-dessous de l'origine de la fémorale profonde. La lymphe organisée située au-dessus du point lié avait un pouce et quart de longueur; au-dessous du même point, le bouchon n'avait que deux pouces. Dans la partie du vaisseau comprise entre la fin de ce dernier bouchon et l'anévrisme, l'artère était entièrement perméable. L'état de sa surface interne montrait qu'elle avait servi pendant la vie au cours du sang ramené par les collatérales. Les artères articulaires étaient dilatées.

— On enseigne partout que la guérison d'un anévrisme opéré par la ligature n'est assurée que lorsque l'artère est complètement oblitérée depuis le point lié jusqu'à la tumeur elle-même. Ce précepte est vrai en général, et il est positif que le retour du sang dans la partie du vaisseau située au-dessus de la tumeur expose toujours à la récidive de l'affection. Aussi ne conseille-t-on jamais, comme l'auteur paraît ici incliner à le faire, de se borner à affaiblir le courant sanguin dans l'artère au-dessus de l'anévrisme, au lieu de l'y suspendre tout à fait, toutes les fois du moins que la chose est praticable et que le médecin a son choix libre entre les deux méthodes.

Cependant, si le cas précédent ne nous paraît point de nature à faire modifier les règles du traitement des anévrismes, il n'en est pas moins digne d'être médité, pourvu que le lecteur soit bien, au préalable, averti de ne pas généraliser outre mesure les conclusions auxquelles il pourrait conduire. Ainsi, l'exemple d'un pareil succès encouragera sans doute les praticiens à recourir et les malades à se soumettre plus aisément, soit à la compression, soit à la méthode de Valsalva; mais, nous le répétons à dessein, ce serait seulement dans les cas où la ligature serait impossible.

L'observation de M. Nottingham, quelque encourageante qu'elle paraisse sous ce rapport au premier coup d'œil, manque néanmoins d'un complément indispensable: le malade est mort trois mois et demi après l'opération. Il paraissait guéri; mais qui oserait affirmer que cette guérison était solide et à l'abri de rechute, lorsqu'on sait qu'un anévrisme poplité, opéré en 1821 par M. Cumming, reparut en 1825, au point de nécessiter alors l'amputation de la cuisse? La même objection peut encore être adressée contre une observation du même genre qui est propre à Ch. Bell, et que M. Nottingham cite à l'appui de ses vues sur le traitement des anévrismes par la *diminution* du courant sanguin dans l'artère. Cette réserve faite, nous devons toutefois rapporter, telle qu'elle est publiée dans le texte anglais, l'observation de Ch. Bell, qui ne laisse pas de présenter un extrême intérêt.

Obs. — Dans un cas remarquable d'anévrisme poplité observé par sir Ch. Bell, la fémorale se partageait au pli de l'aine en deux branches d'un égal volume, qui se réunissaient ensuite pour constituer l'artère poplitée. L'anévrisme siégeait sur ce dernier vaisseau résultant de la fusion des deux branches. L'opérateur ignorant cette disposition, ne lia que l'une de ces branches. Le patient succomba par suite d'érysipèle accompagné d'une affection pulmonaire; mais la marche de la maladie après l'opération suffisait pour garantir la cure, qui aurait assurément eu lieu sans cette complication fatale: on reconnut en effet, à l'autopsie, que le sang était coagulé dans la poche anévrismale, quoique le courant circulatoire qui y apportait directement ce liquide n'eût été interrompu que dans l'une de ses moitiés.

Tænia, emploi de l'étain porphyrisé à haute dose. — M. Sirus-Pirondi rapporte, dans la *Clinique de Marseille*, trois observations de guérison de tænia par l'emploi de l'étain porphyrisé, qu'il croit pouvoir être substitué avantageusement à la racine de grenadier et à la fougère mâle.

Dans le premier cas, après cinq jours de traitement, pendant lequel on avait administré quatre prises d'étain porphyrisé, de 2 grammes chacune, par jour, à deux heures d'intervalle l'une de l'autre, le malade vit disparaître complètement les douleurs qu'il ressentait à la région ombilicale; l'appétit était rétabli; les digestions se faisaient avec facilité; point d'envies de vomir, point d'altération ni de hoquet. Il n'y avait eu qu'une seule évacuation par jour; et dans toutes on put constater de nombreux fragments de tænia.

M. Pirondi prescrivit, dès le sixième jour, 15 grammes d'étain à prendre en cinq fois; et cette dose fut continuée pendant dix jours. On obtint, au bout de quarante-huit heures (huitième jour du traitement), des évacuations extrêmement abondantes, contenant de longs fragments de tænia. Les évacuations alvines continuèrent d'être assez copieuses, même après la cessation du remède; mais on n'y vit plus la moindre trace du tænia. Depuis deux ans que date cette observation, la personne qui en fait le sujet n'a plus rien ressenti qui puisse faire craindre la production de l'entozoaire.

Les deux autres cas que rapporte l'auteur l'autorisent également à penser que la guérison qu'il a obtenue par l'emploi de ce même moyen ne sera pas moins durable. Ils ne diffèrent du premier que par la dose à laquelle le médicament a été employé, et par les effets qu'il a produits.

Chez le second malade, l'étain porphyrisé a été administré à la dose de 6 grammes par jour en trois fois pendant dix jours (c'était une jeune fille de douze ans). Le troisième était un homme fort et robuste, âgé de quarante-cinq ans; l'étain fut donné à la dose de 20 grammes par jour en quatre prises administrées de trois heures en trois heures. La dose ayant été portée à 30 grammes par jour, il s'en suivit pendant deux jours de copieuses évacuations suivies d'une grande débilité qui obligèrent à suspendre l'emploi du remède. Au bout de quatorze mois, le malade ayant rendu encore quelques fragments de ténia, M. Pirondi prescrivit 4 grammes d'étain en trois prises pendant une semaine. Dix jours après la cessation du remède, qui n'avait produit cette fois que des évacuations ordinaires, le malade rendit quelques pelotons de ténia. Depuis lors, il n'y a pas eu d'autre récidive.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle préparation camphrée odontalgique, par M. Cottereau fils.

M. Cottereau fils décrit de la manière suivante le mode de préparation et les propriétés de ce médicament:

« Dans cent grammes d'éther sulfurique, je fais dissoudre à froid la plus grande quantité possible de camphre, et j'ajoute au soluté deux ou trois gouttes d'ammoniaque, de telle sorte que j'obtiens un *éther ammoniacal camphré* qui peut faire le pendant de l'eau sédative, et qui doit être conservé dans un flacon bouché à l'émeril.

» Cet éther ammoniacal camphré sert à cautériser les dents cariées; il fait cesser immédiatement l'odontalgie. Depuis quatre ans j'en fais usage; ce remède m'a réussi toutes les fois que je l'ai employé, et j'ai eu l'occasion de m'en servir très souvent.

» En effet, l'évaporation subite de l'éther laisse déposer dans les cavités dentaires une couche de camphre assez légère pour qu'on ne soit point incommodé par la présence de ce corps étranger, et suffisante néanmoins pour préserver le nerf dénudé du contact de l'air.

» L'ammoniaque agit en outre comme cautérisant. »

Efficacité de la créosote contre les nævi materni, par M. le docteur Cowley.

M. Cowley indique comme l'un des meilleurs moyens de réprimer et de faire disparaître les excroissances variqueuses ou tumeurs érectiles connues sous le nom de *nœvi materni*, que l'on rencontre chez un assez grand nombre d'enfants, M. Cowley, disons-nous, indique aux praticiens les applications de créosote.

Ce médecin fait, chaque semaine environ, une application du médicament sur toute la surface malade, et il se sert, pour cela, de la barbe d'une plume, ou mieux encore d'un petit pinceau à miniature (pinceau de poils de blaireau). A l'aide de ce moyen, il est parvenu à faire disparaître un nævus qui occupait presque toute l'étendue de l'abdomen, et qui avait été précédemment traité sans succès par l'hydrate de potasse, car le mal s'était reproduit après la cessation de l'emploi de ce dernier agent.

En outre de cette action thérapeutique, la créosote présente encore un avantage non moins précieux, celui de guérir le mal sans imprimer aucune altération au tissu de la peau, sans défigurer en aucune façon la partie des téguments avec laquelle elle a été mise en contact.

D'ailleurs, pour obtenir de cette médication tout le succès qu'on peut en attendre, il est indispensable de continuer les applications jusqu'à ce qu'il ne reste pas le plus petit vestige de l'affection; sans cela, cette dernière repullulerait sûrement.

Emploi de la santonine et du calomélas par voie endermique contre un ver résidant dans l'intérieur du globe oculaire, par M. le docteur Alessi.

Un magistrat napolitain, jeune encore, éprouvait depuis neuf mois de violentes douleurs dans l'œil droit. En s'aidant d'une forte loupe pour examiner l'organe malade, M. Alessi put distinguer un ver qui passait de la chambre postérieure dans la chambre antérieure, et, dans l'espace de trois minutes, il put l'apercevoir plusieurs fois nageant de l'une des chambres dans l'autre.

La cause du mal une fois reconnue, le médecin ne fut pas embarrassé pour trouver une médication convenable. Il fit appliquer trois vésicatoires autour de l'œil, et prescrivit de les panser matin et soir avec une pommade dans la composition de laquelle il fit entrer parties égales de calomélas et de santonine.

Sous l'influence de ce traitement si simple, le ver ne tarda pas à périr, et quarante jours suffirent pour que le cadavre fût résorbé entièrement.

Il n'est pas besoin de dire que toutes les douleurs éprouvées jusque-là disparurent, et que l'œil recouvra rapidement l'intégrité complète de ses fonctions.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS.—IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 149. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 18 DÉCEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans notre avant-dernière Revue (5 décembre), nous avons longuement examiné la question de savoir si le malade couché au n° 47 de la salle Sainte-Marthe, service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, était affecté d'une tumeur fongueuse sanguine anévrismale de l'extrémité supérieure du tibia, comme le pensait le professeur, ou si cette tumeur ne se compliquerait pas d'un élément cancéreux. Nous avons déduit tout au long les raisons pour et contre, et nous avons conclu en ces termes : « D'après tout cela, nous croyons être en droit de craindre, contrairement à l'opinion de M. Roux, dont personne plus que nous n'admire le talent et ne respecte l'autorité en matière de diagnostic chirurgical, de craindre, disons-nous, une complication de dilatation vasculaire du système artériel du tissu osseux, et de *dégénérescence encéphaloïde.* »

A cette époque, le malade était dans un état très satisfaisant, et tout faisait espérer une heureuse terminaison. Le premier appareil avait été levé le 23 novembre, quatre jours après l'opération. Seize jours après la ligature, une hémorrhagie très considérable a eu lieu. La compression fut exercée par un des internes de garde sur l'artère crurale, tandis que l'on courut chercher le professeur, qui arriva bientôt, et constata la section de l'artère par le fil de la ligature. Deux procédés pouvaient être mis en usage : on pouvait, ou agrandir l'ouverture supérieurement, pour appliquer une nouvelle ligature au-dessus du point où les tissus artériels étaient enflammés, ou se contenter de lier le bout de l'artère devenue libre, à un ou deux centimètres au-dessus du point de section. M. Roux s'arrêta à ce second procédé pour plusieurs raisons, et entre autres pour celle-ci, que le malade, notablement affaibli par la perte de sang qu'il avait subie, était fort épouvanté, et aurait probablement eu grand'peine à se résoudre à une nouvelle opération. Malheureusement, un gros tronc veineux avait été blessé pendant l'opération de la ligature artérielle. Cette circonstance, jointe peut être aux mauvaises dispositions dans lesquelles se trouvait le sujet par suite des pertes de sang qu'il avait éprouvées, détermina une phlébite, une diathèse purulente, et le malade succomba le 11 décembre au matin.

A l'autopsie, on trouva des abcès dans la rate et dans le foie; du pus dans l'articulation fémoro-tibiale droite. Le tibia était si profondément altéré, qu'un mouvement un peu brusque imprimé au cadavre en détermina la rupture.

La ligature nouvelle tenait encore très bien à l'extrémité artérielle. Il n'y avait point eu, du reste, de nouvelle hémorrhagie. Un section du tibia suivant un plan perpendiculaire à sa longueur, pratiquée au niveau du tiers supérieur de l'os, fit voir le tissu osseux sain. Mais une section longitudinale de l'os montra une dégénérescence évidemment *encéphaloïde*, présentant çà et là des points comme *gélatineux*, ayant détruit la lame compacte de l'os, et constituant les deux tumeurs, ou plutôt la tumeur bilobée, saillante sous la peau, dont nous avons parlé, et dans laquelle on sentait, avant l'opération, des battements isochrones à ceux du pouls. Mais nous noterons, chose très importante, que les cartilages de l'articulation du genou n'avaient subi aucune altération.

Ce cas malheureux, bien évidemment au-dessus des ressources de l'art, nous fournit tout naturellement l'occasion de revenir en quelques mots sur l'histoire anatomique et diagnostique du cancer des os, et de compléter ainsi ce que nous avions dit des anévrismes du tissu osseux.

M. Nélaton, auquel nous ferons encore de fréquents emprunts, et dont les recherches ont certainement le plus contribué à faire faire de grands progrès à l'histoire des affections organiques profondes du système osseux, distingue quatre formes du cancer des os.

1° Dans la première, on trouve à l'intérieur même du tissu osseux des noyaux de tissu cancéreux contenus dans des cavités qu'ils remplissent exactement; le tissu de l'os a complétement disparu dans les points envahis par le tissu accidentel; il y a une perte de substance osseuse, et sur le tissu compacte et sur le tissu spongieux. Dans le voisinage de cette perte de substance, l'os ne paraît avoir subi aucune altération; à peine y remarque-t-on quelquefois une injection vasculaire un peu plus considérable que ne le comporte l'état normal. A mesure que la maladie fait des progrès, la masse cancéreuse prend du développement, et forme une saillie plus ou moins considérable à la surface de l'os (notons en passant que ç'a été le cas dans lequel s'est trouvé le malade de M. Roux). Si la production accidentelle a pour siége un os long et correspond à la diaphyse, il n'est pas rare de voir le noyau cancéreux prendre de l'extension vers le canal médullaire, dont la membrane ne lui offre pas de résistance, et former ainsi un bouchon qui remonte dans l'intérieur beaucoup plus haut que ne pourrait le faire supposer le siége et le volume de la tumeur. Cette disposition est importante à noter, dans les cas où l'on veut faire l'amputation du membre.

2° Dans la deuxième forme, qui se rapporte plus spécialement à ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'*ostéosarcome*, le tissu de l'os a subi une modification profonde; il présente une tumeur ordinairement volumineuse, dont la coupe laisse voir un grand nombre de cellules très irrégulières quant à leur forme et à leurs dimensions, et remplies par du tissu cancéreux à divers degrés de ramollissement; il semble qu'il y ait raréfaction du tissu osseux dans les cellules duquel s'est déposée la matière cancéreuse.

3° La troisième forme est celle dans laquelle une masse cancéreuse prend naissance dans l'intérieur d'un os, s'y développe peu à peu et refoule excentriquement le tissu osseux, qui cède d'une manière lente et graduelle, s'amincit peu à peu, et finit par ne plus représenter qu'une coque très friable dans laquelle est contenue la matière cancéreuse; c'est le *spina ventosa* des auteurs. Ici, lorsque la tumeur est assez volumineuse, la coque osseuse finit par être perforée, et la matière cancéreuse s'engageant par cette ouverture, fait saillie sous la peau et se comporte comme tous les cancers.

4° La tumeur est appliquée à l'extérieur de l'os, et recouverte par le périoste; aussi a-t-elle été désignée sous le nom de tumeur fongueuse du périoste. Mais il est facile de voir que le tissu osseux est lui-même altéré; en effet, on trouve une foule de prolongements osseux excessivement fins et flexibles, comparables à des poils qui seraient implantés à la surface de l'os. Les aiguilles osseuses sont réunies en forme de mèches, dans l'intervalle et à la surface desquelles se trouve déposée la matière cancéreuse. On voit, ajoute M. Nélaton, qu'il existe entre ces formes du cancer des os des différences bien tranchées; mais cependant elles ne cessent pas de présenter les caractères propres aux affections cancéreuses. Ainsi, quelle que soit la forme première, la tumeur s'accroît d'une manière constante; elle se ramollit, finit par s'ulcérer, se reproduit presque toujours après l'ablation, et finit par amener la cachexie cancéreuse.

Une remarque importante à faire à l'occasion de ces tumeurs, c'est qu'elles n'envahissent jamais le tissu cartilagineux; aussi lorsque le cancer a pris naissance près de l'extrémité articulaire d'un os, trouve-t-on le cartilage diarthrodial intact, malgré la dégénérescence complète de l'épiphyse qui le supportait. Lorsque la masse cancéreuse s'étend dans une articulation, c'est qu'elle y a pénétré par un point où l'os n'était recouvert que par le périoste et la membrane synoviale. Nous sommes, on le comprend, forcé d'abréger de beaucoup l'histoire anatomique de cette dégénérescence morbide des os. Quelques mots encore avant de terminer, sur la marche et la symptomatologie de ces tumeurs. Elles peuvent se montrer sans avoir été précédées ou accompagnées de douleurs, tout comme il peut arriver qu'au début les malades ressentent des douleurs assez vives, mais passagères, soit spontanées, soit reparaissant à l'occasion de fatigue ou de mouvements brusques. Rien n'est fixe dans leur évolution, qui tantôt est très lente, tantôt d'une rapidité remarquable.

Enfin, et ceci doit rendre extrêmement réservé pour la détermination exacte du diagnostic, on n'oubliera pas que certains cancers des os présentent des battements isochrones aux pulsations artérielles, battements qui ne consistent pas en un simple soulèvement, mais en un véritable mouvement expansif, comme on le rencontre sur les tumeurs anévrismales. L'oreille y perçoit souvent un bruit de souffle, mais moins marqué que celui des tumeurs anévrismales. Cependant, ce bruit de souffle n'est pas constant, et, dans le cas observé dans le service de M. Roux, il n'existait pas. Comme diagnostic différentiel, on notera, lorsque l'on aura pu observer ces tumeurs dès le début, que les anévrismes laissent apercevoir des pulsations dès les premiers temps, et qu'au contraire le cancer ne les présente qu'à une époque où le tissu accidentel est devenu très vasculaire, c'est-à-dire à une période avancée de son début.

Nous bornerons là nos citations, car nous ne voudrions pas que l'on nous fît le reproche de faire ici de la pathologie didactique; mais nous n'avons pas cru inutile d'insister sur ces points difficiles et obscurs de la science, si difficiles et si obscurs qu'un professeur, dont personne ne met en doute le savoir et l'expérience, a pu s'y tromper lui-même.

— Un fait curieux à signaler, c'est qu'aucun traité ou article de pathologie externe ne fasse mention des plaies du scrotum considérées en particulier, et n'y consacre même quelques lignes; l'importance des organes qui y sont contenus, la disposition particulière des tissus qui composent les enveloppes du testicule semblaient devoir engager les auteurs à ne pas passer complétement sous silence les solutions de continuité des bourses produites par une violence extérieure quelconque.

A peine, dans un dictionnaire récent de médecine et de chirurgie, trouve-t-on les cinq lignes suivantes, les seules que nous ayons pu rencontrer sur ce sujet :

« Les plaies du scrotum offrent à signaler cette seule circonstance que le tissu cellulaire du dartos a une grande tendance à tomber en gangrène à la suite des solutions de continuité qui le mettent à découvert; de là la difficulté très grande d'obtenir une réunion immédiate. »

Ces plaies peuvent cependant offrir des particularités assez curieuses et bonnes à connaître pour la pratique. — Le fait suivant, qui nous a été communiqué par M. Voillemier, dans le service duquel nous avons vu le malade qui en est le sujet, est d'autant plus intéressant qu'outre sa gravité nous l'avions cru unique dans la science; toujours est-il qu'il n'en existe qu'un seul qui offre avec lui quelques points de ressemblance.

Un homme de vingt-cinq ans environ entre à l'hôpital des Cliniques vers la fin de septembre dernier.

L'accident pour lequel il vient se faire traiter remonte déjà à deux jours. Le malade s'était assis sur une chaise sans regarder; sur cette chaise se trouvait un instrument tranchant qui fit une plaie au scrotum.

Voici ce que l'on put apprendre sur ce qui s'était passé au moment de l'accident :

La douleur fut tellement vive que le blessé perdit connaissance à l'instant même, et ne donne que des renseignements très incomplets sur la manière dont était placé sur la chaise où il s'est assis l'instrument qui a produit la blessure.

Au moment du premier examen, il existe à la partie gauche et antérieure du scrotum, à deux centimètres environ au-dessus de la région occupée par le testicule, et, perpendiculairement à la direction du cordon, une plaie linéaire, non mâchée, non dilacérée, et longue de trois à quatre centimètres. Par cette plaie, est sorti le testicule; cet organe est plus volumineux qu'il ne devrait être à l'état normal; il est peu douloureux au toucher; en l'examinant attentivement, on distingue à sa surface les fibres du crémaster disposées en anses. Le cordon spermatique n'est ni dur, ni douloureux, ni plus volumineux qu'à l'état ordinaire. Par une petite portion de la face qui donne attache au cordon, le testicule adhère aux lèvres de la plaie à l'aide de quelques brides celluleuses qui s'opposent à la réduction de l'organe hernié.

Le lendemain, la surface du testicule, qui la veille était lisse et nette, présentait un peu de suppuration, et l'aspect des fibres musculaires n'était plus aussi manifeste que le premier jour.

Le premier soin de M. Voillemier fut de chercher à faire rentrer le testicule dans la cavité scrotale, et de procéder, si faire se pouvait, à sa réinstallation. Il commença par détruire avec des ciseaux et la sonde cannelée les adhérences que nous avons dit exister entre le testicule et la plaie. La plaie accidentelle qui avait donné issue au testicule étant trop étroite pour lui permettre de rentrer, soit par suite de l'augmentation du volume de l'organe hernié devenu le siége d'un travail inflammatoire commençant, soit par une rétraction des lèvres de la plaie, une incision longitudinale fut pratiquée au scrotum perpendiculairement à la plaie et jusque sur elle. Le testicule fut replacé dans le lieu qu'il doit occuper; deux points de suture réunirent les bords de la solution de continuité; une ouverture fut ménagée à la partie la plus déclive de la plaie pour donner issue à la suppuration qui, d'après l'état dans lequel avait été trouvée la surface du testicule, devait inévitablement s'établir.

Au bout de trois jours, les points de suture furent enlevés, et une suppuration de bonne nature s'établit. Sans suivre jour par jour la marche de la maladie, contentons-nous de dire que quelques accidents inflammatoires sans gravité, mais plus violents cependant qu'on ne les attendait, furent combattus par des applications émollientes et des cataplasmes; qu'un petit abcès se forma au point déclive de la plaie, fut ouvert avec la lancette, et se termina promptement; enfin que, pendant son séjour à l'hôpital, le malade, qui était d'une constitution faible et lymphatique, a été pris d'une diarrhée qui n'a cédé qu'aux opiacés.

Il est sorti un mois après son entrée, en très bonne voie de guérison, ne présentant plus qu'un très petit point de la plaie non cicatrisé; le testicule, complétement réintégré dans le lieu qu'il doit occuper à l'état normal, est seulement peut-être un peu plus volumineux que celui du côté opposé.

Ce fait de hernie du testicule à travers une plaie du scrotum, laquelle a pu être réduite et a été suivie de guérison

complète, l'organe ayant repris son droit de domicile, est d'autant plus curieux qu'il est plus rare. Nous avions même cru pendant quelque temps, avec M. Voillemier, qu'il était sans analogue dans la science; pensée dans laquelle nous étions confirmé par le silence des auteurs sur les plaies des bourses, lorsque des recherches attentives nous ont fait découvrir un exemple aussi remarquable et aussi heureusement terminé de hernie testiculaire par suite de violence extérieure, mentionné dans un recueil assez peu connu maintenant, les *Annales de la Société de médecine de Montpellier*, tome VII, page 434. — 1806.

L'intérêt et la rareté de ce genre nous engagent à donner une analyse rapide de cette observation :

Un homme de soixante-dix ans, occupé à tenir un âne, s'étant embarrassé le pied dans le licou de l'animal au moment où celui-ci prenait le galop, saisi d'un accès de fureur, tomba sur le dos, et fut traîné dans cette position à travers une colline l'espace d'environ trois cents pas. Le chemin à travers lequel cet homme avait été traîné était montueux, inégal, très pierreux ; aussi les épaules, les fesses, les mollets, le dos et la partie postérieure des bras et des cuisses furent-ils écorchés et ensanglantés. Ce n'est pas tout ; une pierre tranchante lui déchira transversalement la partie droite du scrotum dans l'étendue de près de quatre travers de doigt ; le testicule de ce côté sortit, ainsi que le cordon spermatique, qui fut tellement tiraillé dans cette course rapide, qu'il s'étendait en passant entre les fessses juqu'à la région sacrée, et en ligne droite, jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Cet homme fut porté dans son lit couvert de sang. Appelé de suite près du malade, M. le docteur Gaston, de Saint-Ybars, trouva les parties dans l'état suivant :

Le testicule droit pendait hors des bourses jusqu'au tiers inférieur de la cuisse ; il était dépouillé de la tunique vaginale et érythroïde, qui restèrent unies au scrotum, parsemé de petits graviers qui pénétraient la tunique albuginée, et divisé, suivant sa largeur, à sa face externe, par une déchirure pénétrant bien avant dans la substance propre de l'organe. L'épididyme était froissé et détaché du testicule à son extrémité supérieure ; le cordon très distendu, sans avoir perdu de son diamètre, qui était celui d'une plume à écrire ; le serotum transversalement déchiré à sa partie inférieure droite, dans l'étendue d'environ quatre travers de doigt ; cette partie ayant aussi une deuxième déchirure qui coupait la première à angle droit, de manière à former un petit lambeau flottant par son extrémité. L'intérieur du serotum, rempli de petits morceaux de pierre et autres corps étrangers.

« Ce cas grave, dit l'auteur, me frappa d'autant plus, que je n'avais vu dans aucun auteur mention d'un pareil accident. Aussi restai-je plus d'un moment à penser sur la conduite que j'avais à tenir en cette occurrence. Tantôt je penchai pour l'amputation du testicule, tantôt pour la réduction, vu que le dommage n'était qu'accidentel, et non l'effet d'un vice organique, et que le sujet était d'ailleurs sain et exempt de virus. Je demandai donc une consultation. » Mais le confrère que l'on voulait appeler ne pouvant se rendre près du malade que sept ou huit heures plus tard, M. Gaston, après avoir minutieusement nettoyé les parties malades, fit la réduction à tout hasard, et jusqu'à nouvelle détermination. Le testicule, replacé dans ses enveloppes, maintenu avec des plumasseaux de charpie, fut arrosé de décoctions émollientes, et bientôt le malade dit se trouver assez bien.

Après la consultation, les deux chirurgiens restèrent d'accord sur ce point, que le testicule devait être maintenu ainsi réduit, et que la marche et l'intensité des accidents inflammatoires seraient attentivement notées, et fourniraient les indications ultérieures. L'état contus des parties, la prévision d'une suppuration inévitable, engagèrent les chirurgiens à ne pas pratiquer de point de suture sur les parties divisées du serotum, et à se contenter de l'application de plumasseaux maintenus par des compresses et un suspensoir. Peu de jours après, en effet, la suppuration s'établit, aucun accident ne survint; la réunion des parties se fit par seconde intention, et le trente-cinquième jour après l'accident, le blessé était complétement guéri. Le cordon spermatique était seulement resté plus volumineux qu'il ne l'est naturellement; le testicule garda le double de sa grosseur ordinaire, resta adhérent dans toute sa circonférence avec le scrotum ; enfin il se conserva dans sa totalité, et la cicatrice de la déchirure du scrotum se fit à ses dépens, ce qui est resté facile à reconnaître; car le testicule s'y présentait à nu et sous un aspect blanchâtre, luisant et très lisse.

Ce fait est, on le voit, à très peu de chose près, l'analogue de celui que nous avons observé dans le service de M. Voillemier ; avec cette différence cependant que, dans le cas de M. Gaston, la blessure était plus grave, présentait tous les caractères d'une plaie contuse et intéressait le testicule lui même; partant, que l'heureuse terminaison est encore plus surprenante que dans le fait de la clinique.

Nous avons lieu de nous étonner qu'aucun auteur n'ait fait mention de cette observation, si digne d'intérêt sous tous les rapports. Nous serons heureux si la publication et le rapprochement que nous avons faits de ces deux cas peuvent, en fixant l'attention des chirurgiens sur des résultats pareils, nous attirer la communication de faits semblables, dont il nous semble impossible que la science ne possède pas quelques cas.

Z...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Diminution subite de la rate par l'alcoolate de quinine (expérience faite sur un animal vivant) ; par M. PAGÈS, interne.

L'augmentation du volume de la rate dans les fièvres intermittentes, ne peut être reconnue dans, la plupart des cas, que par une habitude de percussion qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder ; dès lors, comme je l'ai dit dans un précédent article, il n'est pas étonnant que les faits observés par certains médecins soient révoqués en doute par d'autres. On croit plus volontiers un sens que l'on cultive journellement. La vue et l'ouïe sont, parmi nos organes de sensations, ceux auxquels personne n'a la fantaisie de refuser son adhésion. Aussi, est-ce par les yeux qu'il m'est agréable de convaincre certains esprits. Les uns ne croient pas parce qu'ils ne croient réellement pas; les autres ne croient pas parce qu'ils ne veulent pas croire. (Il n'y a pas de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre.)

Aujourd'hui, M. Piedagnel, ancien élève de M. Magendie, a bien voulu me diriger dans une expérience tendant à prouver le ratatinement, la diminution du volume de la rate sous l'influence du sulfate de quinine.

Un chien de moyenne taille a été placé sur une table, on a fait une incision suivant la ligne blanche, étendue depuis l'ombilic jusqu'au sternum. Une autre incision cruciale est portée du milieu de celle-ci, et perpendiculairement dirigée du côté du rachis sur le côté gauche.

La rate a bientôt fait hernie, et nous avons pu l'observer à notre aise sur le paquet intestinal, qui était sorti avec elle et qu'elle recouvrait; elle était oblongue, dirigée transversalement; son diamètre transverse pouvait avoir vingt centimètres ; son diamètre vertical à peu près six. Vers le milieu, elle présentait un étranglement.

Une incision a été faite au cou pour trouver la veine jugulaire ; après l'avoir ouverte, on y a injecté une solution d'alcoolate de quinine (10 grammes d'eau-de-vie, 13 quinine) ; à l'instant, peut-être après une seconde, nous avons vu la rate diminuer dans tous les sens ; les bords se recoquillent de telle sorte que, de convexe en avant, elle devient plane, en même temps elle perd son poli, devient rugueuse, ridée, présentant un phénomène de la peau que l'on désigne sous le nom de chair de poule ; en même temps son tissu a considérablement durci, et ses diamètres ne présentent plus que quatorze centimètres pour le transversal, et cinq pour le vertical.

Le fait a eu pour témoins M. Piedagnel d'abord, M. Mouchot, son interne, et tous les jeunes gens qui disséquaient dans le pavillon.

Je ne fais aucune réflexion, devant reprendre une serie d'expériences pour fixer buelques points indécis relatifs au sujet qui m'occupe ; je les publierai immédiatement.

Je me propose surtout d'injecter dans l'estomac des animaux le liquide en question.

Aujourd'hui dimanche, nous nous sommes rendus à l'Ecole pratique pour continuer nos expérienees ; je portais avec moi trois substances, de l'alcoolé de quinine, de l'alcool et du sulfate de quinine.

Trois chiens ont été soumis à nos épreuves; le premier, le plus petit, était de chétive apparence. On a pratiqué les incisions nécessaires pour mettre la rate à découvert et au dehors de l'abdomen. Chez celui-ci, comme chez les autres, l'organe au contact de l'air, préalablement à toute espèce de manœuvre autre que l'incision, a perdu un peu de son luisant, et a présenté (à un léger degré il est vrai) cet aspect de chair de poule, cette série de petites papilles que nous croyons être le premier degré de l'influence du sulfate de quinine.

Bientôt, après avoir cherché le duodénum pour l'ouvrir, on a fait une injection de l'alcoolé de quinine dans l'estomac. Cet organe était absolument vide d'aliments ; la rate elle même était de très petite dimension. Après un moment d'attente, nous avons vu la rate se hérisser de nombreuses papilles, devenir aride, c'est-à-dire perdant un peu de l'humidité qui la lubrifiait avant l'injection ; son tissu se durcit d'une manière notable sous le doigt. Les diamètres mesurés auparavant, tout aussi bien qu'on a pu le faire avec une règle droite, n'ont cependant pas changé d'une manière notable; néanmoins elle a un peu changé de convexité et d'épaisseur, et l'influence de l'alcoolé de quinine a été notable pour tous.

Immédiatement après, une injection d'alcoolé de quinine a été faite par la veine, et nous avons cru remarquer un peu plus de rugosités sur la rate. L'effet a été plus sensible.

Deuxième chien. — Celui-ci était d'une taille un peu plus forte ; les résultats ont été beaucoup plus saillants. La rate présentait, avant l'injection, en longueur quatre-vingt lignes, en largeur seize lignes, dans sa plus petite largeur neuf lignes. Après l'injection par la veine, nous avons trouvé en largeur soixante-douze lignes, dans sa plus grande largeur quatorze lignes, dans sa plus petite largeur neuf lignes. En même temps le tissu a considérablement durci, l'épaisseur a diminué, la rate est devenue plane, ridée, rugueuse et sèche ; nul doute pour personne.

Troisième chien. — Ce chien était le plus gros et le plus fort. Après une incision au cou, on a fait dans la veine jugulaire une injection avec l'eau pure, la rate n'a présenté aucun changement dans son aspect extérieur. Elle présentait dans son plus long diamètre cinq pouces, dans sa plus grande largeur quinze lignes, dans sa plus petite largeur douze lignes.

Après l'expérience, dans son plus grand diamètre cinq pouces, dans sa plus grande largeur dix-huit lignes, dans sa plus petite largeur onze lignes et demie.

Ici, et c'est à noter, augmentation d'un des diamètres de la rate, les autres n'ayant pas changé d'une manière assez formelle.

Le chien n'est nullement affaibli. Injection d'alcool étendu de moitié d'eau. Consécutivement, aspect un peu rugueux de la rate, on dirait même qu'elle s'est légèrement ratatinée ; pas de changement notable dans aucun des diamètres. Après une assez longue attente, troisième injection avec de l'alcoolé de quinine.

Aussitôt la rate se ride, se hérisse, se couvre d'aspérités nombreuses, se dessèche ; en même temps ses bords se recoquillent de telle sorte, que de convexe qu'elle était auparavant dans le sens de sa longueur et de sa largeur, elle devient non-seulement plane, mais présente une concavité sensible dans le sens de sa largeur; elle présente absolument le même phénomène que si elle avait été exposée au feu ; en même temps son tissu durcit d'une manière très sensible ; cependant ses diamètres n'ont pas sensiblement varié. Nous en donnerons l'explication.

On avait trouvé avant l'expérience le plus grand diamètre égal à 5 pouces ; dans le sens de la plus grande largeur, 18 lignes, et de la plus petite, 11 lignes. Après l'expérience, le plus grand diamètre, 5 pouces ; la plus grande largeur, 17 lignes ; la plus petite, 11 lignes et demie.

Le premier phénomène qui se présente lorsque la rate est mise à découvert et au contact de l'air, c'est l'aspect terne et rugueux qui contraste avec l'éclat brillant, lisse et humide de cet organe au moment où il sort de l'abdomen. Toutes les fois que nous avons fait nos expériences, nous avons attendu que cet état eût atteint son apogée, et ce n'est qu'après un *statu quo* assez long que nous avons commencé. Au reste, cet état papillaire est assez peu prononcé comparativement à celui que nous avons obtenu par nos injections.

Ayant constaté d'une manière si évidente l'influence du sulfate de quinine dans les veines sur la rate (*voyez* notre première observation), nous avons voulu observer s'il en serait de même en injectant ce même sel dans l'estomac : après environ deux secondes, nous avons obtenu un résultat sensible. Les mesures, il est vrai, n'ont pas attesté une diminution dans les diamètres semblable à celle de la première expérience (4 centimètres sur 20) ; mais avec des mesures plus précises, nous aurions trouvé cette différence que les yeux nous attestaient. Nos mesures étaient prises avec une règle droite ; on conçoit combien était défectueux un semblable moyen, consistant à mesurer sur une ligne droite une face convexe dans tous les sens. Du reste, tous ceux qui étaient témoins de l'expérience ont constaté et suivi l'effet de l'alcoolé de quinine. Sur la rate injectée par l'estomac, il paraîtrait, au reste, que la rate était naturellement à son summum de ratatinement. (M. Piedagnel a eu le soin de nous faire remarquer que l'estomac étant vide, la rate devait naturellement être petite et revenir sur elle-même). Ce qui prouverait enfin que nos données étaient fondées, c'est qu'immédiatement, le chien étant dans toute sa vigueur, nous avons injecté de l'alcoolé dans la veine jugulaire, et la rate n'a pas bougé.

Sur le deuxième chien, une injection d'alcoolé de quinine a été faite dans la veine ; l'animal était plus gros que le premier : les résultats ont été des plus manifestes. Nous avons eu une diminution dans deux diamètres à la mesure, et assez considérable. L'aspect de la rate, au reste, a été le même que dans l'observation précédente, avec néanmoins une plus grande intensité.

Enfin, arrivons à notre expérience culminante :

Pour que nos résultats attestassent une spécificité dans l'alcoolé de quinine, il fallait que tout liquide au hasard ne produisît pas le même effet. Reconnaissant sous ce rapport la valeur de l'objection, nous avons injecté de l'eau pure dans la veine jugulaire du troisième chien ; celui-ci était le plus gros et le plus fort, la rate mise à nu était volumineuse, aussi nous attendions-nous à de beaux résultats : nous n'avons pas été trompé. Après la perte de pli de la rate, nous avons fait notre injection d'eau pure ; aucun résultat absolument n'a suivi.

Quelque temps après, nouvelle injection avec une solution moitié eau, moitié alcool : ici nous avons cru remarquer une modification de la rate sous le rapport de son aspect ; il nous a semblé aussi la voir se crisper, mais d'une manière peu sensible.

Après une assez longue attente, nouvelle injection par l'alcoolé de quinine ; aussitôt changements que j'ai détaillés dans la troisième expérience. Je ne puis mieux comparer la rate, après cette injection, qu'au même organe qu'on aurait placé sur le gril.

Le résultat a été assez manifeste pour qu'on ait pu suivre les bouts de la rate par une de ses extrémités, se recoquevillant et formant un godet assez prononcé d'une surface plane ou plutôt légèrement convexe auparavant.

Cette troisième expérience me paraît concluante ; trois substances ont été injectées sur le même animal, l'eau simple, l'alcool mélangé et l'alcoolé de quinine. Nul résultat pour le premier agent, résultat douteux pour le deuxième, résultat convaincant pour le troisième; et cependant, dans cette troisième injection, l'animal était affaibli par les précédentes ; nous devions nous attendre à un effet moins palpable. Il est vrai, et qu'on le comprenne bien, nous avons trouvé l'estomac de ce dernier animal complétement rempli ; la rate ne pouvait qu'être congestionnée : c'est ce qui nous explique, avec la taille plus élevée du chien, la plénitude du résultat.

Je suis heureux d'avoir établi le premier par mes expériences la base fondamentale de la théorie de M. Piorry. Ces faits étant une fois connus et acceptés, je ne vois pas l'objection sérieuse qu'on pourrait faire aux résultats plessimétriques de la rate. Nous n'avons pas, il est vrai, trouvé sur les trois derniers chiens une diminution de la rate aussi surprenante que pour le premier. Je ne sais à quoi tient cette différence; peut-être le premier se trouvait dans des circonstances particulières de maladie, d'autant mieux que la rate était beaucoup plus volumineuse que dans les autres. Si chez les animaux de la race canine, comme l'a établi M. Desprez, il existe de véritables fièvres intermittentes, pas de doute que

ces maladies doivent ressembler organiquement à celles de l'homme.

Quoi qu'il en soit, si sur un petit animal pris au hasard, même à jeun, lorsque l'organe splénique est le plus revenu sur lui-même, si sur cet animal nous observons un résultat évident, quel effet dans les fièvres intermittentes doit avoir l'alcoolé de quinine chez l'homme dont la rate est volumineuse, gonflée, peut-être même étendue au delà de son extensibilité naturelle ! C'est ici surtout que nous prouvons et suivons ligne par ligne cette diminution instantanée de la rate dès la deuxième seconde, point si controversé et que j'espère avoir désormais fixé.

A côté d'un fait vient se présenter la question de priorité ; rappelé dans ma famille, dans une petite ville de province, je tiens peu à un triomphe d'amour-propre dont au reste je ne pourrais recueillir les fruits. Je ne sais s'il existe quelque travail sur l'injection de quinquina dans l'organisme, et cela dans le but que nous nous sommes proposé. Il paraîtrait même, d'après ce que m'a dit M. Piedagnel, que M. Magendie se serait occupé de ce sujet et aurait trouvé des résultats neutres quant au sulfate de quinine, positif quant à la noix vomique. M. Piorry m'a dit que l'injection de quinine lui avait été donnée comme négative par le même physiologiste. Quoi qu'il en soit de cette question de vanité, j'y tiens peu ; ce qui me flatterait le plus, ce serait de croire avoir été utile. Je sais que l'on pourrait exiger de moi un nombre plus considérable d'expériences ; mais à la veille de partir, j'ai voulu mettre au jour celles qui me paraissent concluantes, afin qu'on pût en vérifier les résultats le plus tôt possible, et en retirer le bien dans le diagnostic et le traitement des fièvres intermittentes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Hernie inguinale du côté gauche réduite spontanément par l'application d'un cataplasme.

Au n° 39 de la salle Saint-Louis est placé le nommé Loew, cordonnier, âgé de cinquante et un ans, Alsacien, entré le 2 juillet 1846.

Cet homme, d'une bonne et robuste constitution, porte depuis trois ans une hernie inguinale du côté gauche, venue insensiblement : d'abord grosse comme une bille et siégeant à l'aine, elle augmenta peu à peu de volume tout en gagnant les bourses. La hernie rentrait facilement, mais s'échappait au moindre effort ; un bandage fut appliqué ; mais le malade ne le portait pas d'une manière continue ; il le gardait un certain temps pour l'ôter ensuite.

Quant à la cause du développement de cette hernie, le malade l'attribue à des efforts de toux ; depuis quatre ans, il est atteint d'un catarrhe ; son père ni sa mère n'ont pas eu de hernies, mais un de ses frères en est affecté.

Mardi dernier, 30 juin, la hernie s'est échappée dans un accès de toux ; cette fois les essais du malade pour la faire rentrer furent inutiles ; il eut de fortes coliques dans la nuit du mardi au mercredi, et il vomit à trois reprises différentes d'abord des aliments et puis des matières liquides verdâtres.

Le mercredi matin, le malade parvint à faire rentrer la tumeur ; la journée du mercredi se passa bien ; le malade se remit à son travail sans appliquer son bandage, qui d'ailleurs vieux et en très mauvais état était devenu inutile ; il alla à la selle plusieurs fois dans la journée.

Aujourd'hui jeudi, vers deux heures, pendant que Loew descendait son escalier, la hernie est sortie de nouveau.

Des douleurs dans le ventre se sont fait sentir toute la journée comme dans la nuit de mardi, mais point de vomissement ; les tentatives de réduction furent inutiles ; le malade, qui avait déjeuné le matin vers dix heures, ne put plus manger de la journée ; il se décida à venir à l'hôpital, où il fut reçu vers cinq heures du soir.

Le malade a été à la garde-robe dans la matinée.

A son arrivée, on constate une hernie inguinale du côté gauche qui a paru être étranglée. On fait donner un bain, après lequel le taxis est de nouveau pratiqué par l'interne de garde, mais toujours sans succès. — Un lavement purgatif est prescrit.

Ayant vu le malade à dix heures du soir, je constatai ce qui suit :

Une tumeur du volume du poing, piriforme, dont la grosse extrémité tournée en bas et la partie rétrécie dirigée vers l'anneau inguinal occupent le côté gauche, descendue dans le scrotum.

La peau qui la recouvre est chaude, lisse, luisante, fortement tendue et un peu rouge dans la partie qui occupe la bourse. La tumeur est douloureuse à la pression ; projetée en avant, elle fait subir à la verge un déplacement vers le côté droit ; elle est très dure, rénitente et fort lourde ; complétement mate ; sa surface est uniforme ; son pédicule, ou sa partie rétrécie, représente une corde très dure du volume de trois doigts réunis, occupant le canal inguinal. La hernie est bien distincte du testicule ; elle en est séparée par un sillon ou étranglement distant de la base de la tumeur de deux travers de doigt. Cet organe occupe la partie inférieure du scrotum.

Le ventre est peu douloureux à la pression, excepté vers la moitié gauche, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté.

Point de vomissements ni même de sensations ; le malade est calme ; le pouls régulier, assez développé, à 76.

Le lavement purgatif administré il y a demi-heure environ n'a encore produit aucun effet. Les tentatives de taxis sont douloureuses, je ne les prolonge pas au delà de dix minutes ; rien ne rentre.

Je fais appliquer sous les jarrets du malade un coussin assez gros qui tient les cuisses fléchies sur le bassin ; un cataplasme recouvre la hernie. Son application est bientôt suivie d'un soulagement notable ; le malade s'endort.

Il a dormi parfaitement jusqu'à cinq heures du matin. A son réveil, il a porté sa main à la région de l'aine, et il a été très étonné de ne plus y trouver la hernie ; celle-ci était rentrée toute seule sous l'influence du cataplasme, ce qui prouve que nous n'avions affaire qu'à une hernie enflammée.

La réduction est en effet complète ; plus de douleurs dans le ventre. On remarque que le testicule de ce côté descend beaucoup plus bas que l'autre, ce qui tient à la longueur plus grande du cordon.

Dans la matinée, il y a eu une garde-robe abondante.

Le 4, le malade sort muni d'un bandage.

— Ce fait, recueilli par un des internes du service, M. Lamaëstre, auquel nous devons déjà plusieurs communications importantes, nous a semblé d'autant plus intéressant qu'il montre combien, dans des cas souvent très embarrassants, les médications les plus simples et sur l'efficacité desquelles il semblait le moins permis de compter, ont pu produire d'heureux résultats que l'emploi des méthodes les plus rationnelles n'avait pu parvenir à déterminer. X.

REVUE GÉNÉRALE.

Kyste pileux du cul-de-sac ombilical. — La science possède un grand nombre de faits de kystes pileux. Leur siége le plus fréquent est dans l'ovaire. Quelle que soit l'explication de ces faits, que l'on admette, qu'on les rapporte à des grossesses extra-utérines ou à des emboîtements de germes, ils n'en restent pas moins très curieux. Aussi, ne saurions-nous passer sous silence l'observation suivante, rapportée par M. Chéreau dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales.

Eugène Constant, âgé de vingt-cinq ans, grand, brun, d'une bonne constitution, ayant joui jusqu'ici d'une excellente santé, est pris tout à coup, vers la fin du mois de juin dernier, de douleurs abdominales très vives, qui l'obligent de s'aliter. Il y avait peu ou point de fièvre ; point de chaleur à la peau ; les intestins fonctionnaient comme à l'ordinaire ; aucun symptôme enfin bien marqué de réaction constitutionnelle.

Le malade, valet-de-chambre, se trouvait en ce moment à la campagne de ses maîtres, et le médecin de ces derniers, qui par hasard s'y trouvait aussi, quoique habitant Paris, lui donna les premiers soins. Son diagnostic fut : une inflammation abdominale, qu'il localisa dans les intestins. Vingt-cinq sangsues furent appliquées dans l'hypochondre droit ; on y ajouta des cataplasmes et des boissons acidulées. Ces moyens calmèrent les douleurs sans les faire cesser complétement, et Constant se trouva forcé, pour des motifs qui me sont inconnus, de revenir à Paris. C'est alors qu'il réclama mes soins.

Je trouvai le malade couché sur le dos, la figure calme, respirant la quiétude la plus parfaite ; point de fièvre ; peau d'une chaleur et d'une humidité normales ; la langue n'offre vers sa partie antérieure qu'un léger tapis jaunâtre et friable ; constipation depuis quarante-huit heures ; le ventre, examiné avec soin, offre une douleur vive à la pression, mais à la pression seulement ; elle siége autour de l'ombilic et autour de cette ouverture dans l'étendue de quatre centimètres environ dans tous les sens ; la main exploratrice parcourt une tuméfaction anormale, une espèce d'empâtement ; l'on dirait qu'en cet endroit les parties abdominales ont acquis une épaisseur insolite qui ne règne dans aucune autre partie du ventre ; la peau n'est nullement injectée, l'on n'y perçoit aucune pulsation. — Prescription : Cataplasmes émollients, quarante-cinq grammes d'huile de ricin, tisane rafraîchissante, diète.

Le 5 juillet, le purgatif a donné issue à des garde-robes nombreuses et semi-liquides ; la tuméfaction abdominale et circonscrite est toujours la même, mais l'ombilic a subi des modifications très singulières ; son ouverture est occupée par une petite tumeur exactement semblable, tant sous le rapport du volume que sous celui de la couleur, à une grosse cerise ; cette tumeur, qui laisse entre elle et les parois de l'ombilic un petit espace circulaire libre de toutes parts, s'est déchirée vers un des côtés, précisément quelques secondes avant ma visite ordinaire, et a laissé échapper par cette ouverture deux corps particuliers qui constituent toute l'originalité de cette observation et qui méritent d'être décrits avec soin.

Ces deux corps rappellent par leur forme et leur couleur deux haricots blancs, et cela si exactement, qu'il faut une attention de quelques minutes pour ne point tomber dans une erreur grossière ; forme oblongue, un bord arrondi, l'autre déprimé ; vers le milieu de ce dernier, un hile bien marqué ; faces bombées, couleur blanc-mat, rien n'y manque. Ces deux corps, qui pèsent chacun deux grammes, étaient accolés l'un sur l'autre, et pour cela une de leurs faces s'était aplatie, afin que l'adaptation se fît plus exactement. Leur tissu, si on peut appeler ainsi une matière qui ne paraît pas organisée, est gras, doux au toucher, et composé de lamelles très fines qui se déchirent avec la plus grande facilité.

(Voici l'analyse qui en a été faite, à ma prière, par M. Homolle. « Ces matières ont présenté les particularités suivantes : L'alcool hydraté en dissout une substance jaunâtre, extractiforme, d'odeur animalisée et de saveur fortement salée, en faible proportion ; l'alcool rectifié en a séparé des parcelles d'une substance grasse cristalline facilement fusible ; enfin l'éther en dissout à froid une assez forte proportion d'une substance blanche, nacrée, cristalline, que l'on a pu saponifier par la potasse caustique. Le résidu, examiné à un grossissement de 80, présente des écailles et des débris épidermoïdes ; il contient de plus des poils courts et bruns. Je crois pouvoir en conclure que cette matière est composée de stéarine et de margarine, plus quelques sels et des débris d'épiderme ; ce qui la rapproche, pour la composition, de la matière contenue dans les follicules sébacés. »)

Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que cette matière était mêlée à une infinité de petits poils dont les plus longs mesuraient un centimètre et demi, fins, soyeux, entremêlés, tordus sur eux-mêmes, ici isolés, là réunis en petites touffes dont l'extrémité s'échappait par l'un des côtés de la masse. Examinés au microscope, ces poils n'ont offert aucune extrémité bulbeuse ; l'on eût dit, par leur transparence, par leur couleur argentine, qu'ils étaient morts et n'étaient plus pénétrés d'aucun fluide.

Après l'élimination de ces deux corps, le malade marcha rapidement vers la guérison ; le lendemain, le petit kyste laissa exhaler une suppuration peu abondante, bien franche et avec l'odeur qui lui est propre. Un stylet boutonné introduit dans l'ombilic, par l'ouverture même du kyste, pénétra jusqu'à quatre centimètres. Peu à peu le kyste s'affaissa sur lui-même, rentra dans l'hiatus ombilical ; la suppuration s'arrêta, les douleurs cessèrent complétement, et au bout de cinq ou six jours le patient put rentrer en maison.

Observations sur les bluters ou hommes saignants. — On lit dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, un travail sur la constitution des individus chez lesquels, comme on sait qu'il arrive quelquefois, la moindre blessure est l'occasion d'une hémorrhagie qui tôt ou tard devient fatale. Nous en avons cité plusieurs cas dans notre collection. M. Vieli a cru pouvoir imposer à ces individus le nom de bluters ou hommes saignants, ces individus étant très communs dans le pays des Grisons, où il exerce la médecine. Tenna, village élevé à 5,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, en fournit le plus grand nombre ; quoique trois familles assez nombreuses aient émigré, on y compte encore vingt bluters. Aucune infraction notable des lois de l'hygiène n'explique cette prédisposition, qui est le triste privilége de certaines familles, et semble se rencontrer de préférence chez des individus vigoureux, bien portants, et d'une belle conformation.

La constitution hémorrhagique est, disons-nous, héréditaire ; elle l'est chez tous, et elle offre encore cette singularité, qu'elle ne l'est que par les femmes, les enfants d'un homme bluter ne l'étant point, à moins que la mère ne la soit aussi. Les enfants d'une femme bluter ne le sont cependant point nécessairement tous, puisqu'on en observe quelques-uns qui meurent dans un âge assez avancé sans avoir jamais éprouvé d'hémorrhagies. La disposition aux pertes de sang ne se déclare chez quelques-uns qu'à une époque assez avancée ; chez d'autres on l'observe peu de temps après la naissance. On ne sait quel a été le point de départ primitif de cette étrange constitution, les familles de bluters étant établies dans le pays depuis un temps immémorial et paraissant avoir toujours offert la même disposition.

Les maladies auxquelles les bluters succombent le plus souvent sont, outre les hémorrhagies de toute espèce, l'hydropisie et la gangrène, suite de blessures. Les hémorrhagies ont lieu par les plaies et par les muqueuses diverses, depuis celle du nez jusqu'à celle des organes génitaux. Cependant on suspend assez facilement l'écoulement du sang qui résulte d'une saignée ou de ventouses. Le sang même des plaies s'arrête d'abord bien ; mais la plaie se couvre d'une croûte noire ; au bout de huit jours elle se gonfle, devient tellement sensible et douloureuse, que les malades en éprouvent parfois des syncopes et des convulsions ; puis le sang se fait jour à l'extérieur, et tous les accidents disparaissent. Ils ne tarderaient pas à se reproduire si l'on arrêtait l'hémorrhagie ; les bluters supportent d'ailleurs impunément les hémorrhagies les plus abondantes. Le pourtour des plaies en voie de guérison offre chez ces malades les couleurs de l'arc-en-ciel.

Ces individus recouvrent leurs blessures de pommes de terre crues et râpées. Quelquefois ils se font tirer du sang sur un point éloigné du lieu de l'hémorrhagie. On dit qu'un médecin distingué de Coire arrêta une semblable hémorrhagie en débridant la plaie.

L'auteur rapporte qu'ayant voulu chez un des bluters arrêter une hémorrhagie par les gencives qui durait depuis quatre semaines, et avait fait perdre une quantité de sang incroyable, il comprima l'artère carotide. L'hémorrhagie cessa en effet ; mais il survint aussitôt des syncopes et des convulsions. Les mêmes accidents se renouvelèrent quand il voulut appliquer la pompe à ventouse sur les extrémités inférieures. La compression locale eut plus de succès ; mais le malade ayant cessé d'appeler M. Vieli pour la renouveler et l'ayant probablement mal faite, ne tarda pas à succomber.

L'iodure de fer a dissipé des hémorrhagies nasales et des tumeurs sur diverses parties du corps se formant par la moindre contusion chez un enfant de sept ans, dont la maladie, par exception, ne paraissait pas héréditaire. Tout retour de la maladie fut suspendu pendant trois mois. Malheureusement le petit malade ne voulut pas continuer la médication.

Rupture de la cornée par suite de l'extraction d'une dent ; staphylome. Opération. — On lit dans les *Annales d'oculistique* un fait des plus curieux et qui semble venir à l'appui de cette opinion répandue dans le peuple, que l'extraction de certaines dents, peut avoir une influence fâcheuse sur la vision. Ce fait est dû au docteur Duval (d'Argentan).

Un professeur de mathématiques du collége de Cherbourg, souffrant fort impatiemment une névralgie dentaire qu'il ne savait trop à quelle dent attribuer, se présente chez un officier de santé, lequel, cédant à ses instances, parvient, après des tentatives longtemps infructueuses, à arracher la première dent molaire du côté droit, la seule qui parût cariée. Les désordres locaux causés par l'extraction ont été plus graves et de plus longue durée qu'il n'est d'habitude en pareil cas. Deux mois après, un médecin de Caen crut reconnaître une fistule du sinus et une carie de l'os maxillaire, ce qui ne se trouva point confirmé lorsque ce médecin eut évulsé la molaire voisine. Malheureusement il crut devoir pénétrer dans le sinus, et pour cela il fractura l'os maxillaire dans la partie antérieure, et parvint, au milieu d'efforts inouïs, à arracher un fragment de cet os. L'opéré, depuis l'extraction de sa première dent, n'avait jusque-là éprouvé que des douleurs sourdes, et rien de particulier du côté des yeux. Mais à l'instant où on lui brisa l'os maxillaire il éprouva une douleur effroyable, ses deux yeux se dévièrent de leur axe ; il perdit momentanément la vision ; la bouche se contourna dans le sens opposé à l'opération ; la langue perdit en partie sa faculté gustative et se dévia aussi ; l'ouïe, de son côté, cessa de percevoir les sons. La faculté visuelle se rétablit le lendemain du côté gauche, et le strabisme y cessa ; mais l'œil droit fut pris d'une violente ophthalmie, qui, malgré les collyres de zinc et de cuivre, malgré l'usage interne et externe de l'opium, de la belladone et de scarifications répétées de la conjonctive, amena en huit jours la rupture de la cornée, une hernie de l'iris, et à huit autres jours de là, lorsque M. Duval vit le malade, il existait un staphylome énorme, qui était comme enchâssé dans un bourrelet de chairs livides.

M. Duval enleva le staphylome et excisa largement le chémosis dans la totalité du pourtour de la cornée ; il en résulta une abondante effusion de sang, qui diminua beaucoup les douleurs incessantes éprouvées jusque-là par le malade. Grâce aux applications émollientes et narcotiques, la réaction fut à peu près nulle, et finalement il s'est formé un disque à demi transparent qui remplace et simule assez bien la cornée ; le globe de l'œil n'est même pas sensiblement diminué de volume, et il semble se mouvoir un peu ; la paupière aussi manifeste quelques velléités de mouvement. Le malade perçoit le passage de la main ; mais la bouche est restée déviée ; la langue continue d'être froide et insensible aux saveurs dans la moitié correspondant à l'opération, et l'ouïe d'être dure. Il existe une fistule du sinus maxillaire. Voilà l'état du malade six semaines après l'opération de M. Duval.

Pour cet ophthamologiste, la cause déplorable de tous les désordres qui eurent lieu se trouve dans l'énervation qui fut la suite de la dilacération violente du nerf maxillaire supérieur. La conséquence pratique qu'il en tire est qu'il y a positivement du danger à faire l'extraction d'une dent quelle qu'elle soit, et *à fortiori* à pratiquer des opérations majeures en cette partie, lorsqu'il existe des douleurs telles qu'on peut supposer que tout l'ensemble nerveux du trijumeau participe à la douleur dentaire locale.

M. Duval fait observer, relativement à l'ablation du staphylome, qu'en se contentant d'enlever la cornée sans solliciter la sortie du cristallin, et en ménageant pour lors le corps hyaloïdien, on a une inflammation consécutive constamment beaucoup moindre que si on évacue la totalité des humeurs.

Du goître sous-sternal, par le docteur GIEHRL. — Une variété de goître encore très peu connue consiste dans le prolongement d'un des deux lobes de la glande thyroïde, qui se prolonge sous la clavicule jusque dans la cavité thoracique, et y peut prendre un accroissement tel qu'il en résulte la mort par suite de la compression des organes

contenus dans la poitrine. Un cas peut-être analogue est celui que rapporte Boerhaave, relativement à un amiral qui mourut avec les symptômes de l'asthme, et chez lequel on trouva une hypertrophie du thymus.

Le premier fait bien établi de goître sous-sternal a été rapporté par le docteur Zingl, de Monaco, dans sa dissertation inaugurale.

Une servante de vingt-huit ans était affectée de dyspnée et de battements de cœur augmentant lorsque la malade se livrait à quelque mouvement ; en même temps que ces symptômes apparaissaient, on vit la glande thyroïde se tuméfier ; il se forma des varices au cou ; la malade se plaignit souvent de rhumes et de points de côté. Avec le temps, la dyspnée devint extrêmement forte, la toux plus intense, et les battements du cœur, plus obscurs, s'étendirent à toute la poitrine. Ces symptômes se compliquaient souvent de points de côté ; il s'y joignit enfin de la fièvre, de l'orthopnée, du délire, et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva la glande thyroïde un peu augmentée de volume au cou, quoiqu'à un degré peu notable ; mais elle s'étendait jusqu'au péricarde par un prolongement dur, comme squirrheux, parcouru de veines variqueuses, et pesant environ deux livres.

Un second cas a été également observé, à l'hôpital de Monaco, chez un homme d'une quarantaine d'années. Il avait une forte dyspnée et de l'œdème. A l'autopsie, lorsqu'on eut ouvert le sternum, on aperçut un corps volumineux, dur, recouvrant presque tous les viscères de la poitrine jusqu'au diaphragme, auquel il adhérait. C'était un prolongement du lobe gauche du corps thyroïde. Il avait l'aspect et la consistance d'un poumon hépatisé ; à l'incision, il s'en écoula un liquide blanchâtre, trouble et visqueux. Les deux carotides, les veines caves descendantes, les nerfs vagues et les sympathiques de chaque côté étaient compris dans la tumeur. Il est probable que la tumeur datait de longtemps et n'avait d'abord pas causé de phénomènes notables à cause de la lenteur de son développement. Plus tard, elle s'était rapidement accrue par suite d'une inflammation et n'avait pas alors tardé à emporter le malade.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Empoisonnement par les champignons (agaric bulbeux); par le docteur LIONET, de Corbeil.

Madame la baronne Boyer et sa fille, âgées l'une de quarante ans, l'autre de vingt ans, qui habitaient depuis quelques jours le village de Saintry près Corbeil, cueillirent imprudemment une espèce de champignon qui ressemble beaucoup au champignon de couche, excepté qu'il est plus grêle, que son chapeau est recouvert d'une pellicule jaune-verdâtre et que sa tige, très renflée à la racine, est garnie d'un volva qui l'enveloppe entièrement avant qu'il soit épanoui : c'était l'agaric bulbeux, espèce très dangereuse, redoutée même des insectes et qui ne croît que sous l'ombrage des forêts. Elles en firent presque exclusivement leur dîner. Quelques heures après ce pernicieux repas, mademoiselle Boyer éprouva des vertiges et dit à sa mère qu'elle était comme si elle avait pris de l'opium; on lui donna du café, et la nuit fut très calme jusqu'à trois heures du matin, heure à laquelle elle fut éveillée par des coliques et des vomissements; on se contenta de lui faire du thé pour attendre le jour. Je fus prévenu à sept heures du matin; à huit heures, la mère faisait prendre un bain à sa fille, qui commençait aussi à éprouver les mêmes accidents; leurs évacuations ne contenaient déjà plus de traces de champignons. Néanmoins, je prescrivis immédiatement une potion stibiée dans le but d'expulser ce qui pourrait encore rester dans le tube digestif, en recommandant d'en prendre quelques cuillerées seulement, puis d'étendre le reste dans une certaine quantité de liquide pour agir comme lavage. Revenu auprès de ces dames quelques heures après, elles étaient couchées et continuaient de vomir, mais les évacuations alvines étaient beaucoup plus rares.

Jusque-là les symptômes ne présentaient rien de bien alarmant; la langue n'était ni sèche ni froide; la soif n'était pas très intense ; le ventre n'était ni tendu ni douloureux; les extrémités et la peau avaient conservé la température ordinaire; la physionomie était à peine altérée; la circulation paraissait à peu près normale; la mère avait uriné plusieurs fois, mais chez la demoiselle cette sécrétion était complétement nulle depuis l'accident; l'intelligence était parfaitement intacte; ces dames conservaient même une certaine gaieté : elles me parlaient de leurs plaisirs aux bains de mer, de leurs projets, des avantages et des désagréments de leur nouvelle habitation, etc. ; mais ces conversations, toutes spontanées de leur part, étaient momentanément interrompues par des vomissements. Néanmoins, si je n'avais été averti de la gravité de la circonstance par les observations de cas analogues que je trouvais dans les auteurs, j'aurais été naturellement porté à me rassurer, et j'avoue que je m'inquiétai sérieusement que vers les six heures du soir.

La soif devint plus vive; il fallait des boissons plus copieuses et plus froides pour la modérer quelques instants; les vomissements étaient plus rares, mais plus fatigants. La quantité des matières vomies paraissait excéder celle des boissons ingérées; chaque effort était suivi de prostration, quelquefois de défaillance, et la tête retombait sur la poitrine.

La réaction se fit vainement attendre, et c'est à ce moment que je je commençai à désespérer de leur salut. En effet, les extrémités se refroidissaient; la sensibilité semblait les abandonner; une sorte d'engourdissement douloureux se faisait sentir dans les membres inférieurs et dans les lombes; le regard était incertain; les lèvres et la langue étaient froides, et l'indifférence complète de ces deux infortunées l'une pour l'autre fit place à ces moments d'excitation presque enjouée de la matinée. A onze heures du soir, le docteur Petit père voulut bien m'aider des conseils de sa longue expérience; il me proposa d'ajouter à ce que j'avais fait une application de trente sangsues à l'anus à chacune, et les boissons glacées, puis l'huile d'amandes douces, pour calmer l'éréthisme du canal intestinal; toutes deux parurent plus calmes pendant l'action des sangsues, mais aucune amélioration n'en fut suivie. Ce calme trompeur était interrompu souvent par des gémissements et le besoin de boire ou de vomir. Cependant, les vomissements cessèrent dans la matinée chez la mère, c'est-à-dire environ trente-six heures après l'ingestion des champignons, mais elle ne paraissait qu'en souffrir davantage ; elle demandait qu'on la fît vomir. La demoiselle, était plus calme, et continuait de vomir.

Aucun accident nouveau ne se présenta dans la journée; mais plusieurs augmentèrent, et le danger paraissait de plus en plus imminent. L'indifférence de ces deux infortunées l'une pour l'autre avait quelque chose de douloureux pour les assistants. La mère entendait les gémissements de sa fille, la fille ceux de sa mère sans se préoccuper le moins du monde l'une de l'autre; elles ne portaient sur nous leurs regards affaiblis que pour demander à boire: c'est alors seulement que les idées devinrent incohérentes; que le faciès commença à devenir hippocratique chez la jeune fille, qui avait fait preuve d'un courage et d'une résignation extraordinaires; les yeux turgescents se troublèrent, la circulation se ralentit progressivement sans être irrégulière, et elle rendit le dernier soupir en murmurant les noms qui lui étaient chers.

M. Piorry, mandé le matin, ne put arriver que le soir; la demoiselle n'était plus. La mère, qui ne s'occupait aucunement de sa pauvre enfant, avait les yeux caves, les lèvres et la langue froides et violacées; son teint olivâtre rappelait le choléra; on sentait à peine les battements de l'artère radiale, ceux de la brachiale étaient à peine sensibles, et les mouvements du cœur s'affaiblissaient sans devenir irréguliers; l'agonie se prolonge cependant encore jusqu'à six heures du matin, et cette malheureuse mère ne s'occupe pas un instant de sa fille qu'elle avait vu entourée de soins quelques heures auparavant, et dont elle devait apercevoir le chevet abandonné, car une seule porte séparait les deux chambres.

Je n'ai pas cru devoir interrompre ce récit en intercalant les moyens employés, parce qu'aucun n'a été suivi de la moindre amélioration. Je vais simplement les énumérer par ordre.

D'abord quelques cuillerées d'une potion stibiée en lavage pour expulser les débris que pouvait contenir encore le tube intestinal, puis le sirop d'éther, les infusions aromatiques, le lait, la solution de blanc d'œuf, furent vomies immédiatement; les boissons aromatiques éthérées, les vins de Bordeaux et de Frontignan ne furent pas tolérées davantage; les lavements, les frictions sèches ou humides avec l'alcool camphré, l'insolation même et les sinapismes ne donnèrent lieu à aucune réaction. La potion antivomitive de Rivière, additionnée de 10 gouttes seulement de laudanum, parut plus nuisible qu'utile dès les premières cuillerées, et ne fut pas continuée. Les vomissements persistèrent toujours, excepté chez la mère, comme nous l'avons dit plus haut, et elle nous suppliait de la faire vomir. Les sangsues à l'anus ne produisirent pas un meilleur effet; deux choses seules parurent un peu calmer, la glace à l'intérieur et les fomentations émollientes sur le ventre. Nous ne crûmes pas devoir recourir à la saignée, parce que la réaction manquait complétement.

Une des bonnes, qui avait goûté quelques parcelles crues de ces champignons, vomit huit à dix fois au bout de seize heures seulement, et ne fut pas sérieusement indisposée; l'autre qui en avait goûté après la cuisson, et qui soutint longtemps qu'elle ne croyait pas en avoir avalé, n'éprouva les premiers accidents qu'au bout de quarante-huit heures, et donna de vives inquiétudes.

NOUVELLES.

Le concours ouvert à la Faculté pour deux places de prosecteur est terminé depuis le jeudi 17 décembre.

Les deux places ont été obtenues par MM. Demarquay et Cusco.

— Le concours pour les prix des internes est terminé depuis quelques jours. En voici les résultats.

Prix des internes de troisième année. — Médaille d'or, M. Racle. — Médaille d'argent, M. Gabalda. — 1re mention, M. Dumoulin. — 2e mention, M. Verneuil. — Prolongation, MM. Bonnet et Collin.

Prix des internes de première et deuxième années. — Médaille d'argent, M. Debauvais. — Accessit, M. Legrand. — 1re mention, M. Frédault. — 2e mention, M. Fano.

— Le concours pour l'internat est terminé ; nous donnons la liste des 37 nominations d'internes et des 20 provisoires.

Internes. — MM. Coffin, Triquet, Reol, Mignot, Bourceret, Notat, Pierre, Beraud, Vilippel, Piogey, Simonis-Empis, Violet, Pitet, Boivin, Roccas, Beauvais, Boulland, Landau, Denucé, Boursier. Huette, Delacase-du-Thiers, Viard, Juteau, Bouteillier, Rieux, Vignet, Duclos, Blondeau, Botrel, Wictham, Boullard, Thomas, Desternes, Fatou, Dufraigne, Narbonne.

Internes provisoires. — MM. Guillemain, Musset, Ducasse, Martellière, Chauveau, Barbet, Sainet, Sabatier, Letinerant, Gosset, Beraud, Desruelles, Ripault, Masset, Dolier, Leguupil, Gondoin, Lecronier, Delacour, Ferran.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 150. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Phlébite. Infection purulente.

Une jeune fille de dix-huit ans a été dernièrement couchée au n° 17 de la salle Saint Paul. Elle était d'une mauvaise constitution, lymphatique, grêle, mal développée. On comprendra du reste facilement qu'elle fût mal développée, lorsque nous aurons dit que depuis longtemps elle était aménorrhéique. Ses règles avaient paru pendant quelques mois avec assez de régularité, puis s'étaient supprimées; or, en général, chez les jeunes filles dans ces conditions, les autres fonctions se font également mal. Chez la femme, l'intégrité des fonctions utérines est essentielle. Autour d'elles pivotent les autres fonctions dont l'ensemble constitue l'organisme. Voici maintenant ce qu'elle nous a raconté lorsqu'elle est entrée à l'hôpital il y a trois semaines environ. Elle était domestique dans une maison où il lui arrivait souvent de frotter les appartements. Elle fit un jour une chute, et le pied gauche porta violemment dans la rotation en debors; il y eut ce que l'on appelle vulgairement une entorse. Au moment de notre premier examen, voici ce que nous pûmes constater.

La malade se plaignait de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche; il y avait autour des malléoles et surtout autour du tendon d'Achille, un peu de gonflement; les parties tuméfiées présentaient un peu de rénitence, sans fluctuation encore. On augmentait la douleur en imprimant des mouvements à l'articulation. Comme phénomènes généraux, il y avait de la fièvre, de la chaleur à la peau, etc. Evidemment il y avait là une inflammation locale. La malade fut soumise à un régime sévère, à un traitement antiphlogistique local et général, et nous attendîmes; au bout de deux jours, un nouvel examen minutieux de cette enfant nous permit de nous convaincre, à notre grande surprise, que les accidents n'avaient nullement cédé, et qu'il n'y avait pas la moindre amélioration.

La tuméfaction était aussi considérable; nous comprîmes que la suppuration allait s'établir là; peu après, la fluctuation étant devenue manifeste, nous fîmes une large incision, et il s'écoula du pus en abondance. Voilà l'état dans lequel se trouvait la malade, et sa position semblait un peu meilleure, lorsqu'un matin nous la trouvâmes plus fatiguée que de coutume. Elle éprouvait de la douleur le long de la jambe et de la cuisse jusqu'au pli de l'aine. Il devînt pour nous évident que la douleur se propageait le long des vaisseaux fémoraux; il y avait même un certain endolorissement dans la fosse iliaque interne; en outre, tuméfaction des veines superficielles du membre, résultant de l'embarras de la circulation dans les veines profondes.

Sur ces phénomènes, nous déclarâmes qu'une phlébite s'était produite: la circulation superficielle, disions-nous, est plus considérable qu'à l'état normal; le cours du sang est donc gêné dans les veines profondes, qui sont oblitérées. Dans cette pensée, nous fîmes appliquer des sangsues sur le trajet de la veine fémorale; dès le lendemain, amélioration sensible; la jeune malade était soulagée, les douleurs étaient moins vives. Nous nous contentâmes de faire des applications émollientes; nous ne prescrivîmes pas de nouvelle application de sangsues, vu la faiblesse et la mauvaise constitution de l'enfant. Au bout de quelques jours elle ne souffrait plus du tout dans la région crurale, à peine restait-il un peu de douleur dans le creux du jarret; mais trois jours après cet amendement, nouveaux frissons. Le matin, à la visite, affaissement, malaise inaccoutumés, sans que les douleurs fussent reparues avec plus d'intensité que les jours précédents. Nous ne nous rendions pas compte de ces nouveaux accidents, lorsque nous nous aperçûmes que l'articulation scapulo-humérale du côté opposé à celui qu'affectait la maladie pour laquelle cette jeune fille était entrée à l'hôpital, c'est-à-dire l'articulation scapulo-humérale droite était gonflée, douloureuse. A partir de ce moment, nous ne craignîmes pas de nous prononcer; à nos yeux, il y avait infection purulente, et il s'était formé des collections purulentes lointaines, suite de cette infection.

Cependant les frissons n'avaient pas été très violents; la maladie ne marchait pas avec beaucoup de rapidité; nous ne perdions pas encore tout espoir de guérison; à ce propos nous citâmes à ceux qui suivaient notre visite, l'exemple d'un homme que nous avions soigné il y a quelques années pour une plaie pénétrante de la poitrine déterminée dans une émeute par un coup d'épée porté par un sergent de ville. Cet homme fut saigné, et la piqûre de la veine fut suivie d'une infection purulente dont il guérit. Il succomba plus tard, non pas à cette complication, mais à une pleurésie purulente suite de sa blessure, et à l'autopsie nous trouvâmes des traces bien évidentes d'une phlébite, dont nous avions obtenu la guérison complète. D'après cela, nous étions fondé à croire à la possibilité de la guérison de la phlébite; nous prîmes texte de ce fait pour vous exposer comment des caillots peuvent se former au-dessus du point enflammé, et établir en quelque sorte un barrage à la circulation du pus et à son mélange avec le sang.

Pendant plusieurs jours, nos prévisions semblèrent se réaliser; la malade souffrait moins, la fièvre était presque nulle; des aliments légers étaient pris avec plaisir et supportés. A ce moment, des doutes nous furent soumis par plusieurs de nos auditeurs, doutes que nous discutâmes, mais qui ne modifièrent pas notre manière de voir. Peu de jours après cette amélioration passagère, de nouveaux frissons se manifestèrent, suivis de chaleur, de sueurs. La suppuration diminua du côté de la jambe. Probablement, dîmes-nous alors, une nouvelle sécrétion du pus avait eu lieu dans la veine malade, et avait déterminé une nouvelle infection purulente, ou avait rendu plus intense l'infection dont nous avions une première fois signalé l'existence. L'événement funeste ne se fit pas longtemps attendre, et la jeune fille succomba le 15 décembre. Nous avons oublié de dire que depuis quelque temps elle avait cessé de souffrir dans l'articulation scapulo-humérale droite, mais que des douleurs s'étaient montrées dans l'articulation tibio-tarsienne du même côté.

Voici, pour résumer en peu de mots la marche de la maladie, l'ordre dans lequel s'étaient succédé les symptômes:

1° Douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche;
2° Phlébite de la veine poplitée;
3° Passage du pus dans le torrent circulatoire;
4° Production de collections purulentes métastatiques;
5° Après une amélioration passagère, retour de nouveaux symptômes d'infection purulente et mort de la malade. L'autopsie devait nous faire voir si nous nous étions trompé; voici ce que nous trouvâmes.

La région tibio-tarsienne gauche était le siége d'un vaste foyer purulent pour lequel nous avions fait plusieurs incisions. Le pus était mal circonscrit; il y avait véritablement abcès phlegmoneux du tissu cellulaire. L'articulation tibio-tarsienne de ce côté n'était nullement malade; le pus était tout à l'extérieur. Notons qu'au-dessus de ce foyer, qui entourait toute la région malléolaire, la veine péronière ne contenait aucune trace de pus; elle renfermait des caillots brunâtres, coagulés, peut-être formés un peu avant la mort, mais pas depuis bien longtemps. La veine tibiale antérieure était également remplie de caillots. Au jarret, la veine poplitée, depuis la réunion de la péronière et de la tibiale postérieure, ne laissait pas de passage au sang; elle était remplie de pus, qui pénétrait aussi dans la veine tibiale antérieure. La moitié supérieure de la veine poplitée ne contenait pas de caillots. Les parois étaient épaissies, rougeâtres. Tout à fait à la partie supérieure de la veine poplitée existait un caillot semblable à ceux de la partie inférieure, rougeâtre, semblable à des caillots de formation récente, sans adhérences, sans consistance. Nous insistons sur ce point pour prouver qu'il n'y avait pas de barrage, comme on l'a soutenu, et pour établir parfaitement que la circulation continuait à se faire dans la veine dont nous parlons à sa partie supérieure. Ce caillot, nous le répétons, était mou, sans consistance, sans adhérences, et permettait au sang de circuler librement entre lui et

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — Phèdre et mademoiselle Rachel. — Une généalogie de chats. — Un poète. — Les amphithéâtres Saint-Côme. — Boîte aux lettres. — M. Sédillot et la gastrostomie.

L'Académie de médecine a tenu mardi dernier sa séance solennelle et annuelle. Quant à ce qui est du solennel, je rejette sur le programme toute la responsabilité du mot. Trois habits brodés, ne plus ne moins, un public assez rare, la compagnie infiniment peu empressée et des banquettes beaucoup trop vides, un quinquet peu lumineux et deux lampes non-Carcel de supplément, j'avoue qu'il faut y mettre toute la bonne volonté de M. Mérat pour voir dans tout cela de la solennité. Cependant le trop économe trésorier se frottait les mains comme un amphitryon qui a bien fait les choses: mais, dussé-je troubler cette satisfaction; il le faut reconnaître, la mise en scène était mesquine.

Le drame du moins nous a-t-il dédommagé? — Il y a peu de jours que j'ai vu jouer *Phèdre* dans un palais dont ne voudrait pas le plus petit princillon de la confédération du Rhin. Le souverain d'où nous viennent les sous de Monaco a des gardes mieux nippés, et les suivantes de la reine Pomaré ont, j'en suis sûr, des figures moins refrognées. Le manteau de Thésée tombait en loques; Hippolyte lui-même, ce bel adolescent mais trop farouche, portait ce soir-là sa chevelure inculte, et trop visiblement son cothurne avait besoin de quelques soins infimes. Mais c'était Racine et sa divine poésie, mais c'était Rachel et sa passion ardente:

> C'est Vénus tout entière à sa proie attachée;

et quand notre jeune et sublime tragédienne jetait de sa voix éplorée ces accents de regret et d'envie:

> Quand pourrai-je à travers une noble poussière
> Suivre de l'œil un char fuyant dans la carrière!

l'assemblée frémissante oubliait, excusait l'indignité des accessoires et son entourage fantastiquement ridicule.

Avons-nous eu cette compensation mardi dernier? — Je reçus un jour un petit billet ainsi conçu: « Si Jean Raimond, qui aime les » contrastes, veut se procurer un de ces plaisirs-là, qu'il se rende ce » soir, à huit heures précises, rue Contrescarpe-Mouffetard, n° ....., » il y sera témoin d'un étonnant spectacle. » Comme l'ami qui m'écrivait ceci m'avait quelquefois ménagé d'agréables surprises, curieux d'ailleurs comme un feuilletoniste, je fus exact au rendez-vous. Mon ami m'attendait à la porte. Il me fit monter deux étages, frappa trois coups à une petite porte donnant sur l'escalier et une vieille femme parut sur le seuil ayant l'air d'attendre le mot d'ordre. Il fut donné par mon ami, et nous voilà introduits dans une série de pièces antiques, à meubles vermoulus, à rideaux surannés, et au plafond desquelles Arachné et de nombreuses compagnes avaient tranquillement filé leur toile non-interrompue. Nous pénétrâmes dans une pièce plus vaste, où, sur le chambrale d'une large cheminée, brûlait une sorte de lumignon dans une espèce de bocal en verre vert. Sa lumière incertaine m'empêcha d'abord de voir, assis dans un fauteuil hyperbolique, englouti dans une douillette idéale et coiffé d'un bonnet blanc retenu par un large ruban rose, un petit vieillard, tout rabougri, tout pâlot, mais dont l'œil assez vif cependant était fixé sur un gros chat nonchalamment couché en face du foyer.

— Parlons bas, nous dit le vieillard; *Bibi* est un peu souffrant, et il repose.

Je craignis une mystification; et mon regard à demi courroucé se tourna vers mon ami, qui riait dans sa barbe.

— *Bibi*, voyez-vous, reprit le vieillard, est et sera le dernier rejeton d'une race illustre. Il descend de *Zozo*, le chat célèbre de Philippe d'Orléans, régent, auquel le cardinal Dubois l'avait donné. Et *Zozo* descendait lui-même de *Tich*, l'illustre chatte de Christine de Suède, qui la tenait de Monaldeschi, son amant infortuné. *Tich*, en suédois, veut dire amour constant.

Et là-dessus, le vieillard se mit à nous dérouler une interminable généalogie de chats et de chattes remontant à la fin du seizième siècle et finissant à la restauration. Toutes ces bêtes avaient appartenu à des personnages célèbres, madame de Maintenon, le duc de Luynes, madame de Pompadour, la Dubarry, la princesse de Lamballe, madame Tallien et la duchesse de Berry.

Bibi était le dernier de la race. N'ayant pas trouvé un parti convenable, ajouta le vieillard, je n'ai pas voulu qu'il se mésalliât. Aussi avait-il vécu dans le plus austère célibat.

Je commençais à trouver la mystification un peu longue, et j'admirais le courage de mon ami, celui de trois autres personnes qui étaient successivement entrées et qui semblaient prendre plaisir à exciter, à prolonger la causerie du vieillard.

Minuit sonna; au dernier coup de cette heure, une vaste porte s'ouvrit, un flot de lumière vint inonder la pièce et un valet de très bonne façon vint annoncer que monsieur était servi.

Soutenu par deux bras complaisants, le vieillard, qu'un domestique avait coiffé d'une perruque blonde, nous introduisit dans la pièce voisine. Quelle pièce! Tout ce que le style Louis XV peut offrir de plus doré, de plus coquet, de plus mignard, de plus bizarre, de plus charmant se trouvait là réuni dans les sculptures, peintures, lambris, buffets, ameublement. Et quel service! Le vieux sèvres dans ses plus éclatantes couleurs, dans sa pâte la plus fine; des cristaux de Bohême d'un luxe adorable, une argenterie d'une ciselure inouïe. Et quel souper! Feu Savarin en eût ajouté un chapitre à sa délicieuse *Physiologie du goût*. La compensation fut complète et charmante.

Mardi dernier, en ai-je éprouvé une semblable? — Je me souviens, quoi qu'il y ait bien longtemps de cela, que tous les jeudis nous nous réunissions, quelques étudiants et moi, dans une petite et méchante chambre de la rue Monsieur-le-Prince, pour entendre des vers. Le poète était un de nos camarades, qui, pour tous frais de soirée, allumait une chandelle des six dans un flambeau de cuivre, quelques mottes dans son âtre, et nous régalait princièrement de cidre et de marrons. Mais comme il savait faire battre nos cœurs à ses accents de liberté, comme il savait émouvoir nos jeunes âmes à ces récits de la gloire impériale, et comme à entendre les beaux vers de ce jeune homme, qui est devenu un des plus grands poètes de l'époque, nous oubliions la pauvreté de la demeure et la frugalité du régal!

Ai-je pu oublier, mardi dernier, les économiques mesures M. le trésorier de l'Académie? — Vous souvient-il, médecins de mon âge, des tristes, froids et délabrés amphithéâtres de l'ancien hôpital St-Côme? C'est là que l'enseignement particulier, si florissant de notre temps, trouvait une détestable et indigne hospitalité. C'est là que Blandin, les deux Bérard, Gerdy, Bouillaud, Andral, Richard, et tant d'autres, attiraient un concours immense d'élèves qui, pour se réchauffer pendant l'hiver, allaient s'encaquer dans d'étroites salles; qui pour se donner de l'air pendant l'été, cassaient les vitres enfumées de ces affreux réduits. Et cependant, que de belles et de bonnes leçons nous allions entendre dans ces murs ignominieux! Et comme le zèle, l'ardeur et le courage de nos jeunes professeurs nous faisaient oublier l'ignoble enceinte où ils nous réunissaient?

Quelque chose de semblable m'est-il arrivé mardi dernier?

Je vous promets de raconter cela, l'année prochaine, à pareil jour.

Aujourd'hui, voici une lettre de M. le professeur Sédillot qui attend depuis huit jours, et à laquelle je suis obligé de faire immédiatement une petite réponse.

JEAN RAIMOND.

Boîte aux Lettres.

A MONSIEUR JEAN RAIMOND.

Monsieur,

Vous nous avez habitués à des critiques si ingénieuses et si fines; dans vos amusantes et instructives Causeries, qu'il y a quelque témérité peut-être à vouloir discuter un de vos jugements.

les parois de la veine.

A trois centimètres environ au-dessus de la colonne purulente, trois veines volumineuses venaient se rendre dans la veine poplitée : c'étaient deux veines articulaires et la saphène externe. Une ondée sanguine venait donc continuellement effleurer la partie supérieure de la colonne purulente. Dans la veine fémorale, on trouva un caillot récent, probablement formé depuis la mort du sujet ; les parois de la veine n'étaient ni épaissies ni augmentées de consistance ; la surface interne était simplement d'une teinte brunâtre, lie-de-vin. Tel était l'état du système veineux dans les membres inférieurs. Dans le cœur, et surtout dans les cavités droites, la membrane interne était brunâtre ; on y trouva quelques caillots sans consistance, analogues pour l'aspect à de la gelée de groseilles mal prise. Dans le parenchyme des poumons, quelques collections blanchâtres disséminées, de véritables abcès métastatiques; sur ce point, il ne pouvait rester le moindre doute. Dans le foie, pas d'altérations analogues; beaucoup de sang dans les vaisseaux veineux. La rate était piquetée de points brunâtr-foncé. Ces taches, dans certains points, paraissaient à demi suppurées et constituaient de véritables collections métastatiques. — L'articulation de l'épaule droite était remplie de pus ; la synoviale était le siége d'une injection vive. La suppuration s'était propagée sur le trajet de la longue portion du triceps brachial. On ne trouva pas de pus dans le genou, mais beaucoup dans l'articulation tibio-tarsienne droite ; on en trouva également dans les gaînes tendineuses qui entourent cette articulation, comme aussi dans l'articulation de l'astragale et du calcanéum.

Ainsi : pus dans la veine poplitée ; pus dans les articulations ; état particulier des veines fémorale et poplitée ; ensuite, altération véritable du sang dans les vaisseaux, altération du sang par suite de laquelle était survenue cette teinte brunâtre de la membrane interne des veines. Le sang ainsi altéré est plus liquide que le sang normal ; il est certain qu'il est plus propre à imbiber la membrane interne des veines : cette altération du sang constituait une deuxième série de lésions, lésions générales qui avaient à leur tour déterminé des lésions locales consécutives dans certaines articulations, dans les poumons et dans la rate.

Chez cette malade, nous avons pu suivre les trois ordres de phénomènes : phénomènes locaux du côté de la veine ; phénomènes généraux, infection purulente ; phénomènes locaux consécutifs, abcès métastatiques. Ces trois ordres de phénomènes se rapportent exactement aux trois ordres de lésions. Le pus dans la veine poplitée est l'expression d'une phlébite, et explique les douleurs ressenties par la malade dans cette région. Nous avons pu guérir l'inflammation de la veine fémorale, mais non celle de la veine poplitée. Nous savons qu'à notre manière de voir, on peut faire une objection : N'est-il pas possible, nous dira-t-on, que le pus de la veine poplitée ait été introduit par absorption du foyer purulent? Evidemment, non ; il est impossible d'interpréter de cette façon les lésions de la veine poplitée. Les douleurs qui se font sentir dans un lieu déterminé du corps qui produit du pus, sont des douleurs inflammatoires ; la preuve en est dans l'épaississement des parois de la veine poplitée, avec raideur analogue à celle des parois artérielles. Nous ne parlons pas de la rougeur, qui n'existe pas constamment, et qui, lorsqu'elle existe, n'est pas caractéristique de l'inflammation, car elle n'est jamais arborisée dans les veines, et la rougeur n'est un signe certain d'inflammation que lorsqu'elle s'accompagne d'injection vasculaire.

Manifestement, pour tout observateur non prévenu, il y avait là inflammation de la veine poplitée. Soyons plus explicite encore, si c'est possible. Nous ne comprendrions pas que l'on nous dît : le pus a été absorbé. Mais alors on le trouverait dans toutes les veines du membre, voisines du foyer purulent ; et dans le cas actuel, le pus n'existait pas dans ces points voisins du foyer. Le pus, nous sommes obligé de l'aller chercher dans la veine poplitée ; au-dessous, rien. Suivant nous, donc, pas de doute que dans la région que nous avons indiquée, n'existent des lésions qui se rapportent aux symptômes observés pendant la vie.

Nous avons trouvé une altération du sang dans tout le système veineux. Etait-ce bien celle de l'infection purulente ? Nous ne croyons pas que l'on puisse en douter un seul moment. Il nous est souvent arrivé, dans des circonstances pareilles, d'examiner au microscope le sang recueilli dans les veines après la mort, et nous avons toujours trouvé deux formes bien distinctes de globules : les uns lisses, polis, assez volumineux, globules de sang ; les autres moins volumineux, déchiquetés sur leurs bords, inégaux, globules purulents. Dans le cas actuel, il nous a été impossible de soumettre le sang au même examen ; mais puisque nous avons vu le pus lui-même dans la veine poplitée, il nous semble impossible de douter qu'on n'en eût trouvé mélangé avec le sang. Cette altération générale du sang explique-t-elle les symptômes généraux que la malade a éprouvés, les frissons, l'abattement extrême ? Très certainement oui. Les symptômes généraux sont ici en rapport direct avec les lésions locales ; on ne saurait sérieusement s'arrêter à une autre idée qu'à celle sur laquelle nous insistons ici.

Maintenant, autre chose. Nous avons trouvé du pus dans des articulations qui avaient été douloureuses pendant la vie. Nous avions prévu, vous devez vous en souvenir, la formation de ces collections. Nous les avions montrées se formant dans les articulations ; nous avions dit, en entendant tousser la malade, que des abcès métastatiques seraient certainement trouvés dans les poumons. L'événement ne nous a pas trompé ; ce que les symptômes locaux et généraux nous avaient fait prédire, l'autopsie l'a confirmé.

Ce n'est pas tout ; il nous reste à examiner comment la maladie a passé de la première à la deuxième période, de la phlébite locale à l'infection générale, et comment, plus tard, de cette altération générale du sang aux collections métastatiques. Essayons de suivre pas à pas la marche de l'affection. Nous avons dit, pour la production de l'infection purulente, que nous soutenions depuis longtemps l'idée suivante, qui du reste nous est propre, que nous avons émise le premier, et qui est loin d'être adoptée encore par tous les pathologistes modernes. Nous avons dit : Que l'infection purulente était produite dans la phlébite par l'entraînement du pus par les courants sanguins, et son mélange au sang. Si dans le voisinage du point où le pus s'est formé, consécutivement à une inflammation de la membrane interne de la veine, une veine vient à s'ouvrir dans le vaisseau malade, il est évident qu'il y aura là un courant sanguin, lequel pourra continuellement emmener dans le torrent circulatoire quelques globules de pus. Une veine est enflammée ; dans les veines qui viennent s'y aboucher la circulation continue. Nous avons soutenu et soutenons encore que la suppuration, dans un cas de ce genre, s'élevant de plus en plus, la colonne de pus prenant de l'accroissement en hauteur, et le pus ne pouvant redescendre vers l'extrémité capillaire des veines, par cette double raison qu'il existe des valvules qui empêchent le mouvement rétrograde, et que des caillots oblitèrent la partie inférieure du calibre du vaisseau, le pus, disons-nous, s'élevant de plus en plus, arrive jusqu'au point où se joignent les veines collatérales, et se trouve emporté par le courant. C'est ce qui est arrivé chez cette femme. Le pus de la veine poplitée a été emporté dans le reste du système veineux par le sang versé dans cette veine par la veine saphène.

On a contesté notre théorie. Il se trouve souvent sur le cadavre, nous a-t-on dit, des caillots considérables formant barrage au-dessus de la matière purulente; quelques auteurs ont même dit que ce barrage existe constamment, qui empêche le pus de s'élever. Cette objection paraît sérieuse au premier abord, mais n'est que spécieuse. De ce que l'on trouverait toujours ce barrage, et cela n'est pas vrai, ne permettant pas au sang de circuler, il résulterait tout au plus ceci, que ce barrage existerait constamment au moment de l'autopsie; mais cette circonstance ne prouverait nullement qu'il a toujours existé. Il se rencontre au moment de la mort; mais quelques jours avant, qui vous dit qu'il existât? Pour que l'argument de nos adversaires fût bon, il faudrait encore qu'ils pussent prouver que ce barrage existe toujours depuis le commencement de la maladie, depuis la formation du pus. Mais nous avons démontré que ce barrage n'existait pas constamment sur le cadavre. Or, un seul fait bien constaté de manque de ce barrage ruine l'objection que l'on fait à notre théorie.

Le cas à propos duquel nous vous présentons ces considérations prouve la possibilité de l'élévation du niveau du pus au-dessus du caillot formant le barrage incomplet.

Qu'on se rappelle, en effet, ce que nous avons trouvé. La circulation continuait près de la colonne purulente ; il y avait seulement dans la veine, au-dessus du pus, un caillot rougeâtre, récent, sans consistance, non adhérent, et qu'il suffit de saisir légèrement par une de ses extrémités pour le faire sortir du lieu qu'il occupait. La suppuration, à mesure qu'elle se formait, s'élevait de plus en plus, et le pus, presque globule à globule, était entraîné dans toute l'économie. C'est parce que les choses se sont passées de telle façon que l'injection purulente s'est terminée aussi promptement chez notre malade.

Lors de la première période de l'affection, il ne s'était produit encore que peu de pus, et ceci explique comment on avait pu se rendre maître des accidents.

Nous devons examiner maintenant la manière dont s'opère le passage de la deuxième à la troisième période, de l'infection à la production des abcès métastatiques. Pendant fort longtemps, et il y a vingt ans tout au plus que l'on commence à se former des idées un peu plus nettes sur ce point de la pathologie, pendant fort longtemps on a pris ces abcès pour des tubercules. Lorsque le malade avait subi une opération, on disait : il a succombé à l'opération ; mais nous ne devons que regretter de l'avoir pratiquée, car il était en proie à une affection tuberculeuse qui, un peu plus tôt, un peu plus tard, devait inévitablement l'emporter. Chaque fois que l'on rencontrait dans le poumon ces abcès métastatiques, on faisait le même raisonnement; et nous avons entendu nos maîtres, les plus célèbres chirurgiens de ces derniers temps, Boyer et Dupuytren, exprimer la même idée. Pour notre part, ce raisonnement nous a toujours paru choquant; et dès le commencement de nos études, nous avons dû faire des recherches qui nous permissent de répondre d'une manière plus satisfaisante aux questions relatives à cette infection purulente. On a fini, par une observation plus attentive, par reconnaître que ces abcès étaient des collections nouvelles.

Lorsqu'en 1823 nous présentâmes à la Faculté notre dissertation inaugurale sur ce sujet, nous proposâmes, encore sous l'influence des anciennes idées, le nom de *tubercules aigus*, suite de l'opération. Il n'y a pas longtemps que l'on sait comment ces collections se forment, et que nous avons formulé

Le journaliste comme l'avocat est toujours quelque peu omnipotent et impeccable, car il reste le maître du terrain, et raille aisément ses contradicteurs. Aussi n'est-ce pas seulement au spirituel Jean Raimond que je m'adresse, mais au médecin consciencieux, dévoué aux intérêts de l'humanité et aux progrès de son art.

Je ne sache pas que la gastrostomie ait encore été proposée par personne ; et si mes titres à la priorité sont mal fondés, vous m'eussiez mieux éclairé en me citant les noms de mes devanciers, qu'en vous bornant à les laisser supposer. La gastrostomie n'est pas une opération déjà connue que je cherche à généraliser, mais une opération nouvelle dans ses motifs, son application et ses résultats.

Vous dites en parlant de cette opération : *Cette chirurgie n'est ni belle ni propre*. Je ne connais, je l'avoue, qu'une belle chirurgie, c'est celle qui arrache des victimes à la mort, et, en la pratiquant, notre dévouement est sans limite pour le salut des malades.

La taille, la herniotomie, l'ouverture d'un abcès stercoral urinaire ou gangréneux paraîtront certainement à une petite maîtresse des opérations assez sales en elles-mêmes; mais aucun médecin n'avait encore eu l'idée d'accuser cette chirurgie de n'être ni belle ni propre. Si l'analogie ne vous semble pas suffisante, Monsieur, j'ajouterai qu'une foule de moyens thérapeutiques sont d'une origine, d'une saveur, d'une odeur et d'un résultat fort peu agréables; ce qui n'empêche pas d'y recourir. Enfin pour plus de similitude encore dans l'espèce, puisqu'il s'agit d'une affaire de sentiment, je vous ferai remarquer que les mères mâchent souvent les aliments de leurs très jeunes enfants sans inspirer de dégoût.

Notre devoir le plus rigoureux est de conserver la vie, et l'existence de mes opérés serait, comme je le démontrerai, beaucoup plus supportable que celle d'un grand nombre de malades pour lesquels la vie n'en est pas moins un bienfait. J'ai indiqué le moyen de conserver l'insalivation dans le cas où cette fonction serait reconnue indispensable ; mais cette nécessité semble infirmée par mes dernières expériences.

Vous m'avez adressé, Monsieur, un reproche plus grave. La gastrostomie, dites-vous, est inutile; car elle ne s'applique qu'à des cancers arrivés à une période extrême et promptement mortelle.

Cette assertion, Monsieur, manque heureusement d'exactitude. Le cancer forme une seule des quinze classes de lésions qui m'ont paru réclamer l'emploi de la gastrostomie, et j'ai rapporté dans la deuxième partie de mon travail plus de cinquante exemples de rétrécissements aphagiques dus à d'autres causes qu'à des cancers.

Je n'abandonne pas néanmoins tous les malades atteints de cette terrible affection. Vous avez certainement raison en affirmant que les cancers du foie et du poumon tuent leurs victimes sans les avoir empêchées de manger, mais la question n'est pas là; il s'agit de savoir si la mort n'eût pas été plus rapide dans le cas où l'alimentation fût devenue impossible dès les premiers developpements de ces lésions. Cette demande n'entraîne-t-elle pas la réponse?

N'avez-vous pas été un peu vite, Monsieur, en condamnant formellement une opération dont les conditions anatomo-pathologiques n'ont pas encore été complétement exposées? Toute idée nouvelle rencontre des oppositions dont les motifs sont très divers. J'ai foi dans l'opération que j'ai proposée, et je la considère comme une importante conquête de notre art; mais en ce moment je borne mes prétentions à être entendu avant jugement, et, en vous priant d'insérer cette lettre, je fais appel à votre impartialité et je ne doute pas du succès de ma requête.

Agréez, etc. C. Sédillot.

C'est avec raison que M. Sédillot a compté sur mon impartialité, et je le remercie d'y avoir eu foi.

Je ne crois pas plus à l'impeccabilité du journaliste que je ne veux user de l'omnipotence qu'il lui suppose. Il n'y a d'omnipotent que le public; entre l'invention de l'auteur et l'appréciation du journaliste se trouve la cour de cassation, c'est-à-dire le lecteur; à lui le jugement en dernier ressort.

Je n'ai voulu ravir à M. Sédillot aucune sorte de priorité. Je crois comme lui son opération nouvelle, trop nouvelle. Je n'accepte donc pas le petit reproche qu'il m'adresse à cet égard.

Quant à la question de *propreté*, je n'ai qu'un mot à répondre, et le voici : Affaire de goût. Je persiste à croire qu'insaliver soi-même ou faire insaliver par un autre des aliments que l'on doit transporter ensuite dans un trou fait au ventre n'est pas un procédé qu'on puisse considérer comme de la première propreté.

Les quinze classes de lésions qui ont paru réclamer à M. Sédillot l'emploi de la gastrostomie, et les cinquante exemples et plus qu'il a cités de rétrécissements œsophagiens dus à d'autres causes qu'à des cancers, me confondent un peu, je l'avoue. Je voudrais lire les observations *détaillées*, et tout médecin qui s'est occupé des maladies de l'œsophage comprendra la signification de mon désir. On sait, en effet, avec quelle étonnante facilité les auteurs ont qualifié certains rétrécissements de l'œsophage, leur ont assigné des causes diverses, alors que leurs descriptions anatomiques prouvent incontestablement la présence du cancer. Non pas que je prétende assurément que le cancer soit la seule cause du rétrécissement œsophagien permanent. Je sais qu'une violente inflammation de ce conduit, celle qui résulte surtout de l'ingestion d'un caustique, d'une boisson brûlante; que des corps étrangers, que les transformations cartilagineuses et osseuses, que des tumeurs situées au voisinage de cet organe, que quelques autres causes encore peuvent le produire. Mais je persiste à soutenir que de toutes les causes le cancer est de beaucoup la plus fréquente, et j'ai le malheur de croire qu'aucune opération du monde ne guérit le cancer.

Mais, quelle que soit la cause qui ait produit le rétrécissement, l'opération de M. Sédillot est-elle utile et médicalement possible? — Je dis médicalement par contraste avec chirurgicalement, qui n'exprime qu'une possibilité manuelle et anatomique. — Eh bien! ici, assertions pour, assertions contre, et rien de plus. M. Sédillot, que je sache, n'allègue encore aucune preuve clinique en faveur de son opération, qui reste, Dieu merci, dans les limites de l'avenir, qui n'est jusqu'alors qu'une spéculation pure, une sorte d'hypothèse basée sur l'analogie et les vivisections, analogie souvent trompeuse, expérimentation plus souvent décevante. Moi, de mon côté, j'invoque aussi l'analogie, l'observation éloignée, j'en conviens ; l'expérience inductive, je le reconnais. Mais, entre celui qui nie et celui qui affirme; en bonne logique scientifique et médicale, à qui est-ce de donner la preuve? Evidemment à celui qui affirme. Trouve-t-on l'ombre d'une preuve quelconque dans la lettre de M. Sédillot? Le lecteur en jugera.

C'est une vulgaire ressource, peu à la hauteur du talent et de la position de M. Sédillot, de se rejeter sur l'opposition inévitable que rencontre toute idée nouvelle. Historiquement, ce prétexte ne supporte pas l'examen ; dans l'espèce, il n'a pas plus de valeur. M. Sédillot désire de n'être jugé qu'après avoir été entendu; j'avais entendu l'analyse de ses mémoires présentés à l'Institut, j'en ai lu tout ce qui en a été publié, j'étais donc en droit d'en dire mon opinion. Est-elle juste et fondée? Je ne peux qu'en appeler à la cour de cassation.

Sur la proposition du *Medicinal-Collegium*, le gouvernement prussien vient de prendre une mesure qui a pour objet de prévenir les fâcheux effets des erreurs qui pourraient se glisser dans les prescriptions faites par les médecins de tous les médicaments ou ingrédients de médicaments qui, pris en trop forte dose, pourraient devenir nuisibles aux malades. — Le conseil sanitaire a fixé le maximum de chacun des médicaments dont il s'agit, que les pharmaciens pourront vendre et livrer sur une simple ordonnance de médecin; et il a prescrit que si un médecin juge à propos de donner à un malade une dose de ces médicaments plus forte que le maximum, ce médecin doit faire dans son ordonnance une mention expresse de ce qu'il a jugé nécessaire d'agir ainsi : sans quoi il est interdit au pharmacien de livrer la dose excédant le maximum, et cela sous peine d'une amende de 80 à 200 fr.

— M. le docteur Belhomme commencera son cours des maladies mentales le mercredi 23 décembre, à sept heures et demie du soir, à l'Athénée royal, rue de Valois.

cette opinion, que ces abcès métastatiques sont de récente production. Nous avons dit en même temps qu'elles se développent sous l'influence d'une inflammation, nous avons décrit l'état par lequel passent ces lobules pulmonaires pour arriver à l'inflammation. Le nom qu'on leur a donné, d'*abcès* métastatiques, n'est peut-être pas très heureusement choisi, en ce sens qu'il pourrait donner à un commençant de fausses idées sur leur nature et leur aspect. Le mot d'abcès semblerait faire croire qu'un coup de bistouri va donner issue à du pus qui s'écoulera. Il n'en est rien. Pour l'aspect, ces collections ont beaucoup plus de rapport avec des tubercules ramollis qu'avec de véritables abcès.

On a longtemps parlé de l'absorption du pus comme de la cause de l'infection purulente. Le pus, disait-on, et disent encore quelques personnes, est absorbé dans le lieu où il s'est formé, et porté dans les veines par absorption. Je soutiens, pour moi, qu'il était formé dans les veines elles-mêmes. Dans des expériences qu'il fit sur des chiens, M. Cruveilhier injecta du mercure dans les veines de ces animaux, et voici ce qui arriva : c'est que le sang, en traversant le poumon, y déposa les globules de mercure qu'il avait entraînés, et qui produisirent de l'inflammation. Les foyers disséminés d'inflammation donnèrent lieu à des abcès métastatiques. Dans nos recherches, nous constatâmes, à l'examen microscopique, que les globules purulents sont souvent trop volumineux pour traverser les capillaires que parcourent les globules sanguins. N'est-il pas possible, nous demandâmes-nous, qu'arrêtés dans certaines parties du système capillaire, les globules purulents, par le même mécanisme que les globules mercuriels, deviennent le point de départ des mêmes phénomènes, l'épine qui provoque le travail inflammatoire ? Il resterait vrai que ces collections sont inflammatoires ; mais on aurait la clef du développement de ces inflammations lobulaires dont nous vous avons parlé. Ceci expliquerait pourquoi ces inflammations sont circonscrites au lieu d'être générales. Quelquefois, au milieu de ces collections, le tissu est frappé de sphacèle ; les kystes où sont creusées ces collections sont formés par les tissus qui n'ont pas été détruits.

Deux mots encore, et nous terminons. Pourrait-on dire qu'il n'y avait là qu'une phlébite, comme le croyait Hunter, comme l'ont cru bien des auteurs qui l'ont suivi ? On disait : ce qui fait que la phlébite est grave, c'est qu'elle a de la tendance à se propager vers le cœur. Il y a là-dedans quelque chose de vrai : les lésions des veines ont de la tendance à s'étendre vers le centre de l'économie ; mais cela se fait-il par continuité de tissus, de veine à veine ? Là est toute la question. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi. La teinte rouxbrunâtre est une teinte d'imbibition. Elle se propage par l'entraînement du pus avec le sang, et cette explication rend mieux compte encore de la succession des phénomènes que l'on observe.

X...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

La grande quantité de matières ne nous a pas permis jusqu'à ce jour de reproduire un article sur le monésia, inséré au Journal des Connaissances médico-chirurgicales ; nous remplissons aujourd'hui cette lacune.

Sur le monésia et son emploi thérapeutique.

Le monésia, qui par ses propriétés se classe avec les médicaments astringents, jouit de quelques priviléges qui le rendent préférable aux autres dans certaines circonstances qu'il est bon de rappeler.

Ainsi, il a été généralement constaté que le monésia n'est pas un astringent irritant, et sa composition chimique rend assez bien compte de cette particularité. Un grand nombre de médecins l'ont employé dans des cas où l'irritation de la muqueuse digestive n'aurait pas permis de prescrire d'autres médicaments de la même classe, et quelques praticiens ont même donné le précepte de ne point attendre la fin de la période aiguë pour donner le monésia dans les inflammations de la muqueuse intestinale.

L'action du monésia a surtout été bienfaisante dans deux circonstances : 1° à l'extérieur, contre les ulcères opiniâtres ou de mauvais caractère (gangrène humide, chancre, fissure à l'anus) ; 2° à l'intérieur, dans les affections de l'appareil digestif, c'est-à-dire là où il y avait contact direct du médicament sur les surfaces malades, et où il était permis de croire qu'à l'action générale astringente venait se joindre la propriété détersive si bien observée à l'extérieur.

C'est surtout dans les diarrhées récentes ou anciennes, même celles des phthisiques, dans les dysenteries chroniques, les flux abdominaux, les diarrhées séreuses, colliquatives, qu'on a reconnu les bons effets du monésia ; et son efficacité dans ces cas a été telle que quelques médecins l'ont regardé comme doué d'une sorte de spécificité, *au moins temporaire*, contre le dévoiement, à quelque cause que celui-ci dût son existence.

Dans les dérangements d'estomac, dans les cas de langueur des fonctions digestives, le monésia a rendu de véritables services. Beaucoup de malades se trouvent mieux de l'usage de cette substance que des pastilles de menthe, des tablettes de Vichy, de la rhubarbe en poudre, etc., etc.

Le monésia est d'une administration facile ; il est déjà actif à faible dose, et 60 à 80 centigrammes (12 à 16 grains) par jour suffisent en général.

On l'administre sous forme de pilules de 20 centigr. chacune ; de sirop qui contient 1 pour 100 de son poids d'extrait (soit 1 centigr. par gramme ou 6 grains par once) ; de teinture hydro-alcoolique, qu'on emploie à l'extérieur et à l'intérieur, et qui contient 5 p. 100 de son poids d'extrait (soit 30 grains par once ou 1 gramme pour 20 grammes) ; enfin sous forme de pommade, composée d'une partie d'extrait pour sept d'excipient (1).

Quant à l'usage externe, on peut employer l'écorce en décoction, comme les bois analogues, ou mieux l'extrait dissous dans l'eau. Mais le meilleur mode est l'emploi de l'extrait pulvérisé pur ou mêlé à quelque autre poudre (quinquina, feuilles de noyer, alun, etc.) ; ce mode d'application a plusieurs fois guéri des ulcérations qui jusque-là avaient résisté à toutes les médications.

Les réflexions qui précèdent sont confirmées par la *note* suivante, qui, nous n'en doutons pas, sera lue avec intérêt, et qui nous est communiquée par le docteur A. Laurand :

Quelques observations sur l'efficacité du monésia. « L'un des premiers nous avons fait l'essai des propriétés curatives du monésia ; nous avons noté que, dans tous les cas où les astringents sont indiqués, c'était un médicament précieux ; que, comme le cachou, c'était un astringent puissant, et en même temps stomachique ; qu'il n'irritait pas l'estomac et ne séchait pas la bouche.

» Nos expériences ont été répétées par un grand nombre de nos confrères, et tous sont convenus que les préparations de monésia pouvaient pour ainsi dire être considérées comme spécifiques des hémorrhagies passives, des diarrhées et des catarrhes chroniques, et de plusieurs maladies avec faiblesse et ramollissement d'organes ou de tissus.

» Nous-même, depuis nos premiers essais, nous avons très fréquemment employé le monésia dans des circonstances en rapport avec nos expériences primitives, et le succès a constamment confirmé nos épreuves. Nous voyons donc avec regret qu'une substance d'une efficacité et cependant d'une innocuité aussi incontestables ne soit pas plus souvent recherchée en thérapeutique. Si nous en reparlons aujourd'hui, c'est qu'elle vient de nous rendre de nouveaux services contre la phlegmasie intestinale, désignée sous le nom de *cholérine*, qui sévit avec tant de rigueur à Londres, et qui est peut-être aussi fréquente, quoique moins intense, à Paris. En effet, contre ces flux de ventre, ces diarrhées séreuses, quelquefois sanguinolentes, espèces de petites dysenteries, le monésia est un excellent remède que nous ne saurions trop recommander à nos confrères.

» Nous ajouterons que récemment encore nous avons obtenu par son usage la cessation d'une hématémèse qui avait résisté aux médications généralement employées. Enfin, nous terminerons en signalant quelques cas exceptionnels à son application ordinaire : l'un de ces cas est relatif à un bouton de la nature des *noli me tangere*, fixé sur la joue ; un grand nombre de topiques avaient été sans résultat ; des cautérisations de toutes sortes n'avaient produit qu'une transformation de la petite tumeur en ulcération dont on ne pouvait obtenir la cicatrisation ; nous étions disposé à recourir à la pâte arsenicale, quand il nous vint à l'idée de saupoudrer cette ulcération avec de la poudre d'extrait de monésia : succès prompt, complet, et depuis deux mois la guérison s'est maintenue. L'autre observation, non moins remarquable, se rattache à une excoriation, plutôt carcinomateuse que dartreuse, sur le bout du nez, excoriation qui durait depuis trois ans, et commençait à prendre de l'extension, malgré les traitements les plus rationnels qui avaient été conseillés, tant par les sommités médicales des hôpitaux que par celles de la ville ; des cautérisations avaient aussi en dernier ressort été pratiquées, et le mal se reproduisait toujours : nous avons prescrit des lotions très fréquentes avec de l'eau ordinaire contenant 60 grammes de teinture de monésia par demi-litre, et nous avons aussi obtenu une guérison complète et durable. »

(1) Ces proportions sont celles indiquées par M. Bernard-Derosne, pharmacien, dans la brochure intitulée : *Examen chimique et médical du monésia*, publié par lui et MM. O. Henry et J.-F. Payen. Elles peuvent être modifiées au gré du médecin.

De l'emploi en médecine du bioxyde d'hydrogène (eau oxygénée) préparé d'après les nouveaux procédés du docteur Quesneville.

De toutes les maladies, il n'en est pas de plus redoutables et de plus désespérantes que ces dépérissements, suite d'une désorganisation lente et profonde qui mine la vie du malade, et dont la cause insaisissable échappe souvent à la sagacité du médecin. C'est à quelque travail morbide intérieur, sans aucun doute, qu'il faut attribuer ces constitutions frêles et délicates, auxquelles un sang pauvre et décoloré refuse la vie. Chez les êtres chétifs et malheureux voués à la phthisie, le sang s'oxyde mal, et c'est à ce défaut d'oxygène qu'il faut attribuer encore cet état lymphatique, cette prédisposition scrophuleuse, et tout le cortége de maux qu'une pareille nature entraine avec elle.

Un nouvel agent va venir en aide au médecin pour combattre ces maladies avec efficacité ; cet agent que nous proposons, c'est l'oxygène, mais non l'oxygène comme la nature nous le prodigue, et que nous respirons, mais l'oxygène à l'état liquide, tel que les chimistes le connaissent sous le nom de *bioxyde d'hydrogène*, et dont nous devons la découverte à M. Thénard.

Le bioxyde d'hydrogène peut retenir, dissous et combiné à l'eau elle-même, jusqu'à quatre cent cinquante fois son volume d'oxygène ; mais l'état où on pourra l'employer en médecine devra se réduire à quelques volumes seulement, et sous cet état on va pouvoir imprégner et saturer d'oxygène tous les organes, et forcer pour ainsi dire l'être à l'absorber. Quelle action produira-t-il sur les malades ? Une action bienfaisante sans aucun doute, car l'oxygène est le principe vivifiant par excellence, et c'est par lui que le sang régénéré peut nourrir et développer nos organes. Le bioxyde d'hydrogène, par sa vertu oxydante si puissante, par l'action si curieuse qu'il exerce sur les tissus animaux, peut, en dénaturant certaines dégénérescences morbides, troubler leur travail inflammatoire, et *sans laisser de trace derrière lui, puisqu'il n'est composé que d'eau et d'oxygène*, arrêter ainsi des ravages contre lesquels la médecine se reconnait impuissante.

Dans la phthisie, le cancer, et toutes les maladies analogues, le bioxyde d'hydrogène, arrivant et pénétrant jusqu'au siége du mal, doit modifier la nature de ces maladies, enrayer leur marche, et l'éteindre peut-être ! Dans les ulcères et les plaies de mauvaise nature, il doit réussir également. Enfin, partout où la muqueuse sera altérée par quelque principe morbide, le bioxyde d'hydrogène doit produire un effet salutaire.

A l'appui de ce que j'avance, je crois devoir transcrire ce que M. Thénard en disait lui-même lorsqu'il fit connaître ce corps si curieux.

Action des matières animales sur le bioxyde d'hydrogène.

« Nous venons de voir que les matières végétales, du moins celles qui ont été essayées, ne faisaient aucune effervescence avec le bioxyde d'hydrogène ; il en est de même de presque toutes les matières animales isolées : la fibrine est peut-être la seule qui fasse exception ; mais il en est tout autrement des organes ou des tissus organiques des animaux ; tous opèrent la décomposition du bioxyde à la manière de la plupart des métaux et des oxydes métalliques, *sans rien céder de leurs principes, sans absorber la plus petite quantité d'oxygène ; sans éprouver par conséquent la moindre altération apparente, quand le bioxyde n'est pas très concentré*. Ainsi, pendant la réaction, point d'azote dégagé, point d'eau ni de gaz carbonique formés ; l'oxygène de la liqueur est mis successivement en liberté. Rien de plus facile d'ailleurs à constater que ces importants résultats, qui ne sauraient trop fixer l'attention des chimistes et des physiologistes.

» Que l'on prenne du bioxyde d'hydrogène contenant, par exemple, huit volumes d'oxygène, et dont on aura fait l'analyse par le procédé décrit (*Traité de chim. élément., théorique et pratique*, pag. 426) ; que l'on répète l'expérience analytique sur la même quantité d'eau, et qu'au lieu d'introduire du bioxyde de manganèse dans le tube renversé, plein de l'eau oxygénée et de mercure, l'on y fasse passer un peu de fibrine en longs filaments récemment extraits du sang, l'on remarquera que la fibrine se couvrira de bulles à l'instant ; ces bulles se succéderont rapidement ; le niveau du mercure baissera à vue d'œil, et bientôt l'effervescence cessera. Mesurant alors le gaz, l'on en trouvera autant que dans l'expérience faite avec l'oxyde de manganèse, et ce gaz sera de l'oxygène pur. Les tissus des reins, des poumons, de la rate, du foie, etc., pourraient être substitués à la fibrine ; mais puisque la fibrine, les tissus du poumon, de la rate, des reins, etc., ont, comme le platine, l'or, l'argent, etc., la propriété de dégager l'oxygène du bioxyde d'hydrogène, il est très probable que ces effets sont dus à une même force. *Serait-il déraisonnable de penser, d'après cela, que c'est par une force analogue qu'ont lieu toutes les sécrétions animales et végétales ? Je ne l'imagine pas : l'on concevrait ainsi comment un organe, sans rien absorber, sans rien céder, peut constamment agir sur un liquide et le transformer en des produits nouveaux.* »

Ainsi, comme on le voit, le bioxyde d'hydrogène ne peut en rien attaquer les tissus animaux avec lesquels on le mettra en contact, condition bien précieuse et que l'on ne retrouve pas toujours dans les médicaments dont on se sert pour combattre les maladies ; et comme il n'est pas déraisonnable de penser qu'une grande quantité d'oxygène mis ainsi dans le torrent de la circulation aide à rétablir dans leur état normal des organes qu'une sécrétion mal faite ou viciée aura altérés, comme il n'est pas déraisonnable de penser, quand on connait les propriétés du bioxyde d'hydrogène, que le virus inconnu auquel sont dues sans doute ces dégénérescences morbides, puisse être détruit, *brûlé* par ce bioxyde, il est permis d'espérer que le bioxyde d'hydrogène soit appelé à jouer un rôle important dans la thérapeutique.

Dans les blennorrhagies, au lieu de ces astringents si violents et si dangereux par les rétrécissements qu'ils occasionnent, le bioxyde concentré pouvant modifier la nature de la muqueuse malade, aurait cet avantage bien précieux sur ces derniers, qu'il ne causerait après son emploi aucun des accidents qu'on leur reproche. Le bioxyde d'hydrogène serait aussi le meilleur caustique à employer ; car, comme dit encore M. Thénard, « le bioxyde d'hydrogène très concentré attaque l'épiderme très promptement, quelquefois tout à coup, le blanchit, et cause des picotements dont la durée varie en raison des individus, et de l'épaisseur de la couche de liqueur ; si cette couche était trop épaisse, ou si elle était renouvelée, la peau elle-même serait attaquée et détruite.. Appliqué sur la langue, il la blanchit et la picote aussi. »

Ces propriétés me font donc encore espérer que le bioxyde d'hydrogène, appliqué sur certains *nævi materni*, pourrait les faire disparaître ; mais je n'ai pas la prétention, comme on le pense bien, sans expériences préalables pour appuyer mes idées, de créer une thérapeutique tout entière à ce médicament, et c'est aux médecins seuls qu'il appartient de décider si le bioxyde d'hydrogène, que nous leur offrons, et dont l'emploi est vierge encore dans la thérapeutique, est destiné à rendre quelques services.

Le bioxyde d'hydrogène se prend par cuillerées à l'intérieur, étendu d'eau ; pour l'usage externe, on peut l'employer pur : du reste, dans aucun cas il ne peut être dangereux.

Le bioxyde d'hydrogène doit être préparé avec beaucoup de soins, et ne contenir aucune des substances qui servent à le produire ; ce qui le rendrait, s'il n'était pas parfaitement pur, dangereux à l'emploi.

Pour le conserver un peu concentré, il faut l'acidifier.

L'acide auquel j'ai donné la préférence est l'acide phosphorique. Il faudra donc, avant de faire usage du bioxyde d'hydrogène, le saturer avec un peu de carbonate de chaux ou de magnésie.

Il se formera un phosphate de chaux ou de magnésie insoluble, que l'on pourra séparer par le filtre ou la décantation, et que le malade, d'ailleurs, pourrait prendre à l'intérieur sans danger aucun.

Pris à l'intérieur, le bioxyde d'hydrogène sera toujours assez concentré ; chargé seulement de 5 à 10 volumes, il n'est pas du reste permis d'espérer que l'on pourra le conserver même fort acide à un degré de richesse plus grande, et il faudra toujours, quand on voudra l'appliquer très concentré à l'extérieur, à 50 et 60 volumes, par exemple, le préparer à l'instant même ; nous reconnaissons nous-même, à cause de cela, tout l'ennui d'un pareil médicament.

Nous conseillerons encore aux médecins, comme adjuvant fort utile et bien moins coûteux, en même temps qu'ils emploieront le bioxyde d'hydrogène, de mettre le malade à l'usage d'une eau chargée par la pression de gaz oxygène, et qu'ils pourront faire boire comme on boit l'eau de Seltz. Ils devraient alors désigner cette dernière sous le nom d'*eau oxygénée* pour boisson, et conserver le nom de *bioxyde d'hydrogène* pour le produit pur dont nous proposons l'emploi.

(*Revue scientifique.*)

Note sur le sirop d'écorces d'oranges amères.

Un des stomachiques excitants et des antispasmodiques les plus efficaces est le *Sirop d'écorces d'oranges amères* de M. Laroze, pharmacien. Préparé exclusivement avec l'espèce d'oranges connue sous le nom de Curaçao de Hollande, il a le précieux avantage de réunir à une saveur agréable les propriétés thérapeutiques les moins contestables dans le plus grand nombre des cas où les organes de la digestion sont intéressés, et principalement lorsqu'il s'agit de combattre les affections nerveuses et d'alléger les convalescences trainantes. Contestés d'abord, comme toutes les choses nouvelles, ces résultats aujourd'hui reconnus sont dus à l'action simultanée de la préparation sur l'estomac et les intestins, organes dont il régularise les fonctions. La substance oléo-résineuse qui lui donne ses vertus légèrement laxatives, en fait un remède des plus sûrs contre la constipation, cette cause si fréquente des malaises les plus ordinaires.

Privé de ce principe, qui, pour ces cas particuliers, est remplacé par une quantité égale de matière extractive soluble, on le prescrit avec succès dans les diarrhées et dysenteries rebelles ; astringent alors et sédatif puissant, il calme les coliques, les douleurs abdominales, les épreintes et le ténesme qui accompagnent presque toujours ces affections. Les limites d'un article de ce genre nous mettent évidemment dans l'impossibilité de citer aucun des faits communiqués par MM. les médecins qui en ont conseillé l'usage jusqu'à ce jour. Qu'il nous suffise de dire que de nombreuses observations détaillées, recueillies sous toutes les latitudes, ont prouvé que le Sirop de Laroze agit avec autant de succès que de promptitude dans les climats chauds, comme dans les pays froids ou tempérés, quelles que soient d'ailleurs les conditions d'âge, de sexe, de tempérament et de constitution dans lesquelles se trouvent les individus.

Nous avons toujours pensé qu'un Catalogue explicatif des divers appareils et ustensiles hygiéniques susceptibles d'être prescrits aux malades par MM. les Médecins et Chirurgiens, serait d'une grande utilité, surtout si des figures venaient en aide au texte.

M. Charrière, dont les relations avec la chirurgie sont si fréquentes, vient de réaliser cette pensée d'une manière satisfaisante, en enrichissant son Catalogue, déjà très étendu, d'un grand nombre de figures et de notes explicatives, et entres autres d'une figure avec des numéros correspondant à toutes les parties du corps, afin de simplifier et de rendre uniforme la manière d'indiquer les mesures nécessaires pour les membres artificiels, les divers appareils de prothèse, et même la manière de faire certains moulages (1).

Cette précaution, commode pour MM. les Médecins, était indispensable aux malades qui demandent directement sur prescriptions.

Les renseignements et la figure dont nous venons de parler s'appliquent à tous les divers appareils orthopédiques :

1° Appareils pour maintenir les jambes dans les cas de faiblesse ou de paralysie des muscles, résections, fractures non consolidées. 2° Bandages herniaires en tout genre. 3° Ceintures hypogastriques de divers modèles. 4° Ceintures ou appareils contre l'onanisme, les hémorrhoïdes et la chute du rectum. 5° Ceintures ventrières. 6° Bas lacés ou élastiques. 7° Genouillères lacées ou élastiques. 8° Urinaux, suspensoirs. 9° Appareils à fractures, gouttières en tout genre. 10° Appareils à suspension. 11° Compresseurs des diverses tumeurs. 12° Béquilles de tous modèles.

— Notes et figure de la nouvelle filière métrique destinée aux bougies et aux sondes en gomme et en métal pour les voies urinaires. Cette filière est découpée par une matrice, ce qui rend les trous d'une

(1) Bientôt M. Charrière achèvera son Catalogue d'instruments de chirurgie.

grandeur invariable.

— Description et figures des nouveaux appareils pour secours aux noyés et asphyiés.

— Rapport fait à l'Académie royale de médecine par M. Thillaye sur les pistons à parachute de Charrière appliqués à toutes les pompes et seringues de tout genre, description de ces seringues et pompes, avec figures.

— Figures et notes explicatives sur le siphon à irrigations.

— Notes pour l'usage et l'entretien de divers appareils de thérapeutiques. Notes et figures sur les appareils d'allaitement artificiel.

— Rapport à l'Académie royale de médecine, par M. Dubois, Villeneuve et Capuron, sur les Biberons et bouts de sein ivoire, flexible de Charrière.

Nous ne craignons pas d'avancer que, outre les grandes collections d'instruments de chirurgie de tous modèles anciens et modernes que possède M. Charrière, il a réuni dans ses magasins tous les appareils et ustensiles hygiéniques que MM. les Chirurgiens pourraient désirer ou prescrire à leurs malades.

CONTREFAÇON DES PILULES DE VALLET.

Avis à Messieurs les Médecins et Pharmaciens.

L'approbation donnée par l'Académie royale de médecine aux Pilules ferrugineuses de Vallet, et la supériorité que les médecins leur reconnaissent sur toutes les préparations analogues, leur a donné une très grande vogue.

Il n'en fallait pas davantage pour faire surgir des contrefaçons qui ont été proposées aux pharmaciens de Paris et des départements, sous le nom de Pilules de Vallet, dans des flacons et avec des enveloppes imitant ceux adoptés par l'inventeur, bien que ces Pilules ne fussent pas préparées par M. Vallet lui-même. Mais cette fraude a été sévèrement réprimée par un jugement du Tribunal de commerce de la Seine, en date du 12 août 1846, ainsi conçu :

« .... Condamne les défendeurs à payer la somme de 500 fr. à titre » de réparation du préjudice causé, et leur fait défense : 1° de, à l'a- » venir, se servir du nom de Vallet pour vendre des Pilules ferrugi- » neuses préparées suivant son procédé ; 2° de prendre des flacons de » verre bleu de la forme adoptée par Vallet et Frère, pour y mettre » lesdites Pilules ; 3° d'imiter les étiquettes et les prospectus... »

Voir, à la quatrième page, le modèle de l'étiquette qui recouvre chaque flacon de Pilules de Vallet.

GÉNÉRALITÉS SUR LES PECTORAUX.

Il a été reconnu de tout temps que les propriétés des pectoraux sont réelles et positives pour tous les degrés et toutes les périodes des affections pulmonaires, et la pratique a démontré que ces préparations, ordonnées même à forte dose, sont, en toutes circonstances, toujours sans danger et jamais sans avantages; car il résulte de leur composition et de leurs propriétés, qu'ils agissent principalement comme aliments très légers, et constituent, par ce fait, de véritables préparations hygiéniques.

Il n'existe cependant pas beaucoup de Pectoraux qui réunissent ces propriétés, car le choix et les préparations des substances ne suffisent pas pour établir l'existence d'une bonne préparation; il faut encore qu'elle soit inaltérable, c'est-à-dire qu'elle puisse se conserver avec toutes ses propriétés premières, quels que soient d'ailleurs le temps de sa préparation, le lieu et la saison de son emploi.

On n'a pas assez fait attention, jusqu'à présent, que les préparations de ce genre sont sujettes, en raison de leur composition, à fermenter facilement; que, par suite de cette altération, elles perdent promptement leurs propriétés premières; qu'elles peuvent alors en acquérir de toutes différentes, et tromper, par conséquent, l'attente du malade. Ces préparations étant d'un usage journalier, et pour ainsi dire les agents auxquels on ait le plus souvent recours, il ne serait pas sans importance d'en faire le sujet d'un traité spécial; mais l'espace nous manquant aujourd'hui, nous nous bornerons à ces généralités, nous proposant de faire paraître, dans les numéros suivants, de plus longs détails, tant sur les conditions d'âge, de tempérament, de genre et de la période de la maladie auxquelles ces préparations sont applicables, que sur leur mode de composition et de conservation, en prenant pour base de cette dernière partie le plus ancien des pectoraux, et celui qui nous a paru réunir toutes les conditions indispensables, le Sirop pectoral de Lamouroux.

Messieurs Fayard et Blayn, pharmaciens à Paris, rue Montholon, 18, et rue du Marché-Saint-Honoré, 7, rappellent à Messieurs les Médecins leur Papier emplastique, auquel ils ont donné leur nom comme garantie de sa bonne préparation. Ce Papier, souple, tenace, imperméable et très adhésif, est d'un emploi facile qui abrège et simplifie les pansements. Il réussit plus spécialement dans les affections rhumatismales et goutteuses, les douleurs et efforts de reins; dans les inflammations de poitrine, rhumes et bronchites. Il guérit les engelures gonflées ou en suppuration ; mais il est spécifique pour les brûlures des 1er 2e et 3e degrés, dont la guérison est toujours plus prompte que par d'autres moyens, et exempte de cicatrices informes. — Ce médicament pouvant être confondu avec des papiers de composition différente, MM. les Médecins sont priés de le prescrire sous le nom de *Papier Fayard et Blayn*, qu'il porte depuis longtemps, afin d'éviter toute substitution. En 1842, le tribunal de la Seine a désigné M. le professeur Chevalier pour faire l'analyse de ce médicament; ce célèbre chimiste a trouvé que sa composition était identique à celle de l'emplâtre d'oxyde de plomb rouge du Codex. Il ne diffère, en effet, de cet emplâtre, que par un *modus faciendi* parfait, qui donne au *Papier Fayard et Blayn* les propriétés remarquables qu'il possède.

M. Fayard est inventeur d'un petit appareil nommé CLYSOBOL, avec lequel on peut faire chauffer et administrer un remède en quatre à cinq minutes. — Forme gracieuse, petit volume et usage facile. — Prix : 12 fr. en fer-blanc, 14 et 15 fr. en cuivre, 25 fr. en plaqué argent.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil électro-médical de *MM. Breton frères*.

Cet appareil, qui ne coûte que 80 fr., se trouve chez MM. Breton, 9, rue du Petit-Bourbon.

Les médecins n'ont jamais nié la puissance du Rob de Boyveau-Laffecteur, mais le prix élevé de ce remède a toujours été un obstacle à ce qu'il entrât franchement dans le domaine de la thérapeutique; heureusement le successeur de Boyveau a mis ce remède au même prix que le sirop de Cuisinier, et c'est ce qui nous engage à le recommander; et comme ce remède occupe le monde médical depuis près de soixante-dix ans, nous croyons devoir emprunter à la brochure les renseignements qui suivent et qui nous ont paru fort curieux :

« Ce Rob, entièrement végétal, est connu depuis plus de soixante-dix ans comme le remède par excellence pour guérir radicalement les maladies syphilitiques nouvelles, ainsi que les plus rebelles et les plus opiniâtres, ainsi que pour remédier aux accidents occasionnés par les mercuriaux. En 1781, M. de Sartine, ministre de la marine, chargeait Laffecteur de fournir son Rob pour le service des vaisseaux et des hôpitaux de la marine.

» En 1793, Boyveau-Laffecteur, à la demande du ministre de la marine, signait une soumission par laquelle il s'engageait à fournir au port de Brest, pendant la durée de la guerre actuelle, la quantité du Rob nécessaire au service des hôpitaux à raison de 24 fr. la pinte. Les pièces authentiques qui constatent la nature de cette transaction sont signées du ministre de la marine Lalbarade. Dans un extrait des arrêtés du comité de salut public de la Convention nationale, du 9 vendémiaire an III de la république française, se trouve relaté le rapport de la commission du commerce, d'après lequel le comité de salut public arrête que le citoyen Boyveau-Laffecteur pourra exporter de la république telle quantité de son remède qu'il lui plaira. Ce document est signé Treilhard, R. Lindet, Carnot, Eschasseriaux, Thuriot, Delmas, Merlin (de Douai). »

C'est en donnant l'analyse de l'article du *Dictionnaire des Sciences médicales* qu'il convient de parler au public médical et instruit :

« La réputation dont jouit ce remède dans presque toutes les par- » ties du monde civilisé exige qu'on lui consacre ici un article spé- » cial. La puissance du Rob contre les affections syphilitiques les » plus graves et les plus alarmantes a été, depuis plus de cinquante » ans, tant de fois constatée dans tant de lieux divers, qu'il n'est plus » permis aujourd'hui de mettre en question si ce remède peut être » considéré comme un des moyens les plus utiles que possède l'art » de guérir. Peu de médecins ont autant monié ce médicament que » l'auteur de cet article ; une juste défiance de tout remède secret » lui fit longtemps hésiter d'en conseiller l'usage ; mais plusieurs suc- » cès éclatants qu'il eut occasion de remarquer vainquirent sa répu- » gnance, et depuis près de vingt-cinq ans qu'il prescrit le Rob à ses » malades, il ne l'a jamais vu échouer une seule fois sur plus d'une » centaine de malades. »

Plus loin il dit : « Mais, en général, les médecins n'y ont recours » que dans les occasions où la syphilis, rebelle aux préparations » mercurielles, s'est exaspérée ; le succès de ce remède est alors in- » faillible, et il agit avec une rapidité qui étonne le praticien et con- » sole le malade. Ce remède est peut-être le plus puissant de tous » contre les affections syphilitiques constitutionnelles, si variées et si » redoutables. FOURNIER-PESCAY, D.-M.-P. »

(Extrait du *Gran Dictionnaire des Sciences médicales*, article *Rob antisyphilitique*, vol. XLIX, p. 60).

Le Rob de Boyveau-Laffecteur est d'un goût agréable et facile à prendre dans le plus grand secret, est employé dans la marine royale depuis plus de soixante ans, et guérit radicalement en peu de temps, à peu de frais et sans crainte de rechute, les Maladies syphilitiques anciennes ou nouvelles, Leucorrhées, Cancers de l'utérus, Ulcérations, Rétrécissements, Affections de vessie et toutes les maladies syphilitiques nouvelles, invétérées ou rebelles aux agents minéraux et autres méthodes, ainsi que les Dartres et les Maladies de la peau.

ENTREPOTS GÉNÉRAUX DU ROB DE BOYVEAU-LAFFECTEUR : AMIENS, Benoist; ANGERS, Ménière; BAYONNE, Laitsefard; BORDEAUX, Manuel, rue Fossés-Intendance, 19; CAEN, Berjot, droguiste; CAMBRAI, Bréchot; CHERBOURG, d'Osber; CLERMONT-FERRAND, Aubergier et Gautier; DIJON, Boisseau; DOUAI, Legrain, rue de la Mairie; ELBEUF, Maignan; HAVRE, Lemaire; LYON, Lardet, 10, place de la Préfecture; MARSEILLE, Cachia, rue Fontange, 21; METZ, Guéret; Paris, Tiablit, rue J.-J. Rousseau, 21; ROUEN, Esprit, rue Grand-Pont, 80; SAINT-QUENTIN, Lebret-Lecoq; TOULOUSE, Jeay, rue des Lois, 37; TOURS, Beaufrère; TROYES, Grignon.

ÉTRANGER : ALGER, Simonnet; AMSTERDAM, Dehaan, pharmacien, Kalverstraat; BARIA, Loup et Comp.; BARCELONE, Irastorza; BILBAO, Justo Somunte; BRESCIA, Bianchi; BRUXELLES, Brunin-Labiniau; CAYENNE, Chevalier; CHAMBERY, Bellemin; CONSTANTINOPLE, Ottoni; DARMSTADT, Brauneck; FLESSINGUE, Van Osch; FLORENCE, Pieri, via della Condotta; GAND, Massot-Fromont; GENÈVE, de Châteauvieux; GLARIS, Ortlitz; HAVANE, Leriverend; LA HAYE, Renesse; LAUSANNE, Allamand; LIÈGE, de la Geneste; LONDRES, Duhamel et Jozeau, 49, hay Market; MADRID, J. Simon, calle del Cabellero de Gracia, 7; MALAGA, Huelin, négociant; MAYENCE, Galette, D.-M.; NAPLES, Senès et Bellet; NEW-YORK, Milhau; NIMÈGUE, Norren; NOUVELLE-ORLÉANS, Dufilho; OLMITZ, Schroetter; ORAN, Rigal; PADOUE, Girardi; PORT-AU-PRINCE, Daumenil; RENAIX, Roy; RIO-JANEIRO, Pèdre-Saisset, Rob à 15 fr. le litre; ROTTERDAM, Hartong; SAINT-DENIS, Loupy et Toulorge; SAINT-PÉTERSBOURG, Sleplanitz; SAINT-PIERRE (Martinique), Morin; SAINT-SÉBASTIEN, Irastorza; TRIESTE, David et Ce; TURIN, Fontana, libraire, agent général; VENISE, Centenovi; VERVIERS, Etienne; VICENCE, Curti. — ROB. Prix : 7 fr. 50 c. Litre : 15 fr.

Consultations gratuites en s'adressant au successeur de Boyveau-Laffecteur, visible de neuf heures à trois, rue Richer, 6 bis.

On délivrera du Rob à moitié prix à Messieurs les médecins qui désireraient l'expérimenter ; savoir : à 3 fr. 75 c. le demi-litre.

AVIS A MESSIEURS LES MEDECINS.

Le sieur BÉCHARD, mécanicien-bandagiste (honoré de deux médailles en 1839 et 1844), pour donner plus d'extension à son commerce, vient de transporter son établissement, de la rue de Tournon, 15, à la *rue Richelieu*, 20, et ses ateliers, rue Montpensier, 13, même maison. — Ce changement de domicile et l'agrandissement de sa maison ont mis le sieur BÉCHARD plus que jamais, en position de satisfaire à toutes les demandes qui lui seraient faites concernant les instruments orthopédiques.

L'Injection-Tannin, présentée à l'Académie par M. SAFFROY, pharmacien, 9 faubourg Saint-Denis, est aujourd'hui le remède le plus efficace pour la guérison des écoulements, fleurs blanches, pertes, inflammations, etc.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 24 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 151. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Les ateliers étant fermés vendredi, fête de NOEL, le Journal ne paraîtra pas samedi prochain.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur ayant les caractères de l'encéphaloïde siégeant dans la région parotidienne. Ablation. Guérison. Du microscope dans le diagnostic du cancer.

Une jeune fille est sortie ces jours-ci de l'hôpital guérie, quant à présent du moins, d'une maladie extrêmement intéressante. Elle était entrée dans le service pendant les vacances. Venue de la province, où elle avait été traitée déjà, elle présentait une tumeur fongueuse, sanieuse, grisâtre, du volume du poing, remplissant toute la région parotidienne, et ayant l'ensemble des caractères d'une masse encéphaloïde ulcérée. Cette tumeur datait de loin : elle paraissait être survenue, sans cause appréciable, à la suite d'une otite. Le conduit auditif n'en était pas le siége; située à la partie inférieure et postérieure du pavillon, elle avait perforé ce dernier près du lobule, qui tenait encore comme perdu dans son épaisseur, et le lieu précis de son insertion était entre la conque et l'apophyse mastoïde.

Il y avait lieu de penser que cette tumeur adhérait aux os, et l'on conçoit que le pronostic devait en être grave; cependant, il nous sembla qu'il y aurait soulagement pour la malade si cette masse pouvait être enlevée; l'ablation en fut pratiquée; on accrocha la tumeur; la bride fut coupée, une hémorrhagie se montra avec assez d'abondance pour nécessiter le tamponnement. Tout se passa d'ailleurs simplement, aucun accident ne se manifesta, et, malgré le mauvais aspect de la plaie, la cicatrisation se fit, sauf un petit espace qui n'est point encore fermé et qui a l'air fongueux, mais qui ne végète point cependant.

En résumé, nous en sommes aujourd'hui à douter de la nature cancéreuse de cette tumeur. Voilà un de ces cas où l'emploi du microscope pourrait être d'un grand secours pour éclairer le diagnostic, pour dicter le pronostic et par conséquent la thérapeutique convenable. Ainsi, cette tumeur avait en apparence tous les caractères du cancer, et il est probable que telle n'était pas sa nature; d'autres tumeurs, au contraire, ne sembleront pas cancéreuses, et l'événement prouvera que ce sont des cancers véritables.

Il est vrai que les micrographes croient pouvoir affirmer la nature cancéreuse d'une tumeur quand ils y rencontrent des cellules possédant certains caractères qu'ils connaissent. Mais, pour nous, évidemment toute la question n'est pas là.

Rapprochons ce fait de quelques autres. Voici deux tumeurs dont l'une a été enlevée à l'hôpital et l'autre dans la ville. L'une est composée d'un tissu encéphaloïde type; elle était comme enkystée, comme séparée des parties voisines; l'autre n'avait pas de limites distinctes; elle avait végété dans les tissus sains et n'était pas énucléable.

D'un autre côté, nous avons envoyé à des micrographes habiles des tumeurs trouvées dans les poumons d'un homme atteint de sarcocèle, et ces messieurs n'ont pas trouvé l'élément cancéreux; pour nous, il n'y avait pas de doutes que ce ne fussent des cancers.

Nous ignorons encore quels seront les résultats de leurs recherches pour les deux premières tumeurs, mais il est très présumable que ces résultats ne peuvent être négatifs. D'ailleurs, nous le répétons, de ce que le microscope ne découvre pas dans un tissu la cellule cancéreuse, la question n'est pas jugée définitivement. D'abord, quelques lumières qu'on puisse espérer du microscope, ne se peut-il qu'à l'heure actuelle il y ait encore certaines illusions qui se dissiperont avec le temps? Bien plus, il y a, nous le croyons, un point de vue sous lequel peut être envisagé le cancer qui expliquerait les résultats obtenus par les micrographes.

On dit, par exemple, que toutes les fois qu'on rencontre la cellule cancéreuse la maladie est évidemment un cancer; mais pourra-t-on affirmer avec la même confiance qu'alors qu'on ne rencontrera pas cette cellule il ne s'agit point d'un cancer ? Nous ne le pensons pas. On arrivera bientôt à cette dernière conviction en réfléchissant que cette cellule caractéristique, si l'on veut, a dû être précédée par un état plus simple avant que le cancer fût complet, si l'on nous permet cette expression. Ainsi, il est apparu d'abord une matière amorphe probablement, puis des granulations, puis un noyau, puis s'est créée une gangue, une pellicule, et enfin la cellule s'est trouvée constituée; mais le mal n'était-il pas un cancer avant qu'elle fût complète? Toutes ces transformations, aux dépens de quels tissus ont-elles eu lieu? n'y avait-il pas là une autre matière, du sang épanché ou d'autres liquides, car il faut bien admettre qu'à un moment donné il n'y avait rien et que plus tard cependant il y aura un cancer?

Une autre cause d'erreur se trouve dans la transparence de certains corps; si les micrographes n'agissent pas sur des corps opaques, ils n'y peuvent plus rien distinguer.

Une autre objection qui vient étayer les vues précédentes, est celle-ci : A voir la marche du cancer, il n'est pas douteux que l'élément cancéreux doive circuler avec les fluides, avec le sang; il le faut absolument puisque on le voit survenir dans des points où primitivement les tissus étaient intacts et dans plusieurs régions chez le même individu; mais les globules, les cellules cancéreuses ne peuvent pas circuler dans les petits vaisseaux; il faut donc qu'il y ait quelque chose avant la cellule.

Ainsi, pour résumer notre opinion, nous dirons que nous admettons la présence de la cellule comme caractérisque du cancer, mais nous pensons que l'on n'est pas en droit de nier que la maladie est réellement cancéreuse par cela seul qu'on n'a pas pu constater la présence de cet élément. Nous pensons que la cellule est une modification déjà avancée de l'élément cancéreux, qui, avant elle, revêt des caractères insaisissables jusqu'à présent, mais qui deviendront peut-être perceptibles un jour.

Le plus beau résultat, le plus fécond serait de parvenir à découvrir dans le sang l'élément cancéreux. Quelles conséquences d'une immense utilité en retirerait la pratique! Trouverait-on le cancer dans le sang, on se garderait d'opérer sachant que la maladie est générale; ne pourrait-on l'y rencontrer, l'opération sauverait le malade.

Nous reviendrons encore sur ce sujet à propos de quelques autres cas semblables.

Rupture du périnée pendant l'accouchement, chez une femme ayant déjà subi la suture de cette région pour un accident pareil.

Au n° 31 de la salle des femmes est couchée une malade qui offre de l'intérêt, à cause d'une lésion qu'on rencontre rarement deux fois chez le même sujet. Cette femme eut, il y a quinze ans, une déchirure du périnée dans un accouchement; elle subit l'opération de la suture, qui lui fut faite par Flaubert, de Rouen. Elle accoucha de nouveau il y a six ans, et le périnée fut encore compromis.

Nous ne savons pas s'il y a d'autres faits semblables qui aient été publiés. Cela est assez singulier; la récidive de la déchirure du périnée semblerait devoir être à craindre, et cependant elle ne paraît pas s'observer. Plusieurs des malades opérées par M. Roux sont accouchées après l'opération, et la déchirure ne s'est pas reproduite. On a commencé à croire que l'accident ne pouvait se renouveler, et l'on en a cherché une explication. On pensait que la cicatrice étant plus dure, plus solide, plus résistante par conséquent que les tissus normaux, elle était plus en état de lutter dans les accouchements suivants, et avait moins de facilité à se rompre qu'avant l'opération. On disait enfin ce qu'on dit encore des fractures, que la solution de continuité s'effectuerait plutôt dans un autre point tant le cal donnait de solidité à l'os; de même la déchirure se serait faite plutôt à côté de la suture. Nous avions déjà vu le contraire pour les fractures; voici un exemple pour le périnée.

Ici, la rupture est complète; elle comprend la cloison recto-vaginale, de façon que la malade ne peut retenir ses matières. Cette femme souffre quand elle reste debout, elle éprouve un sentiment de fatigue dans les lombes, dans les aines; elle est tourmentée par des besoins fréquents d'uriner. Tous ces accidents sont faciles à comprendre; ils proviennent du manque de sustentation de la matrice et de la déchirure du sphincter. Ce sont là les inconvénients attachés aux larges ruptures du périnée.

Du reste, la malade ne présente aucune dégénérescence des parties génitales ou de l'anus; on ne trouve aucun endurcissement, aucun épaississement dans le vagin. Mais cette femme est cependant affectée d'une infirmité complexe, car, outre la déchirure, l'utérus est dans un état de rétroflexion très prononcée; le fond de la matrice se trouve presque au niveau du col et infléchi en arrière. Or, l'on sait que les inflexions utérines amènent par elles-mêmes des symptômes analogues à ceux ou au moins à quelques-uns de ceux que nous venons de décrire, et, de plus, une série de troubles nerveux, tremblements, tiraillements, etc.; troubles qu'on observe rarement chez celles qui ont seulement le périnée déchiré, sans déviation de la matrice. L'incontinence des matières stercorales, au contraire, est exclusivement sous la dépendance de la déchirure.

Faut-il tenter une opération nouvelle chez cette malade? Cette question doit être examinée sérieusement. L'opération de la suture du périnée demande une réunion de circonstances qu'on ne trouve pas chez toutes les femmes. Quand il s'agit de pratiquer une amputation ou l'ablation d'une tumeur, que le sujet soit un adulte ou un enfant, qu'il soit docile ou indocile, on vient à bout de le contenir, et le succès de l'opération n'est que peu entravé par ces diverses conditions. Mais quand il faut faire la suture du périnée, il est indispensablement nécessaire de la part de la malade qu'elle soit douée d'un courage suffisant, de beaucoup de docilité, de résignation, de patience; il faut qu'elle ait un grand désir d'être opérée, parce que la réussite de la suture exige qu'on obtienne de la malade une immobilité complète pendant et après l'opération; il faut de toute nécessité qu'elle demeure quatre, six, huit, dix jours sans faire de mouvements qui compromettraient le résultat.

Or, nous avons beaucoup de raisons de douter que cette malade possède les conditions ci-dessus; elle s'est livrée à des mouvements violents rien que pour l'examen. Que serait-ce pendant l'opération?

Si la suture est pratiquée, nous en rendrons compte.

Rétrécissement de l'urètre. Extraction d'un petit calcul. Cathétérisme. Mort.

Voici un fait des plus étranges et capable de bouleverser l'esprit des jeunes praticiens. Nous allons le rapporter avec tous ses détails.

Un homme d'une assez bonne constitution s'étant toujours bien porté, entre à l'hôpital pour un rétrécissement simple. On constate l'existence d'un calcul de petit volume engagé dans l'urètre en arrière du rétrécissement, dans la portion pénienne du canal. Le calcul est extrait sans incision. On passe une sonde dans l'urètre sans difficultés, sans écoulement de sang. Le lendemain, le malade se trouve bien; il manifeste sa joie d'être débarrassé de sa maladie. Le soir, il est pris de faiblesse, des tremblements surviennent, les articulations sont douloureuses; le malade succombe.

A la vue des premiers symptômes nous avons été fort inquiet, dit M. Velpeau, et nous vous avertissions que cet homme était dans un état très alarmant. Jusqu'à présent on paraît avoir mal connu ce genre d'accidents. On a confondu ces symptômes avec ceux de la fièvre intermittente pernicieuse; quand les articulations venaient à se prendre, comme ici, on croyait voir un rhumatisme articulaire : toujours est-il que les malades succombent alors en deux ou trois jours.

Quant à nous, il nous paraît démontré que ces sortes d'accidents surviennent à la suite de manœuvres dans l'urètre et, ce qu'il y a de plus déplorablement bizarre, à la suite des manœuvres les plus simples, les plus inoffensives en apparence; par exemple, après un cathétérisme ordinaire.

Nous nous souvenons avoir vu il y a une dizaine d'années, dans cet hôpital, un imprimeur qui était couché à l'avant-dernier lit du second rang de la grande salle. Cet homme avait un rétrécissement modéré; une bougie des numéros 3 ou 4 fut passée sans difficulté. On la lui ôta; dans la nuit il voulut se la remettre lui-même; il coula un peu de sang, mais très peu; une autre bougie fut introduite le lendemain. Le surlendemain le malade était cyanosé; il mourut le jour même. On ne trouva rien à l'autopsie qui pût rendre compte de la fin brusque de ce malheureux.

Nous avons vu une autre fois un jeune homme de la Martinique venu en France pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'urètre. On passait des bougies des numéros 2 ou 3. Au dixième jour de son traitement, il éprouve des tremblements, un érysipèle gangréneux des bourses se déclare; la fièvre est intense, le cerveau se prend. Le malade meurt le septième jour.

Ce ne sont pas les seuls faits semblables qui aient été observés. D'autres praticiens en ont vu d'analogues. Il y avait à l'Académie un prix pour l'auteur du meilleur mode de traitement des rétrécissements de l'urètre. Les prétendants demandèrent des malades dans les hôpitaux pour qu'on pût juger leurs procédés. A la Pitié était un de ces malades, dont nous tenons l'histoire de M. Bérard. Ce malade est soumis à une dilatation un peu brusque; il n'y a pas de saignements ni d'accidents immédiats d'aucune sorte; peu après surviennent des tremblements, des accidents nerveux. Le malade meurt. A l'Hôtel-Dieu, un autre succombe de la même manière, quelque temps après une incision légère pratiquée dans l'urètre.

Evidemment il n'est pas possible de s'expliquer des faits semblables par l'introduction de la bougie seule ou de la légère blessure faite au canal. Il n'est pas possible que ce soit l'opération du cathétérisme seule qui amène la mort de ces malades. C'est là une question très grave et qui mérite toute l'attention. Il n'est pas douteux qu'on accusera dans des circonstances pareilles le chirurgien d'avoir tué le malade. Qu'un

pareil malheur arrive à un jeune praticien, n'y aura-t il pas quelque chose de très pénible et de très fâcheux à la fois? Et cependant ne passe-t-on pas dans l'urètre des milliers de bougies, ne pratique-t-on pas journellement des scarifications sans qu'il en résulte le moindre accident? C'est, du reste, précisément une raison pour qu'on porte une accusation mal fondée contre le chirurgien auquel ces accidents arrivent. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'ils peuvent arriver.

Cependant nous devons dire que nous n'avons pas encore vu de malade qui ait succombé aussi promptement après une opération simple pratiquée sur l'urètre; nous n'en avions pas vu non plus mourir avec cet ensemble de symptômes, tremblements, faiblesses, douleur dans les articulations. Nous en avons vu un qui fut pris d'accidents extrêmement graves; il eut une inflammation des articulations du pied; il survint de la suppuration; mais il ne succomba pas. Ceux que nous avons vus mourir après des opérations légères sur l'urètre présentaient des symptômes nerveux, mais non des symptômes de maladie articulaire.

Que peut-on s'attendre à trouver chez ce malade? L'autopsie n'a pu encore être faite; mais il est probable qu'on ne rencontrera pas de lésions suffisantes pour expliquer une terminaison si rapide. Peut-être quelques érosions dans le canal. Y aura-t-il quelque chose dans la prostate, dans la vessie? Ce malade, il est vrai, n'a uriné pendant quelque temps que par suintement, à cause de la présence du calcul; cette circonstance aura pu distendre la vessie. Quant au calcul, il était composé de phosphate ammoniaco-magnésien; tout porte à croire qu'il venait de la prostate. Si cet organe était malade, n'y aurait-il pas eu phlébite, infection purulente? Nous ne le croyons pas, cependant; car le tremblement n'a pas été suivi de cet état adynamique qu'on observe. Ce malade s'est trouvé mal deux fois; les jointures se sont prises, et il est mort.

On ne peut néanmoins, en présence d'accidents pareils, songer à autre chose qu'à un empoisonnement. Nous avons pensé à une résorption de l'urine. Ce liquide est tellement délétère pour l'économie, ses effets sur les tissus sont tellement immédiats, que c'est une idée qu'on ne peut empêcher de se présenter à l'esprit.

Il y a vingt ans, peut-être un peu plus, nous étions alors à l'hôpital des Cliniques, un homme avait une lésion du côté des organes génito-urinaires, et bientôt il survint à l'avant-bras une sorte de gangrène sans inflammation préalable, et, chose bien remarquable, les tissus malades exhalaient une odeur urineuse telle, que l'on pouvait se demander s'il n'y avait pas eu résorption de ce liquide. Malheureusement, à cette époque, on ne parlait pas du microscope, car il eût été curieux d'examiner ces tissus, et de constater si réellement l'urine était pour quelque chose dans cette maladie.

Nous étions arrivé plus loin encore. En examinant un grand nombre de faits, nous étions arrivé à cette hypothèse, que toutes les fois qu'un frisson violent se manifeste chez un individu, toutes les fois que cet individu est pris de tremblements, c'est que des substances de quelque nature qu'elles soient, mais étrangères et nuisibles, ont pénétré dans l'économie.

Ainsi dans la fièvre intermittente, par exemple, il n'y a pas à douter, bien qu'on ne puisse le démontrer physiquement, que des substances, des miasmes incompatibles avec l'organisme ont pénétré dans l'économie. Dans l'infection purulente, les épanchements urineux, cela est plus manifeste encore.

— Nous avons rendu compte de ce fait, qui offre un immense intérêt; mais il resterait incomplet pour nos lecteurs, si nous ne faisions connaître le résultat de l'autopsie. Nous aurons grand soin aussi de faire savoir ce que le microscope et les réactifs apprendront, M. Velpeau ayant fait soumettre les liquides et les tissus à l'exploration de ces deux ordres de moyens.

PAJOT.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

Hernie crurale étranglée. Opération par débridements multiples. Guérison.

Au n° 25 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Duboux (Louis), âgé de quarante-quatre ans, polisseur d'acier. Cet homme, dès l'âge de onze ans, vit apparaître, sans cause appréciable, une petite tumeur à la région de l'aine du côté droit. Comme cette tumeur ne causait aucune douleur, aucune gêne, qu'elle sortait et rentrait facilement, et que de plus, elle ne paraissait point augmenter de volume, le malade n'y fit aucune attention, et ne porta aucun bandage pour la maintenir. Il passa ainsi près de trente trois ans.

Il y a sept mois qu'il fut atteint d'une affection de poitrine et qu'il présenta, au dire même de son médecin, tous les symptômes physiques et rationnels d'une tuberculisation pulmonaire: hémoptysie, toux, matité, faiblesse du bruit respiratoire au sommet du poumon droit.

Il y a trois mois, à la suite de violents efforts de toux, la tumeur de l'aine augmenta tout à coup de volume sans déterminer néanmoins aucun accident. Comme auparavant, elle sortait et rentrait avec facilité, et ne causait aucune douleur. C'est à partir de cette époque seulement que le malade, pour prévenir un développement plus grand de la tumeur, se décida à porter un bandage.

Dans la nuit du 2 au 3 novembre 1846, comme le malade finissait d'uriner, la tumeur sortit tout à coup, et cette fois occasionna presque immédiatement des douleurs assez vives. Ce fut en vain que le nommé Duboux tenta plusieurs fois de la réduire.

Le 4 novembre, lendemain de l'accident, des vomissements survinrent; les selles se supprimèrent; le hoquet se manifesta. Tous ces symptômes d'étranglement herniaire continuèrent les jours suivants, malgré l'emploi de plusieurs purgatifs que prescrivit le médecin. Les matières rendues par les vomissements, qui, dans les premiers jours, étaient composées de bile et de quelques matières alimentaires encore contenues dans l'estomac, étaient devenues, dans les derniers jours, moins liquides, et répandaient une odeur désagréable.

Le 10 novembre, les vomissements étaient complétement disparus; le malade n'éprouvait plus que de temps à autre quelques nausées; mais la constipation persistait toujours.

Ce ne fut que le 11 novembre, c'est-à-dire sept jours après l'apparition des symptômes d'étranglement herniaire, que le malade fut adressé à l'hôpital Saint-Louis à M. Jobert, qui le reçut immédiatement dans ses salles.

Le nommé Duboux offrait alors l'état suivant:

L'abdomen est un peu tendu, ballonné, un peu sensible à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite; les douleurs ressenties dans cette région ont cependant peu d'intensité. A l'aine du côté droit, existait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule environ, pédiculée, peu sensible à la pression, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur, peu résistante au toucher, est allongée suivant la direction du ligament de Fallope, et située immédiatement au-dessous du ligament, au-devant duquel elle remonte même un peu en avant.

Quant à l'état général, voici ce que l'on observe:

Figure altérée; pas de céphalalgie; chaleur normale de la peau; pouls fréquent, mais assez fort; soif; langue épaisse, jaunâtre; nausées de temps à autre; plus de vomissements; pas de selles depuis l'accident.

M. Jobert, avant de pratiquer l'opération, veut encore tenter la réduction de la tumeur à l'aide des moyens suivants: limonade citrique par petites tasses; saignée; lavement purgatifs; bains; repos; efforts légers de taxis.

Le 12 novembre, aucune amélioration n'étant survenue, soit dans l'état local, soit dans l'état général, M. Jobert se décide à pratiquer l'opération, à laquelle il procède de la manière suivante:

Après avoir tendu les téguments, l'opérateur fait au niveau de la tumeur une incision de 6 à 8 centimètres, dirigée selon le grand diamètre de la tumeur, et parallèlement au ligament de Fallope, mais un peu au-dessous de ce dernier; ensuite, pour arriver avec plus de sûreté et de ménagement au sac herniaire, se servant d'une sonde cannelée et d'un historti, il soulève, couche par couche, les tissus placés entre la peau et le péritoine, et les incise sur la sonde cannelée. Une fois arrivé au sac, on le soulève en un point avec une pince et on l'incise légèrement. Cette perte de substance sert à introduire une sonde cannelée et à agrandir la première incision.

C'est alors que l'on constate:

1° Que la portion de péritoine qui forme le sac, et qui enveloppe la tumeur, ne contient point de sérosité.

2° Que la surface interne de ce sac a contracté des adhérences dans toute son étendue avec la tumeur.

Après avoir détruit avec le doigt ces adhérences, M. Jobert reconnaît de plus:

1° Que la hernie est formée par une portion d'épiploon et par quelques anses intestinales.

2° Que toutes ces parties sont réunies, agglutinées entre elles et aux parties environnantes par de la lymphe plastique;

3° Enfin, que l'épiploon est situé en avant et l'intestin en arrière. L'épiploon, qui est gorgé de sang, bleuâtre, un peu froid, paraît avoir conservé peu de vitalité; l'intestin, au contraire, bien que ses tuniques aient une coloration rouge assez foncée (conséquence inévitable de la gêne de la circulation déterminée par l'étranglement), ne paraît devoir donner aucune crainte relativement à sa vitalité.

C'est alors que l'opérateur, avec un historti de Cooper, pratique des débridements multiples autour du siége de l'étranglement. Le tranchant de l'instrument est porté en divers points, mais surtout en dedans et en avant, là même où se trouvent les ligaments de Gimbernat et de Fallope. Cela fait, M. Jobert réduit l'intestin, et, pour des raisons que nous ferons connaître plus loin, laisse à l'extérieur, entre les lèvres de la plaie, la portion d'épiploon dont nous avons parlé. — Pansement simple, 45 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon aux herbes; diète.

Dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, le malade eut environ dix garde-robes.

Le 13, la réaction est peu vive; l'état général est peu modifié; cependant le ventre est moins ballonné, moins sensible à la pression, et le malade n'accuse point de douleurs dans l'abdomen. — Pansement simple; limonade citrique; diète.

Le 14 novembre, le malade a eu, la veille, neuf à dix selles qui ont été accompagnées de quelques douleurs sourdes dans l'abdomen. Le pouls conserve toujours un peu de fréquence. La plaie présente un bon aspect; ses lèvres sont rosées et se recouvrent de bourgeons charnus; le fond suppure, et la portion d'épiploon qui baigne au milieu d'un pus de bonne nature, ne tardera pas, sans doute, à se mortifier dans sa partie antérieure, tandis que son pédicule, qui est en rapport avec le collet du sac, contractera avec ce dernier des adhérences salutaires. — Gomme; sirop de gomme avec addition de 5 gouttes de laudanum; 2 pilules d'opium de 1 centigr. chaque; un quart de lavement avec décoction de têtes de pavots; pansement simple.

Le 15, les selles sont moins fréquentes, et l'abdomen est toujours souple et indolent à la pression. — Même prescription.

Le 16, la diarrhée a presque cessé complétement; car le malade n'a eu que deux garderobes dans les vingt-quatre heures.

Le 17, l'état général, qui jusqu'à ce jour avait présenté peu d'amélioration, sans doute à cause de cette diarrhée qui était survenue, devient manifestement meilleur; l'altération des traits et l'anxiété du malade semblent, en effet, moins prononcées.

Le 18, l'amélioration continue; le pouls a perdu de sa fréquence. La plaie présente toujours un bon aspect; la portion d'épiploon qui faisait saillie entre les lèvres de la plaie a perdu la coloration rouge-foncé qu'il avait lors de l'opération; elle est maintenant ratatinée, flasque et grisâtre. La suppuration est assez abondante, et l'inflammation éliminatrice prépare la chute prochaine de l'épiploon.

Le 19, M. Jobert excise avec des ciseaux une portion d'épiploon. Plus de coliques; selles libres, sans dévoiement. Le facies est meilleur; la langue est nettoyée; l'appétit revient. — On accorde au malade une portion d'aliments.

Le 21, M. Jobert a excisé le reste de l'épiploon mortifié jusqu'à son pédicule. L'état général s'améliore.

Le 23 et jours suivants, la suppuration est un peu moins abondante; le pus est toujours de bonne nature. La plaie revêt une coloration rosée et se couvre de bourgeons charnus.

Le 7 décembre, M. Jobert, craignant que le malade, encore soumis à l'influence épidémique des diarrhées et des érysipèles qui régnait toujours dans les salles, ne devînt victime de l'une de ces complications, lui conseilla de quitter l'hôpital. Ce chirurgien espérait ainsi que le travail de cicatrisation de la plaie marcherait avec plus de rapidité, et que les forces, à l'aide de bon vin et d'une alimentation succulente, reviendraient promptement.

Ce jour même le malade, très satisfait, du reste, de regagner son domicile, voulut sortir; il offrait alors l'état suivant: pas de fièvre, pas de coliques, pas de diarrhée; l'appétit est revenu. La plaie suppure toujours un peu, mais présente un aspect très satisfaisant.

— A l'occasion du malade dont nous venons de rapporter l'observation, M. Jobert se livre à quelques considérations pratiques que nous croyons utile de reproduire, parce qu'elles intéressent à la fois le médecin et l'opérateur. Elles sont relatives à toute hernie en général, entérocèle, épiplocèle, entéro-épiplocèle, hernie inguinale, crurale ou ombilicale; nous voulons parler du taxis et des soins que l'on doit prendre en pratiquant cette petite opération. M. Jobert se fondant sur un grand nombre d'observations, blâme les efforts du taxis réitérés et souvent faites avec peu de ménagement.

Ainsi, qu'une hernie étranglée se présente, il essaie de la réduire, mais avec la plus grande réserve. Si le taxis ne réussit point, il prescrit alors de la limonade citrique, une saignée, des bains, des purgatifs. Si malgré ces moyens et quelques tentatives de taxis bien ordonnées, la tumeur reste irréductible et que les accidents d'étranglement continuent, M. Jobert préfère attendre, ou pratiquer au besoin l'opération.

Une telle conduite se trouve justifiée par les accidents si graves et si nombreux que l'on voit survenir quelquefois à la suite d'une opération de taxis, lors même que cette dernière réussit.

Parmi une foule de faits que nous pourrions rapporter ou recueillir dans les auteurs, en voici un que nous avons observé l'année dernière. Une femme se présente à l'hôpital Saint-Louis avec une hernie crurale étranglée depuis quelques jours, et pour laquelle on avait déjà pratiqué en ville, mais en vain, plusieurs fois le taxis. L'interne de garde prescrivit un bain, et tenta ensuite la réduction de la tumeur. Le taxis réussit; mais la malade, peu de temps après, avait cessé de vivre. On vit à l'autopsie qu'une portion d'intestins était gangrenée, qu'il y avait solution de continuité du tube digestif et épanchement de matières stercorales dans la cavité du péritoine.

Sans citer de nouveaux faits, peut-on oublier celui que Sabatier rapporte lui-même, et dans lequel on voit à quelles conséquences funestes peut conduire, non point le taxis, mais seulement l'examen d'une tumeur! Sabatier fut consulté un jour par un soldat invalide pour une tumeur du volume d'une noix au pli de l'aine, déjà ancienne, médiocrement dure et résistante, assez mobile et nullement douloureuse. Ce chirurgien la prit pour un bubon vénérien. Le lendemain le malade avait vomi, mais son ventre était souple et sans douleur. Il mourut cependant deux heures après la visite, dans laquelle, pendant qu'on maniait la tumeur, l'intestin gangrené s'était crevé et vidé dans le ventre.

Cette observation de Sabatier montre non-seulement combien il faut apporter de précaution dans l'examen des tumeurs, mais encore combien il faut d'attention, même à un praticien exercé, pour éviter l'erreur.

Dans le cas qui nous occupe, nous avons vu M. Jobert opérer des débridements multiples; sans rappeler ici les anomalies que peuvent présenter les artères épigastrique et obturatrice à leur origine, ce chirurgien dit qu'en opérant ainsi, c'est-à-dire en débridant d'abord en dedans vers le ligament de Gimbernat, en avant vers le ligament de Fallope, puis en tout sens indistinctement, il ne lui est jamais arrivé de léser aucun tronc artériel.

Ce résultat nous a paru important à signaler pour les jeunes praticiens, puisque rien sur le vivant ne peut leur indiquer les variétés d'origine des artères. N'a-t-on pas vu des sujets avoir deux artères épigastriques naissant l'une de l'iliaque, l'autre de l'artère pelvienne; chez un homme, le collet du sac aurait de cette sorte une épigastrique iliaque en dehors, une épigastrique pelvienne en dedans et le cordon testiculaire en avant. On conçoit facilement combien serait avantageuse dans ce cas la méthode par débridements multiples.

Lorsque le sac herniaire fut incisé et la tumeur mise à découvert, l'opérateur, d'après les caractères anatomiques que présentaient l'intestin et l'épiploon, réduisit le premier en ayant soin de laisser le second à l'extérieur.

A ce sujet, M. Jobert attire surtout l'attention sur les ca-

ractères de la gangrène, afin que l'on ne puisse pas s'exposer à réduire un intestin gangrené, comme cela est arrivé, ou à le maintenir dans la plaie, croyant à sa mortification, ce qui expose cet organe à une inflammation locale et, par suite, à des adhérences avec le sac, qui peuvent gêner l'exercice de ses fonctions. N'a-t-on pas vu des chirurgiens réduire l'intestin gangrené, le croyant parfaitement sain, et la mort être la suite d'une semblable conduite? N'est-il pas arrivé aussi qu'un intestin non mortifié ait été retenu à l'extérieur, parce qu'il présentait de fausses apparences de gangrène? Nous tâcherons, dans un prochain numéro, de démontrer à quoi peuvent tenir de semblables erreurs, et d'indiquer les caractères anatomiques et les symptômes qui dénotent la présence de la gangrène, afin que l'on puisse éviter des accidents aussi funestes.

Procédé nouveau pour la suture du périnée; par M. le Dr J.-B.-J. HEYLEN, membre corresp., à Herenthals.

Le succès de la suture du périnée est tellement incertain, que la plupart des chirurgiens appelés à la pratiquer ont modifié le mode opératoire employé par leurs devanciers. Cette considération nous a aussi engagé à mettre en usage un nouveau procédé, que nous allons décrire malgré sa réussite incomplète (1); car il nous faudra peut-être bien du temps avant de pouvoir le soumettre à de nouveaux essais et entretemps il pourra réussir dans des mains plus habiles ou plus heureuses, et trouver son application dans d'autres maladies que dans la déchirure du périnée. Jetons en même temps un coup d'œil rapide sur cette maladie et sur l'opération qu'elle réclame.

Les auteurs ont le plus souvent remarqué que dans la déchirure complète du périnée, la solution de continuité s'étend jusque dans le rectum; de sorte que la région périnéale ne forme plus qu'un cloaque dans lequel viennent aboutir, et les matières stercorales qui s'échappent involontairement, et le sang des règles et une partie des urines. Dans les deux cas que nous avons eu occasion d'observer, le rectum était resté intact, et la déchirure, en se bifurquant, contournait les deux côtés de cet organe. La paroi antérieure décollée et séparée des parties environnantes, s'était plissée et formait un véritable bourrelet, qui, devenu le siége d'une vive inflammation par le contact continuel des matières excrétées et par le frottement des vêtements, constitua le symptôme le plus incommode de la maladie, et réclama des cautérisations successives chez une des malades qui se refusa à toute opération sanglante.

Malgré les exemples de guérison spontanée et les succès obtenus par la cautérisation, le seul remède propre à combattre la déchirure du périnée consiste dans la suture. Deux indications surtout ont attiré l'attention des chirurgiens: réunir les parties profondes et éviter les tiraillements de la suture. De là le choix différent des procédés opératoires. MM. Guillemeau, Saucerotte, Noël, Dubois et Dupuytren employèrent la suture entortillée; MM. Mauriceau, Lamotte, Smellie ont conseillé la suture à points passés; MM. Roux, Velpeau et Convers préfèrent la suture enchevillée, que M. Bérard a modifiée et que M. Montain a voulu remplacer par une agrafe. Enfin, M. Dieffenbach, qui s'est servi de la suture à points séparés et surtout de l'entortillée, fait des incisions latérales dans le but d'éviter toute traction sur les parties réunies.

Un examen scrupuleux des bords de la plaie, l'expérience, les résultats obtenus par les auteurs, nous ont fait admettre qu'il est presque impossible d'obtenir dans la suture du périnée la cicatrisation immédiate des parties profondes de la plaie, et que la réunion de celles-ci ne peut que fortifier celle des bords cutanés, dont le chirurgien doit opérer l'adaptation la plus exacte. Ces indications nous paraissent très bien remplies par la suture que nous avons exécutée chez notre malade à l'aide de *grandes aiguilles courbes*, laissées en place comme dans la suture entortillée. Sur les extrémités de ces aiguilles, nous avons placé des bouts de sondes en gomme élastique, perforés d'un trou, véritables chevilles que nous avons fait glisser jusque contre les chairs et fixées à l'aide d'un fil double appliqué en 8 de chiffre, comme dans la suture entortillée. Cette suture ne diffère donc de l'entortillée qu'en ce que nous avons employé des aiguilles *courbes* au lieu de *droites*, et qu'au lieu de comprimer immédiatement les chairs par le fil, nous avons interposé des bouts de sondes glissant librement sur les aiguilles.

Appliquée de cette manière, cette suture nous paraît offrir des avantages. Les aiguilles qui remplacent ici le fil de la suture enchevillée, ne tendent point à se porter en ligne droite et à couper les chairs par la pression exercée sur les chevilles; tandis que celles-ci les compriment dans une direction invariable et déterminée (en haut et en dedans) d'après la courbure donnée aux aiguilles, et qui doit varier selon l'épaisseur des parties qu'on veut engager dans la suture.

La présence de ces aiguilles dans les chairs n'entraîne pas plus d'accidents que celle d'un fil, surtout si l'on a eu soin de les dorer ou argenter pour empêcher qu'elles ne se rouillent. Le fil employé à fixer les chevilles ne peut point couper les chairs si l'on prend des bouts de sondes assez épaisses. On pourrait même couvrir immédiatement la plaie d'un emplâtre adhésif, moyen très propre à en éloigner le contact des corps étrangers; ce qui est très favorable pour cette opération, dans laquelle la présence des corps étrangers qui s'introduisent entre les bords de la plaie occasionne souvent la non-réussite. Dans ce procédé on pourrait encore réunir exactement les bords cutanés de la plaie à l'aide de petites épingles droites, et n'employer les aiguilles courbes que pour adapter les parties profondes; afin d'en obtenir la réunion autant que possible et d'éviter les tiraillements des bords de la plaie. Cette manière d'opérer nous paraît la plus convenable, et nous nous proposons de la suivre désormais.

(1) La réunion des parties environnantes du sphincter de l'anus a mis obstacle à l'évacuation involontaire des matières fécales, la seule raison qui a engagé la malade à subir l'opération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 décembre 1846. — Présidence de M. ROCHE.

M. Duméril communique une observation relative à des larves de mouche rendues par le vomissement.

— *M. Chevallier* lit une série de rapports sur les remèdes secrets.

— *M. Bouvier* présente quelques pièces anatomiques d'un sujet sur quelques nerfs duquel on a trouvé des tumeurs analogues à celles déjà décrites par M. Serres.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour le renouvellement du bureau.

Scrutin pour la présidence. — Nombre des votants 83.

M. Bégin obtient	80 suffrages.
M. Bricheteau,	2
M. Jobert,	1

M. Bégin est proclamé président pour l'année 1847.

Scrutin pour la vice-présidence. — Nombre des votants 78.

M. Bouillaud obtient	62 suffrages.
M. Bricheteau,	11
M. Londe,	1
M. Adelon,	1
M. Prus,	1

M. Bouillaud est proclamé vice-président.

Scrutin pour les fonctions de secrétaire annuel. — Nombre des votants 67.

M. Mélier obtient 63 voix, et est proclamé secrétaire annuel.

Scrutin pour trois places de membres du Conseil d'administration.

MM. Roche, Nacquart et Prus obtiennent la majorité des suffrages.

REVUE GÉNÉRALE.

Du mécanisme de production des affections hystériques. — Le professeur Schutzemberger, de Strasbourg, a publié dans la *Gazette médicale* un long mémoire dont nous croyons, malgré leur étendue, devoir reproduire intégralement les conclusions.

1° La dénomination d'hystérie a historiquement deux significations: l'une symptomatique, l'autre étiologique.

2° Sous le point de vue symptomatique, l'hystérie n'est rien moins qu'un état pathologique rigoureusement déterminé; car, si tous les auteurs proclament l'extrême variabilité de son expression phénoménale, les uns la restreignent plus spécialement aux attaques convulsives plus ou moins généralisées, tandis que d'autres l'étendent à presque toutes les perturbations nerveuses observables chez les femmes: de sorte qu'en pratique, le diagnostic symptomatique et purement nominal est lui-même souvent une déception, personne ne sachant au juste ce qu'il faut entendre par hystérie.

3° Envisagée sous le point de vue étiologique, l'hystérie n'est pas plus exactement spécifiée. Si l'on n'est pas d'accord sur les symptômes, on l'est encore moins sur leur cause. Admise par induction seulement, et ne pouvant généralement pas faire l'objet d'un *diagnostic pratique*, l'idée étiologique n'a eu guère de la rigueur scientifique que l'apparence.

4° Dans ces circonstances, sans rompre avec la tradition, il peut paraître licite de secouer son joug trop pesant, de s'affranchir des étreintes de la *spécification plus nominale que scientifique* qui domine le libre essor des recherches, et d'étudier les perturbations fonctionnelles nerveuses, moins en nosologiste qui cherche les variétés d'une maladie donnée et connue, qu'avec l'esprit indépendant du clinicien physiologiste.

5° Que d'une première série de recherches faites dans cet esprit, il résulte:

A. Que certaines excitations nerveuses, le plus souvent continues, peuvent devenir la cause organique de perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs plus ou moins généralisés, avec ou sans perte de connaissance, sans que les organes centraux ou le système nerveux en général soient atteints d'un état pathologique permanent démontrable.

B. Que, chez les femmes, l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbation, dont le mode de production est analogue à celui de tous les mouvements réflectifs et s'explique par la même loi physiologique.

C. Qu'on peut, cliniquement, reconnaître l'existence de cette cause et la réalité de son influence par l'excitation mécanique de l'ovaire, dont la compression profonde produit localement de la douleur et réflectivement le phénomène des attaques.

D. Que d'autres excitations locales sont susceptibles de produire des phénomènes analogues, et qu'une investigation attentive pourra révéler ces foyers d'excitation locale.

E. Que, dans leur état de simplicité, les excitations locales propagées, et notamment l'excitation ovarique, sont des affections peu graves, à moins qu'elles ne soient négligées ou ne soient elles-mêmes liées à des états organiques incurables.

F. Qu'en pratique, il est de la plus haute importance de déterminer la cause de l'excitation nerveuse locale qui souvent n'est pas consécutive.

G. Que pour l'ovaire, elle peut dépendre d'une congestion, d'une inflammation, d'une dégénérescence, ou être purement nerveuse ou névralgique.

H. Que, bornée sur ces données, l'indication causale de la perturbation nerveuse est double et doit avoir pour but: 1° de faire disparaître l'affection qui détermine l'excitation locale, si cette affection est appréciable; 2° de diminuer directement l'excitation ou l'excitabilité des nerfs qui représentent le foyer de l'irradiation.

I. Que les moyens de remplir la première indication causale sont variables, comme les causes elles-mêmes (ovarite, irrégularité dans la congestion menstruelle, hypérémie, névralgie, etc., etc.)

J. Que certaines substances, et notamment l'assa fœtida, le castoréum, le galbanum, paraissent exercer une influence sédative sur l'excitabilité ovarique; mais que leur emploi n'exclut en aucune façon l'application d'autres agents empruntés aux principes généraux de la thérapeutique en vue de calmer une excitation nerveuse locale.

K. Que la perturbation nerveuse intermittente ou l'accès n'offre que des indications secondaires et palliatives; que leur retour cesse avec l'excitation locale qui joue le rôle de cause, à moins que, sous l'influence même de la production fréquente de la propagation pathologique, il ne se soit développé *consécutivement* une excitabilité morbide de la moelle, susceptible dès lors d'être mise en jeu par de simples excitants physiologiques, cas qui, quoique consécutif à de simples excitations locales fréquemment propagées, constitue néanmoins un état pathologique tout nouveau.

6° Une seconde série de recherches cliniques nous autorise à rattacher une foule de perturbations fonctionnelles développées dans la sphère sensitive à un *état pathologique* spécial; inconnu dans son élément matériel, mais dynamiquement caractérisé par une *excitabilité exagérée* des nerfs sensitifs. La dénomination d'hypéresthésie, déjà admise dans la science, peut servir à désigner cette condition organique.

A. On peut reconnaître cliniquement l'existence de cette condition organique *quand les excitants physiologiques* ou *des causes légères d'excitation* produisent dans les nerfs sensitifs des manifestations fonctionnelles qui paraissent *spontanées* ou *exagérées*.

B. Cet état organique nerveux est quelquefois idiopathique, lié à la constitution primitive ou développé sous l'influence d'une hygiène mal entendue. Dans ces cas, l'hygiène offre aussi à peu près seule les plus précieuses ressources à la thérapeutique. Les médicaments employés en vue de diminuer directement l'excitabilité générale ne procurent qu'un soulagement momentané, et le traitement des excitations locales ne peut être considéré que comme symptomatique et purement palliatif.

C. D'autres fois, l'excitabilité morbide des nerfs sensitifs est la *conséquence* et *l'effet de l'anémie simple ou chlorotique*. C'est là ce qui a pu faire dire avec une exagération qui n'en renferme pas moins un grand fond de vérité, que la chlorose domine toute la pathologie nerveuse de la femme; que l'hystérie n'est qu'une espèce de chlorose, ou, comme le veut Sydenham, la chlorose une affection hystérique.

La médication dirigée contre la *cause* de l'excitabilité pathologique est seule efficace et curative. Le *fer* peut être considéré comme le remède souverain de ces maux de nerfs, tandis que les médications dirigées directement contre l'excitabilité ou les excitations nerveuses ne sauraient remplir qu'une indication secondaire et palliative.

7° Une troisième série d'observations cliniques révèle l'existence d'un état pathologique plus complexe, dans lequel l'hypéresthésie se trouve associée à un état morbide particulier de la moelle, inconnu dans son élément matériel, mais dynamiquement caractérisé par une *excitabilité pathologique*, en vertu de laquelle la *propriété réflective* de cet organe se trouve exagérée, et que l'on peut sans inconvénient appeler *excitabilité réflective*.

A. Cet état complexe se reconnaît au lit du malade; 1. par les caractères précédemment attribués à l'hypéresthésie; 2. par l'existence d'un plus ou moins grand nombre de *foyers permanents* de sensibilité dont l'*excitation artificielle et mécanique* est susceptible de produire avec facilité des *mouvements réflectifs* sous forme d'accès ou d'attaques convulsives.

B. Comme pour l'hypéresthésie simple, l'anémie simple ou chlorotique joue souvent le rôle de cause de l'excitabilité réflective spinale; mais cette dernière peut aussi se développer d'emblée, ou bien être consécutive à la reproduction fréquente d'une excitation spinale intermittente, à point de départ primitivement local.

C. Dans les cas de ce genre, les points de départ multiples des attaques ne jouent qu'un rôle secondaire, et ne fournissent que des indications palliatives dont l'importance est en raison inverse de la multiplicité des foyers d'excitation périphérique.

D. L'indication fondamentale consiste à modifier les conditions organiques qui ramènent incessamment la perturbation fonctionnelle, l'hypéresthésie d'un côté, l'excitabilité réflective spinale de l'autre.

E. Les moyens de combattre l'hypéresthésie ont déjà été mentionnés, et trouvent naturellement leur emploi dans les cas où le diagnostic pathologique retrouve cet élément comme une condition essentielle.

F. Nous ne connaissons aucun moyen d'abattre directement l'excitabilité réflective de la moelle. Les émissions sanguines sont généralement inefficaces; elles peuvent même devenir nuisibles, et ne sont réellement avantageuses que dans les cas exceptionnels où l'excitabilité spinale se trouve liée à un état de congestion de la moelle ou de pléthore générale. Les narcotiques n'exercent aucune influence durable, et les antispasmodiques, tels que la valériane, l'assa fœtida, le castoréum, etc., etc., ne nous ont paru exercer aucune influence bien évidente sur la disposition de la moelle. Les préparations métalliques, telles que l'oxyde de zinc, le chlorure d'étain, le cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, etc., etc., ainsi que l'influence du sulfate de quinine, n'ont pas encore été suffisamment expérimentées dans des cas exactement spécifiés. Le moyen qui jusqu'à présent nous a paru exercer le plus d'influence sur l'excitabilité réflective de la moelle, c'est l'application du froid sous forme de lotions froides, de bains froids ou d'immersions. Plusieurs de nos malades se sont très bien trouvées de ce moyen, dont l'emploi exige néanmoins de la prudence.

Il est certain également que la volonté peut dominer jusqu'à un certain point l'excitabilité excessive de la moelle, et que les mouvements volontaires, pratiqués avec méthode, sont un des meilleurs moyens d'empêcher la production des mouvements réflectifs. En principe, on peut établir que la réflectibilité diminue à mesure que l'influence de la volonté sur la moelle se fortifie, et *vice versa*.

Il résulte de ce qui précède que l'existence bien constatée de l'excitabilité générale rend le pronostic sérieux. Quoique la guérison ne soit pas impossible, elle ne saurait être, en général, que le fruit d'un traitement en grande partie hygiénique longtemps suivi avec persévérance et méthode.

De l'action du feu sur les caries dentaires. — M. Collin, chirurgien dentiste, a publié dans la *Clinique de Marseille* une note que nous croyons utile de reproduire en entier.

Les essences, dit l'auteur, ont un mode d'action analogue à celui produit par le cautère actuel, mais à un degré inférieur, ce qui fait que ce dernier doit avoir le pas. Les essences agissent en racornissant la portion gélatineuse qui sert de partie cohésive entre les sels calcaires, et en ramenant ceux-ci à un état d'excitation assez prononcé pour les rendre moins impressionnables aux diverses causes désorganisatrices; leur action est lente et constante. Le feu agit de la même manière; mais son action est plus subite et plus générale. Il anéantit plus rapidement les douleurs.

Une dent est propre à être cautérisée tant que le centre papillaire n'est pas dénudé; cependant il n'est pas très rare de voir des dents cariées au delà du centre papillaire guérir.

Lorsque la dent sur laquelle on se propose d'opérer est douloureuse, il faut porter successivement un bouton de feu chauffé à blanc sur la carie, depuis ses limites jusqu'à sa terminaison. Si la dent est trop profondément cariée pour qu'une première tentative soit suivie d'un succès complet, on doit avoir le soin, après les cinq ou six premiers contacts, de mettre dans la carie un peu de camphre que l'on recouvre d'un bourdonnet de coton imbibé de mastic (solution du mastic en larmes dans l'éther sulfurique). L'intervalle qui doit séparer les deux opérations doit être de quatre heures au moins. Les douleurs cèdent d'ordinaire après la première cautérisation; mais si la troisième n'en amène pas la cessation complète, c'est que la cautérisation a été tentée dans de mauvaises conditions.

L'arsenic est un excellent auxiliaire de la cautérisation; dans les cas de violentes douleurs, il vaut mieux l'employer avant une première application du feu qu'après, quoique l'on puisse commencer par lui. Dans l'un comme dans l'autre cas, pour employer l'arsenic avec les précautions voulues, il faut préparer un petit tampon de coton légèrement imbibé du précédent mastic, et recouvrir la surface qui doit correspondre à la paroi désorganisée d'une quantité infinitésimale d'arsenic en poudre. Les douleurs cèdent dans presque tous les cas, et l'on peut continuer avec plus de succès la cautérisation.

Il faut bien se rappeler que la cessation momentanée de la douleur ne doit être qu'un but accessoire. L'arsenic et le camphre le remplissent souvent; mais la cautérisation est le seul agent curatif absolu.

Une fois la cure obtenue par la cautérisation, on doit la compléter

en obturant la carie dentaire avec un métal inerte, tel que l'or ou le platine. L'étain a l'inconvénient d'obturer mal, parce qu'il diminue sensiblement de volume et parce qu'il peut donner naissance à des sels. Enfin, le plombage lui-même n'est qu'un moyen complémentaire, tout mécanique, et qui doit être précédé de la cautérisation.

Guérison d'une tumeur du cou à l'aide de l'acupuncture, par le docteur Ennico Costetti. — Une jeune femme portait depuis six mois au côté gauche de la trachée, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, une tumeur mobile et indolente. Cette tumeur, qui à son apparition n'avait guère que le volume d'une noisette, était devenue peu à peu plus grosse qu'une noix. Le médecin ordinaire de cette malade avait pensé que cette tumeur était constituée par du tissu cellulaire, dont les fibres et les lamelles avaient formé une espèce de kyste autour d'un épanchement de liquide probablement sanguin, que lui regardait comme le premier élément de cette tumeur.

Dans la matinée, en effet, du jour où elle s'était aperçue pour la première fois de cette tumeur, la malade avait fait un effort en levant un corps pesant, et en tenant en même temps la tête et le cou d'une manière incommode, pliés et tournés vers le lieu où elle voulait déposer ce fardeau. Bien qu'elle n'eût éprouvé dans ce moment aucune sensation douloureuse au cou, néanmoins, en l'absence de toute autre cause connue, elle considéra cet effort comme la cause première de la tumeur. Cette explication parut rationnelle à son médecin, qui se rendait compte par là du petit épanchement de sang qui avait dû, d'après lui, amener dans le tissu cellulaire environnant les dispositions anormales et le développement dont nous avons parlé.

Ce gonflement acquit lentement, ainsi que nous l'avons dit, le volume d'une grosse noix, nonobstant l'usage des cataplasmes émollients et les frictions nombreuses qui furent faites avec l'extrait de ciguë et l'hydriodate de potasse mêlés à de la graisse. La maladie durait déjà depuis six mois, malgré un traitement dirigé avec soin, ce qui fit penser à mon ami qu'il devait abandonner la route suivie jusqu'alors; il voulut me faire visiter la malade, et me demanda si je croyais qu'il convînt d'essayer de faire résoudre cette tumeur au moyen de l'acupuncture.

En songeant à l'inefficacité des remèdes employés, et prenant en considération cette circonstance que la jeune femme n'avait pas pu supporter un dernier onguent iodurée, qui avait amené sur sa peau très délicate une excoriation douloureuse, je me joignis à l'opinion de mon collègue, et je me mis à pratiquer moi-même les petites opérations jugées utiles par nous. J'eus recours cinq fois à l'acupuncture, en mettant l'intervalle d'un jour entre les opérations. La première fois, je mis deux aiguilles, puis trois, puis quatre, puis cinq; j'en plaçai sept la dernière fois. — Il fallut bientôt mettre un intervalle plus long entre chaque opération; car, sans parler de la douleur que procurait l'introduction des aiguilles, il survenait quand on les retirait un gonflement de la tumeur tel qu'on était obligé de s'abstenir pendant quelques jours de toute espèce d'opération, et en outre d'oindre avec de la graisse simple la partie sur laquelle on avait le soin de tenir des cataplasmes de graine de lin. Après une semaine environ de repos, pendant laquelle on continuait les applications émollientes, l'inflammation disparaissait, et à mesure que cette résolution s'effectuait, on voyait la tumeur perdre progressivement de son volume primitif. L'acupuncture fut pratiquée une douzaine de fois environ : cela suffit pour rendre le cou de la malade tel qu'il était avant l'apparition de la tumeur.

Les dernières opérations furent pratiquées tantôt avec trois aiguilles, tantôt avec quatre, et une seule fois avec cinq. — Quand l'opération n'était pas très douloureuse, on traversait de part en part la tumeur et la peau qui la recouvrait; dans le cas contraire, on poussait les aiguilles de manière à ne pénétrer que dans le corps de la tumeur. On laissait les aiguilles en place pendant une heure et demie, deux heures au plus; en les retirant, il sortait quelquefois par les piqûres quelques gouttes d'un beau sang qui paraissait provenir des petits vaisseaux cutanés; une seule fois il s'écoula une grosse goutte d'un sang altéré que nous crûmes provenir de l'intérieur de la tumeur. Il n'y eut pas d'ailleurs de déplétions sanguines assez abondantes pour qu'on pût leur attribuer la bonne issue du traitement. Si je ne me trompe, le succès que nous avons obtenu doit être attribuée : 1° aux inflammations légères et répétées dont la résolution, ainsi que cela a toujours lieu dans les phlogoses, provoque l'activité de l'absorption; 2° à la lésion de l'intégrité des tissus, qui donnait lieu à l'oblitération de quelques vaisseaux capillaires et à la formation de cicatrices.

Les bons effets de l'acupuncture dans ce cas, joints aux succès que j'ai obtenus en traitant par la même opération un goître dont j'ai publié naguère l'observation détaillée, me font voir dans l'acupuncture un moyen thérapeutique qui pourrait être employé avec avantage pour détruire certaines tumeurs qu'il ne convient pas d'enlever avec le bistouri, et qui résistent à l'action des fondants les plus énergiques.

NOUVELLES.

M. le docteur Putel est nommé médecin du château de Neuilly en remplacement de M. Destouches, qui conserve le titre de médecin honoraire.

— Le concours ouvert le 10 octobre, dans l'Ecole de médecine de la marine de Brest, pour pourvoir au remplacement d'un chirurgien professeur, de deux chirurgiens de première classe, de trois de deuxième et de quatre de troisième, s'est terminé le 28 novembre dernier.

Les concurrents à la chaire d'anatomie et de physiologie, étaient MM. Dufour, Duval, Payen et Toussaint, chirurgiens de première classe. Les trois premiers sont docteurs de Montpellier. M. Dufour a été nommé.

— MM. Decamp et Jossic, chirurgiens de deuxième classe, ont été proposés par le jury pour le grade de chirurgiens de première; MM. Le Clinche, Mongrand et Maillé, chirurgiens de troisième classe, pour le grade de chirurgiens de deuxième; et MM. Gaston, Lebosc, Saviua, Savaria, élèves, pour le grade de chirurgiens de troisième classe.

— Dans sa dernière séance, le Conseil municipal a voté avec empressement, sur le rapport de M. Robinet, les fonds nécessaires à l'ouverture d'un hôpital temporaire de quatre cents lits, rue de Charonne, dans la maison dite de *Bon-Secours*. Cet hôpital offrira aux populations indigentes, en attendant l'ouverture de l'hôpital Louis-Philippe, une ressource très importante depuis longtemps désirée. Mais le bien qu'il procurera ne se bornera pas à la création d'un certain nombre de lits nouveaux destinés aux malades; il a été décidé qu'une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu annexe, situé rue de Charenton, seraient évacués, et que les malades seraient remplacés par des vieillards admis moyennant une modique pension. Les différentes parties de cet établissement seront ainsi successivement converties en maison de retraite.

— Il existe aujourd'hui en France 1,338 hôpitaux ou hospices possédant un revenu de 53,632,992 fr. Toutefois, ce nombre est loin d'être suffisant pour les indigents malades, les vieillards, les infirmes incurables, les orphelins et les enfants-trouvés que renferme le pays. — On compte à peu près 7,599 bureaux de bienfaisance ayant un revenu annuel de 13,557,836 fr. environ. Les monts-de-piété, rétablis et réorganisés en l'an XII, sont au nombre de 46, et présentent un capital de 36,544,012 fr. En 1844, ils ont prêté 42,220,684 fr. sur 3,072,864 de nantissements. — Les établissements destinés à l'éducation des jeunes sourds-muets et des aveugles sont loin d'être assez nombreux : il y en a 39 qui renferment 1,675 élèves. Or, il y a, dit-on, en France, 20 à 25,000 sourds-muets et 12 à 15 000 aveugles. Quant aux enfants-trouvés, leur nombre est complétement inconnu. 123,394 sont reçus et entretenus par la charité publique dans 144 hospices. Le nombre des aliénés indigents est de 12,286. Leur dépense annuelle s'élève à 4,326,138 fr. Avant la loi de 1838, les aliénés indigents étaient, en général, comme les pauvres ordinaires, réduits à la mendicité. Aujourd'hui leur sort est meilleur, et il en guérit un assez grand nombre.

— MM. les docteurs Demeyer, de Bruges, et Lombard, de Liége, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Au dire du journal anglais *The Lancet*, le choléra se serait montré dans l'île de Candie. Plusieurs soldats du 95e régiment anglais auraient déjà succombé, et les autorités coloniales auraient fui de Candie pour se réfugier à Colombo.

— M. le docteur Blanchet a repris, le lundi 21 à midi, sa clinique, rue du Paon, 8, près l'Ecole de médecine, ses conférences pratiques sur les maladies des yeux et des oreilles.

La visite des malades commence à onze heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26, ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 152. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imhert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Sommaire.

PARIS, 28 DÉCEMBRE 1846.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons, dans une de nos dernières Revues (*Gazette des Hôpitaux* du 21 novembre), parlé des expériences nouvelles entreprises par M. Ricord à l'hôpital du Midi, avec les préparations d'or associé au mercure ; nous avons dit à ce propos que, du petit nombre de faits que possède M. Ricord, il n'est pas encore possible de tirer de conclusion certaine et positive, mais que cependant le professeur croit avoir remarqué que, dans les cas où il a administré l'amalgame d'or, les phénomènes ont cédé plus rapidement, sans qu'il soit survenu d'accidents du côté de la bouche, ni du tube digestif. Après avoir en peu de mots rapporté l'un des faits les plus intéressants dont nous ayons été témoin, nous ajoutions : « Ces pilules *chryso-hydrargyriques* n'ont donné lieu, jusqu'à présent, ni à des coliques, ni à de la diarrhée ; jusqu'à présent, sous leur influence, on n'a pas vu se produire d'accidents du côté de la bouche, ce qui tient peut-être, nous devons le dire, à la prudence qui a toujours présidé à l'administration du nouveau médicament. M. Ricord pense que l'adjonction de l'or au mercure n'a peut-être pas été sans quelque utilité comme prophylactique de la salivation..... Comment agit l'or dans ces circonstances, en supposant qu'il ait une action réelle, ce que démontreront les expériences ultérieures ? C'est là un point encore bien obscur. »

A ce propos nous avons reçu de notre honorable confrère M. Legrand, qui s'est occupé sérieusement et longtemps de l'emploi thérapeutique des préparations d'or dans le traitement de la vérole, une note dont nous nous empressons de le remercier, et dans laquelle il nous signale un passage du *Cours de chimie de Lemery* (1757, in-4°) qui rentre assez bien dans les opinions que nous avons émises avec réserve à ce sujet.

Voici ce passage : « L'or est un bon remède pour ceux qui ont trop pris de mercure, car ces deux métaux se lient facilement ensemble ; et par cette liaison ou amalgame, le mercure est fixé, et son mouvement interrompu. C'est ce qu'on remarque bien en ceux qui ont reçu les frictions du mercure, car s'ils tiennent une pièce d'or dans la bouche quelque temps elle se blanchit par la vapeur du mercure. »

Le même auteur ajoute plus loin, en parlant de l'or fulminant : « Nous avons dit ci devant que l'or réprimait la violence du mercure parce qu'il s'amalgame avec lui, mais l'or fulminant le fait encore mieux ; car, comme volatil, il est porté par tout le corps, et il ne manque point à rencontrer le mercure. » Je ne dois pas négliger, ajoute M. Legrand, de dire que « Baron, annotateur de cette édition de Lemery, dont il était le collègue à l'Académie des sciences, nie absolument cette propriété de l'or ; et il ajoute que si l'or fulminant jouit de quelque vertu à cet égard, il le doit à ses effets purgatifs. »

L'assertion de Lemery ne peut certainement être admise sans preuves : pour notre part, nous regardons son explication comme une pure hypothèse ; et nous avons eu, depuis que nous avons reçu la lettre de M. Legrand, l'occasion de traiter un sujet auquel une faible dose d'iodure de mercure avait suffi pour donner une salivation très intense. Une pièce d'or, parfaitement décapée, placée dans la bouche de ce sujet pendant plus d'une demi-heure, n'a pas changé de couleur, comme l'avance le chimiste dans l'ouvrage duquel a été puisée la citation. Nous croyons donc que, jusqu'à plus ample informé, l'on doit rester dans le doute, et ne se prononcer ni sur les propriétés antisialagogues de l'or, ni sur le mécanisme de son action.

Profitons de l'occasion que nous offre l'intéressante communication de M. Legrand, pour donner une explication que nous a semblé nécessiter une note insérée par le même confrère dans la *Gazette* du 12 décembre. « Nous avions dit avec M. Ricord, que, dans l'état actuel de la science, on ne pouvait jamais être certain d'avoir obtenu une guérison complète et radicale de la syphilis constitutionnelle, *même après les traitements les plus rationnels.* » A ce sujet, nous avons rapporté le fait d'un homme entré dans le service de l'hôpital du Midi pour des accidents tertiaires survenus trente ans après la guérison d'un ulcère primitif. M. Legrand nous a répondu par un fait de sa pratique relatif à un chancre induré traité il y a dix-sept ans par la méthode *aurifère*, et dont la guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque. Nous admettons sans hésitation l'observation de notre confrère, et cela d'autant plus volontiers que, n'ayant jamais employé cette méthode thérapeutique, nous n'avons, pour notre part, d'opinion arrêtée ni pour ni contre les préparations d'or. Mais nous jugeons à propos de donner un éclaircissement sur ce que nous pensons de l'incertitude où l'on est, suivant nous, d'avoir jamais guéri *à tout jamais* une syphilis constitutionnelle, nous étant probablement insuffisamment expliqué à ce sujet.

Nous n'avons pas dit : il est impossible de guérir radicalement la vérole ; les faits de chaque jour prouvent le contraire ; mais bien : on n'*est jamais certain* d'avoir guéri à tout jamais. L'homme soigné par M. Legrand n'a offert depuis dix-sept ans aucun symptôme de vérole, il est probable qu'il est guéri ; mais rien ne prouve que dans six mois, dans un an, dix ans, vingt ans, il n'aura pas d'accidents tertiaires, et la preuve en est que le malade de M. Ricord n'a été atteint de ces accidents que trente ans après l'infection primitive ; comme rien ne prouve non plus que ces accidents surviendront ; C'est à une époque beaucoup plus éloignée de nous, et lorsque des expériences nombreuses auront prouvé que jamais après l'emploi de l'or ces accidents ne se manifestent, qu'il sera permis d'affirmer que la guérison radicale de la vérole peut être obtenue par ces préparations. Hâtons-nous de dire que notre excellent confrère M. Legrand ne nous semble pas affirmer positivement que sa médication guérisse toujours et à tout jamais la vérole, mais qu'il n'a voulu que citer un fait, entre mille autres, où la guérison a persisté pendant fort longtemps. Que la guérison soit ou non définitive, son observation n'en reste pas moins très importante, et doit engager les praticiens à poursuivre avec lui des essais qui ne peuvent tourner qu'au profit de la science et de l'humanité.

— L'histoire des hydatides du foie est très récente, et ne date réellement, on peut le dire, que d'une dizaine d'années. Les recherches de M. Récamier, en 1825, ont, il est vrai, donné la première impulsion aux travaux entrepris dans cette direction ; mais le premier auteur qui en ait constitué l'histoire complète est M. Barrier, qui dans sa dissertation inaugurale (1840) a établi d'après des faits nombreux la symptomatologie, la marche et les terminaisons de cette affection. Un exemple intéressant d'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans l'intestin s'est rencontré il y a quelques jours dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu. En voici l'analyse rapide et succincte.

Un homme de vingt-quatre ans, d'une assez bonne constitution, lymphatique, a été atteint dans l'espace de deux ans, à trois ou quatre reprises, nous dit-il, de coliques très violentes, dont la description qu'il donne paraît se rapprocher beaucoup de celle des coliques hépatiques. Ces coliques duraient à chaque accès environ de quatre à cinq jours, et se terminaient sans autre traitement que le repos au lit, la diète et les applications émollientes sur l'abdomen. Il y a quinze jours, il fut pris d'une nouvelle attaque plus violente que les précédentes, et pour laquelle il entra à l'hôpital. Ces douleurs augmentèrent d'intensité pendant les premiers temps de son séjour dans les salles de l'Hôtel-Dieu, devenant plus violentes à la pression, et se faisant sentir surtout au niveau du foie. Dans la région de l'hypochondre droit, et au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes, on constatait une tumeur assez volumineuse, profondément située, rénitente, ne faisant pas de saillie à l'extérieur. Dans ce point, les parois abdominales étaient tendues, mais non soulevées sensiblement par les organes contenus dans le ventre.

Un matin, après un accès de douleurs plus violentes, le malade fut pris de diarrhée abondante, et presque immédiatement il se trouva soulagé. Les matières qu'il rendit, conservées et présentées à la visite, contenaient une grande quantité de pellicules membraneuses, opalines, plus ou moins étendues, et qu'un examen attentif fit reconnaître aussitôt pour des débris d'hydatides. Le lendemain et le surlendemain de nouvelles coliques se firent sentir et furent suivies chaque fois de l'expulsion de matières semblables en assez grande quantité et de mucosités diarrhéiques. Dans l'espace de trois jours, ces accidents se renouvelèrent à cinq reprises, et se terminèrent de la même manière. Aujourd'hui, le malade est dans un état satisfaisant, ne se plaint plus de douleurs ; la tension de l'abdomen a diminué, et la dépression des parois abdominales ne fait plus éprouver la sensation de tumeur profonde signalée pendant les premiers jours.

Evidemment, ici, il y avait une tumeur hydatique du foie qui s'est fait jour par le tube digestif. D'après les données fournies par l'anatomie pathologique et les résultats des autopsies cadavériques dans des cas analogues, on est forcément conduit à admettre l'existence d'adhérences qui se seront formées entre les parois du kyste et celles de l'intestin.

Maintenant une autre question se présente.

Dans quel point de l'intestin se sont formées les adhérences ? dans quelle portion du tube digestif s'est ouverte la tu-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'École du Caire. — Histoire en vers de la médecine. — Les bustes.

Malgré de tristes événements, un abandon fâcheux, l'Egypte conserve pour la France des sentiments d'affection et d'estime dont tous les jours, depuis vingt ans, elle donne des preuves éclatantes. Due à l'intelligente activité d'un médecin français, le docteur Clot-Bey, l'Ecole du Caire, qui a adopté pour livres classiques nos ouvrages de médecine, comprend que les études médicales sont complètes en France, ne sont vraiment complètes qu'en France. Un concours a été ouvert le 29 octobre, et fermé le 5 novembre, pour désigner deux jeunes élèves qui doivent venir à Paris aux frais du gouvernement. Quatre épreuves ont eu lieu ; l'une sur l'anatomie physiologique, la deuxième sur la pathologie externe, la troisième sur les bandages et appareils, la quatrième sur la pathologie interne. Les réponses ont été bonnes généralement, et les deux élèves désignés sont Mohamet-Jounis et Abd-el-Rahman-el-Ettaony. Ils viendront étudier parmi nous. C'est là une réponse victorieuse aux détracteurs du gouvernement égyptien. Certes tout n'est pas pour le mieux dans la patrie des Ptolémées ; les abus y pullulent sans doute comme ailleurs, mais la civilisation y pénètre, et reconnaissance est due aux chefs qui ont compris le progrès et ont cherché à l'implanter dans une terre ingrate et inculte. Nous ne résistons pas au plaisir de citer quelques passages du discours prononcé par Clot-Bey à l'occasion de ce concours, et qui nous est apporté par *lo Spettatore egiziano* du 30 novembre :

« Cette Ecole de médecine compte vingt années d'existence. Les travaux accomplis dans cet espace de temps permettent d'offrir aujourd'hui au vice-roi, son illustre et glorieux fondateur, le prix de sa persévérance et de ses nobles sacrifices.

» Près de mille élèves, médecins, chirurgiens et pharmaciens, répartis dans les divers services civils et militaires, prodiguent les secours de leur art à toutes les classes de la population égyptienne.

» L'Ecole a fait plus encore ; elle a créé un enseignement national, et nous sommes satisfait de voir que tous ses professeurs actuels sont des médecins indigènes formés sur ses bancs.

» Le langage scientifique a été invariablement fixé par la traduction des auteurs étrangers qui ont écrit sur les diverses branches de la science médicale. Cet inappréciable avantage donne à l'institution toutes garanties de succès et d'avenir.

» Le vice-roi, dans sa haute sagesse, a compris que pour rendre son œuvre stable, il convenait d'envoyer, comme par le passé, en Europe les sujets les plus distingués de l'Ecole pour se perfectionner sous les maîtres de l'art ; c'est là l'objet de ce concours. »

Cette fin d'année vaut bien nos tristes et souvent infructueux bouts de l'an. Qu'avons-nous à offrir ? De tristes rivalités, des luttes passionnées et souvent peu honorables, des essais d'ambition plus ou moins avortés, la jalousie de ce qui est, l'envie envers quiconque s'est créé une position indépendante à la sueur de son front, l'espoir d'enlever la faveur du public à qui la possède, la calomnie contre les praticiens ou les écrivains qui sont parvenus à sortir de la foule ; que sais-je enfin, cette inquiète et triste activité qui fait que personne n'est content de ce qu'il est, de ce qu'il a, et qui le porte, bon gré mal gré, à des essais hasardeux et souvent funestes.

D'autres esprits sont plus en dehors des choses actuelles, et se plaisent encore dans ce commerce des muses, si recherché jadis, si abandonné de nos jours, où tout devient matériel, jusqu'à la vapeur, où tout tend à donner aux intérêts une forme épaisse et lourde, où tout se traduit en arguments irrésistibles et sonnants. M. le docteur Lacour, de Montiérender, est un de ces hommes à inspirations généreuses qui, au milieu des labeurs de la pratique, trouvent quelques moments à consacrer à d'autres travaux. Il vient de nous adresser, sur un grand et joli placard rose, une histoire en vers alexandrins de la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours. Nous citons avec plaisir quelques passages de son œuvre.

Il s'agit d'abord du berceau de la science ;

Si de l'art médical on cherche l'origine,
Et le temps où, d'abord, sa timide doctrine
Apparut, s'essayant d'un pas lent, incertain,
On comprend qu'il dut naître avec le genre humain.
De tout temps, en effet, notre frêle existence,
En butte à mille maux, endura la souffrance :
L'homme rechercha donc, par un instinct inné,
Des soins, lorsqu'il souffrit, pour être soulagé ;
Il en trouva dans l'homme et de sa sympathie
Naît le premier effort contre la maladie.
Certes ces premiers soins durent être grossiers,
Mais déjà de la science ils traçaient les sentiers.
— L'art demeura longtemps arrêté dans l'enfance,
N'ayant rien pour guider son inexpérience ;
Sa base unique était la mensongère loi
De mystiques secrets auxquels on avait foi ;
Ainsi, douze cents ans avant l'ère chrétienne,
Esculape était dieu dans la Grèce païenne ;
Ses prêtres ignorants, dans leur culte orgueilleux,
En tous lieux érigeaient des temples somptueux ;
Puis, s'étant revêtus du nom d'Asclépiades,
Ils exploitaient la Grèce en charlatans nomades ;
Et pendant six cents ans on vit ces novateurs,
Sans le moindre progrès colporter leurs erreurs.
— L'art sommeillait toujours recelant son génie,
Quand Thalès l'éveilla, fort de son énergie.
Des vastes profondeurs de son rare génie
Naissante apparaissait la Physiologie,
Météore inconnu dont la vive splendeur
Semblait prédire à l'art sa future grandeur.

L'auteur arrive ensuite à un auteur mieux apprécié, et dont le génie n'a pas été contesté :

Hippocrate parut, et bientôt à sa voix
La Grèce se rangea sous de nouvelles lois.

meur ? Il est possible que ce soit dans le gros intestin, tout comme dans l'intestin grêle, et le colon transverse n'est guère plus éloigné du foie que le duodénum. Comme symptôme caractéristique, évidemment il n'y a rien qui puisse forcer le diagnostic. Cependant, il est des circonstances qui peuvent militer en faveur de l'une des opinions plutôt que de l'autre. Et d'abord, en considérant les rapports de l'intestin grêle avec le foie, on voit que c'est à cet intestin que correspond le point du foie vers lequel le kyste a le plus de tendance à se porter, c'est-à-dire la portion antérieure et inférieure. Mais la circonstance qui nous porte plutôt à croire à l'ouverture du kyste dans le duodénum, c'est que dans les selles on n'a jamais, dans le cas actuel, rencontré d'hydatides entières, mais seulement des débris de membranes hydatiques. Or, les kystes de cette nature contiennent le plus souvent un nombre plus ou moins grand de ces acéphalocystes de toute grosseur; et si le kyste s'était ouvert dans le colon il serait à peu près impossible que quelques-uns des moins volumineux ne fussent point venus entiers avec les selles diarrhéiques : tandis que la longueur du trajet à parcourir, si la tumeur s'est ouverte dans le duodénum, et le commencement de digestion, de trituration qu'ont nécessairement subies les hydatides dans l'intestin grêle, mélangées à la pâte chymeuse, expliquent suffisamment l'état de désorganisation dans lequel on les a toutes observées.

Nous nous sommes d'autant plus volontiers arrêté sur ce fait que le malade est aujourd'hui, nous le répétons, dans l'état le plus satisfaisant, et qu'il résulte des observations recueillies par les auteurs que la terminaison de l'affection dont nous citons un exemple est le plus ordinairement funeste, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et que, suivant M. Barrier, « on doit considérer la mort comme le résultat le plus constant de l'expectation ou d'un traitement simplement palliatif. »

— Ce fait nous conduit tout naturellement à mentionner un cas curieux que nous a fait observer mardi dernier M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis. Une femme d'une vingtaine d'années, bien portante d'ailleurs, présentait depuis cinq à six mois dans le ventre, au niveau de l'ombilic, et un peu à droite, une tumeur assez volumineuse, bornée par la ligne blanche, d'une part, et facile à limiter des trois autres côtés par la dépression des parois abdominales. Cette tumeur offrait environ 20 cent. de diamètre dans tous les sens ; bien qu'un peu plus étendue verticalement que transversalement. Elle s'était développée lentement, sans aucune douleur, et n'avait point empêché la malade de se livrer à ses occupations ordinaires ; seulement, l'augmentation incommode du volume du ventre, qui affectait une disposition conique, l'avait décidée à venir à l'hôpital. La tumeur, tout à fait indépendante des parois de l'abdomen, rénitente, sans fluctuation, n'offrait pas de sensation particulière, comme on en rencontre quelquefois dans les kystes hydatiques.

M. Jobert s'est demandé quelle était la nature de la tumeur. Etait-ce un kyste hydatique ou une tumeur encéphaloïde ? D'abord si elle eût été de nature cancéreuse, sans nul doute la malade eût éprouvé des douleurs plus ou moins vives, puis elle eût présenté cet état général caractéristique, cette teinte jaune de la surface du corps que l'on serait presque tenté de désigner sous le nom de *coloration cancéreuse de la peau ;* enfin l'affection eût probablement marché plus rapidement, et nous avons fait remarquer que depuis six mois elle était restée presque stationnaire. D'autre part, l'absence du bruit hydatique ne prouve presque rien; cette sensation particulière pouvant manquer lorsque la tumeur est fortement distendue. Ces raison firent penser à M. Jobert que c'était très vraisemblablement à un kyste hydatique que l'on avait affaire ici. Une ponction exploratrice, faite avec un trocart très fin, donna, en effet, issue à un liquide transparent, d'un jaune légèrement rougeâtre (environ 350 grammes).

La canule fut laissée en place pendant plusieurs heures, suivant l'habitude qu'a prise M. Jobert, dans la crainte qu'en s'affaissant, le kyste ne devînt inaccessible plus tard aux moyens chirurgicaux ; tandis que, de cette manière, le travail inflammatoire déterminé par la présence de la canule, permet à des adhérences de s'établir entre les parois du kyste et celles de l'abdomen. L'incertitude où l'on est resté du siége précis de la tumeur hydatique, et de ses rapports avec les organes voisins, a empêché M. Jobert de recourir aux injections iodées; on se contentera de recourir à des ponctions multiples, méthode qu'a généralisée M. Jobert dans les cas de cette espèce, et au moyen de laquelle il est souvent parvenu à obtenir des guérisons définitives de ces kystes.

— Le traitement de l'ongle rentrant dans les chairs, expression un peu longue peut-être, mais qui nous semble grandement préférable à celle d'ongle incarné qu'emploient beaucoup d'auteurs, est encore un sujet de discussion pour les chirurgiens, les uns préférant les moyens violents, l'extirpation de l'ongle, la destruction de la matrice de l'ongle à l'aide de l'instrument tranchant ou par les caustiques ; les autres, les moyens purement palliatifs et plus doux. Nous avons vu plusieurs fois réussir un procédé très rapide et d'une exécution facile, en même temps que beaucoup moins douloureux que l'arrachement de l'ongle : nous voulons parler de l'ablation d'une portion des parties molles au moyen d'un bistouri enfoncé perpendiculairement entre l'ongle et les chairs, et enlevant ainsi tout ce qui dépasse son niveau. Ce procédé est celui qu'emploie le plus souvent M. Lisfranc. Bien que très simple, très rapide, et souvent suivi de succès, nous préférons encore, dans les cas où il est praticable, un traitement plus long, mais beaucoup moins violent, qui consiste à soulever, d'une part, le bord de l'ongle, et de l'autre à déprimer les chairs de manière à déchausser tout le bord vicieusement conformé de l'ongle, et à le faire insensiblement repasser par-dessus les parties molles. Pour arriver à ce résultat, Desault employait une lame de fer-blanc maintenue par une bandelette roulée autour de l'orteil ; le procédé de Desault a été, dans ces dernières années, découvert et inventé de nouveau par plusieurs praticiens, qui probablement ignoraient les travaux du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu. M. Jobert se contente, pour arriver au redressement de l'ongle, d'un bourdonnet de charpie inséré graduellement sous son bord, qui est maintenu déprimé par une bandelette de diachylon. Ce procédé, fort simple et à peine douloureux, nous a réussi également plusieurs fois, et nous semble, dans la grande majorité des cas, préférable à tous les autres, surtout en ville, à cause du peu de douleurs qu'il détermine, et parce qu'il dispense de toute opération sanglante.

— Nous avons reçu de M. Ripoll, élève des hôpitaux, une observation intéressante de tumeur encéphaloïde de l'extrémité supérieure du tibia, simulant une tumeur érectile, et traitée par la ligature de l'artère crurale. Cette observation, recueillie à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de MM. R. Vignerie et Estévenet, est trop longue pour trouver place dans nos Revues cliniques, mais sera prochainement insérée dans un des numéros de ce Journal. Z...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Eruption simultanée de rougeole et de variole.

(Suite du numéro du 10 décembre.)

Après ces phénomènes précurseurs, dont, comme nous l'avons dit, la durée est plus ou moins longue, apparaît enfin l'éruption rubéolique, qui présente des caractères tellement tranchés, que l'on peut constamment la distinguer de la scarlatine, avec laquelle elle a cependant beaucoup d'analogie dans un grand nombre de cas.

Il y a des circonstances dans lesquelles, chez les rubéoliques, la bouche est prise, ou le pharynx ; dans lesquelles, enfin, il y a angine. Chez certains scarlatineux, cette complication caractéristique peut manquer ; quoiqu'elle soit ordinairement tellement fréquente que quelques auteurs l'ont considérée comme faisant réellement partie de la maladie, et non comme complication. D'après cela, il ne faut pas attacher à ces affections coïncidentes une trop grande importance quant à leur valeur diagnostique. Il faut surtout s'attacher à l'éruption elle-même, qui presque toujours est assez nettement tranchée pour dissiper tous les doutes.

La scarlatine se présente sous deux formes différentes. Tantôt elle détermine une rougeur tout à fait égale et uniforme de la surface entière du corps, assez semblable à la teinte que prendrait la peau si on la frottait avec du jus de framboise. Ici, il est évident qu'il est impossible de s'y méprendre ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette coloration uniforme n'est pas constante. Dans quelques cas, et qui ne sont pas extrêmement rares, cette teinte est remplacée par une rougeur ponctuée, qui n'est pas sans une grande ressemblance avec celle de la rougeole. Cependant, en examinant avec attention la rougeur ponctuée de la scarlatine, voici ce que l'on observe : le pointillé est toujours symétrique, formé de petites taches semblables les unes au autres ; il y a là quelque chose qui ressemble à ce granit régulier que font les peintres en bâtiments. Dans la rougeole, au contraire, les taches sont disposées d'une manière irrégulière ; elles sont insymétriques ; l'irrégularité porte et sur la forme, et sur la grandeur, et sur la nuance et sur la disposition des taches. Les intervalles dans lesquels la peau a conservé sa couleur normale varient d'étendue.

Ces différences, fondées sur la régularité et la symétrie de l'éruption dans la scarlatine, sur son irrégularité, son insymétrie dans la rougeole, constituent un précieux caractère auquel il nous semble que les auteurs, bien à tort, à notre avis, n'ont pas attaché une assez grande importance, sur lequel ils n'ont pas suffisamment insisté. S'il y a des cas où, malgré ces signes, il reste encore quelques doutes sur le diagnostic différentiel des deux affections, ils sont très rares et tout à fait exceptionnels.

De plus, dans la scarlatine, vous trouvez souvent un gonflement des mains particulier à cette maladie. Puis enfin la manière dont s'opère la desquammation vient lever toute espèce de doute. Dans la scarlatine, ce sont des lambeaux d'épiderme qui s'enlèvent, souvent fort étendus ; dans la rougeole, ce sont des écailles, une desquammation furfuracée. Puis l'anasarque qui survient quelquefois à la suite de la scarlatine, jamais à la suite de la rougeole.

On voit, d'après tout cela, que les deux affections dont nous parlons peuvent toujours être distinguées l'une de l'autre, soit pendant, soit après l'éruption. Mais, a-t-on dit, il n'est pas d'une grande importance de distinguer la rougeole de la scarlatine ; après tout, le traitement est le même, et qu'importe de quelle nature est la maladie, si la thérapeutique est la même. Nous répondrons à cela que d'abord, la vérité est toujours bonne à connaître. Puis il y a des motifs graves qui doivent rendre nécessaire la distinction précise des deux fièvres éruptives. Si c'est une scarlatine, il faudra, même après la terminaison de la maladie, prendre pendant un certain temps encore des précautions pour éviter l'anasarque, que la rougeole ne détermine point. Ainsi, il faudra plus longtemps soustraire l'enfant ou l'adulte scarlatineux à l'impression du froid, de l'air humide, que le rubéolique. Puis il est encore une considération grave, et que ne doit pas négliger le médecin. Un sujet est pris de fièvre éruptive. Si c'est une scarlatine, tous ceux qui l'ont eue déjà peuvent rester près du malade et le soigner. Il ne sera point nécessaire non plus d'écarter les enfants qui en auront été atteints. Si c'est une rougeole, au contraire, il ne faudra éloigner que ceux qui n'ont point eu cette dernière. C'est là une responsabilité qui pèse sur le médecin, et qui exige, de sa part, une grande précision dans le diagnostic quant à la santé aussi précieuse à conserver de ceux qui habitent avec le malade.

— Chez la femme au sujet de laquelle nous vous présentons ces considérations cliniques, il n'est pas survenu depuis avant-hier de notables changements dans son état. Cependant, il s'est présenté une circonstance sur laquelle nous devons fixer votre attention. Les pustules varioliques sont devenues plus larges, et plusieurs d'entre elles ont présenté la dépression ombiliquée pathognomonique de la pustule variolique et de la pustule vaccinale. Il est donc impossible de conserver après cela, s'il en était encore resté, le moindre doute sur la nature de l'éruption pustuleuse dont elle présentait déjà les rudi-

---

Il voulut que la science, avant tout, fût privée
De ces subtilités dont on l'avait chargée,
Et, l'isolant ainsi de ses dogmes grossiers,
Géant, il domina ses plus fiers devanciers.
L'observation fut son plus fidèle guide ;
Par elle il prononçait, mais en juge rigide.

Nous passons sur les époques intermédiaires :

L'Europe enorgueillie admirait de Lorri,
Pringle, Van-Swiéten, Brown et Borsieri.
C'était à qui plus tôt éclairerait la science
Qui marchait au progrès, soumise à leur puissance.
— Auprès de Cabanis, ce savant novateur
Qui proposait à l'art un système meilleur,
Bichat analysait, scrutant l'Anatomie,
De la vie et la mort l'obscure Théorie.
Puis l'illustre Pinel s'avançait, apportant
Son plan Nosographique, et partout l'imposant,
Heureux avant-coureur de l'époque féconde
Qui vit naître Broussais pour étonner le monde,
Aux côtés de Chaussier, dont les nobles travaux
Fondaient l'anatomie en classements nouveaux.

. . . .

Dupuytren et Broussais, avec l'ère nouvelle,
Du foyer presque éteint ravivent l'étincelle;
L'Anatomie humaine, héritant de Cuvier
Ses plus beaux documents, suit un plan régulier.
Et, tandis que Jenner présente la Vaccine
A l'univers surpris de sa vertu divine,
On voit l'art médical grandir avec Béclard,
Boyer, Roux, Richerand, Dubois et Corvisart;
Grâces à Lavoisier, ce bienfaisant génie,
Il a pour s'éclairer les lois de la Chimie.
Et s'enrichit bientôt de l'auscultation
Que Laënnec a su joindre à la percussion.

— Laënnec, Broussais et Dupuytren trois hommes auxquels les salons académiques ne se sont guère empressés de rendre hommage. Grâce aux généreux efforts de M. Husson, Dupuytren a pris rang dans la rue de Poitiers ; mais Laënnec, mais Broussais : quand leurs bustes ou leurs portraits orneront-ils ces lieux où tant de médiocrités ont déjà pénétré !

L'année prochaine à pareil jour puissé-je n'avoir pas à exprimer le même vœu !

NOUVELLES.

Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique constitue ainsi qu'il suit les sections du Conseil royal.

1° *Section de l'état et du perfectionnement des études :* MM. le chancelier de l'Université, président ; Poinsot, vice-président ; Orfila, Saint-Marc Girardin, Dubois, Cousin, Giraud, Latrone, Dutrey, Magin, l'abbé Glaire, Dumas, Leclerc, Pouillet, Poirson.

2° *Section de l'administration et de la police des écoles :* MM. Orfila, président : Saint-Marc Girardin, Guigniaut. Rousselle, Naudet, Beudant, Alexandre, Matter, Dutrey, Blondeau.

3° *Section de comptabilité :* MM. le trésorier de l'Université, président ; Dubois, vice-président ; Geoffroy Saint-Hilaire, Donné, Magin, Dumas, Riom.

4° *Sections réunies du contentieux et du sceau :* MM. Giraud, président; Rousselle, Naudet, Alexandre, Blondeau.

Le chancelier de l'Université, le trésorier de l'Université et le secrétaire du Conseil prennent séance de plein droit dans toutes les sections.

— Par arrêté en date du 18 décembre 1846, M. Orfila, conseiller titulaire de l'Université, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé président du concours qui doit s'ouvrir le 4 janvier 1847 devant l'Ecole de pharmacie de Paris, pour trois places d'agrégés vacantes dans cette école.

M. Boudet, agrégé de l'Ecole de pharmacie de Paris, et M. Balard, professeur adjoint de chimie à la Faculté des sciences de Paris, sont nommés juges adjoints dudit concours.

— Par arrêté en date du 7 décembre 1846, et ensuite du concours ouvert le 1er juiller dernier devant la Faculté de médecine de Strasbourg, M. Küs (Emile), docteur en médecine, est institué en qualité de professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté en date du 9 décembre 1846, MM. Sestier et Béhier, agrégés à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés juges du concours d'agrégation (section de médecine), qui sera ouvert le 2 janvier prochain devant ladite Faculté.

M. Monneret, également agrégé, est nommé juge-suppléant.

— Par arrêté en date du 2 décembre 1846, M. Dupuy est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux pendant l'année scolaire 1846-47.

— Par arrêté en date du 12 décembre 1846, M. Leprestre, professeur d'histoire naturelle médicale et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé, par voie de permutation, professeur de clinique externe en remplacement de M. Le Sauvage, appelé à d'autres fonctions.

M. Baisin, professeur de pathologie externe, est nommé, par voie de permutation, professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale, en remplacement de M. Leprestre.

M. Le Sauvage, professeur de clinique externe, est nommé, par voie de permutation, professeur de pathologie externe en remplacement de M. Baisin.

M. Lecœur, professeur adjoint, chef des travaux anatomiques, est chargé, à titre de suppléant, de la chaire d'histoire naturelle médicale et matière médicale.

M. Vaultier, suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Lecœur.

ments fort avancés lors de notre première conférence. A côté de ces pustules développées et en pleine voie de suppuration, il existe un grand nombre de petites élevures arrondies, pointues, coniques, présentant elles aussi un commencement de suppuration.

Il ne faudrait pas croire que dans l'éruption variolique la plus régulière, la plus complète toutes les pustules offrissent toujours les caractères tranchés pathognomoniques que nous avons décrits, non plus que la même largeur, le même développement. Presque toujours, on en trouve un certain nombre qui sont acuminées, pointues, ou hémisphériques, sans dépression centrale au milieu des pustules les plus régulières et les mieux dessinées. Chez notre malade, quarante-huit heures ont suffi pour amener un développement beaucoup plus prononcé. On peut même constater que quelques-unes des pustules de la face commencent à se dessécher. L'éruption n'a commencé que d'avant-hier, et cela pourrait paraître un peu prompt; mais il faut bien faire attention qu'il y a déjà près de huit jours que les premiers phénomènes se sont manifestés pour l'éruption variolique. Cette éruption a été arrêtée dans sa marche, dans son évolution par l'apparition intercurrente de la fièvre rubéolique, qui a passé par toutes ses phases, et de laquelle il reste à peine maintenant une petite teinte marbrée peu prononcée, brunâtre, à peine ombrée qui indique son existence. Ces traces de la rougeole sont ici moins prononcées qu'elles ne le sont d'habitude, la durée de l'éruption a été plus courte, ce dont on se rend parfaitement compte par ce fait que les deux maladies se sont contrariées réciproquement, et ont influé l'une sur l'autre.

Ce n'est pas tout : l'examen attentif de la peau a fait connaître autre chose encore; sur le devant de la poitrine, on trouve un pointillé qui pourrait sembler sans aucune saillie au premier aspect. Par une exploration plus minutieuse, on arrive à reconnaître que ces petits points sont saillants et surmontés chacun d'une petite vésicule remplie d'un liquide transparent, qui constitue l'éruption miliaire parfaitement distincte. Voilà donc une femme qui a présenté en quelques jours une éruption variolique commençante, puis une éruption morbilleuse, qui ne dure guère que quarante-huit heures et parcourt en ce court espace de temps toutes ses périodes; puis la variole reprend sa marche, et en même temps se manifeste une nouvelle éruption, la miliaire. Les deux premières de ces trois éruptions ont véritablement de l'importance; elles offrent des caractères tranchés; chacune d'elles a des formes spéciales, qui ont été décrites, qui peuvent varier d'intensité; quant à la troisième forme d'éruption qui est venue, qu'on nous passe cette expression, se jeter à la traverse, elle a une tout autre valeur; elle peut survenir avec toutes les autres maladies; elle se confond souvent avec les sudamina; elle offre cette différence d'avec le millet rouge qu'elle est ordinairement incolore, que le liquide que contient chaque vésicule est d'abord incolore, et que l'on a besoin en quelque sorte de chercher l'éruption par le toucher pour la bien constater; le millet rouge, au contraire, présente toujours une teinte d'un rouge plus ou moins vif.

On peut observer la miliaire sur toutes les parties du corps, dans toutes les maladies aiguës fébriles, ou dans le cours des affections chroniques lorsqu'elles sont accompagnées de fièvre. On a publié un assez grand nombre de faits dans lesquels l'éruption miliaire a été observée chez des phthisiques; la rougeole, la variole et la scarlatine sont au contraire des maladies spéciales. L'éruption constitue et révèle une affection particulière, tandis que la miliaire ne révèle rien de particulier. De ceci qu'est-il résulté? C'est que, lorsque l'on a proposé comme sujet de prix l'histoire et la description de la fièvre miliaire, on a trouvé dans les mémoires envoyés au concours l'histoire de nombreuses maladies de toute espèce, toutes présentant des caractères différents, et qu'il a été jusqu'à présent impossible d'établir d'une manière certaine et positive l'histoire de cette fièvre miliaire si commune. En effet, elle se montre comme complication de cent maladies diverses, tandis que les trois autres ne présentent jamais ces différences, restent toujours elles-mêmes, avec leurs symptômes locaux et généraux, leur marche, leurs terminaisons spéciales. Pour nous résumer en deux mots, cette femme a offert des symptômes de rougeole, de variole et de miliaire. Les deux premières ont de l'importance, la troisième n'en a presque aucune.

Vous vous rappelez que nous avons insisté sur les caractères particuliers de l'éruption morbilleuse, et sur les signes qui permettent constamment de la différencier d'une manière certaine de certaines autres éruptions. Dans la scarlatine pointillée, la seule que l'on puisse confondre avec la rougeole, il peut rester quelque incertitude; c'est dans cette forme qu'il faut chercher à établir une distinction bien complète. Nous avons dit qu'il y avait une disposition régulière, symétrique des taches de la peau, c'est une espèce de granit régulier, tandis que dans la rougeole la symétrie et la régularité n'existent jamais. Mais ce n'est pas seulement sur la peau que diffèrent les deux éruptions; l'aspect que présentent les membranes muqueuses est encore essentiellement dissemblable sur les membranes muqueuses, et le lieu occupé par l'inflammation coexistante varie suivant la nature de l'éruption. Ainsi, dans la rougeole, c'est la muqueuse des bronches surtout qui se prend, et cela si fréquemment, que plusieurs auteurs n'ont pas hésité à considérer la bronchite rubéolique comme un des éléments de la rougeole et non pas seulement comme une complication. Quelquefois la membrane muqueuse des organes génitaux se prend aussi, mais moins communément, et presque d'une manière exceptionnelle. Cependant il est nécessaire de l'indiquer comme possible, afin que le médecin ne soit pas surpris si on lui signale quelque complication de ce côté, comme une sécrétion muqueuse, purulente même.

C'est principalement dans la bouche, dans les fosses nasales la phlegmasie porte son action. Nous ne pouvons que que présumer l'état dans lequel se trouvent les muqueuses trop profondément situées pour que l'œil aperçoive les phénomènes qu'elles présentent; mais il est facile de juger par analogie, d'après l'aspect des membranes muqueuses que l'on peut voir. Ainsi la muqueuse oculaire, la conjonctive, présente un peu de rougeur; il y a un peu de larmoiement; l'ophthalmie, le coryza, qui surviennent dans les cas de ce genre, ne constituent pas des affections ordinaires. Cette ophthalmie, ce coryza, ont ceci de particulier, que dans la grande majorité des cas leur existence, leur durée, est intimement liée à celle de la fièvre éruptive qui les produit; ils commencent avec elle, et finissent avec elle. Une fois l'éruption disparue, il n'est plus question de la complication.

Dans l'intérieur de la bouche, la rougeole se présente avec des caractères plus intéressants. L'œil peut apercevoir les modifications qui y sont produites; une chose remarquable, c'est que la rougeole, la variole et la scarlatine déterminent toutes les trois dans la bouche l'apparition des symptômes les plus évidents, les plus nettement tranchés. Dans la variole, par exemple, la bouche en général, la langue, la muqueuse qui tapisse l'intérieur des joues, le palais, tant dans sa partie solide que dans sa partie mobile, le pharynx, présentent une éruption caractéristique de pustules varioliques. Ces pustules, on le comprend, n'ont pas entièrement l'aspect des pustules de même nature que l'on voit sur la peau; la différence des tissus doit nécessairement leur imprimer des différences notables sous le rapport du développement, de l'évolution, etc. Dans la bouche, elles se présentent sous forme de petites taches blanches, plus ou moins larges, un peu saillantes, mais fort peu au-dessus du niveau des tissus environnants, offrant à leur centre un point rosé, qui tient lieu de l'ombilication des pustules de la peau. Ce point rosé n'est autre chose que la coloration de la muqueuse de la bouche qui apparaît au travers de la pustule dans le point où elle est d'une moins grande épaisseur, à son centre. Les pustules varioliques de la bouche et du pharynx apparaissent un peu avant celles de la peau, parcourent plus rapidement leurs phases, et disparaissent également plus vite. A l'époque où les pustules de la peau ne font qu'offrir un peu d'opacité, celles de la bouche ont déjà terminé leur évolution, et sont en grande partie disparues. Cette rapidité dans la marche s'explique par le peu d'épaisseur des téguments sur lesquels la maladie paraît. Plus ces tissus sont minces, plus les pustules marchent vite, et cela se remarque plus particulièrement dans la bouche et sur la membrane muqueuse des organes génitaux.

Le plus ordinairement la scarlatine ne se présente pas sur la muqueuse buccale autrement que sur les autres parties du corps. Une teinte rouge-écarlate se manifeste, parfaitement en harmonie avec la teinte rouge uniforme de la peau.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Serres.

Opération césarienne pratiquée par M. Pagès, docteur en médecine (interne des hôpitaux).

L'opération césarienne est d'une date très ancienne. Une loi attribuée aux premiers rois de Rome, *lex regia*, défend, dans une de ses dispositions, d'enterrer une femme morte enceinte, sans avoir ouvert l'abdomen et l'utérus, pour en tirer le fœtus s'il est vivant. A Venise et en Sicile il existait des lois spéciales à ce sujet; la religion catholique elle-même impose à ses sectateurs, et même à ses ministres, l'obligation de prendre cette précaution, dans la vue surtout de procurer à l'enfant les bienfaits du baptême.

Je crois qu'on a eu très grand tort de laisser tomber en désuétude cette disposition de police médicale; disposition que sanctionnent le devoir pris dans le sens le plus étendu, et les résultats qu'on a quelquefois obtenus de cette opération.

Cette opération se présentait rarement dans la pratique; j'ai cru devoir publier celle que j'ai faite dans la nuit du 22 décembre.

La nommée Féry est âgée de vingt-cinq ans, elle a été apportée la veille dans le service de M. Serres. On la trouve enceinte, elle croit l'être de sept mois et demi. Son état est des plus graves. Elle est en proie à une suffocation imminente. L'auscultation découvre une fonte tuberculeuse de tout un poumon, et la coexistence d'une maladie du cœur. Le pouls est misérable, filiforme, à 130 à peu près. Aucun renseignement important. La position de la malade fait songer M. Serres au devoir de sauver l'enfant après la mort de la mère, qui ne peut longtemps se faire attendre. En cas d'absence il charge M. Dagincourt, son interne, de procéder à l'opération, et d'en avertir l'interne de garde pour la nuit.

La malade a expiré le soir à dix heures, et me trouvant moi même de garde ce jour là, après m'être assuré par l'auscultation des bruits du cœur de l'enfant, faibles à la vérité, j'ai commencé l'opération, avec d'autant plus de hâte, que l'enfant avait dû beaucoup souffrir de l'asphyxie lente qui avait terminé les jours de la mère.

Parmi ces procédés, je crois, avec un auteur de nos jours, que le choix n'est pas d'une aussi grande importance qu'on pourrait le croire, et que le succès de l'opération dépend bien plutôt des circonstances dans lesquelles se trouve l'opérée (si elle est vivante) ou l'enfant. Certes, ces procédés ne manquent pas. Mauriceau, de Lamotte, Lauvergeat, et, parmi les modernes, Ritgen, de Physik, et M. Baudelocque neveu, ont chacun fait valoir le leur. J'ai suivi le plus ordinaire, celui de de Lamotte, que quelques auteurs ont attribué à Varrocquier, de Lille. La femme étant étendue horizontalement sur son lit de mort, sa vessie préalablement vidée (car il faut se mettre dans les mêmes conditions que si la malade vivait encore), une incision a été faite sur la ligne médiane, depuis deux lignes à peu près au-dessous de l'ombilic jusqu'à un pouce au-dessus du pubis. Arrivé au péritoine, j'ai pratiqué une petite incision, à travers laquelle le doigt indicateur introduit, m'a servi de conducteur pour faire une incision parallèle à celle de la peau.

La matrice étant à découvert, j'ai incisé sa paroi antérieure; au premier coup de bistouri, il s'est échappé avec violence une grande quantité d'un sang chaud, noir et diffluent; chaque couche incisée a donné lieu à une égale quantité de sang, projetée néanmoins avec moins de violence. Arrivé enfin à la couche la plus interne, le doigt indicateur de la main gauche me servant de conducteur, j'ai senti les mouvements du fœtus, qui les renouvelait toutes les fois que je le touchais à travers le peu de parties molles qui m'en séparaient. Enfin, à la dernière incision, j'ai pu retirer l'enfant, placé en position occipito-cotyloïde gauche; il a été amené sans effort, mais se livrant à des mouvements assez brusques.

Immédiatement après, j'ai été à la recherche du placenta, qui s'est laissé détacher sans effort.

Le fœtus était violet, petit, paraissant avoir cinq mois et demi à six mois (la maladie de la mère pouvait en avoir empêché le développement) : il n'a poussé aucun cri. M. Robert, mon collègue, qui avait bien voulu m'assister, a essayé par tous les moyens possibles, pendant que j'étais occupé à terminer mon opération, à ranimer l'enfant. L'insufflation pulmonaire hâlait les battements du cœur, qui venaient de plus en plus faibles, et qui ont cessé complétement demi-heure après que le fœtus a été sorti du sein de sa mère.

Académie de médecine. (Addition à la séance du 22 décembre 1846.)

Tumeurs fusiformes des nerfs. — M. Bouvier présente des tumeurs fusiformes des nerfs moteurs oculaires communs et moteurs oculaires externes. Ces tumeurs, situées à l'origine même de ces cordons nerveux, ressemblent, pour l'aspect, à des ganglions du grand sympathique; elles étaient seulement plus rouges et plus vasculaires dans l'état frais. Celles qui occupent la troisième paire ont quinze millimètres de longueur et une épaisseur au moins triple de celle du nerf lui-même. Les symptômes ordinaires de la paralysie du nerf moteur commun avaient été observés dans les derniers mois de la vie. Le sujet, qui était un homme de trente ans, avait succombé aux progrès d'une paralysie, d'abord bornée au côté gauche, puis devenue presque générale, dont la principale cause était un ramollissement partiel du corps strié droit. On remarque, en outre, au côté gauche de la protubérance et sur le pédoncule cérébral gauche, une altération qui a le plus grand rapport avec celle des nerfs. Elle consiste dans la présence de tumeurs rougeâtres, de forme irrégulière, légèrement saillantes à l'extérieur, qui ont envahi une petite portion de la substance médullaire, dans laquelle elles pénètrent à quelques millimètres de profondeur.

REVUE GÉNÉRALE.

Nouveau procédé pour l'amputation de la verge. — M. Rizzoli a publié dans les journaux italiens le procédé suivant pour l'amputation de la verge.

L'un des plus désagréables et des plus fâcheux accidents qui accompagnent l'amputation de la verge, est l'impossibilité de retrouver l'urètre une fois que la section du membre a été faite. Quelle que soit la cause de cette difficulté, elle n'en est pas moins réelle, ainsi que le prouvent les exemples de Béclard, de M. Gimelle, etc. Le procédé de M. Barthélemy, qui place une sonde flexible dans le canal avant l'opération, suffit, il est vrai, pour prévenir tout danger. Néanmoins celui que propose aujourd'hui M. Rizzoli mérite aussi d'être connu; car il pourrait se présenter tel cas où l'introduction de la sonde serait rendue impossible par suite de l'altération des parois du canal.

La surabondance de peau étant l'une des causes qui viennent mettre obstacle à ce qu'on découvre aisément l'urètre, M. Rizzoli commence par formuler ce précepte (du reste généralement admis à présent) qu'il faut dans l'amputation laisser aux téguments leur longueur naturelle. Il se contente donc de faire tendre la peau en tirant lui-même vers le pubis celle qui recouvre le dos de l'organe, et en confiant à un aide le soin de tirer en sens inverse, c'est-à-dire du côté du gland, celle qui est en bas en rapport avec l'urètre. Cela fait, il porte le bistouri sur la partie inférieure, et le dirige obliquement de bas en haut et d'arrière en avant de manière à couper le canal de l'urètre en bec de flûte. Puis, une fois sa section terminée, il change la direction de l'instrument et achève de couper la verge en divisant perpendiculairement les corps caverneux. On comprend que le bistouri n'abandonnant point la partie, cette modification allonge à peine l'opération d'un seul instant.

Les téguments, ainsi coupés, se trouvent ensuite être conservés de telle sorte, qu'en haut ils recouvrent les corps caverneux sans masquer en bas l'urètre. Celui-ci, étant d'ailleurs divisé obliquement, offre une surface de section tellement large, qu'il est impossible de ne pas le reconnaître au premier coup d'œil.

M. Rizzoli a opéré en février 1844, par ce procédé, un homme âgé de soixante-deux ans, qui portait un cancer ayant envahi la presque totalité du membre viril. L'urine trouva un passage tellement libre, qu'il n'y eut besoin d'y introduire ni sonde ni bougie. La cicatrice était formée dès le sixième jour, et la guérison fut parfaite.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi de la bougie enduite de nitrate d'argent dans le traitement de la gonorrhée, par M. le docteur Debeney.

J'ai expérimenté longuement et avec toute l'attention qu'on apporte à une étude spéciale les divers modes d'application du nitrate d'argent sur la muqueuse de l'urètre pour la cure de la blennhorrhagie. A ce titre permettez-moi de dire mon avis sur le procédé que la *Gazette des Hôpitaux* du 15 décembre nous a présenté sous le nom de M. M'Donald. Ce procédé consiste à introduire dans l'urètre, à trois pouces environ de profondeur, une bougie enduite d'une pommade composée de quatre grammes de nitrate d'argent et de trente grammes d'axonge. Une seule application, dit M. M'Donald, peut suffire lorsque la maladie est à sa première période, — dans les autres périodes deux ou trois applications sont nécessaires. La première de ces deux propositions est incontestable; il est établi par un nombre immense de faits qu'une seule cautérisation par le nitrate d'argent, quel que soit le procédé employé, fait avorter la blennorrhagie au début. La seconde proposition contient une erreur complète, et prépare une déception certaine, infaillible, constante aux praticiens qui s'engageraient dans cette voie. En effet, s'il suffit au début de la blennorrhagie de cautériser l'extrémité antérieure du canal, qui est alors l'unique siége de la maladie, il n'en est plus de même lorsque la période de début est passée, lorsque l'inflammation a envahi toute l'é-

tendue de l'urètre, et surtout dans l'état chronique où la blennorrhagie a fixé son siége dans la profondeur du canal au delà des trois pouces soumis à l'action du nitrate d'argent et modifiés par lui; il ne se passe rien, absolument rien, et l'on cautériserait cent fois la première moitié de l'urètre qu'il n'y aurait jamais rien de produit dans la seconde. Le caustique, cela est par trop évident, ne modifie que les tissus avec lesquels il est mis en contact; si donc on veut exercer une action médicatrice sur la blennorrhagie chronique, il faut porter la bougie jusqu'au fond du canal, jusqu'au col de la vessie.

Maintenant quels sont les avantages de ce procédé? Pour lui trouver une valeur, il faut considérer la bougie enduite d'une pommade au nitrate d'argent comme une application du sel caustique plus forte que l'injection, plus profonde, susceptible de le maintenir plus longtemps en contact, capable, en un mot, de produire un effet plus puissant dans certains cas donnés. Or, dans la blennorrhagie au début, dans la période aiguë, dans tous les cas où l'inflammation est superficielle, les injections sont le moyen le plus convenable et remplissent parfaitement le but qu'on se propose d'atteindre. La bougie enduite de pommade fortement caustique ne pourrait donc trouver son application que dans le cas de phlogose ancienne, tenace, profonde avec commencement d'altération, d'induration des tissus, où l'on croirait avoir besoin d'un modificateur plus énergique. Pour cautériser l'urètre dans une certaine étendue, elle est sans aucun doute préférable au porte-caustique ordinaire, au moyen duquel on ne peut que cautériser successivement plusieurs points du canal, et qui du reste présente le danger que voici : Une trop grande quantité du sel peut être dissoute dans un point, former là une eschare profonde, et à la suite une cicatrice, et le tissu inodulaire principe de rétrécissement. Je me suis quelquefois servi de la bougie pour tenir le nitrate d'argent plus longtemps en coutact avec les tissus, et alors j'ai porté la proportion du sel caustique jusqu'à huit grammes pour trente d'axonge. Mais, il faut bien le dire, l'application de la bougie, outre qu'elle est très douloureuse, est une opération fort délicate : l'huile dont on l'enduit, le corps gras auquel le sel est mêlé, le beurre de cacao même dont on recouvre le mélange pour le protéger jusqu'aux parties profondes où il doit pénétrer sont autant d'obstacles à l'action du sel caustique. Enfin, contrairement à l'opinion de M. M'Donald, l'injection convenablement faite garantit une application plus exacte du sel d'argent sur la muqueuse que la bougie, au contact de laquelle des culs-de-sac muqueux peuvent toujours échapper. Généralement, l'injection est moins douloureuse, plus facile, plus sûre, et, si l'on veut obtenir un effet plus intense, il suffit de concentrer la solution, et le but qui seul peut servir de motif à l'emploi de la bougie sera atteint.

Mais il est au procédé par la bougie une indication spéciale où il ne souffre pas de comparaison, c'est dans le traitement de la blennorrhagie urétrale chez la femme. L'injection, suivant le mode ordinaire, n'est guère alors praticable à cause de l'impossibilité de fermer l'urètre sur la canule de la seringue pour faire pénétrer le liquide et l'empêcher de ressortir aussitôt repoussé par les contractions du canal. Le crayon de nitrate d'argent qu'on introduit dans ce cas n'est pas commode et présente un danger, celui de se casser dans le canal. Ici, au contraire, la bougie est d'une application facile, commode et remplit parfaitement l'indication.

Nouveau procédé de compression artérielle; par M. d'OULTREMER, aide-major au 69e de ligne.

De tous les moyens employés pour la compression des artères le plus usité et sans contredit le plus simple est la compression immédiate. Voici en quoi consiste le procédé que j'indique et qui n'est à proprement parler qu'une modification de la compression immédiate :

Etant supposée à comprimer l'artère fémorale droite sur le pubis, on prend une bande étroite, assez longue pour faire au moins deux fois le tour du bassin. Cette bande étant pliée par moitié, les quatre derniers doigts de la main droite sont passés dans le double de manière que le pli appuie sur le milieu de la face dorsale de la paume.

Roidis dans leur longueur, les quatre doigts sont fléchis dans leur articulation métacarpo-phalangienne presque jusqu'à former angle droit. Les deux bouts réunis de la bande sont passés par derrière le bassin et retenus solidement par la main gauche, qui les ramène pardessus le corps presque jusqu'à l'autre main.

L'artère étant alors reconnue, la pulpe des doigts s'applique sur son trajet, la bande est tendue par la main gauche de manière qu'en soulevant la main droite par un mouvement de hascule on soit arrêté par la bande On agit alors comme un levier du premier genre dont le point d'appui est représenté par le double de la bande, la force par le bras et la résistance par l'artère à comprimer.

Les avantages que je trouve à ce procédé sont d'abord peu de fatigue, car ayant ainsi une grande force et n'en dépensant que peu la compression peut être longtemps continuée; puis une grande sûreté, car la main qui comprime fait pour ainsi dire corps avec la partie comprimée, et, quels que soient les mouvements du malade, elle les suit et peut même les empêcher, avantage que n'offre aucun autre procédé. Enfin, ce n'est point un instrument spécial, ce qu'on doit autant que possible éviter en chirurgie.

— Siége du prochain Congrès, et programme des questions qui y seront traitées. — La neuvième session du Congrès, en 1847, aura lieu à Venise.

Voici la liste des questions qui y seront traitées :

1° Déterminer si, dans les vices du bassin limités à la seule réduction du diamètre sacro-pubien, entre 1 pouce 8 lignes et 2 pouces 3 lignes, la pelviotomie peut-être convenablement et rationnellement appliquée avec l'espoir de sauver la mère des effets médiats et immédiats de l'opération, et de sauver aussi le fœtus, bien que, à cause de la position transversale ou du développement anormal de celui-ci, on doive encore ajouter un acte opératoire manuel ou instrumental.

La méthode de Galbiati répond-elle à ce but, ou convient-il de la modifier? Pour donner plus de précision à la solution, il faudra que les expériences soient faites sur le cadavre de femmes mortes pendant la grossesse ou l'état puerpéral, et chez lesquelles le bassin soit seulement vicié dans l'étendue du diamètre susmentionnée, et sans aucune autre altération.

2° Quelles sont les causes qui produisent le glaucome, quelle en est la condition pathologique, et comment peut-on le prévenir ou en arrêter le cours?

3° Déterminer les symptômes généraux et les caractères distinctifs qui, selon les différentes conditions individuelles, peuvent décider le chirurgien à faire l'ablation des squirrhes glandulaires parvenus à la seconde période.

4° Préciser les cas de strabisme où la ténotomie est indiquée, et les caractères diagnostiques précis pour en déduire l'indication.

5° Rechercher comparativement quels sont les avantages de la galvano-puncture dans la dilatation veineuse, et ceux qu'on en a obtenus dans les anévrismes externes.

Le siége du dixième Congrès scientifique, en 1848, aura lieu à Bologne; c'est le 15 septembre que ce choix a été fait au scrutin par tous les membres du Congrès réunis en assemblée générale. Les villes qui ont obtenu le plus de voix après Bologne, sont : Sienne, Rome, Palerme, Vérone, Sinigaglia, Modène et Pavie.

— La Société phrénologique de Paris, dans sa séance du 23 décembre, vient, aux termes de son réglement, de renouveler son bureau pour l'année 1847. Ont été nommés :

Président, M. le docteur Fossati.
Vice-présidents, MM. les docteurs Voisin, Pilliot.
Secrétaire général, M. Place.
Trésorier, M. Lecouteulx;
Secrétaire des procès-verbaux, M. Lehu;
Archiviste-conservateur, M. Rivail;
Membres du comité des fonds, MM. Danecy et Cellier.

— L'Association médicale de l'arrondissement de Saverne est organisée définitivement. Un grand nombre de docteurs en médecine, d'officiers de santé, pharmaciens et vétérinaires ont assisté à la séance. Presque tous les absents ont adhéré aux déterminations prises par la Société; les statuts formulés par la Commission permanente ont été adoptés, sauf quelques légères modifications, qui les approprient aux besoins de la localité,

Ont été nommés :

Président : Le docteur Lévis, médecin en chef de l'hôpital de Saverne.
Vice-président : Le docteur Michel, médecin cantonnal à Bouxwiller.
Secrétaire : Le docteur Maugire, médecin des prisons de Saverne.
Trésorier : M. Binnert, pharmacien à Saverne.
Conseillers : M. Villaumeriet, médecin à Neuwiller; M. Dupré, officier de santé à Ottwiller; M. Rouge, vétérinaire à Saverne.

APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL FONCTIONNANT SANS PILE.

L'Appareil électro-médical de MM. Breton frères, que tous connaissent pour l'application de l'électricité en médecine, qui nous semblait avoir atteint son plus haut degré de perfection, vient encore de recevoir, dans les mains de leurs auteurs, une amélioration des plus importantes; c'est-à-dire que c'est un tout autre instrument, qui ne conserve du premier que le même usage. Le fil, qui seul offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'Appareil, vient d'être supprimé dans le nouveau. Quoique cet Appareil soit d'un prix élevé, nous pensons qu'il aura la préférence sur le premier, vu l'avantage immense de n'avoir rien à préparer avec des acides ou autres liquides, et, la pile étant supprimée, aucun obstacle ne pourra jamais l'empêcher de fonctionner. Au besoin, ce nouvel Appareil a encore l'avantage d'être plus énergique et aussi plus portatif. — Le prix est de 140 fr. Chez MM. Breton, rue du Petit-Bourbon, 9.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 31 DÉCEMBRE 1846. (19e ANNÉE.) N°. 153. TOME VIII. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr., un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr., id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

A LONDRES, les Annonces et Abonnements pour la GAZETTE DES HOPITAUX, et les Souscriptions à la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE du Dr FABRE, sont reçus chez M. Joseph Thomas, News Agent, 1, Finch Lane Cornhill, près la Bourse.

Les ateliers étant fermés le 1er janvier, la GAZETTE DES HÔPITAUX ne paraîtra pas samedi, 2 janvier.

Le numéro de mardi prochain, 5 janvier, paraîtra avec un supplément de 4 pages.

Sommaire.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE.

MM. VIGUERIE et ESTEVENET.

Tumeur érectile de l'extrémité supérieure du tibia. Ligature de l'artère crurale. Mort. Autopsie. Observation recueillie par M. A. RIPOLL, un des internes du service.

La nommée Frayssel (Catherine), âgée de vingt-cinq ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, est mariée depuis l'âge de seize ans, et mère d'un enfant bien portant âgé de huit ans. Quelque temps après son accouchement, elle éprouva des dérangements menstruels qui se répétèrent assez fréquemment, et furent accompagnés, il y a deux ans, de douleurs utérines et de pertes de sang assez abondantes. Ces accidents ayant résisté aux moyens appropriés, la malade fut examinée au spéculum, et l'on constata qu'il existait des ulcérations sur le museau de tanche. Plusieurs cautérisations furent faites; et après un traitement qui dura plusieurs mois, cette affection fut détruite. La malade n'éprouva plus aucun accident du côté de l'utérus; il ne lui resta qu'un dérangement habituel du flux menstruel, qui n'avait plus lieu à époques fixes, et variait en quantité. A partir de cette époque, la santé de la malade était bonne. Ne s'occupant que des soins du ménage ou de travaux de couture, elle était à l'abri de toute fatigue.

Vers le mois de mars 1843, elle ressentit pour la première fois des douleurs vagues dans la jambe gauche. Ces douleurs, presque imperceptibles et passagères, ne fixèrent que très peu son attention. C'était, dit-elle, le plus souvent des spasmes, des fourmillements, qui, de la partie supérieure de la jambe, s'étendaient le long de la face interne du tibia. Ces phénomènes ayant porté la malade à examiner sa jambe, il lui sembla qu'il existait un léger gonflement au-dessous du genou, dans le point correspondant à la tubérosité interne du tibia. L'articulation était libre, la marche n'était nullement gênée. Pendant plusieurs mois cet état resta stationnaire; mais vers le milieu du mois de juin 1843, la malade fit, dans sa chambre, une chute de la hauteur d'une chaise; il en résulta une contusion assez forte de la jambe gauche. C'est depuis ce moment que se déclara, pour elle, la tumeur dont nous allons parler.

A partir de cette époque, le gonflement situé au niveau de la tubérosité interne du tibia fit des progrès si rapides, que la malade ne put plus douter bientôt de son existence. En même temps commença à se manifester du gonflement au niveau de la tubérosité externe du tibia. Insensiblement, cette partie du membre prit un développement notable; les douleurs n'étaient point vives, la malade ressentait seulement dans ce point une tension gravative et des fourmillements qui descendaient le long du tibia. Le membre devint faible; la marche était gênée, douloureuse.

Un médecin ayant été appelé, fit appliquer sur le siége du mal des sangsues et des cataplasmes émollients. Ces applications furent renouvelées plusieurs fois sans aucun avantage. La tuméfaction augmenta, sans que la douleur prît de l'accroissement, sans que la peau changeât de couleur. Le médecin de la malade crut voir là une affection rhumatismale; et, bien que la malade assurât qu'elle n'avait jamais éprouvé aucun symptôme de cette maladie, lui conseilla les bains de vapeur : elle en prit plusieurs sans résultat. Le médecin rappelé crut trouver de la fluctuation, diagnostiqua la formation d'un abcès, et allait en pratiquer l'ouverture, lorsqu'en procédant à un nouvel examen de la tumeur il reconnut qu'elle présentait des battements isochrones à ceux du pouls: pressentant la gravité du cas, il engagea la malade à se faire admettre à l'Hôtel-Dieu, où elle entra dans le mois de novembre 1843.

Voici quel était, à cette époque, l'état de la tumeur :

A la partie supérieure de la jambe gauche, immédiatement au-dessous de l'articulation du genou, qui était d'ailleurs parfaitement libre, existait une tuméfaction irrégulière sous la forme de deux bosselures correspondant, l'une à la tubérosité interne du tibia, l'autre à la tubérosité externe, et séparées par une dépression allongée verticale. La première des deux bosselures, plus marquée, mieux limitée que l'autre, arrondie, faisait saillie du diamètre d'une noix. La seconde, plus mal limitée, un peu plus étendue, se prolongeait en bas, vers la partie antérieure de la jambe. La dépression médiane correspondait au commencement de la crête du tibia. Cette tuméfaction bilobée, s'étendant dans le sens vertical, plus en dehors qu'en dedans, finissait assez brusquement, de sorte que immédiatement au-dessous la jambe avait son volume ordinaire. Au niveau de la tumeur la peau avait conservé tous ses caractères; on observait la souplesse, la couleur, l'épaisseur normales; le réseau vasculaire sous-cutané ne différait en rien de celui de la jambe saine.

Il était évident que cette tuméfaction appartenait à l'os; elle était dure, résistante, non compressible, indolore à la pression au niveau des bosselures, légèrement douloureuse au niveau de la partie déprimée, médiane, à la pression seulement. Par le toucher, on constatait des battements dans la tumeur. Ces battements, très sensibles des deux côtés, dans chaque bosselure, étaient profonds et soulevaient la main appliquée sur la tumeur par un mouvement d'expansion de celle-ci, isochrone à la diastole artérielle. L'auscultation ne permettait de percevoir qu'un bruit de battement légèrement soufflant. La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine faisait cesser les battements et les mouvements d'expansion de la tumeur.

Dans le creux poplité et à la partie postérieure de la jambe, les parties étaient dans leur état et leurs rapports normaux; l'artère poplitée ne battait pas plus fort que celle du membre sain; ses battements étaient profonds, obscurs.

Au-dessous de la tumeur la jambe était parfaitement intacte, présentant son volume normal; les mouvements de l'articulation étaient libres.

A cette époque la malade ne pouvait prendre un point d'appui sur la jambe malade, faible, et douloureuse dès que le poids du corps lui était confié. Elle ne marchait qu'au bras de quelqu'un; mais dès qu'elle mettait son membre au repos, toute douleur cessait; il n'y avait plus que des spasmes, des fourmillements, et une tension pulsative. La malade percevait le mouvement d'expansion de la tumeur.

La santé générale était bonne; toutes les fonctions s'accomplissaient à l'état normal; aucune lésion n'existait dans la poitrine, ni du côté des poumons, ni de celui du cœur ou des gros vaisseaux. La malade était enceinte de trois à quatre mois.

Diagnostic. Tumeur érectile de l'extrémité supérieure du tibia.

Après être restée quelque temps dans l'hôpital sans subir d'autre traitement qu'une compression circulaire modérée, cette malade sortit de l'hôpital, où elle rentra le 9 janvier 1844, dans l'intention bien arrêtée de se soumettre à quelque traitement que ce fût qui pût arrêter le développement de la tumeur, dont les progrès l'effrayaient.

Pendant l'absence de la malade la tuméfaction avait fait des progrès sensibles: les deux bosselures s'étaient étendues, et réunies à la partie antérieure, de telle sorte que la tumeur occupait la partie antérieure et latérale de l'extrémité supérieure du tibia. L'augmentation survenue était très sensible sur tous les points; les battements et l'expansion de la tumeur persistaient; de plus, la partie compacte de l'extrémité du tibia était altérée. En pressant avec une force médiocre au niveau des deux bosselures, on produisait une crépitation semblable à celle que l'on obtient en froissant sur un morceau de parchemin bien sec. Du reste, rien n'était changé dans les rapports de la tumeur avec les parties voisines; la peau conservait tous ses caractères.

Le premier diagnostic fut maintenu, et la ligature de l'artère crurale, d'après le procédé Hunter, résolue. La malade, du reste, réclamait l'opération. Cette femme était enceinte de cinq mois; l'auscultation fit reconnaître que l'enfant était vivant; elle sentait d'ailleurs remuer; mais vu la gravité de l'affection locale, les progrès que faisait chaque jour la tumeur et les prières de la malade, cet état ne fit pas changer la décision des chirurgiens, qui arrêtèrent que l'opération serait pratiquée le 26 janvier 1844.

Dimensions de la tumeur et du membre prises le 25 janvier 1844, la veille du jour de l'opération.

1° Genou du côté sain au niveau de sa rotule circonférence,	0,325 mètre.
du côté malade id. id.	0,335
2° Circonférence de la partie supérieure de la jambe saine au niveau des tubérosités du tibia,	0,290
Circonférence de la partie supérieure de la jambe malade au niveau des tubérosités du tibia, c'est-à-dire de la partie la plus saillante de la tumeur,	0,340
3° Etendue en hauteur de la tumeur du côté externe du membre,	0,080
4° Etendue en hauteur de la tumeur du côté interne du membre,	0,050
5° Circonférence de la jambe malade au-dessous de la tumeur,	0,300
Circonférence de la jambe saine au même niveau,	0,295

L'opération fut pratiquée le 26 janvier 1844 au lieu *dit d'élection*, avec une grande habileté. L'artère ayant été découverte, elle fut embrassée par une anse de fil et soulevée modérément; un des aides ayant comprimé avec un de ses doigts l'artère que soulevait le chirurgien, les battements cessèrent dans la tumeur. Le vaisseau fut alors lié. On s'assura de nouveau que tout battement avait disparu à la jambe; un des bouts du fil ayant alors été coupé, l'autre fut ramené dans l'angle supérieur de la plaie et maintenu par une plaque de diachylon appliquée sur la cuisse. La malade supporta l'opération avec un très grand courage; elle ne proférait pas une plainte, et manifesta sa joie lorsque, au moment où l'artère fut liée, elle ne sentit plus l'expansion de sa tumeur,

La plaie fut réunie par première intention. La malade fut replacée dans son lit. Le membre fut placé dans la demi-flexion à l'aide de coussins, et entouré de sacs remplis de son et de sable chauds. Pas un seul instant elle n'a senti ni froid, ni engourdissement dans le membre.

Le lendemain on put constater un affaissement notable de la tumeur, que l'on ne mesura pas pour ne point fatiguer la malade. La malade était bien, et l'on devait espérer un succès; mais bientôt la cicatrisation marcha mal: au lieu d'obtenir une réunion immédiate comme on l'avait tenté et espéré, on vit l'inflammation se développer dans la plaie et s'étendre dans la gaîne des muscles, qui furent bientôt disséqués par une suppuration abondante et fétide. Les pansements les plus méthodiques ne parvinrent pas à enrayer la marche de ces accidents; enfin, il survint un point pleurétique qui persista malgré l'application d'un traitement rationnel, et la malade, dans un état de souffrance indicible, après avoir, le 3 février, avorté d'un fœtus de cinq mois qui vécut quelques minutes, succomba le 6 février 1844, onze jours après l'opération.

Autopsie trente heures après la mort.

Les cavités thoracique et abdominale étant ouvertes, on procède à l'examen des organes dans l'ordre suivant :

Thorax. Toute la partie gauche de la poitrine est remplie par un épanchement séro-purulent, d'une teinte jaunâtre, qui a fortement refoulé le poumon; celui-ci a contracté de nombreuses adhérences vers le sommet. Sa partie antéro-inférieure est recouverte de fausses membranes que l'on peut détacher avec assez de facilité, et qui présentent dans quelques points une épaisseur considérable. Le parenchyme de cet organe ne présente que de l'engorgement sanguin, sans autre altération.

Le poumon du côté droit et le cœur ne présentent aucune altération.

Abdomen. La masse intestinale est saine.

Le foie est volumineux, sa teinte est un peu foncée; son parenchyme est gorgé de sang, et dans quelques points sa consistance n'est pas aussi forte que dans le reste de son étendue, notamment dans son grand lobe où le doigt pénètre facilement. La vésicule biliaire est fortement distendue par une bile claire, décolorée.

L'utérus est du volume de la tête d'un enfant à terme. Ses parois sont épaissies, de sorte que sa cavité est réduite à une très petite étendue; elle ne renferme pas de sang.

Tous les autres organes sont sains.

Autopsie du membre. — Dans l'angle supérieur de la plaie, existe une ouverture qui communique avec un vaste foyer de suppuration établi dans la gaîne du muscle couturier; vers sa partie supérieure, ce muscle est entièrement disséqué par la suppuration. En dehors, le foyer se prolonge au-dessous de l'aponévrose *fascia lata*, à 0,04 mètre environ du bord externe du couturier, et s'étend presque dans la partie moyenne de la cuisse. Les tissus qui forment les parois de ce foyer sont recouverts d'une couche de matière grisâtre formée par du pus concret; au-dessous de cette couche pseudo-membraneuse, les tissus sont ecchymosés et présentent çà et là des points de suppuration. Les ganglions lymphatiques de l'aine sont tuméfiés et d'un rouge vif.

A l'angle inférieur de la plaie, existent des ouvertures qui aboutissent à un second foyer logé dans la gaîne du couturier, et s'étendant jusqu'au genou. La matière contenue dans ce second foyer est du pus de bonne nature; tandis que celui du foyer supérieur est ténu, grisâtre et d'une fétidité gangréneuse.

Les bords de la plaie sont écartés, tuméfiés, couverts d'une couche gris-noirâtre manifestement gangréneuse. L'épaisseur de la partie mortifiée ne dépasse pas 0,003 mètre; mais elle

repose sur des tissus d'une teinte assez foncée, et dont l'altération s'étend à 0,01 mètre de profondeur.

Etat de l'artère. — L'artère fémorale est parfaitement saine dans toute son étendue ; ses membranes sont souples, et ont une consistance et une épaisseur parfaitement normales. A 0,025 mètre environ au-dessus du point où la ligature a été faite, se détache une collatérale de la grosseur d'une plume de corbeau. A partir de ce point jusqu'au niveau de la ligature, le calibre du vaisseau est complétement bouché par un caillot sanguin qui présente les caractères suivants : Il est noir, mou, diffluent à partir du point où existe la ligature, et sa consistance augmente à mesure qu'on remonte vers la collatérale ; il se termine par une sorte de calotte fibrineuse, fibreuse presque, parfaitement distincte du reste du caillot, et adhérente par toute sa circonférence aux parois du vaisseau. Cette espèce de calotte fibrineuse, d'environ 0,005 mètre de hauteur, épaisse d'environ une demi-ligne à sa partie supérieure, se termine en s'amincissant vers la partie inférieure de l'artère.

Au-dessous de la ligature, existe un second caillot un peu moins long que le précédent, noir, mou dans toute son étendue, terminé en pointe inférieurement. Ce caillot est d'autant plus adhérent aux parois de l'artère, qu'on l'examine plus près de la ligature.

Au niveau de la ligature, les tuniques interne et moyenne sont rompues, mais d'une manière inégale ; la totalité du vaisseau présente un étranglement marqué, mais pas de mortification ou de section par la ligature : celle-ci ne paraît pas devoir se détacher prochainement.

Dans l'étendue du vaisseau qui correspond à la ligature et aux caillots, le tissu cellulaire ambiant est épaissi, condensé et confondu avec la tunique celluleuse par suite du travail phlegmasique.

Une injection au carmin, poussée préalablement par la fémorale au niveau de l'aine, avait pénétré tous les vaisseaux de la jambe et était revenue par le bout inférieur jusques au niveau de la ligature. En haut, la calotte fibrineuse n'était point rompue ; tandis qu'inférieurement l'injection avait pénétré entre les parois de l'artère et le caillot jusques à une certaine hauteur. Du reste le bout supérieur de l'artère était en voie de cicatrisation, tandis que le bout inférieur ne paraissait pas être dans d'aussi bonnes conditions ; de sorte que, dans le cas où la ligature serait tombée, on avait à craindre une hémorrhagie non par le bout supérieur, mais par l'inférieur.

Autopsie de la tumeur. — Après avoir enlevé les parties molles qui recouvrent la partie supérieure du tibia, on trouve celle-ci convertie en une tumeur bosselée, inégale, dure et osseuse, résistante en quelques points, dépressible et crépitante dans d'autres. Dans ces derniers points on voit que la lame compacte de l'os est excessivement mince, comme membraneuse. Par la dépression, assez forte du reste, elle donne la sensation de froissement d'un parchemin sec. Sur certains points, cette lame osseuse a complétement disparu.

Coupe verticale antéro-postérieure du tibia. — A l'aide de cette coupe, on découvre au centre de l'os une tumeur qui présente les caractères suivants :

La majeure partie de cette masse est formée par un tissu jaune en quelques points, rosé dans d'autres, d'aspect granuleux très fin, offrant çà et là un pointillé rouge, semblable au pointillé vasculaire que présente une coupe de substance cérébrale. La masse que je décris paraît formée de deux substances : l'une jaune-crétacé et inorganique, l'autre aréolaire paraissant former la trame de la première. Çà et là, sur cette masse, se trouvent deux autres espèces de tissus : l'un d'un jaune-verdâtre demi-transparent ressemblant à de la graisse figée contenue dans une trame celluleuse ; dans les points où cette dernière substance se trouve, elle est environnée d'une auréole rosée dont les limites se perdent insensiblement dans la masse jaune décrite la première : l'autre, beaucoup plus régulièrement circonscrit que le premier, est d'un rouge brunâtre, semblable à la matière encéphaloïde à sa dernière période de ramollissement, mais beaucoup plus dense, et ne pouvant être comparé qu'au tissu érectile ; ce tissu a une ressemblance parfaite avec le tissu caverneux de la verge.

Cette masse morbide totale a remplacé, dans toute la partie supérieure du tibia, la substance spongieuse depuis la partie supérieure de la diaphyse de l'os, jusqu'à la surface profonde du cartilage interarticulaire. Celui-ci repose sur ce tissu altéré sans avoir subi la moindre altération. La portion osseuse du tibia, dans tout ce qui est altéré, est réduite à la lame de substance compacte dilatée, amincie et détruite dans quelques points. Dans quelques endroits voisins de la périphérie, la tumeur a subi un commencement de ramollissement, mais sans suppuration ni épanchement.

Les recherches les plus minutieuses, faites pour découvrir dans la tumeur un système vasculaire dont la présence pût expliquer les pulsations sensibles pendant la vie, restent infructueuses ; il est impossible d'en découvrir aucune trace. Çà et là on trouve deux ou trois petits morceaux de matière à injection de la grosseur d'une tête d'épingle au plus ; mais il est impossible de reconnaître par quel vaisseau ils ont été fournis : il est probable qu'ils ont été incorporés à la tumeur par la scie. Pourtant, l'injection poussée par l'artère est revenue non seulement par le bout inférieur artériel, comme je l'ai dit, mais encore a passé dans les veines de la jambe, et, comme la tumeur offre dans quelques points un aspect érectile incontestable, tout porte à présumer que son système vasculaire lui est propre et indépendant du tissu vasculaire ambiant.

L'artère poplitée est appliquée sur la face postérieure de la tumeur, mais en est séparée par le muscle du même nom. La tibiale antérieure se détache de la poplitée vers la partie inférieure de la tumeur, traverse le ligament interosseux, se place entre elle et le péroné de manière à être comprimée entre ces deux points. Il faut noter cependant que la coque osseuse a une grande consistance précisément à ce niveau. Lors même d'ailleurs que les pulsations se seraient transmises, il y a loin d'une pulsation transmise au mouvement d'expansion que l'on constatait dans la tumeur pendant la vie, expansion bien sensible au toucher.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

TROIS OBSERVATIONS DE HERNIE ÉTRANGLÉE.

Première observation. — *Hernie crurale étranglée. Opération par débridements multiples. Guérison. — Considérations pratiques sur la gangrène intestinale et épiploïque.*

(Suite du numéro du 24 décembre.)

D'après un grand nombre de faits recueillis chez l'homme et plusieurs expériences faites sur les animaux, M. Jobert professe des opinions entièrement opposées à celles que beaucoup de médecins émettent tous les jours. Ainsi, pour ce chirurgien, la gangrène du canal intestinal est extrêmement rare dans l'inflammation ordinaire, et ce que l'on a pris pour cette altération n'est souvent que des taches et des variations de couleur ; de plus, il regarde la gangrène du tube digestif, dans la plupart des cas, comme produite par la suspension de la circulation, et presque jamais par l'excès de l'inflammation.

L'époque à laquelle survient la gangrène, et le moment où il n'est plus possible de rappeler à la vie la portion d'intestin frappée de mort, sont extrêmement difficiles à fixer. On peut dire, sous forme de proposition, que la gangrène survient d'autant plus rapidement que la constriction exercée sur l'intestin est plus considérable.

On a vu la gangrène survenir quatre, vingt-quatre, quarante-huit heures après l'étranglement. Richter a vu cette funeste terminaison huit heures après la compression. Ce sont là des cas de gangrène par absence de la circulation, s'il en fut jamais ; c'est, en un mot, la gangrène primitive sur laquelle il n'y aura jamais de contestations. Le plus souvent elle survient moins rapidement, et même on l'a observée chez des malades le dixième, douzième, quinzième, dix-huitième jour et quelquefois plus tard.

Si l'intestin est pincé dans une petite partie de son étendue, dans la moitié au moins de son calibre, ce qui arrive ordinairement dans les hernies récentes, la constriction alors est violente, et l'intestin est promptement frappé de gangrène, Quand une circonvolution est comprise avec une portion de mésentère dans l'étranglement, les accidents sont moins redoutables, les dangers moins pressants et la gangrène moins imminente. C'est ce que Richter avait déjà pensé.

Toutes les fois que l'intestin est seul étranglé, la gangrène est bien plus à craindre que lorsque cet organe a une enveloppe protectrice, qui lui forme une véritable pelote comme l'épiploon. On a vu même, dans des cas, ce dernier être frappé de gangrène et l'intestin intact. Ainsi, M. Larrey a rapporté une observation qui vient à l'appui de cette proposition.

L'homme qui fait le sujet de cette observation portait une hernie inguinale, qui augmentait depuis cinq ans ; elle était survenue à la suite d'un effort, et à cette époque elle fut maintenue par un bandage à pelote concave parce qu'elle ne rentrait qu'incomplétement. Ce militaire, nommé Dépagniez, ayant cessé de porter son bandage, vit sa hernie s'étrangler pendant les efforts qu'il fit pour franchir un fossé.

L'opération fut pratiquée le quatrième jour ; on rencontra l'épiploon gangrené : cette portion, du volume du poing, fut excisée. L'intestin, placé derrière, d'un noir foncé, fut réduit, et le malade guérit parfaitement.

Il peut y avoir dans l'étendue de la gangrène une foule de nuances depuis un simple point jusqu'à un cylindre complet de cet organe. Elle peut affecter les endroits où la pression a le plus porté, la circulation y étant interrompue, tandis que dans les autres peu comprimés la circulation et la vie s'y entretiennent ; c'est à cette compression inégale que sont dues les escharres partielles qui surviennent dans l'endroit étranglé, l'ouverture aponévrotique ne comprimant pas également tous les points de l'intestin.

Après un examen sévère, M. Jobert pense qu'on peut réduire les causes de la gangrène à une seule, l'arrêt de la circulation, qui, si on y réfléchit, est l'unique et la seule cause de la mortification de l'intestin, n'importe par quel mécanisme on veuille l'expliquer.

Lorsque l'intestin est fortement serré, le sang artériel ne parvient plus à la portion étranglée, et bientôt elle succombe par défaut de liquide alimentaire, et finit par se décomposer comme les corps qui ne jouissent plus de la vie. Le défaut de sang artériel et l'interruption de l'influence nerveuse frappent de mort l'intestin soumis à la constriction dans l'étranglement comme quand on l'a embrassé par un lien. Il arrive souvent que la constriction n'est pas assez forte pour mortifier à l'instant même la portion d'intestin comprise dans la hernie. Voici alors ce que l'on observe : La circulation continue toujours, mais à un faible degré ; le sang veineux ne pouvant revenir, n'ayant point d'agent d'impulsion qui puisse vaincre la résistance, stagne dans les vaisseaux, s'oppose à la circulation artérielle, et l'intestin est asphyxié d'abord, puis gangrené.

On a souvent dit que la gangrène était la suite de l'inflammation ; déjà nous avons fait observer que dans la plupart des entérites on n'avait pas eu occasion de la remarquer, ou que du moins on avait été induit en erreur. Cependant, nous devons dire que lorsqu'il existe un étranglement, et que l'intestin est par conséquent entouré comme par une espèce de lien, on ne doit pas observer les mêmes phénomènes que dans une entérite spontanée, où l'intestin est libre, et où la circulation et l'absorption s'effectuent encore avec plus ou moins de facilité. L'inflammation, en irritant l'anse intestinale, produit la déposition de couches de lymphe qui ont lieu tant à l'extérieur de la séreuse que dans l'épaisseur des autres tuniques ; on conçoit alors que le volume de l'intestin augmentant continuellement, surtout dans certains points plutôt que dans d'autres, on conçoit, disons-nous, comment la gangrène survient. N'est-elle pas encore produite par la compression exercée par les liquides épanchés dans ses tuniques ? Nous le pensons. Nous voilà donc toujours amenés aux mêmes principes, c'est-à-dire que la gangrène est encore déterminée par l'arrêt de la circulation.

Nous avons déjà fixé l'attention sur les soins que réclament les tentatives de réduction d'une hernie ; mais comme on ne peut trop insister sur ce sujet, nous dirons en outre que le taxis mal ordonné peut être regardé avec raison comme une cause de gangrène. Il n'est pas besoin de beaucoup d'explication pour le concevoir si on réfléchit et si on fait attention que chaque compression et chaque effort de taxis sont autant de contusions graves pour l'intestin enflammé, et dont le volume est augmenté. Tout chirurgien prudent doit donc s'abstenir de compressions violentes, qui auraient le funeste résultat d'enflammer les intestins et d'activer la gangrène en gênant la circulation, qui déjà ne s'effectue pas avec toute la liberté désirable.

M. Jobert ne pense pas que l'on puisse expliquer d'une autre manière les faits nombreux rapportés par les auteurs, où les efforts de taxis sont devenus mortels. Ainsi, Cooper a vu la gangrène être la suite du taxis. Maréchal, au rapport de Morand, a perforé les boyaux par les tentatives de réduction. Dupuytren a plusieurs fois observé cet accident à la suite de manœuvres violentes. Telles sont les causes qui peuvent déterminer la gangrène, et que l'on ne doit pas perdre de vue afin de chercher à éviter cette funeste complication. Mais, en supposant que la gangrène n'ait pu être prévenue, il importe beaucoup à l'opérateur de savoir quels sont les caractères anatomiques à l'aide desquels il reconnaîtra sûrement que cette altération existe.

Or, M. Jobert distingue dans la gangrène intestinale deux périodes bien distinctes :

1° Mortification seulement de l'organe.

2° Chute de l'eschare ; sa décomposition en d'autres éléments pour former des nouveaux corps.

Première période. — Dans cette première période, la portion d'intestin qui est frappée de gangrène n'a aucune odeur ; elle est couleur paille-terne-ardoisé ; elle ne peut conserver sa forme qu'avec une extrême difficulté ; elle tombe comme une feuille qui est fanée ; elle empêche que les intestins ne soient parfaitement tubuleux ; elle contraste d'une manière singulière avec le reste du canal intestinal, par sa couleur, sa résistance, sa sécheresse, son peu de soutien, sa température basse, l'absence de ses contractions et son insensibilité qui est frappante. Si on examine la portion d'intestin qui est au-dessus ou au-dessous du point gangrené, on voit que la douleur y est vive et la rougeur très marquée ; les irritants de tout genre y excitent des contractions.

Seconde période. — Elle succède plus ou moins rapidement à la première, et offre plusieurs remarques importantes à faire. D'abord, la douleur de l'intestin, qui, au moment de l'étranglement, se rapprochait du brun, à cause du sang veineux accumulé dans ses vaisseaux, a complétement disparu à cette époque, ce liquide s'étant exhalé dans son intérieur. En second lieu, cette portion gangrenée prend une couleur terne, grisâtre - cendré, et offre une foule de plaques blanches entremêlées de petites lignes brunes ; l'odeur qu'elle répand est très désagréable ; elle est plus difficile à supporter que celle qui s'échappe dans la gangrène des parties extérieures. Elle dépend de ce que les éléments de cette portion mortifiée se combinent de manière à former des gaz. La cohésion des parties mortifiées dans cette circonstance est si peu considérable, qu'on les déchire absolument comme du papier mouillé, suivant la comparaison de Dionis. Il semble que la muqueuse se transforme en liquide, puis la musculeuse, et enfin la séreuse, comme si les parties qui offrent le moins de résistance et qui ont le moins de cohésion devaient se ramollir les premières et se putréfier.

Examinant les différents genres d'altérations des intestins qui ont pu en imposer pour la gangrène, nous avons à prouver : 1° que la couleur noire n'est pas un signe de gangrène ; 2° que beaucoup de perforations, qui en ont été regardées comme la conséquence, ne sont pas produites par cette cause.

Lorsqu'une circonvolution intestinale est serrée dans une proportion telle que la circulation artérielle soit seulement gênée, tandis que la circulation veineuse sera presque interrompue, M. Jobert a toujours observé les phénomènes suivants : L'intestin devient violet d'abord, puis plus fané, brun, puis noir, et cette couleur noire peut être comparée à l'ébène. A mesure que le sang artériel arrive et que le sang veineux stagne, nécessairement cet organe doit prendre plus de volume, devenir plus pesant ; aussi, pressé, il ne cède qu'avec une extrême difficulté, ses parois ne s'affaissent nullement, et le canal conserve sa forme tubuleuse ; si l'intestin est coupé dans cet état, il en sort une grande quantité de sang liquide, qui, comme nous l'avons dit, était exhalé dans son intérieur ; si on l'ouvre suivant sa longueur, on trouve plusieurs couches de ce liquide parfaitement coagulé qui affectent la forme cylindroïde, et qui toutes sont superposées. Si l'on recherche de quelles sources vient le sang, après en avoir soigneusement enlevé toutes les couches superposées, on s'aperçoit bientôt que ce liquide n'est pas fourni par rupture, mais bien par

une véritable exhalation. Entre les tuniques qui composent la portion d'intestin serrée, on rencontre une quantité de sang variable, et quelquefois elle est assez considérable pour produire des bosselures par son accumulation irrégulière sous la membrane séreuse. Il est prouvé que le sang déposé de cette manière peut être résorbé, et que l'intestin peut revenir dans son état ordinaire, du moins lorsque l'accumulation n'est pas tellement grande que l'absorption ne puisse avoir lieu.

Parmi un grand nombre de faits qui prouvent qu'une anse intestinale étranglée et noire peut reprendre sa couleur et sa consistance naturelles, nous choisirons les deux suivants.

Le premier fait, que nous devons à la communication de M. Jobert, qui en a été témoin, est relatif à un homme qui fut opéré par Richerand, et qui guérit parfaitement. Le second, plus récent, s'est présenté le mois dernier à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert.

Deuxième observation. — *Hernie inguinale étranglée. Opération. Anse intestinale noire. Réduction. Guérison.*

Un homme fut apporté à l'hôpital Saint-Louis pour y être traité d'une hernie inguinale étranglée depuis vingt quatre heures. Des efforts de taxis furent faits et la méthode antiphlogistique employée, mais sans succès; ce qui engagea Richerand à opérer ce malade. Il la portait depuis sa plus tendre enfance, et il la maintenait réduite par un bandage, lorsqu'un soir il le retira et l'intestin s'étrangla.

L'opération fut assez rapide; mais en la pratiquant, on rencontra de la sérosité accumulée entre les tuniques du scrotum, ce qui aurait pu en imposer à un chirurgien peu exercé, et lui faire croire qu'il était parvenu dans le sac. L'opérateur, arrivé à la surface de ce dernier, crut un instant, en voyant une surface bosselée et cotonneuse, avoir ouvert le sac herniaire adhérent à l'intestin. Cette hésitation dépendait de la minceur de cette poche péritonéale, qui fut ouverte et agrandie par la partie la plus déclive. Au moment de son ouverture, il en est sorti une grande quantité de sang, ou du moins de la sérosité sanguinolente qui avait été exhalée au travers des parois intestinales. L'intestin se présenta immédiatement; il n'offrait aucune adhérence, il était noir, sa température était diminuée; sa surface, malgré cela, était lisse et luisante; il avait évidemment triplé de volume, il résistait à la pression et conservait sa forme tubuleuse.

D'après cela, il fut évident pour nous que tous ces phénomènes dépendaient de l'accumulation du sang dans l'intérieur de cet organe, et de son infiltration entre ses tuniques.

La réduction fut assez facile après le débridement; certainement on eût pu réduire ce viscère sans y avoir recours, tant la constriction était peu considérable, si le sang n'avait pas été épanché dans son intérieur ou infiltré dans ses parois; mais si on s'était obstiné à vouloir le faire rentrer, il n'y a aucun doute qu'on aurait fini par le rompre, et on ne serait jamais parvenu à le faire rentrer sans débridement.

Après la réduction de la hernie, les purgatifs étaient bien indiqués pour évacuer le sang qui était contenu dans l'intestin, pour y exciter les mouvements et pour favoriser la résorption de ce liquide. Aussi ce malade a-t-il parfaitement guéri à l'aide des saignées générales et locales et des purgatifs.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 décembre 1846. — Présidence de M. Roche.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— On procède au tirage au sort de la députation qui doit être reçue par le Roi le 1er janvier 1847; elle se compose de MM. Pouseuille, Capuron, Ferrus, Brichet-au, Lisfranc, Joly, Ruchoux, Bouley jeune, Baudelocque, Lagneau, Gauthier de Claubry, Roux, Bondet.

L'ordre du jour appelle les réélections des membres sortants dans les diverses commissions annuellement nommées par l'Académie.

Voici le résultat des scrutins :

Commission de vaccine : MM. Forstier et Castel, membres sortants; remplacés par MM. Londe et Moreau.

Commission des eaux minérales : MM. Patissier et Henry; remplacés par MM. Renaudin et Guibourt.

Commission de statistique et de topographie médicales : MM. Duval et Ferrus; remplacés par MM. Roche et Nacquart.

Commission des remèdes secrets : MM. Bousquet et Renauldin; remplacés par MM. Rochoux et Villeneuve.

Comité de publication : MM. Réveillé-Parise, Bousquet, Gérardin, Malgaigne et Renauld.

— Séance levée à quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 décembre 1846. — Présidence de M. Mathieu.

M. Auzias-Turenne lit un mémoire sur les analogies des membres supérieurs avec les membres inférieurs.

Aristote et Galien ont parlé de cette question; mais Vicq d'Azyr le premier lui a donné une allure scientifique. Depuis Vicq-d'Azyr, Chaussier, Sœmmering, Dumas, Meckel et Cuvier, MM. Gerdy, Flourens, de Blainville, Cruveilhier, Bourgery et Blandin s'en sont occupés.

La solution de cette question est utile, non-seulement pour soulager la mémoire et mettre sur la trace d'analogies prévues par Vicq-d'Azyr, mais encore pour guider dans les recherches embryologiques et tératologiques.

Depuis Vicq-d'Azyr, on a considéré avec raison la hanche comme l'analogue de l'épaule; la cuisse comme l'analogue du bras; la jambe comme l'analogue de l'avant-bras, et la main comme l'analogue du pied (*pes altera manus*).

Pour pénétrer plus avant dans les entrailles de la question, il faut:

1° Supposer l'homme placé dans l'attitude quadrupède.

2° Diriger les parties de manière que celles qui sont tournées vers le coccyx correspondent à celles qui sont tournées vers la tête.

3° Se servir, comme terme de comparaison, des membres d'animaux, et plus particulièrement des membres de singe (*principe de l'unité de composition organique*).

Voici comment il faut résoudre la question de savoir quels sont les côtés des membres qu'il convient de comparer :

« Le membre inférieur d'un côté trouve ses parties analogues dans l'épaule, le bras et à peu près les deux tiers supérieurs de l'avant-bras du côté opposé; et dans le tiers inférieur à peu près, l'avant-bras et la main du même côté

» Si, par exemple, je veux indiquer dans les membres supérieurs les parties qui sont analogues du membre inférieur gauche, je place ce membre dans sa position ordinaire, et je suspends à côté de lui une épaule droite (omoplate et clavicule articulées ensemble), dont l'omoplate est disposée de façon que la fosse sous-scapulaire regarde en avant, et la cavité glénoïde en bas. J'articule avec cette omoplate un humérus droit dont la face occipitale regarde en avant, et dont la grosse tête est en haut. Cet humérus droit s'articule comme d'habitude, avec un avant-bras du même côté, privé de son tiers inférieur, et dont les deux os sont parallèles à l'instar des deux os de la jambe. Le tiers inférieur de l'avant-bras qui manque est remplacé par le tiers inférieurs d'un avant-bras gauche adapté de telle sorte que le radius d'en bas fasse suite au cubitus d'en haut, et le cubitus d'en bas au radius d'en haut, de telle sorte aussi que les faces postérieures de ces qua re portions d'os regardent en avant. Une main du côté gauche est jointe naturellement au tiers inférieur d'avant-bras qui est enté sur les deux autres tiers supérieurs. L'analogie du membre inférieur gauche avec un membre ainsi composé de parties des deux membres supérieurs, serait dès lors des plus frappantes. »

Il est bien entendu qu'il n'y a rien ici d'absolu, et qu'il s'agit uniquement d'une question de méthode.

Il faut s'appuyer, pour établir des analogies de membre à membre, sans cesse sur les connexions des os, dont l'importance est mise dans tout son jour par les immortels travaux de Geoffroy Saint-Hilaire, souvent sur le développement de ces organes, quelquefois sur leurs formes et leurs fonctions.

Des tableaux descriptifs, parallèles et très détaillés sont dressés dans le but d'établir les analogies suivantes :

Les doigts sont les analogues des orteils, et les os du métacarpe sont les analogues des os du métatarse.

L'os crochu est l'analogue de l'os cuboïde.

Le grand os sans sa tête est l'analogue du troisième cunéiforme.

Le trapézoïde est l'analogue du deuxième cunéiforme.

Le trapèze est l'analogue du premier cunéiforme.

La tête du grand os est en même temps l'analogue de l'os surnuméraire du singe et du scaphoïde du tarse.

Le pyramidal et le pisiforme réunis sont les analogues du calcanéum.

Le scaphoïde et le semi-lunaire réunis sont les analogues de l'astragale.

L'avant bras est l'analogue de la jambe, et le bras est l'analogue de la cuisse.

L'omoplate est l'analogue de l'iléum.

L'apophyse coracoïde et le sommet de l'acromion, sont les analogues de la tubérosité sciatique.

La clavicule est l'analogue de la branche ascendante de l'ischion.

Les analogies des parties molles jettent du jour sur celles du système osseux, et sont éclairées à leur tour par ces dernières.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Séance du 9 décembre 1846. — Présidence de M. Lenoir.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Danyau* annonce qu'une opération césarienne, au moment de la mort d'une femme arrivée au terme de la grossesse, vient d'être faite par l'interne de la Maternité. L'enfant a été extrait vivant, et aujourd'hui, cinquième jour, il vit encore. L'observation sera communiquée à la Société avec tous ses détails.

— *M. Escallier*, interne des hôpitaux, lit une observation ayant pour titre : Kyste de l'orbite; incertitude du diagnostic; guérison par incision et suppuration. M. Deguise père est chargé d'en faire un rapport verbal.

— *M. Maisonneuve*, au nom de M. le docteur Lafond, de Nantes, donne lecture d'une observation de réduction d'une luxation incomplète de la mâchoire inférieure, au moyen d'un instrument particulier qui consiste en deux branches articulées de manière à former levier, à l'extrémité desquelles sont pratiquées deux ouvertures destinées à laisser passer une vis, et de l'autre côté elles se continuent avec un arc de cercle ayant la forme des mâchoires. Celles-ci étant fixées convenablement, on écarte lentement l'instrument; puis, lorsqu'on juge l'écartement suffisant, on le fait cesser brusquement en tournant la vis qui engage dans une des ouvertures des branches. Ce mouvement subit facilite la réduction. Dans ce cas, la luxation datait de trente-neuf jours. Dans un autre à peu près semblable, dont on doit la connaissance à Stromeyer, la réduction fut faite le trente-cinquième jour avec un instrument qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci.

M. Malgaigne trouve cet instrument ingénieusement construit pour faire l'extension; mais il craint que le mouvement brusque de réduction ne compromette la langue du sujet et les doigts de l'opérateur. Il fait d'ailleurs observer qu'au trente-neuvième jour d'une luxation, ce qui empêche la réduction, c'est une rétraction chronique des muscles, ainsi que l'existence d'un tissu fibreux de nouvelle formation autour de l'articulation; et que quand on a suffisamment allongé ces tissus, il n'est nullement nécessaire de laisser aux muscles toute l'énergie de leur contraction.

M. Deguise fils fera un rapport sur ce travail.

— *M. Maisonneuve* fait voir les fausses membranes de la vessie et de l'urètre dont il avait parlé dans une des dernières séances. On voit, comme il l'avait dit, qu'elles sont remplies de sable fin.

M. Morel-Lavallée a vu dans la cystite cantharidienne des fausses membranes très épaisses, et dont quelques portions avaient la dimension de la moitié d'une carte à jouer, et il a admis qu'elles pouvaient être le point de départ de certains calculs en servant de noyau à la précipitation des sels. Du reste, l'état des pièces de M. Maisonneuve ne permet pas de se prononcer nettement sur l'analogie qu'elles peuvent présenter avec celles qui se forment sous l'influence des cantharides.

M. Vidal (de Cassis) revient sur l'expression dont s'est servi M. Maisonneuve lorsqu'il a rapporté l'observation du sujet auquel appartenaient les pièces qu'il montre aujourd'hui, et il ne croit pas qu'il y ait eu rupture du canal, ainsi qu'on l'a avancé; car pour que cette rupture eût eu lieu il aurait fallu une hypertrophie concentrique de la vessie, et le malade était paraplégique.

M. Malgaigne pense qu'il peut y avoir des ruptures par inflammation, sans que l'action de la vessie soit indispensable, et qu'en conséquence il n'est pas extraordinaire qu'on en rencontre chez les paralytiques.

M. Vidal veut bien admettre qu'il y ait des perforations dues à la gangrène ou à cet état inflammatoire particulier qui favorise l'ouverture des abcès; mais ce n'est plus la rupture par violence physiologique de la vessie, le *vis à tergo* qui donne lieu quelquefois aux dilatations de l'urètre.

M. Huguier reconnaît que beaucoup de ruptures de l'urètre ont lieu par inflammation; mais il lui paraît certain aussi qu'elles peuvent être le résultat d'une contraction énergique de la vessie. Il a vu un malade qui, pris d'un grand besoin d'uriner, ne voulut pas le satisfaire là où il se trouvait, il saisit sa verge et la comprima fortement; puis, lorsqu'il laissa échapper l'urine, il éprouva une douleur très vive derrière le point saisi, et il y eut une hémorrhagie que M. Huguier attribua à une rupture incomplète du canal.

— *M. Lenoir* met sous les yeux de la Société un calcul vésical du poids de 46 grammes, dont la forme est à peu près ovoïde, et dont la surface, d'un gris blanchâtre, est hérissée d'un certain nombre de mamelons irrégulièrement disséminés. Le plus grand diamètre de ce calcul a 50 millimètres (22 lignes), et son plus petit 36 millimètres (16 lignes) Scié en deux parties égales, il offre à son centre un petit noyau grisâtre de 9 millimètres, qui est entouré lui-même d'un second noyau brûnâtre de 18 millimètres. Le reste est formé par une série de couches concentriques d'une substance rouge-jaunâtre très dure, dont la teinte va en se dégradant du centre à la circonférence, de telle sorte que la couche la plus superficielle est presque blanche et formée par de petits cristaux brillants. M. Lenoir fait observer que ces couches concentriques sont soulevées et séparées par des espaces vides au niveau des mamelons de la surface, et que dans ces points le calcul est moins consistant; circonstance qui lui fit croire à tort, lors de l'examen qu'il en fit sur le vivant, que ce corps étranger n'était pas très dur; il ajoute qu'il n'est pas besoin de l'analyse chimique pour démontrer que ce calcul est composé d'acide urique à son centre et à la circonférence et d'oxalate de chaux à son milieu.

Voici comment ce calcul a été rencontré et extrait :

Un homme âgé de vingt-huit ans, manouvrier, demeurant à Sacy (Seine-et-Marne), a été adressé à M. Lenoir, et reçu à l'hôpital Necker. Cet homme dit qu'il souffrait de la vessie depuis douze ans; qu'il a rendu à différentes fois des graviers par l'urètre, et qu'il souffre surtout quand il marche pendant longtemps ou qu'il va en voiture; enfin que dans ces circonstances il a quelquefois pissé du sang.

Le cathétérisme pratiqué avec précaution rencontre immédiatement une pierre dans la vessie; mais en même temps il fait reconnaître que l'organe qui contient celle-ci est doué d'une vive sensibilité, et qu'il ne renferme que peu d'urine dans sa cavité. Ce liquide, recueilli dans un verre, et examiné le lendemain, est trouble, et laisse déposer une notable quantité de mucus filant et verdâtre.

La première pensée de M. Lenoir à la suite de cet examen, fut de faire la lithotritie. Il chercha donc par tous les moyens appropriés à se rendre maître de cet état d'éréthisme de la vessie, qui s'opposait à l'introduction et à la manœuvre des instruments lithotriteurs. A cet effet, il prescrivit une saignée du bras, des bains tous les jours, une pilule d'extrait gommeux d'opium (5 centigrammes, qui furent portés à 10 au bout de peu temps), des boissons délayantes abondantes, et il fit lui-même chaque jour avec précaution une injection d'eau tiède dans la vessie.

Malgré l'emploi de ces moyens et celui de 20 sangsues appliquées à l'hypogastre quelques jours après la saignée du bras, la sensibilité de la vessie alla en augmentant, et le malade, miné par la douleur et par la fièvre, complétement privé de sommeil et d'appétit, et sentant ses forces diminuer de jour en jour, sollicita l'opération qui devait le débarrasser le plus promptement. M. Lenoir se détermina à lui pratiquer la taille. Mais avant de procéder à cette opération, il voulut savoir quel pouvait être approximativement le volume du calcul, et, à cet effet, il introduisit un petit lithomètre dans la vessie; il saisit la pierre avec lui, et s'assura qu'un de ses diamètres dépassait 40 millimètres, dernier terme de l'échelle marquée sur l'instrument.

Avant l'opération, M. Lenoir prévint les assistants des difficultés qu'il avait à redouter pendant la manœuvre. Il opérait dans un cas où la vessie était très irritable, revenue sur le calcul, et ne pouvait recevoir une injection d'eau dans sa cavité; dans un cas où le calcul était volumineux et probablement friable.

Discutant l'indication de la méthode opératoire, il dit qu'il n'aurait pas recours à la taille suspubienne, parce qu'il avait déjà reconnu par expérience que dans ces cas de vessie irritable l'opération est sinon impossible, au moins très difficile; car alors l'organe contracté et appliqué sur le calcul est profondément placé dans le bassin derrière les pubis, par conséquent difficile à atteindre et à inciser, et que des infiltrations d'urine et consécutivement des abcès dans le tissu cellulaire du petit bassin sont inévitables à la suite de l'opération faite dans de pareilles conditions. Il annonça que, malgré le gros volume présumé du calcul, il ferait la taille latéralisée, parce que, à la rigueur, le calcul pouvait se présenter par un plus petit diamètre que celui mesuré par le lithomètre, et qu'en second lieu, le calcul lui paraissant friable, il essaierait de le briser avec les tenettes et de l'extraire par morceaux. Dans ces deux hypothèses, la taille latéralisée lui donnerait une ouverture suffisante; mais il ajouta que si, contre son attente, le calcul avait réellement le volume marqué par le lithomètre, et si en même temps il était trop dur pour être écrasé, alors il n'hésiterait pas à faire ce qu'avait conseillé Ledran pour l'extraction des gros calculs. Il pratiquerait sur le côté droit de la prostate, horizontalement de dedans en dehors, une incision qui intéresserait toute l'étendue de ce côté de la glande, et qu'il était probable que, par ce moyen, il extrairait le calcul sans beaucoup de difficulté et sans déchirure des parties; cette taille modifiée de Ledran étant, de toutes les tailles sous-pubiennes, celle qui donne le plus grand débridement du col de la vessie, et la forme d'incision la plus favorable à l'extraction des grosses pierres.

L'opération fut faite comme M. Lenoir l'avait prévu; le premier temps fut seul interrompu par la nécessité de lier l'artère superficielle du périnée, qui, donnant un jet de sang assez fort, aurait gêné l'opérateur pendant le reste de la manœuvre. Le calcul exploré et saisi par les tenettes ayant paru volumineux et résistant, le col de la vessie et la prostate furent incisés horizontalement à droite avec un bistouri boutonné conduit par le doigt indicateur gauche, et l'extraction du corps étranger fut alors facile.

Le malade n'a éprouvé aucun accident à la suite de l'opération. Il y a quinze jours que celle-ci est faite; aujourd'hui il urine presque entièrement par la verge, et mange deux portions.

M. Vidal (de Cassis) voit dans ce fait la preuve que les mesures que l'on prend avant l'opération au moyen de l'instrument lithotriteur sont toujours trompeuses; qu'elles sont inutiles, qu'elles ont l'inconvénient grave d'irriter la vessie, de faire souffrir le malade, et qu'il vaut mieux les supprimer. Il reproche ensuite à M. Lenoir d'être injuste envers M. Senn en attribuant à Ledran la modification de l'incision horizontale ajoutée à l'incision oblique : c'est certainement Ledran qui a fait le premier les tailles multiples, mais c'est M. Senn qui a insisté plus particulièrement sur l'opportunité de cette incision horizontale.

M. Lenoir répond qu'il croit avoir bien fait en cherchant à s'éclairer sur le volume et sur la densité du calcul avant de procéder à son opération, car le choix du procédé devait découler de cet examen. Dans le cas présent, le volume de la pierre a été presque rigoureusement apprécié; et si l'on s'est trompé sur sa dureté cela tient à une disposition insolite de celle-ci, qui donne de l'intérêt à sa présentation. Il ne comprend pas, du reste, la proscription formulée par M. Vidal contre le cathétérisme explorateur, car cette manœuvre exécutée avec précaution ne peut fournir que des résultats utiles et ne présente jamais de danger réel.

M. Vidal ne veut pas proscrire le cathétérisme avant l'opération; mais il pense qu'il doit être fait avec le cathéter simple, qui suffit, lorsqu'on se propose de faire des incisions multiples, pour faire reconnaître la pierre et sa situation plus ou moins libre dans la vessie. Les renseignements que peuvent donner les autres instruments sont bien peu certains; puisque dans le cas actuel ils avaient fait croire à une pierre molle, quand, au contraire, elle est très dure : ils ne sont même d'aucune valeur pour l'option de la méthode à préférer.

M. Malgaigne trouve utile de connaître le volume du calcul, et il

est d'avis de faire l'exploration avec le lithomètre et non pas avec la s nde ordinaire.

M. Guersant pense que, quel que soit l'instrument dont on se serve, on n'a toujours que des données aproximatives; il s'étonne que M. Lenoir, ayant trouvé un calcul volumineux, n'ait pas eu l'idée de faire la taille bilatérale.

M. Lenoir fait observer que finalement il a fait une taille bilatérale, et que, s'il n'a pas de prime abord eu recours à ce procédé, c'est qu'il avait des raisons de penser que la taille latéralisée simple suffirait. Ces raisons, il les a données. Mais celles ci n'eussent-elles pas existé dans le cas présent, et dans la prévision d'un calcul dépassant quarante millimètres, il eût encore préféré la taille de Ledran à celle de Dupuytren, car la première, d'après les expériences faites sur le cadavre par M. Senn, donne toujours un débridement du col de la vessie plus considérable que la seconde et permet l'extraction de calculs plus volumineux. Quand on fait une opération de taille, le problème à résoudre est de proportionner l'étendue de l'incision du col vésical au volume de la pierre; et, quand on sait d'avance que celle-ci est grosse, il faut faire l'incision la plus grande possible, sans toutefois dépasser les limites de la prostate, car autour de cet organe sont de nombreux écueils à éviter : il a agi d'après ces principes pendant son opération. Ainsi, pour pratiquer sa première incision, celle qui porte sur le diamètre oblique gauche de la prostate, il avait monté le lithotome de frère Côme à quinze lignes, bien qu'il sût que ce diamètre n'a pas plus de onze lignes; en se comportant ainsi, il faisait la part de l'extensibilité de la portion prostatique de l'urètre. Dans sa seconde incision, qu'il pratiqua avec le bistouri boutonné sur le côté droit de la prostate, il fit agir l'instrument sur son doigt jusqu'à ce qu'il sentit un défaut de résistance, qui lui indiqua la limite de la glande.

M. Malgaigne fait remarquer que M. Lenoir ne pouvait pas connaître les dimensions de la prostate de son malade, qu'elle pouvait être hypertrophiée, et que dans ce cas quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent la partie postérieure est très mince, ce qui fait qu'on a bien plus de chances de la traverser que quand elle est à l'état sain, et, si avec le lithotome ouvert à quinze lignes M. Lenoir a incisé jusqu'à ce qu'il n'ait plus senti de résistance, il est certain qu'il a dépassé les limites de la prostate, car pour avoir un calcul si gros il n'est pas possible qu'elle n'ait pas été ou divisée dans toute son étendue ou déchirée. La prostate ne cède pas comme on l'a dit et comme le pense M. Senn; les expériences de M. Bégin prouvent, au contraire, qu'elle est de tous les tissus, excepté les tendons, celui qui prête le moins.

M. Michon trouve que, quand on est certain qu'un calcul est volumineux, il est beaucoup plus logique de faire tout d'abord la taille, qui en permet la sortie plus facile; or, à cet égard, la taille bilatérale a fait ses preuves, tandis que la méthode de Ledran qu'a employée M. Lenoir est une taille bâtarde qui est loin de compter autant de succès. Dans cette opération en deux temps, on ne sait jamais ce que l'on coupe; on ne peut pas donner à l'incision l'extention que l'on veut; on est exposé à dépasser les limites de la prostate; enfin, il en résulte un angle saillant très marqué dans la plaie. Avec la taille bilatérale, au contraire, l'opération se fait en un seul temps; on est à peu près sûr des incisions; le résultat est plus certain; des calculs aussi volumineux peuvent être extraits, et, si la prostate est hypertrophiée, on a l'avantage de diviser des deux côtés également et par une incision ellipsoïde qui est plus favorable. La taille bilatérale n'est pas plus douloureuse pour le patient, et elle offre moins de difficultés au chirurgien; enfin, en admettant que le calcul soit trop volumineux pour traverser l'ouverture, on peut plus facilement faire les incisions multiples de M. Vidal.

M. Lenoir fait observer que c'est faire le procès à tous les procédés nouveaux, que de dire que celui qu'il a mis en usage est moins bon, par cela seul qu'il compte moins de succès que la taille bilatérale, car on sait qu'il a été fait moins souvent. Si ce procédé est indiqué il faut l'employer, sauf à le comparer plus tard à celui de Dupuytren, pour lequel on a d'ailleurs choisi pendant longtemps les cas les plus favorables. Quand il s'agit de gros calculs et qu'il est nécessaire de faire de grands débridements, la taille bioblique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'est pas la meilleure, elle tient seulement le milieu entre la taille latéralisée et la taille de Ledran; et M. Lenoir croit avoir bien fait de lui préférer cette dernière, car dans le cas présent toute autre eût été insuffisante. Il ne regarde pas les quelques secondes de plus employées à sa manœuvre comme une objection bien sérieuse à sa manière d'agir. Répondant ensuite à M. Malgaigne, il avoue n'avoir pas cherché à connaître d'avance le volume de la prostate de son malade; il a compté qu'elle avait chez lui les diamètres qu'on lui trouve ordinairement chez les adultes; mais, si comme cela peut arriver sur un homme travaillé depuis douze ans par les douleurs de la pierre, cette prostate était le siége d'une hypertrophie, ce fait, loin d'être un inconvénient, a été une condition favorable au succès de l'opération, car il a permis de donner aux deux incisions qui portent sur les lobes latéraux, toute l'étendue voulue, sans qu'on soit sorti des limites de la glande.

M. Malgaigne ne croit pas aux démonstrations qui sont faites avec des chiffres, et pour lui les expériences de M. Senn n'auraient de valeur que s'il avait fait passer des calculs à travers l'ouverture de la prostate. Il ne croit pas non plus à l'hypertrophie du lobe moyen. A Bicêtre, où il a fait des recherches sur ce sujet, il a presque toujours vu la dilatation porter sur les côtés; mais jamais à la partie postérieure, qui s'atrophie au contraire, de telle sorte que la blessure du rectum serait imminente si on portait l'incision en arrière. Ce qu'on rencontre quelquefois vers le col de la vessie, c'est un obstacle que M. Mercier prétend être formé par des muscles. Quant aux champignons qui font saillie dans la vessie, il les considère comme beaucoup plus fréquents dans les livres que sur les cadavres.

M. Vidal (de Cassis) laissera en présence les deux écoles de Cheselden et de Lecat, et il ne traitera pas la grande question de savoir s'il vaut mieux traverser toute la prostate ou rester dans ses limites; mais il veut venger M. Senn des attaques qui sont portées contre lui. C'est un fait certain qu'il a institué sa méthode d'après des expériences nombreuses sur le cadavre, et non pas seulement comme on l'a dit sur le papier et avec des chiffres. C'est un fait également certain que Ledran l'a établie d'après des expériences assez répétées, pour qu'il dise que c'est cette méthode qu'il préfère à toutes les autres. Il est donc à désirer qu'on ne regarde pas cette taille comme une opération virtuelle; et si elle ne se trouve pas décrite dans une des éditions de Ledran, on voit que dans une autre elle est très préconisée. M. Vidal soutient ausse que l'hypertrophie de la prostate affecte la portion qui correspond au rectum, qu'à l'état normal il n'y a presque pas d'épaisseur de tissu; mais que s'il y a augmentation de volume, c'est sur le lobe moyen qu'elle porte. Cela est tellement vrai, que dans le cathétérisme on est souvent obligé de changer la forme des sondes : ce qui serait inutile si les lobes latéraux étaient seuls hypertrophiés.

REVUE GÉNÉRALE.

Lésions du cœur dans la fièvre intermittente. — M. le docteur Kaltner a publié dans l'*Abeille médicale* la note suivante, qui nous a paru assez intéressante pour être rapportée en entier.

En parlant de l'anatomie pathologique des fièvres intermittentes, M. Maillot a signalé les lésions du cœur. Il rapporte que dans six cas ce viscère était flasque et décoloré, une fois flasque avec coloration jaunâtre, une fois flasque avec dilatation du ventricule gauche, quatre fois il y avait hypertrophie des parois du même ventricule (*Traité des fièvres*, etc., p. 286). Mais cet observateur, dont l'ouvrage jouit d'une certaine réputation en Afrique, ne tire aucune induction de ces lésions sous le rapport de l'étiologie, du pronostic et du traitement de la fièvre périodique. D'après les faits que j'ai observés, les affections du cœur sont fréquentes dans les pyrexies intermittentes graves, et c'est même en grande partie aux lésions cardiaques, selon moi, que ces fièvres doivent leur gravité. Dans tous les cas où les malades ont succombé soit à un accès pernicieux, soit à un état typhoïde suite de congestions viscérales répétées, j'ai rencontré à l'autopsie des lésions du cœur, telles que : hypertrophie d'une cavité; flaccidité du tissu musculaire; épaississement des valvules; concrétions polypiformes.

Les maladies du cœur reconnaissent pour causes :

1° Les récidives d'accès périodiques qui ont pour effet d'accélérer le pouls et de fatiguer l'organe central de la circulation. Il arrive au cœur ce qui arrive à tout organe soumis à un exercice immodéré : il perd de sa tonicité; de là une nutrition morbide.

2° L'abus des boissons spiritueuses, qui, en excitant une fièvre factice souvent répétée, doit agir dans le même sens que les accès périodiques. L'intempérance est une des plaies de l'Afrique. Le soldat boit pour combattre les influences débilitantes qui l'assiégent, telles que l'ennui, le découragement, la chaleur, la fatigue, la nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité. Il croit prévenir ainsi les maladies; et quand celles-ci l'ont frappé, il cherche encore à les guérir par le même remède : c'est-à-dire les alcooliques; heureux lorsqu'il les boit purs, et qu'il n'y mêle pas les drogues incendiaires qui constituent la matière médicale du troupier et des commères.

Lorsqu'un individu porteur d'une maladie du cœur est atteint de fièvre intermittente, la réaction se trouve enrayée et l'on doit craindre un accès pernicieux ou un état typhoïde très grave. L'état du cœur est donc un fait important à constater pour le pronostic. Il a également une grande valeur sous le rapport du traitement, qu'il doit nécessairement modifier. Chez les sujets atteints d'une lésion ou d'une inertie cardiaque, il y a une faiblesse radicale masquée le plus souvent par un système musculaire développé et une constitution en apparence très forte. Il faut donc employer la saignée avec parcimonie, afin de ne pas enlever au cœur le peu d'énergie qui lui reste. J'ai remarqué que dans ces cas les moindres évacuations sanguines précipitaient l'invasion de l'accès pernicieux ou de l'état typhoïde. On sera également réservé dans l'administration du sulfate de quinine. On ne le donnera pas à haute dose (2 à 3 grammes), par la raison que, même chez les malades qui n'ont pas d'affection du cœur, il provoque, à cette dose, un état typhique, qu'il exerce une action hyposthénisante sur l'organe central de la circulation, qu'il rend le pouls petit et faible, la peau pâle et fraîche, qu'il détermine une sensation indicible de faiblesse, de l'agitation, du délire, enfin précisément les symptômes que l'on cherche à combattre. On réduira la dose de ce sel à 1 gramme, et l'on insistera particulièrement sur les révulsifs cutanés, les moxas sur la région précordiale.

Pour s'assurer si le cœur est malade, on interrogera les antécédents du malade, ses habitudes, etc. L'auscultation révèle les altérations organiques du cœur; elle est d'un faible secours dans les cas de flaccidité ou d'inertie de cet organe. Les symptômes propres à éclairer le diagnostic sont : la roideur, la dureté du pouls, son intermittence, une douleur venant du cœur et qui se fait sentir à la région précurdiale, à l'épigastre, plus souvent derrière le sternum, avec oppression, étouffements. Ces deux derniers symptômes sont graves; ils indiquent une stase sanguine dans les cavités droites.

Je terminerai en disant un mot de l'*algidité*. On pourrait se demander, dit M. Foure (*Des fièvres intermittentes et continues* : Paris, 1835), quel est le genre de lésion qui fait que les fièvres intermittentes prennent le caractère algide plutôt que tout autre, ou quelle est l'affection locale qui interrompt à ce point la calorification? »

Cette affection consiste dans une lésion organique ou un défaut de tonicité du cœur, si j'en crois les remarques que j'ai faites dans six cas de fièvres algides qui ont succombé cet été dans mon service. Sur neuf fièvres algides dont M. Maillot rapporte l'autopsie dans son ouvrage, quatre fois le cœur était malade (flasque, hypertrophié); deux autres fois il renfermait des caillots et des concrétions fibrineuses. Dans ces deux derniers cas, s'il n'y avait pas de lésion physique appréciable, le cœur n'en était pas moins malade : il avait été frappé d'un défaut de contractilité qui avait entraîné une stase sanguine et enfin une cessation de mouvements, par suite de l'obstacle apporté au jeu des valvules par les concrétions polypiformes.

Lorsqu'à la lésion cardiaque on joint l'abus des saignées, l'algidité doit survenir plus vite. Les évacuations sanguines copieuses peuvent, même à elles seules, diminuer progressivement l'action du cœur et déterminer l'état algide.

NOUVELLES.

— Le jury médical du Var, composé de deux pharmaciens et d'un médecin, a fait sa visite annuelle. M. Honoraty, pharmacien de l'Ecole de Paris, à Toulon, a refusé la visite de ce jury comme n'étant pas composé de quatre pharmaciens, de deux médecins et d'un professeur de l'Ecole, ainsi que le veut la loi.

— Le concours ouvert le 10 octobre dans l'Ecole de médecine de la marine de Brest, pour pourvoir au remplacement d'un chirurgien professeur, de deux chirurgiens de première classe, de trois de deuxième, et de quatre de troisième, s'est terminé le 28 novembre dernier.

Les concurrents à la chaire d'anatomie et de physiologie étaient MM. Dufour, Duval, Payen et Toussaint, chirurgiens de première classe Les trois premiers sont docteurs de Montpellier. M. Dufour a été nommé.

— La mortalité moyenne, dans Paris, est de 1 individu sur 51. Dans le premier arrondissement, elle est de 1 sur 62; dans le douzième, de 1 sur 43; dans les prisons, de 1 sur 15; et dans les hôpitaux, de 1 sur 6.

— Un fait, peut-être unique dans nos froides contrées, dit le *Progrès du Pas-de-Calais*, vient de se passer dans la commune d'Ostreville : une jeune fille de treize ans et demi vient d'accoucher à terme d'un enfant on ne peut mieux portant.

— Le docteur Ranson, de Capdeville, professeur de matière médicale à la même Faculté, est mort subitement. Le 9 de ce mois il s'était couché bien portant, et le lendemain matin, à huit heures, on le trouva mort. (*Annales de chirurgie de l'Academia Matritense.*)

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira son Cours d'embryogénie comparée le 5 janvier prochain à une heure et demie précise et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, par Domange-Hubert paraîtra du 15 au 20 janvier 1847.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 8, DEUXIÈME SÉRIE,

(1846)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z

Paris. — Imprimerie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.